

Esquizofrenia Paranóide na Infância

Relato de um Caso

Maria Cristina L. Ferrari*

Em 1911, BLEULER introduziu o conceito "esquizofrenia", baseando-se no fato de acreditar que as perturbações principais pareciam ser uma falta de unidade, uma dissolução e desagregação do pensamento, do sentimento e da vontade (BLEULER, 1911).

Bleuler buscou uma dimensão etiopatogênica com a distinção entre sintomas primários e sintomas secundários.

Os sintomas primários, diretamente relacionados ao processo mórbido, são manifestações obrigatórias da doença, enquanto os secundários podem ou não aparecer na evolução do processo. O sintoma fundamental mais importante era um transtorno do pensamento, caracterizado por perturbações da associação, particularmente afrouxamento destas. Os outros sintomas fundamentais eram perturbações afetivas, autismo e ambivalência. Os chamados quatro A's de BLEULER consistiam em perda de associação, afeto, autismo e ambivalência. Os sintomas acessórios incluíam alucinações e delírios.

Em 1933, POTTER estabeleceu uma série de critérios para a esquizofrenia infantil.

1. Abandono geral do interesse pelo ambiente;
2. Maneira diferente de pensar, sentir e atuar;
3. Transtornos do pensamento, manifestados na forma de bloqueio, simbolismo, condensação, perseveração, incoerência e, às vezes, até o mutismo.

4. Deficiência nas relações afetivas;

5. Diminuição, rigidez e deformação do afeto;

6. Alterações na conduta, com aumento da mobilidade que conduz a uma incessante atividade, ou uma diminuição que conduz à imobilidade completa ou alterações que conduzem a um comportamento extravagante, com tendência à perseveração ou à estereotipia (POTTER, 1933).

A ausência de sintomas secundários de BLEULER, tais como alucinações e delírios, deve-se à imaturidade da criança. O critério de POTTER é, talvez, mais relatado para os sintomas primários de BLEULER (GOLDFARD, 1974).

Quando verificamos os critérios de Diagnóstico para Esquizofrenia segundo o DSM-III-R (1987) observamos:

A - Presença de sintomas psicóticos característicos na fase ativa: (1), (2) ou (3), pelo menos por uma semana:

(1) dois dos seguintes:

(a) delírios;

RESUMO

Relato de um caso de esquizofrenia na infância. Apesar do início da patologia do paciente ocorrer com a idade de 9 anos, foram observados delírios primários e alucinações auditivas. Distúrbio do pensamento com delírio primário é raro em crianças dessa idade, já que ainda não apresentam pensamento abstrato.

UNITERMOS

Esquizofrenia Infantil, Delírio Primário.

* Diretora Técnica do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas - FMUSP

(b) alucinações proeminentes (durante todo o dia, por vários dias, ou várias vezes por semana, por várias semanas);

(c) incoerência ou acentuado afrouxamento de associações;

(d) comportamento catatônico;

(e) afeto embotado ou amplamente inadequado.

(2) delírios bizarros, envolvendo fenômenos que a cultura da pessoa considera totalmente implausíveis (por ex.: irradiação do pensamento, estar sendo controlado por uma pessoa morta).

(3) alucinações proeminentes (como definido em (1) (b) acima) de uma voz cujo conteúdo aparentemente não tem relação com a depressão ou elação; uma voz mantendo um comentário sobre o comportamento ou pensamentos da pessoa, ou duas ou mais vozes conversando entre si.

B - Durante o curso da perturbação, o funcionamento em áreas tais como trabalho, relações sociais e cuidados pessoais está acentuadamente abaixo do nível mais elevado atingido antes do início do distúrbio (ou, quando o início ocorre durante a infância ou adolescência há fracasso na obtenção do nível de desenvolvimento social esperado).

C - Transtorno esquizoafetivo e transtornos do humor, com características psicóticas foram eliminados, isto é, se uma síndrome maníaca ou depressão maior alguma vez estava presente durante a fase ativa da perturbação, a duração total dos episódios de síndrome de humor é breve, relativamente à duração total das fases ativa e residual do distúrbio.

