

INTERVENÇÃO PRECOCE NA PSICOSE: DE ESTRATÉGIA CLÍNICA A POSSÍVEL CATEGORIA DIAGNÓSTICA¹

Luna Rodrigues Freitas-Silva²

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica-RJ, Brasil

Francisco Ortega

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

RESUMO. No campo psiquiátrico, as possibilidades de prevenir o risco de desenvolver transtornos mentais começam a reunir interesse, motivar pesquisas e provocar controvérsias. Entre as diversas investigações sobre risco e categorias psiquiátricas que vêm sendo conduzidas no cenário internacional destacam-se as propostas destinadas a detectar e intervir precocemente no desenvolvimento da psicose. Os programas de detecção precoce da psicose têm como objetivo atingir duas categorias de pacientes: os que vivem o primeiro surto psicótico e aqueles considerados em estado mental de risco ou pré-psicóticos. Apesar da controvérsia em torno do estado mental de risco, com a elaboração de uma nova versão do DSM aventou-se a possibilidade de criar uma categoria específica que identificasse o risco para a psicose. Neste artigo analisamos as propostas de intervenção precoce na psicose de estratégia clínica dividindo essa análise em três etapas: 1- a do surgimento das ações no contexto de refinamento da clínica do primeiro surto; 2- a da sistematização controversa da noção de estado mental de risco; 3- a da formalização da proposta de nova categoria diagnóstica durante a elaboração do DMS-5.

Palavras-chave: Intervenção precoce; psicose; psiquiatria.

EARLY INTERVENTION IN PSYCHOSIS: FROM A CLINICAL STRATEGY TO A POSSIBLE DIAGNOSTIC CATEGORY

ABSTRACT. In psychiatry, the possibilities of intervention in the risk for development of mental disorders are now receiving greater attention, motivating researches and causing controversies. Among the several investigations about psychiatric risk and categories that have been conducted in the international scenario, proposals intended to previously detect and intervene in the development of psychosis stand out. Programs for early detection of psychosis have two objectives: to reach patients living the first psychotic break and patients considered to be at risk mental state. Despite the controversy about the at risk mental state, with the preparation of a new version of the DSM, the possibility of creating a specific category that could identify the risk for psychosis was pondered. This article analyzed the path of the early intervention in psychosis, starting with the emergence of the actions within the context of clinical enhancement in the first break, going through the controversial systematization of the notion of at risk mental state, finally coming to the formalization of the proposal of a new diagnostic category during the preparation of the DSM-5.

Keywords: Early intervention; psychosis; psychiatry.

INTERVENCIÓN TEMPRANA EN LA PSICOSIS: DE LA ESTRATEGIA CLÍNICA A UNA POSIBLE CATEGORÍA DIAGNÓSTICA

RESUMEN. En el campo de la psiquiatría, las posibilidades de intervención sobre el riesgo de desarrollar trastornos mentales comienzan a provocar interés, motivar la investigación y causar controversias. Entre las muchas investigaciones sobre riesgo y categorías psiquiátricas que se han realizado a nivel internacional, se destacan las propuestas para detectar e intervenir tempranamente en el desarrollo de la psicosis. Los programas para la detección temprana de la psicosis tienen doble objetivo: llegar a los pacientes que viven el primer episodio

¹ *Apoio e financiamento:* Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

² *Endereço para correspondência:* Rua das Laranjeiras, 210/509. Laranjeiras - CEP 22.240-003 - Rio de Janeiro-RJ.
E-mail: lunarodrigues@yahoo.com.br.

psicótico y a los pacientes considerados en el estado mental de riesgo o pre-psicóticos. A pesar de la controversia que rodea el estado mental de riesgo, con el desarrollo de una nueva versión del DSM, se ha previsto la posibilidad de crear una categoría específica para identificar el riesgo de psicosis. En este artículo, se analiza la transición de la intervención temprana en la psicosis de estrategia clínica, a partir del inicio de las acciones en el marco del perfeccionamiento del primer brote clínico, pasando por la sistematización de la controvertida noción de estado mental de riesgo y llegando a la formalización de la propuesta de una nueva categoría diagnóstica durante la preparación del DMS-5.

Palabras-clave: Intervención temprana, psicosis, psiquiatría.

Nas últimas décadas observamos o surgimento e a proliferação de propostas de avaliação, intervenção e manejo dos riscos de adoecimento para diversas patologias. Com o intuito de protelar, minimizar ou prevenir os prejuízos à saúde, essas propostas vêm configurando o que alguns autores entendem como uma cultura do risco na saúde, que estaria provocando transformações importantes nos modos como as doenças são conhecidas, manejadas e vivenciadas, com especial destaque para as patologias crônicas e para as que envolvem distúrbios de comportamento (Crawford, 2004; Castel, 1987, 1991; Castiel, 1999; Castiel; Diaz, 2007; Aronowitz, 2009; Rose, 2010; Rose; Abi-Rached, 2013; Dumit, 2012). No campo psiquiátrico, de modo análogo, as possibilidades de prevenir o risco de desenvolver transtornos mentais começam a reunir interesse, motivar pesquisas e provocar controvérsias.

