

TRATAMENTO DA ESQUIZOFRENIA COM INÍCIO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Profª. Drª. Maria Cristina Lombardo Ferrari

Breve Histórico

A esquizofrenia com início na infância e na adolescência é uma entidade rara, porém desde o tempo em que a esquizofrenia (demência precoce) foi pela primeira vez delineada no início do século passado, foi observado que um número muito pequeno desses transtornos tinha sua origem nos anos pré-puberais. (Kraepelin, 1919).

Os sintomas descritos da esquizofrenia com início na infância e adolescência eram semelhantes aos descritos da esquizofrenia na forma adulta da desordem e eram distintos dos sintomas do autismo e desordens pervasivas do desenvolvimento. (Werry, 1979).

Enquanto o discurso psicótico e o pensamento eram considerados componentes inerentes da esquizofrenia infantil, alucinações e delírios não eram considerados critérios. (Fish e Ritvo, 1979).

O estudo de crianças com esquizofrenia foi negligenciado por longo período, em parte pelas dificuldades nosológicas para descrevê-la e também pela raridade da desordem na população.

Alem disso, a nosologia da esquizofrenia em crianças tem tido controvérsias há muitos anos. No DSM II, a categoria “ Esquizofrenia Infantil” incluía todas as desordens psicóticas em crianças, inclusive a desordem Autista. (American Psychiatric Association, 1968). Contudo os estudos de Kolvin (1971) e Rutter(1972) demonstraram a distinção das várias psicoses infantis e a semelhança da esquizofrenia com início na infância e na fase adulta.

No DSM III (American Psychiatric Association, 1980), no diagnóstico de esquizofrenia na infância é usado o mesmo critério da esquizofrenia dos adultos, diferindo a sintomatologia de acordo com a idade de início. Pesquisas desde o advento do DSM III tem geralmente validado esta teoria. (Britchman, 1985; Werry, 1992).

O estudo de crianças com esquizofrenia é confuso pelas dificuldades nosológicas para descrevê-la e também pela raridade da desordem na população.

Definição

Define-se esquizofrenia de início precoce, como a que inicia antes da idade de 18 anos, enquanto a de início muito precoce, a que aparece antes da idade de 13 anos.

A esquizofrenia é definida na criança como no adulto, à base de sintomas psicóticos, déficit na função adaptativa e duração no mínimo de seis meses (American Psychiatric Association, 1987). Características de sintomas psicóticos inclui alucinações, perda de associação ou incoerência, catatonia, afeto inapropriado.

Estes sintomas devem estar presentes no mínimo por uma semana. Déficit na função adaptativa na esquizofrenia que ocorre na infância é manifestado por fracasso para alcançar níveis esperados de desenvolvimento social, e alguns pacientes tem perda do que já apresentavam.

Sinais de distúrbio devem estar presentes no mínimo seis meses, embora este período é definido incluindo a fase prodrômica e a fase residual.

O conceito de psicose na infância é problemática em vários aspectos. No trabalho de Piaget (1954), o conceito de realidade da criança muda seu curso, durante o desenvolvimento normal e a conceituação de realidade do adulto só é obtida na adolescência. Muitas crianças acreditam em suas fantasias, e não podemos considerá-las psicóticas. (Piaget, 1973).

Tratamento

Por ser uma enfermidade crônica, recidivante, que afeta gradualmente o desenvolvimento de seu portador, a esquizofrenia requer acompanhamento e tratamento constantes. Faz-se necessária a combinação do tratamento medicamentoso com abordagens psicossociais para que melhores resultados sejam obtidos.

Tratamento medicamentoso

A descoberta do efeito antipsicótico e sedativo da clorpromazina na década de 50 veio revolucionar o tratamento medicamentoso da esquizofrenia. Desde então diversos tipos de medicamentos antipsicóticos vêm sendo desenvolvidos e são hoje considerados importantes no tratamento da esquizofrenia. Os antipsicóticos são utilizados na fase aguda da doença, para controle dos sintomas, como na fase de manutenção, para prevenir recaídas.

A potência dos neurolépticos em reduzir os sintomas psicóticos está mais correlacionado com a afinidade dessas drogas ao receptor de dopamina tipo 2 (D2). Os mecanismos de ação terapêutica para as drogas antipsicóticas consistem em serem antagonistas do D2, evitando que a dopamina endógena ligue-se aos receptores dopaminérgicos.

