

Psicose e Perturbações do Espectro do Autismo

Questões diagnósticas a propósito de um caso clínico

Tânia Duque

Interna de Pedopsiquiatria, Área de Pedopsiquiatria, Hospital Dona Estefânia, CHLC, EPE tanjaduque @gmail.com

Introdução

As dificuldades diagnósticas entre as perturbações psicóticas e as patologias do espectro autista não são recentes. Em classificações anteriores as Perturbações globais do desenvolvimento (PGD) encontravam-se englobadas no grupo das "psicoses infantis." 1 Por outro lado, o termo "autista" foi utilizado por Bleuer, em 1911, para designar a retirada social e emocional em pacientes com esquizofrenia e foi usado, em 1943, por Kanner para descrever crianças com alterações nas interacções sociais e na comunicação. Em 1971, Kolvin e Rutter, fazem a distinção, entre esquizofrenia e autismo, na DSM-III e ICD- 9². Os sistemas de classificação actuais, DSM-IV TR e ICD-10) mantém a conceptualização das PGD e as perturbações psicóticas como grupos nosológicos distintos. No entanto há um reconhecimento de que existe algum grau de sobreposição entre as duas, aparentemente diferentes, patologias. 1

A nível epidemiológico, sabe-se que a taxa de PGD é alta em jovens com psicose juvenil embora se desconheça a exacta prevalência (18-56%). Há falta de evidência que suporte a hipótese de uma taxa aumentada de psicose em PGD mas alguns estudos mostram que está acima das taxas de psicose na população geral (1%). Constata-se uma heterogeneidade importante na metodologia e características das

amostras dos estudos nesta área. 1

Foram descritas algumas hipóteses que explicam a sobreposição de sintomas ou comorbilidade entre as duas patologias. Teorizou-se que podiam ser diferentes expressões da mesma patologia pois existe sintomatologia comum e altas taxas de antecedentes familiares de esquizofrenia em pacientes com PGD. Por outro lado esta hipótese parece pouco válida, dado o facto das PGD surgirem mais frequentemente no sexo masculino, prevalência que não se verifica nas psicoses e os sintomas de ambos os grupos surgem em idades diferentes, em idade infantil nos PGD e adolescência/idade adulta nas psicoses. Uma segunda hipótese constata as PGD podem predispor ao surgimento de psicose, especialmente em idade juvenil. Esta teoria é apoiada pela conceptualização da esquizofrenia como uma doença do neurodesenvolvimento pois existe evidência de que alterações do neurodesenvolvimento poderão levar a lesões neuroanatómicas que predispõem a psicose. Foram detectadas alterações estruturais cerebrais comuns a ambos os grupos diagnósticos. A nível psicológico é possível que as alterações no processamento sensorial e emocional presentes nas PGD predisponham a perturbações da percepção e do pensamento, principalmente, em situações de stress. Uma última hipótese preconiza que são patologias diferentes mas com factores de risco comuns. Existe evidência de alterações genéticas e desregulação de neurotransmissores e receptores comuns susceptíveis de estarem na origem de ambas as patologias, o que explica o facto de pacientes com PGD beneficiarem de antipsicóticos. Algumas doenças neurogenéticas (ex: síndrome velocardiofacial) têm uma elevada prevalência de ambas. Factores ambientais tais como complicações obstétricas e residência em zonas urbanas são, também, apontadas em ambas as patologias. 1

Caso Clínico

♂, 7 anos, 2ºano de escolaridade. Recorreu à consulta de Pedopsiquiatria em Agosto de 2010.

Isolamento social desde a creche.

Estereotipias motoras e vocais: "Parece que está andar de mota" (sic)

"Tem conversas que não são para a sua idade. Usa palavras difíceis." (sic)

"Fala muitas vezes sozinho e também com animais." (sic)

Fala recorrentemente da morte.

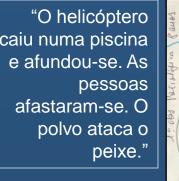
· Dificuldades de aprendizagem.

Antecedentes pessoais: Descolamento da placenta aos 4 meses de gestação. Pais separados. Antecedentes familiares: Mãe com depressão, Pai com alcoolismo, três tios paternos com esquizofrenia.

