


**SINTOMAS PSICÓTICOS APÓS A VIVÊNCIA DE UM TRAUMA COMPLEXO:
RELATO DE CASO E REVISÃO NARRATIVA ACERCA DO TEMA**

**PSYCHOTIC SYMPTOMS FOLLOWING THE EXPERIENCE OF COMPLEX
TRAUMA: A CASE REPORT AND NARRATIVE REVIEW OF THE TOPIC**

**SÍNTOMAS PSICÓTICOS TRAS LA VIVENCIA DE UN TRAUMA COMPLEJO:
INFORME DE CASO Y REVISIÓN NARRATIVA SOBRE EL TEMA**

 <https://doi.org/10.56238/arev7n11-275>

Data de submissão: 21/10/2025

Data de publicação: 21/11/2025

Thais Yokomachi Pereira Silva

Médica Residente de Psiquiatria

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)

E-mail: thaisyokomachi@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-4299-1700>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3709129771850050>

Mariana Pentagna Pereira da Silva

Médica Residente de Psiquiatria

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)

E-mail: marianapps@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-1914-7165>

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/5552303459193976>

Carolina Belucio Gaetano

Médica Residente de Psiquiatria

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)

E-mail: carol.gaetano@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-5659-2619>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7760942538888665>

Beatriz Viegas de Almeida

Médica Residente de Psiquiatria

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)

E-mail: bia.viegas1@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0006-3323-6142>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2412310920902038>

Gabriela Inocente Kikuchi

Médica Residente de Psiquiatria

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)

E-mail: gabikikuchi@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1476-5640>

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/9007487567516940>

Ana Carolina Golçalves Olmos

Psiquiatra e Mestranda em Ciências da Saúde
Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)
E-mail: carol.al.g@uol.com.br
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9478-5210>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0954113405689045>

Fábio Aparecido Borghi

Psiquiatra e Doutorando em Ciências da Saúde
Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)
E-mail: borghfabio@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2230-553X>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9557689055982347>

Gerardo Maria de Araújo Filho

Psiquiatra e Livre Docente em Psiquiatria
Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
E-mail: filho.gerardo@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7112-8456>
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/524416421249582>

RESUMO

A vivência de traumas complexos representa um desafio significativo à saúde mental, com potencial de desencadear transtornos severos e duradouros. Em muitos casos, essas experiências traumáticas são capazes de precipitar sintomas psicóticos que comprometem profundamente a funcionalidade e a qualidade de vida dos indivíduos afetados. Neste relato, descreve-se o caso clínico de uma paciente do sexo feminino, que após permanecer em cativeiro por dois anos e ter sido submetida a diferentes formas de violência — física, sexual e psicológica — desenvolveu manifestações psicóticas, incluindo alucinações auditivas, visuais e olfativas, bem como delírios persecutórios. Além disso, observou-se uma deterioração significativa em sua funcionalidade cotidiana e nas relações interpessoais. Essa condição evidenciou a possível interconexão entre o trauma extremo, o Transtorno de Estresse Pós-Traumático Complexo (TEPT-C) e transtornos psicóticos. O presente relato reforça a importância de abordagens terapêuticas integradas e do acompanhamento contínuo por equipes multiprofissionais especializadas para viabilizar a reabilitação psicossocial e emocional desses pacientes.

Palavras-chave: TEPT Complexo. Psicose. Trauma. Relato de Caso. Saúde Mental.

ABSTRACT

The experience of complex trauma represents a significant challenge to mental health, with the potential to trigger severe and long-lasting disorders. In many cases, these traumatic experiences can precipitate psychotic symptoms that profoundly compromise the functionality and quality of life of affected individuals. This report describes the clinical case of a female patient who, after being held captive for two years and subjected to different forms of violence—physical, sexual, and psychological—developed psychotic manifestations, including auditory, visual, and olfactory hallucinations, as well as persecutory delusions. Furthermore, a significant deterioration in her daily functioning and interpersonal relationships was observed. This condition highlighted the possible interconnection between extreme trauma, Complex Post-Traumatic Stress Disorder (C-PTSD), and psychotic disorders. The present report reinforces the importance of integrated therapeutic approaches

and continuous follow-up by specialized multidisciplinary teams to facilitate the psychosocial and emotional rehabilitation of these patients.