D - Sinais contínuos do distúrbio por, pelo menos, 6 meses. O período de 6 meses deve incluir uma fase ativa (no mínimo de uma semana, ou menos se os sintomas foram tratados com sucesso), durante o qual existiram sintomas psicóticos característicos da esquizofrenia (sintomas em A), com ou sem fase prodrômica ou residual.

E - Não se pode estabelecer que um fator orgânico iniciou ou manteve o distúrbio.

Quando falamos em esquizofrenia na infância e adolescência pelo DSM-III-R, tal classificação tenta fazer uma distinção destas com a esquizofrenia de adulto e diferencia dois quadros, separando-as pela idade.

Assim sendo, teríamos o quadro clínico das crianças menores de 10 anos, onde há um predomínio de sintomas negativos, já salientados por POTTER, quando iniciou os primeiros estudos de esquizofrenia infantil:

- alterações da sensopercepção são pouco frequentes;
- predomínio de sintomas negativos;
- isolamento social progressivo;
- perda de interesse por atividades habituais;
- períodos de agitação que se alternam com períodos de imobilidade;
- maneirismos e estereotípias;
- alterações da comunicação verbal (laconismo, impostação vocal anormal, solilóquios, ecolalia, tendência ao mutismo);
- atos bizarros e atitudes obsessivas;

- queda do rendimento escolar;

- alterações de apetite (apetite caprichoso).

Nas crianças maiores de 10 anos, o quadro clínico vai se assemelhando ao observado nos pacientes adultos.

- predomínio de sintomas paranóides alucinatórios;

- delírios menos frequentes que as alucinações, tendendo a ser menos sistematizados;

- conteúdo dos delírios e alucinações variável, de acordo com a idade da criança;

- alucinações auditivas mais frequentes.

Na classificação DSM-IV, a esquizofrenia infantil não tem uma classificação à parte e nem ao menos é citada dentro da esquizofrenia que ocorre em adultos, como acontece no DSM-III-R.

O quadro descrito a seguir é de um paciente com esquizofrenia que ocorre na infância e com alteração primordial do pensamento, com presença de delírio primário. Assim sendo, se considerarmos o subtipo da esquizofrenia, devemos falar em esquizofrenia paranóide.

Na esquizofrenia de tipo paranóide, há um predomínio de delírios relativamente estáveis, usualmente acompanhadas por alucinações, particularmente auditivas. Perturbações do afeto, volição e sintomas catatônicos não são proeminentes (CID-10).

Ao realizarmos um levantamento de esquizofrenia paranóide em crianças, verificamos que não há citação da mesma. Nos livros textos de psiquiatria infantil, GRUNSPUM (1981) cita a Esquizofrenia Paranóide, mostrando que a patologia aparece em torno dos 20 anos. "O indivíduo cria gradativamente idéias delirantes absurdas, essas idéias delirantes têm características espaciais: podem ser idéias de marcianos que estão enviando coisas à Terra, de discos voadores que sobrevoam a cidade" (GRUNSPUM, 1981).

Caso Clínico

Identificação: F.S.S., masc., idade 11 anos.

Os pais de F. - Silmara e Oswaldo - separaram-se quando F. tinha 7 meses. A partir de então, F. foi criado pelos avós paternos. Sr. Oswaldo teve Acidente Vascular Cerebral em 1986. Após esse acontecimento, começou a apresentar mudança em seu comportamento, passando a ingerir bebidas alcoólicas, a ponto de tornar-se alcoólatra.

A mãe mora em Penápolis e visitou o filho até 3 anos de idade apenas.

Há 3 anos, seu pai casou-se novamente, residindo juntamente com F. e os avós. Em julho de 1990, seu meio irmão nasceu e, em outubro do mesmo ano, seu pai passou a morar em outra casa. Todavia, F. manteve contacto freqüente com ele.

