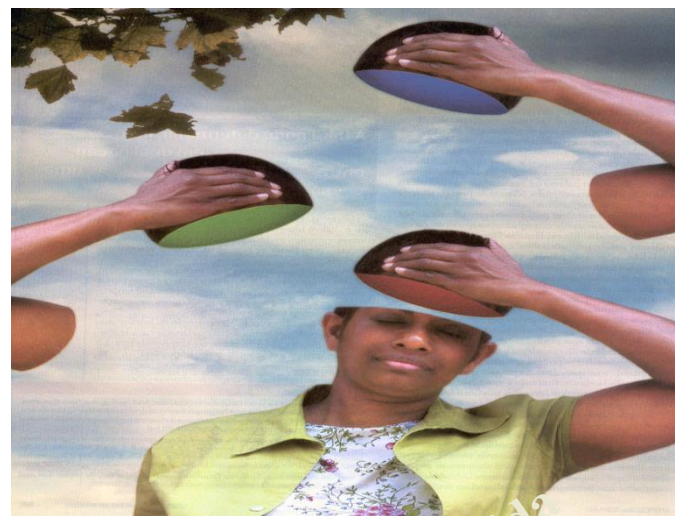


Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas



“Mente dividida”

História da Esquizofrenia

MOREL (1852)

“demência precoce”

KRAEPELIN (1896)

**distingue demência precoce de
psicose maníaco-depressiva
(PMD)**

**Descreve o curso deteriorante da
demência precoce e existência de
alucinações e delírios.**



História da Esquizofrenia

BLEULER (1911) – Esquizofrenia:

mente dividida (> ênfase à fragmentação da personalidade, em detrimento do curso evolutivo da doença).

Doença dos quatro As:

- Associações,
- Afectos,
- Ambivalência,
- Autismo.



História da Esquizofrenia

KURT SHNEIDER (1950)

sintomas patognomônicos conjugados em fatores que conduzem ao diagnóstico

Fatores de 1ª ordem:

- ⇒ Pensamento audível (eco do pensamento)
- ⇒ Vozes argumentando, discutindo, dialogando
- ⇒ Vozes comentadoras da própria atividade
- ⇒ Experiência somática de passividade (influência corporal)
- ⇒ Extração do pensamento e experiências de pensamento influenciado (inserção)
- ⇒ Irradiação do pensamento (divulgação/roubo)
- ⇒ Outras experiências: afetos, impulsos “fabricados” (delírio de influência).



História da Esquizofrenia

KURT SHNEIDER (1950)

Fatores de 2ª ordem:

- ⇒ Outras alterações da percepção
- ⇒ Ideias delirantes súbitas
- ⇒ Perplexidade
- ⇒ Empobrecimento afetivo
- ⇒ Alterações do humor eufóricas e depressivas.



Epidemiologia

Incidência: 0,2 a 0,4 ‰

Prevalência: 1%

- Prevalência igual em homens e mulheres
- 0,5% a 1% da população

Idade de início:

♂ - 15 – 25 anos

♀ - 25 – 35 anos

raro <10 anos e >50 anos.

Evolução:

♀ + favorável e < deterioração

Risco de morte

> que população geral: acidentes, causas naturais, suicídio

75% dos doentes esquizofrênicos fumam

A **nicotina** e a **cafeína** - ↑ metabolismo dos antipsicóticos,
↓ sintomatologia secundária, ↑ produção de dopamina.

30-50% - **abuso/dependência de álcool**,

15-20% - consumo de **cannabis**,

5-10% - consumo de **cocaína** (estimulação).

Países desenvolvidos: ↑ exigências, ↑ do nível de *stress*.

a deterioração mental é + evidente

Etiologia

❖ **MODELO do-STRESS**

vulnerabilidade biológica X factores ambientais stressantes

Sem **interação** não há doença

❖ **MODELO BIOLÓGICO**

★ **GENÉTICA**

Prevalência de esquizofrenia em populações específicas:

Filhos de ambos os pais esquizofrénicos – 40%

Filhos de um progenitor esquizofrénico – 12%

Irmãos – 8%

Gémeos DZ – 12%

Gémeos MZ – 47%

★ NEUROPATOLOGIA

Sistema límbico – diminuição das regiões: amígdala, hipocampo e a circunvolução parahipocámpica.

Gânglios da base - envolvimento no controlo de movimentos

Córtex frontal – hipo-atividade

★ NEUROQUÍMICA

Hipótese dopaminérgica

↑ atividade dopaminérgica

Etiologia

Hipótese noradrenérgica

O sistema noradrenérgico modula o sistema dopaminérgico.