Keywords: Complex PTSD. Psychosis. Trauma. Case Report. Mental Health.

RESUMEN

La vivencia de traumas complejos representa un desafío significativo para la salud mental, con el potencial de desencadenar trastornos graves y duraderos. En muchos casos, estas experiencias traumáticas son capaces de precipitar síntomas psicóticos que comprometen profundamente la funcionalidad y la calidad de vida de los individuos afectados. En este relato, se describe el caso clínico de una paciente que, tras permanecer en cautiverio durante dos años y ser sometida a diferentes formas de violencia (física, sexual y psicológica), desarrolló manifestaciones psicóticas, incluyendo alucinaciones auditivas, visuales y olfativas, así como delirios persecutorios. Además, se observó un deterioro significativo en su funcionalidad cotidiana y en sus relaciones interpersonales. Esta condición evidenció la posible interconexión entre el trauma extremo, el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C) y los trastornos psicóticos. El presente relato refuerza la importancia de enfoques terapéuticos integrados y del seguimiento continuo por parte de equipos multiprofesionales especializados para posibilitar la rehabilitación psicosocial y emocional de estos pacientes.

Palabras clave: TEPT Complejo. Psicosis. Trauma. Informe de Caso. Salud Mental.

1 INTRODUÇÃO

A vivência de um evento traumático tem sido caracterizada por uma ameaça real ou percebida à integridade física ou psicológica do indivíduo, trazendo impactos significativos e duradouros em diversas esferas da vida. Após o trauma, há maior risco de desenvolver diversos transtornos psiquiátricos, incluindo transtorno de estresse pós-trauma complexo, definido pela exposição a experiências traumáticas repetidas e prolongadas, pode também produzir mudanças persistentes na identidade e regulação do afeto.

O transtorno de estresse pós-traumático complexo (TEPT-C) é um novo diagnóstico proposto na 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (CID-11), sendo reconhecido como uma condição de saúde mental grave, decorrente da exposição a esses eventos traumáticos complexos, prolongados ou repetidos, com impactos profundos no bem-estar psicológico (OMS, 2019). Seu diagnóstico baseia-se em três núcleos sintomáticos principais, os mesmos apresentados pelo TEPT e exclusivamente relacionados ao trauma, como revivências traumáticas, evitação persistente e hiperexcitação. Além disso, apresentam mais três grupos de sintomas que refletem a perturbação crônica, demonstrado pelas disfunções na auto-organização, como desregulação emocional, autopercepção negativa e dificuldades nos relacionamentos interpessoais (Ho *et al.*, 2021; Maercker *et al.*, 2022).

Os transtornos psicóticos caracterizam-se predominantemente por sintomas positivos, como alucinações e delírios, além de sintomas negativos, incluindo embotamento afetivo, apatia e retraimento social, que comprometem a funcionalidade e a interação com o meio (Fung *et al.*, 2024; Levin *et al.*, 2025).

O TEPT-C e os transtornos psicóticos apresentam perfis sintomatológicos distintos, podendo, no entanto, coexistir e influenciarem-se mutuamente de maneiras significativas. Essa relação entre TEPT-C e psicose é multifacetada e tem sido objeto de crescente investigação nos últimos anos, desencadeando questionamentos sobre os mecanismos subjacentes que impulsionam essas associações (Ho *et al.*, 2021; Levin *et al.*, 2025). Os sintomas psicóticos positivos podem decorrer de um transtorno psicótico primário instalado após o trauma, mas também podem ser considerados respostas secundárias e relacionadas ao trauma grave (Liu *et al.*, 2020; Levin *et al.*, 2025). Outros estudos descrevem sintomas psicóticos como parte de um espectro de gravidade, em populações sem transtornos psicóticos. Acredita-se que tais sintomas podem ser decorrentes da desordem na auto-organização, principalmente, em relação à desregulação afetiva pois pode intensificar a hiperativação emocional e assim piorar sintomas dissociativos (Liu *et al.*, 2020; Ho *et al.*, 2021; Dudley *et al.*, 2024; Levin *et al.*, 2025).

