

ESQUIZOFRENIA

I) HISTÓRICO

Morel (185101853) definiu o termo **Demência Precoce** para uma doença mental que ele ressaltava ser autônoma, cursando com decadência mental, alterações da psicomotricidade e dos afetos e atos e atitudes insólitas, com início precoce.

Hecker (1871) Cria o termo **Hebefrenia** definindo-a também como uma doença autônoma da juventude, que passava por várias fases e culminava com demência. Seriam sintomas típicos a estranheza, a frivolidade e a mistificação.

Kahlbaum (1874) criou o termo **Catatonia** para uma afecção cerebral autônoma e cíclica, passando pela mania, melancolia e terminando na demência.

Kraepelin (1893) fez uma revisão dos autores anteriores e constatou uma semelhança entre os quadros clínicos, passando a chamá-los de **Demência Precoce** dando também autonomia à doença. Estabelece que o curso é variável para cada doente, mas que leva à uma deterioração progressiva para a demência. Descreveu quatro subtipos: simples, paranóide, hebefrênica e catatônica.

Chaslin e Stransky (1910) vem discordar da demência e falam da doença como uma dissociação da vida psíquica.

Bleuler (1911) cita que com o termo demência precoce ou **Esquizofrenia**, designa um grupo de psicoses cujo curso pode às vezes ser crônico, às vezes correr com surtos intermitentes e que pode tornar-se arrastado em qualquer estágio, ou mostrar melhora, mas provavelmente não permitirá completa remissão ao estado original. Continua frisando que prefere o termo Esquizofrenia para enfatizar que o “split”, ou quebra das funções psíquicas é uma das mais importantes características da doença. Bleuler introduziu o conceito de sintomas primários e secundários e a possibilidade dos sintomas serem criados e sustentados em sua forma e conteúdo pelos “complexos” (que são afetos muitos carregados) , ou seja, que os sintomas tenham origem psíquica.

Transtorno Esquizofrênico Fundamental:

Kraepelin--> distúrbio afetivo

Bleuler --> Transtorno dissociativo (pensamento)

II) NOÇÃO DE PSICOSE

A psicose é classicamente definida como a perda do contato com a realidade. Significa dizer que a avaliação, o julgamento da realidade, feito pelo paciente está prejudicado.

Jaspers, psicopatologista alemão, vem nos auxiliar na definição de psicose. Ele diz que o **processo esquizofrênico** se caracteriza por uma alteração qualitativa da estrutura vital básica da personalidade, com quebra de sua unidade evolutiva e aparecimento de *algo*

novo e estranho às suas primitivas condições de existência e desenvolvimento. É algo que surge autonomamente, ou que se manifesta em dado instante na curva vital do indivíduo, sem causa externa conhecida e sem que para sua irrupção seja necessário o concurso de vivências desencadeantes. Uma vez iniciado, progride para a cronicidade e deterioração. A noção de processo se contrapõe à de **desenvolvimento**, e seria uma alteração insidiosa, compreensível diante da história natural do indivíduo, sendo decisivas as vivências e motivações psicológicas, e que não leva à deterioração. Na noção de **reação**, a alteração surge após uma vivência desencadeante, também quebrando o ciclo vital do indivíduo.

Uma psicose pode surgir sob a forma de um desenvolvimento, processo ou reação, mas a psicose esquizofrênica é caracteristicamente um processo.

III) CARACTERÍSTICAS ESSENCIAIS DA ESQUIZOFRENIA

- Sintomas Psicóticos.
- Funcionamento abaixo dos níveis mais altos alcançados anteriormente.
- Nas crianças e adolescentes há fracasso no alcance do nível esperado.
- Duração de pelo menos seis meses, com uma fase ativa, aguda, de pelo menos uma semana..
- Sem base somática constatável.
- Sem causa orgânica.
- Curso intermitente, com reagudizações (surto) e comprometimento residual entre os episódios.

Apesar dessas características a esquizofrenia tem em seu curso variações que nos mostram que aproximadamente 20% tem apenas uma crise na vida, 35% tem o nível basal estável entre as crises (sem piora), 10% tem vários episódios com uma queda do nível basal estável, 35% dos pacientes tem múltiplos episódios agudos com piora do nível basal entre eles.

