

INTERVENÇÃO PRECOCE NA PSICOSE

Período Pré-psicótico

Ricardo COENTRE, Pedro LEVY, Maria Luísa FIGUEIRA

RESUMO

As perturbações psicóticas, e em particular a esquizofrenia, são doenças graves com início na adolescência ou idade adulta jovem e que estão classicamente associadas a prognóstico limitado. Nos últimos anos muita tem sido a investigação sobre a intervenção precoce na psicose que pode ser efectuada no período pré-psicótico (pródromo) e/ou após a emergência do episódio psicótico franco. Neste artigo os autores fazem uma revisão da literatura existente sobre o diagnóstico, avaliação e possíveis intervenções sobre os doentes no período pré-psicótico (pródromo). A identificação dos doentes com risco ultra elevado de psicose permite identificar doentes com risco de evolução para psicose de cerca de 40%.

São mencionados as principais intervenções, farmacológicas e psicossociais, e os respectivos estudos publicados. A identificação prospectiva destes indivíduos e o seu tratamento poderá prevenir a sua evolução para episódio psicótico franco, atrasar a transição para este ou se tal não for possível, favorecer a recuperação e reabilitação.

É necessário ter em consideração alguns aspectos éticos sobre as intervenções neste grupo de indivíduos, nomeadamente sobre o eventual estigma que a sua identificação pode originar e o número ainda considerável de falsos positivos que os critérios actuais identificam.

Apesar dos resultados serem essencialmente preliminares, os estudos parecem indicar que algumas intervenções neste grupo de doentes são eficazes e promissoras. São necessários estudos com maior número de doentes incluídos e provavelmente um refinamento dos critérios que permitem identificar os indivíduos em risco ultra elevado para episódio psicótico.

SUMMARY

EARLY INTERVENTION IN PSYCHOSIS Prepsychotic Period

Psychotic disorders, namely schizophrenia, are severe illnesses with their onset in adolescence or youth adult age and have a classic limited outcome. In recent years there has been some research about early intervention in psychosis which can be done in prepsychotic period (prodrome) and/or after the onset of full blown psychotic episode. The authors review the literature about the diagnosis, evaluation, and possible interventions in patients in prepsychotic period (prodrome). Identification of patients with ultra high risk of psychosis could identify patients with a risk of development psychosis in 40%. The main interventions, pharmacological and psychosocial treatments, and main published studies are explained. Prospective identification of these patients and their treatment could prevent the development of full blown psychosis, delay the onset or promote the recovery of the disorder.

We must remember some ethical issues about this kind of intervention, namely the stigma and false positive individuals.

The results from the research in this area are mainly preliminary, but these studies suggest

R.C., P.L., M.L.F.: Serviço de Psiquiatria. Departamento de Neurociências. Hospital de Santa Maria/Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa

© 2010 CELOM

that some interventions are effective and promising. In future we must have trials with more number of patients included and probably a refinement of the criteria of ultra high risk patients.

INTRODUÇÃO

As perturbações psicóticas, e em particular a esquizofrenia, são doenças graves que tipicamente têm o seu início durante um período sensível do desenvolvimento, a adolescência e a idade adulta jovem. Durante mais de um século um pessimismo, estigma e negligência confinou a terapêutica destas doenças para um modo quase paliativo. O conceito de intervenção precoce na psicose foi aquele que mostrou maiores progressos na tentativa de alterar este pessimismo associado à doença. Desde a década de 1990 tem havido um esforço para o aumento da evidência, simultaneamente com uma tentativa dos clínicos e investigadores na reformulação dos serviços e na abordagem terapêutica destes doentes¹.

Diversos trabalhos demonstram que existem benefícios na detecção e terapêutica precoce da psicose melhorando o prognóstico da doença. Esta intervenção pode ser efectuada em dois tempos: 1) Na sintomatologia prodromática da psicose, antes do aparecimento da chamada psicose franca (período pré-psicótico); 2) Após o início do primeiro episódio psicótico. Este artigo procura fazer uma revisão da literatura sobre o diagnóstico, avaliação e intervenções terapêuticas no período pré-psicótico da doença.

