

## ESQUIZOFRENIA ESQUIZOAFETIVA E A DINÂMICA DOS ESTADOS PRODRÔMICO, EPISÓDICO E RESIDUAL, NO CASO CLÍNICO C.B.F.S.

SOUSA, Cleuber Cristiano de.<sup>1</sup>

[Revista Acadêmica Online](#)

1 - Doutor e PHD em Psiquiatria da Infância e Adolescência pela *Middletown Community College*. Diretor do Centro de Saúde, Psicologia Clínica e Hospitalar e Psicanálise – CSPCH/NEEP, e Presidente Estadual da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática e Neurologia e Psiquiatria Infantil – ABMP/ABENEPI. E-mail: [dr.cristianosousa@gmail.com](mailto:dr.cristianosousa@gmail.com)

**LINHA DE PESQUISA:** Psiquiatria. Nosologia. Nosografia.

**RESUMO:** O objetivo deste artigo é descrever por meio da psicopatologia as alterações nesta nova versão do DSM-5, que abandona a divisão em subtipos e a validação de critérios clínicos de sinais contínuos e periodicidade sintomática positiva, na inclusão dos estados prodrômicos, episódicos e residuais, no caso clínico de C.B.F.S, com fundamentos da rubrica da Esquizofrenia Esquizoafetiva. Os sintomas do transtorno de esquizofrenia são caracterizados pelo que denominamos de X<sup>2</sup> e X<sup>1</sup>, sendo que a positivação é validada pelo X<sup>2</sup>, alucinações, desorganização do pensamento e do comportamento e delírios. Como X<sup>1</sup>, temos os sintomas negativos, alogia, avolição e embotamento afetivo. Existem casos de perdas cognitivas, prejuízo de capacidade de abstração, fabulação e sintomas de ansiedade e característica maníaco-depressiva. A análise do *setting* e da situação clínica decorre do processo de constituição do caso a partir do histórico e dos aspectos culturais e dos fundamentos clínicos e ausência destes em sintomas diferenciais do transtorno psicótico.<sup>1</sup>

**PALAVRAS-CHAVE:** Psiquiatria. Nosologia. Nosografia. Esquizofrenia.

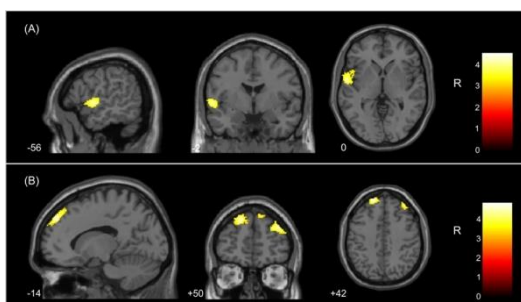
### APRESENTAÇÃO

O espectro da Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos é um transtorno que possui uma frequência de acometimento de 0,3 a 5,7 pessoas a cada 100.000 habitantes (MAROT, 2004). Esta referência demonstra o quanto é significativo o seu estudo e urgente a ampliação de uma rede de acolhimento e atendimento da saúde mental, com base em fundamento clínico no DSM V – Dicionário de Saúde Mental – e CID 10, Classificação Internacional de Doenças. A psiquiatria é

área de orientação clínica para uma referência sistêmica e de classificação, diagnóstico e prognóstico efetivos para um atendimento humanizado e com orientação na promoção de qualidade de vida do paciente e de sua família.

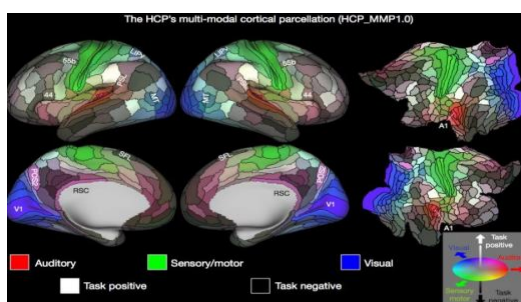
Os sintomas do transtorno de esquizofrenia são caracterizados pelo que denominamos de X<sup>2</sup> e X<sup>1</sup>, sendo que a positivação é validada pelo X<sup>2</sup>, alucinações, desorganização do pensamento e do comportamento e delírios. Como X<sup>1</sup>, temos os sintomas negativos, alogia, avolição e

embotamento afetivo. Existem casos de perdas cognitivas, prejuízo de capacidade de abstração, fabulação e sintomas de ansiedade e característica maníaco-depressiva. Segundo Gama (2004), este transtorno acomete aproximadamente 20 milhões de pessoas com perdas afetivas, cognitivas e funcionais.