Entre as diversas investigações sobre risco e categorias psiquiátricas que vêm sendo conduzidas no cenário internacional destacam-se as propostas destinadas a detectar e intervir precocemente no desenvolvimento da psicose. Conhecido como *early psychosis*, o movimento surgido no final da década de 80 e início dos anos 90 emerge no contexto de reformulação das estratégias clínicas voltadas para os casos iniciais de psicose e de investigação acerca do período de psicose não tratada (Lieberman & Fenton, 2000; Clarke & O'Callaghan, 2003; McGorry, Edwards, Mihalopoulos, Harrigan, & Jackson, 1996; McGorry, 2005, 2011; Hafner & Mauer, 2006; Marshall & Rathbone, 2011; Vyas & Gogtay, 2012). Com o avanço das investigações e a discussão dos resultados alcançados pela implementação dos primeiros programas, a proposta de efetivamente detectar e intervir precocemente no risco de desenvolvimento da psicose começa a ganhar terreno. Atualmente, as pesquisas vêm sendo desenvolvidas por meio de grandes projetos de

investigação clínica em centros de pesquisa-serviço, grupos de trabalho reunidos na *International Early Psychosis Association (IEPA)* e estudos promovidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Os programas de detecção precoce da psicose têm como objetivo atingir duas categorias de pacientes: os que vivem o primeiro surto psicótico e aqueles considerados em estado mental de risco ou pré-psicóticos. No primeiro caso, a intervenção se destina a evitar o longo período de psicose não tratada e a diminuir os prejuízos que tais períodos trazem à vida dos pacientes, caracterizando-se como uma especificação de serviços clínicos de saúde mental que busca refinar e aperfeiçoar os instrumentos de cuidado. No segundo caso, o alvo da intervenção são adolescentes e jovens adultos que não apresentam sintomas expressivos da doença, mas, segundo protocolos clínicos da IEPA, estariam em risco de desenvolver a psicose. Nesse caso - que nos interessa especialmente - a intervenção teria o caráter antecipador típico das intervenções de cunho preventivo ou, no vocabulário atual, de avaliação e manejo do risco, e teria como objetivo fundamental evitar a própria formação da doença.

As discussões sobre o estado mental de risco e sobre as possibilidades preventivas a ele atreladas não ficaram restritas ao âmbito da clínica psiquiátrica, da pesquisa ou da organização dos serviços de saúde mental. Apesar da controvérsia em torno da noção, com a elaboração de uma nova versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM, aventou-se a possibilidade de criar uma categoria específica que identificasse os indivíduos em risco para a psicose. Tal proposta, apresentada em 2010, durante o processo de revisão que antecede a publicação da nova versão do manual, reuniu defensores interessados na formalização e, conseqüentemente, na ampliação das

possibilidades de uso da noção, mas também mobilizou diversos críticos a um intenso debate, realizado, em grande medida, nos meios eletrônicos.

Neste artigo pretende-se analisar a passagem da intervenção precoce na psicose de estratégia clínica à possível categoria diagnóstica. Partiremos do surgimento das ações de intervenção precoce no contexto de refinamento da clínica do primeiro surto e, passando pela sistematização controversa da noção de estado mental de risco, chegaremos à formalização da proposta de uma nova categoria diagnóstica durante a elaboração do DMS-5. Neste percurso, discutiremos a proposta inovadora de intervenção precoce, os principais argumentos do debate sobre o estado mental de risco e o processo de negociação pública da categoria proposta. Por fim, pretendemos tecer considerações sobre o disputado processo de elaboração das categorias diagnósticas em psiquiatria e sobre a recente aplicação da lógica do risco ao campo psiquiátrico.

O SURGIMENTO DAS AÇÕES DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA PSICOSE

A proposta de intervenção precoce para prevenir a psicose surge no contexto de reorganização e ampliação das intervenções e possibilidades terapêuticas para a esquizofrenia, que culminou em uma espécie de redefinição do prognóstico da doença. Apesar da reconhecida heterogeneidade no que se refere ao curso de toda patologia mental, a esquizofrenia esteve atrelada a uma história de fracasso, incapacidade e deterioração na literatura psiquiátrica clássica (Clarke & O'Callaghan, 2003). O prognóstico da doença era extremamente negativo: a recuperação seria possível em poucos casos e o tratamento ofereceria possibilidades extremamente restritas de melhora efetiva das condições de vida do paciente; e para os profissionais envolvidos, tratar desses casos equivaleria de fato a acompanhar a deterioração e a cronificação do paciente.

Segundo McGorry et al. (1996), o maciço investimento financeiro nos anos 70 e 80 e o conseqüente crescimento do número de pesquisas sobre esquizofrenia impulsionaram uma mudança de percepção em relação ao curso da doença. Este não se reduziria mais a uma inevitável cronificação, pois novas

possibilidades terapêuticas começaram a ser elaboradas. Ao mesmo tempo em que se aperfeiçoavam os psicofármacos, com o surgimento da segunda geração de antipsicóticos, começava a surgir um interesse especial pelos estágios precoces da doença e pelas possibilidades de intervenção que alterariam o seu curso, dando ensejo a uma expectativa mais otimista no tocante à redução da morbidade e ao aumento da qualidade de vida dos pacientes.

Neste contexto, surgem os estudos sobre o primeiro episódio psicótico e a formulação das estratégias de intervenção precoce, segundo os quais o cuidado clínico nos momentos iniciais seria efetivo e proporcionaria prognósticos mais positivos de recuperação da doença. A intenção dos primeiros serviços era oferecer assistência psiquiátrica aos casos iniciais e reduzir o prejuízo causado pela iatrogenia resultante do longo tempo de espera e sofrimento antes da primeira tentativa de buscar ajuda especializada. Além disso, a entrada de pacientes jovens nos programas convencionais de tratamento era traumática e estigmatizante, visto que comumente baseada em práticas coercitivas e superdosagem de medicamentos antipsicóticos. Neste sentido, constituiria um objetivo importante, tanto clínico quanto de planejamento de saúde pública, elaborar serviços específicos para o atendimento da primeira experiência patológica.

