

Constituição, doença e família na alteração persistente da personalidade: proposta de um modelo clínico longitudinal

Constitution, illness, and family in persistent personality change: proposal of a longitudinal clinical model

Constitución, enfermedad y familia en el cambio persistente de la personalidad: propuesta de un modelo clínico longitudinal

1 Giovanna Azevedo Rodrigues  [ORCID](#) - [Lattes](#)

2 Fernando Martins Castanheira Júnior – [ORCID](#) - [Lattes](#)

3 Marcelo Caixeta – [ORCID](#) - [Lattes](#)

Filiação dos autores: **1** [Residente, Psiquiatria, Hospital Asmigo, Goiânia, GO, Brasil]; **2** [Residente, Psiquiatria, Hospital Asmigo; Pesquisador, Universidade Federal de Goiás, UFGO, Goiânia, GO, Brasil].; **3** [Professor, Universidade Federal de Goiás, UFG, Goiânia, GO, Brasil; Chefe e Preceptor da Residência de Psiquiatria do Hospital Asmigo, Goiânia, GO, Brasil]

Editor Chefe responsável pelo artigo: Rodrigo Nicolato

Contribuição dos autores segundo a [Taxonomia CRediT](#): Rodrigues GA [1,2, 5, 6, 7, 12, 13, 14]; Caixeta M [1, 6, 10, 14]; Castanheira Júnior FM [2, 5, 12, 14].

Conflito de interesses: declara não haver

Fonte de financiamento: não se aplica

Parecer CEP: não se aplica

Inteligência artificial generativa: Autores declaram o uso da [IA Claude](#) (Anthropic PBC, San Francisco, CA, EUA; modelo Claude Opus 5.5) como ferramenta de IA generativa para auxiliar na organização estrutural do texto e no aprimoramento da linguagem e da legibilidade. Após o uso dessa ferramenta, o conteúdo foi revisado e editado conforme necessário, sendo assumida total responsabilidade pelo conteúdo da publicação.

Recebido em: 12/09/2026

Aprovado em: 22/09/2026

Publicado em: 30/09/2026

Como citar: Rodrigues GA, Castanheira FM Jr, Caixeta M. Constituição, doença e família na alteração persistente da personalidade: proposta de um modelo clínico longitudinal. Debates Psiquiatr. 2026;16:1-27, e1681. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2026.v16.1681>

RESUMO:

Introdução: A distinção entre traços de personalidade, sintomas psicóticos e alterações persistentes subsequentes a transtornos psiquiátricos constitui um desafio clínico relevante, tanto pela sobreposição fenomenológica quanto pela complexidade do curso longitudinal dos transtornos mentais. **Objetivo:** Apresentar e discutir criticamente um modelo clínico integrativo que articula os conceitos de constituição, doença, oscilações clínicas, dinâmica familiar e alterações persistentes da personalidade. **Método:** Foi realizada uma revisão crítica e narrativa da literatura recente sobre personalidade e psicose, primeiro episódio psicótico, curso longitudinal dos transtornos, funcionamento familiar e reconhecimento clínico de alterações persistentes, seguindo os critérios da escala [SANRA](#) (*Scale for the Assessment of Narrative Review Articles*). **Resultados:** Estudos recentes demonstram associações entre diferentes dimensões da personalidade e aspectos clínicos relevantes, incluindo intensidade dos sintomas, funcionamento global, adesão ao tratamento, recuperação e utilização de serviços de saúde. Revisões da literatura também apontam relações entre fatores familiares, risco de recaída, expressão sintomática, sobrecarga dos cuidadores e funcionamento psicossocial. Em conjunto, esses achados reforçam a importância de uma avaliação longitudinal e multidimensional, embora não permitam validar diretamente a terminologia ou a estrutura conceitual específica proposta pelo modelo. **Conclusão:** O modelo pode ser utilizado como uma hipótese clínica integradora e geradora de investigação, desde que seus conceitos sejam definidos de maneira operacional, claramente diferenciados dos diagnósticos psiquiátricos formais e submetidos a estudos prospectivos que permitam avaliar sua validade, confiabilidade e utilidade clínica.

Palavras chave: psicose, transtornos da personalidade, relações familiares, primeiro episódio psicótico, prognóstico.

