

Esquizofrenia e Outras Perturbações Psicóticas de Início Precoce

Jean Starling & Isabelle Feijo

Edição em Português

Editor: Ana Moscoso

Tradutores: Thais Renovato Gontijo e Larissa de Freitas do Lago e Abreu



Jackson
Pollock;
sem título

Jean Starling FRANZCP,
MPH

Child and adolescent psychiatrist, Director, Walker Unit, Concord Centre for Mental Health, Sydney, and senior clinical lecturer, Discipline of Psychiatry, Sydney Medical School, University of Sydney, Sydney, Australia

Conflict of interest: none declared

Isabelle Feijo FRANZCP

Psychiatrist, Walker Unit, Concord Centre for Mental Health, Sydney, Australia and specialist in child and adolescent psychiatry and psychotherapy, Swiss Medical Association

Conflict of interest: none declared

Acknowledgement: thanks to Polly Kwan who vetted the Cantonese websites

Esta publicação é dirigida para profissionais em formação ou especialistas em saúde mental e não para o público em geral. As opiniões expressas são da responsabilidade dos autores e não representam, necessariamente, as visões do Editor ou da IACAPAP. Esta publicação procura descrever os melhores tratamentos e práticas baseados em evidência científica disponível no momento em que foi escrita e que foi avaliada pelos autores podendo mudar como resultado de novas pesquisas. Os leitores precisam aplicar este conhecimento em pacientes de acordo com as diretrizes e leis de prática do seu país. Algumas medicações podem não estar disponíveis em alguns países e os leitores devem consultar informações específicas sobre os fármacos já que nem todas as dosagens e efeitos indesejáveis são mencionados. Organizações, publicações e endereços electrónicos são citados ou associados para ilustrar conteúdos ou como uma fonte mais aprofundada de informações. Isto não significa que os autores, o Editor ou IACAPAP endossam o seu conteúdo ou recomendações, o que deve ser criticamente avaliado pelo leitor. Os endereços electrónicos podem também mudar ou deixar de existir.

©IACAPAP 2016. Esta é uma publicação de livre acesso sob a [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). O seu uso, distribuição e reprodução em qualquer meio são permitidos sem permissão prévia desde que o trabalho original seja adequadamente citado e que o uso seja não-comercial.

Citação sugerida: Starling J, Feijo I. Schizophrenia and other psychotic disorders of early onset (edição em Português; Moscoso A ed). In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2016

As perturbações psicóticas estão associadas a uma deterioração do funcionamento emocional, cognitivo e social, podendo levar a incapacidade a longo prazo. Há também um risco aumentado de suicídio e heteroagressividade principalmente na fase aguda da doença. O tratamento precoce e adaptado é crucial. Os melhores resultados obtêm-se se o paciente for orientado rapidamente para um serviço psiquiátrico que inclua um psiquiatra, onde receba tratamento intensivo desde o início da fase aguda da doença. Estas patologias são altamente estigmatizadas na maioria das culturas, fazendo com que o tratamento e a integração na comunidade sejam difíceis.

Sintomas psicóticos na infância

A esquizofrenia é uma doença extremamente rara em crianças pré-púberes; neste grupo etário, os sintomas psicóticos necessitam uma avaliação cuidadosa e estão mais frequentemente associados a outras doenças. Esta secção descreve a presença de sintomas psicóticos na infância.

A esquizofrenia de início muito precoce, definida pelos critérios diagnósticos de esquizofrenia numa criança com menos de 13 anos, é uma doença muito rara, com uma prevalência inferior a 1/10,000 (Asarnow et al, 2004). Os dados mais recentes sobre a esquizofrenia de início muito precoce vêm de grandes estudos coorte como o levado a cabo pelo NIMH (National Institute of Mental Health): Childhood-Onset Schizophrenia Study (Rapoport & Inoff-Germain, 2000). Este estudo assumiu critérios de exclusão estritos e abarcou uma ampla área geográfica. Os resultados destes estudos de coorte sugerem que a esquizofrenia com início da infância é uma forma mais severa que aquela de início na adolescência (esquizofrenia de início precoce) ou idade adulta.

Em comparação com as formas de início mais tardio, as esquizofrenias de início muito precoce apresentam (i) maior disfunção pré-mórbida (ii) maior prevalência de anomalias citogenéticas (Addington & Rapoport, 2009) e do desenvolvimento, incluindo atraso global do desenvolvimento e incapacidade intelectual (Rapoport et al, 2009). Dificuldades sociais pré-mórbidas, alterações

Termos utilizados neste capítulo

- **Sintomas Psicóticos:** é uma palavra usada para descrever situações em que as percepções, pensamentos ou emoções estão desordenadas tão severamente que o contacto com a realidade externa é perdido. As duas doenças mentais mais comuns em que os sintomas psicóticos são uma característica predominante são a esquizofrenia e a perturbação bipolar. Os sintomas psicóticos incluem:
 - **Alucinações** (percepções sensoriais falsas na ausência de estímulos externos). As alucinações auditivas (“ouvir vozes”) são as mais comuns, mas alucinações visuais também são observadas em crianças e adolescentes com psicose
 - **Delírios** (crenças fortemente arraigadas, que não são partilhadas por outros membros da comunidade, decorrentes de uma interpretação incorrecta da realidade externa, incompatível com as crenças sociais ou religiosas de uma pessoa).
- **Os sintomas positivos** descrevem uma distorção ou excesso de funções normais (como alucinações ou delírios).
- **Os sintomas negativos** descrevem uma redução ou perda do funcionamento normal (por exemplo, perda da reactividade emocional ou deterioração do funcionamento cognitivo).
- **Pródromo** é o período de tempo que se situa antes do aparecimento de sintomas psicóticos, quando o funcionamento já se encontra alterado.
- **Psicose aguda** é o período de tempo em que as alucinações e / ou delírios são predominantes e o comportamento é muitas vezes perturbado.

motoras e uma história familiar de esquizofrenia parecem ser mais frequentes que no grupo controlo. O início da doença é muitas vezes insidioso, com deterioração cognitiva (Bedwell et al, 1999) e alterações neuroanatômicas (Arango et al, 2008) que ocorrem no início da doença. Poucas crianças preenchem todos os critérios de esquizofrenia de início muito precoce quando os primeiros sintomas psicóticos se manifestam. Por isso, quando todos os critérios estão reunidos, a doença já se encontra plenamente instalada.

Outras perturbações psicóticas que se apresentam na infância incluem a perturbação bipolar (discutida no Capítulo E.2). No entanto, a maioria das crianças que apresentam sintomas psicóticos não evoluirão para uma esquizofrenia ou perturbação bipolar. Elas são mais propensas a manifestar alucinações auditivas de forma transitória, bem como sintomas de ansiedade ou de humor reactivos a situações adversas. Habitualmente estas crianças preenchem critérios de diagnóstico para um episódio depressivo, perturbação de stress pós-traumático (PSPT), perturbações de ansiedade ou comportamento. Muitos têm uma longa história de problemas de desenvolvimento, comportamentais e emocionais e podem apresentar uma mistura confusa de sintomas. Existem poucos estudos que nos permitem saber se estas crianças irão ou não desenvolver uma esquizofrenia, mas as evidências disponíveis estão resumidas a seguir.

Alucinações auditivas são frequentes em crianças não psicóticas que frequentam os serviços de psiquiatria infantil (Dhossche et al, 2002). Enquanto a maioria parece recuperar, um subgrupo com alucinações desenvolve uma doença psicótica. Numa amostra clínica de 90 crianças, verificou-se que metade dos 15% que relataram alucinações não apresentavam esse sintoma aos 12 meses, enquanto que um terço manteve a sintomatologia, aproximando-se dos critérios para esquizofrenia ou perturbação bipolar (Askenazy et al, 2007). Sessenta por cento de uma amostra de 80 crianças com alucinações auditivas não relataram alucinações três anos depois, mas 16% tinham desenvolvido actividade delirante (Escheret al, 2002). As alucinações eram mais propensas a persistir naqueles que apresentavam diagnósticos de ansiedade, depressão ou transtorno dissociativo. Outros factores de risco são as perturbações do comportamento, sintomas negativos e alucinações auditivas frequentes de conteúdo negativo (Escher et al, 2004). Crianças e adolescentes com PSPT são igualmente mais propensas a relatar alucinações auditivas (Scott et al, 2007a). Além disso, crianças em amostras comunitárias relataram alucinações auditivas com relativa frequência, dois estudos relataram uma taxa de 8% (McGee et al, 2000; Scott et al, 2006). Nestes dois estudos, as alucinações eram mais frequentes em crianças com ansiedade, depressão, hiperactividade, ou no caso de disfunção familiar. A coorte relatada por McGee e colegas foi seguida durante 15 anos. Aos 26 anos, um quarto das pessoas com sintomas psicóticos aos 11 anos preencheram os critérios para um transtorno esquizofrénico. (Poulton et al, 2000).

Em resumo, o diagnóstico diferencial de sintomas psicóticos na infância pode ser difícil e é essencial uma perspectiva longitudinal. Parece ser mais útil descrever “hipóteses diagnósticas” e não um diagnóstico específico, sobretudo no início da doença (Lee et al, 2003). Enquanto a maioria das crianças com sintomas psicóticos isolados não irá desenvolver esquizofrenia, esquizofrenia ou perturbação bipolar irá desenvolver-se em determinados casos, um ou dois anos após o aparecimento das primeiras alucinações ou na idade adulta após uma adolescência relativamente calma.