IV) EPIDEMIOLOGIA

A esquizofrenia mostra um padrão epidemiológico atípico, no qual o risco de morbidade é distribuído igualmente através dos países e culturas, através dos sexos e ao longo de várias décadas. Diferenças na prevalência nos fatores ecológicos e sociais são provavelmente conseqüências da doença. Incidência variável é provavelmente resultante de diferentes critérios de seleção de amostra. Quanto maior a idade de aparecimento (geralmente entre 15-24 anos), melhor o prognóstico, o que vai contra o modelo processual de Jaspers.

O risco de incidência em um ano é de 1/2000, e o risco ao longo da vida é de 1/100.

V) FATORES PREDISPONENTES

Muitos fatores tem sido associados com o aparecimento ou recaída da esquizofrenia, eles estão presentes na história de todos os pacientes, mas nem todas as pessoas com esses fatores desenvolve esquizofrenia.

A) Predisposição Genética:

Um parente de segundo grau atingido --> 2,5% de chance.
Um parente de primeiro grau atingido --> 4 %
Um gêmeo dizigótico atingido --> 10-15 %
Um gêmeo monozigótico atingido --> 40-50 %

B) Ambiente Familiar:

O prognóstico de um paciente esquizofrênico é pior se ele vive em uma família com alta emoção expressada, ou seja, com alto envolvimento emocional.

C) Nível Social:

O baixo nível socio-cultural parece favorecer o aparecimento da doença, mas na verdade não se sabe se a própria doença é que leva a uma maior prevalência nos níveis sociais mais baixos, devido à queda na escala social que os doentes experimentam.

D) Personalidade:

Há um maior número de pessoas retraídas, tímidas, com tendência ao isolamento, submissas, entre os pacientes esquizofrênicos.

VI) SINTOMATOLOGIA

A) SINTOMAS PRIMÁRIOS DE BLEULER -->Embotamento Afetivo

Ambivalência

Autismo

Afrouxamento das Associações

SINTOMAS ACESSÓRIOS --> erros sensoriais

idéias delirantes

transtornos de memória

sintomas catatônicos

peculiaridades de linguagem

B) SINTOMAS DE PRIMEIRA ORDEM DE KURT SCHNEIDER

Alucinações na Terceira Pessoa (vozes comentadoras)

Eco do Pensamento

Fenômenos de Influencia

Percepção Delirante

Inserção de Pensamentos

isolamento social

SINTOMAS DE SEGUNDA ORDEM DE KURT SCHNEIDER

erros sensoriais
intuição delirante
abulia
disposições de animo depressivas e maníacas

Devemos ressaltar que esses eram sintomas que não incluíam o aspecto evolutivo da doença, levando em consideração apenas o momento atual do doente.

1) Consciência

O nível de consciência dos doentes esquizofrênicos é claro, lucidez total.

2) Orientação

A orientação autopsíquica pode estar alterada como conseqüência de estados delirantes. Num delírio de grandeza o paciente pode julgar ser outra pessoa. Da mesma forma a orientação temporo-espacial é dependente do pensamento e da afetividade, podendo ser alterada por estados delirantes, depressão ou mania. O fenômeno da dupla orientação delirante consiste no paciente manter uma orientação correta de seus dados pessoais e de tempo e espaço e simultaneamente mostrar outra, delirante.

3) Vigilância

Dependendo do nível motor do paciente ele pode estar hipovigil nos casos de inibição psicomotora ou hipervigilante por exemplo num caso de delírio persecutório.

4) Atenção

Da mesma forma que o item anterior, em casos de agitação e ansiedade a concentração estará prejudicada (hipotenaz).

5) Pensamento

Aqui temos talvez a principal alteração da esquizofrenia. O pensamento em seu curso, forma e conteúdo .