[www.napnausp.org.br](http://www.napnausp.org.br)

A figura acima apresenta o Cluster de redução longitudinal de substância cinzenta, na figura A, com evolução ruim e na figura B, com evolução clínica satisfatória. Percebe-se uma situação clínica proeminente de perda de substância cinzenta em portadores de psicose afetivas, comorbidade de sintomas de transtorno bipolar e depressão com sintomas psicóticos. No córtex dorsolateral frontal bilateral a evolução clínica positiva apresenta acentuado ganho de substância cinzenta.



<https://canaltech.com.br>

Um estudo recente apresentado na Revista Nature (2016) apresentou um resultado significativo no que se refere ao mapeamento cerebral em neuroimagens dividindo o cérebro em 180 partes, das

quais 97 delas não tinham recebido estudos de referência. O mapa cerebral relaciona as partes às funções consciência, raciocínio, percepção, linguagem, sensação e atenção, componentes cognitivos de importância tanto para a classificação quanto para o diagnóstico e prognóstico de transtornos de neurodesenvolvimento. Transtornos como demência e esquizofrenia podem receber contribuições clínicas consideráveis pela associação aos estudos do córtex cerebral.

Alterações e Estágios			
Item	Desvio	Atraso	Dissociação
1	Prodrômico inicial	Sinais Sintomas iniciais	Distinção Significativa inicial de sintomas
2	Episódico agudo	Surto franco acompanhado de episódico	Reiteração de crises e surtos francos e episódicos
3	Residual crônico	Acentuada continuidade de sintomas negativos (avolição, alogia e embotamento)	Evolução acentuada para sintomas do transtorno depressivo ansioso leve.

A epidemiologia do Transtorno do Espectro de Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos se refere ao estudo deste transtorno em comunidades específicas e referenciadas, identificando os fatores de risco. A heterogeneidade e a polimorfia no quadro clínico se relaciona à ausência de fatores patognomônicos. Os sintomas da Esquizofrenia são característicos tanto aqueles que evidenciam os sintomas X<sup>1</sup> quanto os sintomas X<sup>2</sup>. Os sintomas positivos (X<sup>2</sup>) são característicos da alucinação e do delírio bizarros. Os negativos (X<sup>1</sup>), alogia, avolição, sentimentos embotados, adonia e alguns sintomas de comorbidade de catatonia e fixidez. Estes sintomas característicos podem estar persistindo por um mês se tratados com sucesso ou seis meses, com mês se tratados com sucesso ou seis meses,

com persistência de sinais do transtorno. A falta de funcionalidade ocupacional ou mesmo socioemocional é um fator acentuado na positividade dos sintomas do transtorno. As disfunções emocionais e cognitivas (atenção, memória, aprendizagem, linguagem, percepção, raciocínio, resolução de problemas e pensamento) são prejudicadas e não são mais isoladas e sim relacionais em uma rede de sintomas associativos. As categorias podem ser enquadradas em positiva e negativa. A positiva são distorções de pensamentos marcados por delírios e de percepção, alucinações, sendo estas sensoriais, com discurso desorganizado no que se refere à linguagem e comunicação e um comportamento desorganizado ou de fixidez ou catatônico. Os sintomas negativos são caracterizados embotamento afetivo, improdutividade na lógica do pensamento (alogia) e no rebaixamento do desenvolvimento de atividades sociais (avolição). O falseamento de experiências ou mesmo percepções deformadas fazem dos delírios um conteúdo misto de religiosidade, perseguição, grandiosidade e de natureza biológica. O que mais se percebe são os delírios persecutórios, em que o sujeito em crise acredita estar espionada ou perseguida. Os delírios de referência, situação em que a pessoa acredita estar sendo referenciada por comentários ou gestos são bastante frequentes. Os delírios bizarros se distinguem dos comuns pela notória falta de senso, alogia e por serem incompreensíveis e impossíveis de enquadrarem na percepção cultural de uma sociedade em questão. Os sintomas de primeira ordem, de Schneider, se constituem relativamente em bizarros: extração, inserção e de controle. Caso haja a confirmação de um delírio bizarro, por si só, este sintoma positiva o transtorno esquizofrênico. As tipologias sensoriais de alucinações podem ser táteis, olfativas, visuais, auditivas ou gustativas. A mais comum é a auditiva acompanhada de vozes