Sintomas Psicóticos na adolescência

Durante a adolescência, a prevalência de todos as perturbações psicóticas aumenta e aos 18 anos é de 1/500. Retrospectivamente, cerca de um terço dos



[Clique na imagem para aceder ao vídeo no qual uma jovem descreve os seus sintomas psicóticos que começaram durante a sua infância \(07:31-inglês\).](#)



[Clique na imagem para ouvir um estudante universitário falar sobre psicose e sobre como é passar por um serviço de detecção precoce \(09:59-inglês\).](#)

Tabela H.5.1 Critérios diagnósticos para esquizofrenia

1. Dois (ou mais) dos seguintes sintomas presentes durante pelo menos um mês:
 - Alucinações
 - Delírios
 - Discurso e pensamento desorganizado (o discurso pode ser incoerente ou lacónico)
 - Comportamento gravemente desorganizado (incluindo catatonia, ou desaceleração motora grave)
 - Sintomas negativos
2. Perturbação de um ou mais domínios de funcionamento, como o trabalho, a escola ou as relações interpessoais.
3. Duração da doença de pelo menos seis meses, incluindo a fase de pródromos se presente (se a duração for inferior a seis meses, fala-se de perturbação esquizofreniforme)
4. Exclusão de outra doença psiquiátrica como perturbação do humor, ou de um distúrbio orgânico ou de uma condição médica

adultos com perturbações psicóticas relatam que sua doença começou antes dos 20 anos. Na população adulta, a prevalência de por vida de todas as perturbações psicóticas é de 2-3% (Kendler et al, 1996). Enquanto alguns adolescentes com psicose vêm de grupos de alto risco semelhantes aos da esquizofrenia de início na infância, a maioria apresenta um funcionamento pré-mórbido normal. Na adolescência, a doença começa tipicamente com um quadro com pródromos inespecíficos, incluindo humor depressivo, ansiedade, ou deterioração das funções cognitivas.

Nos adolescentes e jovens adultos, os factores de risco para a esquizofrenia estão bem descritos. Estes incluem uma personalidade esquizotípica, sintomas psicóticos atenuados (como alucinações auditivas breves ou indistintas), declínio funcional e antecedentes familiares de esquizofrenia (Owens & Johnstone, 2006; Yung et al, 2004). A combinação destes sintomas foram descritas como estado mental de “risco ultra-elevado” (do inglês, “ultra high-risk” mental state). Na presença destes factores de risco, a probabilidade de transição para psicose foi inicialmente aferida como sendo elevada, mas estudos recentes sugerem que, se os adolescentes apresentarem a capacidade de procurar ajuda, o risco diminui de 40% para 16% (Yung et al, 2008). Um funcionamento pobre, sintomas psicóticos atenuados, depressão e uma longa duração dos sintomas prodrómicos estão associados a uma transição mais provável para a psicose.

O debate actual consiste em saber em que fase tratar os sintomas psicóticos nos adolescentes, Os ensaios clínicos demonstraram que tratamento com fármacos antipsicóticos parece reduzir a transição do estado de “risco ultra-elevado” para um transtorno psicótico. No entanto, nas coortes clínicas, o risco de transição é relativamente baixo. Por isso, o risco associado à utilização de medicamentos antipsicóticos em adolescentes que são pouco susceptíveis de desenvolver uma psicose torna-se menos aceitável (Yung et al, 2007).

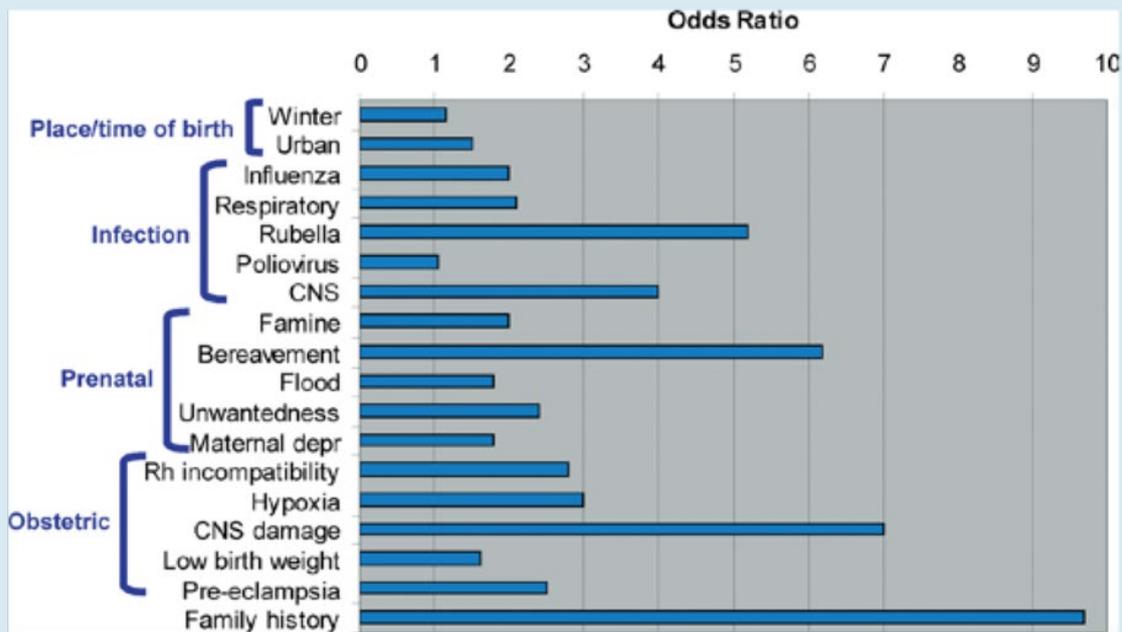
ETIOLOGIA

A fisiopatologia da esquizofrenia e de outras perturbações psicóticas não está ainda estabelecida. Todas as perturbações psicóticas têm uma vulnerabilidade genética, mas não há um único gene implicado claramente. Estudos recentes relatam múltiplos genes associados ao desenvolvimento da esquizofrenia, mas a maior parte tem um pequeno efeito. A maioria desses genes não são específicos pois alguns genes ligados à esquizofrenia também estão ligados ao autismo e perturbação bipolar. Há também outros factores de risco biológico e psicossociais. Um resumo dos factores de risco e dos seus rácios de probabilidades associadas pode ser visto na Figura H.5.1. Dois Factores de risco adicionais devem ser tidos em conta: ser do sexo masculino ou imigrante.



[Clique na imagem para ouvir um jovem descrevendo a sua luta contra a esquizofrenia e o seu tratamento \(8:13-inglês\)](#)

Figura H.5.1 Comparação de um conjunto de fatores de risco relativamente bem estabelecidos para a esquizofrenia, focando principalmente em fatores pré e peri-natais



CNS: sistema nervoso central; depr: depressão; Rh: Rhesus. Fonte: Sullivan PF. *The genetics of schizophrenia*.

As crianças, e em menor grau, os adolescentes com psicose são susceptíveis de ter mais factores de risco do que aqueles com instalação tardia de doença .

Quando consultamos os jovens e as suas famílias, apercebemo-nos que o modelo etiológico fundado no modelo de stress / vulnerabilidade é aquele que é compreendido mais facilmente. Os factores de risco (ou vulnerabilidade) para o desenvolvimento da esquizofrenia incluem:

- História familiar de psicose, especialmente em familiares de primeiro grau
- Personalidade esquizotípica, esquizóide ou do espectro paranóide, e;
- Início na adolescência ou idade adulta.

Os factores que podem precipitar um episódio psicótico incluem factores biológicos, tais como o uso de substâncias ilícitas ou de medicamentos, uma doença física grave, experiências traumáticas ou outro stress psicológico (como o início de um ano escolar mais difícil).

SINTOMAS PSICÓTICOS

Sintomas positivos

- Alucinações, principalmente alucinações auditivas (ouvir vozes, por exemplo). Alucinações visuais são mais comuns em crianças do que em adultos (até 50% em algumas coortes)
- Ideias delirantes, geralmente de natureza persecutória ou de grandiosidade

Sintomas negativos

- Redução da motivação
- Afecto diminuído ou aplanado

- Isolamento social
- Deterioração do desempenho cognitivo em domínios como a atenção, concentração, memória e planeamento.

Os sintomas negativos e cognitivos podem aparecer meses antes da aparição de alucinações ou delírio e são bons preditores da evolução a longo prazo. Adicionalmente, alterações de humor, ansiedade e níveis de agitação são frequentes.

As duas perturbações psicóticas mais comuns são a esquizofrenia e a perturbação bipolar. A tabela H.5.1 resume os critérios para o diagnóstico de esquizofrenia. Os sintomas proeminentes são as alucinações e/ou delírios. As pessoas que recebem um diagnóstico de perturbação esquizofreniforme têm os mesmos sintomas que as pessoas com esquizofrenia, mas com duração inferior a 6 meses. Em ambas as condições, o comportamento encontra-se perturbado, acarretando uma deterioração do funcionamento escolar e social. Na perturbação bipolar, a presença de alteração de humor é fundamental para realizar o diagnóstico, sendo a mania (pelo menos um episódio de elevação de humor afectando todas as áreas de funcionamento, incluindo o sono e da cognição durante um período de pelo menos sete dias), a manifestação mais característica. Os delírios e alucinações da perturbação psicótica bipolar tendem a ser congruentes com o humor. No caso da mania delirante a temática será de grandiosidade e nos episódios depressivos a temática terá uma tonalidade melancólica com ideias de ruína, culpa ou incurabilidade. Os primeiros episódios de uma perturbação bipolar são frequentemente depressivos, mas o diagnóstico não será realizado até que o jovem tenha um episódio maníaco (ver capítulo E.2). O diagnóstico da esquizofrenia e perturbações psicóticas do humor têm pouca fiabilidade na altura da primeira apresentação, com baixa concordância entre clínicos e uma instabilidade diagnóstica ao longo do tempo.