Quanto à Forma :

A principal alteração é provavelmente o *afrouxamento das associações* de idéias, dependendo do autor essa alteração pode levar o nome de *descarrilhamento*, *dissociação*, *desagregação*, *disparatamento*, todas descrevendo com pequenas alterações o distúrbio formal nos enlaces associativos que formam o pensamento lógico, tornando

muitas vezes o discurso incompreensível para o interlocutor. No exame clínico o discurso do doente subitamente se altera, parecendo que fala coisas sem nexos.

Para Carl Schneider a desagregação se dá devido à estranhos arranjos de relação que se estabelecem mediante resíduos de pensamentos anteriores, que são momentaneamente reconfigurados. Para Bleuler a desagregação tem relação com possíveis simbolismos de estranhas formações de conceitos, para ele conhecendo-se a biografia do paciente poder-se-ia elucidar seu pensamento. Já M.C.Goas, essa alteração é devida à perda de energia ou processos repressivos. Wyrsh e Goas concordam com Bleuler quanto à possibilidade de entendimento do discurso do paciente desde que se conheça sua biografia. Para Henry Ey, a causa da desagregação é uma debilitação dinâmica do pensamento. Outra alteração possível é a *fusão* de idéias, resultando numa terceira idéia incompreensível, podendo também dar origem a neologismos.

Quanto ao Curso:

O curso do pensamento pode estar *lento, inibido* , resultando numa fala lentificada, demora em dar respostas. Pode haver a chamada *interrupção do pensamento (bloqueio)* , quando o discurso do paciente subitamente se paralisa, se perde, sendo que esta pode ser considerada também uma alteração formal.

Quanto ao Conteúdo:

A atividade delirante pode dar origem a diversas interpretações por parte do paciente. Ele pode dizer que o fenômeno da interrupção do pensamento na verdade é um *roubo do pensamento* , atribuindo essa responsabilidade a outros. Pode acreditar que seu pensamento é conhecido de todos, chamado de *publicação do pensamento* , pode crer também que seus pensamentos não são seus, que são *pensamentos impostos* . Dependendo do grau de comprometimento do paciente seu conteúdo pode estar *empobrecido* , com o empobrecimento o pensamento pode se tornar *perseverante* , e o paciente sempre circula em torno dos mesmos temas, dando origem a estereotípias verbais. Podem haver idéias fantásticas, delírides ou francamente delirantes, com cunho persecutório, religioso, grandioso, erótico, de ciúme, etc. Outra alteração possível é o *pensamento mágico* , característico de personalidades primitivas, determinadas culturas e crianças, não sendo por isso necessariamente patológico.

O *delírio* é um fenômeno primário, sendo algo que aos poucos passa a dominar a vida do paciente, podendo surgir de forma processual (Jaspers), como na esquizofrenia típica ou sob a forma de um desenvolvimento, lento e gradual, como na Paranóia. A *interpretação delirante* é um sintoma em que o doente dá um significado novo, delirante, a um fato já acontecido.

O pensamento dos paciente tendo a ser *concreto* , sendo uma perda da capacidade de abstrair e generalizar, sendo provavelmente secundária a outras alterações. O *pensamento superinclusivo* se caracteriza quando muitos itens irrelevantes são incluídos em uma sentença ou tópico.

6) Senso-percepção

As principais alterações são as alucinações, que são percepções sem um objeto real que as origine. A alucinação verdadeira deve ter as mesmas características do objeto real, devem ser nítidas, estáveis, corpóreas, extrojetadas e influenciáveis. As mais comuns são as *auditivas*, podendo se escutar vozes na terceira pessoa, falando do paciente, tecendo comentários, podem ser acusatórias, denegrindo o paciente, impositivas, dando ordens ao paciente. A seguir em importância vem as *alucinações visuais*, mais raramente temos as *alucinações olfativas*, *gustativas*, *cinestésicas* (*envolvem percepções bizarras de alterações nos órgãos corporais*) e *cenestésicas* (*sensações de movimento*). Uma alteração possível é a *percepção delirante*, quando o doente percebe um objeto real e dá a ele imediatamente um significado novo, de cunho delirante

7) Afetividade

São junto com as alterações de pensamento as alterações mais importantes da doença. O paciente pode estar com os afetos *exaltados*, no caso de delírios persecutórios, ou de grandeza por exemplo, ou podem estar num contínuo entre *empobrecidos* até francamente *embotados*, num estado de total anedonia, resultando num grave distanciamento do mundo circundante, familiares e amigos. Pode haver a chamada *inadequação afetiva*, com os afetos não condizentes com o discurso e a situação do paciente. Outra alteração é a *ambivalência afetiva*, caracterizada pela coexistência simultânea de dois afetos opostos. Uma alteração interessante é o *humor delirante difuso*, uma sensação geral de estranheza, ansiedade, originada na sensação de que o mundo está diferente, sem que o doente consiga explicar essa diferença.

