

<http://www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/4.69.3.1.htm>

**ADOLESCÊNCIA E PRIMEIRA CRISE PSICÓTICA:
problematizando a continuidade entre o sofrimento
normal e o psíquico grave**

ADOLESCENCE AND FIRST PSYCHOTIC CRISIS: Some problems between
normal and serious psychic suffering

Ileno Izídio da Costa

Professor Adjunto do Instituto de Psicologia da UnB, Doutor em Psicologia Clínica (UnB/Warwick), MA em Filosofia e Ética da Saúde Mental (Warwick/Inglaterra), Coordenador da Clínica Escola e do Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses (GIPSI) do Instituto de Psicologia da UnB. E-mail: ileno@unb.br. SQN 216, Bloco C, Apto. 511 – 70.875-030 – Brasília/DF.

Laboratório de psicopatologia e psicanálise do Instituto de Psicologia da
Universidade de Brasília

Este trabalho foi parcialmente apoiado pela FINATEC e pelo DEx/UnB.

Resumo

Este trabalho busca sistematizar algumas reflexões sobre a primeira crise psíquica, do tipo psicótica, de adolescentes, a partir de casos atendidos no *Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses (GIPSI)* da Universidade de Brasília, tendo como focos de discussão a *família* (enquanto sistema complexo ensejador de possíveis padrões psicóticos), o *adolescente* (como vivência típica de crises) e a *proposta de intervenção precoce*. Serão apresentados os termos teóricos (básicos) adotados, o *modo operandis* do GIPSI (intervenção e pesquisa) e as elaborações sobre a “*clínica da intervenção precoce nas crises de sofrimento psíquico grave a partir da adolescência*”.

Palavras chave: crise psicótica, adolescência, intervenção precoce, sofrimento psíquico grave

Abstract

This work aims to make some reflections about first adolescent psychotic crisis according to the experience of *Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses* (Early Intervention Psychosis Group) – GIPSI of University of Brasília, particularly from *family* (complex system that can create psychotic patterns), from *adolescent* (as a typical period of crisis) and the approach of *early intervention*. It will be debated some core concepts, the way used by GIPSI to interventions and research in this reality and, finally, presented some ideas about “*early clinical intervention in crisis of psychic suffering from adolescence*”.

Key words: psychotic crisis, adolescence, early intervention, serious psychic suffering

Introdução

A adolescência, caracteristicamente, é um período de mudanças marcantes e profundas, físicas ou psíquicas, do organismo como um todo, sendo uma idade privilegiada para o desencadeamento de muitos dos transtornos psíquicos, emocionais e relacionais. Dentre os transtornos emocionais, um das maiores e definitivas repercussões é a psicose, particularmente por sua gravidade e impacto e pelo prognóstico e necessidade de intervenções imediatas.

Sabemos que a etimologia da palavra adolescência vem de duas raízes inter-relacionadas: do latim *ad* (a, para) e *olescer* (crescer) e também de *adolescere*, origem da palavra adoecer. Isto implica dizer que a adolescência, a depender das transformações biopsicossociais que se operam nessa fase de desenvolvimento, é marcada tanto pela aptidão para o crescimento físico e psicológico quanto para o adoecimento. Um dos mais complexos desafios, senão o maior, nesta fase de desenvolvimento, no que concerne à compreensão do sofrimento psíquico grave, ou psicose é a classificação deste sofrimento. É bem sabido que a principal característica da adolescência, em relação às psicoses, é constituir-se em um período durante o qual podemos assistir a ocorrência de sintomas que deixam dúvidas quanto ao fato de se tratarem de sinais pré-clínicos e prodrômicos de alguma doença psicótica declarada ou, ao contrário, de se tratarem de sinais fisiológicos de uma fase de grandes transformações na vida da pessoa, que é a puberdade. Por causa disso, têm sido enfrentados grandes dificuldades nos diagnósticos psiquiátricos durante este período da vida.

Na Psiquiatria, segundo Ballone (2004), a maioria dos sintomas e sinais observáveis no adolescente de risco corresponde aos traços daquilo que se considera personalidade esquizóide ou paranóide. Entretanto, por se tratar naturalmente de um período rico em oscilações e instabilidades, a adolescência confunde o observador, fazendo parecer uma simples manifestação de uma adolescência mais exuberante, sinais que poderiam ser

tidos como sintomas francamente prodrômico ou, no mínimo, sinais francos de vulnerabilidade à psicose.

Na prática, em alguns casos pode ser difícil a diferença entre as fases prodrômica e psicótica da doença, entretanto, implica numa mudança qualitativa notável em relação ao estado habitual do paciente, como veremos adiante. Esses sintomas, ao contrário do que ocorre com traços prévios de personalidade, costumam ser egodistônicos, ou seja, produzem sofrimento, logo, são mórbidos. Segundo Saggese (2001, “a adolescência é um período particularmente rico em possibilidades desestabilizadoras do sujeito pré-psicótico, isto é, aquele que apresenta uma estrutura psicótica encoberta. Momento de definições diversas no campo sexual, profissional, familiar, a adolescência lança questões que alguns indivíduos não tem condição de contornar (pg. 128/9).

De acordo com as classificações psiquiátricas internacionais mais utilizadas (CID.10 e DSM.IV), são considerados sintomas psicóticos no adolescente todos aqueles que possam sugerir especialmente a patologia esquizofrênica. Embora, o próprio DSM IV ressalve que "nenhum sintoma isolado é patognomônico (exclusivo) da esquizofrenia, cujo diagnóstico implica no reconhecimento de uma constelação de sinais e sintomas vinculados a disfunções sociais e ocupacionais", isto nos remete, classicamente, às clássicas manifestações: idéias delirantes, empobrecimento afetivo, alucinações, perda da lógica, desorganização do discurso perda da vontade, desorganização do comportamento e disfunção social.

