

DEPRESSÃO PSICÓTICA ASSOCIADA A ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: ESTUDO DE CASO

Antônio Bernardes Netto,¹ Ivan de Oliveira Pereira,² Júlia Vieira Ferreira Cortês,¹
Letícia Fagundes Lemos,¹ Matheus Santos Viana,¹ Tales Vilela Rocha³

RESUMO

Objetivo: Analisar a evolução e descrever um caso de diagnóstico de depressão psicótica associado a estresse pós-traumático, uma vez que existem poucas pesquisas sobre esta associação que representa um desafio diário na clínica médica psiquiátrica. Descrição do caso: Trata-se de um estudo descritivo com base nas condições clínicas e evolução da paciente estudada, com acompanhamento até o fechamento do diagnóstico. Após análise e acompanhamento da paciente, foi fechado o diagnóstico de transtorno psicótico associado a estresse pós-traumático e instituída terapia medicamentosa associada a acompanhamento psicológico, conforme recomendação da literatura. Conclusão: Foi possível observar que a conduta tomada resultou em uma melhora significativa do quadro diagnosticado e permitiu uma completa ressocialização da paciente.

Palavras-chave: Transtornos psicóticos afetivos; TEPT; Estresse pós-traumático.

PSYCHOTIC DEPRESSION ASSOCIATED WITH POST-TRAUMATIC STRESS: CASE STUDY

ABSTRACT

Objective: To analyze the evolution and describe a case of diagnosis of psychotic depression associated with post-traumatic stress, since there is little research on this association that represents a daily challenge in the psychiatric medical clinic. Case description: This is a descriptive study based on the clinical conditions and evolution of the studied patient, with follow-up until the diagnosis is closed. After analysis and monitoring of the patient, the diagnosis of psychotic disorder associated with post-traumatic stress was closed and drug therapy associated with psychological monitoring was instituted, as recommended by the literature. Conclusion: It was possible to observe that the conduct taken resulted in a significant improvement in the diagnosed condition and allowed a complete resocialization of the patient.

Keywords: Psychotic affective disorders; TPTS; Post-traumatic stress.

INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (1), em uma década (mais precisamente de 2005 a 2015) cerca de 322 milhões de pessoas no mundo sofreram com depressão, o que demonstra um crescimento significativo de 18,4% em relação a década anterior, ocorrendo uma prevalência do transtorno de 4,4% na população mundial. Acredita-se que nos próximos anos a depressão irá ocupar o segundo lugar entre as doenças mais incapacitantes, ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares (1).

No Brasil, a depressão já alcança 5,8% da população, afetando 11,5 milhões de brasileiros. Dentre os países da América Latina, o Brasil apresenta o maior índice de

¹ Acadêmico de Medicina da UNIFENAS, Campus Alfenas-MG, Brasil, antoniobnetto@gmail.com

² Pós-doutor em Neurociências e Comportamento pela Universidade Federal de Alfenas e Acadêmico de Medicina da UNIFENAS, campus Alfenas-MG, Brasil. E-mail: ivan.med@yahoo.com

³ Médico Psiquiatra, Professor do curso de Medicina da UNIFENAS, campus Alfenas-MG, Brasil

prevalência do transtorno, sendo o segundo das Américas, perdendo apenas para os Estados Unidos, que apresentam 5,9% da população acometida (1).

O quadro clínico do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) foi descrito inicialmente por Freud (1919) com o nome de “Neuroses Traumáticas” e, atualmente, encontra-se definido no DSM-V de forma mais precisa. Segundo este, o TEPT tem três dimensões de sintomas: o re-experimentar o evento traumático sob a forma de imagens e memórias intrusivas (*flash-backs*) ou de sonhos repetitivos; a evitação dos estímulos que podem conduzir à lembrança do trauma; e a presença contínua de sintomas de hiperestimulação autonômica. Essa sintomatologia pode estar associada a sintomas depressivos, maníacos, fóbicos, psicossomáticos e psicóticos. A essa sintomatologia se associa outra, derivada de matrizes psíquicas posteriores, com predomínio dos sentimentos de culpa e de inferioridade decorrentes das cobranças que esse paciente e seus acompanhantes fazem pela insuficiência e incapacidade que apresentam para os atos da vida social, profissional, familiar e sexual (2; 3).

Depressão psicótica é definida pela ocorrência de delírios ou alucinações durante um episódio de depressão maior. A literatura sugere que sintomas psicóticos ocorrem em cerca de 15% de todos os pacientes com depressão (4). Quando comparada com episódio depressivo não psicótico, a depressão psicótica é mais grave, apresenta pontuação mais elevada na Escala de Hamilton para Depressão (Ham-D), estando geralmente relacionada com distúrbio psicomotor e, frequentemente, associada com sentimento de culpa intenso, prejuízo cognitivo acentuado e maior risco de suicídio (5).

