

Experiência traumática na adolescência e gênese de sintomas psicóticos na vida adulta: um relato de caso sobre esquizofrenia em paciente da região norte do Brasil

Traumatic experience in adolescence and genesis of psychotic symptoms in adult life: a case report on schizophrenia in a patient from the northern region of Brazil

Alfredo Santos Azevedo¹, Andrei Alves Pireneus², Eduardo Henrique Rios Borduque³, Tadeu Vaz Alves⁴, Caio Henrique Rios Borduque⁵

RESUMO

Introdução: define-se esquizofrenia como uma psicose crônica idiopática, de manifestação clínica heterogênea, sintomas iniciais inespecíficos, que se manifesta na adolescência ou início da idade adulta. Enfermidade de múltiplos fatores etiológicos, sabe-se que a hereditariedade tem uma importância relativa na gênese dos sintomas psicóticos, assim como fatores ambientais e história de trauma ao longo da vida.

Objetivo: evidenciar as características clínicas de um caso de esquizofrenia iniciado pós-fator traumático, em adulto assistido por Unidade de Saúde Pública do Município de Gurupi, Estado do Tocantins, região Norte do Brasil.

Material e métodos: realizou-se um relato de caso sobre o atendimento de um paciente do sexo masculino, 33 anos, em acompanhamento médico especializado há 13 anos, que deu entrada no Pronto-Socorro do Hospital Regional de Gurupi (HRG).

Resultados: O diagnóstico de Esquizofrenia foi estabelecido posteriormente ao surgimento da sintomatologia do paciente acima e o tratamento realizado pelo médico plantonista foi midazolam, haldol e solicitado avaliação do psiquiatra que prescreveu depakene, ampicilil, clonazepam. No caso relatado houve o desencadeamento de um surto psicótico em um paciente portador de esquizofrenia.

Considerações Finais: A doença é relativamente comum, porém de difícil diagnóstico, sendo o presente relato considerável e digno de publicação uma vez que foi observada ainda alguma escassez de estudo acerca das experiências traumáticas como fator imperativo na gênese da esquizofrenia. Identificou-se o perfil clínico de esquizofrenia do caso relatado, permitindo notar, com mais clareza, a evolução clínica de um paciente com história familiar de esquizofrenia frente a experiências traumáticas na adolescência.

Descritores: Esquizofrenia. Trauma Psicológico. Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos.

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia is defined as an idiopathic chronic psychosis, with a heterogeneous clinical manifestation and non-specific initial symptoms, manifesting in adolescence or early adulthood. Disease of multiple etiological factors, it is known that heredity has a relative importance in the genesis of psychotic symptoms, as well as environmental factors and history of trauma throughout life.

Objective: To evidence the clinical characteristics of a case of schizophrenia initiated after a traumatic factor, in an adult assisted by the local Public Health Unit of the city of Gurupi-Tocantins, northern region of Brazil.

Material and methods: A case report on the care of a 33-year-old male patient under specialized medical care for 13 years was given to the Emergency Medical Services of the Hospital Regional de Gurupi (HRG).

Results: The diagnosis of schizophrenia was established after the onset of symptoms of the patient and the treatment performed by the attending physician was midazolam, haldol and requested evaluation by the psychiatrist who prescribed depakene, ampicilil and clonazepam. In the case reported there was the onset of a psychotic outbreak in a patient with schizophrenia.

Final Considerations: The disease is relatively common, but with a difficult diagnose, making the present report considerable and worthy of publication since there has been a lack of study of traumatic experiences as an imperative factor in the genesis of schizophrenia. The clinical profile of schizophrenia in the case reported was identified, allowing us to note, with greater clarity, the clinical evolution of a patient with a family history of schizophrenia in the face of traumatic experiences in adolescence.

Descriptors: Schizophrenia. Psychological Trauma. Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders.

¹ Acadêmico do Centro Universitário UnirG. Gurupi-TO. E-mail: alfredo_az1@hotmail.com.