Na adolescência, a disfunção social, juntamente com a perda da vontade, por serem sintomas que dizem respeito ao nível de realização interpessoal, escolar, ocupacional ou em outras atividades, deve ser considerada com cautela. Segundo Ballone (2004) exemplifica, o desenvolvimento normal e característico de alguns grupos de adolescentes, emocionalmente mais sensíveis, pode sugerir um transtorno psicótico ou simular sintomas psicóticos negativos, concluindo que “em sentido contrário, muitas vezes os verdadeiros sintomas psicóticos podem passar

despercebidamente. Confundem-se tais sintomas com alterações normais do relacionamento social na adolescência”.

Primeira crise x primeiro episódio x primeira internação

O termo “crise”, em geral, pode ser definido como “uma experiência durante a qual um indivíduo enfrenta um agente de estresse considerado intransponível, apesar do uso de abordagens características para a resolução de problemas” (Freeman & DiTomasso, em DiTomasso & Kovnat, 1995). Assim, as crises são “aqueles acontecimentos da vida que atacam ou ameaçam o senso de segurança e controle da pessoa” (Epperson-Sebour, 1990; Parad & Parad, 1990, em DiTomasso & Kovnat, 1995). Numa perspectiva estritamente psicológica, podemos entender crise como sendo uma manifestação súbita de uma ruptura de equilíbrio pré-existente.

Tavares (2004) descreveu a crise no sentido psicológico como um processo subjetivo de vivência, no qual condições internas e externas demandam uma nova resposta à situação, a qual o sujeito ainda não domina, não desenvolveu ou perdeu capacidades, repertório ou recursos capazes de solucionar a complexidade da tarefa em questão. Contudo, estar deprimido ou angustiado não é sinônimo de crise. Da mesma maneira, as etapas e acontecimentos da vida potencialmente geradores de crise, como adolescência, casamento, separação, desemprego etc., não levam obrigatoriamente o sujeito à crise (Hegenberg, 1996).

Assim, a crise pode ser entendida como um momento de ruptura ou uma mudança de curso de um equilíbrio previamente estabelecido, levando a desarticulações que podemos chamar de psicossociais da pessoa.

Especificamente em relação à esquizofrenia, observa-se na literatura que “crise” geralmente significa a) uma fase aguda em que se tornam perceptíveis os sintomas positivos (alucinações e delírios) do paciente esquizofrênico (primeira crise); e b) uma ocasião na qual tais sintomas sofrem um ressurgimento ou exacerbação, recaídas ou recidivas (Leff, Kuipers, Berkowitz & Sturgeon, 1985). Entretanto, há que se ressaltar, como fazem

Yung e McGorry (1996), que a formação dos sintomas psicóticos não se dá de maneira abrupta. Ao contrário, há um período prodrômico (ou “pré-psicótico”, como a literatura gosta de enfatizar) ao longo do qual ocorrem modificações graduais no comportamento e no funcionamento psíquico pré-mórbido do indivíduo, até que estas cheguem a caracterizar sintomas nitidamente psicóticos.

Keshavan & Schooler (1992) propõem a definição da síndrome psicótica como sendo o período que abrange todos os sintomas que a caracterizam (sintomas positivos e negativos), incluindo todos os episódios e sua relativa duração de sintomas (fases prodrômica e residual). Seu início é definido pela apresentação dos sinais ou sintomas continuados que duram por um determinado período de tempo. Os termos "fase prodrômica" e "fase residual" são definidos na relação temporal do primeiro episódio psicótico: prodrômica é a que antecede o episódio propriamente dito e a residual, a que se segue.

Dentro desta perspectiva, o primeiro episódio do tipo psicótico é considerado como um período, com um tempo específico de duração, durante o qual o indivíduo manifesta um número mínimo de sinais específicos para satisfazer os critérios dados à categoria de desordem psicótica. O início do episódio é a apresentação específica dos sinais que definem a síndrome, enquanto o fim do episódio é definido como a remissão dos sinais durante um período de tempo específico. Essa remissão pode ser parcial, incluindo a persistência de alguns sinais residuais, ou completa, quando o sujeito não apresenta mais que sinais mínimos (Keshavan & Schooler, 1992). Em resumo, o curso evolutivo do primeiro episódio psicótico pode ser dividido em três etapas: a fase pré-psicótica ou prodrômica, a fase aguda, onde os sintomas se manifestam se forma mais acentuada e a de recuperação (McGorry & Edwards, 2002).

Estes autores também encontraram o uso de termos como “psicose precoce” e “psicose de início recente”. Tais termos podem ser distinguidos de termos como “primeiro episódio”, “primeira crise” e “primeira admissão”, porque os dois primeiros podem ou não abranger os outros e todos podem ter conotações diferentes dependendo da definição dada ao “início do episódio”. O

uso do termo “fase precoce” como a fase crítica no curso da psicose serve como um conceito unificador para esse propósito.

Como apontei anteriormente (Costa, 2006), isso chama atenção para a necessidade de delimitações conceituais mais específicas possíveis, já que o uso de tantos termos na literatura pode levar a variabilidade nas amostras e, conseqüentemente, gerar dificuldade de comparações entre os resultados dos estudos. Concordando com estes autores esclarecem, enfatizo que é importante definir que o termo *primeiro episódio* indica *estado*, enquanto o termo *precoce* indica o *estágio*, época ou início e o termo *primeira admissão* diz do tempo da *intervenção*.