[Clique sobre a imagem para ouvir uma descrição de fenómenos psicóticos na adolescência numa pessoa com perturbação bipolar \(03:06-ínglês\)](#)

EVOLUÇÃO E PROGNÓSTICO DA DOENÇA

Uma boa resposta compreende não apenas a remissão dos sintomas psicóticos agudos, como as alucinações e os delírios, mas também uma redução dos sintomas negativos com o retomar da escolaridade e das relações sociais. Um restabelecimento mais rápido é mais provável se o tratamento for iniciado precocemente, se início da doença for agudo e se existirem poucos sintomas negativos. A doença de início precoce (antes dos 18 anos) está associada a um pior prognóstico (Schimmelmann et al, 2007), em particular as formas de início muito precoce (antes dos 13 anos) (Hollis, 2000). Da mesma forma, ser do sexo masculino, início insidioso da doença, um mau funcionamento pré-mórbido, o abuso de substâncias e uma perturbação pervasiva do desenvolvimento estão associados a um prognóstico mais desfavorável.

O tratamento precoce, não só reduz a gravidade do primeiro episódio, mas também ajuda a evitar a recaída. Enquanto a recuperação pode ser boa após o primeiro episódio - cerca de 20% dos jovens com esquizofrenia terá apenas um episódio - uma recaída não só é extremamente prejudicial para o desenvolvimento educativo, profissional e pessoal, mas também pode ser menos sensível ao tratamento. Um seguimento regular após o primeiro episódio, incluindo a monitorização dos sinais de alerta precoce (sinais subtis de deterioração do estado mental), bem como continuar a medicação antipsicótica durante pelo menos 12 meses, permitirá a redução do risco de recidiva.

PSICOSE EM GRUPOS ESPECÍFICOS

Perturbação do neurodesenvolvimento

Jovens com perturbações do neurodesenvolvimento, em particular aqueles que apresentam uma perturbação pervasiva do desenvolvimento, têm um risco

aumentado de psicose, mas também são mais propensos a ser erroneamente diagnosticados com uma perturbação psicótica. Perturbações pervasivas do desenvolvimento, também chamadas de perturbações do espectro do autismo, são discutidas no Capítulo C.2. Estes distúrbios manifestam-se por (i) déficits na interacção social, (ii) uma alteração na comunicação verbal e não-verbal, (iii) interesses restritos e idiossincráticos e (iv) comportamentos estereotipados. Devido às características nucleares das perturbações pervasivas do desenvolvimento que compreendem dificuldades na interacção social, comportamentos e preocupações incomuns, pode ser difícil diferenciar entre estes sintomas e outras perturbações psiquiátricas. Assim, os comportamentos ou cognições associadas às perturbações pervasivas do desenvolvimento podem ser semelhantes aos encontrados na ansiedade, na perturbação obsessivo-compulsiva ou mesmo na esquizofrenia. Os fenótipos comumente observados em familiares de crianças com autismo, como o atraso da linguagem, dificuldades no funcionamento social e os déficits de controlo executivo também são factores de risco para a esquizofrenia (Losh et al, 2008), sugerindo assim alguns factores etiológicos comuns.

A sobreposição significativa de sintomas de autismo e psicose explica a utilização do termo “psicose infantil”, amplamente utilizado antes de 1970. Este termo designava simultaneamente as crianças com autismo e aquelas com uma esquizofrenia de início precoce. Posteriormente, os estudos seminais de Kolvin (Kolvin, 1971), permitiram estabelecer a distinção entre esquizofrenia e autismo, através do estudo de idade de início de sintomas e trajectórias diferentes. Durante as últimas duas décadas, as perturbações do espectro do autismo e a esquizofrenia de início precoce foram claramente definidas. A investigação centrou-se na identificação de sintomas psicóticos e de outras co-morbilidades psiquiátricas dos pacientes com uma perturbação pervasiva do desenvolvimento.

Na prática clínica, a principal dificuldade reside em fazer o diagnóstico diferencial numa pessoa jovem, com perturbação pervasiva do desenvolvimento que apresenta comportamentos cada vez mais estranhos ou um declínio do seu funcionamento (Starling & Dossetor, 2009). É importante considerar as crenças e comportamentos num contexto de desenvolvimento, em particular nos jovens com deficiência intelectual. Nessa população, a ansiedade ou a depressão podem manifestar-se de forma incomum. Nos indivíduos com perturbação pervasiva do desenvolvimento, um diagnóstico de perturbação psicótica não se deve realizar sem a presença de alucinações ou delírios, pois um comportamento perturbado por si só não é suficiente.

Jovens com antecedentes traumáticos

As taxas de perturbações psicóticas estão significativamente aumentadas em adultos com antecedentes de abuso sexual na infância (Cutajar et al, 2010). Um antecedente de maus tratos psicológicos ou físicos também aumenta o risco de transição de sintomas prodrómicos a perturbação psicótica em adultos jovens (Bechdolf et al, 2010b). Existe menor evidência de uma associação causal entre trauma e psicose em crianças e adolescentes, mas os jovens que sofreram experiências traumáticas são mais propensos a relatar alucinações, por vezes, como um sintoma de perturbação de stress pós-traumático (Shevlin et al, 2007). Existe algum debate sobre se alucinações auditivas relatadas pelos jovens com uma história de trauma na infância são diferentes daquelas relatadas por jovens sem história de abuso. Alguns estudos relataram que as alucinações directamente relacionadas à experiência traumática eram mais frequentes, enquanto outros não encontraram nenhuma diferença nos sintomas (Scott et al, 2007b).

Uma história de trauma na infância também aumenta o risco de agressão, auto-mutilação, tentativas de suicídio e abuso de substâncias em pacientes

com psicose (Hainsworth et al, 2011). Clinicamente, isto significa que os jovens com psicose e antecedentes de trauma são susceptíveis de serem mais difíceis de tratar e potencialmente mais perigosos para si e para os outros. Eles também são mais propensos a viver longe das suas famílias ou terem menor apoio familiar. É importante ter em conta a dimensão traumática na compreensão da sintomatologia e ocupar-se igualmente do seu tratamento, tal como da perturbação psicótica.

Abuso de substâncias

A relação entre o uso de substâncias e a esquizofrenia de início precoce é complexa. Há boas evidências de que o consumo de cannabis aumenta o risco de psicose na idade adulta, sendo alguns jovens mais vulneráveis do que outros. Estudos de coorte na Nova Zelândia demonstraram que este risco é multiplicado por 10 nos portadores do polimorfismo funcional do gene da catecol-O-metiltransferase (COMT) - associado à produção de dopamina cerebral - sugerindo uma interacção gene-ambiente (Caspi et al, 2005). O uso de drogas, principalmente de cannabis, de psicoestimulantes e alucinogénicos podem precipitar um episódio psicótico, reduzir a resposta ao tratamento e aumentar o risco de recaída após a recuperação. O consumo de cannabis pode agravar a deterioração cognitiva. A intoxicação aguda com algumas substâncias pode igualmente imitar a psicose, mas os sintomas duram geralmente algumas horas ou dias. Os sintomas que duram mais do que alguns dias podem indicar a presença de um grave abuso de substâncias ou uma doença psicótica (Volkow, 2009).

As substâncias ilícitas podem também ser usadas como estratégia de auto-medicação para atenuar a angústia gerada por uma fase prodrómica de esquizofrenia. Neste caso, a doença psicótica precede o abuso de substâncias, mas o seu uso persistente torna alucinações e delírios menos propensos a responder à medicação. Estratégias para ajudar adolescentes com psicose e uso de substâncias estão detalhadas no site EPPIC.

AVALIAÇÃO

O objectivo da avaliação inicial de um jovem que se apresenta com um transtorno psicótico não tem por finalidade apenas o diagnóstico. Serve para estabelecer uma aliança terapêutica e preparar o terreno para um tratamento a longo prazo, por tratar-se frequentemente uma doença crónica. Esta etapa pode ser considerada uma perda de tempo, pois ela necessita de paciência e cautela. Impor um tratamento sem discussão e sem a preparação do doente e da família pode levar, mais tarde, à fuga dos cuidados e por isso favorecer recaídas ou recorrência da doença.

Avaliação individual

Obter uma anamnese dos sintomas psicóticos pode ser difícil. Os jovens muitas vezes evitam discutir estes sintomas, por terem receio de serem considerados “loucos”. É preciso que possam escolher entre serem observados a sós ou com um familiar de confiança – geralmente os pais – embora seja sempre necessário observar o jovem sozinho, mesmo que durante um curto período de tempo, por exemplo para avaliar o risco suicidário. Ao iniciar a entrevista com a discussão de temas mais neutros, como família, escola, hobbies e amigos ajuda a construir um relacionamento e apreciar o seu funcionamento geral. Num segundo tempo, o entrevistador pode, então, passar para perguntas sobre inquietudes ou preocupações específicas e explorar com maior detalhe a sintomatologia.