A discussão acerca do período de psicose não tratada se destaca no bojo das propostas de intervenção precoce. Estudos de revisão da literatura sugerem que a duração da psicose não tratada, ou seja, o tempo entre a eclosão do primeiro episódio psicótico e o início do tratamento, é um fator potencialmente modificador do prognóstico da doença, cujo entendimento pode dar ensejo a estratégias terapêuticas e iniciativas de saúde pública inovadoras (Lieberman & Fenton, 2000; Clarke & O'Callaghan, 2003; Hafner & Mauer, 2006). Ainda que bastante variável, o tempo médio de psicose não tratada é de cerca de um ano - bastante longo, se comparado a outras patologias. Neste período o indivíduo estaria exposto a prejuízos psicossociais e ao início de uma trajetória de dificuldades que tenderiam a se agravar.

Diante da necessidade de atender esses jovens pacientes e reduzir o longo período de psicose não tratada, serviços de investigação e

protocolos clínicos começaram a ser elaborados. A preocupação inicial que motivou a formação dos serviços consistia na qualidade e na acuidade temporal da oferta de tratamento e o objetivo primordial era oferecer formas de cuidado efetivas, ágeis e adequadas às características específicas do primeiro episódio psicótico. Esta é a motivação declarada pelo pesquisador pioneiro nos serviços e pesquisas da psicose precoce, o psiquiatra australiano Patrick McGorry. Em artigo de 1996, McGorry et al. relatam a formação do *Early Psychosis Prevention and Intervention Centre* (EPPIC), um serviço clínico pioneiro, desenvolvido em Melbourne, Austrália, prioritariamente destinado a realizar a prevenção secundária dos transtornos psicóticos. Reconhecendo a incapacidade da psiquiatria para a efetivação da prevenção primária, o autor defende a concentração de esforços na detecção e intervenção precoces em adolescentes e jovens adultos que vivenciem o primeiro surto psicótico ou se encontrem na iminência vivenciá-lo. Assim, a proposta implementada de forma pioneira na Austrália e apresentada no artigo sugere que "... uma abordagem realista de prevenção secundária envolveria estratégias que, primeiro, reduzem a duração da psicose não tratada e, segundo, otimizam o manejo do transtorno nos primeiros anos após a sua detecção." (McGorry et al., 1996, p.306).

O EPPIC começou a funcionar em 1992, com dois objetivos clínicos complementares: identificar pacientes nos primeiros estágios de surgimento da psicose e oferecer tratamento intensivo e especificamente formulado para atender às necessidades desse estágio durante os dois anos subsequentes ao primeiro surto. Tratava-se de um serviço clínico de base comunitária, no qual estavam incluídas atividades educativas com vistas a sensibilizar a comunidade para as características da psicose em estado inicial e uma significativa preocupação com a redução do estigma e do preconceito que cercam os serviços psiquiátricos e seus pacientes. As atividades clínicas eram desenvolvidas sob a supervisão de um responsável clínico e consistiam em atividades individuais e de grupo, terapia cognitivo-comportamental adaptada para a psicose precoce e medicação com doses baixas de neurolépticos.

Assim como outros serviços posteriormente implantados no Reino Unido, nos EUA e na Ásia,

o EPPIC atrelava a oferta de ações clínicas a um protocolo de pesquisa de modo a sistematizar as intervenções realizadas e avaliar os benefícios conquistados. A partir da reunião de informações de pesquisa e trocas de experiência entre os primeiros serviços foi criada uma rede internacional de pesquisa e alcançou-se um consenso acerca das melhores práticas, culminando na publicação de diretrizes clínicas para a intervenção precoce (IEPA, 2005). Atualmente, a intervenção precoce para a psicose é uma abordagem terapêutica disponível em diversos países da América, Europa e Ásia³, e sua principal estratégia de tratamento consiste na combinação de doses reduzidas de medicamentos e terapia cognitivo-comportamental adaptada para a intervenção precoce (Bird, Premkumar, Kendall, Whittington, Mitchell, & Kuipers, 2010; Marshall & Rathbone, 2011; Vyas & Gogtay, 2012).

CONTROVÉRSIAS DA INTERVENÇÃO PRECOCE: A NOÇÃO DE ESTADO MENTAL DE RISCO

Diversos desafios relacionados ao cuidado clínico oferecido nos serviços de detecção precoce permanecem em discussão, entre os quais a eficácia dos medicamentos nessa fase e o equilíbrio entre benefícios na redução dos sintomas e o impacto dos efeitos colaterais (Vyas & Gogtay, 2012), além de discussões acerca das melhores estratégias psicoterapêuticas, como a terapia cognitivo-comportamental e a terapia familiar (Bird et al., 2010) e do questionamento quanto à manutenção em longo prazo dos efeitos positivos obtidos nos serviços de intervenção precoce, com a diminuição das taxas de hospitalização e de novos episódios de agravamento dos sintomas (Bird et al, 2010).

Por outro lado, se os primeiros serviços do tipo EPPIC tinham como principal objetivo a oferta imediata e efetiva de cuidado em saúde mental a pacientes que experimentavam os primeiros sintomas psicóticos, as diretrizes clínicas divulgadas pela IEPA propõem um

³ O site da IEPA lista os países e serviços de intervenção precoce disponíveis no mundo, incluindo dois serviços brasileiros: o GIPSI, da Universidade de Brasília (www.gipsi.org.br) e o ASAS, do Hospital das Clínicas da USP (www.ipqhc.org.br). Ver: www.iepa.org.au.

passo além. Segundo as *International clinical practice guidelines for early psychosis* (IEPA, 2005), os objetivos gerais da intervenção precoce são minimizar a iatrogenia, proporcionar melhores saídas da crise e aumentar a qualidade de vida dos pacientes, prioritariamente, por meio de medicação antipsicótica, terapia cognitiva e apoio educacional. Este programa foi desenvolvido no âmbito clínico, atrelado a protocolos de pesquisa, e destinava-se a proporcionar tratamentos individuais mais eficazes, minimizar o impacto psicossocial da doença na vida do jovem paciente e, se possível, protelar ou mesmo evitar o surgimento do primeiro surto psicótico e a instalação do transtorno mental.