Algumas problematizações psiquiátricas e psicanalíticas sobre psicose

Segundo nosso entendimento, a psicose não é uma doença específica, embora seja conceituada classicamente como uma síndrome. Pode-se dizer, em geral, que a característica central do que se chama psicose é a “perda do teste de realidade”, o que resulta em algum grau de prejuízo do julgamento desta. Em trabalho anterior (Costa, 2003), baseado na crítica filosófica mundial (Bentall, 1990; Boyle, 1990, 1997; Der et al., 1990; Gonçalves & Gonçalves, 1993; Kety, 1985; Szasz, 1978, 2000), defendi, por exemplo, a inviabilidade científica do conceito de esquizofrenia enquanto paradigma fundamental das psicoses, do ponto de vista filosófico e concreto, concluindo, com Szasz (1978), que não existe a esquizofrenia e parafraseando-o, dizer que não existe a esquizofrenia não significa afirmar que não existem as pessoas chamadas de “esquizofrênicas”. Nega-se, aqui, um conceito/construto equivocado, impreciso e confuso cientificamente, carecendo de confiabilidade, validade de construto e validade preditiva (Boyle, 1990 e Costa, 2003a). Na proposta de trabalho do Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses (GIPSI) adotamos o termo “do tipo psicótica” para nos referirmos às características de uma fase prodrômica com o objetivo de apontar para, no mínimo, dois aspectos essenciais: 1) a vivência pode ser intensa, típica de um momento existencial, porém diferente do padrão da própria pessoa, que pode evoluir ou não para uma desorganização maior da atividade psíquica, e 2) neste momento específico ainda estão preservados os

potenciais de retorno a uma atividade menos sofrida e, portanto, não necessariamente psicótica à priori.

Por outro lado, sabemos que na concepção freudiana, a principal afirmação e ponto de partida para pensar as psicoses em geral é de que as psicoses são distúrbios resultantes de conflitos entre Ego e realidade (mundo externo), refletem o fracasso no funcionamento do Ego em permanecer leal à sua dependência do mundo externo e tentar silenciar o Id frente a uma frustração da não realização de um daqueles desejos de infância “invencíveis” e profundamente enraizados na organização filogeneticamente.

Bion (1957/1988), por sua vez, fez duas modificações nesta descrição de Freud: a) ao invés do afastamento do Ego, a realidade é mascarada através do predomínio de uma fantasia onipotente na mente e nas ações do paciente, a qual visa destruir a realidade e a consciência de realidade para, assim, alcançar um estado que não é vida e nem morte, e b) ao invés de fato, o afastamento da realidade é uma ilusão resultante do emprego da identificação projetiva contra o aparelho mental, essa ilusão é tão dominadora que para o paciente seu aparelho de percepção pode realmente ser fragmentado em pequenos pedaços e projetado no interior dos objetos.

Já para Winnicott (1963c/1983) essa patologia é caracterizada essencialmente pelo transtorno do pensamento e a preocupação com o desenvolvimento da capacidade de pensar por conta própria, considerando a esquizofrenia como resultado de certas falhas de *construção* da personalidade, decorrentes de um ambiente que não pôde ser suficientemente facilitador para ajudar o lactente a atingir várias metas, tais como a integração, a personalização e o desenvolvimento das relações objetais.

Winnicott, portanto, considera que, para compreendermos as desordens do tipo esquizofrênicas, é necessário examinarmos os processos de maturação nos estágios iniciais do desenvolvimento emocional, uma época em que muito desse desenvolvimento está se iniciando e nenhum processo se completando. Nesse momento, as tendências básicas correspondem à *maturação* e à *dependência*. Dentro deste raciocínio podemos afirmar que o que constitui a

etiologia das psicoses, em particular da esquizofrenia, é uma *falha do processo de maturação e integração*.

Neste sentido, Winnicott afirma ontogeneticamente que "*psicose é uma doença de deficiência do ambiente*". Isso não deve ser entendido como a presença de experiências traumáticas severas ou a ocorrência de eventos adversos durante a primeira infância. Ele se refere (1960/1983) a um *falso self* e inscreve na patologia deste *falso self* um amplo leque de doenças, como as psicoses, os quadros *borderline*, a depressão e o suicídio. De um modo geral, nas enfermidades, incluindo-se também as neuroses, encontram-se presentes os aspectos menos autênticos (mais falsos) da personalidade.

Mannoni (1970), por seu turno, argumenta que falso e verdadeiro *self* não são "dois tipos de personalidades(...), mas uma bipolaridade em um mesmo indivíduo", sendo que a função primordial do falso *self* é precisamente ocultar e proteger o *self* verdadeiro. Assim, ambos permanecem como vicissitudes naturais de expressão da vida psíquica (Pereda, 1997).

Sobre sofrimento psíquico grave e psicose

A partir de todas estas problematizações e críticas anteriores (Bentall, 1990; Boyle, 1997; Costa, 2003a, 2003b; Der et al., 1990; Gonçalves & Gonçalves, 1993; Ketz, 1985; Szasz, 1972, 2000), resolvi adotar o construto "*sofrimento psíquico grave*" para designar não só tudo aquilo que está sob o domínio da definição de psicose, mas para apontar alguns desafios filosóficos: a) buscar superar a classificação nosográfica, empiricista, categorial e sintomatológica das classificações psiquiátricas, que, por si só, se pretendem ateóricas (o que é um equívoco); b) apontar mais para fenômenos existenciais, fenomenológicos, de cunho interno, relacional e dinâmico, que falam da angústia humana, das contradições da estruturação psíquica, do sofrimento (psíquico, afetivo, emocional, relacional), para além do sintoma e c) tentar resgatar, portanto, a dimensão "normal", "natural", "inerente" de qualquer sofrimento humano, inclusive daqueles tidos como psicóticos. Neste sentido, o qualificativo "grave" se refere tão somente à intensidade do sofrimento e não a

uma classificação específica, buscando resgatar a dimensão contígua de todo sofrimento humano, de um extremo (“suportável”) a outro (“desorganizador”).