Indivíduos que foram expostos a eventos traumáticos têm um risco aumentado de desenvolver transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (14% a 25% dos casos), depressão maior (26% dos casos), transtorno do pânico e de ansiedade generalizada e abuso de substâncias. Eles também podem apresentar sintomas somáticos e doenças físicas, particularmente hipertensão, asma e dor crônica. Considerando-se a prevalência entre os sexos, 59% dos homens e 44% das mulheres com TEPT apresentam três ou mais transtornos psiquiátricos. A prevalência ao longo da vida para transtornos comórbidos com o TEPT foi de aproximadamente 48% para depressão maior, 22% para distímia, 16% para transtorno de ansiedade generalizada, 30% para fobia simples, 28% para fobia social, 73% para abuso de substâncias e 31% para transtorno de personalidade anti-social (6).

Estudos avaliando o início dos sintomas do TEPT e da depressão maior após evento traumático demonstram consistentemente uma relação entre a ordem cronológica e a

causalidade. A maioria desses trabalhos sugere que a depressão é freqüentemente secundária ao TEPT. No *National Comorbidity Study*, 78,4% dos indivíduos deprimidos com TEPT comórbida referiram que o início do transtorno afetivo seguiu-se à instalação do TEPT. Em um estudo com veteranos israelenses, contudo, o TEPT e a depressão iniciaram juntos em 65% dos casos, a depressão precedeu o TEPT em 16% dos casos e o TEPT precedeu a depressão em 19% (valores esses que excedem o efeito esperado de uma simples coincidência) (7).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, do tipo relato de caso, com base em análise das condições clínicas gerais da paciente relacionando-as com as condições clínicas da literatura, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 4.358.273.

RELATO

Paciente F.M.B.S., sexo feminino, 47 anos, casada, do lar, foi encaminhada para a psiquiatria após um quadro de *delirium* pós-operatório no dia 07 de agosto de 2019, após a realização de uma cirurgia por queda e fratura de cotovelo esquerdo. Apresentou quadro de confusão mental, perda de memória, desorientação auto e alopsíquica, não reconhecendo sua família e a casa onde mora. Relata ter permanecido consciente durante todo o procedimento cirúrgico inclusive durante a sedação para intubação. Relata ter apresentado problemas prévios com procedimento anestésico em uma cesariana. À ocasião, fez vários exames com resultados normais, afastando causa orgânica. Vale ressaltar, o uso de Tramal[®] no pós-operatório com início 24h após a cirurgia, medicamento com o qual a paciente relatou já ter apresentado reações de alterações da consciência em outras ocasiões. Antes do encaminhamento para a psiquiatria foram realizados exames laboratoriais e de imagem e descartadas causas orgânicas.

Em sua primeira consulta psiquiátrica no dia 03 de fevereiro de 2020, a paciente trazia, além do encaminhando hospitalar pós-cirúrgico, a prescrição de Sertralina 50mg (2 comprimidos após almoço), Risperidona 3mg (1comprimido a noite), Rivotril[®] 2,5mg/ml (15 gotas a noite), Rivotril[®] 0,5mg (se necessário), Paroxetina 20mg (2 comprimidos a noite), Ablok plus[®] (1 comprimido pela manhã), Digeplus[®] (três vezes ao dia), Pantoprazol 40mg (1 comprimido em jejum), Domperidona (1 comprimido antes do almoço e antes do jantar), Biperideno 2mg (1comprimido a noite) e Diovan[®] (1comprimido pela manhã). No momento

da consulta encontrava-se confusa, desorientada, irritada, hipotímica, com sensação de menos valia, com agitação psicomotora, relatando insônia, vontade de sair correndo, relação conturbada com a família e vontade de matar a todos, além de não reconhecer a sua casa como sua, com sensação de não pertencimento ao ambiente familiar. Como conduta, foi aumentada a Sertralina para 100mg (1comprimido cedo e a noite), substituída Risperidona por Quetiapina XR 200mg (1comprimido a noite), suspensa a paroxetina e alterado o Rivotril® para 8 gotas a noite, além de ter sido encaminhada para atendimento psicológico.