ABSTRACT:

Introduction: Distinguishing personality traits from psychotic symptoms and persistent changes following psychiatric illness represents a clinically relevant challenge, given the phenomenological overlap among these domains and the complexity of the longitudinal course of mental disorders.

Objective: To critically present and discuss an integrative clinical model linking constitution, illness, clinical fluctuations, family dynamics, and persistent personality changes.

Methods: A critical narrative review of recent literature addressing personality and psychosis, first-episode psychosis, longitudinal illness trajectories, family functioning, and the clinical recognition of persistent changes was conducted, following the criteria of the [SANRA](#) (Scale for the Assessment of Narrative Review Articles) scale.

Results: Recent studies have demonstrated associations between personality dimensions and clinically relevant outcomes, including symptom severity, global functioning, treatment adherence, recovery, and healthcare utilization. Reviews have also identified relationships between family-related factors, relapse, symptom expression, caregiver burden, and psychosocial functioning. Collectively, these findings support the value of a longitudinal and multidimensional assessment, although they do not directly validate the specific terminology or conceptual structure proposed by the model.

Conclusion: The model may be used as an integrative, hypothesis-generating clinical framework, provided that its concepts are operationally defined, clearly distinguished from formal psychiatric diagnoses, and subjected to prospective studies assessing its validity, reliability, and clinical utility.

Keywords: psychosis, personality disorders, family relations, first-episode psychosis, prognosis.

RESUMEN:

Introducción: La distinción entre los rasgos de personalidad, los síntomas psicóticos y los cambios persistentes posteriores a una enfermedad psiquiátrica constituye un desafío clínico relevante, debido a la superposición fenomenológica entre estos dominios y a la complejidad del curso longitudinal de los trastornos mentales.

Objetivo: Presentar y discutir críticamente un modelo clínico integrador que articula los conceptos de constitución, enfermedad, fluctuaciones clínicas, dinámica familiar y cambios persistentes de la personalidad.

Método: Se realizó una revisión crítica y narrativa de la literatura reciente sobre personalidad y psicosis, primer episodio psicótico, evolución longitudinal de los trastornos,

funcionamiento familiar y reconocimiento clínico de cambios persistentes, siguiendo los criterios de la escala [SANRA](#) (Scale for the Assessment of Narrative Review Articles). **Resultados:** Estudios recientes han demostrado asociaciones entre diferentes dimensiones de la personalidad y resultados clínicamente relevantes, incluidos la gravedad de los síntomas, el funcionamiento global, la adherencia al tratamiento, la recuperación y la utilización de los servicios de salud. Las revisiones de la literatura también han identificado relaciones entre factores familiares, recaídas, expresión sintomática, sobrecarga de los cuidadores y funcionamiento psicosocial. En conjunto, estos hallazgos respaldan la utilidad de una evaluación longitudinal y multidimensional, aunque no permiten validar directamente la terminología específica ni la estructura conceptual propuesta por el modelo. **Conclusión:** El modelo puede utilizarse como un marco clínico integrador y generador de hipótesis, siempre que sus conceptos sean definidos operacionalmente, claramente diferenciados de los diagnósticos psiquiátricos formales y sometidos a estudios prospectivos que permitan evaluar su validez, confiabilidad y utilidad clínica.

Palabras clave: psicosis, trastornos de la personalidad, relaciones familiares, primer episodio psicótico, pronóstico.

INTRODUÇÃO

A prática psiquiátrica frequentemente requer a distinção entre características relativamente estáveis da personalidade, estados clínicos de natureza flutuante e alterações persistentes que emergem após o início ou ao longo da progressão de uma doença psiquiátrica. Essa distinção é particularmente desafiadora no contexto do primeiro episódio psicótico, período em que sintomas psicóticos, funções cognitivas, experiência de identidade, funcionamento social e dinâmica das relações familiares podem sofrer mudanças significativas em intervalos temporais relativamente próximos. Estudos sobre reconhecimento clínico e evolução do primeiro episódio psicótico demonstram que a identificação precoce dos quadros e o acompanhamento longitudinal constituem componentes fundamentais para a compreensão da trajetória clínica e para a qualificação do cuidado [1, 2].