As intervenções se destinam a três alvos distintos: a) a fase de pré-psicose, longa e caracterizada por sintomas prodrômicos; b) o período de psicose não tratada que, se longo, torna-se fator de risco para a cronificação da doença; e c) o primeiro episódio e os anos seguintes ao diagnóstico, período crítico para a intervenção. As características e consequências da intervenção precoce se diferenciam entre a destinada ao primeiro grupo de indivíduos e as destinadas aos segundo e terceiro grupos. Nos casos de indivíduos que vivenciem um período de psicose não tratada e o primeiro surto psicótico, a intenção é oferecer tratamento a jovens que experimentem desorganização psíquica e perda de funcionalidade, antes que a doença mental se instale definitivamente e provoque incapacidade. Como dito acima, diversos são os desafios clínicos enfrentados na elaboração e avaliação das melhores estratégias terapêuticas a serem oferecidas a esses jovens, mas as pesquisas atuais indicam que esse tipo de intervenção é capaz de produzir resultados superiores aos alcançados nos serviços de saúde mental inespecíficos. Além disso, a proposta parece capaz de produzir razoável consenso na comunidade científica, visto que se constitui mais como um aperfeiçoamento e um refinamento de serviços, estratégias e opções clínicas estabelecidas, em consonância com a proposta dos primeiros serviços de detecção precoce.

No caso em que se constata que os sujeitos estão vivenciando um estado mental de risco ou, segundo as diretrizes clínicas, a fase de pré-psicose, a intervenção se dirige a jovens que de fato não apresentam a doença, mas estariam em risco de desenvolvê-la. Esses adolescentes e

jovens adultos não seriam identificados como esquizofrênicos de acordo com os critérios diagnósticos atuais, mas estariam experimentando modificações comportamentais e cognitivas que poderiam ser atreladas a experiências que caracterizam o surto psicótico, como alterações no pensamento, percepções anormais, desorganização do discurso, retraimento social e baixo desempenho escolar. Usualmente, as alterações comportamentais e cognitivas são contínuas, mas de baixa intensidade, ou agudas, mas por um breve período de tempo, razão pela qual os indivíduos não chegariam a receber o diagnóstico de esquizofrenia de acordo com o DSM-IV.

Assim, o conceito de estado mental de risco faz referência a um conjunto de sintomas ou comportamentos que sinalizam a possibilidade de surgimento da doença, mas não o garantem. Neste contexto, a substituição do termo *pródromo* pelos termos *at-risk mental state* ou *ultra-high risk* teria como vantagem a indicação de que a transição para a psicose não é inevitável e facilitaria a atenção aos casos de falso positivo. Para alguns pesquisadores, esse estágio, sintomático mas pré-psicótico, seria o momento mais precoce para o qual uma intervenção preventiva poderia ser concebida (McGorry, Killackey & Yung, 2008).

Um desafio evidente é inerente às propostas de intervenção para indivíduos na fase de pré-psicose, ou que estejam vivenciando um estado mental de risco: a distinção entre aqueles que necessitam de intervenção e os que não se beneficiariam desse procedimento. Diversas pesquisas clínicas, com número pequeno de indivíduos participantes, começaram a ser elaboradas tendo como alvo o estado mental de risco, e um dos principais objetivos consistia exatamente na delimitação do próprio estado mental de risco e na sua correta identificação. Afinal, o que caracteriza o estado mental de risco para a psicose? Quais seriam os critérios mais seguros para a sua identificação? Como estabelecer fatores de exclusão e de inclusão nos protocolos clínicos de modo a delimitar de forma mais precisa essa categoria?

O precursor McGorry e seu grupo australiano de pesquisa elaboraram uma definição bastante utilizada em pesquisas clínicas, que acabou constituindo-se como referência no campo, embora possa ser criticada por outros pesquisadores. O modelo define três grupos de critérios para a identificação do estado mental de

risco, sendo necessária a ocorrência de ao menos um deles: a) Grupo de sintomas psicóticos atenuados: presença de ao menos um sintoma psicótico positivo atenuado durante o ano anterior; b) Grupo dos sintomas psicóticos intermitentes, breves ou limitados: presença de episódios psicóticos evidentes, mas momentâneos, que cessaram espontaneamente em até uma semana; c) Grupo dos traços ou fatores de risco: presença de risco genético (parente de primeiro grau com transtorno psicótico ou transtorno de personalidade esquizotípica) e ocorrência de deterioração funcional do indivíduo. Além de se enquadrarem em ao menos um dos critérios acima, os indivíduos devem ter entre 14 e 30 anos e não ter vivenciado qualquer episódio psicótico prévio (McGorry et al., 2001; McGorry et al., 2003; McGorry, Killakey & Yung, 2008).

Segundo os dados apresentados em 2003, a taxa de transição para a psicose no grupo identificado segundo os critérios acima era de cerca de 40% em doze meses de acompanhamento (McGorry et al., 2003); ou seja, dentre os participantes dos primeiros estudos clínicos identificados em estado mental de risco, cerca de 40% vieram a desenvolver um quadro de surto psicótico. Para os referidos autores, a alta taxa de conversão para a psicose indicava que os critérios para a identificação do estado mental de risco possuíam considerável acuidade na detecção de jovens com risco extremo para o desenvolvimento de um transtorno psicótico em um curto período de tempo. Desde a publicação dos primeiros estudos clínicos com pacientes em estado mental de risco, diversas novas pesquisas foram elaboradas e instrumentos de avaliação foram desenvolvidos, e debates acerca dos desafios, benefícios e prejuízos da intervenção nesse período psicopatológico pouco definido mobilizaram os pesquisadores dedicados ao estudo da intervenção precoce.