8) Fala

A fala do paciente esquizofrênico pode estar muito alterada dependendo do seu grau de comprometimento. Ela pode estar *inibida*, cheia de *neologismos*, *exaltada* com tom de discurso, pode haver *prolixidade*. A *verbigeração* é a repetição incessante de poucas frases sem sentido. A *emboalia* é a inclusão de frases ou temas continuamente no discurso, sem uma relação com este. A *mussitação* é o fenômeno no qual o paciente fala de modo quase inaudível, muitas vezes alheio ao meio. A *ecolalia* é a repetição de palavras ou frases ditas pelo examinador.

9) Vontade e Psicomotricidade

Pode haver *agitação psicomotora*, desde uma leve *inquietação* até agitação grave com *heteroagressividade*. Por outro lado a *inibição psicomotora* pode ser comum chegando a quadros *catatônicos* graves com abolição total dos movimentos (*estupor catatônico*) e rigidez muscular (*pseudo-flexibilidade cética*), quando o paciente pode manter uma determinada posição por várias horas. Pode haver *estereotipias motoras*, com padrões

repetitivos de movimentos. O *negativismo* pode ser ativo, quando o paciente faz o contrário do que se pede, ou passivo, quando simplesmente não executa o que se pede, já a *obediência automática* ocorre quando o paciente faz sem discutir o que se lhe manda.. A *ecopraxia*, como diz o nome é a repetição dos gestos do interlocutor. Pode haver descontrole dos impulsos, com impulsividade ou mesmo perversão dos impulsos.

VII) TIPOS

A) Desorganizada ou Hebefrênica

Caracterizada principalmente por início precoce, antes dos 20 anos. Alterações mais a nível de pensamento, comportamento grosseiramente desorganizado, embotamento afetivo, podendo haver alucinações e delírio não sistematizados.

B) Catatônica

Principais perturbações à nível de psicomotricidade e vontade, podendo haver estupor, inibição, rigidez muscular, negativismo, estereotipais, maneirismos, negativismo, agitação, e outras alterações da área da vontade.

C) Paranóide

Há predominância dos delírios e alucinações auditivas bem estruturadas. Existe uma boa preservação da área afetiva e pouca importância dos sintomas da catatonia e hebefrenia.

D) Simples

Caracteriza-se por ausência de sintomas floridos do tipo paranóide ou de qualquer outro, notando-se mais o início insidioso, o isolamento social progressivo, a perda da capacidade produtiva.

E) Indiferenciada

Sintomas psicóticos proeminentes sem classificação em outro tipo ou que preencham critérios para mais de um tipo.

F) Residual ou Crônica

Quadro degenerativo, demencial, com sintomatologia negativa, podendo haver algum sintoma produtivo.

Existem autores que falam de apenas dois tipos um **Tipo I**, caracterizado por sintomas positivos, floridos e um **Tipo II**, caracterizado por sinais negativos, de cronicidade.

VIII) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1) Distúrbios do Humor com Características Psicóticas

Os delírios e alucinações ocorrem exclusivamente durante os períodos de perturbação do humor.

2) Distúrbio Esquizo-Afetivo

3) Distúrbios Mentais Orgânicos

Há presença de alteração da consciência, delirium, déficit de atenção e concentração.

4) Distúrbio Esquizofreniforme

Tem duração menor que seis meses.

5) Psicose Reativa Breve

Tem duração menor que quatro semanas, tem nítidos fatores desencadeantes vivenciais.

6) Distúrbio de Personalidade