

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Módulo II – Psicopatologia e Saúde mental

Esquizofrenia e outras perturbações psicóticas

Esquizofrenia

- Perturbação com duração de pelo menos 6 meses e inclui pelo menos 1 mês de sintomas ativos, (2 ou +) dos seguintes:
 - delírios,
 - alucinações,
 - discurso desorganizado (ex: descarrilamento ou incoerência)
 - comportamento desorganizado ou catatônico,
 - sintomas negativos (ex: embotamento afetivo ou avolição).

- Perturbação ocupacional/social.

(DSM-V, 2013)

Epidemiologia

Prevalência: 1%; ♂ = ♀

Incidência: 0,5 a 5‰

Idade de início:

♂ - 15 – 25 anos

♀ - 25 – 35 anos

raro <10 anos e >60 anos.

Frequência: > indivíduos nascidos no Inverno e início Primavera (jan a abril) – exposição a *influenza*.

Fatores risco perturbadores gravidez: má nutrição (alteração sazonal da dieta), infecções virícas, clima frio.

Evolução:

♂ + favorável e < deterioração.

Epidemiologia

Risco de morte

> que população geral: acidentes, causas naturais, suicídio (15%; 50% tentativas)

+ de 75% - fumam

A **nicotina** e a **cafeína** - ↑ metabolismo dos antipsicóticos, ↓ efeitos secundários, ↑ produção de dopamina; ↓ sintomas positivos (alucinações) ação nos recetores nicotínicos.

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

15-25% - consumo de **cannabis**,

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

(co-morbilidade esquizofrenia e consumos – mau prognóstico)

Países subdesenvolvidos: ↓ efeitos negativos da esquizofrenia, baixa do nível de *stress*, menor evolução tecnológica.

Países desenvolvidos: ↑ exigências, deterioração mental é + evidente.

Etiologia

MODELO DIÁTESE-STRESS

vulnerabilidade biológica X fatores ambientais stressantes

Sem **interação** não há doença

FATORES GENÉTICOS

Prevalência de esquizofrenia em populações específicas:

População geral – 1%

Filhos de ambos os pais com esquizofrenia – 40%

Filhos de um pai com esquizofrenia – 12%

Irmãos – 8%

Gêmeos DZ – 12%

Gêmeos MZ – 47%

Etiologia

FATORES BIOLÓGICOS

* NEUROPATHOLOGIA

Sistema límbico – diminuição (perda volume cerebral) nas regiões: amígdala, hipocampo e circunvolução parahipocámpica.

Gânglios da base e Cerebelo - envolvimento no controlo de movimentos – alterações motoras (esteriotipias, ...).

Córtex frontal – hipoatividade.

Etiologia

FATORES BIOLÓGICOS

* NEUROQUÍMICA

Hipótese dopaminérgica

↑ atividade dopaminérgica

Aparecimento da **Clorpromazina** (anos 50)

Antipsicóticos clássicos – antagonistas dos **recetores de dopamina** (recetores D2 - bloqueio) - **sintomas positivos.**

Anfetaminas (↑ atividade dopaminérgica) - sintomatologia psicótica.

Etiologia

Hipótese serotoninérgica

Aparecimento **Clozapina**

Antipsicóticos atípicos: Clozapina, Risperidona, Olanzapina,...- antagonista dos **recetores D2**, antagonista dos **recetores da Serotonina** (5HT₂) – **sintomas positivos e negativos**.

Hipótese noradrenérgica

O sistema noradrenérgico modula o sistema dopaminérgico.

Funcionamento anormal sistema noradrenérgico ➡ predispõe **recaídas frequentes**.

Hipótese GABAérgica

Perda de neurónios GABAérgicos no hipocampo ➡ hiperatividade dos neurónios dopaminérgicos e noradrenérgicos.