e estranhas ou familiares reconhecidamente estranhas aos pensamentos da pessoa. Duas ou mais vozes conversando entre si fazem parte de um conteúdo geralmente característico da Esquizofrenia. Estes sintomas presentes também reunidos positivam o transtorno. As alucinações hipnagógicas (enquanto dorme) ou hipnopômicas (momento do despertar) são consideradas normais no contexto clínico. Os aspectos psicopatológicos devem ser analisados para que o nível de consciência e de atenção e de orientação sejam reconhecidos como culturais e dentro do conceito da normalidade. Bleuler defende a teoria de que o transtorno do pensamento formal ou desorganização do pensamento é uma característica proeminente da Esquizofrenia. Os sintomas negativos da esquizofrenia – avolição, alogia, embotamento afetivo são aspectos relevantes que tomam forma de efeitos colaterais extrapiramidais do uso de neurolépticos, que são medicamentos também denominados antiesquizofrênicos, tranquilizantes de maior potencialidade ou antipsicóticos. São administrados tanto para mania quanto para delírio (persecutório, grandeza, eritomaniaco, de ciúmes, de referência) e também para esquizofrenia. O bloqueio competitivo dos receptores dopaminérgicos é um efeito antipsicótico dos inibidores competitivos denominados fármacos neurolépticos clássicos. Os sintomas negativos e os efeitos colaterais do uso de medicamentos neurolépticos são de fundamentos clínicos e não de uso geral ou conhecimento coletivo. Esta afirmação se observa na gravidade dos sintomas negativos, sendo assim a severidade dos sintomas de prejuízo de expressão de sentimento, fala desorganizada ou alógica e anedonia, dificuldade de desenvolver atividades sociais, motivação ou sentir prazer. É necessário também ressaltar a natureza e a tipificação do medicamento neuroléptico. Ao citar os prejuízos de funcionalidade da Esquizofrenia, podemos



citar as relações pessoais, educação, higiene pessoal, trabalho e socioemocionais. Os sintomas precocemente confirmados levam a uma anedonia frequente acelerada pela sintomatologia do Transtorno Depressivo Ansioso Leve, com orientação difusa à despersonalização, como distúrbio subjetivo egóico.

## REFERÊNCIA DO HISTÓRICO DA ESQUIZOFRENIA

**SUBTIPOS CLÍNICOS:** Tanto na CID 10 como no DSM V, estão descritos alguns subtipos clínicos:

*DSM V:*

- 295.9 Esquizofrenia
- 297.1 Tipo Paranóide
- 298.8 Tipo Psicótico Breve
- 293.89 Tipo Catatônico

CID 10			
Item	Transtorno	Tipologia	*+/-
F20.0	Esquizofrenia	paranóide	+
F20.1	Esquizofrenia	hebefrênico	-
F20.2	Esquizofrenia	catatônica	+/-
F20.3	Esquizofrenia	indiferenciada	+/-
F20.4	Depressão	pós-esquizofrênica	-
F20.5	Esquizofrenia	residual	-
F20.6	Esquizofrenia	simples	-
F20.8	Outra	esquizofrenia	+/-
F20.9	Esquizofrenia	não especificada	+/-

\*Proeminência + ou -

**Residual:** Estágio crônico da esquizofrenia, em que houve progressão clara de um quadro inicial para um quadro tardio em que ocorrem predominantemente sintomas negativos.

