

ESQUIZOFRENIA

DR. MÁRCIO PEDROTE DE CARVALHO

O QUE É ?

HISTÓRIA, CAUSAS, SUBTIPOS

Descrições de sintomas clássicos da doença vem sendo encontrado ao longo de toda a história. Já os primeiros médicos gregos descreviam delírios de grandeza, paranoia, e deterioração das funções cognitivas e de personalidade, porém em meados do século XIX a

esquizofrenia surgiu como uma condição médica merecedora de estudo.

Atualmente sua incidência é regularmente referida com algo em torno de 1% da população, sendo

igualmente prevalente nos 2 sexos, porém se mostra mais precoce em homens (10-25 anos) do que em mulheres (25-35 anos). Raramente se inicia antes da puberdade ou após a 3ª idade. Filhos de pais com a doença são notoriamente acometidos, revelando assim um risco 10x

maior de desenvolver a doença. Estudos indicam como fatores de risco para a doença: Complicações gestacionais, no parto ou mesmo exposição repetitiva à influenza por várias epidemias. É notório que o abuso de substâncias, em especial o álcool e a cannabis estão relacionados

“É notório que o abuso de substâncias, em especial o álcool e a cannabis estão relacionados aumento na incidência...”

a um aumento na incidência, além desses, substâncias psicoativas como cocaína, crack e anfetaminas possuem capacidade de gerar sintomas psicóticos. Ademais, a densidade

populacional, fatores socioeconômicos/culturais, bem como dinâmicas familiares (duplo vínculo, cisões e famílias assimétricas, famílias Pseudomutuas / pseudo-hostis), também reforçam os índices de risco para esquizofrenia.

Atualmente, cinco subtipos são descritos, tomando-se como base predominantemente na apresentação clínica:

Paranoide (delírios de perseguição ou grandeza);

Desorganizado (aparência desleixada, comportamento social e emocional não

adequados); Catatônico (distúrbio acentuado na função motora: estupor, rigidez, excitação),

Indiferenciado (não classificados em outro subtipo), Residual

(embotamento afetivo, retraimento social, comportamento excêntrico, pensamento ilógico, frouxidão de associações).

DIAGNÓSTICO

Características Clínicas

A discussão dos sinais e sintomas clínicos da esquizofrenia levanta 03 questões fundamentais:

- 1- Não existe sinal patognomônico para esquizofrenia.
- 2- Sintomas do paciente mudam ao longo do tempo.
- 3- Nível de escolaridade e capacidade cognitiva funcional e identidade cultural, devem ser considerados.

Sinais e sintomas pré – mórbidos

Geralmente, o paciente apresenta na história pré – mórbida típica, personalidade esquizoide ou esquizotípica caracterizadas na infância como “quietos, passivos e introvertidos”, poucos amigos. Na adolescência, caracterizam-se por não possuir amigos próximos, interesses românticos e evitar esportes em equipe, nessa fase fazem menção a preferências como filmes, vídeo games, internet. Início súbito de TOC pode se fazer presente em alguns casos durante a adolescência.

Descrição geral

A aparência do paciente esquizofrênico pode variar de uma pessoa desleixada, aos gritos, e agitada até alguém obsessivamente arrumada, silencioso ou mesmo imóvel. Podem ser falantes ou exibir posturas bizarras, podem se tornar agitados ou mesmo agressivos, porém geralmente isso ocorre em resposta às alucinações. Mutismo, negativismo, obediência automática, retraimento social, egocentrismo acentuado, ausência da fala ou movimentos espontâneos, imóveis, mudos monossilábicos. Outros comportamentos estranhos podem estar presentes, como tiques, estereotipias, maneirismo, ecopraxia. Geralmente apresentam-se como pessoas desleixadas, não tomam banho, vestem-se com roupas quentes demais para a temperatura ambiente.

Humor

Dois sintomas afetivos ganham destaque na esquizofrenia: 1-Responsividade emocional reduzida, 2- Emoções exageradamente ativas e impróprias.

Distúrbio de percepção

As alucinações mais comuns são auditivas com vozes ameaçadoras, obscenas, acusatórias ou ofensivas. Duas ou mais vozes podem conversar entre si. Alucinações visuais podem estar presentes e alucinações cenestésicas (sensação infundada de alteração em órgãos do corpo) também são comuns.

Ilusões são distorções de imagem reais e podem se fazer presente na fase ativa, prodrômica e remissão da doença.

Delírios são variados, podendo apresentar-se em forma de pensamentos persecutório, grandioso, religioso ou somático.

A forma de pensamento pode variar de frouxidão de associações, descarrilamento, incoerência, tangencialidade, neologismo, verbigeração, mutismo.

Violência

Violência é muito comum em indivíduos esquizofrênicos não tratados, geralmente delírios de natureza persecutória, episódios anteriores de violência e déficits neurológicos são fatores de risco.

Suicídio

Principal causa de morte de pacientes esquizofrênicos, cerca de 20 – 50% dos pacientes realizam tentativas de autoextermínio, podem ocorrer “do nada” sem aviso prévio porém está relacionado em 80% dos casos com episódio depressivo maior em algum momento da vida.

Homicídio

Pode ocorrer por razões imprevisíveis ou bizarras, em decorrência de alucinações ou delírios.

Orientação

Geralmente são orientados em tempo e espaço, fazendo com que o médico suspeite de transtorno cerebral de causa médica geral ou neurológica.

Memória

Costuma estar intacta, porém pode haver deficiências cognitivas menores.

Insight

Geralmente possuem insight pobre, sobre a natureza e a gravidade dos seu transtorno.

CURSO DA DOENÇA

De forma característica, os sintomas começam na adolescência sendo seguidos pelo desenvolvimento de sintomas prodrômicos por dias a meses. Alterações sociais podem precipitar os sintomas perturbadores.

O curso clássico da doença é de exacerbações e remissões sendo surtos psicóticos comuns, porém após o primeiro episódio psicótico o paciente se recupera de forma gradual e permanece de forma funcional normal por um longo período.

Vale lembrar que a deterioração do funcionamento basal do paciente é maior após cada episódio psicótico.

PROGNÓSTICO

Estudos mostram, que após 5-10 anos de um primeiro episódio psicótico, apenas 10-20% dos pacientes podem ser descritos com desfecho positivo.

Taxas de remissão variam de 10-60%, sendo desses 20-30% conseguem levar vidas relativamente normais, 20-30% continuam apresentando sintomas moderados e 40-60 % permanecem comprometidos de forma significativa por toda a vida.