

THAYSSSE GOMES RICCI

**RELAÇÕES CLÍNICAS E EVOLUTIVAS ENTRE
ANSIEDADE SOCIAL E PSICOSE**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE – MS**

2021

THAYSSSE GOMES RICCI

**RELAÇÕES CLÍNICAS E EVOLUTIVAS ENTRE
ANSIEDADE SOCIAL E PSICOSE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado e Doutorado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob orientação do Professor André Barciela Veras e co-orientação da Professora Luziane de Fátima Kirchner.

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO – UCDB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE – MS
2021**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade Católica Dom Bosco
Bibliotecária Mourãmise de Moura Viana - CRB-1 3360

R491r Ricci, Taysse Gomes
Relações clínicas e evolutivas entre ansiedade social
e psicose/ Taysse Gomes Ricci sob Orientação do Profº
Dr. André Barciela Veras e da Profa. Dra. Luziane
de Fátima Kirchner. -- Campo Grande, MS : 2021.
98 p.: il.;

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade
Católica Dom Bosco, Campo Grande-MS, 2021
Bibliografia: p. 78-90

1. Esquizofrenia. 2. Psicose. 3. Ansiedade - Aspectos
psicossociais. 4. Comorbidades I. Veras, André Barciela.
II. Kirchner, Luziane de Fátima. III. Título.

CDD: Ed. 21 -- 195.1952

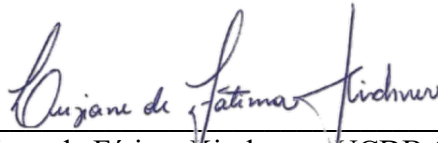
A dissertação apresentada pela estudante **THAYSSE GOMES RICCI**, intitulada: **RELAÇÕES CLÍNICAS E EVOLUTIVAS ENTRE ANSIEDADE SOCIAL E PSICOSE**, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi aprovada.

Campo Grande - MS, 22 de fevereiro de 2021.

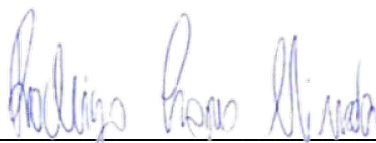
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. André Barciela Veras - UCDB (orientador)



Profa. Dra. Luziane de Fátima Kirchner – UCDB (co-orientadora)



Prof. Dr. Rodrigo Lopes Miranda – UCDB



Prof. Dr. Gilberto Sousa Alves - UFMA

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a meus pais Sandro e Roseli por sempre me incentivarem ao estudo e ao meu irmão Thiago por ter seguido o caminho da pesquisa e ser exemplo em minha vida me ensinando e mostrando a importância da pesquisa científica. Ao meu marido Fabio que me acompanhou durante todo o processo de mestrado e por nos últimos meses estar ao meu lado com muita compreensão e atenção para que este trabalho pudesse ser concretizado.

Dedico também a meu professor e orientador Prof. Dr. André Barciela Veras por me mostrar o caminho da pesquisa, me acolher como aluna de iniciação científica e posteriormente como mestranda, me ensinando desde a graduação que existem muitas oportunidades e que cabe a nós insistir e lutar por elas.

E dedico a todos os pacientes que contribuíram com a execução e construção deste trabalho ao aceitarem participar e contribuir com minhas pesquisas desde 2013.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meu irmão Thiago pelo incentivo em caminhar na pesquisa desde minha graduação, me ensinando e orientando aos passos necessários. Sempre foi meu exemplo e guia na vida acadêmica e na vida.

Agradeço imensamente a meu mestre e orientador Prof. Dr. André Barciela Veras por me receber em seu grupo de pesquisa, pela confiança a mim em seus trabalhos e pesquisas que representam tanto crescimento em minha vida, em meu psiquismo e em meu conhecimento. Por me acolher também no mestrado e me incentivar na vida acadêmica e de pesquisa.

À Prof. Dra. Luziane Kirchner, pela recepção e acolhimento em seu grupo de pesquisa, pela co-orientação e por estar sempre disposta e pronta em me ajudar. Ao Prof. Dr. Gilberto S. Alves pelas trocas durante o mestrado, que mesmo em outra cidade, conseguiu estar perto ajudando e contribuindo com a minha formação e pesquisa. E ao Prof Dr. Rodrigo Lopes Miranda pelas valiosas contribuições durante o mestrado, pelas orientações e disponibilidade em participar da minha banca frente a tantas mudanças desde período.

Agradeço também a CAPES e a Universidade Católica Dom Bosco – UCDB por me proporcionarem a oportunidade de realizar este mestrado. Sem a aprovação e patrocínio como bolsista, este mestrado não teria se realizado. Agradeço pelo incentivo e apoio as pesquisas brasileiras que tem se mostrado tão importantes e significativas.

As minhas colegas de mestrado que se tornaram amigas: Carol que se tornou uma irmã e foi tão fundamental na caminhada do mestrado, me ajudando com minhas dificuldades e por estar presente não só nos momentos de faculdade mas em minha vida e; Patrícia, por se tornar uma amiga que sabe o momento de aconselhar, orientar, e também de chamar a atenção quando necessário. O mestrado se tornou mais leve ao ser compartilhado.

Agradeço a meu marido Fabio, pela compreensão, apoio, paciência e incentivo durante meu processo. Por estar ao meu lado em todos os momentos e por me mostrar que tudo é possível.

Por último, porém mais importante, aos meus pais Sandro e Roseli, e a Deus, que são fundamentais em minha vida e no meu caminhar. Por me formarem academicamente, profissionalmente e internamente.

RESUMO

A esquizofrenia acarreta em prejuízos aos indivíduos por ela acometidos, sobretudo quando há comorbidades. Alguns sintomas podem se sobrepor ao diagnóstico, dificultando a origem dos sintomas e manifestações clínicas que por vezes se assemelham. As comorbidades psiquiátricas na esquizofrenia demandam de aprofundamento e investigação além dos principais sintomas observados; sendo assim, a maior investigação desses transtornos desempenha papel fundamental para o tratamento e qualidade de vida dos pacientes. O objetivo deste trabalho é apresentar dados que possam contribuir para a compreensão da correlação existente entre ansiedade social e psicose, buscando traçar o perfil clínico dos pacientes com esquizofrenia. Para tanto, a presente dissertação é composta por dois capítulos de livro e um artigo científico. O primeiro capítulo tem por objetivo discutir a relação da esquizofrenia com comorbidades, como transtorno depressivo, transtornos ansiosos e abuso de substâncias. O segundo capítulo visa discutir a relação entre esquizofrenia e transtorno delirante, buscando apresentar as diferenças entre transtorno delirante e esquizofrenia e como se correlacionam com a ansiedade social. Por fim, o artigo científico consiste em uma pesquisa de campo realizada com pacientes esquizofrênicos divididos em dois grupos: com e sem ansiedade social. Este artigo visa discutir o perfil e manifestações clínicas de sujeitos com esquizofrenia em comorbidade com ansiedade social. O estudo em seu conjunto, aponta aspectos, características e dados relevantes para a compreensão desta relação entre esquizofrenia e ansiedade social.

Palavra-chave: Esquizofrenia, Psicose, Ansiedade Social, Comorbidade

ABSTRACT

Schizophrenia causes damage to the individuals affected by it, especially when there are comorbidities. Some symptoms may overlap with the diagnosis, making it difficult to originate the symptoms and clinical manifestations that sometimes resemble each other. Psychiatric comorbidities in schizophrenia require further investigation in addition to the main symptoms observed; therefore, further investigation of these disorders plays a fundamental role in the treatment and quality of life of patients. The aim of this work is to present data that can contribute to the understanding of the existing correlation between social anxiety and psychosis, seeking to trace the clinical profile of patients with schizophrenia. To this end, this dissertation consists of two book chapters and a scientific article. The first chapter aims to discuss the relationship between schizophrenia and comorbidities, such as depressive disorder, anxiety disorders and substance abuse. The second chapter aims to discuss the relationship between schizophrenia and delusional disorder, seeking to present the differences between delusional disorder and schizophrenia and how they correlate with social anxiety. Finally, the scientific article consists of a field research carried out with schizophrenic patients divided into two groups: with and without social anxiety. This article aims to discuss the profile and clinical manifestations of subjects with schizophrenia in comorbidity with social anxiety. The study as a whole, points out aspects, characteristics and data relevant to understanding this relationship between schizophrenia and social anxiety.

Keyword: Schizophrenia, Psychosis, Social Anxiety, Comorbidity

LISTA DE FIGURAS

Esquizofrenia: Teoria E Clínica – 2º Edição: Comorbidades Psiquiátricas na Esquizofrenia

Figura 1 – Prevalências das comorbidades psiquiátricas na esquizofrenia.....20

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Esquizofrenia: Teoria E Clínica – 2º Edição: Comorbidades Psiquiátricas na Esquizofrenia

Quadro 1 – Critérios (CID-10) para depressão pós-esquizofrenia (F20.4).21

Transtorno Persecutório Delirante e Ansiedade Social

Tabela 1 – Critérios de diagnóstico: Transtorno Delirante.....40

Tabela 2 – Critérios de diagnóstico: Transtorno de Ansiedade Social.....42

Perfil Clínico e Evolução da Esquizofrenia Comórbida com Ansiedade Social

Tabela 1 – Regressão linear múltipla entre *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)* e *Liebowit*.....67

Tabela 2 – Correlação de *Pearson* entre Restrição de afeto, Embotamento afetivo e *Liebowitz*.....68

Tabela 3 – Regressão linear múltipla entre *Early Trauma Scale* e *Liebowitz*.....69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

GPC	<i>Genomic Psychiatry Consortium</i>
CAPS	Centros de Atenção Psicossociais
UHR	<i>Ultra High Risk</i>
ISRSs	Recaptação da serotonina
TAS	Transtorno de Ansiedade Social
TDP	Transtorno Delirante Persecutório
CO ₂	Dióxido de Carbono
PANSS	<i>Positive and Negative Syndrome Scale</i>
TOC	Transtorno Obsessivo-Compulsivo
ECA	<i>Epidemiologic Catchment Area</i>
CAPS-ad	Centros de Atenção Psicossociais álcool e droga
DSM-5	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5. ^a edição
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
LSAS	Escala de Ansiedade Social de <i>Liebowitz</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CNS	Conselho Nacional de Saúde
UCDB	Universidade Católica Dom Bosco
DIPAD	<i>Diagnostic Interview for Psychoses and Affective Disorders</i>
ETISR-S	<i>Early Trauma Inventory Self Report-Short Form</i>

SUMÁRIO

Introdução	15
Comorbidades Psiquiátricas Na Esquizofrenia	18
Introdução	19
Transtorno Depressivo	20
Transtornos De Ansiedade	23
1. Transtorno De Ansiedade Social	23
2. Transtorno De Pânico.....	26
3. Transtorno Obsessivo-Compulsivo (Toc).....	28
Dependência De Álcool E Outras Drogas	30
Conclusão.....	31
Referências.....	32
Transtorno Persecutório Delirante E Ansiedade Social.....	38
Transtorno Persecutório Delirante	39
Transtorno De Ansiedade Social	41
Fenomenologia	43
Demografia E Epidemiologia	44
Transtorno De Ansiedade Social E Comorbidade Com Esquizofrenia	45
Características <i>Quasi</i> -Psicóticas Leves No Transtorno De Ansiedade Social	47
Transtorno De Ansiedade Social E Transtorno Delirante Persecutório: Cronologia E Comorbidade.....	48
Estudo De Caso Parte I (Caso Ficcional)	49
Como Entrevistar.....	50
Estudo De Caso Parte Ii: Tratamento.....	52
Tratamento De Transtorno De Ansiedade Social E Transtorno Delirante Persecutório.....	52
Transtorno De Ansiedade Social E Transtorno Delusional Persecutório	54
Considerações Finais.....	54
Referências.....	55
Perfil Clínico E Evolução Da Esquizofrenia Comórbida Com Ansiedade Social...61	
Introdução	62
Metodologia	63
Participantes.....	63

Critérios De Inclusão	64
Critérios De Exclusão	64
Procedimentos	64
Instrumentos	65
1. Sintomas Positivos, Negativos E Psicopatologia Geral (Positive And Negative Syndrome Scale – Panss)	65
2. <i>Liebowitz Social Anxiety Scale – Lsas</i>	65
3. Entrevista Diagnóstica Para Transtornos Psicóticos E Afetivos (<i>Diagnostic Interview For Psychoses And Affective Disorders – Dipad</i>)	66
4. Inventário De Autorrelato De Trauma Precoce – Forma Curta (Early Trauma Inventory Self Report-Short Form – Etisr-S)	66
Análise De Dados	66
Resultados	66
Dados Sociodemográficos	66
Positive And Negative Syndrome Scale (Panss)	67
<i>Clinical Characteristics Of The Diagnostic Interview For Psychoses And Affective Disorders (Dipad)</i>	68
1. Restrição De Afeto E Embotamento Afetivo	68
<i>Early Trauma Scale And Liebowitz</i>	69
Discussão	70
Conclusão	72
Referências.....	72
Considerações Finais.....	76
Referências	78
Anexos	91
Capa Do Livro Esquizofrenia – Teoria E Clínica. 2º Ed.....	92
Capítulo Publicado No Livro Esquizofrenia – Teoria E Clínica. 2º Ed.....	93
Capa Do Livro <i>Psychotic Disorders</i>	94
Capítulo Publicado No Livro.....	95
Escala De Ansiedade Social De <i>Liebowitz (Lsas)</i>	96
<i>Positive And Negative Syndrome Scale (Panss)</i>	97
Inventário De Auto-Avaliação De Traumas Precoces – Versão Reduzida	98

INTRODUÇÃO

A relação entre a esquizofrenia e outras comorbidades tem recebido um maior interesse ao longo dos anos, tanto devido aos maiores prejuízos que tais pacientes tendem a apresentar, como também ao se levantar hipóteses de relações clínicas entre a esquizofrenia e algumas comorbidades. A ansiedade, a depressão e o abuso de substâncias, são as comorbidades psiquiátricas mais encontradas em pacientes com esquizofrenia, resultando em diferentes manifestações clínicas, evolução da doença, tratamento e ainda pior prognóstico (Ricci & Veras, 2021). Devido a tais relevâncias, o presente trabalho tem por objetivo investigar a relação entre esquizofrenia e ansiedade social, buscando apresentar características e manifestações clínicas que possam elucidar e contribuir para uma melhor compreensão acerca desta correlação existente entre ambos.

Devido ao amplo quadro de alterações existentes na esquizofrenia, atualmente, muitas de suas manifestações não são consideradas exclusivas, o que resulta ainda mais, em diagnósticos imprecisos e incertos. No entanto, teóricos apontam para maior atenção aos sintomas considerados clássicos e comuns, os quais são didaticamente divididos em sintomas positivos e negativos. (Cheniaux, 2021). Os sintomas positivos são fenômenos que, em um quadro de normalidade, não estariam presentes; considerados como alterações qualitativas, como exemplos mais comuns estão as alucinações e delírios. Por sua vez, os sintomas negativos são caracterizados por um empobrecimento, uma redução na expressão de funções mentais, sendo alterações quantitativas, estão como por exemplo, sintomas de embotamento afetivo, anedonia, pensamento empobrecido, déficit atencional, entre outros (Cheniaux, 2021).

Os sintomas ansiosos são frequentemente observados em pacientes com esquizofrenia, sendo o Transtorno de Ansiedade Social a mais frequente nestes pacientes (14,9%), seguido de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (12,4%) e Transtorno Obsessivo Compulsivo (12,1%) (Achim et al., 2011). A ansiedade social é caracterizada por intenso medo e preocupação a respeito da opinião de outros, o que acarreta em comportamento evitativo e desinvestimento nas relações sociais (Ricci & Veras, 2021). Sendo a ansiedade social por si só é um transtorno capaz de incapacitar o indivíduo para realização de atividades sociais, ocupacionais e outras, em indivíduos com esquizofrenia e ansiedade social como comorbidade, tende a desempenhar um nível de incapacidade ainda mais grave; contribuindo de maneira significativa para a diminuição da qualidade de vida destes pacientes. Assim, a avaliação, tratamento e

compreensão desta comorbidade podem representar melhoras tanto em manifestações clínicas como aspectos da vida social dos sujeitos (Pallanti et al., 2004).

A esquizofrenia, é um transtorno desafiador por apresentar inúmeras e complexas manifestações clínicas. Quando associada a outras comorbidades, como a ansiedade social, tende a representar um desafio ainda maior em virtude das semelhanças entre sintomas, aspectos etiológicos que se correlacionam e/ou se mostram irreconhecíveis, e ainda em decorrência a inserção de medicações incorretas. Como em outros transtornos, compreender o funcionamento, a relação e diferenças que podem ocorrer na correlação da esquizofrenia com a ansiedade social, pode proporcionar tratamento e direcionamento mais assertivo, bem como contribuir para o diagnóstico precoce visando proporcionar um melhor prognóstico a estes pacientes.

Pesquisas com foco na compreensão e refinamento das características clínicas e psicopatológicas dos diversos transtornos apresentam grande relevância para a qualidade de vida de sujeitos portadores de transtornos psiquiátricos e psicológicos. Para tanto, compreender o perfil clínico de indivíduos com esquizofrenia e outras comorbidades, neste trabalho em especial a ansiedade social, busca proporcionar, além de conhecimento científico e contribuição a outros pesquisadores, mas em primeiro lugar, maior qualidade de vida e saúde mental a indivíduos que lutam diariamente com a esquizofrenia.

A fim de elucidar a relação entre a esquizofrenia e a ansiedade social, e presente dissertação é proposta em três partes, composta por dois capítulos de livros previamente publicados e um artigo científico.

No primeiro capítulo, com o título “Comorbidades Psiquiátricas na Esquizofrenia”, faz parte do livro “Esquizofrenia: Teoria e Clínica – 2ª Edição, o qual foi publicado pela Editora Artmed em 2021. Como dito anteriormente, a esquizofrenia é uma doença grave por si só, e quando combinada a outros transtornos, tende a apresentar diversos agravos nos sintomas e assim na qualidade de vida de tais indivíduos. Assim, a identificação destes faz-se essencial buscando um tratamento mais apropriado e assim, melhoras clínicas e sociais ao sujeito com esquizofrenia. O capítulo tem por objetivo apresentar a relação da esquizofrenia com as mais diversas comorbidades, para tanto, o capítulo é composto por discussões a cerca da correlação da esquizofrenia com o transtorno depressivo, com transtornos de ansiedade – transtorno de ansiedade social, transtorno de pânico e transtorno obsessivo-compulsivo – e, dependência de álcool e outras drogas.

O segundo capítulo de livro, intitulado “*Persecutory delusional Disorder and Social Anxiety*”, inserido no livro “*Psychotic Disorders – Comorbidity Detection Promotes Improved Diagnosis and treatment*”, publicado pela *Elsevier* em 2020, discute a relação ocorrente entre a ansiedade social e o transtorno delirante, apresentado como foco as características semelhantes e distintas entre transtorno delirante e esquizofrenia devido a frequente confusão diagnóstica ocorrente entre ambas. Para tanto, o capítulo é composto, não apenas de material teórico relevante, como também de estudo de caso fictício, dados para entrevista clínica e tratamento, a fim de contribuir com uma maior orientação e relevância para o tratamento de tais pacientes.

Para finalizar, o artigo científico, ainda não publicado, com o título *Clinical profile and evolution of schizophrenia comorbid with social anxiety*, é resultado de uma pesquisa de campo, realizada entre os anos de 2016 e 2020, inserida em um projeto multicêntrico chamado *Genomic Psychiatry Consortium – GPC*. A coleta de dados foi realizada com pacientes previamente diagnosticados com esquizofrenia com e sem ansiedade social, situados em Centros de Atenção Psicossociais – CAPS e em ambulatório de transtornos psicóticos nas cidades de Campo Grande – Mato Grosso do Sul, São Luís do Maranhão - Maranhão e Rio de Janeiro – Rio de Janeiro. O artigo em si visa identificar e traçar as características e manifestações clínicas existentes entre pacientes esquizofrênicos com e sem ansiedade social, e que diferenciem ambos os grupos, a fim de melhor compreender a relação existente entre a esquizofrenia e a ansiedade social e como ambas se relacionam e podem interferir no curso da doença destes pacientes.

INTRODUÇÃO¹

A esquizofrenia é uma patologia grave de ampla variedade de aspectos que caracterizam o curso da doença. Esses aspectos essenciais são um misto de sinais e sintomas característicos, classificados como positivos ou negativos. Tais sintomas são passíveis de grandes oscilações, que podem apenas caracterizar temporariamente uma crise, como também permanecer, se intensificar ou se agravar ao longo do tempo, ou mesmo configurar uma comorbidade.

Esta ligação esquizofrenia-comorbidade pode ser considerada uma discussão histórica na psiquiatria diante da tênue linha que distingue neurose e psicose, assunto que até na atualidade é objeto de questionamentos e reflexões. As controvérsias de que uma apresentação sintomática é decorrente de uma neurose acompanhada em seu agravamento por sintomas psicóticos, ou se na verdade, trata-se de uma psicose estrutural que contém aspectos mais neuróticos no funcionamento mental resultam numa frequente dúvida diagnóstica.

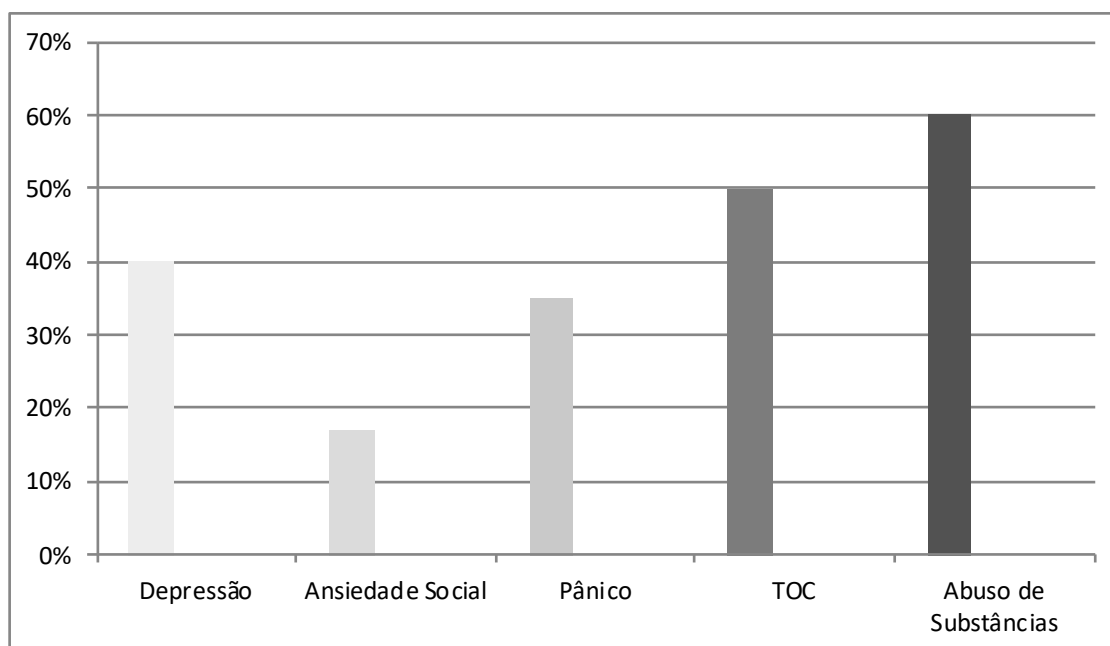
As comorbidades psiquiátricas são comuns em muitos pacientes com esquizofrenia, os sintomas mais frequentemente encontrados são a ansiedade e a depressão e, o abuso de substâncias também é considerado importante no curso da doença (Upthegrove, Marwaha, & Birchwood, 2017). As manifestações clínicas, a evolução e o tratamento da esquizofrenia podem variar dependendo das comorbidades observadas em cada caso. A identificação destas é fundamental para o tratamento, pois torna o manejo de cada paciente portador de esquizofrenia ainda mais específico quanto as estratégias farmacológicas e intervenções terapêuticas, afetando diretamente o prognóstico. Esse enfoque do diagnóstico adicional da comorbidade na esquizofrenia se justifica inclusive devido a amplitude sintomática da doença, pois frequentemente atribui-se a um transtorno mental maior, a explicação e pertencimento de todos os demais sintomas.