MÉTODOS

Fez-se uma pesquisa na literatura de artigos até Abril 2009, usando a Medline e tendo como palavras-chave *intervenção precoce, psicose, elevado risco para psicose, período pré-psicótico e pródromo*.

RESULTADOS

Nos últimos 15 anos têm sido desenvolvidos uma série de centros, inicialmente na Austrália e Escandinávia e actualmente um pouco por todo o mundo, que procuram intervir de modo específico em cada uma das fases da doença psicótica. Pretende-se também que o habitual mau prognóstico associado a pelo menos 25% dos doentes que sofrem um primeiro episódio psicótico seja reduzido, com impacto no prognóstico da doença a médio e longo prazo, alterando significativamente a história natural desta.

Psicose ou esquizofrenia?

Os investigadores concordam que a avaliação do doente com psicose deve ser essencialmente clínica e não baseada somente nos critérios dos sistemas de classificação mais usados, como o DSM-IV-TR ou CID-10. A relativa inespecificidade dos sintomas do primeiro episódio psicótico e pouca consistência clínica motivam esta abordagem, preferindo os autores utilizar o termo psicose genericamente, com uso mais lato e abrangente.

O termo esquizofrenia implica em si já a inclusão do prognóstico, sendo estável após a sua aplicação e muito difícil de aplicar até que exista doença por um período de tempo considerável. O termo esquizofrenia está também associado a um estigma e medo inseridos no mau contexto classicamente associado ao seu diagnóstico, justificando assim algum cuidado nos efeitos iatrogénicos com a utilização dessa designação¹.

A psicose é assim uma síndrome variável, com duração de forma contínua de pelo menos uma semana, definida pela presença de sintomas positivos, sobretudo alucinações e ideias delirantes, e tipicamente com outros sintomas acompanhantes, incluindo sintomas negativos, sintomas afectivos, uso de substâncias e outros. A relativa proeminência dos sintomas positivos e dos restantes sintomas varia, o que conduz a um grupo heterogéneo de doentes. Durante o primeiro episódio psicótico apenas 30 a 40% dos doentes vão ter critérios de esquizofrenia.

Noção de estadiamento na psicose

O modelo de estadiamento da doença psicótica pode ser aplicado da Medicina em geral, nomeadamente das doenças oncológicas, dando uma visão heurística da doença e o desenvolvimento e avaliação de uma série de intervenções amplas e específicas para cada estágio. Surge assim a noção de estadiamento na doença psicótica, desde o pródromo até à reabilitação. Procura-se que a intervenção não só trate determinado estágio mas previna a sua progressão para um estágio mais avançado de doença, onde a resposta à terapêutica é mais difícil e a possibilidade de recuperação mais limitada. Este estadiamento permite a diferenciação de fenómenos clínicos precoces e ligeiros daqueles que acompanham a extensão da doença, progressão e cronicidade. Possibilita ao clínico seleccionar os tratamentos relevantes nos estádios precoces, e