Este estudo tem como objetivo descrever o quadro clínico e a evolução de uma paciente encaminhada para avaliação em decorrência de sintomas psicóticos, revivências traumáticas e amnésia seletiva, além de uma revisão narrativa da literatura quanto às interações complexas entre essas condições graves e suas implicações clínicas.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso com base em revisão documental do prontuário de uma paciente atendida no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), vinculado ao Departamento de Ciências Neurológicas, Psiquiatria e Psicologia Médica da FAMERP, no interior do estado de São Paulo/Brasil. O período de acompanhamento foi de 2022 a 2025.

O estudo foi conduzido com base nos princípios éticos da pesquisa com seres humanos, com aprovação pelo Comitê de Ética da instituição sob o parecer CAAE 88998325.5.0000.5415. Foi também realizada uma revisão da literatura na base de dados PUBMED, dentro dos últimos dez anos, com as palavras-chave “complex post traumatic stress disorder”, “psychosis”, “schizophrenia”, “post traumatic stress disorder”, “PTSD-secondary features”, “psychotic symptoms” e “complex trauma”.

3 RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 40 anos, solteira, do lar, residia em área rural, sem filhos, estudou até o 2º ano do Ensino Fundamental. Foi encaminhada ao serviço de psiquiatria do Hospital de Base de São José do Rio Preto por quadro caracterizado por pensamentos com conteúdo persecutório, associado a amnésia seletiva há quatro anos.

3.1 HISTÓRICO DO TRAUMA

Paciente relata que se envolveu com uma pessoa que conheceu através de aplicativos de namoro na internet. Esse indivíduo residia em outro país e a convidou para morar com ele. Após poucos meses de envolvimento a paciente fugiu para esse país com expectativa de se relacionar com tal indivíduo e com a esperança de conseguir trabalhar para ajudar sua família financeiramente. Quando lá chegou, foi mantida em cárcere por cerca de dois anos, junto a outras mulheres. Nesse período sofreu diversos tipos de violências - física, sexual e psicológica -, sendo resgatada por meio de intervenção policial, com auxílio da sua família.

3.2 SINTOMATOLOGIA PÓS TRAUMA

Após esse grave trauma, retornou para o Brasil e foi acolhida pela família. Iniciou um quadro caracterizado por culpa e ambivalência pela situação vivida, medo de ficar sozinha em sua casa pela crença de que os sequestradores descobririam seu paradeiro, sonhos vividos relacionados com o trauma, hipervigilância e prejuízo na socialização, com receio de contato com indivíduos fora do seu círculo familiar. Apresentava ainda diminuição da concentração e prejuízo na memória, sendo que em alguns momentos não reconhecia seus familiares. Ao relatar o período de cárcere, evoca fragmentos desconexos, descrições incompletas do local, sempre destacando as sensações olfatórias e emoções aversivas, sem conseguir estabelecer uma coerência dos fatos. Além disso, havia episódios de desregulação emocional, com auto e heteroagressão, tendo realizado quatro tentativas de autoextermínio no primeiro ano após o trauma.

Concomitantemente a esses sintomas, observava-se delírios de cunho persecutório, acreditava que os sequestradores estavam lhe perseguindo e tinha medo de comer pela crença de que a comida estava envenenada. Dizia sentir “o cheiro do cárcere” por todos os lugares. Relatava alucinações auditivas, com vozes de ambos os sexos, com conteúdo de ameaça e a ridicularizando, tendo evoluído para vozes de comando com conteúdo suicida. Acreditava que as vozes eram dos raptos, não as reconhecia, mas acreditava que fossem enviadas por eles com intenções malévolas. Além disso, referia alucinações visuais, com flashes de luz, vultos e pessoas em sua casa. Por vezes acreditava que fosse Deus quem mandou a luz, em outros, achava que era uma assombração, sem relação direta com o trauma. Tais sintomas persistiram por mais de um ano culminando com a busca por atendimento médico na unidade de saúde de referência.

3.3 ANTECEDENTES PESSOAIS

Antes da vivência traumática, a paciente nunca tinha apresentado tais comportamentos e sintomas. Ao longo do acompanhamento e com o estabelecimento do vínculo, foi possível entender que a paciente já era uma pessoa mais isolada, com pouca interação social e que nunca tinha apresentado envolvimento amoroso anteriormente. A mãe da paciente afirmava que ela não teve atraso no neurodesenvolvimento, mas, durante o processo de alfabetização, teve dificuldade no aprendizado, conseguindo aprender a ler e escrever com certa limitação e realizar cálculos simples. Não seguiu com os estudos pelas dificuldades que encontravam para dar continuidade na área rural. Contudo, isso não limitava as atividades diárias da paciente, previamente ao trauma.