² Acadêmico do Centro Universitário UnirG. Gurupi-TO. E-mail: andreipireneus@gmail.com

³ Acadêmico do Centro Universitário UnirG. Gurupi-TO. E-mail: eborduque@gmail.com

⁴ Acadêmico do Centro Universitário UnirG. Gurupi-TO. E-mail: tadeuvazalves@hotmail.com

⁵ Médico graduado pelo Centro Universitário UnirG. Cirurgião Geral pela ESCS. Residente de Urologia pelo Hospital das Forças Armadas - DF. E-mail: caioborduque@hotmail.com

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:
Alfredo Santos Azevedo, Rua Joaquim Batista, número 1084, Centro, Gurupi-TO.
CEP: 77402-010.

INTRODUÇÃO

A definição atual de esquizofrenia indica uma psicose crônica idiopática, aparentando ser um conjunto de diferentes doenças com sintomas que se assemelham e se sobrepõem, que se manifesta na adolescência ou início da idade adulta.¹ A esquizofrenia é de origem multifatorial onde os fatores genéticos e ambientais assim como experiências traumáticas parecem estar associados a um aumento no risco de desenvolver a doença.² Sabe-se que o curso de diversas doenças de clara etiologia biológica pode ser influenciado por “eventos estressores psicossociais” como perda de familiar próximo, mudança de moradia, exames escolares etc. Estudos recentes investigando a influência destes *life-events* no curso da esquizofrenia sugerem que pacientes esquizofrênicos podem apresentar pioras sintomatológicas diante deste tipo de estresse.^{3,4}

As manifestações clínicas da esquizofrenia são bastante variáveis, afetando diversas áreas do funcionamento psíquico.³ Os pacientes cursam com sintomas positivos (mais comum em surtos psicóticos) e negativos.

Sintomas positivos são aqueles que surgiram com a doença (delírios, alucinações, alterações afetivas e psicomotoras), já os sintomas negativos estão relacionados mais à fase crônica da doença (embotamento afetivo, pobreza do discurso, empobrecimento conativo, distratibilidade e isolamento social).^{5,6}

Não se sabe quais são as causas da esquizofrenia. A hereditariedade tem uma importância relativa, sabe-se que parentes de primeiro grau de um esquizofrênico tem chance maior de desenvolver a doença do que as pessoas em geral.⁷ Por outro lado, não se sabe o modo de transmissão genética da esquizofrenia. Fatores ambientais (p. ex., complicações da gravidez e do parto e infecções) que possam alterar o desenvolvimento do sistema nervoso no período de gestação parecem ter importância na doença.⁴ Foi demonstrado em estudos que pacientes psicóticos tinham, com maior frequência, história de trauma ao longo da vida. Posteriormente verificou-se que além da associação com psicose em geral, sintomas positivos em esquizofrênicos correlacionavam-se fortemente com história de trauma.^{8,9}

A esquizofrenia é uma doença de difícil diagnóstico, uma vez que apresenta diversas manifestações clínicas assim como inúmeros fatores etiológicos tornando desafiante o reconhecimento desta enfermidade. Além disso, alguns pacientes podem tentar esconder seus sintomas, tornando mais difícil relatar adequadamente as características sintomatológicas reais apresentadas pelo doente, de modo que, de maneira geral, a história clínica é analisada através

das pessoas do seu convívio ao profissional médico. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision – DSM-IV-TR), para que a Esquizofrenia seja diagnosticada é necessária a presença de dois ou mais sintomas psicóticos, tais como: delírios, alucinações, pensamento e/ou comportamento desorganizado, catatonia ou sintomas negativos; deterioração na vida social e relação interpessoal; estarem presentes os sintomas por pelo menos seis meses e não serem devidos ao efeito de substâncias ou estarem ligados a uma condição médica geral.¹⁰

No que toca à prevalência da Esquizofrenia no Brasil, é de 0,6 a 1%. Segundo alguns estudos, a idade de início da doença tende a variar em consoante o gênero. Para os homens, a prevalência está entre a faixa de 15 aos 25 anos, e para as mulheres, entre os 25 aos 35 anos.¹¹