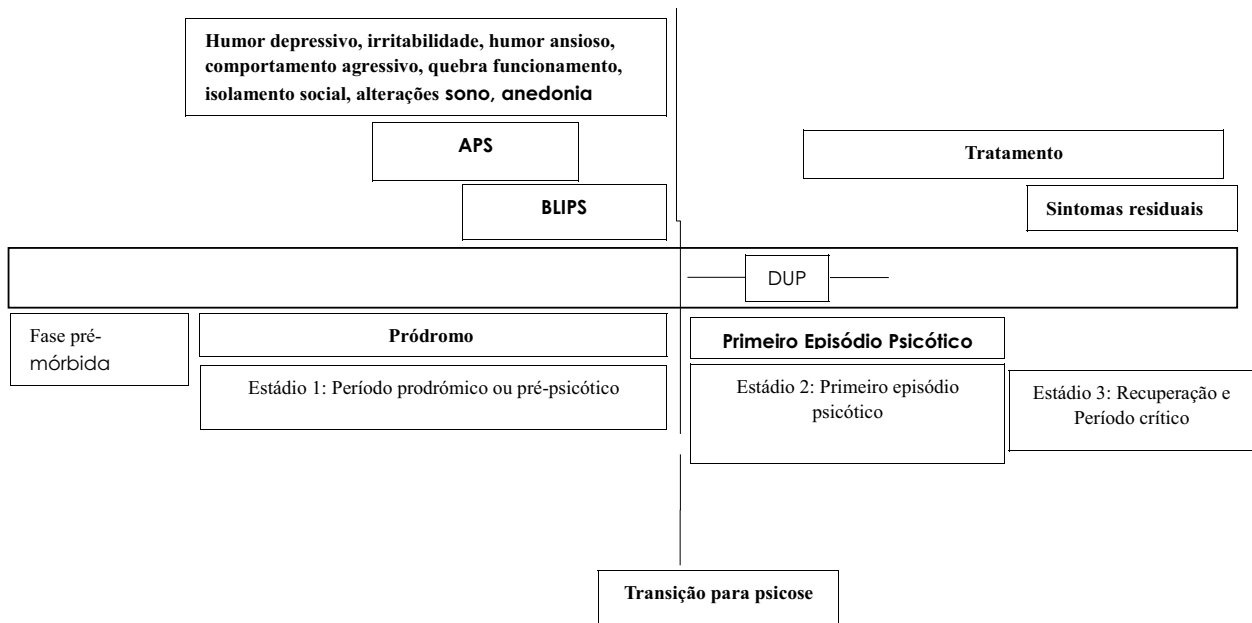


Fig. 1 – Representação esquemática dos diversos estádios da psicose.

APS – sintomas psicóticos atenuados; BLIPS – sintomas psicóticos breves, limitados e intermitentes; DUP – período de psicose não tratada

assumir que essas intervenções vão ser mais efectivas e menos deletérias do que aquelas aplicadas em estádios mais tardios da doença². Assim podem distinguir-se 3 estádios diferentes com intervenções específicas: 1) Fase prodromática ou pré-psicótica; 2) Primeiro episódio psicótico; 3) Recuperação e período crítico. Neste artigo abordaremos apenas o diagnóstico e intervenção no estágio pré-psicótico (Pródromo) (Figura 1).

Período Pré-psicótico: Risco ultra elevado de psicose (Ultra-high risk; UHR)

Neste primeiro estágio procura-se identificar de forma prospectiva aqueles doentes que têm risco aumentado de progressão para psicose. Os primeiros sintomas psiquiátricos são inespecíficos, como sejam alterações do sono, humor depressivo, humor ansioso, irritabilidade, diminuição da atenção, isolamento social, deterioração do funcionamento, uso de substâncias etc. Dada esta inespecificidade, é difícil prever se estes sintomas vão progredir ou não para doença psiquiátrica, psicótica ou outra.

Mais próximo do aparecimento do episódio psicótico na sua plenitude é possível identificar sintomas mais específicos, nomeadamente sintomas psicóticos atenuados (APS) e/ou breves, limitados e intermitentes (BLIPS), incluíram-se aqui os chamados indivíduos com risco ultra elevado para o desenvolvimento de psicose (Ultra-High Risk, UHR), em que o risco de episódio psicótico é eminente. Existem vários sistemas de critérios para definir os

doentes com risco ultra elevado de desenvolverem psicose, todavia o mais divulgado e onde se têm baseado a grande maioria dos estudos publicados, são os da Clínica PACE em Melbourne, Austrália (Centro de Estudos Orygen). Para além dos critérios mencionados no quadro 1, require-se que os doentes sejam jovens entre os 16 e 30 anos e que eles próprios ou outros verifiquem a necessidade de observação clínica³.

Quadro 1 – Critérios para doentes com risco ultra elevado de psicose (UHR)

1	Grupo de sintomas psicóticos atenuados (APS): têm experiências de sintomas psicóticos positivos atenuados, subsindromáticos durante o ano anterior (ex.alterações do conteúdo do pensamento, alterações da percepção, alterações formais do pensamento).
2	Grupo dos sintomas psicóticos positivos breves, intermitentes e limitados (BLIPS): têm a experiência de sintomas psicóticos positivos francos por períodos inferiores a uma semana e que passam espontaneamente (os sintomas ocorreram durante o último ano) (ex. alterações do conteúdo do pensamento, alterações da percepção, discurso desorganizado).
3	Grupo com factor de risco de traço ou estado: têm familiar em primeiro grau com doença psicótica ou são identificados como tendo perturbação esquizotípica da personalidade e tiveram uma redução significativa do funcionamento no ano anterior (redução em 30 % da escala de AGF em relação ao período pré-mórbido).