Perguntando sobre sintomas de ansiedade e humor é crucial, bem como a avaliação do risco suicidário. Finalmente é preciso avaliar especificamente os sintomas

Tabela H.5.2 A avaliação do estado mental para sintomas psicóticos

	Perguntas da entrevista	Análise Racional
Aparência e comportamento	Observação durante a entrevista	Comportamento não usual e vestimentas devem ser descritos e se possível explicados durante a entrevista
Insight	<ul style="list-style-type: none"> - Você pode-me dizer por que veio a esta consulta? - Você acha que há alguma coisa em que precisa de ajuda? 	Se o paciente entender que não está bem e se perceber a necessidade de tratamento, é mais provável que haja cooperação
Humor: depressivo	<ul style="list-style-type: none"> - Recentemente você sentiu-se deprimido ou em baixo? - Você perdeu interesse em coisas que geralmente gosta? - Você tem tido problemas para dormir? - Você tem tido pensamentos sobre fazer mal a si próprio? - Se resposta afirmativa a qualquer uma destas perguntas, perguntar sobre alimentação, agitação, pensamentos de culpa ou desespero e planos ou ideias de suicídio 	Averigue histórias passadas e atuais de depressão e riscos de auto-mutilação e suicídio
Elevação de humor	<ul style="list-style-type: none"> - Você já teve um período de tempo em que se sentiu muito bem, excitado ou hiperexcitado e que tenha saído do controle, ou feito coisas de que se arrepende? - Se sim, pergunte por mais detalhes 	Um período de elevação de humor pode ser uma manifestação de perturbação bipolar
Curso do pensamento	Observar a fluidez do discurso e pensamento durante a entrevista	Transtornos de pensamento são frequentemente observados em psicoses e o tipo de alteração irá ajudar ao diagnóstico. O transtorno de pensamento ocorre quando os pensamentos estão pobremente conectados. O discurso pode ser acelerado na perturbação bipolar (taquipsiquismo) ou lento na depressão (bradipsiquismo).
Anomalias perceptivas: alucinações	<ul style="list-style-type: none"> - Você já ouviu coisas que as outras pessoas não conseguem ouvir, como barulhos ou vozes? - Se sim, o que ouviu e com que frequência? - Se vozes, elas faziam comentários sobre o que você estava fazendo ou pensando? - Quantas vozes ouviu? O que comentavam umas com as outras? - Você já teve visões ou viu coisas que outros não puderam ver? Pergunte por detalhes. - Também pergunte por anomalias do tacto, olfacto e gosto 	Essas perguntas procuram elucidar sintomas psicóticos chave. Quanto mais complexas forem as alucinações (mais frequentes, dizerem muitas coisas, mais de uma voz) mais provável a presença de uma perturbação psicótica.
Conteúdo dos pensamentos: delírios	<p>Começar por: "Eu gostaria de perguntar sobre experiências pouco frequentes que as pessoas às vezes têm".</p> <ul style="list-style-type: none"> - já lhe pareceu que as pessoas falam sobre você ou reparam especialmente em você? - Já recebeu mensagens especiais da TV, rádio ou de outros objectos à sua volta? - E alguém já tentou colocá-lo numa má situação ou magoá-lo? - Você já sentiu que é especialmente importante ou que possa fazer algo que outras pessoas não podem? - se sim para alguma dessas questões, obtenha mais detalhes 	Quanto mais complexos são os delírios (por exemplo, as pessoas não só ficam olhando para mim como elaboram um plano para me magoar) mais provável é a presença de um transtorno psicótico. Delírios de índole paranóide são mais prováveis na esquizofrenia, e delírios de grandiosidade na perturbação bipolar.
Função cognitiva	Perguntar sobre o funcionamento cognitivo passado e actual na escola, incluindo concentração, motivação, capacidade para aprender e resultados escolares.	O funcionamento cognitivo premórbido tem impacto no prognóstico; a deterioração não é só observada em transtornos psicóticos mas também na depressão.

psicóticos, onde é importante ser neutro, mas directo, por exemplo dizendo: *”Eu vou fazer algumas perguntas que parecem realmente estranhas, mas são importantes para me ajudar a entender o que está acontecendo com os seus pensamentos”*. Pode ser necessário realizar várias entrevistas até se apurarem totalmente os sintomas; pode ser difícil para os jovens confusos colocar o caos dos seus pensamentos em palavras. Exemplos de perguntas para usar numa avaliação abrangente de sintomas psicóticos são apresentados na Tabela H.5.2.

Evocar a regra de confidencialidade também é importante. As informações obtidas durante a entrevista sobre pensamentos e emoções do adolescente devem ser mantidas em confidencialidade excepto se evocam intenções de auto ou heteroagressividade, para as quais há um dever de divulgação, por razões de segurança. Da mesma forma se o adolescente evocar maus tratos físicos ou sexuais, pode também ser necessário informar as autoridades competentes, de acordo com as leis do país em que vivem.

É importante lembrar que é raro existir uma perturbação psicótica isoladamente, existindo com frequência co-morbilidades que é necessário apurar. As mais frequentes são: abuso de substâncias (tabaco, cannabis, estimulantes), ansiedade, depressão, perturbação do comportamento, uma história de trauma ou perturbação do desenvolvimento.

Outras avaliações

Os pais ou outros familiares podem fornecer uma história de desenvolvimento, incluindo a gestação (infecções virais, uso materno de drogas ou álcool, trauma, outras complicações) nascimento (como a cesariana de emergência, hemorragia ou hipoxia) ou anomalias de desenvolvimento, e também podem descrever os sintomas que o jovem é relutante em descrever ou mesmo desconhece. Os irmãos, muitas vezes têm informações importantes para adicionar, especialmente sobre as interações e funcionamento social. Os antecedentes familiares psiquiátricos podem ser um importante indicador para o diagnóstico.

A informação comprobatória das escolas, sobre o funcionamento académico e social, serviços de saúde, entre outros, também serão necessárias para uma avaliação precisa não apenas do estado mental, mas também dos níveis de funcionamento actuais e pré-mórbido.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A primeira etapa é perceber se os sintomas relatados são verdadeiramente a manifestação de uma doença psicótica ou devido a outra perturbação. Por exemplo, um adolescente deprimido pode descrever ouvir uma voz dizendo que ele é inútil, mas estar, na verdade, falando de seus próprios pensamentos e não de um mecanismo alucinatorio; ou um adolescente ansioso pode ver sombras no quarto e estar convencido de que os ladrões invadiram a sua casa.

Determinados sintomas podem aparecer relacionados com uma psicose, mas sem satisfazer todos critérios diagnósticos. Muitos pacientes com esquizofrenia tiveram durante a fase de pródromos alterações de humor, alterações do conteúdo do pensamento e do comportamento e uma certa ruptura com um funcionamento prévio. No entanto, estes sintomas não são específicos e podem ter outras causas, como uma depressão ou uma perturbação de adaptação. A investigação também identificou *experiências de tipo-psicóticas* - crenças bizarras, ideias persecutórias e pensamento mágico. À excepção do pensamento mágico, todos estes sintomas aumentam o risco de mais tarde desenvolver psicose (Yung et al, 2006).

Tabela H.5.3 Investigações recomendadas para avaliação de base para a psicose de início precoce

Investigação	Análise Racional
Hemograma completo	<ul style="list-style-type: none"> • Detecção de doenças hematológicas pré - existentes, tais como a anemia • Monitorização dos efeitos colaterais dos estabilizadores de humor
Ureia, electrólitos , testes da função hepática	<ul style="list-style-type: none"> • Exclusão de anomalias pré-existentes (raro, mas polidipsia pode ocorrer na psicose) . • Monitorização dos efeitos colaterais e secundários dos medicamentos (alguns antipsicóticos e antidepressivos podem causar hipernatremia, estabilizadores de humor podem prejudicar a função hepática)
Glicemia em jejum, colesterol e triglicéridos	<ul style="list-style-type: none"> • Detecção de anomalias de resistência à insulina ou lipídicas. Monitorização inicial e semestral, a maioria dos antipsicóticos podem causar ganho de peso e resistência à insulina
Função da tiróide	<ul style="list-style-type: none"> • Anomalias da tiróide podem causar alteração do humor ou depressão e são um efeito colateral do tratamento com lítio
Níveis de cálcio	<ul style="list-style-type: none"> • Anomalias são uma causa rara de psicose
Prolactina	<ul style="list-style-type: none"> • Exclusão de hiperprolactinémia pré- tratamento (por exemplo , devido a um tumor da hipófise) • Para monitorizar de uma possível indução de hiperprolactinémia por antipsicótico
Imagens do cérebro (Tomografia Axial Computadorizada , TAC ; Imagem por Ressonância Magnética , RMN)	<ul style="list-style-type: none"> • Exclusão de lesões neuroanatômicas preexistentes (lesões, malignidade) • RMN é preferível por causa da imagem de maior resolução e menor exposição à radiação, mas o barulho e claustrofobia podem não ser tolerados pelo pacientes
EEG	<ul style="list-style-type: none"> • Exclusão de patologia epiléptica
Pesquisa de tóxicos na urina	<ul style="list-style-type: none"> • Para descartar uso recente de drogas ou identificar drogas ilícitas tomadas recentemente

Mesmo que um paciente jovem preencha todos os critérios para uma perturbação psicótica, pode ser difícil fazer um diagnóstico precoce preciso (por exemplo, tratar-se de esquizofrenia ou perturbação bipolar). Muitos diagnósticos realizados durante a primeira apresentação são rectificadas ao longo da evolução (McGorry et al, 1995). Assim, alguns especialistas preferem usar o termo psicose de início precoce, pois reflecte esta incerteza diagnóstica e oferece maior flexibilidade ao tratamento. Se existe uma doença psicótica definida, o tratamento precoce é essencial, independentemente da sua natureza (por exemplo, esquizofrenia, perturbação do humor). Quanto maior o tempo doença não tratada, mais difícil será tratar os sintomas e maior o risco de incapacidade a longo prazo (Leeson et al, 2011). É também importante avaliar finamente o humor para não diagnosticar como esquizofrenia uma perturbação afectiva.