Quando a mãe de F. engravidou deste, não aceitou tal situação. Apanhou muito do marido, durante a gestação, porém, não se fizeram necessárias radiografias. O parto

foi normal, hospitalar e a criança chorou logo. Negam icterícia ou outras intercorrências.

F. iniciou seus estudos com 6 anos, no pré-primário, com boa adaptação. Teve boas notas até a 2ª série do primário, obtendo, no entanto, duas reprovações consecutivas na 3ª série. Sempre foi um aluno comportado.

F. sempre foi uma criança "fechada" e "calada", segundo sua tia, até demais. Demonstrava não apreciar brincadeiras com outras crianças; era triste e quase não sorria. Apresentava traços obsessivos, era cioso de seus objetos e manifestava seus cuidados. Sempre foi tímido, inseguro e dependente.

Nunca apreciou a prática de esportes ou brincadeiras ao ar livre, preferia jogos de quebra-cabeças. Tampouco gostava de brincadeiras em grupos.

Com 9 anos de idade, F. passou a apresentar medo de várias coisas. Juntamente com esse sintoma, chorava, dizia estar triste e que não estava bem, indicando e apalpando seu peito e dizendo que "tinha coisa ruim" (angústia, provavelmente).

Até então fora excelente aluno; todavia, em meados do 3º ano primário, após a aparição dos sintomas acima descritos, passou a dizer que não entendia o que lhe era dito pela professora. Deixou de realizar suas tarefas escolares, a não conversar com os colegas e a se irritar facilmente, tendo, inclusive manifestações de agressividade em sala de aula.

Em casa, F. também ficara agressivo. Batia em sua avó e dizia que tinha asco de seu avô, chamando-o de "velho nojento".

Em maio de 1992, então com 11 anos e 5 meses, passou a ter idéias e frases sem sentido. Conversando com sua tia, por exemplo, parava de falar, ficava alguns instantes em silêncio e, em seguida dizia-lhe que não adiantava ficar conversando, pois "ela não nos entende", referindo-se a ele e às vozes que ouvia. Contava que via o espírito de sua bisavó, já falecida, a zombar e a rir dele; que via o diabo com chifres e olhos vermelhos; que via um pirata com um papagaio sobre a cabeça, igualmente a caçar de sua condição, além de lhe dizer "um montão de coisas horríveis", que poderiam vir a prejudicar a si e a terceiros e cujo conteúdo não quis revelar.

Quando batia nos avós, dizia que as vozes lhe davam essas ordens.

Após o nascimento de seu irmão, sua madrasta mudou o comportamento com relação ao F., procurando afastar-se de seu convívio e dando mais atenção ao recém-nato. F., então dizia que "depois que esse menino nasceu, foi a desgraça da minha vida". Passou a dizer que tinha rosto de monstro e que aquele rosto não era seu. Descrevia sua bisavó como uma senhora corcunda, cujo espírito, apoiado numa bengala, andava pela casa.

Um mês antes da internação, vinha apresentando crises de agitação psicomotora, com angústia e ansiedade importantes, durante as quais dizia ter "agonia na barriga". Gritava, batia na parede sua cabeça, agredia aqueles que se aproximavam e dizia estar sendo

perseguido pelos avós, pois estes olhavam-no de forma hostil.

Passou a ter enurese diurna e algumas evacuações diurnas esporádicas.

Foram realizados os seguintes exames: Uréia, creatinina, sódio, potássio, transaminases, fosfatase alcalina, Líquor, Tomografias, Ressonância Magnética, EEG - todos normais.

Os testes psicológicos realizados após 2 anos do início da doença através das técnicas: HTP, família, Wisc, mostrou que o desempenho intelectual do paciente encontra-se neste momento, na faixa de deficiente mental, não havendo discrepância significativa entre a parte verbal e a de execução.

