

ESQUIZOFRENIA, ABUSO DE SUBSTÂNCIAS E IMIGRAÇÃO

SCHIZOPHRENIA, SUBSTANCE ABUSE AND IMMIGRATION - CASE REPORT

Introdução

O abuso de substâncias é um dos problemas comórbidos mais frequentes nos pacientes com esquizofrenia¹, muitas vezes é difícil separar causa e efeito, principalmente no primeiro episódio, e seu uso piora o prognóstico². Pacientes crônicos ou em fase de reagudização usam drogas para alívio de sintomas psicóticos, o que agrava o prognóstico, com o surgimento de sintomas depressivos e ansiosos e favorecem recidivas^{3,4}. Cannabis e álcool são as drogas mais utilizadas por pacientes esquizofrênicos⁵.

A migração é um fator de risco para o desenvolvimento da esquizofrenia em indivíduos que possuam genética favorável para esse transtorno, além de fatores como baixa tolerância à frustração, sensação de não pertencer a um grupo, de derrota e incapacidade, adversidade social, baixas condições de moradia, má alimentação, fracasso social, sentimentos de exclusão e disfunção familiar podem sensibilizar indivíduos susceptíveis de forma a alterar a função dopaminérgica central⁶.

O presente relato de caso visa fazer breve revisão de literatura sobre a associação da esquizofrenia com abuso de substâncias bem como sua relação com fatores estressores externos como a migração, e buscará discutir aspectos relacionados ao tratamento dessas condições.

Relato de caso

ID: **YSM**, 34 anos, masculino, casado, budista, natural de Taiwan, há trinta anos no Brasil, em São Paulo, capital. Curso Engenharia na Politécnica da USP. Há mais de dez anos desempregado.

QD: Sua principal queixa era “interação” com pessoas, alucinações auditivas, impulsos agressivos e abuso de álcool e cannabis há meses. **YSM** contou que tem esquizofrenia há mais de doze anos, com parcial controle. Há dois anos, após a morte da mãe,

por câncer de mama, ficou novamente delirante e agressivo. **YSM** passou a beber em excesso, bateu o carro, teve vários cortes no rosto. Segundo ele, o tormento das vozes fez com que batesse o carro (sic). Não confirma e também não nega tentativa de suicídio. Estava tomando Clozapina 300mg/dia, além de bromazepam 6mg/dia prescrito pelo psiquiatra que o acompanhava. Negou ter interrompido a medicação após o falecimento de sua mãe (sic). Por não ter melhora da “interação” e alucinações auditivas, e delírios o paciente **YSM** quis outro médico. Por interação **YSM** referia-se a transmissão e inserção de pensamentos. Sentia ciúmes de sua esposa e vigiava-a o tempo todo: no trabalho, no celular, emails. Para **YSM** ela estava traindo: “*eu vou fazer sexo com ela e tem espermatozóide de outro lá, isso não pode...*”. Continuava a beber, fumava dois maços de cigarros e cannabis. Tornou-se violento. Parou a clozapina, pois não estava bem e não queria mais fazer exame de sangue. Não saía de casa, não trabalhava por causa do delírio paranóide e de autorreferência presente.

AP: **YSM** é terceiro filho de prole de três, duas mulheres. Pai com alta exigência de ele ser o sucessor de seus negócios aqui e em Taiwan. Nenhuma doença anterior, o primeiro surto foi aos 18 de idade.

YSM no começo da doença não aceitava tratamento, não tomava remédio. Teve cinco internações psiquiátricas. Neste período para diminuir as vozes e “interações” (*todos sabem o que penso e interferem na minha cabeça*) ele acabou fazendo abuso de maconha e depois cocaína. Nada melhorava. Ficava agressivo e era internado. O paciente já havia sido tratado com haloperidol, risperidona, olanzapina e aripripazol. Passou um período “limpo” sem usar nada de drogas ilícitas, mas com muita medicação (sic), época em que casou com sua esposa, recém-chegada de Taiwan, que trabalha com vendas de produtos de Taiwan, para manter **YSM**.

Com duas semanas de casado, **YSM** bateu na esposa com cinto por pensar que ela o traía. Na oportunidade sua medicação foi aumentada. Mas persistia a certeza de que sua esposa tinha vários

homens, sentia cheiro de homem quando chegava junto dela, YSM “via” ela sorrir para outros homens (fatos negados por seu pai). Algumas vezes, **YSM** tinha crítica que poderia ser da doença, mas logo voltava a dar cintadas na esposa.

AF: Mãe faleceu de Câncer de mama. Tio paterno de **YSM** com esquizofrenia suicidou-se. Prima paterna é portadora de esquizofrenia paranóide, em tratamento. Mais três outros familiares com esquizofrenia em Taiwan. Da parte materna dois tios com depressão.