Funcionamento anormal do sistema noradrenérgico ⇒
predispõe recaídas

Hipótese GABAérgica

Perda de neurónios GABAérgicos no hipocampo ⇒
hiperatividade dos neurónios dopaminérgicos e
noradrenérgicos

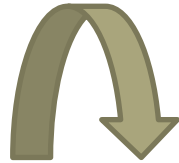
Hipótese glutamatérgica

Hiperatividade e neurotoxicidade ⇒ exaustão das células
neurais

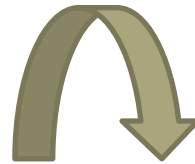
Etiologia

Teoria do Neurodesenvolvimento

Anormalidade na estruturação histológica – migração neuronal para o córtex cerebral, incompleta ou anormal



formação posterior de interconexões neuronais anormais

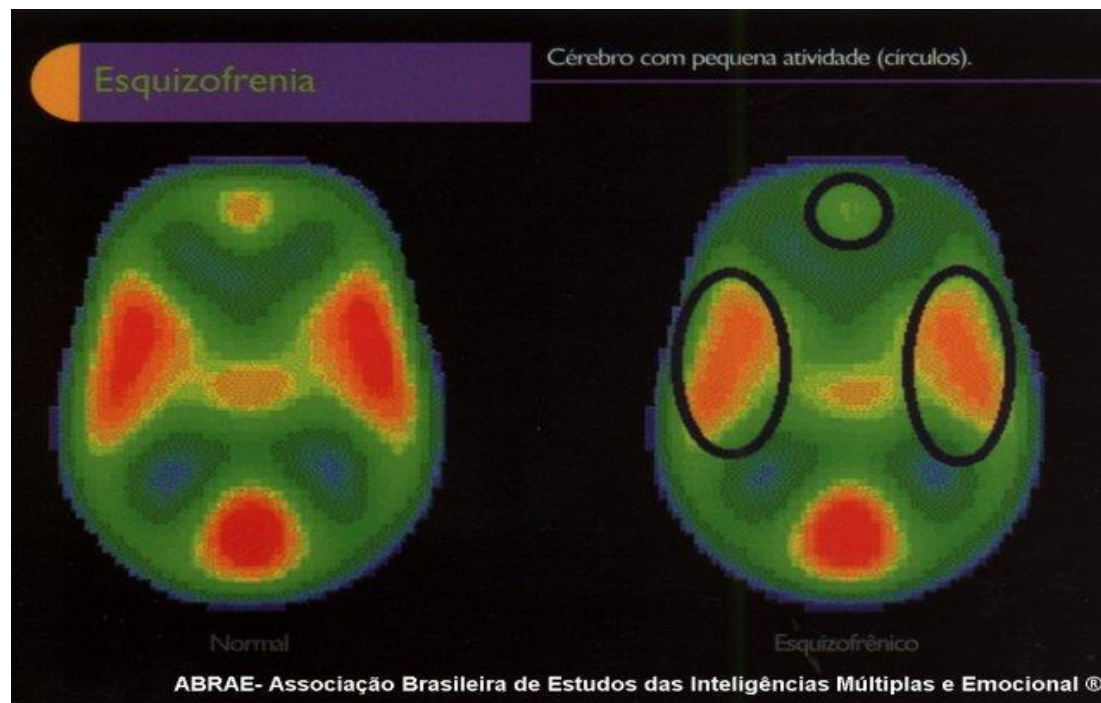


↓ Desenvolvimento cognitivo e alterações no processamento de informação.

Etiologia

Teoria do fluxo sanguíneo cerebral

↓ fluxo sanguíneo em certas áreas cerebrais



❖ MODELO PSICOGÉNICO

Psicodinâmica familiar

↑ emoção expressa (frustração, hostilidade, criticismo, exaltação, proteccionismo) ⇔ recaídas.

Algumas formas de comunicação familiar: Uso de mensagens “*double dind*” pelos progenitores

Psicodinâmica individual

Conflito entre ego e o mundo externo – a realidade é repudiada e conseqüentemente remodelada.

Sintomas psicóticos têm um significado simbólico para o doente.

↑ significativamente o *stress* emocional.

Fatores Ambientais:

1) Fatores Predisponente

- anomalias gravidez/parto
- nível socioeconómico baixo

2) Fatores Precipitantes – cannabis; stress.

