

DSM-5

DIAGNÓSTICO DA **ESQUIZOFRENIA**

Resumo objetivo elaborado pelo Comitê de Redação Científica da SIIC com base no artigo original:

DSM-5: Schizophrenia Spectrum and Others Psychotic Disorders

Instituição: American Psychiatric Association

Fonte: American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 87-122, 2013

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS | 295.90 (F20.9)

A. Presença de dois ou mais dos seguintes itens, por um período de tempo significativo (durante um mês, ou menos, se tratado com sucesso).

Pelo menos um dos itens deve ser o (1), (2) ou (3):

1. Delírios
2. Alucinações
3. Discurso desorganizado (ex.: incoerência ou descarrilhamento frequente)
4. Comportamento catatônico ou grosseiramente desorganizado
5. Sintomas negativos (i.e., expressão emocional diminuída ou avolição)

B. Durante um período de tempo significativo desde o início do transtorno, o nível de funcionamento em uma ou mais áreas principais, como trabalho, relações interpessoais ou autocuidado, está reduzido de forma importante, em comparação com o nível atingido antes do transtorno (ou, quando o início se dá durante a infância ou adolescência, há insucesso em atingir o nível de desenvolvimento esperado de funcionamento interpessoal, acadêmico ou ocupacional).

C. Sinais contínuos do transtorno persistem por pelo menos seis meses. Esse período deve incluir pelo menos um mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que preencham o critério A (i.e., sintomas da fase ativa) e pode compreender sintomas prodrômicos ou residuais. Durante estes períodos prodrômicos ou residuais, os sinais do transtorno podem se manifestar apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas listados no critério A, presentes de forma atenuada (ex., crenças estranhas, experiências perceptivas incomuns).

D. Transtorno esquizoafetivo e transtorno depressivo ou bipolar com características psicóticas foram descartados porque: 1) nenhum episódio de depressão maior ou de mania ocorreu concomitantemente com os sintomas da fase ativa; ou, 2) se episódios de alteração de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração foi breve em relação aos períodos ativo e residual do transtorno.

E. O transtorno não é atribuível a efeitos fisiológicos de uma substância (ex.: abuso de drogas ou medicação) ou a uma doença clínica.

F. Se houver história de transtorno do espectro autista ou de transtorno da comunicação iniciado na infância, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é realizado apenas se estiverem presentes delírios ou alucinações proeminentes por pelo menos um mês (ou menos, se tratados com sucesso), além dos outros sintomas necessários para esquizofrenia.

Especificar se:

Os especificadores de evolução seguintes devem ser utilizados apenas após um ano de duração do transtorno e se não houver contradição com os critérios diagnósticos.

Primeiro episódio, atualmente em episódio agudo: primeira manifestação do transtorno, atendendo aos sintomas diagnósticos definidos e ao critério de tempo. Um episódio agudo corresponde a um período de tempo em que os critérios de sintomas são preenchidos.

Primeiro episódio, atualmente em remissão parcial: a remissão parcial é o período de tempo durante o qual é mantida uma melhora após um episódio anterior e no qual os critérios definidores do transtorno são preenchidos apenas parcialmente.

Primeiro episódio, atualmente em remissão completa: a remissão completa é o período de tempo que sucede um episódio e durante o qual não estão presentes sintomas específicos do transtorno.

Episódios múltiplos, atualmente em episódio agudo: episódios múltiplos podem ser determinados após um mínimo de dois episódios (i.e., após um primeiro episódio, uma remissão e pelo menos uma recidiva).

Episódios múltiplos, atualmente em remissão parcial.

Episódios múltiplos, atualmente em remissão completa.

Contínuo: os sintomas que preenchem os critérios diagnósticos do transtorno permanecem durante a maior parte da evolução da doença, com períodos de sintomas subclínicos muito breves em relação à evolução global.

Não especificado.

Especificar se:

Com catatonia (consultar os critérios para catatonia associados a outros transtornos mentais).

Nota de codificação: usar o código adicional 293.89 (F06.1) catatonia associada a esquizofrenia para indicar a catatonia comórbida.

Especificar a gravidade atual:

A gravidade é classificada por uma avaliação quantitativa dos sintomas primários de psicose, incluindo delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento psicomotor anormal e sintomas negativos. Cada um desses sintomas pode ser classificado quanto à sua gravidade atual (principalmente nos últimos sete dias) em uma escala de 5 pontos, variando de zero (não presente) a 4 (presente e grave).

Nota: o diagnóstico de esquizofrenia pode ser feito sem a utilização desse especificador de gravidade.

CARACTERÍSTICAS DA ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia é uma síndrome clínica heterogênea, com sintomas que englobam diversas disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais, porém nenhum sintoma é patognomônico desse transtorno. O diagnóstico envolve sinais e sintomas associados a comprometimento do funcionamento social ou ocupacional.