Diversos trabalhos nesta área verificaram uma média de 40% de conversão para psicose nos indivíduos UHR, valor muito superior ao existente na população em geral⁴.

O primeiro centro de intervenção precoce e tratamento na psicose na Europa foi estabelecido em 1997 na Universidade de Colónia (*Früh-Erkennungs und Therapie-Zentrum für Psychische Krisen*; FETZ), Alemanha, tendo em seguida sido criados outros três centros com características similares ao inicial em Bona, Dusseldorf e Munique, constituindo o *German Research Network on Schizophrenia (GRNS)*. Os serviços FETZ, ao contrário da clínica PACE, distinguem dois períodos na fase prodrómica da psicose, o *early initial prodromal state (EIPS)* e o *late initial prodromal state (LIPS)*. Os critérios de EIPS procuram definir um grupo incipiente mas não eminente de psicose. Os critérios consistem em 10 sintomas básicos de forma preditiva, em que um ou mais são requeridos, mais os critérios da clínica PACE de traço e estado para UHR. Os critérios para LIPS procuram identificar aqueles que se encontram em risco mais imediato de desenvolverem psicose e são baseados nos critérios APS e BLIPS da classificação PACE. Esta definição FETZ em duas fases do estágio prodrómico da psicose procura guiar um pouco o tratamento, sendo que na primeira fase (EIPS) o tratamento base será a terapia psicológica, enquanto que na fase LIPS, em que já existem sintomas psicóticos, a terapia farmacológica é justificada (Quadro 2)⁵.

Avaliação

Foi também desenvolvida uma escala *Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS)* para a identificação de indivíduos que cumpram critérios de UHR, confirmar ou infirmar a existência de episódio psicótico e avaliar a progressão da psicopatologia e funcionamento ao longo do tempo em jovens com critérios UHR⁶.

A CAARMS é constituída por uma série de subescalas que avaliam diferentes áreas psicopatológicas e do funcionamento, incorporando a avaliação da intensidade, frequência e duração dos vários itens. As primeiras três subescalas da CAARMS, perturbações do conteúdo do pensamento, perturbações da percepção e desorganização conceptual, medem os limiares para diagnóstico de ideias delirantes, alucinações e perturbações formais do pensamento. Estas subescalas são usadas para determinar o estado UHR com limiares de intensidade, frequência e duração. Na primeira entrevista o objectivo da CAARMS é obter uma visão global da história de alterações desde o estágio pré-mórbido, sendo que todas as informações disponíveis devem ser usadas.

O episódio psicótico foi definido como a persistência de sintomas psicóticos francos durante pelo menos uma semana. Apesar de arbitrária esta definição tem implicações no tratamento, incluindo também outros sintomas como o consumo de substâncias, sintomas com componente afectiva (depressão ou mania) e outros sintomas do espectro esquizofrénico⁶.

Quadro 2 – Critérios para early e late initial prodromal state

Early Initial Prodromal State (EIPS)

Um ou mais dos seguintes sintomas básicos (ocorreram pelo menos há um ano e apareceram várias vezes por semana nos últimos 3 meses): interferências do pensamento; preservação do pensamento; pressão do pensamento; bloqueios do pensamento; perturbações da linguagem recebida (quer lida quer falada); diminuição da capacidade para discriminar entre ideias e percepções, fantasias e memórias verdadeiras; ideias instáveis de referência; desrealização; perturbações da percepção visual; perturbações da percepção auditiva;

e/ou

Grupo com factor de risco de traço ou estado: têm familiar em primeiro grau com doença psicótica ou são identificados como tendo perturbação esquizotípica da personalidade e tiveram uma redução significativa do funcionamento no ano anterior (redução em 30 % da escala de AGF em relação ao período pré-mórbido) e ausência de BLIPS ou APS

Late Initial Prodromal State (LIPS)

Grupo de sintomas psicóticos atenuados (APS): têm experiências de sintomas psicóticos positivos atenuados, subsindromáticos durante o ano anterior (ex. alterações do conteúdo do pensamento, alterações da percepção, alterações formais do pensamento).

e/ou

Grupo dos sintomas psicóticos positivos breves, intermitentes e limitados (BLIPS): têm a experiência de sintomas psicóticos positivos francos por períodos inferiores a uma semana e que passam espontaneamente (os sintomas ocorreram durante o último ano) (ex. alterações do conteúdo do pensamento, alterações da percepção, discurso desorganizado).