3) Fatores Manutenção - «alta emoção expressa»

- **Dois ou mais Sintomas:**

- Delírios
 - Alucinações
 - Discurso desorganizado
 - Comportamento desorganizado ou catatónico
 - Sintomas negativos (embotamento afetivo, alogia...)
-
- Disfunção social/ocupacional
 - Duração - pelo menos seis meses e inclui pelo menos um mês de sintomas ativos (delírio, alucinação....)
 - Exclusão de outros transtornos mentais
 - Exclusão de abuso de substância/ condição médica geral

Características clínicas

Alteração do pensamento

- ✦ **Curso:** Lentificação, taquipsiquismo, bloqueio, inibição.
- ✦ **Forma:** circunstancial, incoerente, tangencial. descarrilamento, fuga de ideias
- ✦ **Posse:** pressão do pensamento, alienação do pensamento (subtração, inserção, difusão, divulgação.
- ✦ **Conteúdo:** Delírio – persecutório, grandeza, religioso, somático...

Alteração de linguagem

- ✦ **Mussitação**
- ✦ **Verbigeração**
- ✦ **Estereotipia verbal**
- ✦ **Mutismo**
- ✦ **Coprolália**
- ✦ **Ecolália/Pálilalia**
- ✦ **Neologismos**

✦ **Perda dos limites do de referência. Eu: ideias**

Características clínicas

Alteração da percepção

Mais comuns

Alucinações:

- auditivas (dialogadas, imperativas, comentadoras da atividade, injuriosas...)
- visuais

Alteração da afetividade

- ✱ Rigidez afetiva
- ✱ Embotamento emocional
- ✱ Discordância afetiva
- ✱ Ambivalência afetiva
- ✱ Negativismo

Características clínicas

Alteração do comportamento motor

- ☀ **Excitação**
- ☀ **Negativismo:** (recusa)
- ☀ **Ecopraxia-** reprodução de comportamento / ações
- ☀ **Flexibilidade cérea-** fraca resistência mobilização dos membros (grande maleabilidade)
- ☀ **Catalepsia= perservação** de posturas corporais
- ☀ **Esteriotipia** (atos espontâneo, repetidos e sem sentido aparente)
- ☀ **Obediência automática:** (por perturbação da vontade
- ☀ **Maneirismo**(movimento exagerado, sem naturalidade e

Alteração da volição- processo psicológico que envolvem capacidade de ação, vontade e esforço

- **Abulia-** incapacidade relativa ou temporária de tomar decisões

Sintomas positivos

- Incluem distorções ou excessos
- Alucinações
- Delírios
- Comportamento bizarro, desorganizado ou catatônico
- Alterações formais do pensamento
- Discurso desorganizado
- Afecto inapropriado

Sintomas negativos

Incluem a diminuição ou perda de funções

- Embotamento afetivo
- Alogia- incapacidade de pensar com lógica
- Avolição (do latim *volitione*) perturbação do processo cognitivo pelo qual um indivíduo se decide a praticar uma ação em particular
- Abulia – Perturbação da vontade que se manifesta pela incapacidade que consiste na ausência de atos voluntários
- Anedonia – incapacidade de sentir prazer
...desejo...(isolamento-
associal)
- Disfunção atencional

Tipos de Esquizofrenia



1. Tipo paranóide
2. Tipo desorganizado
3. Tipo catatónico
4. Tipo indiferenciado
5. Tipo residual

Esquizofrenia paranoide

Indivíduos tensos, desconfiados, reservados e cautelosos
Frequentemente hostis e agressivos.

Início mais tardio

Prognóstico mais favorável

- Alucinações auditivas
- Delírios (persecutórios, grandiosos, religiosidade), organizados em torno de um tema coerente)
- Agressividade/isolamento social

Tipo Desorganizado (Hebefrénico)

Alterações do comportamento (regressão, desinibição e desorganização)

Alterações do pensamento (forma e curso) - desorganização

Afeto embotado e inapropriado

Contacto com a realidade fraco

Respostas emocionais inapropriadas (risos imotivados),
embotamento afetivo

Início antes dos 25 A

Tipo catatónico

Predominam os sintomas motores

Alteração psicomotora:

- posturas rígidas
- estereotipias,
- Inatividade
- Agitação psicomotora extrema

Negativismo

Excitação

Ecolalia

Tipo Indiferenciada

Presença de evidências contínuas de perturbação esquizofrénica, na ausência de um conjunto completo de sintomas ativos ou de sintomas suficientes para outro tipo de esquizofrenia

Não satisfaz os critérios dos subtipo anteriores

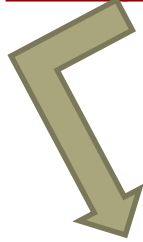
Tipo residual

- Pelo menos um episódio de esquizofrenia anterior
 - Ausência de:
 - Delírios e alucinações
 - Comportamento excêntrico
 - Discurso desorganizado
 - Comportamento desorganizado
 - Crenças estranhas
 - Experiências perceptuais incomuns
 - Presença de sintomas negativos:
 - Embotamento afetivo, etc....