**Hebefrênica:** Idade de 15 aos 25 anos, Alterado principalmente a afetividade, com alucinações fragmentárias e delírios. Percebem-se: maneirismos, afeto embotado e bizarria. Os risos sem motivos e aleatórios; fala desorganizada, alogia e discurso com fragmentação e pobre.

**Não especificada:** A impossibilidade de classificação do paciente nas demais

categorias citadas na tipificação da Esquizofrenia.

**Indiferenciada:** Pacientes fora dos subtipos apresentados ou mais de um subtipo, com ausência de predominância de uma tipologia da Esquizofrenia.

**Depressão pós-esquizofrênica:** Episódio depressivo que pode se evoluir para um surto esquizofrênico. Existem alguns sintomas psicóticos, contudo indeterminam o quadro clínico geral.

**Simples:** Início insidioso e progressivo, com características de excentricidades de comportamento; prejuízos socioemocionais e com comportamento em anedonia constante.

**Catatônica:** Fixidez, com quadro dominado por transtornos da motricidade.

**Outras esquizofrenias:** Classificação de quadros sem fundamento clínico.

**Paranoide:** A característica essencial da Esquizofrenia, Tipo Paranóide, é a presença de delírios ou alucinações auditivas.

## DIAGNÓSTICO:

1. **Psicopatológico:** semiologia (sinais e sintomas) dos transtornos mentais;
2. **Psiquiátrico:** anamnese descritiva e explicativa por meio de critérios do CID 10 e do DSM V. Critérios Diagnósticos para Esquizofrenia (DSM V).

A. Sintomas: Dois ou mais, por um período de 1 a 6 meses (ou menos se tratado da forma adequada).

SINTOMAS			
Item	*S'	Natureza	**+/-
1	Delírios	Pensamento	+
2	Discurso desorganizado	Linguagem	-
3	Alucinações	Percepção	+/-
4	Sintoma negativo	Emoção	+/-
5	Comportamento desorganizado ou na catatonia	Hipercinesia Fixidez	-

\*S<sup>1</sup> - Sintoma primário    \*\* Proeminência + ou -

7	Pimozide	Orap
---	----------	------

Fonte do autor

O Critério “A” positiva a Esquizofrenia se os delírios são bizarros ou as alucinações são auditivas.

**B. Disfunção social/ocupacional:** Por uma porção significativa do tempo desde o início da perturbação, uma ou mais áreas importantes do funcionamento, tais como trabalho, relações interpessoais ou cuidados pessoais, estão acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou, quando o início dá-se na infância ou adolescência, fracasso em atingir o nível esperado de aquisição interpessoal, acadêmica ou ocupacional).

**C. Temporalidade:** 6 meses de sinais contínuos de perturbações em ordem específica da natureza da positividade da Esquizofrenia. Neste ínterim, 30 dias seguidos de sintomatologia e/ou menos se o tratamento for adequado.

## FASES DE TRATAMENTO:

**AGUDA:** Hospitalocêntrico – Hospital dia e noite – Regime ambulatorial – Internação para proteção da integridade do paciente. O tratamento medicamentoso neuroléptico é indicado aos pacientes na fase em média de 4 a 6 semanas.

**FASE PRODRÔMICO:** Farmacoterapia e abordagens psicossociais. Farmacoterapia pelo menos 24 meses depois do surto franco e de pelo menos 60 meses para surtos reincidentes.