Intervenções terapêuticas na fase prodrômica

A intervenção terapêutica nos indivíduos com critérios UHR pretende impedir ou atrasar o aparecimento do episódio psicótico, ou se tal não for possível, diminuir significativamente o impacto na vida do doente e melhorar a sua reabilitação.

As intervenções nesta fase têm implicações éticas importantes que devem ser tidas em consideração, nomeadamente o eventual estigma que é criado dizendo ao doente e sua família que se encontra em risco de desenvolver um episódio psicótico (Quadro 3). Outro aspecto que deve ser valorizado é a elevada prevalência de doentes falsos positivos que são identificados pelos critérios UHR, isto é, são doentes que vão ser identificados como estando em risco de desenvolver psicose mas que nunca evoluiriam para psicose. A sistematização de critérios permitiu reduzir a percentagem de falsos positivos, mas não eliminá-los, isto ocasiona um aumento dos custos neste tipo de intervenção, com tratamento de um número considerável de doentes que não necessitaria. Desconhece-se também o período de tempo durante o qual se deve fazer a intervenção neste grupo de doentes, o que limita o seu tratamento. Convém ainda sublinhar que existem doentes onde o período de tempo de psicose não tratada (DUP) é muito reduzido, dificultando a sua identificação de forma prospectiva e consequente intervenção¹.

Quadro 3 – Limitações associadas à intervenção no estágio pré-psicótico da psicose

- | |
|--|
| 1 – Estigma potencial |
| 2 – Falsos positivos |
| 3 – Período de tempo de intervenção terapêutica desconhecido |
| 4 – Existência de doentes com DUP reduzido |

Intervenções farmacológicas

Existem relativamente poucos estudos de intervenção na fase de UHR ou pródromo da psicose. Um dos primeiros trabalhos publicados de intervenção nos doentes identificados com UHR foi efectuado por McGorry et al em Melbourne na Austrália⁷. Neste estudo 59 doentes que cumpriam os critérios UHR foram aleatorizados, e tratados durante seis meses, para um grupo de tratamento activo (risperidona 1-2 mg/dia e terapia cognitivo-comportamental; N = 31) ou para um grupo intervenção baseada nas necessidades apenas (N = 28). A média da risperidona usada foi de 1,3 mg. A terapia cognitivo-comportamental foi dada por módulos que incluiu um módulo de gestão de *stress*, e outro dos sintomas que os doentes experimentavam no

episódio psicótico (sintomas positivos, negativos, depressão, ansiedade, uso de substâncias etc.). A intervenção baseada nas necessidades foi fornecida a todos os doentes incluídos no estudo. Essencialmente incluiu a abordagem de aspectos práticos como crises de tratamentos, dificuldades de habitação, educação, emprego e monitorização dos sintomas. No final dos seis meses significativamente menos doentes do grupo tratamento activo progrediram para primeiro episódio psicótico (9,7% *versus* 36%). Todavia seis meses após o fim do estudo as diferenças entre os dois grupos não foram significativas, apesar de se verificar que naqueles doentes do grupo tratamento activo inicial que se mantinham a fazer a medicação tinham menos psicose do que aqueles cuja adesão à terapêutica era reduzida. Este resultado indica que o grupo tratamento activo apresentou um atraso na evolução para psicose. Verificou-se também que o grupo de tratamento com risperidona e terapia cognitivo-comportamental mostrou uma melhoria na sintomatologia prodrômica assim como no funcionamento. Uma limitação deste estudo foi a de não ser cego e por outro lado os seus resultados não poderem discriminar entre a contribuição da terapêutica farmacológica e terapia cognitivo-comportamental no grupo de tratamento activo.