Tinha poucos amigos na infância e tornou-se mais isolada na adolescência por estar fora da escola e sem oportunidades de convívio. A família vive em área rural, exercendo atividades rurais de

subsistência e é pouco inserida na comunidade. Ajuda a família nessas atividades rurais e nos cuidados da casa desde a adolescência, nunca tendo buscado empregos formais. Tem uma amiga próxima com quem brincava na infância e mantém contato próximo. Por se restringir mais ao círculo familiar não teve oportunidades de envolvimento amoroso, tendo sido o raptor a primeira pessoa com quem iniciou um contato influenciada por sua amiga que a ajudou com o aplicativo de namoro.

3.4 TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Inicialmente, a paciente foi acolhida pela atenção básica de seu município que introduziu Fluoxetina 20mg e Risperidona 2mg, sendo encaminhada para atendimento especializado, apenas após quatro anos do trauma, por conta da presença de sintomas psicóticos persistentes.

Em sua primeira avaliação psiquiátrica, solicitou-se exames de rastreio para primeiro episódio psicótico, incluindo exames de imagem, que não evidenciaram alterações. Durante seu seguimento, foi aventada a possibilidade de TEPT complexo pela proeminência dos sintomas relacionados ao trauma e evidências de desorganização do self, observados pelos diversos episódios de desregulação emocional, com auto e heteroagressividade nunca observados. Houve ainda acentuação das dificuldades pré-mórbidas de se relacionar com terceiros e sentimento de culpa em relação ao evento traumático. Considerou-se inicialmente que as alterações da sensopercepção e do pensamento estavam associadas ao quadro do TEPT. Foi realizado ajuste da fluoxetina para 40 mg e paciente perdeu seguimento especializado em decorrência de doença materna, tendo mantido uso das medicações que continuaram sendo fornecidas pela atenção primária.

Em dado momento a dose de fluoxetina foi reduzida na origem e paciente apresentou piora do quadro. Compareceu para reavaliação psiquiátrica com um ano de intervalo entre as consultas apresentando novamente sonhos vívidos com o trauma, hipervigilância e ataques de pânico, além de alucinações auditivas e delírios místicos, com prejuízo do teste de realidade. Apresentava discurso tangencial, com ideias vagas e abstratas, por vezes com frases fragmentadas e conteúdo do pensamento empobrecido. Paciente apresentou neste período de um ano um ganho ponderal significativo.

Considerando a persistência dos sintomas psicóticos, aventou-se a hipótese adicional de esquizofrenia, ajustou-se novamente a dose de fluoxetina para 40 mg e foi realizada a troca de risperidona por haloperidol 5mg ao dia. Na reavaliação, após três meses, a paciente atingiu remissão parcial dos sintomas: redução da hipervigilância, dos pesadelos e da frequência das alucinações auditivas, melhora da crítica sobre sua morbidade e da funcionalidade dentro de casa. Mantinha ainda medo de ficar sozinha, alucinações visuais e auditivas esporádicas. Foi realizado ajuste da dose do

antipsicótico e encaminhamento para acompanhamento psicológico, tendo paciente novamente perdido seguimento na instituição.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A exposição ao trauma vem sendo correlacionada com a abertura de diversos quadros psiquiátricos, incluindo transtornos de ansiedade, transtorno depressivo maior, transtorno bipolar e transtornos psicóticos, além dos transtornos relacionados ao estresse (Auxémery, 2018; Compean; Hamner, 2019). O caso apresentado levanta discussões relevantes sobre a interface entre trauma complexo, TEPT e o desenvolvimento de transtornos psicóticos, além das dificuldades subjacentes ao diagnóstico diferencial.

Embora a relação causal direta ainda seja tema de controvérsia, há evidências de que experiências traumáticas graves, especialmente aquelas vividas em contextos de privação de liberdade, abuso prolongado e ausência de suporte, possam precipitar ou intensificar sintomas psicóticos, especialmente em indivíduos vulneráveis ou com traços de personalidade predisponentes (Ho *et al.*, 2021; Dudley *et al.*, 2024; Levin *et al.*, 2025).