Observação do estado mental

Contacto distante, superficial. Postura rígida, fácies inexpressivo. Pouco contacto ocular; Humor neutro, não expressa os seus afectos; Discurso factual, com vocabulário rico para a idade; Pensamento perseverante e circunstanciado, ideias de conteúdo incoerente/bizarro "Eu acho que arte de groselha devia ser para beber porque o conteúdo é menos mole, o batido devia ser pa comer porque é mole como a comida" (sic); Temática do jogo repetitiva e circular; Baixa tolerância frustração. Estereotipias motoras e vocais.

Diagnóstico Eixo I: Perturbação de Asperger







As grades estão a explodir com fogo. Há uma coisa Desaparece o fogo."

Consultas de Seguimento

"Tenho medo de me esquecer de tudo. Não sei o que se passa com o meu cérebro. Estou empre a lembrar e a esquecer tudo." (sic)

"Gostava de saber tudo, de ter tudo dentro da minha cabeça." (sic)

"Mandei embora o amigo dos tiques agora tem que mandar embora o amigo de ser burro" (sic)

"Não sei o que se passa com o meu cérebro ". "Os meus olhos não estão dentro do meu érebro, se estivessem eu não via."

Diz que imagina "muitas coisas na cabeça " (sic) Não consegue explicar. "É tanta coisa ." Mãe afirma que "acha que consegue passar pelas paredes e diz que tem superpoderes". Observação estado mental: Olhar mais fixo. Humor mais irritável. Sinais de ansiedade em relação à aprendizagem na escola. Pensamento mais perseverante, menos coerente. (actividade

delirante?). Menos tolerância à frustração. niciou medicação com 0,5 mg de Risperidona com melhoria ao nível de organização formal e do conteúdo de pensamento e discurso, tolerância à frustração e irritabilidade.

ctual plano terapêutico: Consultas regulares de Pedopsiguiatria; Risperidona 0,5 mg; Terap ocupacional na comunidade; Apoio educativo com professora do ensino especial.

Discussão

O diagnóstico de Síndrome de Asperger (SA) só pode ser realizado se não forem preenchidos os critérios de diagnóstico de esquizofrenia, no entanto pensa-se que os diagnósticos não são exclusivos. A DSM IV-TR estipula que o diagnóstico de esquizofrenia possa ser adicionado ao de PGD se se acompanhar de alucinações ou ideias delirantes e responda favoravelmente à terapêutica.² Alguns autores apontaram a questão da escassez de literatura de casos de esquizofrenia em doentes com Síndrome de Asperger o que poderá contribuir para o facto da esquizofrenia ser diagnosticada tarde ou não ser diagnosticada nestes doentes.³ A literatura diz-nos que alguns doentes com SA têm tendência a apresentar sintomas psicóticos em contexto de um episódio psicótico breve ou perturbação afectiva ligados, particularmente, a eventos stressantes. 4

Encontrar patologia psicótica em indivíduos com PGD é um processo desafiante e controverso. Estas duas entidades patológicas partilham alguma sintomatologia psiquiátrica cabendo ao clínico fazer uma avaliação minuciosa, colhendo informação dos vários cuidadores ou técnicos que lidam com a doente.

Os indivíduos com SA tem um contacto singular, com dificuldade em reconhecer e exprimir emoções. A aparente ausência de afectos, contacto ocular e expressividade facial dão uma impressão bizarra concordante com psicose.

O isolamento social, restrição de interesses que caracterizam as PGD podem mimetizar a retracção social observada nas fases prodrómicas da psicose. Tal como nas psicoses, fases de deterioração temporária ao nível cognitivo, na concentração, energia e motivação poderão ser observadas nas PGD estando, por vezes, relacionadas com um aumento das exigências do ambiente externo para um nível de desenvolvimento superior ao anterior. ²

Muitos autores questionaram – se se as alucinações e delírios por si justificam o diagnóstico de psicose quando estes sintomas aparecem num doente com Síndrome de Asperger. Relativamente às alucinações, as alterações sensoriais típicas nesta população podem ser interpretadas como alucinações. Podem surgir alucinações visuais não relacionadas com psicose.

A presença de alucinações auditivas tem de ser cuidadosamente diferenciada de pseudoalucinações ou das alturas em que estes pacientes falam consigo próprios. Persistem dúvidas se as "alucinações" são mesmo alucinações ou se são fenómenos perceptivos diferentes dada da peculiaridade do processamento cognitivo.