A importância clínica da existência de outros transtornos associados a esquizofrenia é um assunto recente que ainda requer maiores investimentos quanto a pesquisas e debates, mas sobretudo maior atenção por parte dos profissionais da saúde. Com o objetivo de auxiliar os profissionais de saúde nesta identificação, este capítulo abordará a apresentação das principais comorbidades psiquiátricas observadas na esquizofrenia. (Figura 1)

¹ Capítulo publicado no livro Esquizofrenia: Teoria e Clínica – 2ª Edição.

Gadelha, A., Nardi, A. E., & da Silva, A. G. (2021). *Esquizofrenia: teoria e clínica*. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed.

Figura 1. Prevalências das comorbidades psiquiátricas na esquizofrenia.



TRANSTORNO DEPRESSIVO

É estimado que 80% dos indivíduos com esquizofrenia experienciem sintomas depressivos ao menos uma vez durante a fase inicial da doença. Este dado revela que, pelo menos na fase inicial, os sintomas de humor podem ser mais do que “experiências comórbidas” (Upthegrove, Marwaha, & Birchwood, 2017). Uma situação desafiadora na clínica em virtude da dificuldade em distinguir sintomas de humor de sintomas negativos e que se apresenta como uma sobreposição complexa e ainda pouco compreendida no nível fenomenológico (Buckley et al. 2009).

Além desta alta porcentagem, a prevalência de transtornos depressivos diagnosticados na esquizofrenia chega a cerca de 40% nestes indivíduos, no entanto, o estágio da doença (Crônica/Inicial) e do estado (agudo/pós-psicótico) demonstram influenciar nesta porcentagem, variando consideravelmente. Nos episódios agudos, a prevalência chega a 60%, enquanto que no pós-psicótico a prevalência de depressão moderada a grave varia entre 20% na esquizofrenia crônica e 50% após tratamento do primeiro episódio (Buckley et al. 2009).

Em geral, os sintomas depressivos são divididos em três subtipos: sintomas depressivos relacionados a fatores orgânicos, sintomas depressivos não associados à episódios psicóticos; e depressão não orgânica associada ao episódio psicótico (Veras et al. 2017). A depressão maior

aparece com frequência como comorbidade da esquizofrenia e pode ser vista em diferentes fases da doença: na fase prodrômica ao primeiro episódio psicótico; em uma frequente reação depressiva causada pela percepção do paciente acerca à gravidade de seu adoecimento; e no próprio curso da esquizofrenia, como episódio depressivo sobreposto, chamado de depressão pós-psicose (Veras et al. 2017). Na relação esquizofrenia-depressão alguns autores afirmam que os sintomas iniciais da doença refletem um núcleo psicopatológico comum para os estágios iniciais de ambas. Nesse sentido, observou-se que o pico da experiência depressiva em pacientes com esquizofrenia coincide com o pico da psicose (Veras et al. 2017).

Previamente, estudos apontavam que a presença de transtornos de humor indicava um prognóstico positivo, mas estudos recentes apontam o oposto, demonstrando que tais comorbidades preveem um pior prognóstico para a esquizofrenia (Upthegrove, Marwaha, & Birchwood, 2017). Com frequência, pacientes com esquizofrenia e sintomas depressivos apresentam maiores sintomas positivos e negativos (Quadro 1). Pacientes com sintomas depressivos e psicóticos tendem a apresentar certa tranquilidade, porém em seu interior experienciam delírios, que remetem a uma depressão delirante mascarada (Koree et al, 1993).

Quadro 1

Critérios (CID-10) para depressão pós-esquizofrenia (F20.4)

Episódio depressivo eventualmente prolongado que ocorre ao fim de uma afecção esquizofrênica	
Apresentar ao menos um ou mais sintomas esquizofrênicos “positivos” ou “negativos” que se apresentam, mas não se sobrepõe o quadro clínico.	
Sintomas positivos	Sintomas negativos
Delírios, ideias delirantes, pensamentos irrealis;	Lentidão psicomotora;
Alucinações auditivas e visuais;	Embotamento definido de afeto;
Confusão mental; pensamento e discurso desorganizado	Passividade e falta de iniciativa;
Ansiedade excessiva;	Pobreza da qualidade ou conteúdo da fala;
Agressividade;	Comunicação não verbal pobre através de expressão facial, contato olho a olho, modulação da voz ou postura;
	Desempenho social e autocuidado deficientes.
Apresentar maior risco de suicídio	
Os critérios gerais para esquizofrenia (F20.0 - F20.3) devem ter sido preenchidos em algum momento anteriormente, mas não são preenchidos no presente.	
Se os sintomas esquizofrênicos ainda são aparentes e proeminentes, deve-se manter o diagnóstico da forma clínica apropriada da esquizofrenia.	

Nota. Fonte: Adaptado de Organização Mundial da Saúde

Desta forma, quando presentes, os sintomas depressivos agravam o quadro psicótico, contribuem para o isolamento e retraimento social do paciente e ampliam o prejuízo de funções cognitivas como dificuldades de pensamento e concentração, e intensificam a hipobulia e o risco de suicídio. Todos esses fatores fazem com que o sujeito permaneça ainda mais imerso em si mesmo e em sua doença indicando um prognóstico desfavorável se a condição não for adequadamente reconhecida e tratada (Glynn, et al, 1990).

Sentimentos de falta de propósito e rejeição aparecem comumente nesses pacientes. Tais sintomas demonstram estar relacionados à uma diminuição do enfrentamento e ao aumento da experiência psicótica. Tanto os delírios como alucinações podem causar maior sofrimento psíquico, como por exemplo, maior sentimento de culpa obsessiva e vitimização, comuns à depressão delirante (Koree et al, 1993).

Pacientes com esquizofrenia e depressão apresentam uma probabilidade significativamente maior de reincidência, de insegurança em ambientes públicos, devido à violência, tentativas suicidas e prisões; apresentam maiores problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas e, revelam pior funcionamento mental, dificuldades no convívio familiar e com a aderência ao tratamento medicamentoso. Em fases anteriores à doença, sujeitos classificados como pacientes de risco ultra alto (*Ultra High Risk – UHR*)² para psicose, apresentam forte ideação suicida (Buckley et al. 2009).

Alguns autores apontam três teorias distintas a fim de entender a relação entre esquizofrenia e depressão. A primeira relata que a depressão seria intrínseca à psicose, a segunda percebe a depressão como uma reação psicológica frente ao diagnóstico de psicose, que estaria inter-relacionada a preocupações com status social e familiar; e, como terceira hipótese, apresenta-se a depressão como consequência de traumas associados a infância do indivíduo e a psicose como o seguimento de um processo mórbido (Buckley et al. 2009).

Em relação ao tratamento, a depressão comórbida pode ser tratável com o uso de antidepressivos adjuvantes (Inibidores seletivos da recaptação da serotonina - ISRSs), como na depressão psicótica, indicando-se também psicoterapia para colaborar na adesão ao tratamento e avaliar risco e tentativas de suicídio (Koree et al, 1993).

² Os critérios de risco ultra alto (*Ultra High Risk – UHR*) são utilizados para identificar jovens em risco alto e iminente de desenvolver um primeiro episódio de psicose.

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

A relação entre ansiedade e psicose não vem sendo discutida de forma tão ampla pela literatura se comparada com outros temas como a relação entre psicose e os transtornos do humor. Estudos indicam que certos fatores ambientais podem estar relacionados ao desenvolvimento de transtornos ansiosos na esquizofrenia. Conflitos familiares e expressões exacerbadas de emoções resultantes de relacionamentos estressantes podem suceder em manifestações mais acentuadas de ansiedade e psicose nestes pacientes, além de causar um aumento significativo nos sintomas positivos e psicóticos (Braga, Reynolds & Siris, 2013; Temmingh, & Stein, 2015).

Atualmente a prevalência de sintomas ansiosos em pacientes com esquizofrenia chega a 65%. Esta alta co-ocorrência, conseqüentemente, acarreta em um impacto negativo no curso e prognóstico da esquizofrenia, no entanto, muitos sintomas ansiosos e transtornos ansiosos não são percebidos/ diagnosticados, o que reflete na falta de tratamento destes. Desta forma, faz-se necessário destacar a importância de mais estudos que possam facilitar a distinção e tratamentos de sintomas e transtornos de ansiedade (Dernovšek & Šprah, 2009).

1. Transtorno de Ansiedade Social

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS) é caracterizado pela intensa preocupação do indivíduo sobre a opinião dos outros. Esta preocupação frequentemente produz um comportamento evitativo e um desinvestimento gradual nas relações sociais.

A ansiedade social está entre as cinco comorbidades mais frequentes na esquizofrenia. Pesquisas apontam que sintomas da ansiedade social são muito comuns nesses sujeitos, e cerca de 17% dos pacientes com esquizofrenia são também diagnosticados com TAS (Lysaker et al, 2010). Achados demonstram que o diagnóstico prévio de TAS é também um fator de risco para a esquizofrenia precoce. O TAS pré-mórbido à esquizofrenia demonstra influência no início e prognóstico desta condição (Kahn, 2013). Além de modificar as manifestações sintomáticas, por exemplo, o indivíduo tende a apresentar uma maior preocupação de que outros estejam ouvindo seus pensamentos e outras ideias de referência (Koree et al, 1993).

A esquizofrenia associada ao TAS, tende a aumentar a prevalência das tentativas de suicídio, baixa autoestima, funcionamento social prejudicado e baixa qualidade de vida (Kahn,

2013). O TAS comórbido com a esquizofrenia aparece também como decorrente de um fator de estigmatização social pois, por “classificar” tais indivíduos como estranhos ou perigosos, faz com que o sujeito passe a evitar situações sociais e de possíveis humilhações frequentemente (Koree et al, 1993). Devido à baixa autoestima, pacientes com esquizofrenia e TAS apresentam uma maior autorreferência. Os delírios paranoicos, em sua maioria, estão geralmente associados a temores de observações por autoridades como FBI, CIA, alienígenas e figuras religiosas (Lysaker et al, 2010).

É comum que o estado resultante de reclusão social a fim de evitar situações angustiantes, provoque uma dificuldade de distinção diagnóstica entre o TAS e os transtornos do espectro da esquizofrenia, especialmente os transtornos da personalidade do cluster A.³ Para a distinção entre esses diagnósticos, os clínicos usualmente utilizam o critério do interesse nas relações sociais, que está presente no TAS, enquanto a indiferença afetiva é característica dos transtornos do espectro da esquizofrenia. Entretanto, embora esse critério permita uma adequada diferenciação na maioria dos casos, em algumas situações clínicas observa-se uma interpenetração desses transtornos.

Diversos estudos se dedicaram em identificar sintomas de ansiedade social em pacientes com esquizofrenia. Entre os estudos mais recentes, Lysaker et al (2010a) identificaram que os sintomas negativos e a autoestima são fatores preditores da ansiedade social na esquizofrenia. Outro estudo também coordenado por Lysaker et al (2010b) constatou que uma maior intensidade da paranoia está associada com uma ansiedade social mais intensa, o que parece decorrente de uma melhor performance da teoria da mente (a qual diz respeito a capacidade de perceber o outro e o próprio estado mental) desses pacientes. Diante de tais achados, o critério das relações sociais e da importância afetiva dessas relações para o indivíduo fica fragilizado. A fragilização decorre da grande variabilidade de indiferença afetiva observada na esquizofrenia, que é ainda maior se levarmos em consideração os indivíduos com transtornos da personalidade do cluster A ou pacientes psicóticos com grande preservação afetiva, como é o caso daqueles com transtorno delirante. Esta indiferença afetiva pode não ocorrer ou mesmo estar inversamente exacerbada, especialmente se o paciente é capaz de perceber suas limitações cognitivas, afetivas e sociais.

Conforme evidenciado por Martin e Penn (2001) em uma amostra da comunidade, a intensidade da ideação paranoide está associada com maiores níveis de ansiedade social,

³ Composto pelos transtornos de personalidade esquizoide, paranoide e esquizotípico.

evitação, apreensão com a avaliação, auto-observação e baixa autoestima. Uma relação interessante entre ansiedade e psicose foi observada por Freeman e Fowler (2009). Estes autores evidenciaram que uma história de trauma influencia na intensidade dos pensamentos persecutórios pela via da geração de ansiedade e que a ansiedade também é responsável pela relação entre o uso de substâncias e a paranoia. Esta interpenetração entre ansiedade social e psicose ocorre por diferentes processos do ponto de vista psicopatológico (Veras et al. 2011).

O primeiro é dependente da maior habilidade ou inabilidade do indivíduo de questionar a impressão de ser criticado pelo outro. Esta habilidade pode levar a dois polos sintomáticos:

1. Quanto maior a capacidade do indivíduo de reconhecer que uma ideia é exagerada, mais esta vivência se aproxima de uma preocupação ansiosa como uma obsessão. Esta manifestação está de acordo com uma apresentação sintomática observada na literatura, que é a “síndrome de referência olfatória”. Ela é caracterizada por pensamentos de que o indivíduo exala um odor fétido, embora o próprio paciente não sinta este odor. Os acometidos por esta síndrome tendem a imaginar que o odor exalado por eles é percebido pelas pessoas, o que leva ao isolamento social e a comportamentos compulsivos como tomar inúmeros banhos por dia e lavar repetidamente as próprias roupas. Por tais motivos, esta síndrome é considerada como parte do espectro obsessivo-compulsivo. 2. Quanto menor o *insight*, maior a crença de que a ideia é real e, portanto, mais a experiência se assemelha ao delírio de referência. Por exemplo, um paciente gradualmente desenvolve a convicção de que é criticado pelos vizinhos na medida que a exposição repetida a esta situação reforça tal sentimento. Posteriormente, quando este mesmo paciente se torna capaz de criticar este pensamento, adquirindo *insight*, ele passa a ser capaz de considerar a ideia como absurda ou exagerada.

Uma segunda possibilidade seria o papel de perpetuação do estressor desempenhado pelo TAS, o que tornaria os indivíduos mais sujeitos a apresentar transtornos mentais mais graves como o Transtorno Delirante Persistente (TDP)⁴. Michail e Birchwood (2009) também identificaram essa hipótese ao observarem que pacientes psicóticos com TAS apresentavam sentimentos mais vívidos de que “alguém poderia os ferir ou prejudicar” (45% vs. 11.6%) quando comparados com pacientes psicóticos sem o TAS. A Terceira explicação é a possibilidade do TAS ser causado por uma alteração primária do pensamento (auto-referência psicótica) em alguns casos, no lugar de uma alteração afetiva (insegurança ansiosa), o que levaria da mesma forma a uma intensa preocupação com a opinião dos outros. Diante de

⁴ O transtorno delirante persistente é uma patologia psiquiátrica que tem como principal sintoma a ocorrência de delírios.

manifestações subsindrômicas, a diferenciação clínica dessas condições etiológicas seria particularmente difícil. Porém, não seria incoerente pensar que em razão da auto-referência, as relações interpessoais causariam preocupação e desconforto, levando assim o indivíduo a desenvolver uma personalidade evitativa. Tal possibilidade está de acordo com a apresentada por Michail e Birchwood (2009) na qual afirmam que “a ansiedade social e pensamento persecutório se desenvolvem juntos nas fases iniciais da psicose e seguem um curso comum”.

Considerando a primeira explicação para a interpenetração entre ansiedade social e psicose, também observada na relação entre obsessão e psicose, é preciso notar que o elemento que dá ao indivíduo a capacidade de ter mais ou menos *insight* sobre se a vivência é decorrente de elementos internos ou de eventos externos é justamente a capacidade de individuação, de separação entre o eu e o mundo.

2. Transtorno de Pânico

Estima-se que entre 7,1% a 47,5% dos indivíduos diagnosticados com esquizofrenia, apresentam em algum momento crises de pânico e, que até 35% dos pacientes preenchem os critérios diagnósticos para Transtorno de Pânico (Bayle et al, 2001; Kahn et al, 1988). Segundo Veras et al (2017), a esquizofrenia comórbida ao pânico está associada a um perfil cognitivo menos comprometido, desta forma, o autor sugere que indivíduos com maior comprometimento cognitivo podem apresentar menor capacidade para relatar sintomas de pânico, criando um viés de sub identificação, de modo que a prevalência de crises e transtorno de pânico nestes pacientes possa ser significativamente maior.

Esta manifestação ansiosa está relacionada com o início da doença, na fase prodrômica da esquizofrenia, quando predominam sintomas ansiosos, somáticos e cognitivos vagos (Heun, 1995; Homann, 1999; Kahn, 2000; Craig, 2002; Achim, 2011). A ocorrência de pânico, após estabelecido o curso da doença, estaria relacionada à existência de ansiedade paroxística concomitante com alucinações auditivas e ideias delirantes (Craig, Hwang & Bromet, 2002). Uma metaanálise identificou uma prevalência média de 9,8% de co-ocorrência do transtorno do pânico na população com esquizofrenia estabelecida (Somers et al, 2006), enquanto que na população geral essa prevalência é de 1,2% (Ulas et al, 2007). Uma relação adicional interessante é o aumento do risco de acometimento pelo transtorno de pânico em parentes de primeiro grau de pacientes com esquizofrenia (Homann, 1999).

Atualmente, alguns estudos procuram caracterizar um subtipo de apresentação psicótica denominada *panic-psychosis subtype*. Kahn et al (1988) descreveram inicialmente pacientes com esquizofrenia que apresentam também o transtorno do pânico, que têm uma predominância de sintomas positivos (Kahn et al, 1988; Lysaker & Salyers, 2007; Savitz, 2011), em quem os sintomas ansiosos e psicóticos respondem ao uso de alprazolam (Somers et al, 2006), que apresentam crises de pânico desencadeadas pelo dióxido de carbono (CO₂) a 35% (Ulas, Polat, Akdede, & Alptekin, 2010) e que têm um perfil cognitivo diferenciado (Vera et al, 2011). Entre os aspectos clínicos mais relevantes desses pacientes, estão a ocorrência paroxística de crises de pânico acompanhadas pelo início abrupto de alucinações auditivas ou de ideias delirantes, a maior ocorrência de sintomas positivos em pacientes com *panic-psychosis subtype* e uma maior preservação cognitiva e da consciência de morbidade desses pacientes.

Em 2007, Ulas et al (2007) utilizaram apenas a *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)*⁵ e observaram uma maior intensidade dos sintomas positivos entre os pacientes com esquizofrenia com crises de pânico, e, em 2010 (Ulas, Polat, Akdede, & Alptekin, 2010), uma diferença não significativa na intensidade dos sintomas positivos em um grupo semelhante. Higuchi et al (1999), também não tendo encontrado relação entre crises de pânico e os sintomas positivos da PANSS, se utilizaram apenas de uma análise quantitativa. Os autores que chegaram mais próximos de uma análise qualitativa, ainda que utilizando a PANSS, foram Lysaker e Salyers (2007). Tais autores encontraram uma correlação positiva entre alucinações e sintomas de pânico (0.27), de ansiedade social (0.29) e preocupações amedrontadoras (0.25), além de uma maior ocorrência de alucinações no grupo de pacientes com esquizofrenia com ansiedade grave. Contudo, o tipo de alucinação foi especificado, nem a qualidade dos demais sintomas psicóticos, como delírio. Outros autores, ainda que não se utilizando de grupos de comparação e com amostras pequenas, observaram a relação entre alucinações auditivas e crises de pânico (Craig, Hwang & Bromet, 2002; Savitz et al, 2011). A relação entre a intensidade dos delírios e crise de pânico foi observada apenas em um relato de caso por Bermanzohn et al (1999). Nesse caso, o paciente apresentava percepções delirantes, que estão incluídas entre os sintomas Schneiderianos de primeira ordem⁶, e um delírio de que teria seus órgãos sexuais cortados, vivenciando assim uma ameaça à integridade corporal. Bayle et al (2001), apesar de não especificarem os delírios e alucinações observados, identificaram em uma amostra de 40

⁵ Escala utilizada para avaliar a presença de sintomas positivos e negativos em indivíduos com esquizofrenia.

⁶ Composto por sintomas como a percepção delirante; as alucinações auditivas características; o eco do pensamento ou sonorização do pensamento; a difusão do pensamento e roubo do pensamento e as vivências de influência, que podem ser corporais, afetivas ou volitivas.

pacientes a ocorrência de crises de pânico em 19 destes; em sete indivíduos os ataques eram espontâneos e nos outros 12 casos eram desencadeados pelos sintomas positivos, distinguindo assim duas situações clínicas. Neste último estudo, também não se avaliou a qualidade dos sintomas psicóticos.

Em relação ao tratamento, Veras et al (2017) apontam que o uso de clonazepam adjuvante para o transtorno de pânico comórbido tem apresentado bons resultados, e, sugere ainda a psicoterapia como essencial a fim de manter a adesão ao tratamento, especialmente quando o sujeito começa a sentir uma melhora clínica.

3. Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)

Os fenômenos obsessivos compulsivos na esquizofrenia têm recebido uma maior atenção nos últimos anos. Bleuler (1950) relatava que alguns pacientes que sofrem de sintomas obsessivos crônicos eram, de fato, portadores de esquizofrenia. Já Stengel (1945) criou a hipótese de uma possível interação entre as manifestações obsessivas-compulsivas neuróticas e reações psicóticas durante o curso da doença como uma parte dos mecanismos de defesa adaptativos. Estudos mais recentes, no entanto, apontam que pacientes com esquizofrenia associada ao TOC apresentam funcionamento mais pobre, bem como maiores prejuízos neuropsiquiátricos do que pacientes com esquizofrenia sem TOC (Berman, 1995; Fenton, 1986; Hwang, 2006; Hwang, 2000; Samuels, 1993).

Os sintomas obsessivos-compulsivos em pacientes com esquizofrenia podem assumir variadas apresentações clínicas, como temor de contaminação, delírios e alucinações de caráter sexual, religioso, agressivo, ou somático, com ou sem compulsões acompanhadas. As obsessões são geralmente de difícil identificação em pacientes com esquizofrenia, pois muitas vezes se confundem com sintomas psicóticos como os delírios. Pacientes com obsessões reconhecem tais pensamentos como proveniente de sua própria mente e assim conseguem, de certa forma, resistir a tais pensamentos. Porém, na psicose o *insight* está frequentemente comprometido e muitos não conseguem fazer tal distinção, necessitando de um aprofundamento na investigação destes casos.