As pesquisas subsequentes continuaram a investigar e refinar a definição de estado mental de risco para determinar de forma mais precisa as taxas de conversão para a psicose - o que poderia garantir a segurança dos critérios de identificação do estado mental de risco e evitar o surgimento de casos de falso positivo - e a testar as possibilidades de tratamento ou de intervenção a serem oferecidas a essa população. Enquanto as evidências científicas buscadas pelos pesquisadores acerca das

características e das melhores intervenções a serem oferecidas aos jovens que estejam vivenciando o estado mental de risco são consideradas preliminares, as recomendações são, de acordo com McGorry et al. (2008), conservadoras: aos jovens que estão vivenciando o estado mental de risco e procuram ajuda especializada, ou são encaminhados por pessoas de seu convívio, devem ser oferecidos acompanhamento contínuo e especializado baseado em intervenções psicossociais e, quando necessário, medicação para sintomas de ansiedade e depressão, evitando-se a utilização de medicação antipsicótica (IEPA, 2005; McGorry et al, 2008).

DE ESTRATÉGIA CLÍNICA A PROPOSTA DE CATEGORIA DIAGNÓSTICA: O ESTADO MENTAL DE RISCO NO DSM-5

Com o crescimento de pesquisas sobre o estado mental de risco e a aproximação da elaboração de uma nova edição do DSM, uma proposta polêmica foi apresentada pelo grupo de trabalho dedicado às psicoses na revisão do manual: a inclusão de uma nova categoria diagnóstica, a *Psychosis risk syndrome*, na versão a ser publicada em 2013. Em 2010, o grupo, liderado por William Carpenter, apresentou a proposta de inclusão da categoria no *site* destinado à divulgação e consulta pública da revisão do manual. Diante das inúmeras críticas recebidas após a primeira apresentação, o grupo renomeou a categoria e a reapresentou como *Attenuated psychotic symptoms syndrome*, e a submeteu a uma nova rodada de comentários na consulta pública.

Baseada nos estudos realizados nos últimos quinze anos sobre o estado mental de risco, a proposta de formulação de uma nova categoria que identificasse o período de pré-psicose tinha como um de seus principais defensores Patrick McGorry, o pesquisador australiano precursor dos estudos de intervenção precoce. Embora reconheçam os perigos e desafios implicados na construção da nova categoria diagnóstica, McGorry e Carpenter defenderam a sua utilidade clínica, que seria não somente necessária, mas fundamental para apoiar as iniciativas de mudança da prática psiquiátrica em direção a uma intervenção antecipatória no que se refere aos transtornos psicóticos, pois estimularia a educação e a prática dos clínicos e favoreceria a organização de pesquisas científicas (Carpenter,

2009; McGorry, 2010). Segundo Carpenter, "... o campo [psiquiátrico] será desafiado a manejar essa nova categoria com prudência. Mas, sem a categoria, uma referência para a detecção e a intervenção precoce seria perdida e a oportunidade para desenvolver tratamentos baseados em evidências seria minimizada." (2009, p.842).

Woods, Walsh e McGlashan (2010) reuniram em um artigo os argumentos a favor da inclusão da categoria, revisando as principais evidências publicadas que pudessem apoiá-la. Segundo o artigo, os principais argumentos que sustentam e justificam a construção da categoria de *Attenuated psychotic symptoms syndrome* são: 1- os pacientes apresentam alterações psicopatológicas no presente; 2- os pacientes estão em risco elevado de piora; 3- nenhuma categoria diagnóstica do DSM-IV é capaz de capturar com acuidade a doença atual ou o risco futuro desses pacientes; 4- o diagnóstico foi estabelecido com confiabilidade e validade no contexto de pesquisa; 5- sua inclusão no DSM-5 ajudaria a promover o tratamento necessário e pesquisas preventivas para permitir a oferta de um cuidado que beneficie os pacientes e suas famílias.

Para os partidários da categoria, o atendimento de pacientes em risco e a construção de intervenções precoces para a psicose, anteriores à possibilidade de realizar um diagnóstico estável de acordo com o DSM-IV, não possuiriam critérios e parâmetros de orientação. Para McGorry (2010), as definições diagnósticas atuais não favorecem a compreensão da psicopatologia como um complexo processo neurodesenvolvimental, caracterizado por uma evolução gradativa, contínua e marcado por diferentes estágios. Deste modo, faltariam parâmetros que permitissem a distinção dos diferentes estágios e orientassem a intervenção nos momentos iniciais da doença, em que os comportamentos se distanciam de forma mais sutil dos critérios de normalidade e o diagnóstico se torna mais difícil.

Se as pesquisas dedicadas à definição do estado mental de risco já geravam controvérsias e debates éticos, a proposta de formalizar o suposto período de risco para a psicose como uma categoria diagnóstica produziu muita discussão e divergência. A dimensão da discussão provavelmente foi potencializada pela possibilidade de consulta pública e, principalmente, pelo envolvimento de figuras

preeminentes da psiquiatria no intenso debate realizado na internet. Neste contexto, Allen Frances foi um dos principais críticos da inclusão da nova categoria, publicando diversos artigos contrários à proposta no seu blog *DSM-5 in Distress*.

Além do debate realizado na internet, diversos artigos foram publicados com reflexões sobre os riscos e benefícios que a nova categoria diagnóstica poderia trazer para a atenção em saúde mental destinada a adolescentes e jovens adultos (Corcoran, First, & Cornblatt, 2010; McGorry, 2010; Yung, Nelson, Thompson & Wood, 2010; Woods et al., 2010). Entre os riscos discutidos, se destacam a possibilidade de falsos positivos e a falta de informações seguras acerca das melhores opções de tratamento ou intervenção a serem oferecidas a essa população.