Relativamente à existência ou não de actividade delirante, sabe-se que os indivíduos com SA falam alto para si próprios e têm crenças e percepções acerca do mundo externo que podem ser idiossincráticas sem serem psicóticas. Amigos imaginários e pensamento mágico são normais em crianças em idade pré-escolar e podem sê-lo em adolescentes ou adultos com PGD. Por outro lado, existem alterações no reconhecimento emocional nas PGD que levam à má interpretação das acções dos outros podendo parecer delírio persecutório. O delírio é o sintoma mais específico de psicose mas tem que ser interpretado com cuidado dada a visão pouco usual do mundo comum no SA.4

Ao nível do discurso e pensamento, os doentes com SA apresentam, por vezes, neologismos, perseverações, discurso circunstanciado, quebra na associação de ideias ou pensamento incoerente. A alteração do discurso e pensamento pode resultar da alteração da linguagem pragmática dado haver uma ausência de compreensão dos índices verbais e não verbais permitidos num ambiente social. Estes sintomas aparentam a desorganização do pensamento formal observada nas perturbações psicóticas. 4

17% dos autistas têm alterações do espectro da catatonia (ecolalia, discurso estereotipado, rigidez). Por outro lado, indivíduos com PGD e psicose têm mais tendência a ter catatonia do que indivíduos sem PGD. 4 Por fim, a ansiedade e depressão devem, também fazer parte do diagnóstico diferencial na observação de um doente com PGD porque há evidencia que são muito prevalentes nesta população. 4

A nível terapêutico, a evidência de intervenção precoce, com baixas doses de antipsicóticos e psicoeducação, na psicose, em populações neurotipicas está bem descrita mas há poucos dados no que toca a terapêutica da psicose na PGD. No entanto, os antipsicoticos já são, muitas vezes, utilizados na diminuição da irritabilidade e agressividade nos doentes com SA. ²

Conclusão

Há alguma evidência de psicopatologia e fisiopatologia comum, bem como de comorbilidade entre estas duas entidades nosológicas.1

A diferenciação entre as duas patologias não é fácil de fazer dadas as semelhanças sintomatológicas e a provável origem neurodesenvolvimental comum.2

É possível que a relação entre PGD e psicose não seja elucidada pela fenomenologia ou epidemiologia.⁴ As diferenças e semelhanças terão de ser encontradas por modelos biológicas da compreensão do desenvolvimento da mente⁴, sendo necessária investigação que mostre quais os factores etiológicos de ambas as patologias e que tenha implicações práticas na identificação e tratamento de indivíduos com uma ou ambas as patologias.1

São necessários estudos de follow up de doentes com PGD para se quantificarem as taxas de transição para psicose nesta população.⁵ Esta falta de literatura mostra a dicotomia entre psiquiatria de adultos e de crianças.3

Há poucos estudos longitudinais que mostrem o prognóstico das psicoses em PGD. Alguns mostram que o tratamento é difícil com resposta lenta. Alguma evidência mostra que estas psicoses estão associadas a maior défice cognitivo o que terá implicações no prognóstico.4

Por fim, a maioria dos doentes já esta a usar psicofarmacos o que pode afectar as taxas de transição para psicose, a descrição da sintomatologia e comparabilidade entre populações de alto risco de psicose.⁵

Bibliografia

1.Padgett FE, Miltsiou E, Tiffin PA. (2010). The co-occurrence of nonaffective psychosis and the pervasive developmental disorders: a systematic review. J Intellect Dev Disabil 2010 Sep;35(3):187-98.; 2. Da Fonseca D, Viellard M, Fakra E, Bastard-Rosset D, Deruelle C, Poinso F. (2008) Schizophrenia or Asperger syndrome?. Presse Med. 2008 Sep;37(9):1268-73. ;3. Arrasate-Gil M, Martinez- Cengontitabengoa M, Lopez-Pena P. (2011). Reflections on Asperger syndrome and comorbidity with psychotic disorders. Actas Esp Psiquiatr. Mar-Apr;39(2):140-2.; 4. Starling J., Dossetor D.(2009). Pervasive developmental disorders and psychosis. Current PsychiatrY Reports Volume 11 Number 3, 190-196.; 5. Sprong M, Becker HE, Schothorst PF, Swaab H, Ziermans TB, Dingemans PM, Linszen D, van Engeland H.(2008)Pathways to psychosis: a comparison of the pervasive developmental disorder subtype Multiple Complex Developmental Disorder and the "At Risk Mental State". Schizophr Res. Feb;99(1-3):38-47.;6. American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. Climepsi Editores.