Outros diagnósticos diferenciais incluem as perturbações pervasivas do desenvolvimento, PSPT com flashbacks, delírio e intoxicação por substâncias ilícitas ou medicamentos, como discutido anteriormente. Finalmente, é importante excluir possíveis patologias orgânicas que podem ser confundidas com psicose, como delírio, distúrbios neurológicos e outras condições médicas, como a tiroxose ou a deficiência de vitamina B12. Um exame físico e exames complementares são necessários.

Investigações

Investigações recomendadas estão detalhadas na tabela H.5.3. Os exames complementares não se realizam unicamente para excluir causas orgânicas tratáveis,

mas também como uma linha de base para monitorizar, prevenir e controlar os efeitos secundários do tratamento. Um exame físico completo, também é essencial, com particular ênfase para o desenvolvimento de anomalias neurológicas. Peso, altura, circunferência da cintura, pressão arterial e pulso precisam ser registados inicialmente e acompanhados regularmente. Existem doenças auto-imunes ou inflamatórias agudas que podem imitar a psicose, em especial quando o início é agudo (os sintomas nesses casos podem ser de delírio). Consultas médicas pediátricas ou de outras especialidades podem ser necessárias.

TRATAMENTO

Tratamento mínimo coercivo

A avaliação deve sempre considerar o risco, tanto para o jovem como para terceiros. Idealmente, a avaliação e o tratamento devem decorrer em ambulatório, mas pode ser necessário um internamento hospitalar se:

- Existir um importante risco suicidário
- Existir risco de heteroagressividade (por adesão a crenças delirantes)
- O paciente for vulnerável
- O paciente for sem-abrigo
- A família se encontrar exausta
- Existirem sintomas físicos que exijam investigação médica urgente (ex: flutuação dos níveis de consciência)

Tendo em conta o risco, geralmente, a opção usada deve ser a menos restritiva da liberdade do paciente. Por outro lado, se o risco for alto, a admissão pode ser involuntária se o consentimento da pessoa jovem ou sua família não puder ser obtido, ou existir a preocupação de que o jovem não está bem o suficiente para tomar decisões racionais sobre o tratamento. As leis sobre a internamento involuntária ou compulsivo variam de acordo com o país, mas muitos só permitem o tratamento contra a vontade de um indivíduo, se houver grave perigo para si ou para terceiros.

Embora seja possível admitir um jovem com menos de 16 anos de idade com o consentimento de seus pais (em muitos países os indivíduos têm a capacidade de dar consentimento para o tratamento aos 16 anos de idade, consultar o Capítulo A.1), também é importante respeitar os direitos da criança, incluindo o direito de ter os seus pontos de vista sobre o tratamento, e deve ser protegido contra a violência (protecção de ser ferido fisicamente e mentalmente pelos cuidadores). Isso significa que, mesmo que os jovens sejam admitidos contra a sua vontade, todos os esforços devem ser feitos para discutir o seu tratamento com eles, tomar as suas preferências em conta, sempre que possível e manter o uso de práticas coercivas, como a restrição, a um mínimo absoluto.

Resumo do tratamento

Biológico

A medicação antipsicótica é fundamental para o tratamento da psicose. A maioria dos tratamentos são extrapolados a partir dos resultados de estudos em adultos. Estudos em crianças incluem um pequeno ensaio randomizado (RCT) mostrando que o haloperidol é superior ao placebo (Spencer & Campbell, 1994), e um pequeno RCT (21 casos), mostrando que a clozapina é superior ao haloperidol (Kumra et al, 1996). Estudos realizados em adolescentes demonstram eficácia semelhante à dos adultos para a olanzapina, risperidona e haloperidol, mas com

Tabela H.5.4 Efeitos secundários e colaterais comuns de medicamentos antipsicóticos selecionados utilizados em psicose de início precoce.

Medicamento	Dose (mg)	Efeitos Extra piramidais	Sedação	Ganho de peso	Prolactina	Hipotensão Postural	Potencial desvantagens	Comentários
Risperidona	1-6mg	++	++	++	+++	++	<ul style="list-style-type: none"> Galactorréia Sedação 	A maioria dos dados provém do uso em adolescentes (incluindo autistas)
Quetiapina	200-800mg	+	++	++	+	+	<ul style="list-style-type: none"> Sedação inicial, muitas vezes se instala 	Útil para psicoses com transtornos de humor ou ansiedade
Aripiprazol	10-30mg	++	+	+		+	<ul style="list-style-type: none"> Agitação inicial 	Sedação, ganho de peso e elevação da prolactina são raros
Olanzapina	5-20mg	+	+++	+++	+	+	<ul style="list-style-type: none"> Ganho significativo de peso Sedação Não recomendado a longo prazo 	Sedativo e calmante quando agudamente indisposto
Clorpromazina	50-300mg	+	+++	++	++	++	<ul style="list-style-type: none"> Ganho de peso, sedação 	Sedativo e calmante em fase aguda de agitação
Haloperidol	1-10mg	+++	++	+	+	+	<ul style="list-style-type: none"> Efeitos colaterais extra-piramidais severos, incluindo rigidez e agitação 	Menos sedação, fortes efeitos antipsicóticos

perfis de efeitos secundários diferentes e uma tendência não-significativa para a olanzapina e risperidona serem mais eficazes (Gothelf et al, 2003; Sikich et al, 2008). Estes resultados são semelhantes aos de ensaios em adultos.

Psicológico

As intervenções psicológicas incluem a psicoeducação e a terapia cognitiva-comportamental. Mais uma vez, a evidência é baseada em estudos de população adulta e coortes de adolescentes tardios, com vários ensaios demonstrando benefício destas terapias (Bechdolf et al, 2010a).

Social

Essas terapias incluem as intervenções familiares e o treino de competências sociais. Vários ensaios com adultos demonstraram benefícios destas terapias (Addington et al, 2005;2010).

Farmacoterapia

Sedação aguda

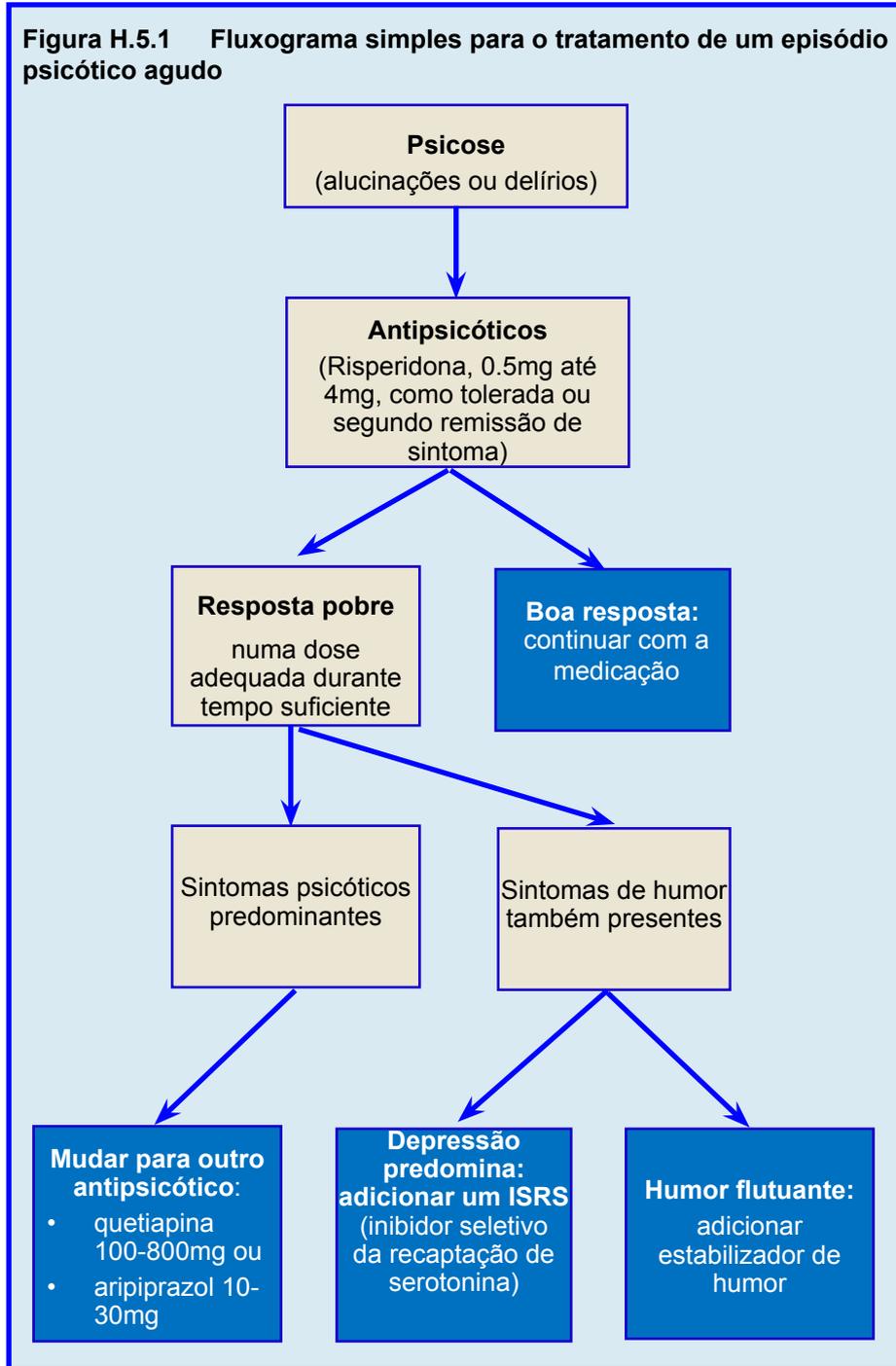
No caso de comportamento profundamente perturbado ou perigo iminente, pode ser necessária sedação de actuação rápida com medicação oral, tais como lorazepam (1mg-2mg), risperidona (0,5 mg, 1 mg) ou olanzapina (2,5 mg a 5 mg). Comprimidos orais/orodispersíveis são absorvidas mais rapidamente e também se dissolvem na boca, assim, são difíceis de serem expelidos. Se a medicação oral for recusada, lorazepam intramuscular (1mg-2mg) ou haloperidol (2,5 mg-5mg) são recomendados. A sedação intramuscular geralmente requer contenção física e é muito angustiante para a criança e para a família. É importante usar o método menos coercivo de sedação não só para respeitar os direitos do jovem, mas também porque a primeira experiência de tratamento em saúde mental pode ser muito aversiva e fazer a diferença entre a compliance contínua ou descontinuar o tratamento.