F. tem a habilidade da memória auditiva imediata bem desenvolvida, estando acima de sua média individual.

A capacidade de perceber, analisar e sintetizar tanto para obter um raciocínio lógico e seqüencial, como também espacial, encontra-se na faixa média inferior. Demonstra com isso ter um bom potencial de inteligência preservado mesmo com sua patologia e o tempo em que ficou internado.

No outro extremo, está a capacidade de isolar características essenciais das não essenciais, estando bem rebaixada. Isso demonstra não perceber adequadamente o que acontece no externo, ficando evidente dentro deste subteste as dificuldades advindas de seu problema, permitindo-nos refletir a necessidade de um apoio ou referencial externo.

No período da internação, julho de 1992, F. apresentava alucinações auditivas e atitudes paranóides.

Referia o paciente que as pessoas conseguiam comunicar-se com ele, através do pensamento (sic). Segundo sua informação, eram vozes, algumas masculinas, outras infantis. Diziam elas terem matado sua tia. O paciente, quando relatava suas idéias delirantes, ficava irritado e preocupado.

F. contava que sua prima o achava parecido com um velho, motivo pelo qual o paciente ficava nervoso, com vontade de chorar e com agonia "na barriga".

Nesta ocasião, seu humor era triste e seu pensamento apresentava idéias místicas. Mostrava-se com auto e heteroagressividade; com pensamento de menos valia e indiferente afetivamente aos familiares. Não se alimentava.

Nesta ocasião, F. dizia: "estou na última reencarnação e preciso melhorar do coração e cabeça para poder viver no paraíso eterno". Contava que "meu pai não é o verdadeiro, pois todos estão sendo trocados; meu pai de verdade está no inferno, porque ele bebe" (sic). Contava que vinha sendo controlado mentalmente por outro paciente. Com muita angústia, F. repetia com certa frequência: "Quem sou eu?" "Eu não sou mais eu". "Estou sendo falsificado por ele". "Eu não sou mais eu, o F."

Em março de 1994, após 2 anos de evolução da doença e com várias tentativas medicamentosas, F. continuava

inadequado, pueril, dizia apresentar "poderes": "acho que até os 80 milhões estarão bem avançados, os olhos, a cabeça"; continuava com alucinações auditivas (vozes que mandavam colocar Veruska - sua prima - na água fervendo, porque "eu tenho raiva dela, porque ela é muito branca". F. apresentava neologismo "Blus-Blo". "As coisas são feitas pelo ar, as pessoas do espiritismo é outro registro", por exemplo: "o gelo, as coisas são feitas do ar é bonito". Contava F., que via o sangue no chão, sentia sensações no corpo". Foi introduzido clorpromazina. Na dosagem de 1200 mg/diários de clorpromazina, F. mostrava-se mais adequado, calmo, alegre, respondendo perguntas simples adequadamente; comentava menos os delírios e as alucinações não eram referidas, embora seu "diálogo" continuasse com momentos de incoerência.

Comentários

No exame psíquico do F o item mais alterado é o pensamento. Assim, como vimos, ocorrem pensamentos delirantes, por vezes persecutórios, por outras apenas auto-referentes.

O delírio está baseado numa crença incomum, partilhável e destituída de lógica, como a "maldade" de sua prima Juliana, ou como "as crianças normais vão para Júpiter, e as doentes, não".

A presença de alucinações, principalmente as auditivas, com vozes que falam sobre a pessoa ou sobre os atos e atitudes do paciente, comentando, depreciando, dando ordens, tudo isso é característico de um quadro psicótico como a Esquizofrenia.

Só esses dois critérios já permitiriam a aventação fundamentada da hipótese da Esquizofrenia para F., segundo as determinações do item A do DSM-III-R.

Se fôssemos analisar a história desse paciente, veríamos que, quando criança, o F. preferia os jogos individuais aos jogos em grupo e à competição. Ele foi um menino que apresentava medos e, aos 9 anos, começou a ter uma queda importante do rendimento escolar e no desenvolvimento intelectual, o que o fez repetir de ano.

