

**GENÉTICA E CONTEXTO FAMILIAR: RELATO DE CASO SOBRE ESQUIZOFRENIA E
TRANSTORNO BIPOLAR**

**GENETICS AND FAMILY CONTEXT: A CASE REPORT ON SCHIZOPHRENIA AND
BIPOLAR DISORDER**

AUTORES

PEREIRA FELIPE MATOS, Andreliza

Discente da União das Faculdades dos Grandes Lagos- UNILAGO

DIAS DA SILVA FERNANDES, Josefa Maria

Docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos- UNILAGO

RESUMO

Este trabalho tem como intuito relatar a visita técnica realizada em um hospital psiquiátrico e comentar dois casos psiquiátricos observados em anamnese, esquizofrenia e transtorno bipolar, com as principais características das psicopatologias, tendo como embasamento a literatura psicanalista e artigos científicos. Ademais, é mencionada a importância do olhar integral sobre o paciente, além dos aspectos clínicos das doenças, considerando também seu contexto social e familiar, somado a um tratamento intencional voltado para a melhora da qualidade de vida e dos relacionamentos do paciente no ambiente.

PALAVRAS- CHAVE:

Esquizofrenia, Transtorno bipolar, Doença, Hospital, Psiquiátrico

ABSTRACT

This work aims to report on a technical visit to a psychiatric hospital and to discuss two psychiatric cases observed during anamnesis—schizophrenia and bipolar disorder—highlighting the main characteristics of these psychopathologies, based on psychoanalytic literature and scientific articles. Furthermore, the importance of a holistic view of the patient is emphasized, beyond the clinical aspects of the disorders, also considering their social and family context, along with an intentional treatment approach focused on improving the patient's quality of life and relationships within their environment.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Esquizofrenia

As psicoses implicam um processo deteriorativo das funções do ego, a tal ponto que haja, em graus variáveis, algum prejuízo sério do contato com a realidade. É o caso, por exemplo, das diferentes formas de esquizofrenias crônicas (Zimerman, 2007, p. 227). Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, a esquizofrenia é definida por anormalidades em um ou mais dos cinco domínios listados a seguir: delírios, alucinações, pensamento desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos.

Segundo o Centro de Pesquisa em Saúde Mental de Queensland, a prevalência da esquizofrenia aproxima-se de 1% da população mundial e a sua incidência é próxima de 1,5 a cada 10.000 pessoas [1]. A esquizofrenia constitui uma condição médica primária ou idiopática, isto é, embora se conheçam diversos fatores etiológicos relacionados a ela, como os genéticos e os bioquímicos, a sua verdadeira causa é desconhecida.

Assim, o diagnóstico da esquizofrenia é eminentemente clínico, não podendo ser formulado ou confirmado por meio de exames laboratoriais. Nesse sentido, a história patológica pregressa, o exame físico e eventuais exames complementares são importantes para descartar outras possíveis causas dos sintomas psicóticos. (GADELHA, NARDI, & SILVA, 2021).

Entretanto, mesmo que a causa da esquizofrenia não seja ainda conhecida, atribuem-se explicações genéticas para sua existência. Tais afirmações comprovam-se por estudos realizados com gêmeos monozigóticos (que compartilham 100% dos genes) e gêmeos dizigóticos (que possuem 50% dos genes compartilhados), nos quais foi constatado que, entre gêmeos monozigóticos, o nível de concordância para a esquizofrenia pode chegar até 50%, já em gêmeos dizigóticos assemelha-se por volta de 15% [2].

Desse modo, nota-se o fator genético atrelado à manifestação da doença, porém esta não é a única causa da patogênese, haja vista que indivíduos, com a mesma carga genética, não apresentam totalidade na concordância de genes para a esquizofrenia.

É importante ressaltar também que a esquizofrenia possui dois grupos principais de sintomas: positivos e negativos. Os sintomas positivos incluem a distorção da realidade, como alucinações e delírios, pensamentos e comportamentos desorganizados (padrões de fala desarticulados e desconectados). As alucinações são definidas como a percepção de um processo sensorial sem a presença de um estímulo externo, sendo auditivas, visuais, somáticas, olfativas ou gustativas.

Define-se delírio como uma crença fixa e falsa, categorizada em delírio bizarro (impossível- contraria as leis da física) e não bizarro (embora não verdadeiro é compreensível e possível de ocorrer).