A maioria dos efeitos adversos neurológicos e endocrinológicos dos antipsicóticos pode também ser explicada pelo bloqueio dos receptores da dopamina. Entretanto, vários antipsicóticos também bloqueiam receptores noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos, explicando portanto, a variação no perfil de efeitos adversos visto entre as várias drogas. (Kaplan e Sadock, 1995).

Os neurolépticos tradicionais com afinidade ao receptor dopamínico tipo 2 (D2), tem forte propriedade antipsicótica, principalmente em relação aos sintomas positivos, mas sem vantagem na melhora dos sintomas negativos. Em crianças onde há predominância de sintomas negativos, 40% das crianças com esquizofrenia não respondem à medicação com os neurolépticos clássicos.(Remschmidt,1996).

A nova era da farmacoterapia tem sido aberta com a introdução dos neurolépticos atípicos tais como a clozapina. Cerca de 60% dos esquizofrênicos que não respondem com neurolépticos típicos, melhoram com a clozapina. Na redução dos sintomas positivos, os neurolépticos atípicos são comparáveis aos neurolépticos clássicos (Kahn et al, 1993). Porém os neurolépticos atípicos são mais efetivos na melhora dos sintomas negativos.

A clozapina, que difere dos neurolépticos clássicos por ser praticamente destituída de efeitos extrapiramidais, além de bloquear relativamente pouco os receptores D2, tem importante afinidade pelos receptores D1, 5H-t2, alfa 1 e H1. Portanto, os efeitos

terapêuticos, bem como os efeitos adversos dos neurolépticos, dependem em grande parte de sua atuação em outros sistemas de neurotransmissores, além do desempenho da clozapina, como, por exemplo, as ações anticolinérgicas, bloqueadoras alfa adrenérgicas e bloqueadora dos receptores serotoninérgicos. (Kaplan e Sadock, 1995).

O bloqueio do receptor H1 –histamina leva à sedação, ganho de peso e hipotensão. O bloqueio dos receptores alfa 1 – adrenérgico produz hipotensão postural, tontura e taquicardia. O bloqueio dos receptores muscarínicos acarreta visão turva, boca seca, taquicardia, retenção urinária e disfunção da memória. (Whitaker, 1992).

A tioridazina e a clozapina têm as maiores afinidades pelos receptores muscarínicos, a clorpromazina pelos alfa-adrenérgicos, e o haloperidol, tiotixeno e flufenazina pelos dopaminérgicos.

A fase aguda deve ser medicada pelos dopaminérgicos com doses que variam de 10 a 20 mg de haloperidol, ou 400 mg de clopromazina diários, consiste no tratamento adequado para a maioria dos pacientes. É aconselhável usar doses divididas quando se inicia o tratamento. Esta prática reduz a incidência e a severidade dos efeitos adversos e pode ajudar os pacientes. No tratamento de manutenção, o paciente com esquizofrenia deve continuar a receber uma dose eficaz de antipsicótico que vai depender da evolução.

A escolha da droga está associada ao tipo de sintoma predominante e prática com o manejo da substância. Basicamente dois extremos de ação: por um lado os neurolépticos de alta potência, os mais incisivos, como o haloperidol e a trifluoperazina possuem pouca ação anticolinérgica, bem como reduzida ação bloqueadora alfa-adrenérgica. Produzem muito menos efeitos colaterais, como boca seca e hipotensão postural e são menos sedativos que os neurolépticos de baixa potência, como a clopromazina. Apresentam, no entanto, outros efeitos decorrentes do potente bloqueio dopaminérgico, como o parkinsonismo. O mesmo não ocorre com os neurolépticos de baixa potência que, por sua ação anticolinérgica e bloqueadora alfa-adrenérgica concomitantes, tendem a apresentar boca seca, midriase e hipotensão postural. (Irismar, 1997).

Em relação aos neurolépticos atípicos há poucos estudos controlados do uso em crianças e adolescentes esquizofrênicos.

No tratamento da esquizofrenia com início na infância e adolescência com a clozapina, há três principais indicações (Renschmidt et al, 1994)

1-Psicose esquizofrênica aguda caracterizada por delírios, alucinações desordem do pensamento e agressividade;

2-Psicose esquizofrênica crônica e refratária a tratamento;

3-Profilaxia de recaída em psicose esquizofrênica aguda e crônica durante longo tempo de tratamento.

Em alguns países, para o tratamento com a clozapina é necessário que o paciente não tenha respondido ou não tenha tolerado os neurolépticos padrões.