Segundo HAIM GRUNSPUM (1981), a esquizofrenia infantil caracteriza-se por: (1) perda do interesse pelo ambiente; (2) diminuição, rigidez e deformação de afetos; (3) voltar-se para si mesmo; (4) irritabilidade, agressividade; (5) sonhar de olhos abertos; (6) conduta estranha; (7) sensibilidade exagerada a comentários e críticas depreciativas; (8) dificuldade no relacionamento emocional com as pessoas; (9) perda da identidade; (10) resistência a mudanças no ambiente; (11) ansiedade; (12) linguagem comprometida; (13) hipercinesia, imobilidade, posturas bizarras; (14) sensibilidade aumentada a estímulos sensoriais; (15) maior dependência da mãe.

F. possui a grande maioria dessas características. Outro fator a ser levado em conta na análise da patologia

do F. é que este apresenta delírio primário e alucinações auditivas e visuais bem constituídas.

Na esquizofrenia infantil esses achados não são tão comuns. Assim sendo, possui um tipo de distúrbio que parece assemelhar-se muito à esquizofrenia de adulto.

Por que o diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide? F. apresenta idéias delirantes primárias: "vou morrer, porque conheci o diabo, todos vão morrer, porque sou amigo do diabo". Devemos considerar que para haver delírio primário, é necessário pensamento abstrato, que segundo PIAGET (1954) só aparece após a idade dos 11-12 anos. Portanto, o fato de F. apresentar um delírio primário com 9 anos, mostra que o paciente, antes da manifestação da patologia, apresentava um bom nível intelectual.

Na revisão bibliográfica referente à esquizofrenia que ocorre na infância, não há citação de delírio primário antes dos 10 anos de idade. Reforçando a idéia de Esquizofrenia Paranóide, F. refere várias ocasiões de alucinações auditivas - "vozes que comentam: você tem doença na cabeça; você é mau, não gosta dos avós...".

O distúrbio de F. por três anos de evolução, não reagiu satisfatoriamente ao tratamento. Foi medicado com diversas drogas antipsicóticas e 20 sessões de eletroconvulsoterapia, sem resposta adequada. No momento, faz uso de altas doses de clorpromazina.

Bibliografia

1. AJURIAGUERRA, J. De; MARCELLI, D. **Manual de psicopatologia infantil**. Porto Alegre/ São Paulo. Artes Médicas/Masson p.240-267; 1991.
2. American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistic manual of mental disorders (DSM-III-R)** 3 ed. Revised. Washington. 1987.
3. BLEULER, E. **Demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias**. Trad de Daniel R. Wagner. Buenos Aires, Harne, 1961.
4. Classificação de transtornos mentais e de comportamento do CID-10. **Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Coord. Organização Mundial de Saúde. Porto Alegre. Artes Médicas. pg. 85-107; 1993.
5. GARFINKEL, B.D.; CARLSON, G.A.; Weller, E.B. **Psychiatric disorders in children and adolescents**. Philadelphia, W.B. Saunders. 1990.
6. GRUNSPUM, H. - **Distúrbios Psiquiátricos da Criança**; 3a ed, São Paulo / Rio de Janeiro; Livraria Atheneu; pg. 287 a 319, 1981.
7. KAPLAN, H.I. **Compêndio de psiquiatria**. 2 ed. Porto Alegre. Artes Médicas. Esquizofrenia p. 340 a 364, 1993.
8. Lewis, M. - **Child and adolescent psychiatry: comprehensive textbook**. Baltimore, William's e Wilkins, 1991.
9. MAZUNDAR, P.K.; S.K. CHATURVEDI, P.S. GOPINATH - A Study of Thought Disorder in Paranoid and Non-Paranoid Schizophrenia - **Psychopathology**; (24): 166-169; 1991.
10. POTTER, H.W. - Schizophrenia in children. **Am. J. Psychiat.**, 12(6): 1253-1270, 1933.
11. WILCOX, J.A.: Though disorder and Relapse in Schizophrenia. **Psychopathology**, (23): 153-156, 1990.