Hipótese glutamatérgica

Hiperatividade e neurotoxicidade ➡ exaustão das células neuronais

Etiologia

* OUTRAS

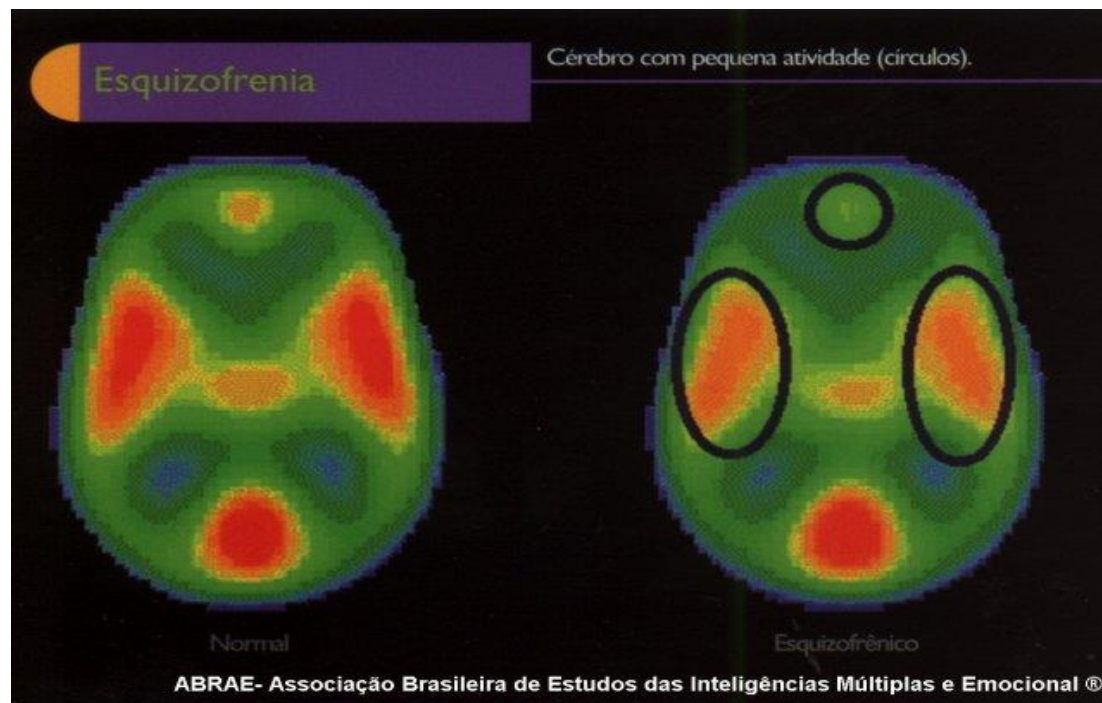
Teoria do Neurodesenvolvimento

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



Etiologia

FATORES PSICOSSOCIAIS

Teoria psicanalítica

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

Sintomas psicóticos têm um significado simbólico para a pessoa

Dinâmica familiar

↑ **emoção expressa** (frustração, hostilidade, criticismo, exaltação, protecionismo) ⇒ recaídas.

Uso de mensagens "**double bind**" pelos progenitores (mãe).

Algumas formas de **comunicação familiar** ↑ significativamente o *stress* emocional.

Formas de início

- Agudo
- Incidioso

➤ Fase prodrômica

Tipos Esquizofrenia (DSM-IV)

● Tipo Paranóide

Presença de delírios (perseguição, grandeza), alucinações auditivas.

São tensos, desconfiados, reservados e cautelosos, frequentemente hostis e agressivos.

Inteligência nas áreas não afetadas permanece intacta.

Início dp dos 25 A.

(DSM-5 deixou de utilizar esta tipologia - Esquizofrenia)

Tipos Esquizofrenia (DSM-IV)

- **Tipo Desorganizado (Hebefrénico)**

Alterações do comportamento (regressão, desinibição e desorganização);

Alterações do pensamento (forma e curso - desorganização);

Contacto com a realidade fraco;

Respostas emocionais inapropriadas (risos imotivados), embotamento afetivo;

Início antes dos 25 A.

- **Tipo Catatónico**

Predominam os sintomas motores (estereotipias, maneirismos e flexibilidade cérea, estupor, negativismo, rigidez, excitação).

Tipos Esquizofrenia (DSM-IV)

- **Tipo Indiferenciado**

Não satisfaz os critérios dos subtipo anteriores.

- **Tipo Residual**

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

Sintomas comuns: Embotamento afetivo, afastamento social, comportamento excêntrico, pensamento ilógico e leve diminuição da associação das ideias.

Características clínicas

Alteração do pensamento:

Curso: Lentificação, fuga de ideias, bloqueio, descarrilamento.

Forma: incoerente, tangencial, sobreinclusivo, perseverante.

Posse: pressão do pensamento, alienação do pensamento (subtração, inserção, difusão, divulgação).

Conteúdo: Delírio – persecutório, grandeza, religioso, somático...

Perda dos limites do Eu: ideias de referência.

[Web Link \(inglês\)](#)

Características clínicas

Alteração da linguagem:

- ✧ Latência de resposta aumentada
- ✧ Verbigerção
- ✧ Estereotipia verbal
- ✧ Mutismo
- ✧ Ecolália
- ✧ Neologismos

Características clínicas

Alteração da percepção:

Alucinações:

- auditivas (dialogadas, imperativas, comentadoras da atividade, injuriosas...)
- eco do pensamento
- visuais
- cenestésicas
- cinestésicas
- extracampinas

Características clínicas

Alteração da afetividade:

- ✧ Emoção adequada retardada no tempo
- ✧ Incongruência afetiva
- ✧ Ambivalência afetiva
- ✧ Negativismo
- ✧ Embotamento afetivo

Características clínicas

Alteração do comportamento motor:

- ✧ Excitação
- ✧ Estupor
- ✧ Negativismo
- ✧ Ecopraxia
- ✧ Ambitendência
- ✧ Flexibilidade cêrea
- ✧ Catalepsia
- ✧ Estereotipia
- ✧ Obediência automática
- ✧ Maneirismo

Alteração da volição:

- ✧ Embotamento da força da vontade (abolia).
- ✧ Enfraquecimento ou enevoamento dos limites do Eu.