Exames complementares: Realizado hemograma, sem alterações. Enzimas hepáticas TGO, TGP com discreto aumento e gama-GT aumentada. Demais exames sem alterações.

Hipóteses diagnósticas: CID 10: F 20.0 Esquizofrenia paranóide; F12.1 Abuso de canabis; F10 1: Abuso atual de álcool; F17.24; Dependência ativa de tabaco; F14.1: Uso nocivo de cocaína anteriormente.

Conduta: Pela gravidade do quadro foi introduzido risperidona 4mg/dia, já havia parado de tomar a clozapina pela recusa do próprio paciente por falta de melhora. O aumento do consumo de cigarro de nicotina reduz a dose de clozapina, por reversão da indução de 1A2 do Citocromo P450. Após seis dias **YSM**, tinha discreta melhora das alucinações, mas continuava o abuso de álcool e ainda batia na esposa com cintadas. Foi aumentado a risperidona para 6mg/dia, em duas tomadas. Foi devidamente orientado a respeito das complicações que o álcool, canabis e cocaína traziam para sua doença.

YSM foi reduzindo gradativamente o abuso de álcool, mas aumentou o uso de tabaco. Referiu que não mais usava maconha, cocaína e álcool em dois meses de tratamento. Sentia-se um pouco sonolento com a medicação. Após mais três meses **YSM** estava conseguindo fazer exercício de Sutra, ir ao Templo Budista e ter aulas com seu mestre budista. Reduziu muito a quantidade de cigarros por dia. Sua esposa referiu que **YSM** estava melhor, mas continuava a sentir medo de sua piora novamente. Foram orientados da importância de adesão ao tratamento e da abstinência plena de qualquer substância como maconha, cocaína e também o álcool. Estas substâncias poderiam aumentar o risco de agressividade, alucinações e piorar o prognóstico.

Discussão

A prevalência de abuso de substâncias em esquizofrenia pode ser superior a 65%, e é a comorbidade mais comum⁷, o que faz com que essa população esteja sob risco aumentado em 1.2 a 2.8 por esse comportamento⁸. Maconha costuma ser a droga

mais comum⁷, o que pode piorar os sintomas psicóticos e dobrar o aparecimento desses sintomas⁹. O abuso de substâncias em portadores de esquizofrenia é associado a resultados clínicos e funcionais insatisfatórios¹⁰. O componente psicoativo da maconha leva um menor desempenho cognitivo e emocional, maior vulnerabilidade ao uso de outras drogas de abuso e pode ser um fator de risco para desenvolvimento de esquizofrenia na vida adulta; pode haver desencadeamento de alterações nas proteínas dentro da sinapse bem como alterações morfológicas nas sinapses, alterando a resposta de áreas específicas do cérebro aos estímulos externos e internos¹¹. Pode ser que haja uma deficiência no circuito de recompensa mesocorticolímbico que leve a utilização de drogas de abuso⁵.

A migração/imigração pode contribuir para o surgimento da esquizofrenia em indivíduos vulneráveis. O risco relativo para desenvolvimento da esquizofrenia em migrantes de primeira geração é de 2.7, enquanto que para os de segunda geração é de 4.5. Assim, histórico familiar de migração pessoal e familiar é um importante fator de risco para esquizofrenia, tendo a adversidade social importante papel na etiologia¹². Um número crescente de estudos implica a exposição infantil a adversidade social como fator de risco para esquizofrenia; o aumento da incidência do risco de esquizofrenia associado ao nascimento urbano e educação em cidades grandes sugere o aspecto social como agente desencadeador de doença. Experimentos em animais sugerem que fracasso social ou exclusão social podem causar desregulação dopaminérgica ou sensibilização⁶. Uma metanálise constatou que há um risco aumentado de esquizofrenia em migrantes de primeira e segunda geração. Adversidade social, discriminação racial, disfunção familiar, desemprego e más condições de moradia podem ser fatores que contribuem. A vivência crônica de derrota social altera a função dopaminérgica cerebral¹³.

Em relação ao tratamento da esquizofrenia associada ao uso de drogas antipsicóticos atípicos (aripirazol, clozapina, olanzapina, quetiapina e risperidona) podem apresentar vantagens em relação aos neurolépticos típicos referentes à melhora dos sintomas psicopatológicos, redução da fissura e mesmo redução da quantidade de droga de abuso utilizada¹⁰. O uso de naltrexona pode reduzir a utilização das drogas de abuso também¹⁰. Alguns atípicos podem reduzir o uso de maconha, álcool e cocaína em pacientes com esquizofrenia e podem ser eficazes no tratamento das duas condições (duplo diagnóstico)^{5,14}. Neste paciente a risperidona na dose de 6mg/dia mostrou ampla eficácia em sintomas positivos, negativos, inclusive depressivos, ansiosos e de hostilidade/agressão/agitação.