Os casos de falso positivo dizem respeito à possibilidade de diagnosticar indivíduos que nunca viriam a desenvolver um transtorno psicótico. Nesse sentido, importa questionar se os critérios de definição do estado mental de risco de fato discriminam um grupo de pacientes com alto risco, o que não é simples, considerando-se que tais comportamentos devem ser identificados em adolescentes e jovens adultos, que usualmente passam por períodos de modificações e experimentações comportamentais. Além disso, alguns artigos citam pesquisas recentes as quais sugerem que a presença de sintomas psicóticos atenuados é mais frequente na população em geral do que se supunha (Yung et al., 2010), e questionam a possibilidade de que um diagnóstico tão refinado possa ser fácil e seguramente difundido em contextos de atenção menos especializados como, por exemplo, entre os profissionais da atenção primária (Corcoran et al., 2010).

Visto que a precisa definição dos indivíduos que seriam corretamente diagnosticados não é simples, surgem outros importantes questionamentos no que se refere às consequências da aplicação da categoria diagnóstica. O estigma a que adolescentes e jovens estariam submetidos se destaca como um fator a ser considerado na reflexão acerca dos prejuízos causados pela possibilidade de tratamento precoce, uma vez que os pacientes adentrariam no universo dos serviços psiquiátricos, mesmo que sem a utilização de medicação antipsicótica, antes que tais

procedimentos sejam claramente necessários (Corcoran et al., 2010; Yung et al., 2010).

Além do estigma, as consequências indesejadas da própria intervenção a ser oferecida também se destacam como questões relevantes na discussão. No tocante à segurança e à eficácia das estratégias disponíveis, mesmo os partidários da intervenção precoce reconhecem que o diagnóstico precoce torna-se criticável quando não há tratamento eficaz disponível ou quando o tratamento, se aplicado precocemente, pode resultar em mais prejuízo do que benefício para o paciente (McGorry, 2005; 2010). Por isso rapidamente surgem questionamentos acerca do estatuto e da utilidade da nova conceituação: diante do custo social e psicológico que pode resultar do estigma de ser diagnosticado como portador de um transtorno mental, seria legítimo diagnosticar e tratar os pacientes potencialmente psicóticos? As possibilidades de intervenção atualmente disponíveis são eficazes para esse tipo de paciente, trazendo reais benefícios? As intervenções são efetivamente transformadoras e preventivas, ou seja, evitam o desenvolvimento e a instalação do transtorno mental, ou retardam o seu surgimento e atenuam o seu impacto?

Ao reconhecerem que os riscos e benefícios das estratégias de intervenção ainda não foram suficientemente esclarecidos, alguns autores do campo apontaram a necessidade de experimentos controlados que possam comprovar a eficácia do tratamento e consideraram que a inclusão da categoria no DSM-5 constituiria uma decisão prematura. Para Allen Frances, tal decisão seria não apenas prematura, mas “a pior proposta do DSM-5”, como publicou em seu *blog* (Frances, 2012a). Segundo o autor, em um artigo publicado posteriormente, em 05 de janeiro de 2012, mesmo no interior do grupo de trabalho dedicado à revisão dos transtornos psicóticos a inclusão da categoria gerava divergência, de tal forma que o próprio McGorry, um de seus principais defensores no início do processo, havia mudado de ideia e não apoiava mais a *Attenuated psychotic symptoms syndrome*.

Posteriormente reunidos no livro *Saving Normal* (2013), os argumentos apresentados no *blog* por Frances chamavam a atenção para as consequências desastrosas que se anunciavam nas propostas do DSM-5: a medicalização de pessoas normais, a inflação do número de categorias psiquiátricas e o encorajamento do

uso inapropriado de psicotrópicos. Quanto à categoria de risco para psicose, Frances sintetiza o debate listando cinco argumentos contrários à sua inclusão: 1- o elevado número de pessoas que receberiam o diagnóstico sem que viessem a desenvolver qualquer transtorno no futuro, os chamados casos de falso-positivo; 2- a ausência de formas comprovadas de prevenir a psicose, mesmo para aqueles considerados em risco; 3- os efeitos colaterais que poderiam resultar do uso desnecessário de antipsicóticos: obesidade, diabetes, doença cardíaca, e a consequente diminuição da expectativa de vida; 4- o estigma e a preocupação provocados pela suposição de que a psicose é iminente; 5- a equivocada aproximação entre estar em risco e ter a doença (Frances, 2013).

Finalmente, após um extenso debate e uma enxurrada de críticas, em 27 de abril de 2012 foi anunciado que a categoria seria retirada da última versão do manual a ser divulgada para consulta pública, deixando de constituir-se como uma opção para a versão do DSM que seria publicada em 2013. Segundo Carpenter, líder do grupo de trabalho responsável por tal decisão, os resultados encontrados nos *field trials* não foram estatisticamente significativos, razão pela qual a categoria seria excluída do manual. Na cobertura da exclusão da categoria publicada no *site* da *Nature*, Carpenter lamenta a retirada, defende a validade da categoria e afirma que, apesar de respeitar a decisão coletiva, “... se estivesse lá, teria feito um esforço para preencher a lacuna capturando mais dados” (Nature/News, 2012). Para Frances, “... o mundo é um lugar mais seguro agora que a *Risk Psychosis* não vai estar no DSM-5” (Frances, 2012b).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tentativa de incluir no DSM-5 uma categoria diagnóstica destinada a identificar o estado mental de risco mostra que o tema adquiriu certa estabilidade no campo psiquiátrico, mas, como vimos, também gerou críticas e oposições. As discussões realizadas por meio de publicações acadêmicas, *sites*, *blogs* e demais espaços virtuais exemplificam os processos de contestação e negociação social das categorias médicas a que Rosenberg (2006) se refere. Como mostra o autor, conflitos acerca do estatuto médico, social, epistêmico ou

ontológico dos transtornos mentais, assim como discussões sobre etiologia, diagnóstico e terapêutica, têm sido permanentes na história da psiquiatria dos últimos 150 anos.