A paciente apresentava alguns traços de personalidade pré-mórbida de distanciamento social e desinibição (principalmente a impulsividade e dificuldade de planejamento, com tomada de decisões importantes como a de viajar a outro país para se relacionar com alguém que conhece a pouco tempo sem a devida ponderação dos riscos e consequências) que podem ter sido fatores predisponentes ao adoecimento psíquico. Não há evidências de deficiência intelectual ou inteligência limítrofe, seja pela história do desenvolvimento, seja na avaliação psiquiátrica. Apesar de dificuldades na alfabetização, que podem ser explicadas pela interrupção precoce da escolarização em decorrência da dificuldade de acesso, paciente apresentava funcionamento cognitivo normal.

O estabelecimento do diagnóstico inicial de TEPT é clinicamente fundamentado, considerando que ela foi exposta a repetidos episódios de abuso sexual e violência física. Apresentava sonhos angustiantes recorrentes de conteúdo relacionado ao trauma, evitação de lembranças referentes ao evento, incapacidade de recordar aspectos das experiências, cognições distorcidas a respeito da causa (com culpa e ambivalência), distanciamento em relação a pessoas fora do seu círculo familiar, hipervigilância, alterações da concentração, irritabilidade e surtos de raiva. Ressalta-se que a paciente apresentava desregulação do afeto, tentativas de autoextermínio, sentimentos crônicos de culpa e dificuldade em estabelecer relações e confiar em pessoas fora do seu círculo familiar, características que não apresentava previamente e que justificam o estabelecimento da hipótese diagnóstica de TEPT-C.

Embora vivências psicóticas sejam descritas no TEPT, vale ressaltar a proeminência dos sintomas psicóticos no quadro apresentado pela paciente. Ela manifestou delírios persecutórios, alucinações auditivas e visuais que persistiram por mais de seis meses. A hipervigilância, desconfiança e isolamento social podem ser também sintomas de esquizofrenia (Oconghaile; DeLisi, 2015). Além destes sintomas, os relatos de “sentir o cheiro do cárcere” podem ser interpretados tanto como reações dissociativas de revivência do trauma, quanto como alucinações olfatórias. Apesar de vivências alucinatórias serem descritas no TEPT, secundárias ao estado de hiperexcitação (Oconghaile; DeLisi, 2015), a paciente manteve o quadro psicótico mesmo após a melhora da hipervigilância e pesadelos, sugerindo que tais alterações psicopatológicas constituam alucinações olfatórias verdadeiras.

Considerando então a saliência dos sintomas psicóticos, é importante discutir a etiologia de tal quadro - seriam os sintomas psicóticos secundários ao quadro de TEPT ou seria o trauma um gatilho para a abertura de um quadro esquizofreniforme comórbido (Liu *et al.*, 2020; Ho *et al.*, 2021; Wearne *et al.*, 2022; Panayi *et al.*, 2024)?

Alguns autores sugerem que indivíduos com histórico de trauma podem apresentar maior sensibilidade aos estressores, levando à manifestação de experiências psicóticas quando seus mecanismos de enfrentamento estão sobrecarregados (Liu *et al.*, 2020; Ho *et al.*, 2021), sendo a exposição a violência sexual um dos fatores que aumenta ainda mais o risco de psicose (Compean; Hamner, 2018). A ocorrência de sintomas dissociativos relacionados ao trauma pode também aumentar a vulnerabilidade a sintomas psicóticos (Compean; Hamner, 2018), ressaltando que no caso em questão, a paciente apresentava mais de um fator de risco.

Há uma discussão acerca da possibilidade do estabelecimento de uma variante do TEPT com sintomas psicóticos (Compean; Hamner, 2018), caracterizado principalmente por vivências psicóticas paranoides e persecutórias, sem delírios mais estruturados ou bizarros (Compean; Hamner, 2018). Além dessas características, Compean e Hamner (2018) destaca que alguns elementos poderiam auxiliar nessa diferenciação: temporalidade (sintomas do TEPT precedendo a psicose), preservação do teste de realidade e ausência de transtorno formal do pensamento. No caso em questão, embora os sintomas iniciais fossem predominantemente paranoides e persecutórios, observou-se a emergência de delírios de conteúdo religioso e desconectados do evento traumático, desorganização do pensamento e ausência de crítica sobre os sintomas sugerindo a eclosão de um quadro psicótico primário.

