

# Transtornos Psicóticos Agudos e Transitórios na Adolescência: Aspectos Clínicos e Seguimento de 5 Anos

Marcelo Caixeta\*; Leonardo Caixeta\*; Magno da Nóbrega\*; Marcelo Hanna\*; Marcos V. Paula\*; Paulo V. B. Azevedo\*

## Introdução

O conceito de "transtornos psicóticos agudos e transitórios" tem uma procedência histórica complexa em psiquiatria. (CID 10, oms, 1992)<sup>1</sup>.

Autores antigos já haviam notado que alguns episódios psicóticos sobrevinham de modo agudo, ao contrário de outras entidades que, comumente, tinham início mais insidioso. Estes episódios, para alguns autores, pareciam depender de uma personalidade mórbida para seu desenvolvimento. Este "terreno", para muitos, era a "degeneração". Mangan e sua escola, por exemplo, individualizou uma entidade que sobrevinha de modo agudo em indivíduos predispostos ("degenerados") constitucionalmente. Westphal individualizou as "paranóias agudas", Kleist os estados crepusculares episódicos, Mayer-Gross os estados oníróides, surgiu nos países anglo-saxões o conceito de reação paranoide, Birnbaum insiste no caráter "histórico" destas reações delirantes dos degenerados, Schröder adota o termo de "psicoses e delírios degenerativos", Kraepelin fala em "confusão alucinatória" sobrevivendo à margem da paranóia e, mais perto de nós, Kretschmer cunha o conceito de "delírio de relação" sobrevivendo em personalidades "sensitivas". (Ey, 1954; Ferris, 1974; Suttér, 1974)

Menos sujeitos à necessidade de um "terreno constitucional", eram os episódios agudos psicóticos dependentes de fatores etiológicos orgânicos, cujos maiores representantes, do ponto de vista histórico, foram a "confusão mental" dos autores franceses e a "reação exógena" de Bonheffer. Diferiam das psicoses "delirantes agudas" anteriores basicamente pela alteração dos níveis de consciência. (Ey, 1954)

Com a classificação de Kraepelin uma nova dimensão é ajuntada aos episódios psicóticos delirantes agudos: sua "atipicidade" face à demência precoce e à psicose maníaco-depressiva. Esta "atipicidade", seria caracterizada em relação à psicose maníaco depressiva pelo início abrupto, polimorfismo e incongruência do delírio em relação ao humor, maior presença de alterações de consciência, hipermotilidade, e em relação a esquizofrenia, pela resolução mais rápida, somada às características anteriores. Baseado nestas "atipias" e nos trabalhos de Wernicke, Kleist forja o grupo das "psicoses degenerativas" (à epilepsia, paranóia, mania), conceito que Leonhard modifica nas "psicoses ciclóides", hoje defendido pela Escola de Birmingham. (Ferris, 1974; Brockington, 1979) Na América, com Kasanin, tenta-se delimitar melhor um conceito aparentado aos anteriores: o de psicose esquizoafetiva. As psicoses "esquizofreniformes" de Langfeldt, psicoses

## RESUMO

Vinte adolescentes diagnosticados como portadores de um TRANSTORNO PSICOTICO AGUDO E TRANSITORIO (CID X OMS) foram cotados sobre sete escalas visuais analógicas, para: polimorfismo delirante alucinatório, agressividade física, excitação, produção verbal, contato com o ambiente, orientação, importância de estressor prévio. Acompanhados e/ou revistos cinco anos depois, dez pacientes satisfizeram os critérios para mania, quatro para transtornos mentais orgânicos, dois para distúrbios de personalidade paranóide, dois distúrbios de personalidade histriônica, dois para esquizofrenia.

Pôde-se então observar retrospectivamente sobre as escalas, o comportamento de cada doença no que diz respeito à diferentes dimensões clínicas avaliadas.

Obteve-se assim elementos psicopatológicos que permitiriam reduzir a frequência do diagnóstico de Transtorno psicótico agudo e transitório, uma vez que este revelou-se apenas comum diagnóstico de "espera" provisório.