RELATO DE CASO

por **ALEXANDRINA MARIA AUGUSTO DA SILVA MELEIRO**

ARTIGO

Conclusão

Tabaco, maconha e álcool são as drogas mais utilizadas por pacientes esquizofrênicos. A migração pode ser um fator de risco para o desenvolvimento da esquizofrenia em indivíduos que possuam genética favorável para esse transtorno. No tratamento de esquizofrenia com transtorno relacionado ao uso de substâncias, duplo diagnóstico, não há evidências que indique a superioridade de um antipsicótico de segunda geração em relação a outro, com exceção da clozapina. Neste paciente a utilização de medicamentos como os antipsicóticos atípicos foi uma excelente opção, além de orientação aos familiares e ao próprio paciente.

*Fonte de financiamento: Nenhuma
Conflito de interesse: Nenhum*

*Correspondência
Alexandrina Maria Augusto da Silva Meleiro
Endereço Rua João Cachoeira, 488 cj 810
Itaim Bibi
São Paulo SP
CEP 04535 001
Email: _alexandrina@uol.com.br*

Referências

1. Wobrock T, Soyka M. Pharmacotherapy of schizophrenia with comorbid substance use disorder- reviewing the evidence and clinical recommendations. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2008; 32:1375-85.
2. Green AI, Noordsy DL, Brunette MF, O'Keefe C. Substance abuse and schizophrenia: pharmacotherapeutic intervention. *J Subst Abuse Treat*. 2008;34:61-71. Epub 2007 Jun 15.
3. Laqueille X, Launay C, Kanit M. [Induced psychiatric and somatic disorders to cannabis] *Ann Pharm Fr*. 2008;66:245-54. Epub 2008 Sep 4.
4. Coulston CM, Perdices M, Tennant CC. The neuropsychology of cannabis and other substance use in schizophrenia: review of the literature and critical evaluation of methodological issues. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007;4:869-84.
5. Green AI. Schizophrenia and comorbid substance use disorder: effects of antipsychotics. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66: 21-6.
6. Cantor-Graae E. The contribution of social factors to the development of schizophrenia: a review of recent findings. *Can J Psychiatry*. 2007; 52:277-86.
7. Palomo T, Archer T, Kostrzewa RM, Beninger RJ. Comorbidity of substance abuse with other psychiatric disorders. *Neurotox Res*. 2007;12:17-27.
8. Le Bec PY, Fatséas M, Denis C, Lavie E, Auriacombe M. [Cannabis and psychosis: search of a causal link through a critical and systematic review] *Encephale*. 2009;35:77-85. Epub 2008 Jul 9.
9. DeLisi LE. The effect of cannabis on the brain: can it cause brain anomalies that lead to increased risk for schizophrenia? *Curr Opin Psychiatry*. 2008;21:140-50.
10. Wobrock T, Soyka M. Pharmacotherapy of patients with schizophrenia and substance abuse. *Expert Opin Pharmacother*. 2009;10:353-67.
11. Realini N, Rubino T, Parolaro D. Neurobiological alterations at adult age triggered by adolescent exposure to cannabinoids. *Pharmacol Res*. 2009;60:132-8. Epub 2009 Mar 17
12. Cantor-Graae E, Seltén JP. Schizophrenia and



migration: a meta-analysis and review. Am J Psychiatry. 2005;162:12-24

- 13. Selten JP, Cantor-Graae E, Kahn RS. Migration and schizophrenia. Curr Opin Psychiatry. 2007;20:111-5
- 14. Murthy P, Chand P. Treatment of dual diagnosis disorders. Curr Opin Psychiatry. 2012; 25:194-200.

dfba.com.br

TPDS	APPr	Nti	CEc	CpSB	PrNu	CpAB	ECT	OdOn	SIMp	ReSi	ComSl	EDU
TRATAMENTO POR PERFIL DIAGNOSTICO SEMELHANTE	PROJETO APPRIME	NÚCLEO DE TERAPIA INTENSIVA	CENTRO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA	CENTRO DE PESQUISAS SINAPSE / BAIRRAL	PRIMARY NURSING APPLICATION	COMPLEXO PAISAGÍSTICO AMERICANO BAIRRAL	ELETRO-CONVULSO TERAPIA	ODONTOLOGIA EM PSIQUIATRIA	SIMPÓSIOS BAIRRAL	RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA	COMUNIDADE TERAPÊUTICA RURAL SANTA CARLOTA	BAIRRAL EDU GERANDO CONHECIMENTO

www.bairral.com.br
19 3863.9400 PABX
19 3863.4255 FAX
bairral@bairral.com.br

BAIRRAL

A PSIQUIATRIA HOSPITALAR DO FUTURO
HOJE

DR. IVAN BALANES DE OLIVEIRA - DIRETOR TÉCNICO MÉDICO
CRM 10861 - IJDE 159463