Outrossim, os sintomas negativos são categorizados como a ausência ou a diminuição de processos normais, como comprometimento cognitivo na velocidade do processamento, atenção, memória de trabalho, aprendizagem verbal e visual e raciocínio. Além disso, os distúrbios do sono são um problema clínico comum em pacientes com psicose, pois a interrupção do sono prevê experiências psicóticas como paranoia e alucinações [3].

Em relação ao curso da doença, uma intervenção precoce e uma abordagem de cuidados multidisciplinares, tipos de sintomas, nível de fatores de estresse, contexto socioeconômico e adesão ao regime medicamentoso são aspectos que tendem a gerar um impacto positivo sobre o paciente e o cuidado com sua doença.

1.2 Transtorno Bipolar

Conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana, o transtorno bipolar é caracterizado por episódios de humor que consistem em mania, hipomania e depressão maior. A mania e a hipomania compõem um polo do transtorno, e a depressão maior, outro polo⁴. O diagnóstico para o Transtorno Bipolar tipo I deve preencher os critérios de um episódio maníaco, que pode ter sido antecedido ou seguido por episódios hipomaníacos, ou depressivos maiores.

O DSM-5 designa os episódios maníacos da seguinte forma: a mania é marcada por episódios de humor anormal, elevado, expansivo ou irritável, com duração de pelo menos uma semana, e presentes na maior parte do dia, quase diariamente. Além disso, aumenta-se consideravelmente a energia e a atividade, com marcas de impulsividade e desrespeito a riscos. A atividade mental é aumentada, prevalecem pensamentos acelerados, distrações e dificuldade de distinção de relevância, fuga de ideias, podendo evoluir para pensamentos desorganizados. A fala apresenta-se agitada e difícil de interromper.

Hipomania é caracterizada pelas alterações de humor, energia e atividade, semelhantes à mania, mas de forma mais branda e tem duração de pelo menos quatro dias consecutivos, e presentes na maior parte do dia, quase diariamente. A autoestima pode se elevar, mas sem atingir percepções de grandeza e o pensamento tende a ser mais organizado. A depressão maior envolve mudanças significativas de humor, com emoções deprimidas, desaceleração no ritmo da atividade física e mental, deficiência no cuidado da higiene e aparência e presença de pensamentos depreciativos, desesperançosos e negativos. Percebe-se pouco prazer nas atividades rotineiras, baixa disposição e concentração prejudicada. O diagnóstico da depressão maior deve considerar que pelo menos um dos sintomas seja humor deprimido ou perda de interesse, ou prazer.

2. DESCRIÇÃO DO CASO

2.1 Caso 1. Esquizofrenia

Paciente do sexo masculino, D. A., 45 anos, internado há duas semanas em sua 17ª internação no Hospital Psiquiátrico Dr. Adolfo Bezerra de Menezes, apresenta transtorno esquizofrênico. Durante sua entrevista, de anamnese psiquiátrica, relata alucinações visuais e táteis. O paciente encontra-se calmo e tranquilo, alegando estar conformado com o tempo necessário de permanência no hospital para o tratamento da esquizofrenia, com o cuidado familiar e visitas semanais. D.A. relata usar Diazepam, Rivotril e Zolpidem. Ao longo da entrevista, é possível observar a dificuldade do paciente em pronunciar algumas palavras e montar frases longas. Porém,

mesmo com dificuldades na fala, responde às perguntas tranquilamente, além de aparentar resignação com o fato da internação e entender necessário, por um tempo, estar distante da família para melhorar o seu quadro clínico.

2.2 Caso 2. Transtorno Bipolar

Paciente do sexo feminino, J. S., 46 anos, internada há um mês e 17 dias em sua segunda internação no Hospital Psiquiátrico Dr. Adolfo Bezerra de Menezes, apresenta transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco, com sintomas psicóticos (F31.2). Durante a entrevista, a paciente alega estar internada há um dia e o motivo da internação teria sido um desentendimento familiar. J.S. relata ter desenvolvido síndrome do pânico por seu marido a ameaçar com revólver e por traumas de infância, devido aos desentendimentos dos pais, presenciados por ela, e alega usar a medicação “valflórica” (ácido valproico), único nome de remédio de que consegue se lembrar. Durante a entrevista, apresenta-se carente, com falas desconexas, com narrativa de fatos que misturam acontecimentos atuais com a infância.