Nas últimas décadas a preponderância do modelo reducionista e mecanicista do projeto neurocientífico trouxe a esperança de redução da ilegitimidade das categorias diagnósticas. Para muitos, a psiquiatria biológica e o conhecimento neurocientífico a ela atrelado seriam capazes de, finalmente, oferecer a ancoragem somática que esteve ausente nas descrições psicossociais das doenças mentais e, com isso, garantir mais legitimidade às categorias; mas, como observa Rosenberg (2006), ao mesmo tempo em que as explicações genéticas, moleculares e neuroquímicas sobre a doença mental passam a dominar o campo da psiquiatria contemporânea, as críticas acerca da contingência e da arbitrariedade das classificações se acentuam.

Se o processo de construção da doença mental como entidade médica nunca foi ausente de debates ou incertezas, a intensidade e o teor das críticas teriam se acentuado nas últimas décadas. Desde o movimento da antipsiquiatria, passando pelos estudos feministas e pelas críticas sociológicas e antropológicas recentes, diversas são as origens da contestação da legitimidade da classificação psiquiátrica e intenso é o processo de denúncia das suas ambiguidades. Para o autor, desde o último terço do século XIX as fronteiras das categorias diagnósticas na psiquiatria vêm se ampliando e, simultaneamente, sofrendo críticas, sendo submetidas a debates e vendo contestado seu estatuto como entidades médicas.

A proposição da *Attenuated psychotic symptoms syndrome* exemplifica, no contexto atual, os processos a que Rosenberg se refere. No que diz respeito à expansão, pode-se observar que a formalização da referida categoria implicaria no aumento do número de indivíduos submetidos à investigação e à intervenção psiquiátrica. Como vimos, a categoria vem sendo elaborada para identificar adolescentes e jovens adultos que estejam vivenciando risco de aparição futura da psicose. Se tal definição passa a ser utilizada de forma sistemática, certamente o número de adolescentes e jovens adultos identificados em estado mental de risco será significativamente superior ao dos que efetivamente recebem o

diagnóstico de esquizofrenia ou que venham a recebê-lo ao longo da vida.

Provavelmente, o potencial para a expansão da intervenção psiquiátrica é a consequência mais visível da aplicação da lógica do risco ao campo dos fenômenos mentais; no entanto, as características específicas da noção de estado mental de risco trazem novos desafios e especificidades para os processos de classificação e ação psiquiátrica. Por definição, o estado mental de risco faz referência a uma experiência fronteira, não redutível ou equivalente nem ao estado de normalidade que relacionamos com a saúde nem aos estados patológicos que designamos como transtornos mentais. Se o reconhecimento de tais estados pode emergir de um refinamento de estratégias clínicas, como vimos, a sua sistematização depende da construção de parâmetros objetivos, mensuráveis e pouco sujeitos a variações, capazes de gerar na comunidade científica consenso suficiente para incluí-los nos esquemas classificatórios vigentes.

O desafio de elaborar um critério diagnóstico - que, por definição, encontra-se no espaço intermediário e fluido entre a normalidade e a patologia mental - ficou evidente durante a discussão que precedeu a publicação do DSM-5. Para além da dimensão classificatória propriamente dita, com a ascensão da lógica do risco na psiquiatria verificamos a tendência de indefinição das fronteiras entre normalidade e patologia. Tradicionalmente definidas pelas categorias diagnósticas, essas fronteiras vão se tornando cada vez mais imprecisas e, conseqüentemente, mais sujeitas à contestação quando o risco passa a ser utilizado como critério para a construção de categorias diagnósticas ou como fundamento para a elaboração de intervenções clínicas.

Cabe questionar que benefícios a apropriação da lógica do risco traria ao campo do cuidado em saúde mental. Ainda que a *Attenuated psychotic symptoms syndrome* tenha sido retirada do rol de categorias diagnósticas do DSM-5, a noção de estado mental de risco continua sendo investigada e utilizada de forma preliminar - atrelada a protocolos de pesquisa - em serviços clínicos de saúde mental para adolescentes e jovens adultos; no entanto, assim como a definição dos critérios de inclusão na categoria, o tipo de intervenção a ser oferecida aos pacientes também permanece em discussão.

Como afirmam os pesquisadores partidários da intervenção precoce, o estado mental de risco representa um estágio intermediário, que passa a ser acompanhado por especialistas – portanto, se não se resume mais ao estado de saúde, também não implica necessariamente o desenvolvimento do transtorno e não é equivalente ao diagnóstico de doença. Se as intervenções construídas no contexto dos serviços de detecção precoce, num primeiro momento, representavam o refinamento de instrumentos clínicos, especialmente para os pacientes que vivenciavam o primeiro surto, para os casos de risco, não se sabe exatamente o que oferecer, permanecendo indefinida a intervenção que possa alterar a suposta vulnerabilidade de adolescentes e jovens adultos.

Na dimensão clínica, a discussão sobre intervenção precoce direcionada para o primeiro surto, com especial atenção ao período de psicose não tratada, pode representar a construção de instrumentos e estratégias de cuidado úteis no atendimento à psicopatologia de adolescentes e jovens adultos, ao passo que a formalização da categoria diagnóstica *risk psychosis* aponta mais para a intenção de aplicar o pensamento do risco ao campo psiquiátrico e de efetivar ações preventivas cuja eficácia e segurança são desconhecidas. O questionamento das fronteiras entre normalidade e patologia é não somente benéfico, mas essencial para a construção de práticas de cuidado mais sensíveis ao sofrimento psíquico; no entanto, como sugerem as análises de Castel (1987, 1991), Castiel (1999) e Dumit (2012), entre outros, esse não tem sido o destino mais frequente das transformações operadas no campo da saúde a partir da valorização da noção de risco.