A ocorrência de TOC em pacientes com esquizofrenia tem se mostrado presente entre 10 a 64% destes indivíduos (Sharma & Reddy, 2019). Os sintomas obsessivos-compulsivos demonstram ser mais frequentes em sujeitos do sexo masculino, de início insidioso, com longa

duração como uma psicose atenuada, mais associados com sintomas negativos intensos, assim como com vivências de depressão e tentativas de suicídio. Sharma e Reddy (2019) apontam que o TOC ou os sintomas obsessivos-compulsivos tendem a se manifestar em sujeitos com alto risco de psicose (UHR) durante o estado psicótico prodrômico, no primeiro episódio de esquizofrenia, durante o curso da esquizofrenia crônica e/ou ainda após o tratamento com antipsicóticos atípicos.

A etiologia do TOC como comorbidade na esquizofrenia ainda não é totalmente compreendida. Assim, diferentes teorias foram propostas a fim de explicar o porquê desta alta porcentagem de comorbidade entre os transtornos. Evidências clínicas e neurobiológicas sugerem que a apresentação simultânea de esquizofrenia e TOC representa uma entidade clínica distinta, caracterizando assim como um subgrupo que muitos pesquisadores chamam de “esquizo-TOC” ou “esquizofrenia obsessiva-compulsiva” (Poyurovsky et al, 2011). O termo “Transtorno Esquizo-Obsessivo” tem sido usado em diversos artigos devido as diferentes características clínicas de pacientes com esquizofrenia e TOC. Alguns estudos sugerem que a presença de TOC na esquizofrenia acarreta em pior prognóstico da doença, sintomas psicóticos mais elevados e a um comprometimento social pior (Kokurcan & Nazli, 2020). Entretanto, devido a complexidade desta ocorrência, é possível encontrar divergências nos resultados obtidos em diversos experimentos. Alguns estudos apontam uma maior gravidade nos sintomas negativos (Kokurcan & Nazli, 2020; Tonna et al, 2015), enquanto outros, descrevem menor ou nenhuma diferença (de Haan et al, 2013; Tibbo et al, 2000), o que nos remete a necessidade de maior aprofundamento e discussão desta relação.

Ainda não é possível afirmar que o diagnóstico de TOC representa um risco pra o desenvolvimento futuro de psicose; todavia, estudos apontam que o TOC pode aumentar as chances disso. Meier et al (2014) sugerem que o diagnóstico prévio de TOC foi associado ao maior risco de desenvolvimento de esquizofrenia e transtornos do espectro da esquizofrenia posteriormente. Demonstram ainda que o risco elevado também é identificado em filhos de pais com TOC.

Pacientes com esquizofrenia e TOC tendem a apresentar início dos sintomas psicóticos mais precocemente, o que está relacionado a sintomas clínicos mais graves e pior prognóstico na esquizofrenia (Kokurcan & Nazli, 2020). Para o tratamento da esquizofrenia com TOC, ou “Transtorno Esquizo-Obsessivo”, deve ser considerado o uso de doses mais elevadas de ISRS, em associação com antipsicóticos que não apresentem a evidência de terem agravado as

obsessões, embora os benefícios da medicação possam aparecer apenas após alguns meses (Veras et al, 2017)

DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O abuso de álcool e outras drogas é uma das coocorrências mais frequentes entre pacientes que apresentam seu primeiro episódio de psicose, com uma prevalência que varia entre 25 e 60% (Mauri et al., 2017). Ou seja, estima-se que quase metade dos pacientes portadores de esquizofrenia apresentem dependência de alguma substância. O *estudo Epidemiologic Catchment Area (ECA)*, observou em uma amostra comunitária prevalência de 47% para transtornos decorrentes do uso de substâncias entre pacientes com esquizofrenia. Entre as substâncias mais comumente causadoras de dependência, em primeiro lugar aparece o álcool, com uma prevalência de 38%, seguido pela cocaína e pela maconha (Regier et al, 1990). Entre pacientes com esquizofrenia em ambientes de tratamento, esta comorbidade é ainda mais significativa, podendo chegar à uma prevalência de 80% (Hwang & Bermanzohn, 2008). Se levarmos em consideração substâncias como a cafeína e o tabaco, a prevalência de abuso de substâncias chega a até 90% (Ziedonis, 1992).

Mauri et al (2017) apontam que pacientes com esquizofrenia em comorbidade com abuso de substâncias tendem a apresentar recidivas mais frequentes, aumento de sintomas positivos e depressão, maior comprometimento cognitivo e resposta pobre ao tratamento. Em sua maioria, os pacientes que apresentam a co-morbidade de dependência de substâncias são comumente homens jovens que iniciaram um abuso antes da abertura da esquizofrenia, que apresentavam um nível melhor de funcionamento antes da doença, mas cuja esquizofrenia começou mais precocemente (Arendt et al, 2005). Tal perfil está relacionado com o papel das drogas, incluindo a maconha em estágios precoces do neurodesenvolvimento, sobre a abertura de quadros psicóticos crônicos. O efeito da *cannabis* é causador de sintomas psicóticos (Large et al, 2011) e a exposição precoce a essa substância pode antecipar o início do acometimento pela esquizofrenia em indivíduos susceptíveis (Large et al, 2011; Westermeyer, 2006). As demais drogas, como o álcool e a cocaína e seus derivados como o *crack*, sendo causadores de sintomatologia psicótica e de dano neurológico, são também potenciais despertadores de esquizofrenia em um aparelho psíquico muitas vezes já fragilizado, o que se reflete pela ocorrência dos sintomas depressivos e ansiosos, que muitas vezes antecedem a abertura dos sintomas positivos e negativos e que favorecem o abuso e dependência de substâncias. Em

resumo, o paciente se insere em um ciclo patológico uma vez que, antes da abertura do quadro esquizofrênico, apresenta sintomas menores que favorecem o abuso de substâncias e o desenvolvimento de uma dependência propicia a abertura da psicose. Em seguida, a abertura da psicose aumenta ainda mais a gravidade de sintomas como a depressão e perpetua as dependências.

Durante o curso da esquizofrenia, o abuso de substâncias psicoativas piora significativamente o prognóstico da doença, estando relacionado com um maior número de recorrências e de internações psiquiátricas, uma maior disfunção sócio-ocupacional e maior risco de suicídio (Westermeyer, 2006). A piora do curso da esquizofrenia se dá por uma ação direta das substâncias sobre os sintomas desta psicose, mas também por uma interação de tais substâncias sobre os fármacos utilizados com um fim terapêutico, como antipsicóticos e antidepressivos. Neste caso, mesmo drogas com um menor potencial de modificação comportamental como a cafeína e o tabaco são relevantes, visto que atuam na farmacocinética dos psicotrópicos a partir de uma menor absorção e maior metabolização, via estimulação do complexo do citocromo P450. Além de tais influências, a adesão à medicação também fica significativamente mais comprometida entre pacientes com a co-morbidade da dependência de álcool e outras drogas, uma vez que a consciência de morbidade fica ainda mais prejudicada e que se ampliam os efeitos colaterais de longo prazo dos antipsicóticos, como a discinesia tardia.

Para os pacientes com esquizofrenia e dependência de substância, deve-se abandonar o raciocínio clínico hierárquico, que tende a ver a dependência como uma consequência da desorganização ou ineficácia do tratamento para esquizofrenia. A estratégia de tratamento deve incluir ambas as condições, inserindo o paciente, ainda que portador de um transtorno mental maior, em estratégias intensivas de intervenção sobre dependências. No formato brasileiro de assistência, o paciente deverá se utilizar dos recursos gerenciados pelos Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPS-ad), assim como de grupos de apoio mútuo e acompanhamento médico integrado, pela maior chance de apresentar doenças físicas.

CONCLUSÃO

Considerar as comorbidades psiquiátricas na esquizofrenia demanda do clínico um aprofundamento na investigação psicopatológica, que não deve se restringir ao reconhecimento de sintomas positivos e negativos. A importância de tal investigação se dá pelo papel habitualmente agravador das destas na intensidade e evolução clínicas. Tal papel pode

influenciar decisivamente na estabilização da doença. Mais claramente o abuso de substâncias, mas também as comorbidades depressivas e ansiosas, comumente atuam como forças propulsoras, empurrando o paciente suscetível para um acometido pela esquizofrenia e, posteriormente, para uma evolução com persistência de sintomas positivos e negativos e progressivo declínio sócio-ocupacional.

Desta forma, parece fundamental inserir no tratamento uma estratégia também para as comorbidades identificadas, a fim de interromper grande parte dos agentes patológicos da esquizofrenia e assim impedir a evolução de uma condição que não se apresenta como um simples estado estático (existente ou inexistente), mas como uma condição crônica, progressiva e degenerativa.

REFERÊNCIAS

Achim, A. M., Maziade, M., Raymond, É., Olivier, D., Mérette, C., & Roy, M. A. (2011). How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia bulletin*, 37(4), 811-821.

Arendt, M., Rosenberg, R., Foldager, L., Perto, G., & Munk-Jørgensen, P. (2005). Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases. *The British journal of psychiatry*, 187(6), 510-515.

Bayle, F. J., Krebs, M. O., Epelbaum, C., Levy, D., & Hardy, P. (2001). Clinical features of panic attacks in schizophrenia. *European psychiatry*, 16(6), 349-353.

Berman, I., Kalinowski, A., Berman, S. M., Lengua, J., & Green, A. I. (1995). Obsessive and compulsive symptoms in chronic schizophrenia. *Comprehensive psychiatry*, 36(1), 6-10.

Bermanzohn, P. C., Arlow, P. B., Albert, C., & Siris, S. G. (1999). Relationship of panic attacks to paranoia. *American Journal of Psychiatry*, 156(9), 1469-1469.

Bleuler, E. (1950). Dementia praecox or the group of schizophrenias.

- Braga, R. J., Reynolds, G. P., & Siris, S. G. (2013). Anxiety comorbidity in schizophrenia. *Psychiatry research*, 210(1), 1-7.
- Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., & Castle, D. J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 35(2), 383-402.
- Craig, T., Hwang, M. Y., & Bromet, E. J. (2002). Obsessive-compulsive and panic symptoms in patients with first-admission psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 159(4), 592-598.
- de Haan, L., Sterk, B., Wouters, L., & Linszen, D. H. (2013). The 5-year course of obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in first-episode schizophrenia and related disorders. *Schizophrenia bulletin*, 39(1), 151-160.
- Dernovšek, M. Z., & Šprah, L. (2009). Comorbid anxiety in patients with psychosis. *Psychiatria Danubina*, 21(1), 43-50.
- Fenton, W. S., & McGlashan, T. H. (1986). The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *The American journal of psychiatry*.
- Freeman, D., & Fowler, D. (2009). Routes to psychotic symptoms: trauma, anxiety and psychosis-like experiences. *Psychiatry research*, 169(2), 107-112.
- Glynn, S. M., Randolph, E. T., Eth, S., Paz, G. G., Leong, G. B., Shaner, A. L., & Strachan, A. (1990). Patient psychopathology and expressed emotion in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 157(6), 877-880.
- Goodwin, R. D., Amador, X. F., Malaspina, D., Yale, S. A., Goetz, R. R., & Gorman, J. M. (2003). Anxiety and substance use comorbidity among inpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 61(1), 89-95.
- Heun, R., & Maier, W. (1995). Relation of schizophrenia and panic disorder: evidence from a controlled family study. *American journal of medical genetics*, 60(2), 127-132.

- Higuchi, H., Kamata, M., Yoshimoto, M., Shimisu, T., & Hishikawa, Y. (1999). Panic attacks in patients with chronic schizophrenia: A complication of long-term neuroleptic treatment. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 53(1), 91-94.
- Hofmann, S. G. (1999). Relationship between panic and schizophrenia. *Depression and anxiety*, 9(3), 101-106.
- Hwang, M. Y., & Bermanzohn, P. C. (Eds.). (2008). *Schizophrenia and comorbid conditions: diagnosis and treatment*. American Psychiatric Pub.
- Hwang, M. Y., & Opler, L. A. (2000). Management of schizophrenia with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Annals*, 30(1), 23-28.
- Hwang, M. Y., Yum, S. Y., Losonczy, M. F., Mitchell, G., & Kwon, J. S. (2006). Schizophrenia with obsessive compulsive features. *Psychiatry (Edgmont)*, 3(9), 34.
- Kahn, J. P. (2013). *Angst: Origins of anxiety and depression*. Oxford University Press.
- Kahn, J. P., & Meyers, J. R. (2000). Treatment of comorbid panic disorder and schizophrenia: evidence for a panic psychosis. *Psychiatric Annals*, 30(1), 29-33.
- Kahn, J. P., Puertollano, M. A., Schane, M. D., & Klein, D. F. (1988). Adjunctive alprazolam for schizophrenia with panic anxiety: clinical observation and pathogenetic implications. *Am J Psychiatry*, 145(6), 742-744.
- Kokurcan, A., & Nazlı, Ş. B. (2020). Clinical correlates of obsessive-compulsive disorder comorbidity in patients with schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(1), 51.
- Koreen, A. R., Siris, S. G., Chakos, M., Alvir, J., Mayerhoff, D., & Lieberman, J. (1993). Depression in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1643-1643.

Large, M., Sharma, S., Compton, M. T., Slade, T., & Nielssen, O. (2011). Cannabis use and earlier onset of psychosis: a systematic meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 68(6), 555-561.

Lysaker, P. H., Salvatore, G., Grant, M. L., Procacci, M., Olesek, K. L., Buck, K. D., ... & Dimaggio, G. (2010). Deficits in theory of mind and social anxiety as independent paths to paranoid features in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 124(1-3), 81-85.

Lysaker, P. H., & Salyers, M. P. (2007). Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(4), 290-298.

Lysaker, P. H., Yanos, P., Outcalt, J., & Roe, D. (2010). Association of stigma, self-esteem, and symptoms with concurrent and prospective assessment of social anxiety in schizophrenia. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 4(1), 41-48.

Martin, J. A., & Penn, D. L. (2001). Social cognition and subclinical paranoid ideation. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(3), 261-265.

Mauri, M. C., Di Pace, C., Reggiori, A., Paletta, S., & Colasanti, A. (2017). Primary psychosis with comorbid drug abuse and drug-induced psychosis: diagnostic and clinical evolution at follow up. *Asian Journal of Psychiatry*, 29, 117-122.

Meier, S. M., Petersen, L., Pedersen, M. G., Arendt, M. C., Nielsen, P. R., Mattheisen, M., ... & Mortensen, P. B. (2014). Obsessive-compulsive disorder as a risk factor for schizophrenia: a nationwide study. *JAMA psychiatry*, 71(11), 1215-1221.

Michail, M., & Birchwood, M. (2009). Social anxiety disorder in first-episode psychosis: incidence, phenomenology and relationship with paranoia. *The British Journal of Psychiatry*, 195(3), 234-241.

Organização Mundial da Saúde. (1992). Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Poyurovsky, M., Hramenkov, S., Isakov, V., Rauchverger, B., Modai, I., Schneidman, M., ... & Weizman, A. (2001). Obsessive–compulsive disorder in hospitalized patients with chronic schizophrenia. *Psychiatry research*, 102(1), 49-57.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Jama*, 264(19), 2511-2518.
- Samuels, J., Nestadt, G., Wolyniec, P., Adler, L., Liang, K. Y., & Pulver, A. (1993). Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 9(2-3), 139.
- Savitz, A. J., Kahn, T. A., McGovern, K. E., & Kahn, J. P. (2011). Carbon dioxide induction of panic anxiety in schizophrenia with auditory hallucinations. *Psychiatry research*, 189(1), 38-42.
- Sharma, L. P., & Reddy, Y. J. (2019). Obsessive–compulsive disorder comorbid with schizophrenia and bipolar disorder. *Indian journal of psychiatry*, 61(Suppl 1), S140.
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 100-113.
- Stengel, E. (1945). A study on some clinical aspects of the relationship between obsessional neurosis and psychotic reaction types. *Journal of Mental Science*, 91(383), 166-187.
- Temmingh, H., & Stein, D. J. (2015). Anxiety in patients with schizophrenia: epidemiology and management. *CNS drugs*, 29(10), 819-832.
- Tibbo, P., Kroetsch, M., Chue, P., & Warneke, L. (2000). Obsessive–compulsive disorder in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 34(2), 139-146.

Tonna, M., Ottoni, R., Affaticati, A., Ferrari, L., Monici, A., Ossola, P., ... & Marchesi, C. (2015). The impact of obsessive dimension on symptoms and functioning in schizophrenia. *Psychiatry research*, 230(2), 581-584.

Ulas, H., Alptekin, K., Akdede, B. B., Tumuklu, M., Akvardar, Y., Kitis, A., & Polat, S. (2007). Panic symptoms in schizophrenia: comorbidity and clinical correlates. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 61(6), 678-680.

Ulaş, H., Polat, S., Akdede, B. B., & Alptekin, K. (2010). Impact of panic attacks on quality of life among patients with schizophrenia. *Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry*, 34(7), 1300-1305.

Upthegrove R, Marwaha S, Birchwood M. Depression and Schizophrenia: Cause, Consequence, or Trans-diagnostic Issue? *Schizophrenia Bulletin* vol. 43 no. 2 pp. 240–244, 2017

Veras, A. B., Cougo, S., Meira, F., Peixoto, C., Barros, J. A., Nardi, A. E., ... & Kahn, J. P. (2017). Schizophrenia dissection by five anxiety and depressive subtype comorbidities: Clinical implications and evolutionary perspective. *Psychiatry Research*, 257, 172-178.

Veras, A. B., do-Nascimento, J. S., Rodrigues, R. L., Guimarães, A. C. A., & Nardi, A. E. (2011). Psychotic symptoms in social anxiety disorder patients: report of three cases. *International archives of medicine*, 4(1), 1-5.

Westermeyer, J. (2006). Comorbid schizophrenia and substance abuse: a review of epidemiology and course. *American Journal on Addictions*, 15(5), 345-355.

Ziedonis, D. M. (1992). Comorbid psychopathology and cocaine addiction.

TRANSTORNO PERSECUTÓRIO DELIRANTE ⁷

Os transtornos delirantes são caracterizados por crenças fixas baseadas em interpretações bizarras da realidade (apesar das evidências em contrário), não relacionadas às experiências da vida diária e não específicas a um determinado grupo cultural. Existem cinco subtipos principais: erotomaniaco (um indivíduo acredita delirantemente que outra pessoa está apaixonada por ele), grandioso (crença delirante de ter um talento excepcional, ideias ou descobertas importantes), ciumento (crença delirante de que seu outro significativo é infiel), persecutório (crença delirante de que ele ou ela está sendo conspirado, enganado, espionado, seguido, envenenado ou drogado, caluniado, assediado ou obstruído na busca de objetivos de longo prazo) e somático (o delírio envolve funções ou sensações corporais), junto com tipo misto e tipo não especificado. Neste capítulo, iremos nos concentrar no transtorno delirante persecutório (TDP), às vezes conhecido como transtorno delirante paranóide.

O termo TDP foi formalizado pela primeira vez no DSM-III-R, após uma extensa discussão sobre paranóia e seu uso mal definido na fala comum. Atualmente, TDP e paranóia são sinônimos e ainda derivam da ideia de 1915 de Emil Kraepelin de transtorno paranóide. O transtorno delirante persecutório é frequentemente diagnosticado como esquizofrenia devido a alguns sintomas comuns aos dois transtornos (Marneros, Pillmann & Wustmann, 2012). Essa confusão se assemelha à noção histórica de que talvez o TDP seja apenas uma forma branda de esquizofrenia paranóide. Na verdade, essa visão foi incluída no DSM-II (Kendler, 1980). Desde então, pesquisas rigorosas mostraram que TDP e esquizofrenia divergem em traços de personalidade pré-mórbida, estado civil, índice de hospitalização (Hui et al., 2015) e o fato de que os sintomas negativos e cognitivos são pronunciados apenas na esquizofrenia (Marneros, Pillmann & Wustmann, 2012). Um exemplo do que parece ser uma confusão contínua, no entanto, apóia um nível mais alto de sintomas cognitivos na esquizofrenia do que no TDP. Um estudo de análise fatorial comparou sujeitos com esquizofrenia com e sem ansiedade social comórbida, mas o último grupo pode ter sido inadvertidamente diagnosticado com TDP. Se assim for, seus dados oferecem suporte útil para as distinções clinicamente aceitas entre esquizofrenia e TDP (Sutliff, Roy & Achim, 2015). A característica essencial do TDP é a persistência de um ou mais delírios por um mês ou mais sem preencher qualquer sintoma de

⁷ Capítulo publicado no livro:

Veras, A. B., & Kahn, J. P. (2021). *Psychotic Disorders – Comorbidity Detection Promotes Improved Diagnosis and treatment*. Elsevier. 1 edition.

critérios A da esquizofrenia. Se houver alucinações, elas não estão relacionadas a temas delirantes e são de curta duração. Além das consequências adversas dos delírios, outros comportamentos e habilidades psicossociais não são afetados. Isso contrasta com o declínio funcional da esquizofrenia. Por último, os sintomas não devem ser consequência do uso de substâncias ou outras condições mentais ou médicas.

Certos especificadores de duração e recorrência só se aplicam após um ano de doença, subdivididos em aguda (um período em que os critérios dos sintomas são atendidos), remissão parcial (uma melhora após um episódio anterior é mantida e os critérios completos não são mais atendidos) e remissão completa (não apresenta sintomas específicos do distúrbio). Esses conceitos caracterizam tanto o primeiro quanto o episódio múltiplo, mas o cumprimento contínuo dos critérios para a maior parte do curso da doença também é possível.

Tabela 1

Critérios de diagnóstico: Transtorno Delirante

Critérios Diagnósticos	DSM-5 297.1 (CID10 F22)
A. A presença de um delírio (ou mais) com duração de um mês ou mais.	
B. O Critério A para esquizofrenia jamais foi atendido.	
Nota: Alucinações, quando presentes, não são proeminentes e têm relação com o tema do delírio (e.g., a sensação de estar infestado de insetos associada a delírios de infestação).	
C. Exceto pelo impacto do(s) delírio(s) ou de seus desdobramentos, o funcionamento não está acentuadamente prejudicado, e o comportamento não é claramente bizarro ou esquisito.	
D. Se episódios maníacos ou depressivos ocorreram, eles foram breves em comparação com a duração dos períodos delirantes.	
E. A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica, não sendo mais bem explicada por outro transtorno mental, como transtorno dismórfico corporal ou transtorno obsessivo-compulsivo.	
Tipo persecutório: Esse subtipo aplica-se quando o tema central do delírio envolve a crença de que o próprio indivíduo está sendo vítima de conspiração, enganado, espionado, perseguido, envenenado ou drogado, difamado maliciosamente, assediado ou obstruído na busca de objetivos de longo prazo.	

Nota. Fonte: Transtorno Delirante (pg90 e 91—código 297.1 (F22). *American Psychiatric Association*. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora.