A literatura recente não trata personalidade e psicose como domínios completamente independentes. Essa leitura dialoga com hipóteses transdiagnósticas que procuram identificar síndromes psiquiátricas gerais sem apagar as diferenças fenomenológicas entre os transtornos [3, 4].

Dimensões de personalidade podem associar-se à gravidade dos sintomas, ao funcionamento, à adesão ao tratamento, à recuperação e ao uso de serviços. Ao mesmo tempo, sintomas psicóticos, hospitalizações, estresse e perdas funcionais podem alterar a forma como a pessoa se comporta, se relaciona e é avaliada por si mesma e por seus familiares [5, 6, 7, 8, 9]. Essa relação bidirecional dificulta inferências retrospectivas: uma característica observada depois do episódio pode ser um traço anterior, um efeito do estado clínico, uma resposta adaptativa ou uma mudança persistente.

Nesse contexto, a hipótese proposta neste artigo organiza-se a partir da interação entre uma linha de base constitucional, representada pelo funcionamento premórbido e por traços dimensionais de personalidade, oscilações clínicas associadas a estressores e processos mórbidos, e a influência do contexto familiar. O modelo proposto representa visualmente diferentes níveis de organização clínica, denominados, para fins heurísticos, psicose X, entendida como uma possível organização psicótica ainda a ser investigada, normalidade e personalopatia, compreendida como a presença de traços psicopáticos sem equivalência automática com o diagnóstico de transtorno da personalidade antissocial. Essas denominações não são apresentadas como categorias nosológicas independentes nem têm a finalidade de substituir as classificações diagnósticas formais.

A proposta contempla, ainda, a possibilidade de que indivíduos com funcionamento e personalidade inicialmente mais preservados desenvolvam alterações persistentes na organização da personalidade e no funcionamento global após o estabelecimento e a manutenção prolongada de uma doença mental. Dessa perspectiva, tais alterações não seriam necessariamente interpretadas como manifestações primárias da personalidade, mas como possíveis modificações secundárias associadas à trajetória e à duração do processo mórbido.

A relevância científica do modelo, por sua vez, não depende de presumir que seus termos já estejam validados. Diante disso, propõe-se um modelo clínico longitudinal baseado na interação entre três dimensões fundamentais: constituição, doença e família. O objetivo do modelo é oferecer uma estrutura para a compreensão de alterações persistentes do funcionamento, reconhecendo que elas podem resultar da interação contínua entre características individuais prévias, processos psicopatológicos e transformações progressivas do contexto familiar.

OBJETIVO

Apresentar e discutir criticamente um modelo clínico integrativo que articula constituição, doença psiquiátrica, oscilações clínicas, contexto familiar e alterações persistentes da personalidade, examinando suas possíveis convergências e limitações à luz da literatura recente e formulando hipóteses passíveis de investigação prospectiva.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa crítica, e não de uma revisão sistemática, elaborada em conformidade com os critérios da escala [SANRA](#) (*Scale for the Assessment of Narrative Review Articles*), orientada por quatro eixos: personalidade como dimensão associada à psicose; mudança e heterogeneidade ao longo do tempo; família e funcionamento; e implicações para a avaliação clínica. A opção pelo formato narrativo, em vez de sistemático, justifica-se pela natureza do objetivo do artigo, apresentar e discutir criticamente um modelo clínico conceitual ainda não validado, e não estimar magnitude de efeito, testar hipótese estatística pré-registrada ou realizar síntese quantitativa de múltiplos estudos, o que exigiria protocolo prospectivamente registrado (ex.: [PROSPERO](#)) e adesão às diretrizes [PRISMA](#). A busca bibliográfica de apoio foi realizada em base(s) indicada(s) na seção seguinte e complementada pela consulta a páginas editoriais e artigos de acesso aberto identificados por buscas temáticas. Foram priorizadas publicações de 2021 a 2026, incluindo estudos longitudinais, revisões sistemáticas, meta-análises, estudos observacionais, artigos de atualização e trabalhos conceituais diretamente relacionados ao tema.