O tema sofrimento, portanto, remete-nos necessariamente à noção de angústia, que, por sua vez não implica uma definição, mas antes uma interrogação das relações do sujeito consigo próprio e com o mundo, em sua dimensão de real inapreensível e das possibilidades e/ou impossibilidades do sujeito fazer frente ao insuportável, sem um anteparo, sem máscaras que dissimulem a disjunção, como diriam os lacanianos, entre o real e a verdade, entre o desejo e o gozo. Assim, o sofrimento psíquico grave refere-se, num primeiro momento, à noção de um afeto insuportável, que desestabiliza ou desorganiza uma forma básica de ser, de funcionar, em suas múltiplas dimensões: individual, familiar, institucional e social, o que nos aproxima do conceito clássico de psicose.

A família enquanto sistema complexo ensejador de padrões psicóticos

Em artigo anterior (Costa, 2000), ao realizar uma análise histórica do conceito de família, apresentei sua ampla variação sob diferentes referenciais, relacionada, entre outros fatores, às especificidades culturais e históricas assumidas pelos pesquisadores de diversas áreas de conhecimento ao longo do tempo. Neste sentido, ponderei que “não existe a família enquanto conceito único, universal, aplicável a todas as manifestações vinculares do tipo familiar”, caracterizando-a como um fenômeno que exemplifica a complexidade. A partir disto, conclui que “família, seja em que nível de configuração vincular existir, abrange algumas características, a saber: repetição e continuidade, construção dos afetos e das emoções humanas (da saúde à patologia), sentimento de pertinência, de ‘eu’ e de existência, sentido de intimidade e diferenciação.” E complementei afirmando que “está em curso uma diluição dos papéis clássicos da família em diferentes configurações relacionais humanas”.

No que tange à noção de crise, pensando com Miermont (1994), podemos afirmar que crise familiar corresponde a um período de tensão e de conflito que aparece periodicamente na vida familiar e que pode ser produzido tanto por uma mudança vivida quanto como conseqüência de uma intervenção

terapêutica. Toda crise provoca uma ruptura, mesmo que temporária, da homeostase do sistema familiar e, por conseguinte, uma necessidade de reorganização das inter-relações e uma descoberta de novas regras de funcionamento familiar. A crise habitualmente surge durante as mudanças impostas pelos ciclos da vida familiar.

Assim, o sintoma na compreensão familiar pode ser sinal de perturbação pertencente à família e não simplesmente ao indivíduo, indicando problemas em negociar as transições dos ciclos de vida (Carter & McGoldrick, 1995), figurando, portanto, como o compromisso entre permanecer ou continuar. Haley (1973, citado por Carter & McGoldrick, 1995) afirma que “uma criança frágil, psicótica, parece carregar em seus ombros toda uma rede familiar, como a pessoa-chave num momento de alta tensão, que demonstra inacreditável força e um impecável senso de equilíbrio”.

Não detalharemos, por concisão, os diferentes estudos, pesquisas e discussões sobre o “sofrimento psicótico familiar”. Apontamos, no entanto, para os conceitos e concepções, mesmo que iniciais, sobre os termos do tipo “mãe esquizofrenogênica” (tida como agressiva, dominante, insegura e culpabilizadora em contraposição a um pai “inadequado e passivo”; Frida Fromm-Reichman, 1948), “*pseudomutualidade*” (famílias caracterizadas pela tentativa fragilizada de manter a noção de que todo mundo na família divide as mesmas expectativas, semelhante ao mito da família ideal, fixada em um modelo rígido de relacionamento que não produz mais diferenças e crescimento, mas, antes, velhas expectativas que acabam por se tornar obsoletas e inválidas; Wynne e cols, 1958) e caracterizadas pela “*transmissão de irracionalidade*” (referente ao obscurecimento da idade e dos limites e à presença de comportamentos inapropriados às idades e aos papéis sexuais dos pais gerando confusões na identificação; Lidz et al., 1958).

Palazzoli, uma das mais respeitadas terapeutas familiares sistêmicas, apresentou uma compreensão do jogo familiar psicótico em seis etapas. A partir da utilização da *série invariável de prescrições* (Palazzoli, Boscolo, Cecchin e Prata, 1988) como uma “estratégia de pesquisa de fecundidade insuspeitada”, afirma que não só permitiu trazer à luz fenômenos subterrâneos

e sutis, tais como a *instigação* e o *imbroglio*, como também os levou a redescobrir o indivíduo e as suas estratégias. O resultado mais significativo dessa forma de trabalhar foi a formulação dos modelos de jogos familiares, que ela assim elabora: “É como se, aos poucos, os arcos individuais comesçassem a ligar-se numa única grande espiral cujo perfil ia surgindo: o processo interativo que dá origem à psicose” (p. 198). Resumidamente, este modelo se caracteriza em seis etapas: o impasse no casal conjugal, o enredamento do filho no jogo do casal, o comportamento inusitado do filho, a reviravolta do suposto aliado, a explosão da psicose e as estratégias baseadas no sintoma. Tudo isto posto, em minha concepção, devemos considerar a família como sendo composta por dois eixos fundamentais: o *diacrônico* (dinâmico, histórico, transgeracional e mais voltado para o funcionamento inconsciente) e o *sincrônico* (do “aqui-e-agora”, do modo de funcionamento concreto, imediato e lida com a dimensão consciente da relação).

A noção de pródromos e a proposta da intervenção precoce

O termo “pródromo” vem do grego *prodromo* e significa aquilo que antecede um evento (Fava e Kellner, 1991). Tradicionalmente é usado em referência a dois momentos específicos da esquizofrenia: a fase que precede o período inicial da psicose (Herz, 1999) e a fase da doença que precede uma recaída na psicose em pacientes que já experienciaram episódios prévios (Herz, 1999; Herz & Melville, 1980; Birchwood & cols, 1989). Pode haver, também, tendência dos pacientes à hipersensibilidade (Simon, 2001; Parnas & cols., 1998), com excessiva preocupação de suas idéias não serem compartilhadas por outrem ou, paradoxalmente, dificuldade de abstração que leva ao concretismo (Sims, 1988). Na literatura, as principais características prodrômicas mais comumente descritas no primeiro episódio psicótico são atenção e concentração reduzida, anergia, desejo e motivação reduzidos, humor depressivo, distúrbios do sono, ansiedade, retraimento social, desconfiança, deterioração no funcionamento de papéis e irritabilidade (Keshavan & Schooler, 1992).