Intervenção terapêutica de base

Embora não haja necessidade de tratamento de emergência, a sua instauração rápida tem como objectivo controlar os sintomas psicóticos e tratar sintomas associados como resumidos na Figura H.5.1 (para tratamento da depressão psicótica e episódios maníacos ver os Capítulos E.1 e E.2 respectivamente). Um antipsicótico é usado para tratar alucinações e delírios. Na depressão psicótica é adicionado um anti-depressivo. Quando existe um quadro maníaco, um estabilizador de humor pode ser mais apropriado. A Tabela H.5.4 resume os efeitos secundários dos medicamentos antipsicóticos mais usados. Recomenda-se *começar baixo e ir devagar* com as doses de medicação antipsicótica, para evitar efeitos secundários e maximizar a adesão ao tratamento. (Para uma análise mais detalhada da informação baseada em evidência e resumo detalhado de algoritmos de tratamento, o uso de medicamentos específicos e os efeitos secundários consultar Taylor, 2012).

Uma segunda geração de fármacos (ou antipsicóticos atípicos) é recomendada como tratamento de primeira linha, se possível devido aos melhores resultados marginais no tratamento da psicose aguda e ao menor risco de transtornos de movimento, particularmente, discinésias tardias, como demonstrado em ensaios clínicos randomizados individuais e meta-análises (Davis et al, 2003; Leucht et al, 2009). No entanto, os antipsicóticos de segunda geração são caros, por isso, pode ser necessário o uso de um antipsicótico de primeira geração, tal como o haloperidol, que ainda é altamente eficaz (Schooler et al, 2005), embora tenha mais efeitos secundários do que a risperidona, por exemplo.

Figura H.5.1 Fluxograma simples para o tratamento de um episódio psicótico agudo



Quando não existe resposta à medicação antipsicótica após duas semanas de tratamento, uma revisão da medicação é necessária - a resposta favorável nos sintomas psicóticos geralmente é vista nesse tempo. Se a dose máxima tolerada de um determinado medicamento foi atingida sem efeito, uma escolha precisa ser feita sobre qualquer mudança de medicação ou augmentação com outra classe de fármacos (Figura H.5.1). A falha para responder a dois ou mais antipsicóticos para um período de tempo adequado e em doses adequadas justifica o encaminhamento para um serviço especializado para a consideração de clozapina.

O uso de antipsicóticos a longo prazo aumenta o risco de obesidade, diabetes mellitus tipo II e doenças cardiovasculares. É crucial monitorar altura, peso e medida da cintura, no início da prescrição, e depois em um, três e, em seguida intervalos de seis meses, bem como exames complementares, se necessário (ver algoritmo de monitorização metabólica na caixa lado).

Clozapina para o tratamento da esquizofrenia resistente

A Clozapina é um antipsicótico atípico que é extremamente eficaz na esquizofrenia; ele deve ser usado se houver uma má resposta a dois outros agentes antipsicóticos, cada um administrado em doses adequadas, pelo menos, durante quatro semanas. Não é recomendado, excepto para os casos resistentes ao tratamento, devido ao risco de efeitos colaterais fatais e, portanto, à necessidade de um acompanhamento intensivo. A frequência mínima de monitorização é a contagem semanal de leucócitos em sangue durante as primeiras 18 semanas, sendo interrompido o tratamento quando os neutrófilos caírem abaixo de 2 por



Clique na imagem para acessar a Obtenha Ajuda Precoce (Get Help Early) (Ontario Working Group on Early Intervention in Psychosis, Canada) (Grupo de Trabalho em Intervenção Precoce em Psicoses Ontario, Canada). Incluídos testemunhos e obras de arte

Tabela H.5.5 Efeitos colaterais graves e comuns da clozapina e sua gestão

	Efeito Colateral	Sinais e sintomas	Monitoramento e tratamento
Potencialmente fatais	Agranulocitose ou neutropenia	<ul style="list-style-type: none"> Queda de contagem de leucócitos Infecções 	<ul style="list-style-type: none"> Contagem semanal de leucócitos conforme protocolos clazapina, vigilancia regular de temperatura e exame objectivo. Parar a clozapina se descida dos neutrófilos
	Miocardiopatia	<ul style="list-style-type: none"> Taquicardia Febre Fadiga Dor no peito 	<ul style="list-style-type: none"> ECG antes de iniciar a clozapina, a monitorização da temperatura e frequência cardíaca , níveis de troponina se estiver disponível. Pare a clozapina se ocorrer
Outros efeitos colaterais comuns	Sedação		<ul style="list-style-type: none"> Administrar dose mais elevada à noite
	Hipersalivação	<ul style="list-style-type: none"> Salivação, especialmente a noite 	<ul style="list-style-type: none"> Pequenas doses de hioscina (anti-colinérgico)
	Obstipação	<ul style="list-style-type: none"> Lembrar-se de perguntar ao paciente 	<ul style="list-style-type: none"> Dieta rica em fibras
	Outros efeitos cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> Hipotensão Taquicardia 	<ul style="list-style-type: none"> Monitorar se for baixa, se significativa encaminhar para cardiologista
	Ganho de peso	<ul style="list-style-type: none"> Pode ser severo(10kg ou mais) 	<ul style="list-style-type: none"> Monitorar medição de cintura e peso Seguimento de regime alimentar
	Epilepsia		<ul style="list-style-type: none"> Parar por um dia Reduzir a dose Usar anticonvulsivante
	Nocturia	<ul style="list-style-type: none"> Visto em 1 a cade 5, possivelmente pior em adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> Reduzir líquidos de noite Mudar a posologia

109/ litro. A clozapina deve ser suspensa perante uma contagem de neutrófilos inferior a 1,5 por 109/ litro. Muitos serviços de saúde exigem o registo de pacientes em tratamento com clozapina para que esses requisitos sejam tido em conta antes da clozapina ser fornecida.

Outros efeitos colaterais comuns são detalhados na Tabela H.5.5, mas esta lista não é exaustiva. Recomenda-se que a clozapina seja prescrita apenas por especialistas que estão cientes dos efeitos colaterais e capazes de manejar os riscos de forma adequada.

Outras intervenções

Há boas evidências de eficácia para diversas outras terapias no tratamento da psicose de início precoce. Todas demonstraram reduzir o risco de recaída e, mais importante, ajudar os jovens e suas famílias a melhor controlarem os seus sintomas e seu tratamento.

Psicoeducação

Psicoeducação é uma forma estruturada de fornecer informações sobre as perturbações psicóticas e seu tratamento para jovens e familiares. Existem programas disponíveis e evidências de que a psicoeducação reduz a taxa de recaída na psicose precoce (Xia et al, 2011)

Os ingredientes de um psicoeducação eficaz incluem:

- Fornecer informações sobre a doença e opções de tratamento
- Oferecer um fórum aos jovens onde possam discutir a sua doença e preocupações
- Envolver os membros da família no processo de educação, em conjunto com os seus filhos ou em grupos de pais.

Se for bem sucedida, a taxa de recaída é reduzida pelo aumento da adesão à medicação, à redução de comportamentos não adaptativos, tais como abuso de substâncias, e ao reconhecimento precoce dos sintomas de recaída ou deterioração. Lidar com habilidades e treino de resolução de problemas também pode fazer parte do programa de psicoeducação (Xia et al, 2011).

Embora programas de psicoeducação em presença física sejam úteis, eles podem não estar disponíveis em áreas remotas ou rurais ou pode não ser executado em horários convenientes. Recursos baseados na Web também são uma excelente forma de obter informações e tornando-se parte de uma rede de apoio.

Terapia cognitivo-comportamental (TCC)

Alguns jovens consideram a TCC útil para compreender e gerir os seus sintomas. Os objectivos da TCC variam de acordo com os sintomas de preocupação, mas podem incluir estratégias de coping para experiências psicóticas e gestão de humor depressivo. Tratar directamente os sintomas psicóticos é mais eficaz na fase de recuperação do que na fase aguda da doença. No entanto, a TCC também é útil no manejo de sintomas residuais, como alucinações que persistem apesar do tratamento antipsicótico. As estratégias incluem:

- Exploração de crenças delirantes desafiantes
- Encontrar estratégias de coping para minimizar o impacto das alucinações
- Manejo de sentimentos de desesperança e humor depressivo, utilizando técnicas semelhantes às usadas em TCC para a depressão.

Trabalhando com a família

O trabalho inicial com as famílias envolve uma abordagem psicoeducativa,

bem como prestar apoio, fornecendo informações sobre as doenças e como esta afecta os pensamentos e comportamentos. As habilidades para resolver problemas e estratégias de comunicação podem ajudar as famílias a lidar com situações difíceis e reduzir o stress em ambiente familiar. Isso reduz o risco de recaída, bem como previne o afastamento familiar (Addington et al, 2005).