Na consulta do dia 09 de março de 2020, apresentava-se com boa melhora dos sintomas, em acompanhamento com psicólogo, evoluindo muito bem até um conflito com o filho de 30 anos acontecer dias antes da consulta. Relata ter ficado irritada, agitada e agressiva. Como conduta, aumentou-se a dose de Sertralina, acrescentando-se 1comprimido de 50mg a noite, aumentou-se a dose de Quetiapina XR para 300mg a noite, solicitando-se manter acompanhamento psicológico e realizar exames laboratoriais.

O diagnóstico foi fechado como depressão psicótica e transtorno de estresse pós-traumático, mas devido à pandemia de COVID 19, o atendimento de consultas eletivas foi suspenso no CAPS e ainda não foi possível ter acesso aos exames solicitados. Por telefone, a paciente e familiares relataram estabilidade no quadro.

DISCUSSÃO

A depressão psicótica trata-se de um dos tipos mais graves de depressão, ocorrendo mais frequentemente em idosos. Apresenta frequentes recaídas, podendo estar associados delírios somáticos, paranoides e persecutórios. As alucinações são raras e tendem a ser transitórias. Os pacientes afetados apresentam, geralmente, um quadro de início subagudo, história médica prévia e familiar de depressão e disfunção da memória (8).

A paciente do caso não apresenta histórico familiar de depressão e exibe alterações da memória, delírios somáticos e paranoides. Distúrbios psicomotores, sentimentos de culpa e prejuízo cognitivo são comumente observados em quadros de depressão psicótica. Bem como na paciente relatada no caso (8).

A depressão psicótica é, sobretudo, um subtipo de transtorno de humor grave caracterizado pela alternância entre a recorrência e remissão da sintomatologia. A literatura sugere que indivíduos portadores de depressão psicótica possuem maior risco de apresentarem um ou mais transtornos mentais associados e apresentam maior risco de comorbidades e mortalidade quando comparados com a depressão não- psicótica (4). Demonstrou-se também

que, pacientes com transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) podem apresentar até 10 vezes mais chances de desenvolverem transtorno de humor do que pacientes que não possuem TEPT, concluindo a importância da abordagem das comorbidades na depressão psicótica não negligenciando o TEPT, visto que o TEPT ainda é uma doença sub-diagnosticada (7).

Na depressão psicótica o paciente pode manifestar afrouxamento de associações, delírios de niilismo, como aconteceu no caso (“sou uma inútil, vou morrer logo, quero matar todos”), alterações de percepção (alucinações auditivas difamatórias e de comando são as mais comuns) e alucinações visuais. Pode estar presente prejuízo cognitivo, com déficit de memória, atenção e funções executivas. A presença de sintomas psicóticos na depressão é uma indicação de gravidade e tendência à recorrência (5).

O *delirium* ou síndrome confusional aguda consiste numa alteração abrupta do estado mental, cujo diagnóstico é frequentemente complexo, dadas as suas múltiplas etiologias e formas de apresentação (9)

Delírios niilistas ou somáticos, juntamente com alucinações auditivas, constituem os sintomas psicóticos mais comuns nesse tipo de depressão. Prejuízo significativo, sofrimento e, eventualmente, suicídios acompanham essa síndrome. O diagnóstico diferencial inclui esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo (9).

Neste estudo, a paciente apresentou um quadro de *delirium* súbito após a realização de uma cirurgia ortopédica, experiência na qual a paciente apresentou despertar inadvertido durante a anestesia geral, relatando que chegou ao estado de consciência em alguns momentos, possuindo várias lembranças auditivas durante o ato cirúrgico. Para muitos pacientes, a experiência da conscientização pode não deixar efeitos prolongados, no entanto, alguns desenvolvem transtorno de estresse pós-traumático (10; 11) marcado por pesadelos repetitivos (geralmente repetições mal disfarçadas de uma situação operatória), ansiedade e irritabilidade, preocupação com a morte e preocupação com a sanidade, que tornam os pacientes relutantes em discutir seus sintomas (9).

O relato de caso citado diz respeito a uma paciente sem diagnóstico prévio de qualquer transtorno psiquiátrico que após o TEPT compareceu ao CAPS do município de Alfenas atendendo encaminhamento pós-cirúrgico do hospital. No CAPS foi fechado o diagnóstico de transtorno psicótico associado a estresse pós-traumático e realizado tratamento com associação de antipsicótico e antidepressivo em alta dosagem, associados ao acompanhamento psicológico, conforme recomendação da literatura (12). No momento, a paciente encontra-se em estabilidade clínica, com resolução completa dos sintomas depressivos e psicóticos,

melhora progressiva do TEPT, mantendo-se aderente ao tratamento medicamentoso bem como ao acompanhamento psicológico. Sem previsão de alta no momento.