## UNITERMOS

Psicoses; Adolescência

\* Grupo de Psiquiatria Experimental da Universidade Federal de Goiás (CAMED).

psicogênicas, (Faergeman, Stromgren), psicoses reativas breves, e o próprio "transtorno psicótico agudo e transitório" reúnem na atualidade as características de "atipicidade", transitoriedade e início agudo.

Para alguns autores, estes grupos "marginais" são verdadeiras entidades, e para outros apenas apresentações mais ou menos atípicas de entidades bem delimitadas ou de etiologias passíveis de serem bem definidas.

Na adolescência esta discussão nosográfica toma especial relevância porque neste período há uma susceptibilidade maior às psicoses ditas "reativas", além de uma "atipicidade" maior na apresentação de entidades, como a mania, sabidamente mais "delirante" na adolescência do que na fase adulta. (Black, 1992)

## Métodos

Vinte adolescentes (12-16 anos) foram diagnosticados pelo Cid X-1986 draft (WHO, 1986) como portadores do diagnóstico de "distúrbio psicótico agudo transitório" entre janeiro e julho de 1988, e revistos entre o mesmo período do ano de 1993. A primeira avaliação foi feita durante uma primeira admissão em hospital psiquiátrico por três médicos em separado. As avaliações, anotadas sobre uma escala visual analógica, abordaram 6 aspectos psicopatológicos: desorientação e excitação (BPRS) (OVERALL, 1962), importância de estressor prévio (DSM III-R) (APA, 1987), produção verbal (quantidade de palavras em uma unidade de tempo), contato com o meio (grau de responsabilidade às solicitações e estímulos externos, afetivos ou sensoriais), agressividade física e "polimorfismo psicótico" (variabilidade delirante e alucinatória).

A média dos escores das três avaliações foram anotadas então sobre a escala visual, no sistema "um ponto, um paciente".

Estes pacientes foram acompanhados e/ou reavaliados cinco anos depois, quando então um novo diagnóstico foi feito, com base nos dados de seguimento terapêutico, exames laboratoriais e novos elementos clínicos - psicopatológicos. Para nova categorização diagnóstica foi usada a Classificação Internacional de Doenças - 10ª revisão (CID X OMS) em sua versão "azul" e "verde" (Diagnostic criteria for research). Todos pacientes foram re-diagnosticados como pertencentes a uma nova categoria que não a de "transtornos psicóticos agudos e transitórios". Foram então novamente notados sobre a escala analógica de acordo com o novo diagnóstico, segundo a seguinte legenda: "m" para pacientes maníacos, "s" para esquizofrênicos, "o" para orgânicos, "p" para distúrbio de personalidade paranóide e "h" para distúrbios de personalidade histriônica.

## Resultados

Dos vinte pacientes inicialmente diagnosticados como "transtorno psicótico agudo e transitório", todos entra-

ram em novas categorias diagnósticas cinco anos após. Dez pacientes satisfizeram os critérios para "episódio maníaco" quando reavaliados no decorrer da internação, no seguimento terapêutico ambulatorial, ou na reavaliação cinco anos depois da internação inicial. Quatro entraram na categoria de transtornos mentais "orgânicos", dois com distúrbio de personalidade paranóide, dois com distúrbio de personalidade histriônica, e finalmente dois com diagnóstico final de esquizofrenia.

A distribuição destes pacientes sobre as escalas visuais referentes às seis dimensões psicopatológicas é vista nas figuras de 1 a 6.

## Discussão

### A - Polimorfismo (figura 1)\*

Os delírios que acompanha a mania são muito mutáveis, talvez devido ao débito acelerado do pensamento: ora o paciente diz estar controlando o clima, soltando raios de força pelas mãos, pregando "a palavra de Deus". Em uma grande parte dos delírios se observa um fundo megalomaniaco, de força, poderes, temas grandiosos. A sucessão de temas dá a impressão de ser caótica, caleidoscópica e, em alguns de grande excitação, o paciente grita, gesticula, e vive como se estivesse em uma batalha onírica.