Um segundo estudo foi desenvolvido por Thomas McGlashan, publicado em 2006, designado como *Prevention Through Risk Identification, Management, and Education Project (PRIME)*, tendo sido efectuado nos EUA⁸. Foi um estudo aleatorizado, duplamente cego, com inclusão de 60 doentes em pródromo, identificados nos três grupos dos critérios de UHR. Comparou a eficácia de baixas doses de olanzapina (5-15 mg) com o placebo na prevenção ou atraso para o início da psicose. Os doentes foram aleatorizados para o grupo tratamento (N = 31) ou placebo (N = 29) durante um ano e depois no segundo ano não receberam qualquer medicação. Uma variedade de intervenções psico-sociais foram disponibilizadas para todos os doentes do estudo, incluindo terapia de suporte, psicoeducação, estratégias de resolução de problemas etc.. Durante o tratamento verificou-se que a olanzapina esteve associada significativamente a uma melhoria dos sintomas prodrômicos positivos em comparação com o placebo. A um ano de *follow-up* verificou-se que a conversão para psicose favoreceu o grupo olanzapina (16% *versus* 38%), todavia na avaliação a dois anos a conversão para psicose não diferiu significativamente entre os dois grupos.

O grupo do GRNS efectuou um estudo aleatorizado que incluiu doentes em intervenção focada nas necessidades (terapia de suporte) sem (N = 59) ou com amisulpride

(N = 65) e que cumpram os critérios para LIPS⁹. O grupo intervenção focado nas necessidades e com amissulpride verificou melhorias mais significativas nos sintomas psicóticos atenuados, sintomas psicóticos transitórios, sintomas negativos e funcionamento global no final dos 12 meses do estudo. Os autores concluíram que a coadministração de amissulpride mostrou uma melhoria sintomática significativa, com efeitos terapêuticos superiores ao grupo tratado com intervenção focada nas necessidades apenas.

Nestes estudos a terapêutica farmacológica parece melhorar os sintomas positivos da fase prodromica da psicose e atrasar o seu início, parecendo assim favorecer intervenções psicológicas na fase mais precoce do pródrómo e a terapêutica farmacológica ter maior impacto na fase UHR quando já existem sintomas psicóticos atenuados (APS) ou intermitentes (BLIPS).

Novas substâncias em estudos experimentais

Estudos experimentais, ainda numa fase embrionária, indicam que existe uma alteração do processo apoptótico das células cerebrais na esquizofrenia, o que é revelado pela redução da substância cinzenta cerebral, os trabalhos indicam que estas alterações neurobiológicas se iniciam no processo de transição para psicose. Agentes como antidepressivos, ácidos gordos ómega 3, moduladores da neurotransmissão glutamatérgica (ex. glicina, memantina), eritropoetina, N-acetilcisteína, inibidores da COX-2 ou antioxidantes têm um papel neuroprotector (anti-apoptótico) e assim poderão ser capazes de proteger os processos perturbados de maturação cerebral nas doenças psicóticas emergentes. Alguns estudos clínicos mostram que lítio em baixas doses, ácidos gordos ómega 3, antidepressivos e os próprios antipsicóticos são capazes de melhorar os sintomas e o funcionamento, e atrasar, ou em alguns casos, prevenir o início da psicose franca, podendo assim ter um potencial clínico na psicose emergente (pródromo). Os dados pilotos sugerem que a terapêutica neuroprotectora pode ser um novo paradigma para os doentes com critérios UHR, sendo intervenções benignas. Os estudos experimentais prosseguem no sentido de esclarecer se os mecanismos neurobiológicos anormais ou alterados que são evidentes na psicose emergente são responsáveis pela própria doença ou se são um apenas epifenómeno¹⁰.

Intervenções Psicológicas

Existe um estudo aleatorizado e controlado, publicado em 2004, realizado por Morrison et al em Manchester, Reino Unido (*Early Detection and Intervention Evaluation*, EDIE), que comparou a utilização da terapia cognitivo-

comportamental (N = 37) *versus* tratamento usual (N = 23) em indivíduos identificados como UHR¹¹. A terapêutica foi fornecida durante seis meses e todos os doentes foram avaliados mensalmente durante 12 meses. O grupo tratado com terapia cognitivo-comportamental teve significativa menor probabilidade de progredir para psicose (6% *versus* 22%) e também uma melhoria significativa dos sintomas psicóticos positivos.