### Neuroléptico I

NEUROLÉPTICOS TRADICIONAL		
Item	Farmacoterapia	Natureza
1	Haloperidol	Haldol
2	Levomepromazina	Neozine
3	Flufenazina	Anatensol
4	Tioridazina	Melleril
5	Periciazina	Neuleptil
6	Clorpromazina	Ampticil

### Neuroléptico II

NEUROLÉPTICOS NOVOS		
Item	Farmacoterapia	Natureza
1	Risperidona	Risperdal
2	Quetiapina	Seroquel
3	Amisulprida	Socian
4	Olanzapina	Zyprexa
5	Clozapina	Leponex

Fonte do autor

## MÉTODO E METODOLOGIA

O estudo foi aprovado pelo Núcleo de Estudos Especializados em Psicopatologia, com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, TCLE, firmado por membro da família. A pesquisa foi apresentada à Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil, no I Encontro Estadual de Psicopatologia, para ampliação do caráter interdisciplinar da pesquisa e, também, ao Comitê de Ética e Pesquisa, da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso. Participou deste estudo a paciente C.B.F.S., mulher, casada, 36 anos, com acompanhamento de periodicidade inicial em dezembro de 2016.

O diagnóstico consolidado de esquizofrenia foi firmado por uma equipe médica (Neurologista e Psiquiatra), tendo como referência a classificação e o diagnóstico, por distanciamento e aproximação, por compartilhamento de rubrica, e atividade de discriminação de entidades clínicas. Como diagnóstico diferencial de exclusão: depressão, doença cerebral, abstinência, etilismo e drogadição (F.10 a F.19 – CID 10). O Caso Clínico C.B.F.S se fundamenta em uma aspecto transferencial de perdas afetivas desde a infância e situações de

indução, com sintomas de fundamento clínico compartilhados pelo Transtorno Delirante Induzido (F.24), situação em que o transtorno delirante e partilhado por duas pessoas ligadas entre si no plano emocional de forma indissociável e irrestrita. Nesse caso, somente a paciente C.B.F.S. apresenta os sintomas do transtorno psicótico autêntico e o esposo Z.M.S. induz as ideias delirantes. A paciente após surto franco e, posteriormente, surto episódico, foi medicada com olanzapina. Segundo Oliveira (2000), a olanzapina, uma tienobenzodiazepina, é um novo antipsicótico que possui afinidade pelos sítios de ligação D<sub>1</sub>-D<sub>4</sub>, serotoninérgicos (5-HT<sub>2,3,6</sub>), muscarínicos (subtipos 1-5), adrenérgicos (alfa<sub>1</sub>) e histaminérgicos (H<sub>1</sub>). Nos ensaios clínicos, sugeriu-se que a **olanzapina** diminui os sintomas positivos e os negativos da esquizofrenia, e possui baixa incidência de efeitos extrapiramidais.

Posteriormente, fez uso do **clonazepam** e mesmo com tratamento medicamentoso deste fármaco, tentou suicídio 5 vezes. Está tendo atendimento clínico de uma médica psiquiatra, com prescrição de medicamentos neurolépticos, pois seus efeitos refletem o bloqueio competitivo dos receptores dopaminérgicos, e, também, ansiolíticos e sedativos. A paciente C.B.F.S. ainda mantém o uso dos medicamentos neurolépticos, com efeitos compensatórios no acompanhamento clínico, contudo não houve evolução do quadro, com supressão

dos sintomas negativos para um processo de cura significativo, com qualidade de vida e tratamento efetivo para a paciente. Não há associação de terapias alternativas ou psicoterapias neste momento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do *setting* e da situação clínica do caso de esquizofrenia decorre do processo de constituição do sujeito a partir do histórico e dos aspectos culturais e dos fundamentos clínicos e ausência destes em sintomas diferenciais do transtorno psicótico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Organização Mundial da Saúde – OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. CID-10. 8. São Paulo: EDUSP, 2000. 119p.

American Psychiatry Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

DSM-IV-TR™ - **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. trad. Cláudia Dornelles; - 4.ed. rev. - Porto Alegre: Artmed, 2002.



# CENTRO DE SAÚDE, PSICOLOGIA CLÍNICA E HOSPITALAR

**LaMNuc**  
Laboratório de Medicina Nuclear



**LaMNuc**  
Laboratório de Medicina Nuclear



**ESP-MT**  
Escola de  
Saúde Pública  
**CEP**  
Comitê de Ética em Pesquisa

<sup>1</sup> Artigo publicado em 13/07/2019 in Revista Acadêmica Online – Vol. V, N.27 (Ed. jul/ago. 2019)