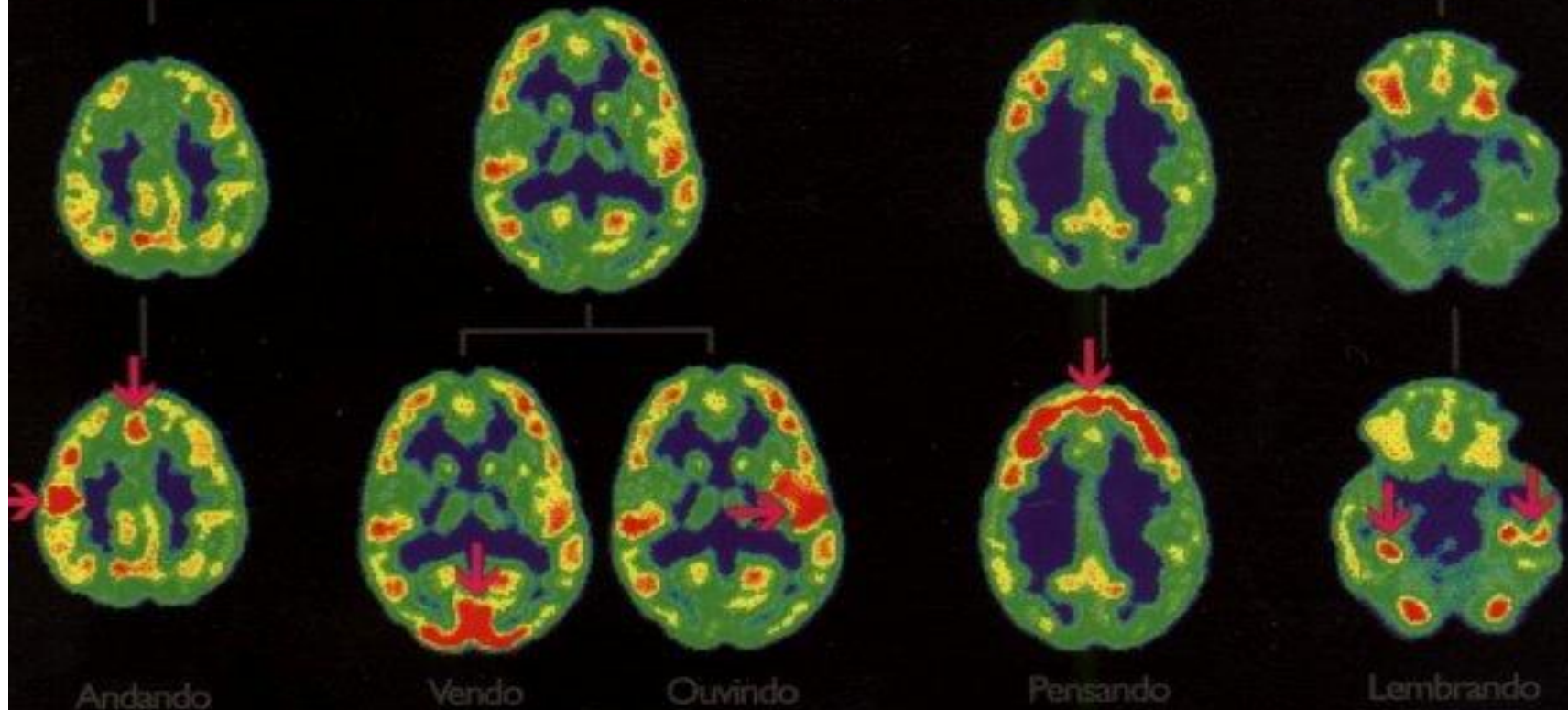
Características clínicas

Impulsividade, violência suicídio e homicídio

Atividade cerebral

As setas indicam as regiões com maior atividade.

Em repouso



Sintomas positivos

Refletem um excesso ou distorção de funções:

- Alucinações
- Delírios
- Comportamento bizarro
- Discurso desorganizado
- Afeto inapropriado

Sintomas negativos

Refletem uma diminuição ou perda de funções:

- Embotamento afetivo
- Avolição
- Alogia
- Anedonia
- Isolamento social

Evolução e Prognóstico

5-10 anos após 1º episódio de doença:

- 10-20% – boa evolução
- 20-30% – vida relativamente normal
- 20-30% – vivenciam sintomas moderados
- 40-60% – permanecem comprometidos significativamente durante toda a vida.