Outro neuroléptico atípico é a olanzapina, que foi desenvolvido em consequência de uma pesquisa, por ter uma ação semelhante à clozapina, mas sem os efeitos adversos, especialmente a agranulocitose.

Em relação aos neurolépticos típicos, a afinidade da olanzapina pelos receptores dopamínicos é relativamente baixa e em relação aos receptores serotoninérgicos é relativamente alta. A olanzapina é mais efetiva em relação aos sintomas negativos e no humor dos pacientes esquizofrênicos. Um dos mais pronunciados efeitos colaterais é o ganho de peso, devido seu antagonismo aos receptores serotoninérgicos. Finalmente, o

reduzido risco de efeitos extrapiramidais, devido ao fraco bloqueio D2, combinado com a ação antimuscarínica. Devido a esta propriedade há um baixo risco de discinesia tardia.

Em relação à Risperidona que é um derivado do benzisoxale, sua ação antipsicótica é medida pelo bloqueio dos receptores D2 e 5H-t2A. Risperidona também tem alta afinidade por alfa1 e alfa2, receptores adrenérgicos e receptores histaminérgicos. Várias investigações em pacientes esquizofrênicos agudos tem mostrado uma melhora significativa dos sintomas positivos e negativos, comparando com a eficácia do haloperidol (Degner e Rutter, 1998).

Devido ao fato, de alguns pacientes com esquizofrenia não aderirem ao tratamento com antipsicóticos orais, pode ser razoável tratá-los com as preparações de ação a longo prazo depot. Tais preparações são usualmente administradas IM, uma vez que a cada uma a quatro semanas. As preparações depot que se encontram no Brasil são o enantato de flufenazina e o decanoato de haloperidol.

Tratamento Eletroconvulsivo (ECT)

Desde o início da administração do tratamento com eletroconvulsão em adolescentes (Heuyer et al, 1947/8) este tratamento tem sido assunto de controvérsia. Sem dúvida, este método é efetivo nas desordens de humor e nas catatonias em pacientes adultos.

Estudos do uso de ECT em crianças e adolescentes, tem mostrado que este método é raramente usado nestes pacientes. (Bertagnoli e Borchardt, 1990).

O clínico deve balancear os riscos e benefícios do tratamento do ECT em relação à morbidade da doença, às atitudes do paciente e da família e à avaliação de outras opções de tratamento. É necessário obter consentimento dos pais, inclusive incluindo detalhes de déficits cognitivos que podem ocorrer com o tratamento.

Abordagens Psicossociais

A esquizofrenia é uma doença que evolui tipicamente por surtos e com recuperação parcial do paciente. Os medicamentos diminuem os sintomas, porém não são capazes, por si só, de promover sua reintegração familiar e social. Para isto, abordagens psicossociais são utilizadas simultaneamente ao tratamento medicamentoso.

Durante a fase aguda, o paciente esteja hospitalizado ou não, há pouco benefício de abordagens psicossociais. Após o primeiro surto, inicia-se um trabalho junto aos familiares para esclarecimento a respeito da doença, e em casos de recidiva pesquisar os possíveis fatores desencadeantes do surto, para que possam ser observados. A orientação do paciente e dos familiares é o foco principal deste período.

Diversos modelos de compreensão da esquizofrenia consideram que a predisposição biológica torna o individuo vulnerável a fatores ambientais diversos, biológicos e psicossociais.

Abuso de álcool ou de drogas está associado a recaídas. Essa comorbidade está freqüentemente presente na esquizofrenia e é um fator de piora do prognóstico.

Crianças e adolescentes submetidos a pais críticos e superprotetores apresentam maior possibilidade de apresentar recaídas.

A direção da psicoterapia de crianças e adolescentes esquizofrênicos é ajudá-los a retornar ao nível pré-mórbido de funcionamento e também levá-los à idade apropriada do desenvolvimento.

O tratamento consiste em melhorar os problemas psicológicos das crianças e adolescentes, problemas psiquiátricos comórbidos (ex: abuso de substâncias) e estressores do ambiente familiar que complicam a recuperação do paciente.

Em adultos, são efetivas no tratamento da esquizofrenia, as terapias cognitivas e comportamentais e treinamento social. (Heinssen et al, 2000). Embora a maioria dos trabalhos terapêuticos são de pacientes com início da esquizofrenia na idade adulta, muitos são aplicáveis em pacientes esquizofrênicos com início na infância e adolescência.