O tratamento da esquizofrenia consiste em terapêutica medicamentosa associada a um modelo psicossocial. Assim, a manutenção do tratamento medicamentoso irá conduzir o indivíduo durante a evolução da doença a uma melhora dos sintomas. Porém, existem os efeitos colaterais indesejáveis, como as manifestações extrapiramidais (acatisia, distonia aguda e sintomas parkinsonianos) além de sedação, ganho de peso e impotência. Tais efeitos comprometem a aceitação do medicamento.¹² Entretanto, com o progredir do seu uso, passando para a fase de manutenção há um controle e uma diminuição desses sintomas. A interrupção do tratamento pode levar a novas crises, necessidade de doses mais elevadas do medicamento e muitas vezes até internação.⁶ É importante oferecer ao paciente terapia individual, grupos de apoio, terapia ocupacional e orientação para a família, além de uma equipe multidisciplinar para a adesão ao tratamento. O tratamento implica em ter paciência, tolerância e rigorosa observação pela equipe médica para garantir uma melhora na qualidade de vida do paciente.^{2,7,13}

O presente caso é digno de relato, devido as diversas teorias psicológicas que buscam explicar a gênese dos sintomas psicóticos da esquizofrenia serem escassas acerca da relevância das experiências traumáticas vivenciadas pelo paciente e sua implicação direta na origem das manifestações clínicas, o que dificultou o diagnóstico definitivo aos primeiros sinais e sintomas inespecíficos apresentados pelo paciente.

MATERIAL E MÉTODOS

Neste estudo descreve-se um relato de um paciente do sexo masculino, 33 anos, com diagnóstico clínico de esquizofrenia, feito em 2003, admitido no pronto-socorro do Hospital Regional de

Gurupi-TO em atendimento na policlínica de Gurupi-TO e centro de atendimento psicossocial (CAPS) de Gurupi-TO. Após entender o protocolo e concordar em participar do estudo, a responsável pelo paciente (mãe) assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e, em seguida, foi avaliada.

RESULTADOS

De acordo com o histórico clínico do paciente, a doença se iniciou com quadro de surtos psicóticos prévios, e há aproximadamente 13 anos (a partir de 2016) iniciou a ter quadros de alucinações auditivas com relatos de ter escutado vozes dizendo que ele deveria se matar, além de alterações de natureza visual, ao firmar ver espíritos de parentes já falecidos, chamando ele para o céu. Tais sintomas iniciaram após a morte do pai biológico por suicídio. Com isso, de acordo com histórico cronológico do doente, os sintomas apresentaram piora progressiva, sem superação do luto. O quadro psicológico apresentou características de instabilidade, ao relatar que o paciente, cada vez mais, escutava vozes de espíritos instigando ao afogamento e ver demônios o perseguindo.

Os sintomas eram diversos, além das alucinações, o paciente apresentava gosto de recolher e juntar materiais recicláveis como latas, garrafas, ferro, sem nenhum motivo. A mãe do paciente afirma também que o paciente acredita que ela quer manter relações sexuais com ele. No histórico do doente, apresentava relata episódios de automutilação com pregos e ferro quente. Refere episódio de há 8 anos antes do diagnóstico de esquizofrenia quando se jogou na cisterna, em crise de alucinação. Faz acompanhamento com psiquiatra na policlínica de Gurupi-TO, e no centro de atendimento psicossocial (CAPS) de 2 em 2 meses.

Na história do doente, após ter realizado o diagnóstico de esquizofrenia, o paciente apresentou uso irregular das medicações, alegando que a medicação era excessiva. Medicações em uso: neuroléptico (amplictil) 100mg VO e 12/12h uso contínuo e anti-histamínico H1 (prometazina) 25mg VO de 12/12h uso contínuo.

Apresenta história de casamento, porém, depois da morte do pai, o paciente separou. Posteriormente, o paciente iniciou quadro de pensamentos alterados, quando começou ficar com a "mente perturbada", tem 3 filhos. Apresenta história familiar de mãe com quadro depressivo e pai já falecido, porém com história de transtorno psiquiátrico.

Ao exame físico, paciente cursou em bom estado geral, mucosas úmidas e coradas, discurso desorganizado, verborreico e agitado. Na

prescrição, um benzodiazepínico (Midazolam) 15mg intramuscular (IM) dose única e um antipsicótico (Haldol) 5mg IM dose única às 13:30h pelo médico plantonista do PS e solicitado avaliação da psiquiatria. Após avaliação da psiquiatra paciente evoluiu com uso de estabilizador do humor (depakene) 500 mg, neuroléptico (amplictil) 100mg, VO (2 comprimidos, às 8h e 20h) uso contínuo, benzodiazepínico (clonazepam) 25mg/ml, EV (20 gotas, às 10h e 22h) a critério médico, continuação no leito e solicitado exames laboratoriais.