Preditores da evolução da esquizofrenia

Preditor	Evolução favorável	Evolução desfavorável
Demográfico	Sexo feminino Início mais tardio Nível sócio-económico mais elevado Casado Habitar num país em vias de desenvolvimento	Sexo masculino Início mais precoce Nível sócio-económico mais baixo Solteiro Habitar num país desenvolvido
Estado pré-mórbido	Sem história familiar de esquizofrenia Sem patologia psiquiátrica anterior Personalidade prévia normal Boa performance escolar Competências sociais normais Boa performance laboral Relacionamento afectivos normais	História de esquizofrenia num familiar de 1º grau História de patologia psiquiátrica Personalidade prévia alterada Baixa performance escolar Fracas competências sociais Desempregado Relacionamento afectivos difíceis ou inexistentes
Sintomatologia	Factor precipitante identificável Início agudo Sintomas positivos e/ou afectivos Sem alterações cerebrais Sem alterações neuropsicológicas	Sem precipitante aparente Início insidioso Sintomas negativos Dilatação ventricular ou dos sulcos Alterações neuropsicológicas ou QI <90
Tratamento	Episódio psicótico breve Boa resposta ao tratamento Boa adesão	Psicose de evolução prolongada Fracas resposta ao tratamento Fracas adesão

Fatores de Bom Prognóstico	Fatores de Mau Prognóstico
Início tardio Fatores precipitantes/stressantes óbvios Início agudo Boa história social, sexual e profissional pré-mórbida Presença de sintomas afetivos (principalmente depressão) Casado História familiar de pert. de humor Sistema de apoio forte Sintomas positivos	Início precoce Ausência de fatores precipitantes/stressantes Início insidioso História social, sexual e profissional pré-mórbida pobre Comportamento retraído e autista Solteiro, divorciado ou viúvo História familiar de esquizofrenia Sistema de apoio fraco Sintomas negativos Sinais e sintomas neurológicos Ausência de remissão durante 3 anos História de trauma perinatal Muitas recaídas História de agressividade

Tratamento

Farmacoterapia

Antipsicóticos

- Clássicos – antagonistas recetores de dopamina (clorpromazina, haloperidol)
- Atípicos – antagonistas recetores de serotonina e dopamina (risperidona, clozapina, olanzapina, sertindol, quetiapina, ziprazidona).
- *Depot*

Terapia psicossocial

Treino de competências sociais - ↑ capacidades de relacionamento social, autossuficiência, habilidades práticas e comunicação interpessoal → reintegração pessoa no ambiente familiar e sócioprofissional.

Tratamento

Terapias de orientação familiar

Intervenção terapêutica familiar → modificação comunicacional, EE.

Psicoeducação

Características de intervenções familiares na esquizofrenia e taxas de recaídas
(Ver Gonçalves-Pereira *et al.*, 2006, p3-4)

Psicoterapia individual

Psicoterapia de apoio

Psicoterapia orientada para o *insight*

Perturbação esquizofreniforme

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

Perturbação esquizoafetiva

- Sinais marcantes de **Pert. afetiva**
 - *fases c/ sintomas depressivo ou maníaco, s/ sintomas psicóticos
 - *fases c/ sintomas psicóticos, s/ sintomas afetivos
- Critérios de diagnóstico para as 2 perturbações
- **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)
 - intervenções psico-sociais
 - internamento hospitalar

Perturbação delirante

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

Duração $\geq$ 1 mês.

Perturbação psicótica breve

Sintomas – 1 dia a 1 mês (máximo); semelhantes a sintomas da esquizofrenia.

Pode surgir em resposta a um stressor psicossocial.

- Delírios
- Alucinações
- Discurso desorganizado (descarrilamento ou incoerente)
- Comportamento desorganizado ou catatónico

Bom prognóstico

Perturbação psicótica induzida por substâncias

Durante a intoxicação; durante ou pouco depois da abstinência

- Delírios
- Alucinações

Bibliografia

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – **DSM-5**. Lisboa: Climepsi Editores, 2013.

DIAS CORDEIRO, J. C. – **Manual de psiquiatria clínica**. 2ª edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

MARQUES-TEIXEIRA, João – **Esquizofrenia**, 2002.

RUILOBA, J. Vallejo – **Introducción a la psicopatología y la psiquiatría**. 5ª edição. Barcelona: Masson, 2002.

SADOCK, B.; SADOCK, V. – **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9ª edição. Porto Alegre: ArtMed, 2007.