Manutenção da Medicação e Gestão de Efeitos Colaterais

O uso de medicação antipsicótica é recomendada durante pelo menos 12 meses após a remissão dos sintomas, para reduzir a recaída. A monitorização e gestão cuidadosa dos efeitos colaterais e secundários é essencial. O ganho de peso e alterações metabólicas associadas são as mais frequentes, mas sedação e lentificação cognitiva também podem causar desconforto. Há alguma evidência de meta-análises - de ensaios de tratamento de adultos - que os antipsicóticos de segunda geração são mais eficazes na prevenção de recaída do que os de primeira geração (Alvarez-Jimenez et al, 2011). Durante os primeiros seis meses é necessário avaliar mensalmente:

- Movimentos involuntários (a escala recomendada é a [AIMS – Abnormal Involuntary Movement Scale](#))
- Peso, medida do perímetro abdominal, pulso e pressão arterial
- Glicemia e perfil lipídico em jejum

Transtornos do movimento, incluindo parkinsonismo e ataxias são menos comuns com antipsicóticos de segunda geração. Se estes ocorrem, é possível prescrever pequenas doses de um medicamento anti-colinérgico (ex: benztropina 0.5mg/dia) mas a redução da dose de antipsicótico é muitas vezes mais eficaz. A discinésia tardia, um transtorno raro de movimento, crónico, muitas vezes é vista pela primeira vez como pequenos movimentos do rosto, língua ou dedos. A identificação precoce é importante para que a discinésia tardia não persista mesmo após a retirada da medicação. Os estabilizadores de humor mais frequentemente utilizados (em especial, carbonato de lítio, valproato de sódio e carbamazepina) são teratogénicos e a sua prescrição deve ser discutida com as adolescentes. O uso de lítio exige instruções claras sobre a necessidade de evitar a desidratação e realizar níveis de lítio regulares e testes de função tiroideia, para monitorar uma possível toxicidade (ver Capítulo E.2).

Prevenção da recaída

O primeiro passo na prevenção da recaída consiste em elaborar um plano individual para detectar sinais de alerta, como a dificuldade para dormir, aumento da ansiedade ou os primeiros sinais de que as alucinações ou delírios estão reaparecendo. Se a medicação estiver a ser reduzida lentamente, a recorrência de qualquer sintoma sugere que o retorno à dose mais elevada eficaz é necessária, ou para retomar a medicação anteriormente eficaz se esta tivesse sido interrompida. A monitorização contínua por profissionais de saúde mental durante este tempo é essencial. Existem poucos estudos que examinam as taxas de recaída em crianças e adolescentes, mas um estudo sobre primeiro episódio psicótico apurou uma taxa de recaída de 17% quando a medicação foi interrompida após 12 meses (Gaebel et al, 2011). Como com o primeiro episódio, quanto mais cedo for tratada a recaída, melhor a recuperação. As recaídas também podem causar deterioração cognitiva e social.

Serviços de intervenção precoce

As escolas, clínicos gerais, pediatras e outros profissionais de saúde, são muitas vezes os primeiros a encontrar jovens em risco de psicose. Uma vez identificados, é essencial que os serviços de saúde mental estejam envolvidos o mais cedo possível. Na Austrália, existem serviços comunitários de saúde mental para

crianças e adolescentes até aos 18 anos mas também serviços mentais para jovens dos 12 aos 25 anos. Todos estes serviços utilizam um modelo de gestão de caso, com um gestor de caso (profissional de saúde mental) e consulta com um psiquiatra se necessário. Alguns serviços oferecem também uma gestão de caso assertiva (para a gestão intensiva de pacientes difíceis de tratar que implica um seguimento mais regular, incluindo visitas domiciliares), consultas de medicina geral, alcoologia e adictologia, consultas de sexologia, ou ajudas na gestão financeira, habitação e emprego. Os serviços especializados costumam ser raros ou inexistentes em áreas remotas ou rurais. Os médicos de família locais fornecem a maior parte do cuidado com o apoio de um profissional de saúde mental, muitas vezes um enfermeiro. Os recursos fidedignos da Internet podem ser úteis tanto para orientar o tratamento como para proporcionar educação para os jovens e as suas famílias.

Recuperação, regresso à escola e prognóstico

É importante ser, ao mesmo tempo, optimista e honesto ao falar com os jovens e as suas famílias. É importante explicar que, apesar dos sintomas psicóticos agudos remeterem geralmente no espaço de dias a semanas, os sintomas negativos, como a falta de motivação, concentração e lentificação cognitiva podem continuar por muitos meses, em particular no caso da esquizofrenia. Embora a maioria dos sintomas melhorem nos primeiros seis meses de tratamento, a melhoria pode continuar até dois anos. As Perturbações do espectro da esquizofrenia tendem a ter a resposta mais lenta, a maior taxa de déficits residuais e um risco ao longo da vida de recidiva de até 90%. O melhor prognóstico é mais provável com um rápido início de sintomas psicóticos, sintomas proeminentes de humor, o bom funcionamento social e educacional antes da doença e uma resposta rápida ao tratamento.

O regresso à escola pode ser difícil devido a sintomas negativos, dificuldades cognitivas ou a ausência prolongada, que tem de se justificar aos colegas. As opções dependem dos serviços de saúde e de educação que estão disponíveis localmente. Reunião com a escola dos jovens e negociar uma frequência inicial a tempo parcial é desejável. Quando conselheiros escolares ou equivalente estão disponíveis, a sua participação é fundamental. Alguns países oferecem programas de educação com turmas mais pequenas e funcionários treinados para apoiar os jovens com problemas psicológicos.

Para aqueles que tenham atingido a idade de escolaridade obrigatória, as instituições que oferecem formação profissional podem ser úteis. Pode ser necessária hospitalização parcial (por exemplo, em hospital de dia) ou programas de preparação para o trabalho para aqueles cuja recuperação é mais lenta. Intervenções baseadas em evidência adicionais, como treino de habilidades sociais ou estratégias de remediação cognitiva podem também ser úteis (Poletti et al, 2010; Addington et al, 2010).

Recuperação parcial

Alguns jovens com esquizofrenia que não respondem totalmente ao tratamento terão sintomas positivos ou negativos residuais. Razões para a recuperação incompleta incluem:

- *Factores relacionados com a idade:* Para os jovens a adesão ao tratamento pode ser pobre devido à falta de insight, à preocupação com efeitos colaterais e secundários como ganho de peso ou sintomas extrapiramidais. Além disso, o tratamento é mais difícil no caso de comorbilidade adictiva, tais como abuso de álcool e outras substâncias, história de trauma ou de uma perturbação do desenvolvimento.
- *Factores relacionados com a doença:* Alguns jovens têm uma forma mais grave da doença, com um longo quadro de pródromos e sintomas



Clique na imagem para ver um vídeo sobre a intervenção e tratamento precoce do Programa PEIR do Maine Medical Centre EUA. Outros sites úteis são o [International Early Psychosis Association \(IEPA\)](#), uma rede de profissionais envolvidos no estudo e tratamento da psicose precoce, e o site [Early Psychosis Prevention and Intervention Centre \(EPPIC\)](#). Este site australiano tem uma ampla gama de informações sobre a identificação e tratamento precoce da psicose. Os profissionais de saúde mental podem registar-se no site e aceder a fóruns e sessões de educação. Assim como muitos dos sites já mencionados a [Schizophrenia Fellowship and Arafmi](#) são duas organizações australianas não-governamentais que fornecem suporte e informações a familiares e outras pessoas que cuidam de pessoas com doença mental.

negativos proeminentes, que responde mais lentamente ao tratamento, ou pode nunca responder completamente.

- *Factores relacionados com o tratamento:* Uma má resposta é mais provável se a primeira experiência de tratamento foi coerciva ou os pacientes não tiveram um seguimento regular. As recaídas são também mais prováveis no caso de stress permanente na escola ou em casa (por exemplo, perante uma emoção expressa elevada). Os tratamentos psicológicos, como a TCC ou terapia familiar ajudam a prevenir as recaídas, ensinando estratégias para controlar os sintomas precoces/de alarme e reduzir e gerir o stress.

Apoio à família e outros cuidadores

Cuidar de jovens com uma doença mental crónica pode ser desgastante para as suas famílias. Assim como psicoeducação familiar, sites informativos e grupos de apoio podem ajudar as famílias e cuidadores a sentirem-se menos sozinhos.

RESUMO E CONCLUSÕES

Os sintomas psicóticos em crianças e adolescentes podem ser confusos e difíceis de avaliar nas fases iniciais. No entanto, os primeiros sintomas, tais como declínio funcional ou alucinações, devem ser levados a sério. Enquanto muitos sintomas psicóticos podem ser transitórios, aqueles que começam precocemente estão associados com um risco aumentado de perturbações do espectro da esquizofrenia na vida adulta. Também há boa evidência de que o tratamento precoce reduz a morbi-mortalidade associada a este grupo de doenças mentais graves.

Recursos em outros idiomas

Há uma riqueza de recursos disponíveis na Internet, alguns exemplos são dados abaixo.

- Muitos recursos internacionais são indexados em schizophrenia.com
- O Programa de Psicose Precoce de Quebec ([Quebec Early Psychosis Program \(AQPEP\)](#)) tem um site em francês
- O site suíço de Intervenções Precoces ([Swiss Early Intervention](#)) tem informações interativas em alemão, francês e inglês
- [P3 Programa de Prevenção de Psicosis](#) é um site da Espanha com recursos em espanhol
- Sites chineses incluindo a [Hong Kong Early Psychosis Intervention Society](#); [EASY](#), um site de animação para pessoas com idade 15-25 com informações sobre a psicose, a auto-avaliação, notícias, e onde obter ajuda; e o [Radio-I-Care](#), uma estação de rádio on-line com uma gama de temas sobre a doença mental, intervenção, e como viver com a psicose.
- A empresa farmacêutica Astra Zeneca financia um site educacional sobre psicose e transtornos bipolares em várias línguas ([alemão](#), [russo](#), [turco](#) e inglês).