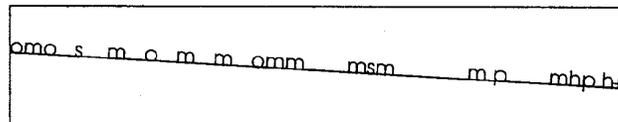


Figure 1 - "Foregoing stressors magnitude"

Já nos casos que depois evoluíram para uma esquizofrenia, os delírios são um pouco mais fixos e geralmente de uma temática voltada para influência externa, modificação corporal, persecutoriedade, mudança de identidade, filiação. Apesar da agitação que pode ser intensa, não se tem aqui, ao contrário do que ocorre nos delírios maníacos, a impressão de que o delírio "muda junto com o paciente", ou seja, a agitação não é acompanhada pela mudança rápida do delírio. Uma paciente, por exemplo, *agita-se e grita agressivamente: "você é um vampiro"* durante o período de intensa inquietação.

Nos quadros associados com distúrbios de personalidade paranóide, observou-se uma relação da temática do delírio com fatores estressantes de forma ou indireta (simbólica), tendo-se então a aparência de que o delírio é mais "monomórfico" ou monotemático do que o grupo dos

\* Legends: m - mania  
o - organic mental disorders  
p - paranoid personality disorder  
h - histrionic personality disorder  
s - schizophrenia

pacientes maníacos. Por exemplo, um paciente abandonado pela namorada passa a dizer que os espíões da CIA lhe fizeram isto porque, sendo socialista, era ameaçada pelo capitalismo americano. Daí passou a achar que lhe perturbavam também na faculdade e mesmo através da TV. O delírio passa a assumir então um caráter mais ou menos em forma de "rede"; mas não se deve confundir esta "rede" com polimorfismo, pois a temática da perseguição parece central em toda a trama, mesmo que este "processo kafkiano" assuma proporções gigantescas. Há, portanto, uma ligação lógica entre as partes do delírio. ligação esta que falta nos delírios mais polimórficos.

Nos delírios que sobrevêm sobre as personalidades histriônicas, ora observa-se um contexto mais ou menos "confusional" e, portanto, caleidoscópico e polimórfico, ora um estado de abulia discordante e monotemática. O paciente por vezes alterna mesmo estes dois estados em uma mesma ocasião. Esta "bipolaridade" explica a repartição dos "casos histriônicos" em dois pontos ao longo da linha da escala visual, sem possibilidade de uma delimitação espacial precisa em um dos polos da escala.

Os delírios nos quadros orgânicos, mesmo que vividos em um contexto de agitação, são muito monótonos e quase sempre perseverantes, excetuando-se é claro, os casos de "delirium", cujo onirismo foge dos limites deste trabalho, pois a alteração básica é de consciência e não psicótica.

É muito comum uma temática corporal, de cunho hipocondríaco, cenestopático, ou delírios de relação: prejuízo pessoal, econômico, "implicância" de alguém, perseguição, galhofa, "trabalhos feitos".

Os delírios nos casos depois diagnosticados como esquizofrenias ocupam uma posição intermediária entre os "orgânicos" e os maníacos, quanto ao polimorfismo psicótico, não sendo tão monótonos como os orgânicos nem tão ricos como os maníacos. Ao contrário dos delírios que se assestam sobre as personalidades paranóides, a temática não é sistematizada; isto no entanto não quer dizer que a "frouxidão" do delírio possa caracterizá-lo como "polimórfico". Normalmente, o delírio sobrevivendo agudamente na esquizofrenia não é sistematizado, mas observa-se maior constância da temática do que nos casos de mania. Um paciente por exemplo alterna temas tais como ser "satanás", estar sendo perseguido, querer ser um pastor da Igreja, estar sendo preso por seus pecados horríveis. No entanto, ao contrário dos maníacos, sempre retorna a estes temas, e o sentido que acompanha estes conteúdos delirantes é mais ou menos fixo (por exemplo, angústia de estar preso, de ser perseguido pelo "satanás", etc.) ao passo que nos maníacos, o estado afetivo é muito alterante.

