

# 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 de "psicose e emocional". Por outro lado, o termo "autista" foi utilizado por Bleuer, em 1911, para designar a retirada social e infantil em estado de esquizofrenia e foi usado, em 1943, por Kanner para descrever crianças com alterações nas interações sociais e na comunicação. Em 1971, Kolvin e Rutter, fazem a distinção, entre esquizofrenia e autismo, na DSM-III e ICD- 9<sup>2</sup>. Os sistemas de classificação actuais, DSM-IV TR e ICD-10 mantêm a conceptualização das PGD e as perturbações psicóticas como entidades distintas. No entanto há um reconhecimento de que existe algum grau de sobreposição entre as duas, aparentemente diferentes, patologias.<sup>1</sup>

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%). Consta-se uma heterogeneidade imortante na metodologia e características das amostras dos estudos nesta área.<sup>1</sup>

### Caso Clínico

♂, 7 anos, 2ºano de escolaridade.

Recorreu à consulta de Pedopsiquiatria em Agosto de 2010.

#### Queixas:

- 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.

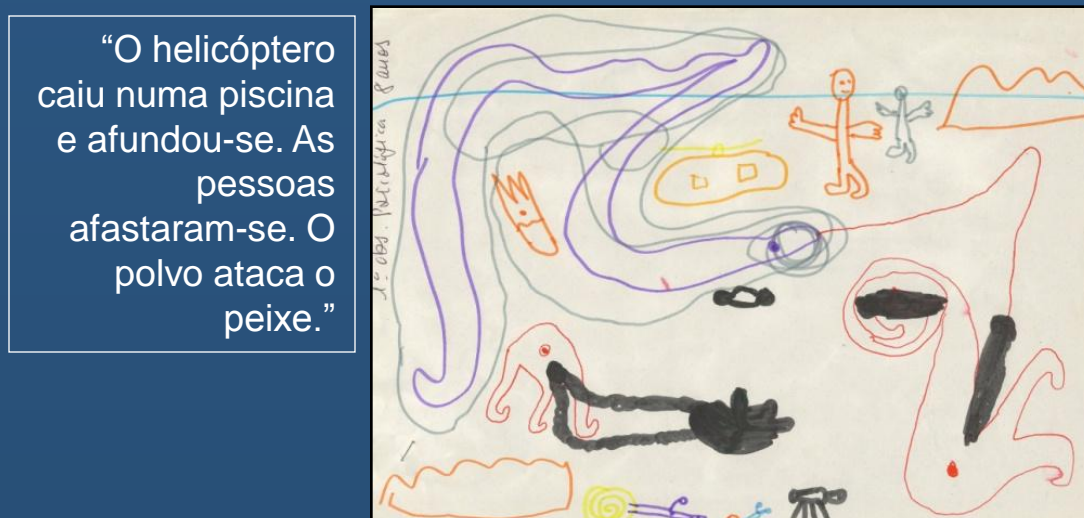
**Antecedentes pessoais:** Descão de placenta, Aos 4 meses de gestação. Pais separados.

**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 a tarte de groselha devia ser para beber porque o conteúdo é menos mole, o batido devia ser para comer porque é mole como a comida" (sic); Temática do jogo repetitiva e circular; Baixa tolerância à frustração. Estereotipias motoras e vocais.

**Diagnóstico Eixo I:** Perturbação de Asperger



#### Consultas de Seguimento

- "Tenho medo de me esquecer de tudo. Não sei o que se passa com o meu cérebro. Estou sempre a lembrar e a esquecer tudo." (sic)
- "Gostava de saber o tudo, de ter tudo dentro da minha cabeça." (sic)
- "Mandei embora o amigo de agora, de ter agora que me mandam a amigo de ser burro" (sic)
- "Não sei o que se passa com o meu cérebro". "Os meus olhos não estão dentro do meu cérebro, 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.

Iniciou 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.

**Actual plano terapêutico:** Consultas regulares de Pedopsiquiatria; Risperidona 0,5 mg; Terapia 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 se excluem. A DSM-IV-TR estipula que o diagnóstico de esquizofrenia possa ser adicionado ao de PGD se não acompanhados de alucinações ou ideias delirantes e responda favoravelmente à terapêutica.<sup>2</sup> 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.<sup>3</sup> A literatura diz-nos que alguns doentes com SA têm tendência a apresentar sintomas psicóticos em contexto de um episódio psicótico breve ou perturbação psicótica ligada, particularmente, a eventos stressantes.<sup>4</sup>

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.<sup>2</sup>

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.

### Conclusão

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

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

É possível que a relação entre PGD e psicose não seja elucidada pela fenomenologia ou epidemiologia.<sup>4</sup> As diferenças e semelhanças terão de ser encontradas por modelos biológicas da compreensão do desenvolvimento da mente<sup>4</sup>, 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.<sup>1</sup>

### Bibliografia

1. Padgett FE, Miltiou 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-Cengonitabengoa 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., Dosssetor 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.