Orientação familiar, uma reeducação das “emoções expressas”, dentro da família, principalmente em relação à crítica e superproteção. Há evidência que reduzindo as “emoções expressas” na família, há uma redução nas recaídas e melhor função social dos pacientes. (Dixon e Lehmann, 1995; Penn e Mueser, 1996).

Crianças e adolescentes com esquizofrenia geralmente não conseguem cursar uma escola normal, e eles precisam freqüentar uma classe ou escola especializada com níveis baixos de estimulação, um curriculum individualizado que reconhece o prejuízo cognitivo do aluno e professores especificamente treinados para lidar com os distúrbios emocionais do aluno.

Hospital Dia e Programas de Reabilitação

Dentro desta estrutura, programas são desenvolvidos para ajudar as crianças e adolescentes a se tornarem independentes o quanto possível, em áreas como no manejo do dinheiro, comprar roupas, cozinhar, usar transporte público etc. Eles são encorajados a ter amigos, participarem de viagens etc.

Referências Bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. - **Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM-2)**. 2.ed. Washington APA. 1968.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. - **Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM-3)**. 3.ed. Washington APA. 1980.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. - **Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM.3-R)**. 3.ed. revised. Washington, APA. 1987
- BEITCHMAN, J. H. : Childhood schizophrenia: **A review and comparison with adult-onset schizophrenia**. Psychiatr Clin North Am 8:793-814, 1985
- BERTAGNOLI, M., BORCHARDT, C.M.: **A review of ECT for children and adolescents**. J Am Acad. Child Adoles. Psychiatry 29:2302-2307, 1990
- DEGNER, D., RÜTHER, E.: “Atypische” **Neuroleptika in der Schizophreniebehandlung**. Nervenheilkunde, 17, 472-9, 1998.
- DIXON, L.B., LEHMANN, A.F.: **Family interventions for schizophrenia**. Schizophrenia Bulletin, 21, 631-43, 1995.
- HEINSEN, R.K., LIBERMAN, R.P., KAPELOWICZ, A.: **Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory**. Schizophr Bull 26:21-46, 2000
- HEUYER, G., DAUPHIN, F., LEBOVICI, S.: **La Pratique de l’électrochoc chez l’enfant**. Zeitschrift für Kinderpsychiatrie, 14 60-4, 1947/48.
- FISH, B., RITVO, E.: **Psychoses of childhood**. In: Basic Handbook of Child Psychiatry, Noshpitz J D, Berlin I, eds. New York: Basic Books, pp 249-304, 1979.
- IRISMAR, O.: Manual de Psicofarmacologia Clínica Medsi, 1997.
- KAHN, R. S., DAVIDSON, M., SIEVER, L., GABRIEL, S., APTER, S., DAVIS, K. L.: **Serotonin function and treatment response to clozapine in schizophrenic patients**. American Journal of Psychiatry, 150, 1337-42, 1993.
- KAPLAN E SADOCK: Manual de Farmacologia psiquiátrica, Porto Alegre, Artes Médicas, 1995
- KRAEPELIN, E. - **Dementia praecox**. transl. R.Mary Baclay. Edinburg, E.& S. Livingstone, 1919.
- PENN, D. L., MUESER, K.T.: **Research update on psychosocial treatment of schizophrenia**. American Journal of Psychiatry, 153, 607-17, 1996.

PIAGET, J. - **Seis estudos de psicologia**. 6 ed. Rio de Janeiro, Forense Universitaria, 1973.

REMSCHMIDT, H. ; SCHULZ, E. ; MARTIN. M. ; TROTT. G.E. - Childhood-onset schizophrenia: history of the concept and recent studies. **Schizophr.Bull.** v.20, n.4, p.727-745, 1994.

REMSCHMIDT, H. ; SCHULZ, E. ; HERPERTZ-DAHLMANN, B.: **Schizophrenia psychoses in childhood and adolescence : a guide to diagnosis and drug choice**. CNS Drugs, 6, 100-12, 1996.

WERRY, J.S.: Psychoses. In: **Psychopathological Disorders of Childhood**, 2 nd ed , Quay HC, Werry JS, eds New York: Wiley, pp43-89, 1979.

WERRY, J.S.: McCLELLAN, J.: Predicting outcome in child and adolescent (early onset) schizophrenia and bipolar disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 31:147-150, 1992.

WHITAKER, A. ; RAO, U. – Neuroleptics in pediatric psychiatry. **Psychiat Clin North Am**, 15:243-276, 1992.