### B - Contato com o Ambiente (figura 2)\*

Nos delírios que se verificou posteriormente tratar-se de casos de mania a comunicar com o meio é "maximizada". O paciente assusta-se com barulho das portas, buzinas, o tocar do telefone. Responde muito prontamente às

questões quando nelas consegue prestar atenção. Com uma ligeira melhora do quadro inicial, integram-se muito bem ao ambiente hospitalar, com o pessoal de enfermagem, querem conversar com o médico, ajudam nos afazeres hospitalares; permanecem pois "ligados" ao ambiente.

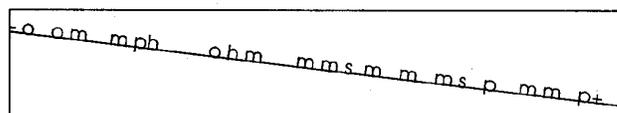


Figure 2 - "Orientation"

Um pouco menos se ligam os pacientes com distúrbio de personalidade paranóide, e menos ainda os histriônicos durante a admissão, em estado psicótico. A busca do contato portanto, é menor que nos maníacos. No entanto, quando solicitados, melhoram o contato e podem mesmo entabular uma conversação. Estão geralmente muito angustiados e presos à suas convicções delirantes, mas com certa regularidade, e sobretudo após iniciado o tratamento, permitem o estabelecimento de uma relação mais empática.

Com os pacientes "orgânicos", o contato ambiental é mais prejudicado, talvez tendo-se em vista um somatório de fatores: a perseveração, "a viscosidade", a fixação do paciente ao seu delírio. Os fatores cognitivos também interferem em uma apreciação adequada do meio, assim como as perturbações orgânicas da personalidade, tais como a tenacidade afetiva, fácil irritabilidade, agressividade, discurso pobre, todos estes fatores que limitam a relação.

Já a agudização delirante esquizofrênica, é classicamente dada como "autística", pois o paciente, mesmo que muito excitado, não está aberto para as relações, sobretudo quando se superpõem à temáticas de prejuízo ou perseguição, muito comuns neste momento produtivo. Outras vezes, o paciente se queixa de que "desaprendeu" a conversar e a se relacionar, pressupondo-se então, que aí também hajam fatores cognitivos envolvidos.

### C - Produção Verbal (figura 3)\*

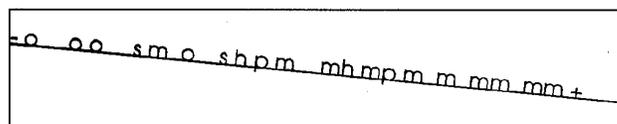


Figure 3 - "Verbal Output"

Muito aumentada na mania, não requer maiores especificações.

Nos quadros associados à distúrbios de personalidade, geralmente acompanhados de estados ansiosos, o paciente exprime de modo abundante sua temática, mesmo que sobre um fundo delirante monomórfico, ou melhor, monotemático. O paciente pode também reivindicar, reclamar abundantemente dos seus direitos, de o

terem "prendido sem razão", etc. Nas formas que cursam com uma aparência crepuscular a produção é mais iterativa do que propriamente rica; em alguns casos, observa-se mesmo um mutismo expectatório com aparência pueril ou de "belle indifference".

Na agudização esquizofrênica, a produção é imprevisível; ora o paciente entrega-se a uma agitação muda, esporadicamente interrompida por um delírio: "vou matá-los"; ora há uma abundante produção, geralmente de gritarias e xingatórios. No entanto, apesar da frequência do débito verbal estar aumentada, nestes momentos a temática nunca é rica como se vê nos maníacos.

Os orgânicos, por sua viscosidade perseverativa e pelo rebaixamento cognitivo geralmente presente, ocupam o último lugar nesta escala.