Para diferentes autores (Birchwood et al., 1989; Jackson et al., 1994; Keshavan & Schooler, 1992; McGorry et al., 1995; McGorry & Jackson, 1999; Tarrier et al., 1991) ocorrem inicialmente mudanças específicas na atenção e na percepção. Algumas mudanças perceptuais também ocorrem secundariamente aos distúrbios da atenção. Mudanças perceptuais e de atenção conduzem para outras características específicas na fala e na mobilidade e no bloqueio do pensamento. Sintomas específicos antecedem a psicose e são acompanhados por sintomas reativos não específicos. Mudanças comportamentais podem resultar de sintomas prodrômicos específicos, não específicos a dos sintomas psicóticos em si.

No entanto, vale enfatizar que a presença de tais sinais, se não seguidos de sintomas (positivos ou negativos), não caracterizam, por óbvio, uma psicose como classicamente conhecemos. Porém podem apontar para a necessidade de uma atenção diferenciada para o sofrimento (psíquico, físico ou relacional) presente.

Antes do primeiro surto psicótico, ou seja, na fase prodrômica, as pessoas não costumam apresentar sintomas psicóticos evidentes mas, podem apresentar um determinado número de mudanças do comportamento, da afetividade e do pensamento. Não se tratam de sintomas psicóticos, como dissemos, mas de algo bem mais atenuado, embora sugestivo.

De acordo com McGorry e Edwards (2002), os pródromos constituem um período de transtorno não psicótico no comportamento ou na vivência do paciente, precedendo o surgimento da psicose, e, uma vez possíveis de serem reconhecidos, pode-se interromper a progressão da psicose ou facilitar o tratamento após seu surgimento. Pode-se falar no entanto, em duas fases prodrômicas. Enquanto o tratamento durante a manifestação dos pródromos na primeira fase pretende reduzir recaídas e hospitalizações, o tratamento na segunda fase objetiva prevenir a psicose instaurada, ou ao menos abrandar sua severidade (Duzyurek, 1999; McGorry, P. D., Krstev, H. & Harrigan, S, 2000). É sabido que as pessoas que vêm a se tornar psicóticas vivenciam algumas mudanças em sua auto-percepção e também alterações de comportamento logo no início do surgimento dos primeiros sinais e sintomas

(Simon & cols., 2001), o que sugere uma alta especificidade para tais pródromos. Por outro lado, se os mesmos são, antes, um fator de risco para a psicose, então apenas uma parcela dos indivíduos em fase prodrômica progredirá para um episódio psicótico. Nesse caso, o termo “pródromo” pode ser substituído por “síndrome precursora” ou “estado mental de risco” (McGorry & Singh, 1995; Eaton & cols., 1995).

Alguns autores enfatizaram que assim como sinais e sintomas podem ser descritos e padronizados em escalas de avaliação, indivíduos em estado pré-psicótico freqüentemente já têm – sob um ponto de vista fenomenológico – experiências interiores alteradas não descritas pela Psicopatologia (Parnas & cols., 1998; Lidz, 1973; Moller & Husby, 2000). Esse estado de auto-referência foi descrito por vários autores e caracterizado também por alterações de cognição, afeto, consciência e atos motores.

Dada a grande variedade de sintomas não específicos que ocorre na fase prodrômica e sua prevalência considerável na população em geral, deve-se considerar o risco de “falsos positivos” nas estratégias de intervenção individual consideradas como de risco iminente de psicose (Edwards & McGorry, 2002). Yung e McGorry (1996), em uma vasta revisão sobre a gama de sintomas não específicos de psicose, mas observados em pródromos, descrevem sintomas físicos, neuróticos (ansiedade, agitação, irritabilidade, idéias obsessivo-compulsivas, perturbações do sono etc), relacionados ao humor e mudanças comportamentais, na vontade e cognitivas. Em estudo proposto por Jackson (1995), pacientes com diagnóstico de esquizofrenia tiveram mais probabilidade de apresentar sintomas prodrômicos do que os pacientes diagnosticados com outros transtornos, ainda que esses sintomas não fossem exclusivos da esquizofrenia – daí o fato de se reconhecer “pródromos de psicose” e não de esquizofrenia.

No que tange à intervenção precoce, segundo McGorry & Edwards (2002), esta direciona-se não só para uma recuperação mais rápida, como também para um melhor prognóstico, menor necessidade de hospitalização e medicação e a preservação das capacidades psicossociais, dentre outros fatores positivos. Quanto à recuperação, é fundamental que se possa trabalhar

importantes fatores como uma boa compreensão do que ocorreu, ter um senso de expectativa realista e esperança no futuro, além de senso de propósito e de direção, fatores estes ainda preservados nas primeiras crises. Ainda segundo estes autores (2002), a intervenção precoce nas psicoses “objetiva decidir se uma desordem psicótica se iniciou e então oferecer tratamento efetivo no ponto mais cedo possível e secundariamente assegurar que a intervenção constitui a melhor prática para esta fase da doença, e não tão somente transpor tratamentos padrões desenvolvidos para estágios posteriores e persistentes dos subgrupos mórbidos da desordem”.

