



TRATAMENTO DO TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO

Esta resenha tem por objetivo ressaltar as possibilidades terapêuticas pesquisadas no artigo intitulado: “Tratamento do transtorno esquizoafetivo”, publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria: 2005, vol. 32, suppl.1, p.89-97, ISBN 0101-6083; dos autores Lucas de Castro Quarantini; Eduardo Pondé de Sena; Irismar Reis de Oliveira, cujo objetivo foi revisar as resposta aos psicofármacos utilizados no tratamento da referida patologia.

Na introdução os autores procuram destacar que os conceitos psicopatológicos estão em constante processo de evolução; o fazem citando inúmeros pesquisadores, tais como Angst, 2002 abordando melancolia e mania; Aretaeus da Capadócia, no final do século I a.C., com descrições *delirium*, mania, melancolia e outros transtornos mentais orgânicos; Jean-Pierre Falret, em 1851, com o transtorno bipolar; Emil Kraepelin com maníaco-depressiva; Kleist, que considerava depressão e mania como sendo psicoses monopolares e o transtorno bipolar como a afiliação das duas; Jules Angst e Perris que retomam o estudo transtorno bipolar. Tudo isso com o fim de se estabelecer uma maior compreensão a cerca do tema.

Os autores também fazem um breve histórico da esquizofrenia, começando em 1896 com Emil Kraepelin descrevendo sintomas e o curso da *dementia praecox*. Chega a Eugen Bleuler em 1911 que introduziu o termo esquizofrenia; menciona Kurt Schneider, em meados do século XX, enfatizou os sintomas de primeira ordem, pois os considerava característicos e diagnósticos da esquizofrenia. A partir daí os autores citam Hoche que em 1912 passa a preocupar-se com o fato de que o denominado “*continuum* das psicoses” envolvam as síndromes afetivas e esquizofrênicas, introduzindo a visão sindrômica em antagonismo ao modelo dicotômico kraepeliniano. Citam Gershon *et al* que em 1982 encontraram uma associação entre transtorno esquizoafetivo e transtorno afetivo, concluindo que esquizofrenia e transtorno afetivo bipolar eram transtornos psicóticos distintos e que o transtorno esquizoafetivo relacionava-se com ambos. Relatam que tal fato seria corroborado por Crow em 1990, Angst e Scharfetter.

A contra parte se faz sobre o seguinte aspecto: o fato de existirem três argumentos contra o conceito dicotômico das psicoses: o fenomenológico de Kendell e Gurlay, de 1970; resposta ao tratamento com neurolépticos Johnstone, em 1988 e Bobon, em 1972; e, estudos de famílias não demonstraram ponto de corte em relação ao risco de parentes de primeiro grau de pacientes esquizofrênicos de Gershon, 1982 e; Henn, 1995.

Os autores chamam a atenção para alguns fatos: de que o termo "transtorno esquizoafetivo" foi utilizado pela primeira vez por Kasanin em 1933; de que o diagnóstico diferencial com outras psicoses pode ser tarefa complexa; que a validação do diagnóstico é a sua evolução (história e seguimento); que a valorização excessiva dos sintomas pode conduzir a falha da identificação de psicoses afetivas; e, que o transtorno esquizoafetivo deveria estar situado entre a esquizofrenia e os transtornos afetivos.



Outro ponto de relevância do artigo diz respeito aos estudos genéticos. Sobre este aspecto ressaltam que variáveis de evolução clínica demonstram que o transtorno esquizoafetivo encontra-se mais próximo do transtorno bipolar a sintomatologia psicótica aguda encontra-se mais relacionada à da esquizofrenia; também consideram o transtorno esquizoafetivo, em termos de seguimento, semelhante à esquizofrenia.

Ao abordarem as características psicossensoriais, os autores chamam a atenção para o fenômeno sensorial, emocionais e cognitivos chegando à conclusão de que indivíduos com mania esquizoafetiva apresentam prevalência características psicossensoriais quando comparados aos bipolares. Os autores fazem menção ao fato de que estudos genéticos têm demonstrado que familiares de pacientes com esquizofrenia têm maiores risco de ter esquizofrenia e familiares de bipolares têm maiores risco de ter transtorno bipolar, mas que também existem estudos familiares que amparam a hipótese de sobreposição de ambas as patologias; ainda citam que, em parentes de primeiro grau, o achado de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo foi maior que o esperado; que pesquisas de biologia molecular avança na confirmação de tais achados. Por fim fazem as seguintes considerações: de que os estudos ainda apresentam problemas metodológicos comprometedores e que alguns outros estudos omitem dados quando negativos ou desfavoráveis.

Quanto à avaliação das diversas abordagens terapêuticas, segue um quadro sinóptico dos achados dos autores.



ABORDAGEM TERAPÊUTICA DOS TRANSTORNOS ESQUIZOAFETIVOS

Transtorno	Estabilizador Humor			Anticonvulsivante				Antipsicótico			Antipsicóticos Atípicos							
	Lítio	Lítio+Hal	Lítio+Cpz	Cbz	Val	Dival	Top	Lam	Flu	Cpz	Hal	Risp+EstHumor	Risp	Ozp	Czp	Qtp	Zzd	Arip
Esquizoafetivo cf. DSM III	(-)																	
Esquizoafetivo													3+	4+	4+	3+	4+	3+
Esquizoafetivo tipo maníaco sutipo afetivo	1+	2+			2+	2+	2+	2+										
Esquizoafetivo tipo maníaco sutipo esquizofrênico	2+	1+			2+	2+	2+	2+	3+									
Esquizoafetivo - Profilaxia (Níveis > 0,60 mEq/l)	3+																	
Esquizoafetivo - Manutenção (prevenir recaída)	3+				3+					1+	1+		3+					
Esquizoafetivo + excitabilidade					3+													
Esquizoafetivo, esquizofrenia, esquizofreniforme - primeiro episódio											2+		3+	3+				
Esquizoafetivo bipolares											2+	3+	3+	3+	3+	3+	3+	
Esquizoafetiva depressivo											2+		3+					
Esquizofrenia - psicose paranóide - mania			3+							3+								
Esquizofrenia													3+	4+	4+	3+	3+	3+

Arip = Aripripazol
 Cbz = Carbamazepina
 Cpz = Clorpromazina
 Czp = clozapina
 Dival = Divalproato

Flu = Flufenazina
 Hal = Haloperidol
 Lam = lamotrigina (>400mg)
 Ozp = olanzapina
 Qtp = quetiapina

Risp = risperidona
 Top = Topiramato
 Val = Valproato
 Zzd = ziprazidona
 (-) = Não beneficiou