Dentre os transtornos psicóticos primários, a esquizofrenia emerge como o diagnóstico nosológico mais provável. A paciente apresenta sintomas psicóticos persistentes, com presença clara de delírios e alucinações, por um período superior a seis meses, na ausência de episódios afetivos e

com prejuízo no funcionamento. Do ponto de vista etiológico há uma forte contribuição de fatores genéticos e ambientais no desenvolvimento da esquizofrenia, sendo que fatores traumáticos desempenham um papel importante na expressão gênica final (Seong; Cho; Na, 2023). A comorbidade entre TEPT e esquizofrenia vem sendo discutida na literatura, com prevalência estimada de 16% (Hardy, 2017). Entretanto, Seong, Cho e Na (2023) em uma metanálise recente destaca a heterogeneidade dos estudos, com amostras diversas, não sendo possível estimar adequadamente a prevalência da comorbidade.

A partir desse caso, observa-se que vários distúrbios psicológicos podem coexistir e interagir de maneiras complexas (Hardy *et al.*, 2020; Allardyce *et al.*, 2023; Panayi *et al.*, 2025). A presença simultânea dos principais sintomas nucleares associados ao TEPT complexo e à esquizofrenia reforça ainda mais a hipótese da comorbidade entre essas entidades diagnósticas.

Essa condição específica exige uma abordagem cuidadosa e diferenciada, evitando uma rotulação simplista, enfatizando uma avaliação diferencial criteriosa entre fenômenos dissociativos, que envolvem interrupções na consciência e identidade, e experiências psicóticas que distorcem a realidade, ao mesmo tempo em que reconhece e leva em consideração os extensos impactos psicossociais do trauma na saúde mental geral do indivíduo e no funcionamento da vida diária (Ho *et al.*, 2021; Panayi *et al.*, 2024; Levin *et al.*, 2025). A comorbidade demonstrada nesse caso é relevante por estar associada a pior desfecho clínico e funcional, além de dificuldades na aderência e tratamento (Hardy, 2017).

É essencial destacar a importância de estratégias terapêuticas amplas, que considerem não apenas o tratamento medicamentoso, mas também a escuta qualificada, a psicoeducação, a reestruturação cognitiva, o fortalecimento de vínculos e o acesso a dispositivos de apoio psicossocial. Intervenções baseadas em artes, meditação e abordagens corpo-mente também têm mostrado eficácia complementar em casos semelhantes (Liu *et al.*, 2020; Ho *et al.*, 2021; Levin *et al.*, 2025). Dentre as opções medicamentosas, a risperidona e quetiapina são antipsicóticos com ensaios clínicos controlados no tratamento de TEPT com sintomas psicóticos, sendo que não há recomendações específicas de doses (Compean; Hamner, 2018).

Por fim, é fundamental valorizar a história de vida, reconhecer os recursos internos de enfrentamento e promover o empoderamento do paciente para o sucesso terapêutico e superação da condição traumática (Dudley *et al.*, 2024; Panayi *et al.*, 2025).

5 CONCLUSÃO

A emergência de sintomas psicóticos após a vivência de traumas complexos, como demonstrado no relato de caso apresentado, revela a complexidade da interação entre o TEPT-C e os transtornos psicóticos. A singularidade da experiência da paciente ressalta a importância de considerar fatores individuais, como personalidade pré-mórbida, resiliência e suporte social, que podem influenciar a resposta ao trauma.

A diferenciação entre manifestações psicóticas secundárias ao TEPT-C e transtornos psicóticos primários é desafio clínico e requer a avaliação de diversos parâmetros: temporalidade e características da emergência dos sintomas, a proeminência dos sintomas psicóticos, presença de delírios e alucinações que transcendem as esferas paranóide ou persecutória e comprometimento do juízo de realidade. A literatura tem evidenciado associação entre TEPT-C e psicose, mas com lacunas importantes quanto aos mecanismos subjacentes, trajetórias causais e validade diagnóstica, sendo essencial mais pesquisas para explorar essa relação de forma mais aprofundada.

O manejo terapêutico deve ser abrangente, integrando intervenções farmacológicas e psicoterapêuticas. A adesão ao tratamento se constitui um desafio, sendo essencial o acompanhamento por equipe multidisciplinar e implementação de estratégias que vinculem o paciente à equipe e favorecem a continuidade do acompanhamento especializado.