Incentivado por Henri Laborit, um cirurgião e investigador francês, a empresa farmacêutica francesa Rhône-Poulenc sintetizou a clorpromazina em 1950. O primeiro estudo sistemático do efeito da clorpromazina na esquizofrenia, que incluiu 38 pacientes, foi publicado pelos psiquiatras franceses Jean Delay e Pierre Deniker em 1952. Jean Delay criou a palavra “psicofarmacologia”, propôs a definição de neurolépticos (literalmente, “substâncias que enfraquecem os nervos”) e, juntamente com Deniker estabeleceu a primeira classificação dos fármacos psicotrópicos. A clorpromazina ainda tem uso clínico hoje em dia.
Foto: Delay (à esquerda) e Deniker

REFERÊNCIAS

- Addington AM, Rapoport JL (2009). The genetics of childhood-onset schizophrenia: when madness strikes the prepubescent. *Current Psychiatry Reports*, 11:156-161.
- Addington J, McCleery A, Addington D (2005). Three-year outcome of family work in an early psychosis program. *Schizophrenia Research*, 79:107-116.
- Addington J, Piskulic D, Marshall C (2010). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Current Directions in Psychological Science*, 19:260-263.
- Alvarez-Jimenez M, Parker AG, Hetrick SE et al (2011). Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 37:619-630.
- Arango C, Moreno C, Martinez S et al (2008). Longitudinal brain changes in early-onset psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 34:341-353.
- Asarnow JR, Tompson MC, Mcgrath EP (2004). Childhood-onset schizophrenia: clinical and treatment issues. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 45:180-194.
- Askenazy FL, Lestideau K, Meynadier A et al (2007). Auditory hallucinations in pre-pubertal children. A one-year follow-up, preliminary findings. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16:411-415.
- Bechdolf A, Knost B, Nelson B et al (2010a). Randomized comparison of group cognitive behaviour therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: effects on subjective quality of life. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44:144-50.
- Bechdolf A, Thompson A, Nelson B et al (2010b). Experience of trauma and conversion to psychosis in an ultra high risk (prodromal) group. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121:377-384.
- Bedwell JS, Keller B, Smith AK et al (1999). Why does postpsychotic IQ decline in childhood-onset schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, 156:1996-1997.
- Caspi A, Moffitt TE, Cannon M et al (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene x environment interaction. *Biological Psychiatry*, 57:1117-1127.
- Cutajar MC, Mullen PE, Ogloff JRP et al (2010). Schizophrenia and other psychotic disorders in a cohort of sexually abused children. *Archives of general psychiatry*, 67:1114-1119.
- Davis JM, Chen N, Glick ID (2003). A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Archives of General Psychiatry*, 60:553-564.
- Dhossche D, Ferdinand R, Van Der Ende J et al (2002). Diagnostic outcome of self-reported hallucinations in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 32:619-627.
- Escher S, Morris M, Buiks A et al (2004). Determinants of outcome in the pathways through care for children hearing voices. *International Journal of Social Welfare*, 13:208-222.
- Escher S, Romme M, Buiks A et al (2002). Independent course of childhood auditory hallucinations: A sequential 3-year follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 181(supp43):s10-s18.
- Gaebel W, Riesbeck M, Wolwer W et al (2011). Relapse prevention in first-episode schizophrenia—maintenance vs intermittent drug treatment with prodrome-based early intervention: results of a randomized controlled trial within the German Research Network on Schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*, 72:205-218.
- Gothelf D, Apter A, Reidman J et al (2003). Olanzapine, risperidone and haloperidol in the treatment of adolescent patients with schizophrenia. *Journal of Neural Transmission*, 110:545-560.
- Hainsworth C, Starling J, Brand F et al (2011). Trauma and psychotic symptoms: Data from a pediatric mental health inpatient unit. *Journal of Traumatic Stress*, 24:491-494.
- Hollis C (2000). Adult outcomes of child- and adolescent-onset schizophrenia: diagnostic stability and predictive validity. *American Journal of Psychiatry*, 157:1652-1659.
- Kendler KS, Gallagher TJ, Abelson JM et al (1996). Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample. The National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53:1022-1031.
- Kolvin I (1971). Studies in the childhood psychoses. I. Diagnostic criteria and classification. *British Journal of Psychiatry*, 118: 381-384.
- Kumra S, Frazier JA, Jacobsen LK et al (1996). Childhood-onset schizophrenia. A double-blind clozapine-haloperidol comparison. *Archives of General Psychiatry*, 53:1090-1097.
- Lee P, Moss S, Friedlander R et al (2003). Early-onset schizophrenia in children with mental retardation: Diagnostic reliability and stability of clinical features. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:162-169.
- Leeson VC, Sharma P, Harrison M et al (2011). IQ trajectory, cognitive reserve, and clinical outcome following a first episode of psychosis: a 3-year longitudinal study. *Schizophrenia Bulletin*, 37:768-777.
- Leucht S, Corves C, Arbter D et al (2009). Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet*, 373:31-41.
- Losh M, Sullivan PF, Trembath D et al (2008). Current developments in the genetics of autism: from phenome to genome. *Journal of Neuropathology & Experimental Neurology*, 67:829-837.

- McGee R, Williams S, Poulton R (2000). Hallucinations in nonpsychotic children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39:12-13.
- McGorry PD, McFarlane C, Patton GC et al (1995). The prevalence of prodromal features of schizophrenia in adolescence: a preliminary survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92:241-249.
- Owens DGC, Johnstone EC (2006). Precursors and prodromata of schizophrenia: findings from the Edinburgh High Risk Study and their literature context. *Psychological Medicine*, 36:1501-1514.
- Poletti S, Anselmetti S, Bechi M et al (2010). Computer-aided neurocognitive remediation in schizophrenia: durability of rehabilitation outcomes in a follow-up study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 20:659-674.
- Poulton R, Caspi A, Moffitt TE et al (2000). Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder: A 15-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 57:1053-1058.
- Rapoport J, Chavez A, Greenstein D et al (2009). Autism spectrum disorders and childhood-onset schizophrenia: Clinical and biological contributions to a relation revisited. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48:10-18.
- Rapoport JL, Inoff-Germain G (2000). Update on childhood-onset schizophrenia. *Current Psychiatry Reports*, 2:410-415.
- Schimmelmann BG, Conus P, Cotton S et al (2007). Pre-treatment, baseline, and outcome differences between early-onset and adult-onset psychosis in an epidemiological cohort of 636 first-episode patients. *Schizophrenia Research*, 95:1-8.
- Schooler N, Rabinowitz J, Davidson M (2005). Risperidone and haloperidol in first-episode psychosis: a long-term randomized trial. *American Journal of Psychiatry*, 162:947-953.
- Scott J, Chant D, Andrews G et al (2007a). Association between trauma exposure and delusional experiences in a large community-based sample. *British Journal of Psychiatry*, 190:339-334.
- Scott J, Chant D, Andrews G et al (2006). Psychotic-like experiences in the general community: the correlates of CIDI psychosis screen items in an Australian sample. *Psychological Medicine*, 36:231-238.
- Scott JG, Nurcombe B, Sheridan J et al (2007b). Hallucinations in adolescents with post-traumatic stress disorder and psychotic disorder. *Australasian Psychiatry*, 15:44-48.
- Shevlin M, Dorahy MJ, Adamson G (2007). Trauma and Psychosis: An Analysis of the National Comorbidity Survey. *The American Journal of Psychiatry*, 164:166-169.
- Sikich L, Frazier JA, McClellan J et al (2008). Double-blind comparison of first- and second-generation antipsychotics in early-onset schizophrenia and schizoaffective disorder: Findings from the Treatment of Early-Onset Schizophrenia Spectrum disorders (TEOSS) study. *The American Journal of Psychiatry*, 165:1420-1431.
- Spencer EK, Campbell M (1994). Children with schizophrenia: diagnosis, phenomenology, and pharmacotherapy. *Schizophrenia Bulletin*, 20:713-725.
- Starling J, Dossetor D (2009). Pervasive developmental disorders and psychosis. *Current Psychiatry Reports*, 11:190-196.
- Taylor D, Paton C, Kapur S (2012). *Prescribing Guidelines in Psychiatry*. Oxford:Wiley Blackwell.
- Volkow ND (2009). Substance use disorders in schizophrenia: clinical implications of comorbidity. *Schizophrenia Bulletin*, 35:469-472.
- Xia J, Merinder BL, Belgamwar MR (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.pub2
- Yung AR, Buckby JA, Cotton SM et al (2006). Psychotic-like experiences in nonpsychotic help-seekers: associations with distress, depression, and disability. *Schizophrenia Bulletin*, 32:352-359.
- Yung AR, Nelson B, Stanford C et al (2008). Validation of "prodromal" criteria to detect individuals at ultra high risk of psychosis: 2 year follow-up. *Schizophrenia Research*, 105, 10-17.
- Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP et al (2004). Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: Psychopathology and clinical features. *Schizophrenia Research*, 67:131-142.
- Yung AR, Yuen HP, Berger G et al (2007). Declining transition rate in ultra high risk (prodromal) services: dilution or reduction of risk? *Schizophrenia Bulletin*, 33:673-681.