Em relação a outras intervenções psico-sociais os estudos são escassos, existindo todavia evidência de que intervenções em diversos factores como no emprego, psicoeducação, intervenções familiares, treino vocacional, oportunidades educacionais, habitação, satisfação com os papéis sociais têm impacto positivo no doente com risco de desenvolvimento de psicose. Na literatura é relativamente incontroverso que estas intervenções devem ser dadas aos jovens em risco de desenvolverem psicose, sendo que quase todos os estudos (PRIME, PACE, EDIE) efectuados em indivíduos com critérios UHR englobaram este tipo de intervenções¹².

A monitorização regular dos doentes com critérios UHR, sem qualquer tipo de intervenção activa, é uma opção razoável, que permitirá iniciar uma terapêutica específica assim que se verifiquem os critérios para episódio psicótico. Tem como vantagem a criação de uma relação terapêutica médico-doente antecipada e a clara definição de intervenção baseada na evolução clínica e do funcionamento do doente¹³.

Provavelmente a grande maioria dos indivíduos que apresentam critérios de elevado risco para progressão para psicose não recebem qualquer tipo de intervenção. Esta não parece ser a situação desejável por dois aspectos. O primeiro é o de que os indivíduos em risco de desenvolverem psicose apresentam sintomas que causam sofrimento e declínio do funcionamento, e que beneficiarão de intervenção. Por outro lado correm o risco de quando acontecer o desenvolvimento de psicose não ocorra a sua identificação e tratamento adequado, aumentando o DUP e assim comprometendo o prognóstico¹³.

A identificação precoce de doentes em risco de desenvolverem psicose com subsequente intervenção pode reduzir a morbilidade do primeiro episódio psicótico e potencialmente melhorar o curso da doença. Este facto trará marcados benefícios para o doente, família e sociedade. Apesar dos resultados favoráveis dos estudos desenvolvidos até então, a dimensão das amostras incluídas é pequena, todavia com os resultados a sugerirem a eficácia destes tipos de intervenções.

As intervenções de natureza psicossocial e cognitivo-comportamental, monitorização do estado mental, trata-

Quadro 4 – Algumas das normas de orientação para o período pré-psicótico do grupo da Associação Internacional da Psicose Precoce

1 – A possibilidade de uma doença psicótica deve ser cuidadosamente considerada numa pessoa jovem que tem vindo a isolar-se socialmente, tenha rendimento escolar ou laboral inferior de forma sustentada, ou que se está a tornar mais ansiosa ou agitada por causa inexplicável;

2 – Alguns jovens estão em risco muito elevado e cumprem os critérios para estarem em risco de estado mental, incluindo: sintomas positivos subsindromáticos que não são graves ou persistentes ou suficientes para cumprir critérios para o diagnóstico segundo o DSM-IV/CID-10 de doença psicótica, para além da perturbação psicótica breve; ou história familiar de doença psicótica ou perturbação esquizotípica da personalidade em familiar no primeiro grau e um significativo e persistente mas não específico declínio do funcionamento psicossocial no ano anterior.

3 – Se as pessoas jovens com risco de estado mental procuram activamente ajuda para a sua incapacidade e ansiedade associada com os seus sintomas, eles necessitam de:

- empatia e avaliação
- monitorização regular do estado mental e suporte
- tratamento sindromático específico, como para a depressão, ansiedade ou uso de substâncias, e assistência em áreas problema como stress familiar, interpessoal e vocacional se estes estiverem presentes;
- providenciar psicoeducação e encorajar o desenvolvimento de estratégias de coping para os sintomas subsindromáticos;
- oferecer psicoeducação e suporte à família;
- providenciar informação de forma flexível, cuidadosa e clara sobre os riscos para doença mental assim como de outras síndromes potencialmente existentes.

4 – As medicações antipsicóticas não são usualmente indicadas a não ser que a pessoa cumpra os critérios segundo o DSM-IV/CID-10 para doença psicótica. Excepções são consideradas quando ocorre uma rápida deterioração, risco suicida grave e o tratamento da depressão se mostrou ineficaz; ou agressão ou hostilidade estão a aumentar e põem em risco os outros. Se os antipsicóticos forem considerados, idealmente antipsicóticos atípicos em baixas doses devem ser usados e considerado um período terapêutico limitado.