Pensando epidemiologicamente, é difícil saber a verdadeira prevalência de TDP na população, devido aos critérios de exclusão, da evitação do paciente do tratamento e a confusão comum com esquizofrenia. Sintomas semelhantes ao TDP são comuns em outros transtornos do espectro da esquizofrenia, mas esses sintomas são diferentes de um diagnóstico claro de

TDP “puro”. No entanto, o Manual de Diagnóstico e Estatística 5° ed. (DSM-5) declara que a prevalência está em torno de 0,02%, enquanto a proporção mulher / homem varia entre os estudos entre 1:18 e 3:1. A idade média de início é de 40 anos e representa 1% a 4% de todas as internações psiquiátricas. É importante ressaltar que é difícil para as pessoas com TDP buscarem tratamento, pois permanecem substancialmente funcionais e não conseguem reconhecer os efeitos negativos de seus medos nos relacionamentos e na empregabilidade. Basicamente, eles não podem duvidar de suas próprias crenças fixas e rejeitam fortemente qualquer opinião oposta. Como resultado, comumente desenvolvem isolamento social, depressão e até mesmo uma exacerbação de ansiedade social prodrômica.

TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL

O transtorno de ansiedade social (TAS), também conhecido como “fobia social”, é um tipo específico de ansiedade. O TAS é caracterizado por grande preocupação com a opinião dos outros devido ao medo de ser envergonhado, diminuído, prejudicado por alguém ou humilhado. Pessoas com TAS geralmente têm medo de ficar constrangidas em situações sociais; portanto, tendem a evitar locais ou circunstâncias em que possam ocorrer episódios de ansiedade dolorosos. Por exemplo, podem ser pessoas muito tímidas que evitam conhecer estranhos, falar em público e situações em que podem se sentir avaliados por outras pessoas. Como resultado, a maioria das pessoas com TAS reduz seu investimento nas relações sociais, o que pode representar uma dificuldade para o diagnóstico entre TAS e o transtorno do espectro da esquizofrenia (Veras et al., 2015). Não é de surpreender que pessoas com TAS tenham redes sociais menores do que outras.

Por exemplo, Hur et al. (2020) demonstraram que indivíduos com níveis mais elevados de ansiedade social passam significativamente menos tempo com companheiros próximos, e que isso resulta de redes sociais menores. Por causa disso, sujeitos socialmente ansiosos passam significativamente menos tempo com os outros e obtêm menos benefícios emocionais (Hur et al., 2020).

De acordo com o DSM-5, a característica essencial do TAS é um grande medo ou ansiedade sobre situações sociais “nas quais o indivíduo é exposto a possível escrutínio por outros” (DSM-5, 2013 pg. 202).

Tabela 2

Critérios de diagnóstico: Transtorno de Ansiedade Social

Critérios Diagnósticos	DSM-5 300.23 (CID 10 F40.10)
A.	Medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. Exemplos incluem interações sociais (e.g., manter uma conversa, encontrar pessoas que não são familiares), ser observado (e.g., comendo ou bebendo) e situações de desempenho diante de outros (e.g., proferir palestras). Nota: Em crianças, a ansiedade deve ocorrer em contextos que envolvem seus pares, e não apenas em interações com adultos.
B.	O indivíduo teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente (i.e., será humilhante ou constrangedor; provocará a rejeição ou ofenderá a outros).
C.	As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade. Nota: Em crianças, o medo ou ansiedade pode ser expresso chorando, com ataques de raiva, imobilidade, comportamento de agarrar-se, encolhendo-se ou fracassando em falar em situações sociais.
D.	As situações sociais são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade.
E.	O medo ou ansiedade é desproporcional à ameaça real apresentada pela situação social e o contexto sociocultural.
F.	O medo, ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente durando mais de seis meses.
G.	O medo, ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
H.	O medo, ansiedade ou esquiva não é consequência dos efeitos fisiológicos de uma substância (e.g., droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica.
I.	O medo, ansiedade ou esquiva não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental, como transtorno de pânico, transtorno dismórfico corporal ou transtorno do espectro autista.
J.	Se outra condição médica (e.g., doença de Parkinson, obesidade, desfiguração por queimaduras ou ferimentos) está presente, o medo, ansiedade ou esquiva é claramente não relacionado ou é excessivo.

Especificar se:

Somente desempenho: Se o medo está restrito à fala ou ao desempenhar em público.

Nota. Fonte: Transtorno Delirante (pg 202 e 203—código 297.(F40.10). American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.

Os exemplos incluem ter uma conversa, conhecer novas pessoas, a sensação de ser observado enquanto se alimenta ou ingere algo e, agir na frente de outras pessoas. O constrangimento normalmente está relacionado ao medo de ser visto como inferior. Pode se manifestar em locais específicos e variados, incluindo trabalho, escola, festas e onde quer que seja necessária uma apresentação pública. Com um medo ou ansiedade intenso de situações sociais, onde o indivíduo pode ser avaliado negativamente por outros, pode ter medo de ser julgado como louco, estúpido, chato ou incapaz, entre outros. O medo de uma avaliação

embaraçosamente negativa pode incluir o medo de que a própria ansiedade seja percebida por outras pessoas, sem mencionar os sintomas de ansiedade visíveis, como rubor, suor, troca de palavras e olhar fixo. Dependendo dos sintomas, as pessoas podem evitar situações que podem evocar esses sintomas. Um indivíduo com mãos trêmulas quando ansioso pode evitar beber, escrever ou comer em público (DSM-5, 2013)

FENOMENOLOGIA

Mesmo quando grave, o TAS não afeta inicialmente a funcionalidade geral do sujeito. Ocorre principalmente com certas tarefas, situações e circunstâncias. Na maioria das vezes, o indivíduo socialmente ansioso pode perceber que seus medos e preocupações são excessivos e irracionais, mas quando exposto a situações que geram grande ansiedade, pode ter uma percepção consciente de que está sendo julgado por aqueles ao seu redor (Veras et al., 2015; Hur et al., 2020; Nardi, Quevedo & da Silva, 2014). Esse pensamento persiste mesmo que eles decidam que são realmente vistos de maneira bastante positiva.

Assim, não é surpreendente que sentimentos *quasi* paranóicos possam resultar dos medos do TAS. Como os pacientes com TAS costumam ter ideias autorreferenciais, eles compartilham certos processos cognitivos com pacientes paranóicos (TDP). Taylor e Stopa (2013) sugerem semelhanças em pensamentos, comportamentos, crenças centrais e suposições em sujeitos com TAS e crenças persecutórias. Além disso, alguns pacientes com TAS podem se tornar realmente paranóicos quando perdem sua capacidade consciente de moderar seus medos sociais e, assim, progredir para um transtorno psicótico (Veras et al., 2015).

De uma perspectiva evolutiva, o TAS está associado a uma percepção fixa de inferioridade (ou status inferior) aos olhos dos outros. Como consequência, alguns temem ser perseguidos ou humilhados por indivíduos mais “poderosos” ou confiantes (Kahn, 2010). No passado antigo, a hierarquia social mantinha todos “na linha”. A posição na comunidade assegurava que os deveres e obrigações fossem cumpridos com algum grau de harmonia social. Outras espécies também têm hierarquias sociais, desde as mais fracas às mais fortes, de inexperientes a experientes e biologicamente tímidas a biologicamente confiantes. Essa classificação ajuda outras espécies a reduzir o conflito e, assim, se adaptar melhor como um grupo. Grupos mais bem-sucedidos ajudam a manter vivo o DNA da espécie (Kahn, 2010).

Por outro lado, nós, humanos, hoje estamos mais conscientes de nossas preferências, escolhas e aspirações de posição social. Então, aqueles com TAS na sociedade moderna podem

acabar com problemas de ansiedade. Quando o conflito entre as aspirações racionais e o instinto biológico é resolvido em favor das aspirações, aqueles com TAS podem sentir mais ansiedade do que esperam, desejam ou podem suportar. Isso pode levar a um sofrimento contínuo ou eventual limitação de suas aspirações (Kahn, 2010).

Com as tecnologias atuais, nós, humanos, podemos tentar superar a ansiedade social e a solidão aumentando o número de amigos vinculados, comentários ou curtidas nas redes sociais, como uma representação de aceitação social e, portanto, de posição social. Isso é além de mais antigos substitutos para a classificação, como a marca do seu meio de transporte, suas roupas e joias, onde você mora e sua ocupação, todos os quais podem ser responsáveis por exibir (ou “determinar”) o seu status social. Esta é uma bênção mista para os humanos com TAS: garantia consciente de uma posição social elevada por um lado, mas aumento do risco de ansiedade social e medo de constrangimento, por outro. Ironicamente, alguns terão contato social diminuído como resultado. Indivíduos com TAS podem se preocupar com eventos que podem dar errado, especialmente com o fato de serem vistos como um impostor da hierarquia social. Um caminho emocionalmente mais fácil é “passar despercebido” (Kahn, 2010). Um estudo mostrou que as pessoas que ficam mais facilmente e obviamente envergonhadas são consideradas mais agradáveis e confiáveis por outras, o que pode refletir um comportamento submisso e deferente - e uma autopercepção de classificação social inferior (Feinberg, Willer & Keltner, 2012).

DEMOGRAFIA E EPIDEMIOLOGIA

O transtorno de ansiedade social é um transtorno mental comum nos Estados Unidos da América (EUA), com estudos indicando uma prevalência de 6,8% em 12 meses (Stein & Stein, 2008). Em países asiáticos, como Japão e Coreia, a prevalência observada de TAS tende a ser menor (0,2% a 0,6% na Coreia, 0,8% no Japão). Ainda de outra perspectiva, 1% ou mais japoneses podem sofrer de *tajin kyofusho* (que se aproxima do TAS) ou *hikikomori* (retraimento social grave que pode incluir TAS). Enquanto isso, a Rússia apresenta um dos níveis mais elevados (32,6%) (Nardi, Quevedo & da Silva, 2014).

A ansiedade social é considerada um transtorno de início precoce com um curso tipicamente crônico (Wittchen, Stein & Kessler, 1999). Alguns estudos sugerem que a idade de início mais frequente é entre 12 e 17 anos. Além dos hereditários (Chavira & Stein, 2005), outros fatores, como classe social mais baixa, situação financeira mais precária, nível de

escolaridade limitado, desemprego e status civil, representam fatores de risco significativos para o desenvolvimento de TAS. Além disso, o TAS parece ser mais prevalente em mulheres do que em homens; é importante destacar que as mulheres tendem a se apresentar com mais frequência aos serviços de saúde do que os homens, o que pode influenciar esses resultados (Fehm et al., 2005).

A cronicidade é apoiada por estudos referentes ao TAS que relatam uma duração média da doença de mais de 10 anos (Wancata, Fridl & Friedrich, 2009). A comorbidade com outros transtornos mentais é comum, podendo variar de 69% a 92%, de modo que a presença de TAS isoladamente seria um tanto incomum (Fehm et al., 2005). Um estudo populacional multinacional sugeriu que aproximadamente 50% dos indivíduos com TAS também têm outros diagnósticos psiquiátricos. Entre eles, as principais associações foram agorafobia (21,6%), transtorno de ansiedade generalizada (13,5%), transtorno do pânico (11,6%) e depressão (10,2%) (Alonso et al., 2004). Além disso, o TAS é o segundo transtorno de ansiedade mais comum (9,7%) em pessoas com transtorno bipolar (Pavlov et al., 2017).

É importante ressaltar que o TAS comumente aparece como uma comorbidade em pacientes com esquizofrenia. Em um estudo envolvendo 207 pacientes com esquizofrenia, trinta deles (14,5%) preencheram os critérios para TAS. A comorbidade TAS está significativamente correlacionada com a duração da psicose não tratada, intensidade dos sintomas psiquiátricos, pior funcionamento social e menor qualidade de vida (Aikawa et al., 2018). Portanto, quando comórbido com outros transtornos, o TAS prediz pior prognóstico, aumento da cronicidade e gravidade e, em casos de depressão, pode aumentar o risco de suicídio. O TAS tem um grande impacto social, educacional e ocupacional negativo sobre o indivíduo. Está associada a uma maior prevalência de abandono escolar e maior risco de desemprego. Isso pode resultar em impacto significativo na comunidade, uma vez que esses pacientes muitas vezes se tornam dependentes de outros (Nardi, Quevedo & da Silva, 2014).

TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL E COMORBIDADE COM ESQUIZOFRENIA

Além do diagnóstico errôneo frequente de TDP como esquizofrenia, o TAS é uma das cinco comorbidades mais comuns na esquizofrenia. Uma análise mais aprofundada é essencial para compreender as interações e a coocorrência desses dois transtornos. Estudos mostram que os sintomas de TAS são muito comuns em pacientes com esquizofrenia, e que 17% dos

indivíduos com esquizofrenia são diagnosticados com TAS (Cassano et al., 1999; Cosoff et al., 1998; Dernovšek et al., 2009). Indivíduos psicóticos manifestam sinais e sintomas de TAS muito parecidos com os indivíduos que só têm TAS sem comorbidade. Uma vez que os sintomas psicóticos são geralmente considerados mais significativos e clinicamente relevantes, os sintomas de ansiedade geralmente recebem pouca atenção clínica (Dernovšek et al., 2009; Braga et al., 2004). O TAS na esquizofrenia está associado a alto risco de tentativa de suicídio, baixa qualidade de vida, funcionamento social prejudicado e baixa autoestima, e é um dos principais determinantes da esquizofrenia precoce (Lysaker et al., 2010a; Lysaker et al., 2010b). Além disso, a comorbidade de TAS com esquizofrenia pode intensificar a estigmatização social de indivíduos psicóticos como pessoas inúteis ou perigosas. Esse tipo de experiência pode levar a evitar situações sociais e a humilhação angustiante (Lysaker et al., 2010a; Lysaker et al., 2010b). Pessoas com esquizofrenia apresentam afeto nos relacionamentos diminuído, assim como aqueles com TAS apresentam comportamento assertivo rebaixado. Lysaker et al. (2010a) argumenta que a falha em reconhecer as emoções dos outros torna as relações sociais mais difíceis, de modo que interagir com os outros é uma fonte de frustração, ao invés de um relacionamento mais satisfatório.

Vários estudos indicam que certos fatores ambientais podem estar relacionados ao desenvolvimento de ansiedade na esquizofrenia. A expressão exacerbada de emoções devido a relacionamentos estressantes e conflitantes entre pacientes e seus parentes resulta em manifestações mais pronunciadas de ansiedade e psicose em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia (Braga, Reynolds & Siris, 2013), além de causar um aumento significativo de positividade e sintomas psicóticos (Glynn et al., 1990; Docherty et al., 2011).

Não surpreendentemente, o TAS pré-mórbido influencia o início da esquizofrenia e o prognóstico (Braga et al., 2013; Johnstone et al., 2005). O TAS também ajuda a determinar a apresentação clínica, como maior ansiedade e desconfiança, maior preocupação com a leitura da mente e outras ideias de referência (Hui et al., 2015; Veras et al., 2017). Com menor autoestima, o aumento das preocupações paranóicas autorreferenciais geralmente se concentra em figuras de autoridade da sociedade. Delírios paranóicos na esquizofrenia estão tipicamente relacionados à suspeita temerosa de observação malévola por autoridades poderosas como a CIA, FBI, figuras religiosas e alienígenas (Kahn, 2010).

CARACTERÍSTICAS *QUASI-PSICÓTICAS* LEVES NO TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL

Indivíduos com TAS não psicótico ainda podem ter sintomas sugestivamente autorreferenciais ou ideias de referência. Isso pode ocorrer quando os medos sociais do TAS sobrecarregam a capacidade de sua mente de processar conscientemente essas preocupações. Quanto maior a capacidade de um indivíduo de reconhecer que suas preocupações são exageros internos, mais essas ideias são reconhecidas como preocupações ou ansiedade. Por outro lado, quanto mais baixa sua autoconsciência, maior a chance de suas preocupações parecerem reais e imediatas, assemelhando-se a experiências autorreferenciais delirantes. Esses sentimentos de autorreferência podem ser acompanhados por mais ou menos insight, variando em uma ampla gama de desaprovação percebida.

Veras et al. (2011) discutiram três possíveis explicações para as manifestações psicóticas em pacientes com TAS. Conforme observado anteriormente, o primeiro está relacionado à capacidade limitada de avaliar pensamentos e sentimentos ansiosos internos. A segunda possibilidade é que alguns estressores e fatores intensificadores podem tornar os indivíduos mais propensos a apresentar sintomas psicóticos (como no TDP). Terceiro e último, alguns pacientes podem ter TAS causado por uma anormalidade de transtorno de pensamento primário, levando a uma preocupação intensa com as opiniões dos outros, com a consequente autorreferência psicótica em vez de ansiedade exagerada.

A dificuldade em distinguir TAS de paranóia primária em alguns casos está relacionada à fraqueza dos construtos diagnósticos e dos modelos psicopatológicos atuais, especialmente quando os sintomas co-ocorrem. Em uma amostra de 161 pacientes, os pacientes com TAS tinham mais transtornos de personalidade do grupo A, especialmente personalidade paranóica (O'Toole et al, 2014). Amostras não clínicas demonstraram que maior ideação paranóide está associada a maiores níveis de ansiedade social, evitação, apreensão, auto-observação e baixa auto-estima (Martin & Penn, 2001).

Armando et al. (2013) relataram que a prevalência de experiências semelhantes às psicóticas em indivíduos com TAS é de fato cinco vezes maior do que os controles. O mesmo estudo relatou que os pacientes com TAS também apresentavam níveis mais elevados de depressão, intolerância à incerteza e sintomas negativos. Indivíduos com TAS e experiências semelhantes a psicóticos costumam ter pensamentos pessimistas e baixa auto-estima. Quando combinado com afetividade desregulada, isso desempenha um papel importante nos delírios

paranóides e nos sintomas psicóticos (Smeets et al., 2012; Thewissen et al., 2007; Wigman, et al., 2011). Esses dados estão de acordo com achados anteriores, que mostram que a intolerância à incerteza e as preocupações relacionadas estão ligadas a experiências psicóticas e que a ansiedade social aumenta as respostas emocionais a sentimentos psicóticos (Morrison & Wells, 2007; White & Gumley, 2010).

TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL E TRANSTORNO DELIRANTE PERSECUTÓRIO: CRONOLOGIA E COMORBIDADE

Mesmo que o TAS sozinho possa estar associado ao aumento de *quasi*-paranóia, os pacientes tendem a reter tanto a função social quanto a consciência dos pensamentos e emoções presentes na mente de outras pessoas (Teoria da Mente) (Kahn, 2010). Os delírios paranóicos com cognição preservada se parecem muito com os critérios do DSM-5 para TDP “puro”. De fato, alguns pacientes com TAS diagnosticado clinicamente, desenvolvem TDP futuramente (Veras et al., 2015).

A idade média em que os primeiros sintomas de TAS tendem a aparecer é aproximadamente aos 13 anos, e a maioria tem início entre 12 e 17 anos. Normalmente, o início do TAS é precedido por inibição social ou timidez na infância (DSM-5, 2013). O transtorno pode ser influenciado por situações humilhantes ou estressantes, como *bullying* ou constrangimento na frente de outras pessoas. Além disso, uma vez que os agressores tendem a perseguir aqueles que parecem fracos ou tímidos, aqueles com TAS são mais propensos a experimentar esse tipo de trauma interpessoal. Mesmo uma sugestão realista de risco de ataque alimenta o medo interpessoal, causando aumento da ansiedade e paranóia autorreferencial (Lopes, 2013).

O início na idade adulta é relativamente raro e mais provável de ocorrer após um evento altamente estressante ou uma grande humilhação. Outros fatores de risco para o desenvolvimento de TAS incluem inibição do temperamento comportamental, medo de avaliação negativa, maus-tratos e adversidades na infância e características genéticas e fisiológicas. TAS e transtornos psicóticos compartilham alguns fatores de risco comuns. Mesmo com o tratamento, o TAS tende a persistir com o tempo, embora a gravidade dos sintomas possa aumentar e diminuir, com alguns períodos de exacerbação significativa.

Observando o curso de longo prazo de pacientes diagnosticados com TAS, alguns deles posteriormente desenvolvem TDP diagnosticado (Veras et al., 2015). De uma perspectiva

evolutiva, sugere-se que, quando a modulação consciente dos instintos de classificação social associados ao TAS é reduzida pela hipofrontalidade do córtex frontal, a reatividade exagerada da amígdala desses pacientes pode se apresentar como os delírios reais do TDP. Esse processo pode ser ainda mais intensificado pelas circunstâncias (Veras et al., 2015). Também é possível que a modulação consciente reduzida da hipofrontalidade e as circunstâncias adversas possam ser ainda mais exacerbadas se a ansiedade resultante se retroalimentar para “quebrar” a autoconsciência e levar à psicose (Veras, Nardi & Kahn, 2013). No mesmo relatório, os pesquisadores notaram que alguns pacientes podem desenvolver sintomas negativos contínuos moderados, como retração social residual, apatia e modulação afetiva fraca. O TAS, sob certas condições, pode progredir para TDP. Embora mais pesquisas sejam necessárias, o TDP parece ser uma forma psicótica de TAS (Veras et al., 2015).

ESTUDO DE CASO PARTE I (CASO FICIONAL)

Jonathan, um homem de 37 anos, filho único; residente em Ohio e programador de videogame *online*, busca cuidados psiquiátricos aos 40 por causa da preocupação de sua mãe de que ele sai de casa apenas para comprar alimentos e suprimentos essenciais, embora Jonathan não acredite que “isso é um problema”.

Os pais de Jonathan se separaram quando ele tinha 7 anos. Seu pai era um homem severo que costumava brigar e discutir com a mãe de Jonathan. Seu pai sempre o chamava de inútil e afirmava que ninguém gostava dele. Uma criança tímida e quieta, sofrendo *bullying* na escola. Os meninos mais velhos o chamavam de nomes homofóbicos e muitas vezes zombavam dele ou o pressionavam. Com o tempo, devido à timidez inata e também ao medo de *bullying*, se isolou socialmente, muitas vezes passando o recesso escolar sozinho e com poucos amigos.

Na adolescência não namorou porque “só de pensar em conversar com meninas” suava as mãos, ficando tonto e muito ansioso. Cada vez que tentava falar com uma garota, ficava tão ansioso que recuava e, por fim, parou de tentar. A graduação universitária em ciências da computação ensinou-lhe habilidades de codificação de *software*. Ao sair da faculdade, encontrou trabalho em programação de videogame, o que lhe permitiu trabalhar sozinho em casa, mas com um pouco de socialização *online*. Basicamente, passou os dias dentro da casa de sua mãe, por cerca de 15 anos.

Em sua primeira entrevista disse que prefere não sair de casa porque tem tudo o que precisa e só sai quando precisa de alguma coisa. Quando deixa a casa, sente taquicardia não

paroxística, ansiedade e suor excessivo. Quando olha para as pessoas, pensa que estão dizendo algo ou zombando de si. Constantemente pensa que se envergonhará na frente dos outros e, assim, o perceberão como alguém de pouca importância na sociedade.

Ao relatar sobre seu mundo social, conta que normalmente se comunica com seus colegas de trabalho por mensagens de texto, ocasionalmente por telefone e raramente pelo *Skype*, quando uma chamada de vídeo é inevitável. Todo o seu trabalho é feito *online* a partir de casa. Quando precisa entregar algo para o trabalho, utiliza serviços de entrega.