#### D - Desorientação (figura 4)\*

Para os orgânicos, já é clássica a asserção de que a desorientação é muito frequente nas intercorrências psicóticas. Logo após vêm os pacientes maníacos, desorientados devido à perda dos parâmetros temporais (aceleração do curso do tempo) e espaciais (deslocamentos velozes) além do quadro de fundo mais ou menos "perplexo" e até por vezes "confusional", como soi ocorrer com frequência.

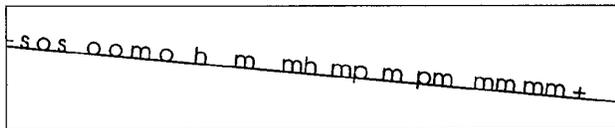


Figure 4 - "Environmental contact"

Os esquizofrênicos agudizados têm a orientação prejudicada ou por uma causa delirante ("estamos no sol") ou por causa da prevalência da temática delirante que, invasiva, obsta o resto das funções psíquicas.

Os quadros associados aos distúrbios de personalidade eventualmente se desorientam, sobretudo quando de síndromes "crepusculares". Os delirantes agudizados por um estressor com provável descompensação de uma personalidade previamente "sensitiva", geralmente não têm problemas de orientação.

#### E - Agressividade Física (figura 5)\*

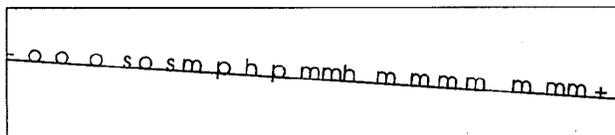


Figure 5 - "Excitation"

Os esquizofrênicos, com sua dificuldade de contato, ambivalência afetiva, delírios de influência e persecutórios, são os mais propensos a atitudes agressivas.

Em seguida, vêm os orgânicos, que além do delírio, têm como fator agravante um prévio distúrbio de personalidade, muito comum, do qual a agressividade explosiva é um componente importante.

Os maníacos, quando barrados em suas vontades ou atitudes, (por exemplo, querer sair do hospital, subir em uma janela), podem mostrar-se agressivos por curto período de tempo (hipersensibilidade emocional tanto para afeição quanto para agressão).

Os "personalidade paranóide" são mais contidos e racionais, e finalmente, os histriônicos mostram-se mais como vítimas "confusas" de uma situação insuportável e, portanto, vivida passivamente, ao contrário dos "paranóides" que delirantes, mantêm ainda uma certa "quere-lância".

#### F - Estressores Associados (figura 6)\*

São mais comuns nos quadros associados à personalidades histriônicas emocionalmente instáveis, pois parecem intervir aí como um fator causal de grande importância, por sua magnitude. Já nos quadros paranóides, estes estressores, apesar de existentes quase sempre têm menos importância real do que nos histriônicos, sendo que os fatores de personalidade paranóide são por si só, "fragilizantes". Um exemplo destes casos seria o de um garoto de 13 anos que ao mudar de um colégio para outro pensava estarem os novos colegas chacoteando do seu modo "feminóide" de andar. Já para o histriônicos, a situação-tipo é a de uma perda afetiva ou evento similar.

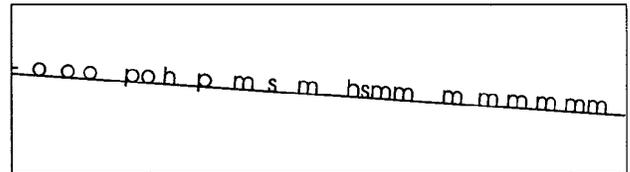


Figure 6 - "Delusional hallucinatory polymorphism"

A mania pode ter seu desencadeamento precipitado por estressores, sobretudo físicos (drogas, doença, fatores ambientais) ou cronobiológicos (mudança do ritmo nictemérico); uma precipitação puramente "emocional" parece menos comum.

Estuda-se o nível de emoções expressas familiar ou ambientalmente como um fator de descompensação esquizofrênica, e nos primeiros surtos da doença não é raro que os pais justifiquem a atitude "estranha" do filho devido a uma briga com colegas ou irmãos, reprovação no colégio, conflito familiar, problema afetivo...