Os resultados dos exames laboratoriais apresentaram: hemácias- 4,98 tera/L; hematócrito- 44,3%; hemoglobina- 14,5g/dL; HCM- 29,12pg; VCM- 88,96fL; RDW- 13,9%; leucócitos- 4000/mm³; plaquetas- 225000/mm³; gama GT- 14; TGP- 30; glicemia de jejum- 77; TGO- 62; creatinina- 0,92; uréia- 19; potássio- 5,2; fosfatase alcalina- 93.

Durante a internação, apresentou manutenção da prescrição todos os dias, sendo acrescentado o antipsicótico atípico (biperideno) 2mg, VO (1 comprimido às 11h e 20h) no dia 05/10/2016. O paciente apresentou seguimento de internação, oscilando episódios de agressividade, irritabilidade, com alucinações e delírios, solicitando ajuda e medicação para alívio mental.

DISCUSSÃO

O caso relatado trata-se de um paciente esquizofrênico em que uma vivência traumática na adolescência culminou no surgimento dos sintomas psicóticos. Todas as pessoas, no seu cotidiano e ao longo da sua vida, vivenciam uma ou mais experiências traumáticas que podem ser superadas ou não.² No DSM-IV-TR, a experiência traumática é definida como "exposição a um estressor traumático extremo, implicando uma experiência pessoal direta com um acontecimento que envolva morte, ameaça de morte ou ferimento grave, ou outra ameaça à integridade física".¹⁰

As experiências traumáticas na adolescência estão amplamente associados a enfermidades mentais na vida adulta.¹⁴ Estudos mais recentes relacionam o fato de haver sido vítimas de abusos graves quando jovem com o desenvolvimento de psicoses.³

Do ponto de vista psicológico, foi postulado duas vias na qual o trauma predispõe a psicoses. A primeira estaria mediada por consequências negativas do trauma sobre a opinião do mesmo ou de outros: "sou vulnerável", "os outros são perigosos". A outra via seria a associação entre os sintomas pós-traumáticos de re-experimentação e as alucinações.¹⁵ Desde o ponto de vista biológico, a exposição a estressores persistentes e de elevada intensidade induz a uma secreção crônica de glicocorticoide que produz mudanças permanentes no eixo hipotálamo-hipofisário-adrenal. Essa

desregulação no eixo influencia no aumento dos níveis dopaminérgico implicando a psicose.²

No campo da psiquiatria contemporânea, a ideia do traumático ou experiência traumática abordada extensivamente pela psicanálise, emerge sob a forma de conceitos relacionados a eventos estressores, como “estresse precoce”, “estressores ambientais”, além da categoria “transtorno do estresse pós-traumático” (TEPT). Estes eventos estressores podem levar, em indivíduos susceptíveis, ao aparecimento de determinados quadros psicopatológicos. Nesse contexto, nota-se que há uma valorização do ambiente como potencialmente traumático.¹⁴

Albuquerque et al.⁷ concluíram que o trauma é um fator causal da psicose e da esquizofrenia, e mais especificamente, para a aparição de determinados sintomas como as alucinações, particularmente as vozes de comentários e de ordem. Os traumas mais associados com alucinações tem sido o abuso sexual infantil e o bullying.¹⁴ Pacientes psicóticos que sofreram um trauma, em geral, necessitam de tratamento psiquiátrico a uma idade mais precoce, tem sintomas mais severos e devem ser hospitalizados com mais frequência que aqueles que carecem de história traumática.⁸

No caso apresentado, destaca a preponderância de sintomas positivos, sobretudo alucinações, sem que a paciente seja consciente destes, nem do tipo e conteúdo das alucinações e trauma por perda sofrido por ele. Também chama a atenção a falta de sintomas negativos e cognitivos e a repercussão apenas moderada em sua vida diária em relação com sintomas positivos. Por tudo isso, é possível entender, de maneira prática, como é possível a realização do diagnóstico de esquizofrenia nesse paciente ou como é interpretado este caso como sendo a implicação da questão traumática prévia com a origem de sintomas esquizofrênicos.