Jonathan teve seu primeiro contato psiquiátrico aos 30 anos. Com um diagnóstico de TAS, cumpriu o tratamento com medicamentos antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) por alguns meses, embora tenha recusado a psicoterapia. Jonathan se tornou um pouco mais sociável, menos introvertido e alegre, de acordo com sua mãe. Um conhecido *online* até frequentou sua casa uma vez. No entanto, silenciosamente parou a medicação, relatando mais tarde que sentiu pouca diferença e que estava preocupado com o que as pessoas pensariam sobre o uso de medicação psiquiátrica. Ao sair de casa, se sentia estressado pelo desrespeito constante que sofre dos homens que passam e olham para ele (às vezes olhando para suas costas quando ele passa). Assim, às vezes ele sai dos locais antes mesmo de terminar suas compras. As compras feitas no período da manhã tendem a ser mais tranquilas, quando há menos pessoas por perto, e um pouco mais fáceis ainda se ele tomar uma dose de tequila com antecedência.

Com o tempo, os sintomas de TAS aumentaram e, em seguida, os sintomas psicóticos começaram a aparecer. Jonathan começou a pensar que as pessoas na rua também podiam ler sua mente, que as personalidades da televisão estavam lhe enviando mensagens especiais e tinha certeza de que a CIA estava de alguma forma por trás de tudo - e eles estavam esperando para atacar qualquer pequeno passo em falso. Para se proteger, reduziu suas atividades já restritas. Não sai mais de casa: os suprimentos agora eram encomendados *online* e deixados em sua porta. E para garantir que não fosse vigiado ou gravado em seu quarto, tampou a câmera em seu laptop. Jonathan passou a deixar as cortinas fechadas e manter um taco de beisebol ao lado de sua cama. As preocupações de sua mãe foram recebidas com olhar de raiva e até mesmo medo de que ela fosse parte do problema. Após anos de preocupação, sua mãe estava agora de fato alarmada.

COMO ENTREVISTAR

Como qualquer outro transtorno psiquiátrico, uma investigação bem detalhada da história de vida do indivíduo deve incluir um foco principal nos sintomas e suas idades de início. Ao pensar sobre TAS e TDP, é importante para o clínico manter seus sintomas e curso claramente em mente.

Os critérios do DSM-5 apresentam um resumo claro dos principais recursos de diagnóstico. Além desses critérios, é importante prestar atenção a outras questões e aspectos importantes, como detalhado a seguir. Conforme ilustrado no caso, TAS e TDP são frequentemente associados a história de trauma familiar e relacional. Para complementar a entrevista, existem escalas que avaliam o trauma da infância, como por exemplo, o *Early Trauma Inventory Self Report-Short Form* (Bremner, Vermetten & Mazure, 2000).

Como nosso foco aqui é a avaliação de TAS com TDP, é importante investigar os primeiros sintomas, como timidez excessiva, medo de falar em público, relações sociais limitadas, baixa autoestima, medo de que o auto-constrangimento faça com que os outros o olham, e preocupações frequentes sobre observadores críticos.

Por outro lado, ao avaliar a possibilidade de sintomas psicóticos em pacientes com TAS, deve-se atentar para o nível de autoconsciência, pois esse fator é importante para discriminar a psicose verdadeira dos medos supervalorizados. Essa distinção se aplica a sintomas exagerados de TAS, bem como aos medos paranóicos e autorreferenciais de TDP. Por exemplo, o paciente pode oferecer ou considerar seriamente explicações alternativas não psicóticas?

Por último, mas não menos importante, os pacientes com TDP podem ter pensamentos de violência e, às vezes, agir de acordo com eles. Certifique-se de perguntar sobre pensamentos violentos e suicidas, como o paciente pode evitar o comportamento violento e sobre o acesso a armas. Pergunte aos membros da família e amigos sobre esses mesmos problemas e qualquer história relacionada.

É importante ressaltar que os pacientes psicóticos requerem habilidades e abordagens de entrevista especiais. Eles podem oferecer informações vagas, evasivas, confusas e pouco detalhadas, embora tenham o cuidado de não mencionar algumas de suas preocupações mais profundas ou temerosas. Isso torna a entrevista difícil para questões básicas, medos, sintomas comórbidos e até mesmo para história sintomática anterior. Assim, em muitos casos, é útil revisitar toda a história após a estabilização psicótica. Para identificar os sintomas de TAS em pacientes psicóticos cooperativos e abertos, também podem ser utilizadas escalas, como a Escala de Ansiedade Social de *Liebowitz* (LSAS). Isso deve ser administrado tanto para os sintomas atuais quanto para os primeiros sintomas de TAS pré-psicóticos.

ESTUDO DE CASO PARTE II: TRATAMENTO

Devido ao agravamento da ansiedade, irritabilidade e retraimento social do paciente, a mãe decidiu fazer outra tentativa de tratamento. Em vista de sua psicose intensificada e uso do taco de beisebol, Jonathan foi internado em uma unidade de internação por precaução. Após uma entrevista clínica completa inicial, o tratamento com aripiprazol foi indicado para diminuir agudamente a paranóia. Algum abrandamento inicial da paranóia foi notado em poucos dias, sendo percebido uma diminuição nas preocupações excessivas. Essa melhora parcial permitiu, então, uma entrevista mais detalhada, com informações adicionais sobre a história e progressão dos sintomas, bem como a história médica e pessoal.

Em vista de sua história anterior de TAS (uma síndrome crônica e possível subjacente), fluoxetina 20 mg também foi adicionada, esperando uma melhora cerca de 4 semanas depois. Como a fluoxetina tem meia-vida muito longa, é útil para pacientes com risco de abandono ao tratamento. E o aripiprazol tem o benefício adicional de intensificar o tratamento do TAS com ISRS. Ao mesmo tempo, de olho no possível descumprimento futuro, também começou a tomar aripiprazol injetável de depósito, exigindo injeções aproximadamente mensais no futuro.

Além do tratamento medicamentoso, o acompanhamento psicoterapêutico com base na terapia cognitivo-comportamental é indicado para trabalhar no reconhecimento dos sintomas disfuncionais e autocrítica quanto ao estado e gravidade do paciente. Apesar de aderir ao tratamento, Jonathan a princípio teve dificuldade em frequentar as sessões de psicoterapia porque acreditava que as pessoas saberiam que ele estava doente e zombariam dele. À medida que sua condição melhorava, começou a apreciar o valor da medicação e da terapia.

Com o tempo, o sujeito mostrou resposta crescente à medicação. Dentro de alguns meses, seus delírios paranóicos permaneceram, mas eram muito menos importantes para ele. Enquanto isso, o TAS havia melhorado o suficiente para que ele se tornasse mais social do que em muitos anos. Como ele aderiu integralmente ao tratamento, esses benefícios permaneceram por muito tempo. A psicoterapia contínua o ajudou a reconstruir sua vida, aproveitando em parte o sucesso de sua carreira, mesmo durante a maior parte de sua doença.

TRATAMENTO DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL E TRANSTORNO DELIRANTE PERSECUTÓRIO

É comum que pessoas com TAS tendam a evitar o tratamento, e isso é ainda mais verdadeiro para TDP. Geralmente, procurar um psiquiatra ou psicólogo inicialmente aumenta a ansiedade, mesmo que a família esteja no comando. O tratamento medicamentoso do TAS tem demonstrado grande eficácia com o uso de antidepressivos ISRS, que atuam aumentando a atividade serotoninérgica, mas com efeitos ansiolíticos apenas a partir de quatro semanas. Os benzodiazepínicos, como o clonazepam, podem apresentar um benefício inicial modesto para a ansiedade, mas pouco contribuem para as preocupações centrais do TAS sobre constrangimento e evitação, e têm pouco papel além do tratamento inicial.

A psicoterapia associada ao tratamento medicamentoso também se mostra eficaz para o TAS. O processo psicoterapêutico ajuda o indivíduo a compreender e mudar os padrões de timidez e comportamento evasivo. Embora os medicamentos ofereçam benefícios farmacológicos, a psicoterapia de longo prazo também deve fazer parte do tratamento de indivíduos com TAS. Depois de ter uma vida inteira de experiência com o SAD, as crenças tornam-se enraizadas na cognição, bem como na biologia, mas melhoram com o tempo e a reflexão.

Para TDP, a evitação do tratamento é muito mais pronunciada. Frequentemente, são necessários esforços especiais para envolver o paciente no tratamento, e a hospitalização inicial costuma ser a escolha acertada. A medicação inicial começa com um antipsicótico oral, e o aripiprazol tem vantagens, conforme observado anteriormente (menos efeitos colaterais, formulação de depósito disponível, aumento de ISRS para TAS). Conforme apropriado (i.e., história anterior de TAS, uma síndrome crônica e possivelmente subjacente), e com pouco risco de desvantagem, pode-se adicionar 20 mg de fluoxetina oral, com expectativa de benefícios iniciais quatro semanas depois.

Os relatórios observaram que os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia e sintomas de TAS podem ser tratados em conjunto com um ISRS. As opções incluem citalopram, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina e sertralina (Temmingh & Stein, 2015; Roy et al., 2018). Com esses medicamentos, os delírios podem começar a se tornar menos importantes em alguns dias. Dentro de alguns meses, os delírios podem perder a importância, enquanto o TAS pode continuar a melhorar a longo prazo. A psicoterapia é essencial para a adesão, dar sentido à história da doença e reconstruir uma vida.

TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL E TRANSTORNO DELUSIONAL PERSECUTÓRIO

Embora a investigação de sintomas semelhantes aos psicóticos em pacientes com TAS tenha sido bem relatada na literatura, bem como estudos de TAS concomitante à esquizofrenia, existem poucos artigos que abordam uma progressão de TAS para TDP. Pacientes com sintomas graves de TAS frequentemente experimentam sentimentos autorreferenciais. Tais sentimentos podem ser acompanhados de maior ou menor avaliação consciente por parte do paciente. Outros trabalhos apresentados neste capítulo indicam que o TAS e o TDP são mais do que apenas consequências de experiências estressantes: os transtornos compartilham fatores de risco comuns e parecem, às vezes, vias sucessivas de um processo psicopatológico subjacente comum.

Embora os manuais de diagnóstico psiquiátrico tenham codificado há muito tempo as síndromes psicóticas do humor, como mania e depressão delirante, transtornos de ansiedade psicótica associados foram propostos, mas ainda não foram aceitos (Veras et al., 2015). A pesquisa controlada limitada é um dos motivos, mas o TDP é considerado raro, e essa pesquisa encontrou pouco financiamento. Mesmo assim, a evidência de pesquisas limitadas, bem como a observação clínica, sugerem fortemente que o construto TAS /TDP pode melhorar as abordagens de tratamento. Se garantido por pesquisas adicionais, futuros diagnósticos do DSM podem considerar TDP como “transtorno de ansiedade social psicótica”. Essa codificação parece estar de acordo com um diagnóstico dimensional, refletindo a transição do TAS e TDP, e vinculando esse transtorno de ansiedade aos transtornos do espectro da esquizofrenia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TAS pode ser considerado um transtorno crônico, no qual o indivíduo se mantém aprisionado em suas crenças e medos, resultando em consequências para sua vida pessoal, profissional, acadêmica e afetiva. Com a descrição diagnóstica no DSM-5 da *American Psychiatric Association*, é possível documentar características específicas do TAS. No entanto, sintomas adicionais também podem ocorrer com esse transtorno. A escalada para sintomas psicóticos, como no TDP pode piorar os sintomas, a função e o prognóstico. Parece mais do que plausível que o reconhecimento dessa conexão sugira uma nova abordagem de tratamento

que merece uma avaliação cuidadosa. Mais pesquisas também são necessárias para melhor avaliar, documentar e detalhar a relação entre TAS e transtorno delirante.

REFERÊNCIAS

Aikawa, S., Kobayashi, H., Nemoto, T., Matsuo, S., Wada, Y., Mamiya, N., ... & Mizuno, M. (2018). Social anxiety and risk factors in patients with schizophrenia: Relationship with duration of untreated psychosis. *Psychiatry Research*, 263, 94-100.

Armando, M., Lin, A., Girardi, P., Righetti, V., Dario, C., Saba, R., ... & Nastro, P. F. (2013). Prevalence of psychotic-like experiences in young adults with social anxiety disorder and correlation with affective dysregulation. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(12), 1053-1059.

Braga, R. J., Petrides, G., & Figueira, I. (2004). Anxiety disorders in schizophrenia. *Comprehensive psychiatry*, 45(6), 460-468.

Braga, R. J., Reynolds, G. P., & Siris, S. G. (2013). Anxiety comorbidity in schizophrenia. *Psychiatry research*, 210(1), 1-7.

Bremner, J. D., Vermetten, E., & Mazure, C. M. (2000). Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: the Early Trauma Inventory. *Depression and anxiety*, 12(1), 1-12.

Cassano, G. B., Pini, S., Sættoni, M., & Dell'Osso, L. (1999). Multiple anxiety disorder comorbidity in patients with mood spectrum disorders with psychotic features. *American Journal of Psychiatry*, 156(3), 474-476.

Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2005). Childhood social anxiety disorder: from understanding to treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 14(4), 797-818.

Cosoff, S. J., & Hafner, R. J. (1998). The prevalence of comorbid anxiety in schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(1), 67-72.

Dernovšek, M. Z., & Šprah, L. (2009). Comorbid anxiety in patients with psychosis. *Psychiatria Danubina*, 21(1), 43-50.

Docherty, N. M., St-Hilaire, A., Aakre, J. M., Seghers, J. P., McCleery, A., & Divilbiss, M. (2011). Anxiety interacts with expressed emotion criticism in the prediction of psychotic symptom exacerbation. *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 611-618.

Edition, F. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Am Psychiatric Assoc.*

ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., ... & Vollebergh, W. A. M. (2004). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 28-37.

Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T., & Wittchen, H. U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European neuropsychopharmacology*, 15(4), 453-462.

Feinberg, M., Willer, R., & Keltner, D. (2012). Flustered and faithful: Embarrassment as a signal of prosociality. *Journal of personality and social psychology*, 102(1), 81.

Glynn, S. M., Randolph, E. T., Eth, S., Paz, G. G., Leong, G. B., Shaner, A. L., & Strachan, A. (1990). Patient psychopathology and expressed emotion in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 157(6), 877-880.

Hui, C. L. M., Lee, E. H. M., Chang, W. C., Chan, S. K. W., Lin, J., Xu, J. Q., & Chen, E. Y. H. (2015). Delusional disorder and schizophrenia: a comparison of the neurocognitive and clinical characteristics in first-episode patients. *Psychological Medicine*, 45(14), 3085.

- Hur, J., DeYoung, K. A., Islam, S., Anderson, A. S., Barstead, M. G., & Shackman, A. J. (2020). Social context and the real-world consequences of social anxiety. *Psychological medicine*, 50(12), 1989-2000.
- Johnstone, E. C., Ebmeier, K. P., Miller, P., Owens, D. G., & Lawrie, S. M. (2005). Predicting schizophrenia: findings from the Edinburgh high-risk study. *The British Journal of Psychiatry*, 186(1), 18-25.
- Kahn, J. P. (2013). *Angst: Origins of anxiety and depression*. Oxford University Press.
- Kendler, K. S. (1980). The nosologic validity of paranoia (simple delusional disorder): a review. *Archives of General Psychiatry*, 37(6), 699-706.
- Lopes, B. C. (2013). Differences between victims of bullying and nonvictims on levels of paranoid ideation and persecutory symptoms, the presence of aggressive traits, the display of social anxiety and the recall of childhood abuse experiences in a Portuguese mixed clinical sample. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(3), 254-266.
- Lysaker, P. H., Salvatore, G., Grant, M. L., Procacci, M., Olesek, K. L., Buck, K. D., ... & Dimaggio, G. (2010). Deficits in theory of mind and social anxiety as independent paths to paranoid features in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 124(1-3), 81-85.
- Lysaker, P., Yanos, P., Outcalt, J., & Roe, D. (2010). Association of stigma, self-esteem, and symptoms with concurrent and prospective assessment of social anxiety in schizophrenia. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 4(1), 41-48.
- Marneros, A., Pillmann, F., & Wustmann, T. (2012). Delusional disorders—are they simply paranoid schizophrenia?. *Schizophrenia bulletin*, 38(3), 561-568.
- Martin, J. A., & Penn, D. L. (2001). Social cognition and subclinical paranoid ideation. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(3), 261-265.

Morrison, A. P., & Wells, A. (2007). Relationships between worry, psychotic experiences and emotional distress in patients with schizophrenia spectrum diagnoses and comparisons with anxious and non-patient groups. *Behaviour research and therapy*, 45(7), 1593-1600.

Nardi, A. E., Quevedo, J., & da Silva, A. G. (2014). *Transtorno de ansiedade social: teoria e clínica*. Artmed Editora.

O'Toole, M. S., Arendt, M., Fentz, H. N., Hougaard, E., & Rosenberg, N. K. (2014). Cluster A personality pathology in social anxiety disorder: A comparison with panic disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(7), 460-463.

Pavlova, B., Perlis, R. H., Mantere, O., Sellgren, C. M., Isometsä, E., Mitchell, P. B., ... & Uher, R. (2017). Prevalence of current anxiety disorders in people with bipolar disorder during euthymia: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 47(6), 1107.

Roy, M. A., Demers, M. F., & Achim, A. M. (2018). Social anxiety disorder in schizophrenia: a neglected, yet potentially important comorbidity. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*, 43(4), 287.

Smeets, F., Lataster, T., Dominguez, M. D. G., Hommes, J., Lieb, R., Wittchen, H. U., & van Os, J. (2012). Evidence that onset of psychosis in the population reflects early hallucinatory experiences that through environmental risks and affective dysregulation become complicated by delusions. *Schizophrenia bulletin*, 38(3), 531-542.

Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The lancet*, 371(9618), 1115-1125.

Sutliff, S., Roy, M. A., & Achim, A. M. (2015). Social anxiety disorder in recent onset schizophrenia spectrum disorders: The relation with symptomatology, anxiety, and social rank. *Psychiatry research*, 227(1), 39-45.

Taylor, K. N., & Stopa, L. (2013). The fear of others: a pilot study of social anxiety processes in paranoia. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 41(1), 66.

Temmingh, H., & Stein, D. J. (2015). Anxiety in patients with schizophrenia: epidemiology and management. *CNS drugs*, 29(10), 819-832.

Thewissen, V., Myin-Germeys, I., Bentall, R., de Graaf, R., Vollebergh, W., & van Os, J. (2007). Instability in self-esteem and paranoia in a general population sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(1), 1-5.

Veras, A. B., Cougo, S., Meira, F., Peixoto, C., Barros, J. A., Nardi, A. E., ... & Kahn, J. P. (2017). Schizophrenia dissection by five anxiety and depressive subtype comorbidities: Clinical implications and evolutionary perspective. *Psychiatry Research*, 257, 172-178.

Veras, A. B., do-Nascimento, J. S., Rodrigues, R. L., Guimarães, A. C. A., & Nardi, A. E. (2011). Psychotic symptoms in social anxiety disorder patients: report of three cases. *International archives of medicine*, 4(1), 1-5.

Veras, A. B., Nardi, A. E., & Kahn, J. P. (2013). Attachment and self-consciousness: a dynamic connection between schizophrenia and panic. *Medical hypotheses*, 81(5), 792-796.

Veras, A. B., e Souza, T. G., Ricci, T. G., de Souza, C. P., Moryiama, M. C., Nardi, A. E., ... & Kahn, J. P. (2015). Paranoid delusional disorder follows social anxiety disorder in a long-term case series: evolutionary perspective. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(6), 477-479.

Wancata, J., Fridl, M., & Friedrich, F. (2009). SOCIAL PHOBIA: EPIDEMIOLOGY AND HEALTH CARE EPIDEMIOLOGIE UND VERSORGUNG DER SOZIALPHOBIE. *Psychiatria Danubina*, 21(4), 520-524.

White, R. G., & Gumley, A. (2010). Intolerance of uncertainty and distress associated with the experience of psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(3), 317-324.

Wigman, J. T. W., Lin, A., Vollebergh, W. A., van Os, J., Raaijmakers, Q. A., Nelson, B., ... & Yung, A. R. (2011). Subclinical psychosis and depression: co-occurring phenomena that do not predict each other over time. *Schizophrenia research*, 130(1-3), 277-281.

Wittchen, H. U., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological medicine*, 29(2), 309-323.

**PERFIL CLÍNICO E EVOLUÇÃO DA ESQUIZOFRENIA COMÓRBIDA
COM ANSIEDADE SOCIAL**

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é um transtorno mental grave, que envolve componentes genéticos e neurobiológicos heterogêneos; é um transtorno crônico e hereditário caracterizado por sintomas positivos, negativos, cognitivos e de humor. Os sintomas positivos são compostos por alucinações e delírios, enquanto que os negativos incluem pobreza de discurso, embotamento afetivo, perda de interesse por atividades do cotidiano, entre outros. Como sintomas cognitivos é percebido déficits na memória de trabalho, nas funções executivas e na atenção e, os sintomas de humor corresponde a humor depressivo, alegre ou triste e apático (Valença & Nardi, 2021).

A prevalência de transtornos de ansiedade como comorbidade na esquizofrenia é estimada em 38%, sendo o Transtorno de Ansiedade Social (TAS) o mais prevalente entre eles (Temmingh et al., 2015). Embora o TAS seja uma das cinco comorbidades mais comuns na esquizofrenia (Dernovšek, et al, 2009), poucos pesquisadores têm se dedicado a estudar essa relação e suas características clínicas. Os achados demonstram que o diagnóstico prévio de TAS também é um fator de risco para esquizofrenia precoce, e o TAS pré-mórbido para esquizofrenia mostra grande influência no início e no prognóstico dessa condição (Lysaker et al, 2010). Além de modificar as manifestações sintomáticas, por exemplo, o indivíduo tende a se preocupar mais que os outros estejam ouvindo seus pensamentos e outras ideias de referência (Veras et al. 2017).

O TAS é caracterizado por uma intensa preocupação do indivíduo com a opinião dos outros, o que muitas vezes resulta em um comportamento evasivo e um desinvestimento gradual nas relações sociais (Gadelha et al, 2021). A esquizofrenia associada ao TAS tende a aumentar a prevalência de tentativas de suicídio, baixa autoestima, funcionamento social prejudicado e baixa qualidade de vida (Lysaker et al, 2010). Também surge como resultado de um fator de estigmatização social, sendo esses indivíduos caracterizados como estranhos ou perigosos, o que pode frequentemente leva-los a evitar situações sociais por pensar ser uma forma de possível humilhação (Veras et al, 2017).

Segundo Martin e Penn (2001), a intensidade da ideação paranóide está associada a maiores níveis de ansiedade social, evitação, apreensão com a avaliação, auto-observação e baixa autoestima. Além disso, uma relação interessante entre ansiedade e psicose foi observada por Freeman e Fowler (2009). Esses autores mostraram que a história de trauma pode influenciar na intensidade dos pensamentos persecutórios e que a ansiedade também é responsável pela relação entre o uso de substâncias e a paranóia. Estudos argumentaram que a

ansiedade social pode surgir de alguns vieses de processamento cognitivo, como déficits na cognição social, que são algumas características da esquizofrenia (Kingsep et al., 2003, Voges et al, 2005).