Factores de Bom Prognóstico	Factores de Mau Prognóstico
Início tardio Início agudo Ausência de fatores stressantes Boa história social, sexual, profissional pré-mórbida Presença de sintomas afetivos (principalmente depressão) História familiar de pert. de humor Casado Bom suporte familiar Sintomas positivos Ausência de história familiar	Início insidioso Início precoce Óbvios factores stressantes Fraca história social, sexual, profissional pré-mórbida Comportamento retraído e autista História familiar de esquizofrenia Solteiro, divorciado ou viúvo Fraco suporte familiar Sintomas negativos História de trauma perinatal História de agressividade Sinais e sintomas neurológicos Ausência de remissão em 3 anos Muitas recaídas

Tratamento

Terapia psicofarmacológica:



reduz o risco de recaída

Neurolépticos / antipsicóticos

- atípicos
- clássicos
- *depot*

- Antipsicóticos devem iniciar-se em doses baixas, aumentando gradualmente
- 70% episódios agudos respondem bem aos antipsicóticos
- Efeitos secundários extrapiramidais: distonias agudas; acatisia
- Electroconvulsivoterapia se associado a depressão grave ou estupor catatónico

Tratamento

Terapia cognitivo-comportamental

Reforço e treino de aptidões/competências sociais

↑ capacidades de relacionamento social, auto-suficiência, habilidades práticas e comunicação interpessoal → reintegração doente no ambiente familiar e socioprofissional.

Terapia familiar

Intervenção terapêutica familiar → modificação comunicacional

Psicoterapia individual

Psicoterapia de apoio

Psicoterapia orientada para o *insight*

Prevenção de Recaídas:

- O tratamento farmacológico de manutenção diminui o risco de recaída
- 20% doentes mantêm-se estáveis sem medicação
- Tratamento a longo prazo com Antipsicóticos convencionais produz discinesias tardias crónicas em aproximadamente 15% dos doentes ao fim de 4 anos. Deve-se realizar uma lenta redução das doses quando o doente permanece livre de sintomas durante vários meses
- Anticolinérgicos reduzem os efeitos secundários parkinsónicos mas aumentam as discinesias tardias
- Terapia Familiar têm-se revelado eficaz na taxa de recaídas

Perturbação Esquizoafetiva

- **Sinais marcantes de Pert. Afetiva (humor)**
 - fases c/ sintomas depressivo ou maníaco, c/ sintomas psicóticos
 - fases c/ sintomas psicóticos, c/ sintomas afetivos
- **Crítérios de diagnóstico** para (P. humor e Esquizofrenia)
- **Prevalência** - 0,5 a 0,8%.
- **Início** – adolescência ou idade adulta
- **Evolução** – melhor que Esquizofrenia e pior que Pert. Humor
- **Tratamento** - depende dos sintomas apresentados (depressão, doença bipolar, esquizofrenia)

Perturbação esquizofreniforme

- **Prevalência – 0,5%**
- **Semelhante á esquizofrenia**
- **Início agudo**
- **Componente emocional + acentuada**
- **Duração: ≥ 1 mês e ≤ 6 meses**
- **Diagnóstico provisório**

Perturbação psicótico breve

- **Sintomas** – 1 dia a máximo 1 mês
- **Instabilidade emocional** (euforia e ansiedade intensa)
- **Delírios e alucinações**
- **Comportamento desorganizado ou catatónico**
- **Discurso desorganizado ou incoerente**
- **Bom prognóstico**

Perturbação delirante

Principal sintoma - delírio (erotomaníaco, grandioso, persecutório, ciúmes, somático, misto, inespecífico)

Duração < = 1 mês.

Perturbação Psicótico compartilhado (*Folie à Deux*)

Folie à deux (“loucura a dois”, em francês)

Sintomas psicóticos pela convivência próxima com doente psicótico.