Nos quadros orgânicos por fim, a exclusividade é quase que só dos estressores físicos, restando uma pequena margem aos fatores psicossociais de agudização psicótica.

### G - Excitação (figura 7)\*

A preponderância da excitação nos quadros maníacos não releva questão especial.

Os quadros histriônicos, parecem ser os seguintes na ordem de severidade da excitação. São pacientes presas de uma excitação que as vezes raia ao onirismo, não obstante entregarem-se às vezes a uma hipobulia monotemática. Geralmente, o grau de severidade da excitação tem a ver com a proximidade e gravidade do estressor.

Os pacientes que posteriormente mostraram-se portadores de um distúrbio de personalidade paranóide são mais contidos, mas podem mostrar um grau de agitação severa, sobretudo quando encaram a internação com hostilidade o que não é infrequente. Mostram-se o mais das vezes vítimas de uma agitação ansiosa, geralmente motivada cognitivamente por uma crença delirante importunante.

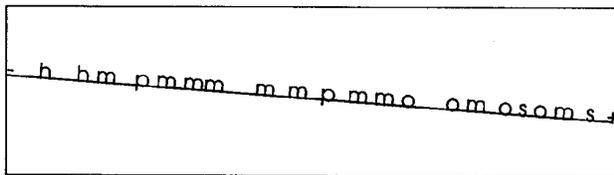


Figure 7 - "physical aggressivity"

Os esquizofrênicos, em primeiros surtos, comumente mostram-se intermitentemente agitados. No decorrer da primeira entrevista hospitalar, o paciente geralmente apresenta-se mais negativista ou retraído do que propriamente agitado, a não ser que tenha sido trazido contra sua vontade em um contexto de compulsoriedade muito forçada. Aliás, sabe-se que a esquizofrenia em púberes tem um aspecto mais "simples", retraída ou negativista do que propriamente paranóide. Não obstante, não são raros os episódios delirantes que, sobrevindo sobre este "fundo apático", mostram o paciente agressivo, munido de uma temática persecutória ou de relação, tomado de uma agitação às vezes clástica. Ao contrário dos maníacos e paranóides que não têm períodos de acalmia quando agitados, os esquizofrênicos podem alternar estas fases de agitação com uma quietude nas quais ensimesma-se em um isolamento não menos delirante.

Já para os orgânicos (evidentemente fora de um "delirium"), esta alternância é marcada por períodos de abulia, perplexidade, repetição monótona de uma mesma temática delirante ou deliróide que se seguem de uma agitação raivosa altamente clástica, geralmente motivada por uma contrariedade pequena, real ou imaginária. No entanto, esta pequena contrariedade, tem por característica degenerar-se em uma "reação em cadeia" muito desproporcional, ao fim da qual o motivo inicial é muitas vezes completamente esquecido; estereotípias não são incomuns neste contexto.

### H - Nosografia

De acordo com nossa pequena amostra, nos parece que a maioria dos casos de apresentação psicótica aguda em adolescentes terão uma evolução que confirma o diagnóstico de distúrbio afetivo bipolar.

São comuns também os casos orgânicos em nosso meio, onde há uma alta prevalência de neurocisticercose, epilepsia lesional tocotraumática e pós-convulsão febril. (Caixeta, 1985)