REFERÊNCIAS

- Aronowitz, R. (2009). The Converged Experience of Risk and Disease. *The Milbank Quarterly*, 87(2), 417-442.
- Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Mitchell, J. & Kuipers, E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 197, 350-356.
- Carpenter, W. (2009). Anticipating DSM-V: Should Psychosis Risk Become a Diagnostic Class? *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 841-843.
- Castel, R. (1987). *A Gestão dos Riscos: da antipsiquiatria à Pós-Psicanaálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Castel, R. (1991). From dangerousness to risk. In Burchell, G. & Miller, (Orgs.) *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. USA: The University of Chicago Press.
- Castiel, L. D. (1999). *A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências [online]*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Castiel, L. D. & Diaz, C. A. D. (2007). *A Saúde Persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Clarke, M. & O'Callaghan, E. (2003). Is earlier better? At the beginning of schizophrenia: timing and opportunities for early intervention. *Psychiatric Clinics of North America*, 26, 65-83.
- Corcoran, C, First, M. & Comblatt, B. (2010). The Psychosis Risk Syndrome and its Proposed Inclusion in the DSM-V: A Risk-Benefit Analysis. *Schizophrenia Research*, 120(1-3), 16-22.
- Crawford, R. (2004). Risk ritual and the management of control and anxiety in medical culture. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 8(4), 505-528.
- Dumit, J. (2012) *Drugs for Life: How Pharmaceutical Companies Define Our Health*. Durham e Londres: Duke University Press.
- Frances, A. (2012a). Psychosis Risk proves to be indefensible. *DSM-5 in Distress*. Recuperado em 12 junho, de 2014, de www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201201/psychosis-risk-proves-be-indefensible.
- Frances, A. (2012b) Wonderful news: DSM-5 finally begins its belated and necessary retreat. *DSM-5 in Distress*. Recuperado em 12 junho, de 2014, de www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201205/wonderful-news-dsm-5-finally-begins-its-belated-and-necessary-retreat.
- Frances, A. (2013). *Saving Normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma and the medicalization of ordinary life*. New York: William Morrow.
- Hafner, H. & Mauer, K. (2006). Early detection of schizophrenia: current evidence and future perspectives. *World Psychiatry*, 5(3), 130-138.
- International Early Psychosis Association Writing Group (IEPA). (2005). International clinical practice guidelines for early psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 187(supl. 48), 120-124.
- Lieberman, J. & Fenton, W. (2000). Delayed detection of psychosis: causes, consequences, and effect on public health. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1727-1730.
- Marshall, M. & Rathbone, J. (2011). Early Intervention for Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 37(6), 111-1114.
- McGorry, P. (2005). Early intervention in psychotic disorders: beyond debate to solving problems. *The British Journal of Psychiatry*, 187(supl. 48), 108-110.
- McGorry, P. (2010). Risk syndromes, clinical staging and DSM V: New diagnostic infrastructure for early intervention in psychiatry. *Schizophrenia Research*, 120, 49-53.
- McGorry, P. (2011). Transition to Adulthood; the Critical Period for Pre-emptive, Disease-modifying Care for Schizophrenia and Related Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 542-530.

- McGorry, P, Edwards, J., Mihalopoulos, C, Harrigan, S. & Jackson, H. (1996). EPPIIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 305-326.
- McGorry, P; Killackey, E. & Yung, A. (2008). Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*, 7(3), 148-156.
- McGorry, P; Yung, A. & Phillips, L. (2001). Ethics and early intervention in psychosis: keeping up the pace and staying in step. *Schizophrenia Research*, 51, 17-29.
- McGorry, P; Yung, A. & Phillips, L. (2003). The "Close in" or Ultra High-Risk Model: A Safe and Effective Strategy for Research and Clinical Intervention in Prepsychotic Mental Disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 771-790.
- Nature/News (2012). Psychosis Risk Syndrome excluded from DSM-5. Nature/News. Recuperado em <http://www.nature.com/news/psychosis-risk-syndrome-excluded-from-dsm-5-1.10610>.
- Nelson, B & Yung, A. (2010). Should a "Risk Syndrome for Psychosis" be included in the DSMV? *Schizophrenia Research*, 120, 7-15.
- Rose, N. (2010). 'Screen and Intervene': governing risky brains. *History of The Human Sciences*, 23(1), 79-105.
- Rose, N & Abi-Rached, J. (2013). *Neuro: the new brain sciences and the management of the mind*. Princeton: Princeton University Press.
- Rosenberg, C. (2006). Contested Boundaries: psychiatry, disease and diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*, 49(3), 407-424.
- Vyas, N. & Gogtay, N. (2012). Treatment of early onset schizophrenia: recent trends, challenges and future considerations. *Frontiers in Psychiatry: Child and Neurodevelopmental Psychiatry*, 3, 1-3.
- Woods, S., Walsh, B. & McGlashan, T. (2010). The case for including Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome in DSM-5 as a psychosis risk syndrome. *Schizophrenia Research*, 123(2-3), 99-207.
- Yung, A., Nelson, B., Thompson A. D., & Wood, S. J. (2010). Should a "Risk Syndrome for Psychosis" be included in the DSMV? *Schizophrenia Research*, 120, 7-15.

Recebido em 12/07/2014

Aceito em 30/11/2014

Luna Rodrigues Freitas-Silva: mestre e doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; professora adjunta do curso de Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil.

Francisco Ortega: professor associado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.