A ansiedade social em si já é um transtorno incapacitante, e os indivíduos com TAS como uma condição comórbida tendem a apresentar ainda mais prejuízos (Wittchen, et al. 2001) e, em pacientes com esquizofrenia, o abuso de substâncias parece ser associado a maior impulsividade e suicídio (Gut-Fayand, et al. 2001). Além disso, o TAS contribui significativamente para uma diminuição na qualidade de vida em pacientes com esquizofrenia (Halperin, et al, 2000).

Portanto, considerando os poucos relatos de correlação TAS e Esquizofrenia, pesquisas devem ser desenvolvidas para melhor compreensão de suas características, o que consequentemente tende a contribuir para o tratamento do transtorno de ansiedade social como comorbidade na esquizofrenia, com implicações no prognóstico e morbidade destas condições. Assim, o principal objetivo deste estudo consiste comparar pessoas com esquizofrenia, com e sem ansiedade social, com o intuito de identificar aspectos e manifestações clínicas para um possível perfil clínico destes sujeitos; visando também contribuir para uma maior compreensão desta correlação e, assim, melhorar o tratamento desses pacientes.

METODOLOGIA

Participantes

Para a pesquisa foram avaliados inicialmente oitenta pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, de acordo com os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística 5° ed (DSM-5). Durante o processo quatro participantes foram excluídos do estudo por inconclusão das entrevistas e escalas, resultando em um total de setenta e seis (n=76) indivíduos. Entre os participantes no total 23 eram do sexo feminino e 53 do sexo masculino; 11 mulheres foram designadas para o grupo Esquizofrenia com Ansiedade Social e 12 para o grupo Esquizofrenia sem Ansiedade Social; e 31 homens foram designados para o grupo Esquizofrenia com Ansiedade Social e 22 para o grupo Esquizofrenia sem Ansiedade Social. Ao total o grupo Esquizofrenia com Ansiedade Social foi composto por 42 participantes e o grupo Esquizofrenia sem Ansiedade Social por 34. A idade média no grupo Esquizofrenia com Ansiedade Social foi $36,8 \pm 13,8$ anos e $32,8 \pm 9,5$ na Esquizofrenia sem Ansiedade Social.

Crêterios de inclusão

Inicialmente, foram selecionados pacientes adultos (18 a 60 anos) em tratamento ambulatorial no Centro de At en o Psicossocial do Brasil (CAPS), com diagnóstico de Esquizofrenia segundo os cr terios do DSM-5, sem restrição de g nero. Ambos os g neros, feminino e masculino, foram incluídos. Os pacientes deveriam ser capazes de compreender as instruções e perguntas feitas pelo entrevistador durante o processo de avaliação. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação na pesquisa foi assinado pelo próprio indivíduo ou por um responsável legal.

Crêterios de exclusão

Foram excluídos os indivíduos que não estavam em estado psicótico ou apresentavam qualquer outro problema neurodegenerativo. Pacientes com outras condi   es psicológicas além da esquizofrenia, como transtornos de humor, outros transtornos de ansiedade como fobia e transtorno de ansiedade generalizada; e uso de álcool e drogas também foram excluídos, pois tais características poderiam comprometer os resultados da pesquisa.

Procedimentos

A pesquisa foi realizada no período de outubro de 2016 a março de 2020, nas cidades de Campo Grande – Mato Grosso do Sul, São Luís do Maranhão - Maranhão e Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, no Brasil. O projeto de pesquisa foi submetido para avaliação pelo Comit  de  tica em Pesquisa, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aprovado pelo Comit  de  tica da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) – CAAE: 60271916.0.0000.5162.

Os participantes eram pacientes ambulatoriais em tratamento em Centros de At en o Psicossocial - CAPS dessas cidades. Os indivíduos foram informados sobre o objetivo da pesquisa e a possibilidade de necessitar de mais de um dia para sua finalização, devido ao número de escalas a serem aplicadas. Para a colheita de dados foram utilizadas em média duas sessões de aproximadamente uma hora e meia com cada indivíduo. Nos casos de necessidade

de mais informações, foram utilizados como dados os prontuários dos pacientes, ou mesmo entrevistas com familiares.

Instrumentos

1. Sintomas positivos, negativos e psicopatologia geral (*Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS*)

A PANSS é um instrumento de trinta itens, desenvolvido por Kay et al. (1987) e adaptada para a versão brasileira por Vessoni (1993) e validada por Higuchi et al. (2014), utilizada para medir a gravidade dos sintomas positivos e negativos em indivíduos com esquizofrenia. Cada item é classificado de um (ausente) a sete (extremo); incluindo uma escala Positiva (sete itens) composta por sintomas floridos, como delírios, alucinações e pensamento desorganizado, que se sobrepõem ao estado mental; uma escala negativa (sete itens) caracterizada por déficits nas funções cognitivas, afetivas e sociais, incluindo embotamento do afeto e retração passiva; e uma escala de psicopatologia geral (dezesesseis itens) avaliando preocupação somática, ansiedade, sentimentos de culpa, tensão, maneirismos e postura, depressão, retardo motor, falta de cooperação, conteúdo de pensamento incomum, desorientação, atenção insuficiente, falta de julgamento e percepção, distúrbio da volição, pobre controle de impulso, preocupação e evitação social ativa.

2. *Liebowitz Social Anxiety Scale – LSAS*

A LSAS é um instrumento composto de vinte e quatro itens, desenvolvido por Liebowitz (1987) que visa avaliar o medo / ansiedade e evitação de situações sociais específicas. A escala é dividida em duas categorias: medo / ansiedade e evitação. Os indivíduos são solicitados a classificar seu medo / ansiedade e evitação em uma escala de quatro pontos de zero (nenhum) a três (grave) separadamente.

Os indivíduos foram divididos em dois grupos de acordo com a pontuação recebida na *Liebowitz Social Anxiety Scale – LSAS*. Portanto, os indivíduos que pontuaram acima de 30, com base na média de corte da *Liebowitz Social Anxiety Scale*, foram designados ao grupo Esquizofrenia com Ansiedade Social ($LSAS \geq 30$); e os indivíduos com pontuação abaixo de 29 foram considerados no grupo Esquizofrenia sem Ansiedade Social ($LSAS < 29$).

3. Entrevista Diagnóstica para Transtornos Psicóticos e Afetivos (*Diagnostic Interview for Psychoses and Affective Disorders – DIPAD*)

O DIPAD é um instrumento clínico, desenvolvido pelo Departamento de Psiquiatria da *University of South California* (2009), utilizado para critérios diagnósticos para esquizofrenia e transtorno bipolar por meio de dados sociodemográficos, questões para identificar sintomas de depressão, mania, alucinação, transtorno do pensamento, delírios e avaliações do entrevistador de duração, curso, comportamentos e afeto. Foi traduzido para o português pela Dra. Susana Rute Ferreira e Dra. Célia Carvalho.

4. Inventário de Autorrelato de Trauma Precoce – *forma curta* (*Early Trauma Inventory Self Report-Short Form – ETISR-S*)

O ETISR-SF é um instrumento desenvolvido por Bremner et al. (2007) e validado e adaptado para o uso no Brasil por Osório et al. (2013); utilizado para medir retrospectivamente traumas ocorridos antes dos dezoito anos de idade. É composto por vinte e sete itens específicos de trauma organizados em quatro categorias: trauma geral (onze itens), abuso físico (cinco itens), abuso emocional (cinco itens) e abuso sexual (seis itens).

Análise de dados

A análise estatística foi realizada por meio do IBM SPSS versão 23.0. A distribuição de normalidade foi testada pelo teste Shapiro-Wilk. A correlação de Pearson foi utilizada para avaliar a relação entre as variáveis categóricas e a variável dependente (Liebowitz); e a regressão linear múltipla foi utilizada para avaliar as variáveis contínuas. O erro Alfa foi controlado intra teste pelo Alpha de Cronbach e o valor de corte p pela razão de chances (*log linear*). Todos os requisitos foram atendidos para todas as variáveis e testes, exceto para o n mínimo, que não foi atendido para todas as variáveis. Foi usada uma distribuição de frequência e as escalas foram definidas em sua ordem padrão. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

RESULTADOS

Dados sociodemográficos

Em relação aos dados sociodemográficos, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. A idade média dos participantes do grupo esquizofrenia com TAS foi de $36,8 \pm 13,8$; e do grupo esquizofrenia sem ansiedade social $32,8 \pm 9,5$. A média de idade de início entre os grupos foi de $21,79 \pm 9,13$ anos. O grupo sem ansiedade social apresentou média de idade de início de 19 anos, e o grupo com ansiedade social média de 24 anos. Os participantes apresentaram uma média de $13,57 \pm 11,76$ anos de duração da doença.

Quanto ao sexo dos participantes, em ambos os grupos prevaleceu uma maior população do sexo masculino (73,8% com ansiedade social e 64,7% sem ansiedade social) e menor quantidade do sexo feminino (26,2% com ansiedade social e 35,3% sem ansiedade social).

Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)

A escala de sintomas positivos inclui delírios, comportamento alucinatório, sensação de desconfiança, e outros. Nos sintomas negativos estão presentes embotamento afetivo, retraimento social, pobre contato entre outros; e, a escala de psicopatologia geral é compreendida por sintomas de ansiedade, sentimento de culpa, tensão, depressão, falta de cooperação e aspectos cognitivos como atenção pobre, desorientação e outros.

Foi encontrada diferença estatística significativa nos modelos ajustados para a escala de psicopatologia geral ($p < 0,011$); ou seja, quanto mais sintomas psicopatológicos, maior a probabilidade de ansiedade social. Não foi encontrada diferença estatística significativa para a escala positiva ($p < 0,120$) e escala negativa ($p < 0,923$).

Tabela 1

Regressão linear múltipla entre *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)* e LSAS score.

	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	R^2
Modelo 1 (Escala Positiva)				0,005	1,74	<0,944	-,013
Modelo 2 (Escala Positiva + Escala Negativa)				0,878	2,73	<0,420	-,003
Modelo 3 (Escala Positiva + Escala Negativa + Psicopatologia Geral)				2,893	3,72	<0,041*	,070
Escala Positiva	-1,571	< 0,120	-0,204				

Escala Negativa	0.98	< 0,923	0,012
Psicopatologia Geral	2,605	< 0,011*	0,376

Clinical characteristics of the Diagnostic Interview for Psychoses and Affective Disorders (DIPAD)

Nenhuma diferença estatística significativa foi encontrada para presença de precipitantes psicossociais (<0,412), histórico familiar de esquizofrenia (<0,801), histórico familiar de outras doenças psiquiátricas (<0,836), comportamento suicida (<0,169) e outros. Indivíduos com ansiedade social e sem ansiedade social apresentaram frequência semelhante no curso do transtorno (<0,736).

1. Restrição de afeto e embotamento afetivo

Ao pensar em ansiedade social, é importante que o entrevistador esteja atento as suas características clínicas, para tanto faz-se necessário atenção a sintomas como a restrição de afeto e embotamento afetivo, no qual o sujeito tende a manter-se mais afastado de outros indivíduos, restringindo tanto expressões afetivas, como interesse no outro. Sendo assim, não é de se surpreender que uma tendência positiva à significância estatística ($p < 0,078$) para restrição de afeto foi encontrada, ou seja, indivíduos com ansiedade social têm maior probabilidade de inibir seu afeto. Em relação ao embotamento afetivo, não foi encontrada nenhuma significância estatística diferente ($p < 0,249$).

Tabela 2
Correlação de *Pearson* entre Restrição de afeto, Embotamento afetivo e *Liebowitz*.

	Com ansiedade social		Sem ansiedade social		X ²	p value
	n	%	n	%		
Restrição de afeto					5,102	< 0,078*
<i>Ausente</i>	22	50%	12	35,3%		
<i>Presente há menos de um mês ou duração não especificada</i>	4	9,5%	10	29,4%		

<i>Presente na maioria das vezes em um período de um mês ou mais</i>	17	40,5%	12	35,3%
Embotamento afetivo				2,778 < 0,249
<i>Ausente</i>	23	54,8%	16	47,1%
<i>Presente há menos de um mês ou duração não especificada</i>	4	9,5%	8	23,5%
<i>Presente na maioria das vezes em um período de um mês ou mais</i>	15	35,7%	10	29,4%

Early Trauma Scale and Liebowitz

Foi encontrada diferença estatística significativa para reação ao trauma ($p < 0,039$). Ou seja, indivíduos com esquizofrenia e ansiedade social apresentam uma forma mais intensa de reagir às situações traumáticas; a forma como uma pessoa lida com um trauma pode influenciar nos sintomas de ansiedade social. Não foi encontrada diferença estatística significativa para trauma geral ($p < 0,496$), castigo físico ($p < 0,872$), abuso emocional ($p < 0,520$) e abuso sexual ($p < 0,694$).

Tabela 3

Regressão linear múltipla entre Early Trauma Scale e Liebowitz

	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	R^2 <i>ajust.</i>
Modelo 1 (Traumas Gerais)				0,59	1,74	<0,445	-0,005
Modelo 2 (Traumas Gerais + Castigo Físico)				1,184	2,73	<0,312	0,005
Modelo 3 (Traumas Gerais + Castigo Físico + Abuso Emocional)				1,164	3,72	<0,329	0,007
Modelo 4 (Traumas Gerais + Castigo Físico + Abuso Emocional + Abuso Sexual)				0,886	4,71	<0,477	-0,006
Modelo 5 (Traumas Gerais + Castigo Físico + Abuso Emocional + Abuso Sexual + Reação ao trauma)				1,625	5,70	<0,165	0,040
Traumas gerais	-0,684	<0,496	-0,095				

Castigo físico	-0,162	<0,872	-0,026
Abuso emocional	0,647	<0,520	0,096
Abuso sexual	-0,395	<0,694	-0,048
Reação ao trauma	2,101	<0,039*	0,329

DISCUSSÃO

Dentre os sujeitos com esquizofrenia participantes da pesquisa (n=76), 42 indivíduos pontuaram para ansiedade social com base na média de corte de 30 pontos da *Liebowitz Social Anxiety Scale* (LSAS), isso quer dizer que 55,3% dos sujeitos com esquizofrenia apresentam também sintomas de ansiedade social. Resultados similares foram encontrados em um estudo envolvendo 207 participantes (Aikawa et al., 2018), dentre os quais 109 (52,7%) pontuaram para esquizofrenia em comorbidade com ansiedade social utilizando também a LSAS. A ansiedade social passa muitas vezes despercebida aos olhos clínicos, e tais resultados demonstram que é preciso além de uma melhor investigação, uma maior atenção aos sintomas que muitas vezes passam despercebidos.

Ao avaliar a prevalência de sintomas positivos, sintomas negativos e sintomas psicopatológicos gerais, nossos resultados não apontaram para significância em relação a sintomas positivos e negativos, entretanto, o grupo esquizofrenia com ansiedade social apresentou significância para psicopatologia geral ($p < 0,011$). Este resultado pode apontar para uma das falhas em diagnosticar a ansiedade social em sujeitos com esquizofrenia devido ao foco persistente nos sintomas positivos e negativos. Os aspectos que compõem a escala de psicopatologia geral compreendem sintomas como preocupações somáticas, ansiedade, sentimentos de culpa, depressão, retardo motor, falta de cooperação, desorientação, atenção pobre, falta de julgamento e insight, preocupação em demasia, e outros. Assim, pode-se pensar que a ansiedade social na esquizofrenia por vezes fica “mascarada”, este estudo aponta para aspectos que precisam ser melhor observados e identificados. Apesar do resultado encontrado, estudos apontam para uma correlação da ansiedade social com sintomas positivos na esquizofrenia, o que aumentaria significativamente a severidade dos sintomas de ansiedade (Lysaker et al., 2008; Naidu et al., 2014).

Como esperado, a tendência positiva à significância estatística ($p < 0,078$) para restrição de afeto encontrada, demonstra mais uma característica destes sujeitos que não recebe devida

atenção. Olhando para o indivíduo com ansiedade social, há de se pensar que estes apresentam uma introversão maior, que são pessoas que preferem ficar mais sozinhas e que evitam o contato social pelo medo de serem humilhados ou passar por situações desconfortantes. Sentimentos de baixa autoestima, (Gumley et al., 2004; Karatzias et al., 2007) e menor percepção de sua posição social (Birchwood et al., 2006; Michail & Birchwood, 2013) são apontados em estudos como fatores importantes a serem observados nestes sujeitos. Estas características sugerem perfis de sujeitos retraídos, que evitam situações sociais tanto para não se colocar em uma situação embaraçosa, como pela crença de não pertencer a determinado grupo social.

Estudos apontam adversidades na infância como fortes fatores de risco para o desenvolvimento de ansiedade social (Kuo et al., 2010; Beesdo-baum & Knappe, 2012). Michail et al. (2014) demonstra que o desenvolvimento precoce de experiências ocorrentes como trauma precoce são características de sujeitos que desenvolvem ansiedade social, associada a esquizofrenia ou não. A diferença estatística significativa para reação ao trauma ($p > 0,039$) encontrada no estudo, sugere um fator de risco ou de possível agravamento para o transtorno de ansiedade social devido a maneira como o sujeito lida ou reage a um trauma ocorrido na infância. Pode-se sugerir que uma investigação aprofundada da história de vida do sujeito seja necessária a fim de identificar traumas precoces possibilitando a compreensão de como o indivíduo lidou com tal fato ou ainda lida.

Em relação ao gênero, o estudo apontou uma maior frequência de indivíduos do sexo masculino (73,8%) com esquizofrenia e ansiedade social. Alguns estudos apontam para uma maior prevalência de ansiedade social em sujeitos do sexo feminino (Bekker & van Mens-Verhulst, 2007), apresentando também sintomas mais severos em mulheres (Bosana et al., 2016; Turk et al., 1998). Assim, o resultado encontrado nesta pesquisa pode ter ocorrido devido a maior presença de sujeitos do sexo masculino no estudo como um todo (69,7%).

O objetivo do estudo em identificar características clínicas dos pacientes com esquizofrenia e ansiedade social, visando traçar um perfil clínico destes sujeitos pode ser realizado por meio dos achados na pesquisa. Podemos pensar então que pessoas com ansiedade social que apresentam sintomas psicopatológicos, aspectos de restrição de afeto e que em sua história de vida denotem situações de trauma precoce, podem compreender uma categoria de sujeito em risco para a abertura de um quadro de psicose. Estes dados revelam que além do que é percebido primariamente como sintomas típicos de esquizofrenia e psicoses de maneira geral, outros aspectos que muitas vezes são tidos como secundários, podem desempenhar relevante significância no papel preventivo de quadros psicóticos.

Alguns aspectos limitantes na pesquisa podem ser apontados. Primeiramente, a dificuldade em concluir a pesquisa com pacientes com esquizofrenia devidos a desistências e alta dos ambulatórios, resulta em baixa de participantes das amostras. O estudo foi composto por uma amostra pequena com uma prevalência do sexo masculino, o que pode levar a comprometer os resultados socioemográficos e achados na prevalência de gênero; assim, recomenda-se que novos estudos sejam realizados com uma amostra maior e com uma média de indivíduos de ambos os gêneros mais semelhante. A natureza seccional do estudo, pode ter impedido o estabelecimento de relações de causa-efeito e, o uso de medicações psicoativas também pode ter representado alguma interferência nos resultados.

CONCLUSÃO

O presente estudo buscou discutir o perfil clínico e características prevalentes nos sujeitos com esquizofrenia e ansiedade social. Nosso estudo aponta que características como prevalência de sintomas psicopatológicos, restrição de afeto e vivencia de traumas precoce mostraram-se presentes nestes sujeitos. Estes resultados apontam a necessidade de maior atenção a sintomas que podem passar despercebidos aos olhos do avaliador, uma vez que tais sintomas não são visíveis como sintomas positivos (alucinações e delírios).

A esquizofrenia é um transtorno limitante com inúmeros prejuízos aos indivíduos que a possuem, e quando associada a ansiedade social tende a apresentar ainda mais consequências a estes sujeitos. Devido a pequena amostra do estudo, sugere-se a reaplicação em uma amostra maior, levando em conta estratégias a fim de evitar a evasão de pacientes durante o período de coleta de dados. Os achados propõem novos insights a respeito destes pacientes, levando em conta aspectos a se observar para um tratamento melhor e mais eficaz.

REFERÊNCIAS

Beesdo-baum, K., Knappe, S. 2012. Developmental epidemiology of anxiety disorders. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin N Am.* 21,457–478.

Bekker, M.H.J., van Mens-Verhulst, J., 2007. Anxiety disorders: sex differences in prevalence, degree, and background, but gender-natural treatment. *Gender Med.* 4 suppl B, s178-s193.

Birchwood, M., Trower, P., Brunet, K., Gilbert, P., Iqbal, Z., Jackson, C. 2006. Social anxiety and the shame of psychosis: a study in first episode psychosis. *Behaviour Research and Therapy* 45,1025–1037.

Bremner JD, Bolus R, Mayer EA. Psychometric properties of the early trauma inventory-self report. *J Nervous Mental Dis.* 2007;195:211–218.

Bosanac, P., Mancuso, S.G., Castle, D.J., 2016. Anxiety Symptoms in Psychotic Disorders: Results from the Second Australian National Mental Health Survey. *Clin. Schizophr. Relat. Psychoses.* 10, 93-100.

Dernovšek, M. Z., Šprah, L. Comorbid Anxiety in Patients with Psychosis *Psychiatria Danubina*, 2009; Vol. 21, Suppl. 1, pp 43-50.

Di-PAD. Diagnostic Interview for Psychosis and Affective Disorders. Department of Psychiatry & the Behavioral Sciences. 2009

Freeman D, Fowler D. Routes to psychotic symptoms: Trauma, anxiety and psychosislike experiences. *Psychiatry Res.* 2009; 169(2): 107–112.

Gadelha, A.; Nardi, A. E.; Silva, A. G. 2021. *Esquizofrenia: teoria e clínica*. 2 ed. Porto Alegre, Artmed.

Gumley, A., O’Grady, M., Power, K., Schwannauer, M. 2004. Negative beliefs about self and illness: a comparison of individuals with psychosis with or without comorbid social anxiety disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38,960–964.

Gut-Fayand A, Dervaux A, Olie JP, Loo H, Poirier MF, Krebs MO: Substance abuse and suicidality in schizophrenia: a common risk factor linked to impulsivity. *Psychiatry Res* 2001; 102:65–72

Haloerin S, Nathan P, Drummond P, Castle D: A cognitive-behavioural, group-based intervention for social anxiety in schizophrenia. *Austr NZ J Psychiatry* 2000; 34:809–813
 Center for Genomic Psychiatry Department of Psychiatry & the Behavioral Sciences Keck School of Medicine University of Southern California Los Angeles, CA

Karatzias, T., Gumley, A., Power, K., Grady, M. O. 2007. Illness appraisals and self-esteem as correlates of anxiety and affective comorbid disorders in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 48,371–375.

Kay, S. R.; Fiszbein, A.; Opler, L. A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. VOL. 13, NO. 2, 1967

Kuo, J. R., Goldin, P. R., Werner, K., Heimberg, R. J., Gross, J. J., 2010. Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *J. Anxiety Disord.* 25,467–473.