Como repercussões na prática clínica, deve-se atentar a necessidade de indagar sobre vivências traumáticas nos pacientes com história prévia de psicose, haja vista que conhecer estes antecedentes permitiria responder de forma mais adequada e oferecer tratamentos psicossociais e farmacológicos mais adequados.² No que diz respeito a prevenção primária na saúde mental, a detecção precoce de crianças e adolescentes que além de predisposição genética a psicopatias passaram por experiências traumáticas permitiria realizar uma psicoterapia preventiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A esquizofrenia é uma doença mental, de difícil diagnóstico, com manifestação clínica heterogênea, sintomas iniciais inespecíficos e uma

escassez de estudos acerca das experiências traumáticas em pacientes diagnosticados com esquizofrenia. Nesse contexto entende-se a importância desse estudo já que o diagnóstico não pode ser feito através de exames laboratoriais específicos ou achados patognomônicos.

Contudo, este estudo evidencia com base na história clínica, importantes características que fundamentam um diagnóstico clínico de esquizofrenia em um adulto iniciada após fator traumático na adolescência, e como é possível promover a interpretação do caso relacionando os aspectos clínicos apresentados com a literatura médica da esquizofrenia.

Dessa maneira, o médico deve abordar, com ênfase, na história clínica do paciente, achados laboratoriais auxiliares e descartar outras patologias psíquicas que podem mimetizá-la. O presente trabalho poderá contribuir para o reconhecimento do perfil clínico, permitindo notar com mais clareza a evolução clínica de um paciente com história familiar de esquizofrenia frente a experiências traumáticas, assim como na definição do diagnóstico.

REFERÊNCIAS

1. Zimmer M, Duncan AV, Laitano D, Ferreira EE, Belmonte-de-Abreu P. Estudo controlado randomizado de 12 semanas do programa cognitivo-comportamental IPT (Terapia Psicológica Integrada) com efeito positivo sobre o funcionamento social em pacientes com esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 2007;29(2):140-147.
2. Seligmann-Silva M. Narrar o trauma: a questão dos testemunhos de catástrofes históricas. *Psic Clin* 2008;20(1):65-82.
3. Albuquerque A, Soares C, Jesus PM, Alves C. Perturbação Pós-Traumática do Stress: Avaliação da Taxa de Ocorrência na População Adulta Portuguesa. *Acta Med Port* 2003;16(3):309-320.
4. Maurat AM, Figueira I. Tratamento farmacológico do transtorno de estresse pós-traumático. *Rev psiquiatr clín* 2001;28(4):191-196.
5. Vaz Serra A. O Distúrbio de Stress Pós-Traumático. Coimbra: Vale & Vale Editores, Ltda. 2003.
6. Cassimo SMV. Trauma e Dissociação em vítimas de violência doméstica. Coimbra. Dissertação [Mestrado em Psicologia Clínica] Instituto Superior Miguel Torga/Escola Superior de Altos Estudos; 2009.
7. Branco MJ, Nogueira P, Contreiras T. Uma observação sobre estimativas da prevalência de algumas doenças crônicas, em Portugal Continental. Lisboa:Ministério da Saúde/Observatório Nacional de Saúde; 2005.

8. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: Um problema global de saúde pública. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2006;11(supl):1163-1178.
9. Ferraz FC. *Psicossoma I – Psicanálise e Psicossomática*. São Paulo:Casa do Psicólogo.1997. p. 25-40.
- 10.American Psychological Association. *DSM-IV™: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Quarta edição*; 2014.
- 11.Palha F, Teixeira JM. *Factores sociais e culturais da esquizofrenia em Portugal: situação actual e perspectiva dos profissionais*. Linda-a-Velha: Atlas; 2009.
- 12.Schweidson E. Inscrito como testemunha: Primo Levi e a escrita do trauma. *Tempo Psicanal* 2003;35(2):23-36.
- 13.Pull C, Maj M, Sartorius N. Diagnóstico da esquizofrenia: uma revisão. *Esquizofrenia [S. I.]* 2005. p. 13-70.
- 14.Oliveira SM. *Uma perspectiva multinível e plural em psiquiatria: a esquizofrenia como 37 exemplares*. Rio de Janeiro-RJ. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] - Instituto de Medicina Social/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2014.
- 15.Jurena MF, Marques AH, Mello AF, Mello MF. Um paradigma para entender e tratar as doenças psiquiátricas. *Rev Bras Psiquiatr* 2007;29(Supl I):S1-2.