Pelo menos dois sintomas do critério A devem estar presentes por um período de tempo significativo (durante um mês ou mais). Pelo menos um desses sintomas deve ser a presença de delírios, alucinações ou discurso desorganizado. Comportamento catatônico ou grosseiramente desorganizado e sintomas negativos também podem estar presentes.

A esquizofrenia envolve o comprometimento em uma ou mais áreas do funcionamento. Se o transtorno se iniciar na infância ou na adolescência, o nível de funcionamento esperado não é atingido, sendo útil a comparação com irmãos não afetados.

Sintomas prodrômicos frequentemente precedem a fase ativa, e sintomas residuais podem ocorrer depois dela; eles são caracterizados por alucinações ou delírios discretos ou subclínicos.

Os indivíduos podem apresentar diversas crenças estranhas ou não usuais, que não têm proporções delirantes (como referências ou pensamentos mágicos). Também podem relatar experiências perceptivas não usuais (p. ex., a sensação da presença de uma pessoa não vista). O discurso pode ser compreensível, porém é vago, e o comportamento pode não ser usual, porém não é totalmente desorganizado (p. ex., murmurar em público).

Sintomas negativos são comuns nas fases prodrômicas e residuais e podem ser graves. Indivíduos que foram socialmente ativos podem evitar rotinas anteriores. Comportamentos como esse frequentemente são os primeiros sinais do transtorno. Sintomas e episódios de humor são comuns na esquizofrenia e podem ser concomitantes aos sintomas da fase ativa.

Os pacientes com esquizofrenia podem apresentar afeto inapropriado (p. ex.: rir na ausência de estímulo apropriado),

humor disfórico em forma de depressão, ansiedade ou raiva, distúrbios do sono (como dormir durante o dia e estar em atividade durante a noite) e falta de interesse em se alimentar.

Despersonalização, desrealização e preocupações somáticas podem ocorrer e, por vezes, atingem proporções delirantes. Ansiedade e fobias são comuns, assim como déficits cognitivos, que por sua vez têm relação com o comprometimento vocacional e funcional.

Alterações do processo sensitivo e da capacidade inibitória, além de atenção diminuída, também podem ser encontradas. Alguns pacientes apresentam déficits cognitivos sociais, o que inclui o comprometimento da capacidade de deduzir as intenções de outros indivíduos. Eventos ou estímulos irrelevantes podem ser interpretados como significativos, talvez levando à geração de delírios explicativos. Comprometimentos dessa natureza frequentemente persistem durante a remissão sintomática.

Alguns indivíduos psicóticos podem não apresentar insight ou consciência do transtorno. A falta de consciência da doença geralmente é um sintoma da esquizofrenia, e não uma estratégia para lidar com ela. Esse sintoma é um preditor de má aderência terapêutica e de maiores taxas de recidiva, de funcionamento psicossocial ruim, de agressividade e evolução desfavorável.

A agressividade é mais frequente em homens jovens e em pacientes com histórico de violência, má aderência terapêutica, abuso de substâncias e impulsividade. Deve-se observar que a maioria dos pacientes com esquizofrenia não é agressiva.

EPIDEMIOLOGIA E EVOLUÇÃO

A prevalência da esquizofrenia em toda a vida é de aproximadamente 0,3% a 0,7%. As características psicóticas da esquizofrenia geralmente surgem entre o final da adolescência e meados dos 30 anos de idade, sendo raro o início antes da adolescência. O pico de início do primeiro episódio psicótico é próximo dos 20 anos de idade em homens e pouco menos de 30 anos de idade nas mulheres.

Casos com início tardio (após os 40 anos de idade) são mais frequentes nas mulheres que não se casaram. Frequentemente, esses casos são caracterizados pelo predomínio de sintomas psicóticos, com preservação do funcionamento afetivo e social.

O início dos sintomas pode ser súbito ou insidioso, com a maioria dos casos apresentando desenvolvimento lento e gradual de sinais e sintomas clinicamente significativos.

A evolução é favorável em aproximadamente 20% dos pacientes com esquizofrenia. No entanto, a maioria dos indivíduos com esquizofrenia precisará de algum suporte para as atividades diárias, e muitos apresentarão períodos de exacerbação e remissão dos sintomas ativos, enquanto outros terão piora progressiva.

Os sintomas psicóticos tendem a diminuir com o tempo, possivelmente por causa do declínio da atividade dopaminérgica relacionado à idade. Os sintomas negativos têm maior relação com o prognóstico do que os sintomas positivos, e tendem a ser mais persistentes. Já os déficits cognitivos associados à esquizofrenia podem não melhorar ao longo do tempo.