Liebowitz MR. Social phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiatry*. 1987;22:141-73.

Lysaker PH, Ringer JM, Davis LW. 2008. Associations of social anxiety and self-esteem across six months for persons living with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr Rehabil J*; 32(2):132–4.

Lysaker PH, Salvatore G, Grant ML, Procacci M, Olesek KL, Buck KD, Nicolò G, Dimaggio G. 2010. Deficits in theory of mind and social anxiety as independent paths to paranoid features in schizophrenia. *Schizophr Res* 2010.

Martin JA, Penn DL. Social cognition and subclinical paranoid ideation. *Br J Clin Psychol.* 2001; 40(Pt 3):261-5.

Michail, M., Birchwood, M. 2013. Social anxiety disorder and shame cognitions in psychosis. *Psychological Medicine* 43,133–142.

Michail, M., & Birchwood, M. (2014). Social anxiety in first-episode psychosis: the role of childhood trauma and adult attachment. *Journal of affective disorders*, 163, 102-109.

Naidu K, van Staden WC, van der Linde M. Severity of psychotic episodes in predicting concurrent depressive and anxiety features in acute phase schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2014;14:166.

Pallanti, S.; Quercioli, L.; Hollander, E. Social Anxiety in Outpatients With Schizophrenia: A Relevant Cause of Disability. *Am J Psychiatry* 2004; 161:53–58

Temmingh, H., Stein, D.J., 2015. Anxiety in Patients with Schizophrenia: Epidemiology and Management. *CNS Drugs* 29, 819-832.

Turk, C.L., Heimberg, R.G., Orsillo, S.M., Holt, C.S., Gitow, A., Street, L.L., Schneier, F.R., Liebowitz, M.R., 1998. An investigation of gender differences in social phobia. *J. Anxiety Disord.* 12, 209–223.

Veras A., Cougo S., Meira F., Peixoto C., Barros J., Nardi AE., et al. Schizophrenia dissection by five anxiety and depressive subtype comorbidities: Clinical implications and evolutionary perspective. *Elsevier. Psychiatry Research* 257 (2017) 172–178

Witcher HU, Fehm L. 2001. Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. *Psychiatr Clin North*; 24:617–641

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo um transtorno grave, crônico e de etiologia ainda não compreendida, a esquizofrenia ainda é um transtorno que demanda conhecimento e entendimento devido a suas características, sintomas e particularidades. A esquizofrenia é um transtorno que influencia não apenas no aspecto cognitivo do sujeito, mas em toda sua forma de viver; com modificações comportamentais, emocionais, no trabalho, qualidade de vida, etc. Desta forma, ainda assim, se faz necessário investimento científico para que estes sujeitos possam ter alguma melhora e maior qualidade de vida ao enfrentar a vida com esquizofrenia.

De maneira geral, este estudo visou contribuir com essa compreensão da esquizofrenia com foco na relação existente em comorbidade com a ansiedade social, devido a alta prevalência de ansiedade social em pacientes esquizofrênicos. Para tanto, dois capítulos de livro aceitos e publicados, e um artigo foram confeccionados.

No primeiro capítulo foi abordado de maneira geral a relação da esquizofrenia com as comorbidades mais frequentes, sendo elas o transtorno depressivo, transtornos de ansiedade e dependência de álcool e outras drogas. Neste estudo é apresentado pontos a serem observados nestas correlações, que visam a contribuir com o diagnóstico correto e assim tratamento adequado para tais pacientes.

Já no segundo capítulo, é proposto uma correlação entre o transtorno delirante e a ansiedade social e os sintomas psicóticos que essa associação pode desencadear. Vemos no decorrer do capítulo que o transtorno delirante se confunde e se perde na esquizofrenia em decorrência aos sintomas que se assemelham, fazendo com que a investigação e esclarecimentos destes necessite de uma análise criteriosa a fim de também prevenir a abertura de quadros psicóticos.

Para concluir o estudo, um artigo científico é confeccionado no intuito de compreender e encontrar dados que possam tanto guiar, ajudar e esclarecer a relação entre esquizofrenia e ansiedade social como encontrar novos dados que ampliem o olhar clínico e científico para essa relação. Por meio da análise estatística foi possível comparar e correlacionar ambos os transtornos. Apesar das limitações relatadas, como quantidade de indivíduos e prevalência do sexo masculino, foi possível apresentar algumas características a serem observadas e levadas em conta em tais pacientes, possibilitando um manejo mais adequado do tratamento e também como forma preventiva.

Assim, pode-se perceber que a esquizofrenia quando associada a outras comorbidades, em especial a ansiedade social, tende a manifestar maiores prejuízos nestes sujeitos, como aumento de sintomas, piora na qualidade de vida e na cognição. Nota-se que é necessário que avaliadores estejam atentos a sintomas como embotamento afetivo, distanciamento social e histórico de traumas na vida destes indivíduos, fatores que podem indicar a presença de ansiedade social, além da própria esquizofrenia.

Apesar dos achados e da literatura descrita neste trabalho, cabe ressaltar o quanto ainda é necessário investimento em pesquisas não apenas a respeito desta correlação entre esquizofrenia e ansiedade social, mas para a esquizofrenia de maneira geral. Por meio do contato com esses pacientes e a experiência com os mesmos, é possível perceber o quanto indivíduos com esquizofrenia ainda são discriminados pela sociedade, e como a falta de tratamento adequado e compreensão para com estes, acaba por mantê-los em um “espaço” de escória social. Assim como todos os indivíduos, estes pacientes possuem história, desenvolvimento e inúmeras qualidades que precisam ser reconhecidas e desenvolvidas, pois, com atendimento e tratamento adequado, muitos sujeitos recuperam grande parte de sua vida.

Por fim, a relevância deste estudo como um todo, encontra-se nos diversos pontos ressaltados ao se analisar e comparar a esquizofrenia e a ansiedade social. Esperando-se que com as informações sugeridas e propostas, clínicos, profissionais da área, pacientes, familiares e interessados ao tema, possam tomar conhecimento e assim compreender um pouco mais o mundo da esquizofrenia.

REFERÊNCIAS

- Achim, A. M., Maziade, M., Raymond, É., Olivier, D., Mérette, C., & Roy, M. A. (2011). How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia bulletin*, 37(4), 811-821.
- Aikawa, S., Kobayashi, H., Nemoto, T., Matsuo, S., Wada, Y., Mamiya, N., ... & Mizuno, M. (2018). Social anxiety and risk factors in patients with schizophrenia: Relationship with duration of untreated psychosis. *Psychiatry Research*, 263, 94-100.
- Arendt, M., Rosenberg, R., Foldager, L., Perto, G., & Munk-Jørgensen, P. (2005). Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases. *The British journal of psychiatry*, 187(6), 510-515.
- Armando, M., Lin, A., Girardi, P., Righetti, V., Dario, C., Saba, R., ... & Nastro, P. F. (2013). Prevalence of psychotic-like experiences in young adults with social anxiety disorder and correlation with affective dysregulation. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(12), 1053-1059.
- Bayle, F. J., Krebs, M. O., Epelbaum, C., Levy, D., & Hardy, P. (2001). Clinical features of panic attacks in schizophrenia. *European psychiatry*, 16(6), 349-353.
- Beesdo-baum, K., Knappe, S. 2012. Developmental epidemiology of anxiety disorders. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin N Am.* 21,457–478.
- Bekker, M.H.J., van Mens-Verhulst, J., 2007. Anxiety disorders: sex differences in prevalence, degree, and background, but gender-natural treatment. *Gender Med.* 4 suppl B, s178-s193.
- Berman, I., Kalinowski, A., Berman, S. M., Lengua, J., & Green, A. I. (1995). Obsessive and compulsive symptoms in chronic schizophrenia. *Comprehensive psychiatry*, 36(1), 6-10.
- Bermanzohn, P. C., Arlow, P. B., Albert, C., & Siris, S. G. (1999). Relationship of panic attacks to paranoia. *American Journal of Psychiatry*, 156(9), 1469-1469.

Birchwood, M., Trower, P., Brunet, K., Gilbert, P., Iqbal, Z., Jackson, C. 2006. Social anxiety and the shame of psychosis: a study in first episode psychosis. *Behaviour Research and Therapy* 45,1025–1037.

Bleuler, E. (1950). Dementia praecox or the group of schizophrenias.

Braga, R. J., Petrides, G., & Figueira, I. (2004). Anxiety disorders in schizophrenia. *Comprehensive psychiatry*, 45(6), 460-468.

Braga, R. J., Reynolds, G. P., & Siris, S. G. (2013). Anxiety comorbidity in schizophrenia. *Psychiatry research*, 210(1), 1-7.

Bremner JD, Bolus R, Mayer EA. Psychometric properties of the early trauma inventory-self report. *J Nervous Mental Dis.* 2007;195:211–218.

Bremner, J. D., Vermetten, E., & Mazure, C. M. (2000). Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: the Early Trauma Inventory. *Depression and anxiety*, 12(1), 1-12.

Bosanac, P., Mancuso, S.G., Castle, D.J., 2016. Anxiety Symptoms in Psychotic Disorders: Results from the Second Australian National Mental Health Survey. *Clin. Schizophr. Relat. Psychoses*. 10, 93-100.

Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., & Castle, D. J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 35(2), 383-402.

Cassano, G. B., Pini, S., Sacttoni, M., & Dell’Osso, L. (1999). Multiple anxiety disorder comorbidity in patients with mood spectrum disorders with psychotic features. *American Journal of Psychiatry*, 156(3), 474-476.

Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2005). Childhood social anxiety disorder: from understanding to treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 14(4), 797-818.

Cosoff, S. J., & Hafner, R. J. (1998). The prevalence of comorbid anxiety in schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(1), 67-72.

Craig, T., Hwang, M. Y., & Bromet, E. J. (2002). Obsessive-compulsive and panic symptoms in patients with first-admission psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 159(4), 592-598.

de Haan, L., Sterk, B., Wouters, L., & Linszen, D. H. (2013). The 5-year course of obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in first-episode schizophrenia and related disorders. *Schizophrenia bulletin*, 39(1), 151-160.

Dernovšek, M. Z., & Šprah, L. (2009). Comorbid anxiety in patients with psychosis. *Psychiatria Danubina*, 21(1), 43-50.

Di-PAD. Diagnostic Interview for Psychosis and Affective Disorders. Department of Psychiatry & the Behavioral Sciences. 2009

Docherty, N. M., St-Hilaire, A., Aakre, J. M., Seghers, J. P., McCleery, A., & Divilbiss, M. (2011). Anxiety interacts with expressed emotion criticism in the prediction of psychotic symptom exacerbation. *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 611-618.

Edition, F. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Am Psychiatric Assoc.*

ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., ... & Vollebergh, W. A. M. (2004). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 28-37.

Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T., & Wittchen, H. U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European neuropsychopharmacology*, 15(4), 453-462.

Feinberg, M., Willer, R., & Keltner, D. (2012). Flustered and faithful: Embarrassment as a signal of prosociality. *Journal of personality and social psychology*, 102(1), 81

Fenton, W. S., & McGlashan, T. H. (1986). The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *The American journal of psychiatry*.

Freeman, D., & Fowler, D. (2009). Routes to psychotic symptoms: trauma, anxiety and psychosis-like experiences. *Psychiatry research*, 169(2), 107-112.

Gadelha, A.; Nardi, A. E.; Silva, A. G. 2021. Esquizofrenia: teoria e clínica. 2 ed. Porto Alegre, Artmed.

Glynn, S. M., Randolph, E. T., Eth, S., Paz, G. G., Leong, G. B., Shaner, A. L., & Strachan, A. (1990). Patient psychopathology and expressed emotion in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 157(6), 877-880.

Goodwin, R. D., Amador, X. F., Malaspina, D., Yale, S. A., Goetz, R. R., & Gorman, J. M. (2003). Anxiety and substance use comorbidity among inpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 61(1), 89-95.

Gumley, A., O'Grady, M., Power, K., Schwannauer, M. 2004. Negative beliefs about self and illness: a comparison of individuals with psychosis with or without comorbid social anxiety disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38, 960–964.

Gut-Fayand A, Dervaux A, Olie JP, Loo H, Poirier MF, Krebs MO: Substance abuse and suicidality in schizophrenia: a common risk factor linked to impulsivity. *Psychiatry Res* 2001; 102:65–72

Haloerin S, Nathan P, Drummond P, Castle D: A cognitive-behavioural, group-based intervention for social anxiety in schizophrenia. *Austr NZ J Psychiatry* 2000; 34:809–813
Center for Genomic Psychiatry Department of Psychiatry & the Behavioral Sciences Keck School of Medicine University of Southern California Los Angeles, CA

Heun, R., & Maier, W. (1995). Relation of schizophrenia and panic disorder: evidence from a controlled family study. *American journal of medical genetics*, 60(2), 127-132.

Higuchi, H., Kamata, M., Yoshimoto, M., Shimisu, T., & Hishikawa, Y. (1999). Panic attacks in patients with chronic schizophrenia: A complication of long-term neuroleptic treatment. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 53(1), 91-94.

Hofmann, S. G. (1999). Relationship between panic and schizophrenia. *Depression and anxiety*, 9(3), 101-106.

Hui, C. L. M., Lee, E. H. M., Chang, W. C., Chan, S. K. W., Lin, J., Xu, J. Q., & Chen, E. Y. H. (2015). Delusional disorder and schizophrenia: a comparison of the neurocognitive and clinical characteristics in first-episode patients. *Psychological Medicine*, 45(14), 3085.

Hur, J., DeYoung, K. A., Islam, S., Anderson, A. S., Barstead, M. G., & Shackman, A. J. (2020). Social context and the real-world consequences of social anxiety. *Psychological medicine*, 50(12), 1989-2000.

Hwang, M. Y., & Bermanzohn, P. C. (Eds.). (2008). *Schizophrenia and comorbid conditions: diagnosis and treatment*. American Psychiatric Pub.

Hwang, M. Y., & Opler, L. A. (2000). Management of schizophrenia with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Annals*, 30(1), 23-28.

Hwang, M. Y., Yum, S. Y., Losonczy, M. F., Mitchell, G., & Kwon, J. S. (2006). Schizophrenia with obsessive compulsive features. *Psychiatry (Edgmont)*, 3(9), 34.

Kahn, J. P. (2013). *Angst: Origins of anxiety and depression*. Oxford University Press.

Kahn, J. P., & Meyers, J. R. (2000). Treatment of comorbid panic disorder and schizophrenia: evidence for a panic psychosis. *Psychiatric Annals*, 30(1), 29-33.

Kahn, J. P., Puertollano, M. A., Schane, M. D., & Klein, D. F. (1988). Adjunctive alprazolam for schizophrenia with panic anxiety: clinical observation and pathogenetic implications. *Am J Psychiatry*, 145(6), 742-744.

Karatzias, T., Gumley, A., Power, K., Grady, M. O. 2007. Illness appraisals and self-esteem as correlates of anxiety and affective comorbid disorders in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* 48,371–375.

Kay, S. R.; Flszbeln, A.; Opler, L. A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. VOL. 13, NO. 2, 1967

Kendler, K. S. (1980). The nosologic validity of paranoia (simple delusional disorder): a review. *Archives of General Psychiatry*, 37(6), 699-706.

Kokurcan, A., & Nazlı, Ş. B. (2020). Clinical correlates of obsessive-compulsive disorder comorbidity in patients with schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(1), 51.

Koreen, A. R., Siris, S. G., Chakos, M., Alvir, J., Mayerhoff, D., & Lieberman, J. (1993). Depression in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1643-1643.

Kuo, J. R., Goldin, P. R., Werner, K., Heimberg, R. J., Gross, J. J., 2010. Childhood trauma and current psychological functioning in adults with social anxiety disorder. *J. Anxiety Disord.* 25,467–473.

Large, M., Sharma, S., Compton, M. T., Slade, T., & Nielssen, O. (2011). Cannabis use and earlier onset of psychosis: a systematic meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 68(6), 555-561.

Liebowitz MR. Social phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiatry*. 1987;22:141-73.

Lopes, B. C. (2013). Differences between victims of bullying and nonvictims on levels of paranoid ideation and persecutory symptoms, the presence of aggressive traits, the display of social anxiety and the recall of childhood abuse experiences in a Portuguese mixed clinical sample. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(3), 254-266.

- Lysaker, P. H., Salvatore, G., Grant, M. L., Procacci, M., Olesek, K. L., Buck, K. D., ... & Dimaggio, G. (2010). Deficits in theory of mind and social anxiety as independent paths to paranoid features in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 124(1-3), 81-85.
- Lysaker, P. H., & Salyers, M. P. (2007). Anxiety symptoms in schizophrenia spectrum disorders: associations with social function, positive and negative symptoms, hope and trauma history. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(4), 290-298.
- Lysaker, P. H., Yanos, P., Outcalt, J., & Roe, D. (2010). Association of stigma, self-esteem, and symptoms with concurrent and prospective assessment of social anxiety in schizophrenia. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 4(1), 41-48.
- Marneros, A., Pillmann, F., & Wustmann, T. (2012). Delusional disorders—are they simply paranoid schizophrenia?. *Schizophrenia bulletin*, 38(3), 561-568.
- Martin, J. A., & Penn, D. L. (2001). Social cognition and subclinical paranoid ideation. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(3), 261-265.
- Mauri, M. C., Di Pace, C., Reggiori, A., Paletta, S., & Colasanti, A. (2017). Primary psychosis with comorbid drug abuse and drug-induced psychosis: diagnostic and clinical evolution at follow up. *Asian Journal of Psychiatry*, 29, 117-122.
- Meier, S. M., Petersen, L., Pedersen, M. G., Arendt, M. C., Nielsen, P. R., Mattheisen, M., ... & Mortensen, P. B. (2014). Obsessive-compulsive disorder as a risk factor for schizophrenia: a nationwide study. *JAMA psychiatry*, 71(11), 1215-1221.
- Michail, M., & Birchwood, M. (2009). Social anxiety disorder in first-episode psychosis: incidence, phenomenology and relationship with paranoia. *The British Journal of Psychiatry*, 195(3), 234-241.
- Michail, M., Birchwood, M. 2013. Social anxiety disorder and shame cognitions in psychosis. *Psychological Medicine* 43,133–142.

Michail, M., & Birchwood, M. (2014). Social anxiety in first-episode psychosis: the role of childhood trauma and adult attachment. *Journal of affective disorders*, 163, 102-109.

Morrison, A. P., & Wells, A. (2007). Relationships between worry, psychotic experiences and emotional distress in patients with schizophrenia spectrum diagnoses and comparisons with anxious and non-patient groups. *Behaviour research and therapy*, 45(7), 1593-1600.

Naidu K, van Staden WC, van der Linde M. Severity of psychotic episodes in predicting concurrent depressive and anxiety features in acute phase schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2014;14:166.

Nardi, A. E., Quevedo, J., & da Silva, A. G. (2014). *Transtorno de ansiedade social: teoria e clínica*. Artmed Editora.

Organização Mundial da Saúde. (1992). *Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.

O'Toole, M. S., Arendt, M., Fentz, H. N., Hougaard, E., & Rosenberg, N. K. (2014). Cluster A personality pathology in social anxiety disorder: A comparison with panic disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(7), 460-463.

Pallanti, S.; Quercioli, L.; Hollander, E. Social Anxiety in Outpatients With Schizophrenia: A Relevant Cause of Disability. *Am J Psychiatry* 2004; 161:53–58

Pavlova, B., Perlis, R. H., Mantere, O., Sellgren, C. M., Isometsä, E., Mitchell, P. B., ... & Uher, R. (2017). Prevalence of current anxiety disorders in people with bipolar disorder during euthymia: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 47(6), 1107.

Poyurovsky, M., Hramenkov, S., Isakov, V., Rauchverger, B., Modai, I., Schneidman, M., ... & Weizman, A. (2001). Obsessive-compulsive disorder in hospitalized patients with chronic schizophrenia. *Psychiatry research*, 102(1), 49-57.

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Jama*, 264(19), 2511-2518.

Roy, M. A., Demers, M. F., & Achim, A. M. (2018). Social anxiety disorder in schizophrenia: a neglected, yet potentially important comorbidity. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN*, 43(4), 287.

Samuels, J., Nestadt, G., Wolyniec, P., Adler, L., Liang, K. Y., & Pulver, A. (1993). Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 9(2-3), 139.

Savitz, A. J., Kahn, T. A., McGovern, K. E., & Kahn, J. P. (2011). Carbon dioxide induction of panic anxiety in schizophrenia with auditory hallucinations. *Psychiatry research*, 189(1), 38-42.

Sharma, L. P., & Reddy, Y. J. (2019). Obsessive-compulsive disorder comorbid with schizophrenia and bipolar disorder. *Indian journal of psychiatry*, 61(Suppl 1), S140.

Smeets, F., Lataster, T., Dominguez, M. D. G., Hommes, J., Lieb, R., Wittchen, H. U., & van Os, J. (2012). Evidence that onset of psychosis in the population reflects early hallucinatory experiences that through environmental risks and affective dysregulation become complicated by delusions. *Schizophrenia bulletin*, 38(3), 531-542.

Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 100-113.

Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The lancet*, 371(9618), 1115-1125.

Stengel, E. (1945). A study on some clinical aspects of the relationship between obsessional neurosis and psychotic reaction types. *Journal of Mental Science*, 91(383), 166-187.

- Sutliff, S., Roy, M. A., & Achim, A. M. (2015). Social anxiety disorder in recent onset schizophrenia spectrum disorders: The relation with symptomatology, anxiety, and social rank. *Psychiatry research*, 227(1), 39-45.
- Taylor, K. N., & Stopa, L. (2013). The fear of others: a pilot study of social anxiety processes in paranoia. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 41(1), 66.
- Temmingh, H., & Stein, D. J. (2015). Anxiety in patients with schizophrenia: epidemiology and management. *CNS drugs*, 29(10), 819-832.
- Thewissen, V., Myin-Germeys, I., Bentall, R., de Graaf, R., Vollebergh, W., & van Os, J. (2007). Instability in self-esteem and paranoia in a general population sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(1), 1-5.
- Tibbo, P., Kroetsch, M., Chue, P., & Warneke, L. (2000). Obsessive–compulsive disorder in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 34(2), 139-146.
- Tonna, M., Ottoni, R., Affaticati, A., Ferrari, L., Monici, A., Ossola, P., ... & Marchesi, C. (2015). The impact of obsessive dimension on symptoms and functioning in schizophrenia. *Psychiatry research*, 230(2), 581-584.
- Turk, C.L., Heimberg, R.G., Orsillo, S.M., Holt, C.S., Gitow, A., Street, L.L., Schneier, F.R., Liebowitz, M.R., 1998. An investigation of gender differences in social phobia. *J. Anxiety Disord.* 12, 209–223.
- Ulas, H., Alptekin, K., Akdede, B. B., Tumuklu, M., Akvardar, Y., Kitis, A., & Polat, S. (2007). Panic symptoms in schizophrenia: comorbidity and clinical correlates. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 61(6), 678-680.
- Ulaş, H., Polat, S., Akdede, B. B., & Alptekin, K. (2010). Impact of panic attacks on quality of life among patients with schizophrenia. *Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry*, 34(7), 1300-1305.