A partir de toda esta discussão, pensando numa compreensão filosófica mais abrangente, recentemente propus (Costa, 2006) que intervenção precoce se refira a *ações terapêuticas (medicamentosas, psicológicas e relacionais) imediatas, em primeiras crises de sofrimento psíquico grave, utilizadas o mais cedo possível, com o objetivo de diminuir os efeitos deletérios dos fatores processuais condicionantes, particularmente nos casos em que se detectam sinais ou sintomas de altos níveis de angústia, sejam eles da estrutura neurótica (com manifestações de cunho psicótico) ou propriamente psicótica.* Assim formulada, entendo estar considerando os elementos chaves do paradigma da intervenção precoce, conforme delimitado por (McGorry et.al., 2002): detecção precoce da psicose, diminuição na demora do tratamento e intervenção e apoio no “período crítico” da ocorrência.

Riscos do tratamento tardio x Benefícios da intervenção precoce

É bem conhecido pelos profissionais que, na maioria dos casos, a demora entre o aparecimento dos sintomas psicóticos e o primeiro tratamento é impressionantemente longo. Em geral, a duração da psicose antes da primeira abordagem é de pelo menos dois anos (McGorry & Jackson, 1999). Quanto mais o indivíduo permanecer não tratado maior serão os prejuízos físicos, sociais e legais. Na literatura internacional, aproximadamente 20 a 30% dos jovens, sem ajuda imediata, experenciam seus primeiros eventos psicóticos sendo perigosos para si próprios ou para outrem, incluindo as tentativas de suicídio.

A literatura internacional aponta como benefícios potenciais da intervenção precoce: menor incapacidade em médio prazo e menor risco de recidivas; menor risco de suicídio (muitos pacientes tentam suicídio no período pré-tratamento); menos complicações com a Justiça; menor prejuízo vocacional e/ou do desenvolvimento do indivíduo; menor trauma durante a avaliação e o início do tratamento; menores doses da medicação antipsicótica necessária; menor necessidade de internação; menores gastos com saúde a médio prazo; menor estresse e menos problemas familiares; melhor recuperação; remissão mais rápida e completa; melhores atitudes em relação ao tratamento; níveis mais baixos de emoções expressas e sofrimento familiar e menor resistência ao tratamento (Birchwood, 1992; Birchwood, 1998; Harrow et al, 1985; Kulkarni, 1999; McGlashan, 1996a, 1996b; MCGorry et al., 1992; McGorry & Edwards, 2002).

Já como conseqüências do tratamento tardio podem-se citar recuperação mais lenta e menos completa; pior prognóstico; risco aumentado de depressão e suicídio; interferência no desenvolvimento psicológico e social; enfraquecimento das relações interpessoais; perda dos apoios familiares e sociais; desestruturação das atividades maternas ou paternas do paciente (se tiver filhos); estresse e aumento dos problemas psicológicos na família do paciente; desestruturação das atividades escolares e profissionais; uso abusivo de substâncias; atos violentos e criminais; hospitalização desnecessária; perda da auto-estima e auto-confiança e aumento do custo do tratamento (McGorry & Edwards, 2002).

Reflexões fenomenológicas no Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses (GIPSI)

Em direta consonância com os referenciais anteriores, as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e as orientações da Organização Mundial da Saúde (2001), o *Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses (GIPSI)* do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília vem pesquisando e atendendo as características desta população, particularmente nas primeiras crises,

utilizando e pesquisando técnicas específicas de abordagem, além de ter como foco principal o envolvimento de toda a família.

Temos atendido adolescentes, de ambos os sexos, que variam, particularmente, de 17 a 21 anos, o que poderíamos chamar de “adolescentes tardios” ou “simplesmente jovens adultos” como a literatura assim generaliza. As “temáticas clássicas” da angústia que geram crises são a tônica, tais como sexualidade, conflitos edípicos exacerbados, drogas, religião, identidade pessoal, tentativas de suicídio e morte. Os “sintomas clássicos” do espectro psicótico também se fazem presente, sejam os positivos ou negativos: delírios, alucinações, desordens do pensamento e da linguagem, embotamento afetivo, comportamento estereotipados, violências, retraimento social e afetivo, dentre outros. No entanto, no que se refere aos pródromos, constatamos, em confluência conflituosa com os sintomas negativos, uma gama “difusa” de manifestações que vai do normal ao grave sofrimento psíquico. Isto nos faz afirmar, de pronto, que muito do que se considera sintoma negativo nas psicoses (em especial na esquizofrenia) se refere a sinais correntes, senão desenvolvimentais e naturais, de algumas formas de ser em estruturação. Então, manifestações de depressão, retraimento pessoal e interacional, timidez, ansiedade generalizada, busca de drogas, furtos, dificuldades escolares, agressividade, desorganização, distúrbios do sono, da atenção e da concentração, pródromos por excelência, não caracterizam necessariamente caminhos para as psicoses, seja ela de que tipo for. E aqui criticamos, abertamente, a classificação de psicose reativa breve como sendo uma entidade nosográfica, por sua inespecificidade e por insistir numa classificação patológicozicante, sendo impossível reconhecê-la como uma síndrome.

A complexidade dos fatores pessoais (intradinâmicos), relacionais (interdinâmicos) imediatos (família) ou ampliados (sociais, institucionais) e biológicos (orgânicos, constitucionais) não nos permite numa primeira crise tirar conclusões fechadas, nosográficas estritas e de encaminhamentos (de tratamento) sem que estejamos aptos para investigar e compreender, fenomenológica e existencialmente, todas estas interações e possibilidades.