J.S. apresenta seus relatos por meio de expressões verbais aceleradas e de difícil interrupção. Ademais, relata e detalha muitos fatos comuns (por exemplo, como realiza atividades cotidianas em sua casa), apresentando dificuldade de percepção quanto à relevância dos acontecimentos. Afirma também já estar em bom estado mental e pronta para voltar à vida normal, para trabalhar e cuidar dos netos, alegando sentir falta dessas ações rotineiras (trabalho e cuidado dos netos).

Outrossim, J.S. apresenta-se confusa em relação às noções de temporalidade, haja vista que alegou estar internada há um dia, todavia, seu prontuário médico data um mês e 17 dias desde a sua entrada no hospital psiquiátrico.

3. DISCUSSÃO

Mediante o relato coletado do caso 1, observa-se a presença de características típicas da esquizofrenia, como os sintomas positivos de alucinações, e os sintomas negativos, como o comprometimento cognitivo e a dificuldade de se expressar verbalmente, elaborando frases longas sem interrupções na fala. Ademais, verifica-se a presença de distúrbios do sono, haja vista as medicações relatadas. Contudo, mesmo diante da possibilidade de a doença afetar os relacionamentos e o convívio em sociedade, um atendimento humanizado e atento, aliado ao apoio familiar, contribui para uma melhora significativa na vivência do paciente com a doença. O paciente em nenhum momento relatou conflitos familiares ou traumas obtidos ao longo da infância. Supõe-se que, em seu quadro esquizofrênico, tenha grande influência o fator genético.

Diante do exposto sobre o caso 2, do ponto de vista psicanalítico, relaciona-se o estado psicótico de transtorno bipolar I, em fase maníaco devido aos pensamentos acelerados da paciente, sua fala sem interrupções, confusão do espaço-tempo, misturando acontecimentos passados com recentes, levando à hipótese de confusão mental desencadeada pelo estado psicótico.

Sendo assim, a visita técnica ao hospital psiquiátrico Dr. Adolfo Bezerra de Menezes e as entrevistas ali realizadas permitiram expandir o conhecimento sobre a realidade de pacientes com transtornos psicóticos, desde as condições de permanência, alimentação, cuidados médicos e a forma de expressão dos pacientes.

Além disso, os dois casos apresentados possuem grandes disparidades em relação à doença apresentada e ao contexto social e familiar que cada paciente vivenciou. Nota-se que, mesmo diante de ambientes familiares com bons cuidados, a doença pode se manifestar. Todavia, contextos de desentendimentos familiares também tendem

a deixar marcas e desencadear a manifestação de transtornos. Contudo, mediante cuidados e esforços intencionais, é possível amenizar o estado psicótico desses pacientes e promover uma melhor qualidade de vida e de relacionamentos no âmbito social.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Zimerman DE. **Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed; 2007.

McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. **Epidemiol Rev.** 2008;30:67–76. doi:10.1093/epirev/mxn001. PMID: 18480098.

Fischer B, Buchanan R. Schizophrenia in adults: epidemiology and pathogenesis [Internet]. **UpToDate**; 2024 [cited 2024 Jun]. Available from: <https://sso.uptodate.com/contents/schizophrenia-in-adults-epidemiology-and-pathogenesis>

Gadelha A, Nardi AE, Silva AG, editors. **Esquizofrenia: teoria e clínica**. 2nd ed. Porto Alegre: Artmed; 2021. 264 p.

Fischer B, Buchanan R. Schizophrenia in adults: clinical features, assessment, and diagnosis [Internet]. **UpToDate**; 2024 [cited 2024 Jun]. Available from: <https://sso.uptodate.com/contents/schizophrenia-in-adults-clinical-features-assessment-and-diagnosis>

Valada Filho H, Samaia H. Esquizofrenia: aspectos genéticos e estudos de fatores de risco. **Rev Bras Psiquiatr.** 2024. doi:10.1590/S1516-44462000000500002.

Waite F, Sheaves B, Isham L, Reeve S, Freeman D. Sleep and schizophrenia: from epiphenomenon to treatable causal target. **Schizophr Res.** 2024. doi:10.1016/j.schres.2019.11.014.

American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR**. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022.

Suppes T. Bipolar disorder in adults: clinical features [Internet]. **UpToDate**; 2024 [cited 2024 Jun]. Available from: <https://sso.uptodate.com/contents/bipolar-disorder-in-adults-clinical-features>

Suppes T. Bipolar disorder in adults: assessment and diagnosis [Internet]. **UpToDate**; 2024 [cited 2024 Jun]. Available from: <https://sso.uptodate.com/contents/bipolar-disorder-in-adults-assessment-and-diagnosis>