Upthegrove R, Marwaha S, Birchwood M. Depression and Schizophrenia: Cause, Consequence, or Trans-diagnostic Issue? *Schizophrenia Bulletin* vol. 43 no. 2 pp. 240–244, 2017

Veras, A. B., Cougo, S., Meira, F., Peixoto, C., Barros, J. A., Nardi, A. E., ... & Kahn, J. P. (2017). Schizophrenia dissection by five anxiety and depressive subtype comorbidities: Clinical implications and evolutionary perspective. *Psychiatry Research*, 257, 172-178.

Veras, A. B., do-Nascimento, J. S., Rodrigues, R. L., Guimarães, A. C. A., & Nardi, A. E. (2011). Psychotic symptoms in social anxiety disorder patients: report of three cases. *International archives of medicine*, 4(1), 1-5.

Veras, A. B., Nardi, A. E., & Kahn, J. P. (2013). Attachment and self-consciousness: a dynamic connection between schizophrenia and panic. *Medical hypotheses*, 81(5), 792-796.

Veras, A. B., e Souza, T. G., Ricci, T. G., de Souza, C. P., Moryiama, M. C., Nardi, A. E., ... & Kahn, J. P. (2015). Paranoid delusional disorder follows social anxiety disorder in a long-term case series: evolutionary perspective. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(6), 477-479.

Wancata, J., Fridl, M., & Friedrich, F. (2009). Social Phobia: Epidemiology And Health Care Epidemiologie Und Versorgung Der Sozialphobie. *Psychiatria Danubina*, 21(4), 520-524.

Westermeyer, J. (2006). Comorbid schizophrenia and substance abuse: a review of epidemiology and course. *American Journal on Addictions*, 15(5), 345-355.

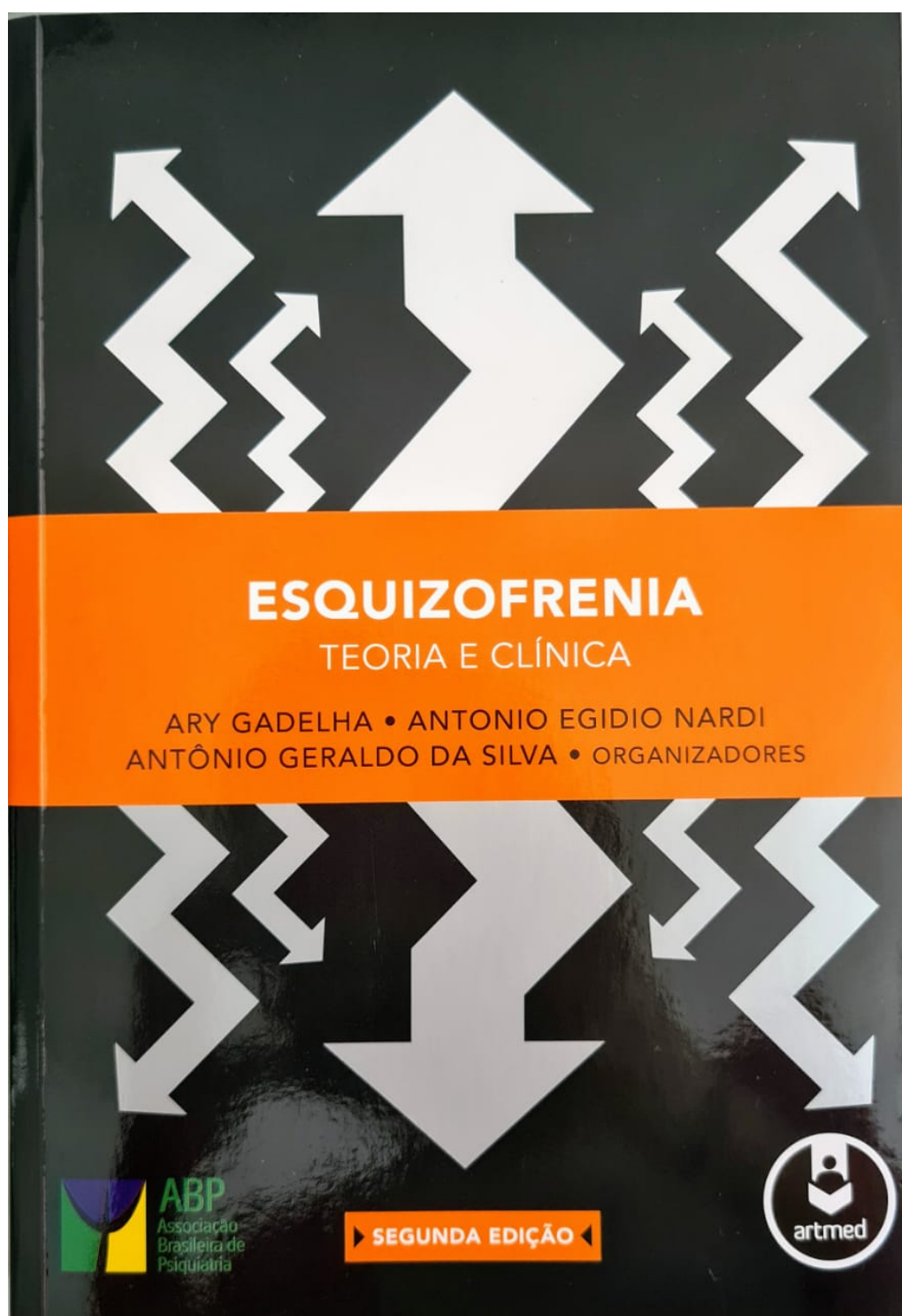
White, R. G., & Gumley, A. (2010). Intolerance of uncertainty and distress associated with the experience of psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(3), 317-324.

Wigman, J. T. W., Lin, A., Vollebergh, W. A., van Os, J., Raaijmakers, Q. A., Nelson, B., ... & Yung, A. R. (2011). Subclinical psychosis and depression: co-occurring phenomena that do not predict each other over time. *Schizophrenia research*, 130(1-3), 277-281.

Witcher HU, Fehm L. 2001. Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. *Psychiatr Clin North*; 24:617–641

Wittchen, H. U., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological medicine*, 29(2), 309-323.

Ziedonis, D. M. (1992). Comorbid psychopathology and cocaine addiction.



Capa do livro Esquizofrenia – Teoria e Clínica. 2º Ed.

14

Comorbidades psiquiátricas
na esquizofrenia

Thaysse G. Ricci
André Barciela Veras



INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma patologia grave, cujo curso é caracterizado por uma ampla variedade de aspectos. Esses aspectos essenciais são um misto de sinais e sintomas característicos, classificados como positivos ou negativos. Tais sintomas são passíveis de grandes oscilações, que podem apenas caracterizar temporariamente uma crise, como também permanecer, se intensificar ou se agravar ao longo do tempo, ou mesmo configurar uma comorbidade.

Essa ligação esquizofrenia-comorbidade pode ser considerada uma discussão histórica na psiquiatria, diante da tênue linha que distingue neurose e psicose, assunto que até hoje é objeto de questionamentos e reflexões. As controvérsias sobre se uma apresentação sintomática é decorrente de uma neurose, acompanhada em seu agravamento por sintomas psicóticos, ou, na verdade, trata-se de uma psicose estrutural, que contém aspectos mais neuróticos no funcionamento mental, resultam em uma frequente dúvida diagnóstica.

As comorbidades psiquiátricas são comuns em muitos pacientes com esquizofrenia. Os sintomas mais encontrados são a ansiedade e a depressão. Além deles, o abuso de substâncias também é considerado uma comorbidade importante no curso da doença.¹ As mani-

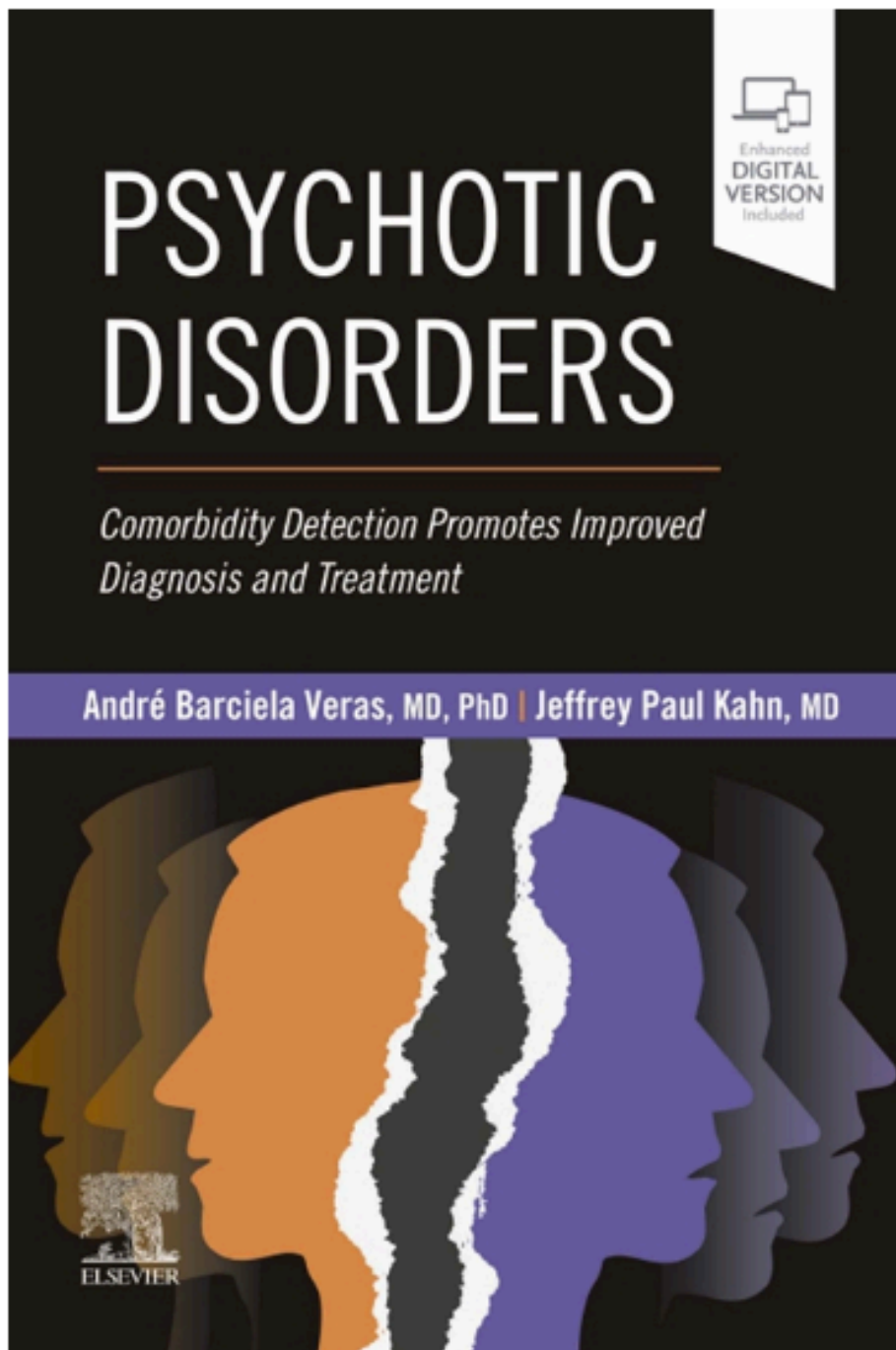
festações clínicas, a evolução e o tratamento da esquizofrenia podem variar dependendo das comorbidades observadas em cada caso.

A identificação das comorbidades é de fundamental importância para o tratamento, pois torna o manejo de cada paciente com esquizofrenia ainda mais específico quanto às estratégias farmacológicas e intervenções terapêuticas, afetando diretamente o prognóstico. Esse enfoque do diagnóstico adicional da comorbidade na esquizofrenia se justifica, inclusive, devido à amplitude sintomática da doença, pois frequentemente se atribui a um transtorno mental maior a explicação e o pertencimento de todos os demais sintomas.

A importância clínica da existência de comorbidades é um assunto recente, que ainda requer maiores investimentos quanto a pesquisas e debates, mas, sobretudo, maior atenção por parte dos profissionais da saúde. Com o objetivo de auxiliar esses profissionais em sua identificação, este capítulo abordará a apresentação das principais comorbidades psiquiátricas observadas na esquizofrenia (Figura 14.1).

TRANSTORNO DEPRESSIVO

É estimado que 80% dos indivíduos com esquizofrenia experienciem sintomas depressi-



Capa do livro *Psychotic Disorders*

CHAPTER 5

Persecutory Delusional Disorder and Social Anxiety

Thaysse Gomes Ricci
 Maria Rita Silva de Souza
 Aline França da Hora Amarães
 Kethlyn Carolina Motter
 André Barciela Veras

Persecutory Delusional Disorder

p. 67

Delusional disorders are characterized by fixed beliefs based on bizarre interpretations of reality (despite evidence to the contrary), not related to daily life experiences, and not specific to a given cultural group. There are five major subtypes: erotomanic (i.e., an individual delusionally believes that another person is in love with them), grandiose (i.e., delusional belief of having exceptional talent, ideas, or important discoveries), jealous (i.e., delusional belief that their significant other is unfaithful), persecutory (delusional belief that he or she is being conspired against, cheated, spied on, followed, poisoned or drugged, maliciously maligned, harassed, or obstructed in the pursuit of long-term goals), and somatic (the delusion involves bodily functions or sensations), along with mixed type and unspecified type. In this chapter we will be focusing on persecutory delusional disorder (PDD), sometimes known as paranoid delusional disorder (see [Table 5.1](#)).

TABLE 5.1 Diagnostic Criteria: Delusional Disorder
 DSM5 297.1 (ICD10 F22)

American Psychiatric Association. Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm02> .

- a. The presence of one (or more) delusions with a duration of 1 month or longer.
 - b. Criterion A for schizophrenia has never been met.
- Note:** Hallucinations, if present, are not prominent and are related to the delusional theme (e.g., the sensation of being infested with insects associated with delusions of infestation).
- c. Apart from the impact of the delusion(s) or its ramifications, functioning is not markedly impaired, and behavior is not obviously bizarre or odd.
 - d. If manic or major depressive episodes have occurred, these have been brief relative to the duration of the delusional periods.
 - e. The disturbance is not attributable to the physiologic effects of a substance or another medical condition and is not better explained by another mental disorder, such as body dysmorphic disorder or obsessive-compulsive disorder.

Persecutory type: This subtype applies when the central theme of the delusion

Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS)

Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (LSAS) é um questionário, que tem como objetivo principal avaliar o leque de interações sociais e situações de desempenho que os indivíduos com fobia social temem e/ou evitam.

É também uma ferramenta popular usada por pesquisas para avaliar a eficiência dos vários tratamentos para ansiedade social, incluindo ensaios farmacológicos.

Existe uma escala de ansiedade social alterada para crianças e adolescentes.

O questionário inclui 24 itens. Cada item é composto por uma situação, o grau de ansiedade (0-3 = nenhum, leve, moderada, grave) e o grau de evitação (0-3 = nunca, às vezes, muitas vezes, geralmente)

	MEDO OU ANSIEDADE 0 = Nenhum 1 = Leve 2 = Moderado 3 = Intenso	EVITAÇÃO 0 = Nunca 1 = Ocasionalmente 2 = Frequentemente 3 = Geralmente
1. Telefonar em público.		
2. Participar de pequenos grupos.		
3. Comer em locais públicos.		
4. Beber com outros em locais públicos.		
5. Falar com pessoas em posição de autoridade.		
6. Agir, realizar ou falar em frente a uma audiência.		
7. Ir a uma festa.		
8. Trabalhar sendo observado.		
9. Escrever sendo observado.		
10. Chamar alguém que você não conhece muito bem.		
11. Falar com pessoas que você não conhece muito bem.		
12. Encontrar com estranhos.		
13. Urinar em banheiro público.		
14. Entrar em uma sala onde outros já estão sentados.		
15. Ser o centro das atenções.		
16. Falar em uma reunião.		
17. Fazer uma prova.		
18. Expressar uma discordância ou desaprovação para pessoas que você não conhece bem.		
19. Olhar nos olhos de pessoa que você não conhece bem.		
20. Relatar algo para um grupo.		
21. Tentar paquerar alguém.		
22. Devolver mercadorias para uma loja.		
23. Dar uma festa.		
24. Resistir às pressões de um vendedor.		

Escala de Ansiedade Social de *Liebowitz* (LSAS)

PANSS (1)

1 = AUSENTE 2=MÍNIMO 3=LEVE 4=MODERADO
5= MORERADAMENTE GRAVE 6= GRAVE 7 EXTREMO

1 ESCALA POSITIVA (P)

P1	DELÍRIOS	1	2	3	4	5	6	7
P2	DESORGANIZAÇÃO CONCEITUAL	1	2	3	4	5	6	7
P3	COMPORTAMENTO ALUCINATÓRIO	1	2	3	4	5	6	7
P4	EXCITAÇÃO	1	2	3	4	5	6	7
P5	GRANDIOSIDADE	1	2	3	4	5	6	7
P6	DESCONFIANÇA/PERSEGUIÇÃO	1	2	3	4	5	6	7
P7	HOSTILIDADE	1	2	3	4	5	6	7
SUB-TOTAL								

2 ESCALA NEGATIVA (N)

N1	EMBOTAMENTO AFETIVO	1	2	3	4	5	6	7
N2	RETRAIMENTO EMOCIONAL	1	2	3	4	5	6	7
N3	CONTATO POBRE	1	2	3	4	5	6	7
N4	RETRAIMENTO SOCIAL PASSIVO/APATICO	1	2	3	4	5	6	7
N5	DIFICULDADE NO PENSAMENTO ABSTRATO	1	2	3	4	5	6	7
N6	FALTA DE ESPONTANEIDADE NA FLUENCIA DA CONVERSA	1	2	3	4	5	6	7
N7	PENSAMENTO ESTEREOTIPADO	1	2	3	4	5	6	7
SUB-TOTAL								

3. ESCALA DE PSICOPATOLOGIA GERAL (G)

G1	PREOCUPAÇÃO SOMÁTICA	1	2	3	4	5	6	7
G2	ANSIEDADE	1	2	3	4	5	6	7
G3	SENTIMENTOS DE CULPA	1	2	3	4	5	6	7
G4	TENSÃO	1	2	3	4	5	6	7
G5	MANEIRISMO E POSTURA	1	2	3	4	5	6	7
G6	DEPRESSÃO	1	2	3	4	5	6	7
G7	RETARDO MOTOR	1	2	3	4	5	6	7
G8	FALTA DE COOPERAÇÃO	1	2	3	4	5	6	7
G9	CONTEÚDO INCOMUM DO PENSAMNETO	1	2	3	4	5	6	7
G10	DESORIENTAÇÃO	1	2	3	4	5	6	7
G11	ATENÇÃO POBRE	1	2	3	4	5	6	7
G12	FALTA DE JULGAMENTO E INSIGHT	1	2	3	4	5	6	7
G13	AMBIVALÊNCIA VOLITIVA	1	2	3	4	5	6	7
G14	POBREZA NO CONTROLE DOS IMPULSOS	1	2	3	4	5	6	7
G15	PREOCUPAÇÃO	1	2	3	4	5	6	7
G16	ESQUIVA SOCIAL ATIVA	1	2	3	4	5	6	7
SUBTOTAL								

ESCORE TOTAL DA PANSS (somados os três subtotaís)

Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)

Inventário de Auto-Avaliação de Traumas Precoces - Versão Reduzida (IAATP-VR)

COPYRIGHT: J. Douglas Bremner (2009). Tradução para o português do Brasil: Flávia de Lima Osório, Kátia Cruvinel Arrais, Ila Marques Porto Linares, João Paulo Machado de Sousa, Ana Vilela Mendes, José Alexandre de Souza Crippa (2010)

Identificação: _____ Idade: _____ Data da avaliação: _____

Parte 1. Traumas Gerais. Antes da idade de 18 anos

1.	Você já foi exposto a algum desastre natural com ameaça a sua vida?	SIM	NÃO
2.	Você já se envolveu em um acidente grave?	SIM	NÃO
3.	Você já sofreu um ferimento ou uma doença grave?	SIM	NÃO
4.	Você já presenciou a morte ou alguma doença grave em seus pais ou responsáveis?	SIM	NÃO
5.	Você vivenciou o divórcio ou separação de seus pais?	SIM	NÃO
6.	Você já presenciou a morte ou um ferimento grave em um dos seus irmãos?	SIM	NÃO
7.	Você já presenciou a morte ou um ferimento grave em um amigo?	SIM	NÃO
8.	Você já presenciou situações de violência dirigida a outras pessoas, incluindo membros da sua família?	SIM	NÃO
9.	Alguém na sua família já sofreu de algum transtorno mental ou psiquiátrico, ou já teve um surto?	SIM	NÃO
10.	Os seus pais ou responsáveis já tiveram problemas com alcoolismo ou abuso de drogas?	SIM	NÃO
11.	Você já viu alguém assassinado?	SIM	NÃO

Parte 2. Castigo Físico. Antes da idade de 18 anos

1.	Você já recebeu um tapa no rosto?	SIM	NÃO
2.	Você já foi queimado com água quente, cigarro ou alguma outra coisa?	SIM	NÃO
3.	Você já recebeu socos ou chutes?	SIM	NÃO
4.	Você já foi atingido por algum objeto arremessado contra você?	SIM	NÃO
5.	Você já foi empurrado?	SIM	NÃO

Parte 3. Abuso Emocional. Antes da idade de 18 anos

1.	Você era frequentemente colocado para baixo ou ridicularizado?	SIM	NÃO
2.	Você era frequentemente ignorado ou tratado como se não fosse importante?	SIM	NÃO
3.	Frequentemente lhe diziam que você não era bom?	SIM	NÃO
4.	Na maioria das vezes você foi tratado com frieza, falta de carinho ou lhe fizeram sentir que não era amado?	SIM	NÃO
5.	Seus pais ou responsáveis frequentemente não conseguiam entender você ou suas necessidades?	SIM	NÃO

Parte 4. Eventos Sexuais. Antes da idade de 18 anos

1.	Você já foi tocado em alguma parte íntima do seu corpo (como seios, coxas, genitais) de um jeito que te surpreendeu ou te fez sentir desconfortável?	SIM	NÃO
2.	Você já teve a experiência de alguém esfregar os genitais em você?	SIM	NÃO
3.	Você já foi forçado ou coagido a tocar em partes íntimas do corpo de outra pessoa?	SIM	NÃO
4.	Alguém já fez sexo com você contra a sua vontade?	SIM	NÃO
5.	Você já foi forçado ou coagido a fazer sexo oral em alguém contra a sua vontade?	SIM	NÃO
6.	Você já foi forçado ou coagido a beijar alguém de maneira sexual ao invés de um modo carinhoso?	SIM	NÃO

Se você respondeu "SIM" para qualquer um dos eventos acima, responda a seguir considerando o evento que teve o maior impacto em sua vida. Na sua resposta, considere como você se sentiu no momento do evento.

1.	Você experimentou medo intenso, pavor ou desespero?	SIM	NÃO
2.	Você se sentiu fora do seu corpo ou como se você estivesse em um sonho?	SIM	NÃO

Inventário de Auto-Avaliação de Traumas Precoces – Versão Reduzida