A posição nosográfica dos "transtornos delirantes" agudos e das "psicoses reativas breves" é mais complexa. Como já abordamos antes, no item referente aos estressores, as "bouffées reativas" ("psicose psicogênica, psicose histérica, psicose reativa breve") parecem muito relacionadas com a magnitude do estressor que, em conjunto com a personalidade predisposta, (geralmente histriônica/borderline) produz o quadro psicótico. É mais frequente em adolescentes femininas, e muito ligadas a precipitantes afetivos. A sintomatologia é mais "confusional", "crepuscular", monotemática, angustiada do que seu correlato masculino: o distúrbio delirante (casos aparentados ao delírio sensitivo de relação de Kretschmer). A paciente parece presa de um monoideísmo geralmente ligada à temática estressante, tem idéias de negação, suicidas, pararespostas, se mostra desligada do ambiente, com ar aparvalhado, estática, ou presa de uma ansiedade incontrolável. Já o distúrbio delirante "agudo" tem como precipitante um fato banal que em conjunção com uma fantasmática anterior (geralmente de identidade ou sexual) produz um "trauma". Um nosso paciente, por exemplo, entrou em um surto quando um colega perguntou-lhe se era "gay" pois olhava o amigo urinar em um banheiro da escola. O paciente, nestes casos, relatava um mal-estar difuso, fala de sua fraqueza, de seu modo de ser "homossexual" sobre um fundo angustiado. Preso de idéias prevalentes, muitas vezes deliróides ou mais raramente delirantes, estabelece pouca empatia com o interlocutor. Não se entrega passivamente aos "inimigos ou detratores", mas mostra-se disposto a "elucidar a todos quem ele é de verdade". Se nas formas reativas-histéricas é o fundo "astênico-confusional" que prevalece, aqui a nota fundamental é dada por um terreno astênico-delirante. Ao contrário da psicose "histérica", o paciente não está aqui "cortado" da realidade circunjacente, mas estabelece com ela uma relação modificada, alienada, com objetivo de controlá-la racionalmente. O impacto da contingência existencial não é forte o bastante para jogá-lo momentaneamente "fora do ar", como na psicose reativa, mas reagudiza ou mostra-lhe conflitos impossíveis de serem aplacados internamente; daí a frenética "luta" no campo externo.

Nenhum dos nossos casos evoluiu para um distúrbio "esquizo-afetivo". Este e outros dados<sup>(Isuang, 1984)</sup> da literatura nos fazem um pouco cépticos quanto a esta categoria diagnóstica.

Do mesmo modo, não vemos justificada a existência da categoria "transtornos psicóticos agudos e transitó-

rios" como se encontra na CID X.<sup>(WHO, 1992)</sup> Se alguns a encaram como uma categoria de "espera",<sup>(Sutter, 1974)</sup> achamos mais lógicos procurar balizas fenomenológicas que nos permitam o diagnóstico de base, desde a primeira manifestação "psicótica aguda".

Por outro lado, a categoria "transtorno delirante", como está no sistema DSM III<sup>(APA, 1987)</sup>, nos parece muito ampla pois pode englobar tanto descompensações de personalidades paranóides, como distúrbios delirantes crônicos outros, alguns dos quais possivelmente relacionados a uma patologia orgânica.<sup>(Ey, 1954)</sup>

Na CID X<sup>(WHO, 1992)</sup> há ainda o problema da superposição do diagnóstico de distúrbio psicótico agudo/ transtorno esquizoafetivo maníaco/ mania delirante. Apesar de haver ressalvas excludentes nos critérios destas categorias, a aplicação destas ressalvas é problemática clínica. Por exemplo, diante de um esquizoafetivo "maníaco", como posso excluir uma "mania delirante"? Basta dizer que o esquizoafetivo exclui a mania delirante ou que não há na mania sintomas esquizofrênicos? O problema é que os há, e a clínica é rica nestes exemplos sobretudo quando vistos num momento de agudização psicótica.

Já a questão na classificação francesa<sup>(Pull, 1987)</sup> fica mais complicada, pois se as "bouffées reativas" se enquadram como "psicoses reativadas breves, psicogênicas", categorias que desfrutam de uma certa unanimidade, o conceito de "bouffée delirante pura, do tipo Magnan", nos parece ter existência nosográfica autônoma discutível.