Assim, a despeito da válida e necessária flexibilização da proposta da intervenção precoce, temos, antes, que construirmos um sistema de compreensão e apreensão do sofrimento psíquico com muito cuidado, respeito, vagar e disponibilidade para não reduzir um sofrimento legítimo, evitado de angústia essencialmente humana, a uma classificação, a uma síndrome, a um conceito de normalidade. Onde diagnosticar, como pertinentemente afirmam Saurí (1994) e Martins (2003), é um processo fenomenológico de apreensão de signos e sinais de difusa complexidade que só adquire sentidos e significados quando direcionado para uma compreensão profunda da estrutura e da existência do indivíduo em sofrimento. Toda esta discussão apontou para a complexidade do sofrimento psíquico grave e os desafios da intervenção precoce em fase tão diversificada de aspectos como a adolescência. A proposta do GIPSI, caracteriza-se não só como multidisciplinar, mas antes como uma busca de uma abordagem integrativa de diferentes recursos terapêuticos (terapias diversas – comportamental, psicanalítica, fenomenológica, familiar, conjugal, grupal, medicamentosos), tendo como foco – e eu diria, recurso principal – a própria família do indivíduo em sofrimento. Assim, estamos caminhando para proposta que além de ser interventiva, seja predominantemente investigativa, através de pesquisas, de todos os pressupostos, técnicas e novas teorias. O referencial da intervenção precoce nos acrescenta aqui a flexibilização possível em um momento de extremas suscetibilidades e de mobilização de recursos de mudança ainda preservados, respeitando-se normalidade construída nas histórias de cada um.

Bibliografia

APA. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BALLONE, G. J. *Psicose na Adolescência* - in. PsiqWeb, Internet, disponível em www.psiqweb.med.br, revisto em 2004.

BATESON, G. Minimal Requirements for a Theory of Schizophrenia. *Archives General of Psychiatry*, 2: 477-49, 1960.

BENTALL, R. P. *Reconstructing schizophrenia*. London/New York: Routledge, 1990.

BION, W. R. Diferenciação entre a personalidade psicótica e a personalidade não psicótica. In: *Estudos Psicanalíticos Revisados (Second Thoughts, 1957)*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

BIRCHWOOD, M., SMITH, J., MACMILLAN, F., HOGG, B., PRASAD, R., HARVEY, C. & BERING, S. Predicting relapse in schizophrenia: The development and implementation of an early signs monitoring system using patients and familiars as observers – a preliminary investigation. *Psychological Medicine*, 19, 649-656, 1989.

BIRCHWOOD, M. Early intervention in schizophrenia: Theoretical background and clinical strategies. *British Journal of Clinical Psychology*, 31:257-278, 1992.

BIRCHWOOD, M.; JACKSON, C. & TODD, P. The critical period hypothesis. *International Clinical Psychopharmacology*, 12: 27-38, 1998.

BIRCHWOOD, M.; SMITH, J.; MACMILLAN, J. F.; HOGG, B.; PRASAD, R.; HARVEY, C. & BERING, S. Predicting relapse in schizophrenia: The development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers, a preliminary investigation. *Psychological Medicine*, 19: 649-656, 1989.

BOYLE, M. *Schizophrenia. A scientific delusion?* London/New York: Routledge, 1990.

CARTER, B. & MCGOLGRICK, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CID-10. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento - Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

COSTA, I. I. *A família, a constituição do sujeito e o futuro da Humanidade*. Disponível em <http://www.ufba.br/~conpsi/conpsi1999/F004.html>, 2000.

COSTA, I. I. *Da fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia*. Brasília: Editora e Gráfica Positiva/Abrafipp, 2003a.

COSTA, I. I. Linguagem Ordinária, Atos de Fala e Esquizofrenia. In *Ética, Linguagem e*

Sofrimento. Trabalhos Completos da VI Conferência Internacional sobre Filosofia,

Psiquiatria e Psicologia. Brasília: Gráfica e Editora Positiva/Abrafipp, 2003b.

COSTA, I. I. Uma crítica epistemológica da clínica e da pesquisa familiar da esquizofrenia. In Feres-Carneiro, T. (Org). *Família e casal. Efeitos da contemporaneidade*. Rio de Janeiro: PUC, 2005

- COSTA, I. I. *Família e Psicose: uma proposta de intervenção precoce nas primeiras crises de sofrimento psíquico grave*. ANPEPP, 2006 (no prelo).
- DER, G.; GUPTA, G. & MURRAY, R. M. Is schizophrenia disappearing? *Lancet*, 335: 513-516, 1990.
- DITOMASSO, R. A. & KOVNAT, K. D. Pacientes da clínica geral. Em Dattilio & Freeman (Orgs). *Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises*. Campinas: Editorial Psy, 1995.
- DUZYUREK, S. & WIENER, J. Early recognition in schizophrenia: The prodromal stages. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 5, 187-196, 1999.
- EATON, W. W., BADAWI, M. & MELTON, B. Prodroms and precursors: Epidemiology data for primary prevention of disorders with slow onset. *American Journal of Psychiatry*, 152, 967-972, 1995.
- EDWARDS, J. & MCGORRY, P. D. *Implementing early intervention in psychosis: A guide to establishing early psychosis services*. London: Martin Dunitz, 2002.
- FALLOON, I. R. H. Early intervention for first episodes of schizophrenia: A preliminary exploration. *Psychiatry*, 55: 4-15, 1992.
- FAVA, G. & KELLNER, R. Prodromal symptoms in affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 823-830, 1991.
- FREUD, S. *Obras completas*. Edições Standard. São Paulo: Imago, 1977.
- FROMM-REICHMANN, F. Notes on the Development of Treatment of Schizophrenics by Psychoanalytic Psychotherapy. *Psychiatry*, 11, 263-273, 1948.
- GONÇALVES, A. & GONÇALVES, N. N. S. Esquizofrenia: um conceito e uma realidade controversos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 32: 313-322, 1993.
- HARROW, M.; CRONE, B. J. & WESTERMEYER, J. F. The course of psychosis in early phases of schizophrenia. *American journal of psychiatry*, 142: 702-707, 1985.
- HEGENBERG (??)
- HERZ, M. I. & MELVILLE, C. Relapse in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 137: 801-805, 1980.
- HERZ, M. Early intervention in different phases of schizophrenia. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 5(4), 197-208, 1999.
- JACKSON, H. J.; MCGORRY, P. D. & MCKENZIE, D. The reliability of DSM-III prodromal symptoms in first-episode psychotic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90: 357-378, 1994.