Por fim, observa-se que a exposição a eventos traumáticos é um fator de risco significativo para a emergência de diversos transtornos mentais, sendo crucial a identificação precoce e intervenção especializada, evitando a cronificação dos sintomas e prejuízo da funcionalidade.

REFERÊNCIAS

- ALLARDYCE, J.; HOLLANDER, A.-C.; RAHMAN, S. *et al.* Association of trauma, post-traumatic stress disorder and non-affective psychosis across the life course: a nationwide prospective cohort study. **Psychological Medicine**, v. 53, n. 4, p. 1620–1628, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0033291721003287>.
- AUXÉMÉRY, Y. Post-traumatic psychiatric disorders: PTSD is not the only diagnosis. **Presse Medicale**, v. 47, n. 5, p. 423-430, mai. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2017.12.006>.
- COMPEAN, E.; HAMNER, M. Posttraumatic stress disorder with secondary psychotic features (PTSD-SP): Diagnostic and treatment challenges. **Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry**, v. 88, p. 265-275, 10 jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.08.001>.
- DUDLEY, R.; WHITE, S.; MISKIN, R. *et al.* Hallucinations across sensory domains in people with post-traumatic stress disorder and psychosis. **Psychiatry Research**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116229>.
- FUNG, H. W.; KAI, A.; CHAU, C. *et al.* Bidirectional relationships among complex PTSD, dissociation, and psychotic symptoms in two samples. **European Journal of Psychotraumatology**, v. 16, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2458364>.
- HARDY, A. Pathways from Trauma to psychotic Experiences: A Theoretically Informed Model of Posttraumatic Stress in Psychosis. **Frontiers in Psychology**, v. 8, art. 697, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00697>.
- HARDY, A.; O'DRISCOLL, C.; STEEL, C. *et al.* A network analysis of post-traumatic stress and psychosis symptoms. **Psychological Medicine**, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0033291720001300>.
- HO, G. W. K.; HYLAND, P.; KARATZIAS, T. *et al.* Traumatic life events as risk factors for psychosis and ICD-11 complex PTSD: a gender-specific examination. **European Journal of Psychotraumatology**, v. 12, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2009271>.
- LEVIN, Y.; MAZZA, A.; HYLAND, P. *et al.* Positive Symptoms of Psychosis and International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) Complex Posttraumatic Stress Disorder: A Network Analysis in a Canadian Sample from Montreal [...]. **The Canadian Journal of Psychiatry**, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/07067437251337645>.
- LIU, J.; SHENG, M.; LIM, M. *et al.* Global emotion dysregulation and maladaptive cognitive emotion regulation strategies mediate the effects of severe trauma on depressive and positive symptoms in early non-affective psychosis. **Schizophrenia Research**, v. 222, p. 251–257, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.040>.
- MAERCKER, A.; CLOITRE, M.; BACHEM, R. *et al.* Complex post-traumatic stress disorder. **Lancet**, v. 400, p. 60–72, 2022. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00821-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00821-2).

OCONGHAILE, A.; DELISI, L. E. Distinguishing schizophrenia from posttraumatic stress disorder with psychosis. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 28, n. 3, p. 249-55, mai. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1B97/YCO.0000000000000158>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-11: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 11ª Revisão**. Genebra: OMS, 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/>

PANAYI, P.; PETERS, E.; BENTALL, R. *et al.* Complex PTSD symptoms predict positive symptoms of psychosis in the flow of daily life. **Psychological Medicine**, v. 54, n. 12, p. 1–12, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0033291724001934>.

PANAYI, P.; CONTRERAS, A.; PETERS, E. *et al.* A temporal network analysis of complex post-traumatic stress disorder and psychosis symptoms. **Psychological Medicine**, v. 55, e43, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0033291725000030>.

SEONG, A.; CHO, S. E.; NA, K. S. Prevalence and Correlates of Comorbid Posttraumatic Stress Disorder in Schizophrenia-Spectrum Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Psychiatry Investigation**, v. 20, n. 6, p. 483-492, jun. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.30773/pi.2022.0353>.

WEARNE, D.; AYALDE, J.; CURTIS, G. *et al.* Visual phenomenology in schizophrenia and post-traumatic stress disorder: an exploratory study. **BJPsych Open**, v. 8, n. 4, e143, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.544>.