Se voltamos então à discussão nosográfica do ponto de vista histórico, podemos ver que um episódio psicótico sobrevivendo em uma personalidade histriônica/borderline ou paranóide aplica-se bem aos conceitos de psicose sobre um "terreno degenerativo" (Magnan, Westphal, Kretschmer, etc). Por outro lado, a etiopatogenia "orgânica" se recobre bem com os conceitos de "psicoses epileptoides, confusionais, exógenas", etc (Kleist, Chaslin, Bonhoeffer). As psicoses "ciclóides" equivaleriam aos episódios maníacos delirantes (incongruentes com o humor?) e muitos casos de "esquizoafetivos" ora teriam uma evolução afetiva, ora esquizofrênica.

Desta forma, colocamo-nos entre os autores que pensam ser os "transtornos psicóticos agudos e transitórios" um diagnostica de "espera", espera esta que deveria ser reduzida ao máximo uma vez que tivéssemos elementos clínicos que nos possibilitassem o diagnóstico etiopatogênico definitivo, com seus respectivos tratamentos. Sendo assim, talvez na medida em que possamos diagnosticar mais estas formas "atípicas" de entidades bem delimitadas, diminuiria e quiçá desapareceria a necessidade do diagnóstico de "transtornos psicóticos agudos e transitórios".

A adolescência é um período onde estas questões se colocam com mais seriedade, dada a frequência aumentada de manias "delirantes agudas" nesta faix

xa etária. É um período bom para o estudos destes problemas porque os pacientes geralmente nos chegam "virgens de tratamento" e oferecem assim a oportunidade de um "follow-up" mais prolongado.

## SUMMARY

20 "Acute and transient psychotic" disordered (ICD X) adolescents were assessed upon seven visual analogue scales for: delusional-hallucinatory "polymorphism", physical aggressivity, excitation, verbal output, environmental contact, orientation, foregoing stressors significance.

Attended and/or reviewed five years later, 10 patients had fulfilled the ICD criteria for manic episod, four patients with organic mental disorders, two patients with schizophrenia, two with paranoid personality disorder and two with histrionic personality disorder.

Thenceforth we were able to observe retrospectively the behavioural of each disorder upon the scales. We attained in this way psychopathological elements allowing us to reduce the frequency of "Acute and transient psychotic disorders" sience it proved to be a provisional diagnostic.

## Bibliografia

1. The International Classification of Diseases, rev 10. Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.
2. Ey H: Étides Psychiatriques-Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience. Paris, Desclée de Brouwer & Cie., 1954.
3. Perris C: A study of cycloid psychoses. Acta Psychiatr Scand Suppl. 253, 1974.
4. Sutter J.M.; Blumen G., Guin P., Scotto J.C.: Psychoses délirantes aiguës. Encycl méd Chir Psychiatrie 19474-4 37230 A 10.
5. Brockington I.F., Leff J.P.: Shizo-affective psychosis: difinitions and incidence. Psych Med. 9:91-99, 1979.
6. Black D.W. Winokur G., Nasrallah A., Brewin A: Psychotic symptoms and age of onset in affective disorders. Psychopathology;26:19-22, 1992.
7. World Health Organization ICK-10: Draft of Chaft of Chapter V, categories F00-F99, Mental, Behavioural and Developmental Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines (1986 draft for Field Trials). Geneva, WHO, 1986.
8. Overal J.E., Gorham D.R.: The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychol Rep. 10:799-812, 1962.
9. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statis-tical Manual of Mental Disorders-DSMIII-R. Third ed., revisited. Washington, American Psychiatric Association, 1987.
10. Calxeta M. Cendes F: Manifestações psiquiátricas da neurocisticercose. J. Bras. Psiq. 34:237-246, 1985.
11. Tsuang M.T., Simpsons J.C.: Schizo-affective disorders: concept and reality. Schizophr Bull 10:14-25, 1984.
12. Breitner C.S, Husain M.M., Figel G.S., Krishnan K.R.R, Boyko O.B.: Cerebral White matter disease in late-onset paranoid psychoses. Biol Psychiatry 28:266-274, 1990.
13. Pull M.C., Pull C.B., P: Des critères empiriques français pour les psychoses. III algorithmes et arbre de décision. Encephale 13:59-66, 1987.