CONCLUSÕES

A depressão psicótica é uma desordem mental grave, não raramente subdiagnosticada, com alta taxa de recorrência, marcada por um maior índice de mortalidade e morbidade quando comparada a depressão não psicótica. A Depressão psicótica pode se apresentar de maneira isolada ou concomitante a outros transtornos mentais. Podendo ser definida na presença de delírios e/ou alucinações diante de um quadro de depressão maior associado. Pode estar presente prejuízo cognitivo, déficit de memória, atenção e funções executivas. A hospitalização pode ser necessária devido ao risco associado. Prejuízo social, sofrimento e suicídio também podem acompanhar essa síndrome. O diagnóstico diferencial inclui esquizofrenia e transtornos esquizoafetivos. O tratamento padrão ouro para depressão psicótica baseia-se na dupla terapia com antipsicóticos e antidepressivos, com a eletroconvulsoterapia reservada para casos refratários (12).

Por outro lado, o TEPT é uma síndrome mental caracterizada pelo surgimento de uma perturbação desenvolvida em resposta à exposição ou re-exposição a um evento traumático real ou imaginário, de significado emocional suficiente para desencadear o TEPT (11).

Pacientes com TEPT apresentam um risco aumentado de cometer suicídio e automutilação intencional (13; 14). O tratamento consiste no uso de inibidores da recaptção de serotonina em monoterapia, especialmente a Sertralina, associada a terapia cognitiva comportamental, sendo esta de maneira individual ou grupoterapia (13).

No momento da chegada da paciente ela estava em uso associado de 2 inibidores seletivos de recaptção de serotonina e risperidona como potencializador. A Sertralina foi eleita como antidepressivo de escolha para otimização e alcance da dose alvo, tal escolha se deu pelo fato de ser uma paciente polimedicada, contexto no qual a paroxetina apresentaria maiores riscos de interação. A quetiapina foi introduzida no lugar da risperidona por apresentar um melhor efeito sedativo, pelo seu potencial antidepressivo, ao ser agonista parcial 5HT1A, e também pelo seu efeito potencializador sobre os antidepressivos, além de seu efeito antipsicótico, necessário para o caso (15).

É possível observar que a farmacoterapia da paciente, a base de antipsicóticos e antidepressivos, associada ao acompanhamento psicológico efetivo, resultou em uma melhora

significativa do quadro de depressão psicótica associada ao estresse pós-traumático, permitindo uma completa ressocialização da paciente após estabilização da terapia farmacológica.

REFERÊNCIAS

1. WHO. World Health Organization. Preventing suicide, a global imperative; 2017. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/suicide.
2. Greene, T. et al. Dynamic networks of PTSD symptoms during conflict. *Psychological Medicine*. 2018;48(14):2409 – 2417.
3. APA. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
4. Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, vol I, 6th ed. Baltimore, Md: Wilians & Wilkins; 1995;1123-52.
5. Shiozawa P. et al. Eletroconvulsoterapia para o tratamento de depressão psicótica refratária em paciente com desnutrição grave: estamos esquecendo a ECT? *Revista Debates em Psiquiatria* ;2014.
6. Oliveira, V.; Meneses, R.; Trigueiros-cunha, N. Correlates of Anxiety and Depression in tinnitus complaints. *Brazilian Journal of Health Review*. Curitiba, 2020;3(3).
7. LeDoux, J. E.; Hofmann, S. G. The subjective experience of emotion: a fearful view. *Current Opinion in Behavioral Sciences*. 2018;19.
8. Feitosa, C. D. A.; Fernandes, M. A. Leave of absence due to depression. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. 2020;28.
9. Firmino, H.; Simões, M.; Cerejeira, J. *Saúde mental das pessoas mais velhas*. Lidel. Lisboa;2016.
10. McFarlane, A. C. Posttraumatic stress disorder: a model of the longitudinal course and the role of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2000;61(5).
11. Horowitz, M. J. Stress-Response Syndromes. *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, 1993;49–60.
12. Oliveira, A. C. Effectiveness of cognitive behavioral therapy in depression treatment integrating review. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 2019;15(1).
13. Bisson, J. I., et al. Post-traumatic stress disorder. *BMJ*;2015.

14. Panagioti, M., et al. Suicidality and posttraumatic stress disorder (PTSD) in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2015;50(4): 525–537.
15. Jensen, N. H et al. N-desalkylquetiapine, a potent norepinephrine reuptake inhibitor and partial 5-HT_{1A} agonist, as a putative mediator of quetiapine's antidepressant activity. *Neuropsychopharmacology*. 2008;33.