KESHAVAN, M. S. & SCHOOLER, N. R. First-episode Studies in Schizophrenia: Criteria and Characterization. *Schizophrenia Bulletin*, 18: 491-513, 1992.

KETY, S. S. The Concept of schizophrenia. In M. Albert (Ed.), *Controversis in schizophrenia: Changes and Constancies* (pp. 3-11). New York/London: The Guilford Press, 1985.

KULKARNI, J. & POWER, P. Initial treatment in first episode. In McGorry, P. & Jackson, H. (Eds). *The recognition and management of early psychosis*. Cambridge University Press, 1999.

LEFF, J.; KUIPERS, L.; BERKOWITZ, R. & STURGEON, D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 146: 594-600, 1985.

LIDZ, T., CORNELISON, A., TERRY, D. E FLECK, S. (1958). Intrafamilial Environment of the Schizophrenic Patient: VI. The Transmission of Irrationality. *A.M.A. Archives of NEUROLOGICAL PSYCHIATRY*, 79, 305-316.

MANNONI, O. *Freud: El descubrimiento del inconsciente*. Buenos Aires: Galerna, 1970.

MARTINS, F. M. M. C. *Psicopathologia II. Semiologia Clínica*. Investigaçãoteórico-clínica das síndromes psicopatológicas clássicas. Abrafipp/Digigraf, 2003.

MCGLASHAN, T. H. Early detection and intervention in schizophrenia: Research. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2): 327-345, 1996a.

MCGLASHAN, T. H. & JOHANNESSEN, J. O. Early detection and intervention with schizophrenia: Rationale. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2): 201-222, 1996b.

MCGOLDRICK, M.; GERSON, R. & SHELLENBERGER, S. *Genograms. Assessment and intervention*. New York/London: W.W. Norton & Company, 1999.

MCGORRY, P. D. & EDWARDS, J. *Intervenção Precoce nas Psicoses*. Melbourne: Janssen-Cilag farmacêutica, 2002.

MCGORRY P. D.; EDWARDS, J.; MIHALOPOULOS, C.; HARRIGAN, S.M. & JACKSON, H. J. EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22 (2): 305-326, 1992.

MCGORRY, P. D. & JACKSON, H. *Recognition and management of Early psychosis. A preventative approach*. Cambridge University Press, 1999.

MCGORRY, P. D.; MCFARLANE, C.; PATTON, G. C.; BELL, R.; HIBBERT, M. E; JACKSON, H. J. & BOWES, G. The prevalence of prodromal features of schizophrenia in adolescence: a preliminary survey. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, October, 92(4): 241-9, 1995.

MCGORRY, P. D., KRSTEV, H. & HARRIGAN, S. (2000). Early detection and treatment delay: Implications for outcome in early psychosis. *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 37-43, 2000.

MCGORRY, P. D. & SINGH, B. Schizophrenia: Risk and possibility of prevention. Em B. Raphael & G. D. Burrows (Eds.), *Handbook of Studies in Preventive Psychiatry* (pp. 491 - 514). New York: Elsevier, 1995.

MIERMONT, J. E COLS. *Dicionário das terapias familiares. Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed, 1994.

MOLLER, P. & HUSBY, R. The initial prodrome in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 217-232, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Relatório Sobre a Saúde no Mundo. "Saúde mental: nova concepção, nova esperança"*, 2001. DISPONÍVEL EM www.psiqweb.med.br/acad/oms1.html

PALAZZOLI, M. ET AL. *Os jogos psicóticos na família*. São Paulo: Summus, 1998.

PARNAS, J., JANSSON, L., SASS, L. A. & HANDEST, P. Self-experience in the prodromal phase of schizophrenia: A pilot study of first admissions. *Neurology, Psychiatry and Brain Research*, 6, 97-106, 1998.

PEREDA, M. C. Existem equivalentes ao falso *self* em Freud e Klein? Em J. Outeiral & S. Abadi (Orgs.), *Donald Winnicott na América Latina: Teoria e clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Revinter, 1977.

SAGGESE, E. (2001). *Adolescência e psicose*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

SAURI, J. J. *Que es diagnosticar en psiquiatria*. Espanha: Bonum Editorial, 1994.

SIMON, A. E COLS. Prodroms of first-episode psychosis: How can we challenge nonspecificity? *Comprehensive Psychiatry*, 42(5), 382-392, 2001.

SYZMANSKI, S. R.; Cannon, T. D.; Gallacher, F.; Erwin, R. J. & Gur, R. E. Course of treatment response in first-episode and chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153(4): 519-525, 1996.

SZASZ, T. S. *Esquizofrenia: o símbolo sagrado da Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

SZASZ, T. S. *Mental disorders are not diseases*. Disponível em <http://www.szasz.com/ustoday.html>, 2000.

TARRIER, N.; BARROWCLOUGH, C. & BAMRAH, J. S. Prodromal signs of relapse in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26: 157-161, 1991.

TAVARES (2004)??

WINNICOTT, D. W. (Org.), *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

WINNICOTT, D.W. (Org.), *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

WINNICOTT, D. W. *O gesto espontâneo*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

WYNNE, L. C., RYCKOFF, I. M., DAY, J. E HIRSCH, S. I. Pseudo-Mutuality in the Family Relations of Schizophrenics, *Psychiatry*, 21, 205-220, 1958.

YUNG, A. R. & MCGORRY, P. D. The prodromal phase of first-episode psychosis: post and current conceptualizations. *Schizophr Bull*, 22 : 353-370, 1996.