5 – Se as pessoas jovens em risco de doença mental não procuram ajuda, então contacto regular com os membros da família ou amigos pode ser a estratégia adequada.

mento específico para a depressão e ansiedade, treino das capacidades sociais, intervenções familiares, psicoeducação, tratamento do uso de substâncias comórbidas devem ser fornecidas a todos os doentes no estágio pré-psicótico.

A terapêutica farmacológica deve ser aplicada nas fases prodrômicas mais tardias, quando já existem sintomas psicóticos atenuados ou transitórios. Todavia verifica-se que as normas de orientação internacionais são conservadoras neste aspecto, pela relativa evidência desta intervenção, referindo que a terapêutica antipsicótica não deve usualmente ser prescrita a não ser que o doente cumpra critérios DSM-IV-TR/CID-10 para perturbação psicótica. Excepções devem ser consideradas quando ocorre rápida deterioração, grave risco suicida e o tratamento para perturbação depressiva se provou ineficaz, ou quando existe agressividade ou hostilidade em crescendo que põem em risco o próprio e/ou os outros¹⁴.

CONCLUSÃO

Apesar da muita investigação no que concerne ao grupo de doentes com risco elevado para desenvolverem psicose e o potencial para alteração do habitual prognóstico

limitado da psicose, as evidências sobre a efectividade dos tratamentos disponíveis para reduzir o risco de transição para psicose continuam a ser essencialmente preliminares. Mais dados são necessários e a relação risco/benefício das várias intervenções necessita de ser determinada.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. PATRICK MCGORRY, EÓIN KILLACKEY, ALISON YUNG: Early intervention in Psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry* 2008;7:148-156
2. HENRY JACKSON, PATRICK MCGORRY: The Recognition and Management of Early Psychosis. A Preventive Approach. Second edition. Cambridge Medicine 2009:20-24
3. YUNG AR, MCGORRY PD, MCFARLANE CA, PATTON GC: The PACE Clinic: development of a clinical service for young people at high risk of psychosis. *Australas Psychiatry* 1995;3:345-9
4. YUNG AR, MCGORRY PD: The prodromal phase of first episode psychosis: past and current conceptualisations. *Schizophr Bull* 1996;22:353-370

5. RUHRMANN S, SCHULTZE-LUTTER F, KLOSTERKÖTTER: Early detection and intervention in the initial prodromal phase of schizophrenia. *Pharmacopsychiatry* 2003;36(suppl):162-7
6. ALISON R. YUNG, HOK PAN YUEN, PATRICK D. MCGORRY et al: Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Austral NZeal J Psychiatry* 2005; 39:964-971
7. MCGORRY PD, YUNG AR, PHILLIPS LJ et al: Randomized Controlled Trial of Interventions Designed to Reduce the Risk of Progression to First-Episode Psychosis in a Clinical Sample With Subthreshold Symptoms. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:921-8
8. ADDINGTON D, LINDBORG S, TRZASKOMA Q et al: Randomized, Double Blind Trial of Olanzapine Versus Placebo in Patients Prodromally Symptomatic for Psychosis. *Am J Psychiatry* 2006;163:790-9
9. RUHRMANN S, BECHDOLF A et al: Acute effects of treatment for prodromal symptoms for people putatively in a late initial prodromal state of psychosis. *Brit J Psychiatry* 2007;191(suppl 51):88-95
10. BERGER G, DELL'OLIO M, AMMINGER P et al: Neuroprotection in emerging psychotic disorders. *Early Intervention in Psychiatry* 2007;1:114-127
11. MORRISON AP, FRENCH P, WALFORD L et al: Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk. *Brit J Psychiatry* 2004;18(5):291-7
12. DEEGAN PE: Recovery:the lived experienced of rehabilitation. *Psychosocial Rehab J* 1988;11:11-19
13. HENRY JACKSON, PATRICK MCGORRY: *The Recognition and Management of Early Psychosis. A Preventive Approach*. Second edition. Cambridge Medicine 2009:113
14. International Early Psychosis Association Writing Group: International clinical practice guidelines for early psychosis. *Brit J Psychiat* 2005;187(suppl 48):120-4