FATORES DE RISCO

Ambientais	A incidência da esquizofrenia é maior em indivíduos que atravessaram a infância em ambientes urbanos.
Gestação e parto	Complicações da gestação e do parto com hipóxia e maior idade paterna estão associadas ao maior risco de esquizofrenia.

RISCO DE SUICÍDIO

Aproximadamente 5% a 6% dos pacientes com esquizofrenia falecem por suicídio; cerca de 20% tentam o suicídio em uma ou mais ocasiões; e muitos apresentam ideação suicida significativa. Em alguns momentos, o comportamento suicida é uma resposta aos comandos alucinatórios para machucar a si próprio ou aos outros.

O risco de suicídio é alto em toda a vida, embora seja maior em homens jovens que fazem uso concomitante de substâncias de abuso. Outros fatores de risco para suicídio são sintomas depressivos ou sentimentos de falta de esperança, em período de desemprego ou após um episódio psicótico ou de alta hospitalar.

CONSEQUÊNCIAS FUNCIONAIS DA ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia se associa a disfunções social e ocupacional significativas. A progressão educacional e a manutenção do emprego frequentemente são comprometidas pela avolição ou por outras manifestações do transtorno, mesmo quando a capacidade cognitiva é suficiente para as tarefas enfrentadas. A maioria dos pacientes é empregada em um nível menor que o de seus pais; particularmente os homens não se casam ou apresentam contatos sociais limitados além da família.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar com características psicóticas ou catatônicas	A diferenciação entre esquizofrenia e transtorno depressivo maior ou transtorno bipolar com características psicóticas ou catatônicas depende da relação temporal entre o transtorno de humor e a psicose e também da gravidade dos sintomas depressivos ou maníacos. Se os delírios ou alucinações ocorrem exclusivamente durante o transtorno depressivo maior ou o episódio de mania, o diagnóstico é transtorno depressivo ou bipolar com características psicóticas.
Transtorno esquizoafetivo	O diagnóstico de transtorno esquizoafetivo necessita da ocorrência de um episódio depressivo maior ou de mania concomitante com sintomas de fase ativa. É preciso que os sintomas de humor estejam presentes pela maior parte do tempo dos períodos ativos.
Transtorno esquizofreniforme e transtorno psicótico breve	Esses transtornos têm duração menor que a da esquizofrenia, como especificado no critério C, que estabelece seis meses de sintomas. No transtorno esquizofreniforme, há indicativos da doença por menos de seis meses, e no transtorno psicótico breve os sintomas estão presentes por pelo menos um dia e têm duração menor que um mês.
Transtorno delirante	O transtorno delirante pode ser diferenciado da esquizofrenia pela ausência de sintomas característicos desta (p. ex., delírios, alucinações auditivas ou visuais proeminentes, discurso desorganizado, comportamento catatônico ou grosseiramente desorganizado, sintomas negativos).
Transtorno de personalidade esquizotípica	O transtorno de personalidade esquizotípica pode ser diferenciado da esquizofrenia por sintomas subclínicos que estão associados a características de personalidade persistente.
Transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno dismórfico corporal	Indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno dismórfico corporal podem se apresentar com insight ruim ou ausente, e as preocupações podem atingir níveis delirantes. Entretanto, esses transtornos são diferenciados da esquizofrenia por obsessões, compulsões, acumulação e preocupações proeminentes com a aparência do corpo, o odor ou comportamentos repetitivos com foco no corpo.
Transtorno de estresse pós-traumático	O transtorno de estresse pós-traumático pode incluir flashbacks com qualidade alucinatória, e a hipervigilância pode atingir proporções paranoides. Um evento traumático e sintomas característicos relacionados a reviver ou reagir ao evento são necessários para esse diagnóstico.
Transtorno do espectro autista ou transtornos da comunicação	Esses transtornos também podem apresentar sintomas semelhantes aos de um episódio psicótico, mas são diferenciados pela presença de deficiência na interação social, com comportamentos repetitivos e restritivos e outras deficiências cognitivas e de comunicação. Indivíduos com transtorno do espectro autista ou da comunicação devem apresentar sintomas que preencham completamente os critérios para esquizofrenia, com alucinações ou delírios proeminentes por pelo menos um mês, para que seja diagnosticada a esquizofrenia concomitante.
Outros transtornos mentais com um episódio psicótico	O diagnóstico de esquizofrenia é realizado apenas quando o episódio psicótico é persistente e não atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou de uma doença clínica.

Referência:

American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014: 87-122.

Copyright © Sociedade Iberoamericana de Informação Científica (SIIC), 2016
Indexado na SIIC Data Bases – www.siicsalud.com/dato/resiic.php/xxxxx
Edição em Português feita pela SIIC Brasil.

O texto que está nesta publicação expressa a opinião dos autores que escreveram o artigo na íntegra e não reflete necessariamente a opinião do Laboratório Jansen.