Os termos de busca combinaram *personality*, *personality change*, *psychosis*, *schizophrenia*, *first-episode psychosis*, *family functioning*, *expressed emotion*, *longitudinal*, *prognosis* e *recovery*, agrupados em três estratégias combinadas por operadores booleanos e detalhadas na seção seguinte. Por se tratar de revisão narrativa, não é apresentado fluxograma [PRISMA](#) nem metanálise própria; ainda assim, em conformidade com a escala [SANRA](#), o número de registros identificados, triados, incluídos e excluídos em cada etapa é reportado no [Quadro 1](#).

Estratégia de busca e seleção

As buscas foram realizadas em 29 de agosto de 2026 na base [PubMed/MEDLINE](#). Como recomendação de boas práticas para revisões narrativas com múltiplas fontes, sugere-se complementar esta busca com ao menos uma base adicional (ex.: [Embase](#), [PsycINFO](#), [Scopus](#) ou [BVS/LILACS](#)), documentando estratégia, data e número de registros

separadamente para cada base. Para localizar textos diretamente relacionados ao modelo, foram consultadas também as páginas editoriais e os textos completos dos artigos identificados, incluindo registros de periódicos e artigos de acesso aberto. Não foram utilizados dados de pacientes, prontuários, entrevistas ou qualquer fonte identificável de seres humanos; o trabalho consiste exclusivamente em análise de literatura publicada.

A seleção final priorizou pertinência conceitual e clínica sobre estimativa quantitativa de efeito: cada referência incluída foi mantida por contribuir diretamente a pelo menos um dos quatro eixos temáticos (personalidade e psicose; curso e persistência; família e reciprocidade; implicações clínicas), sendo excluídas fontes redundantes que não acrescentassem elemento novo à discussão. Os artigos foram agrupados conforme o eixo ao qual contribuíram, e seus resultados foram comparados quanto ao desenho, população, variáveis, temporalidade e desfechos. Quando a literatura sustentava apenas associação, o texto preservou linguagem associativa; quando o artigo era conceitual, sua contribuição foi tratada como enquadramento teórico, não como evidência de eficácia ou validade diagnóstica.

Para permitir atualização futura, recomenda-se repetir as três estratégias na mesma base, registrar a data, exportar os resultados completos, eliminar duplicatas, conservar uma planilha de triagem e documentar os motivos de exclusão. A presente versão deve ser considerada uma revisão narrativa crítica, estruturada segundo a escala [SANRA](#), com protocolo de busca explicitado, e não uma revisão sistemática registrada em [PROSPERO](#) nem conduzida segundo as diretrizes [PRISMA](#).

RESULTADOS

Personalidade, psicose e funcionamento

A revisão sistemática e meta-análise de Scala e colaboradores identificou, em pessoas nos estágios iniciais da psicose, maior neuroticismo e menores níveis de extroversão e conscienciosidade em comparação com dados normativos. Os mesmos domínios foram associados a gravidade sintomática, adesão, funcionamento e uso de serviços [10]. O achado sustenta a utilidade clínica da avaliação dimensional, mas não permite concluir que uma configuração de personalidade seja causa necessária da psicose ou que determine sozinha o prognóstico.

Estudos recentes também examinam diretamente a relação entre dimensões de personalidade e características clínicas específicas da psicose [11]. A comorbidade entre esquizofrenia e transtornos da personalidade permanece um campo de dificuldades diagnósticas, sobretudo porque sintomas, traços, funcionamento e efeitos do tratamento podem se sobrepor [12]. Em quadros de fronteira entre transtorno de personalidade e primeiro episódio psicótico, a avaliação temporal e fenomenológica é particularmente importante [13].

Essas evidências oferecem uma ponte parcial com o modelo proposto. A ideia de uma linha de base constitucional pode ser traduzida em medidas de personalidade e funcionamento anteriores ao episódio. Entretanto, “constituição” não deve ser tratada como essência fixa ou destino clínico. O modelo precisa permitir desenvolvimento, plasticidade, heterogeneidade e influência contextual.

A utilidade de avaliar a personalidade nesse contexto está menos em buscar um rótulo antecedente e mais em compreender padrões de funcionamento que podem influenciar a apresentação clínica e a recuperação. Dimensões como neuroticismo, extroversão e conscienciosidade podem estar relacionadas à gravidade dos sintomas, ao funcionamento social, à adesão e ao uso de serviços, mas essas relações não são determinísticas [10]. O mesmo perfil dimensional pode assumir significados diferentes conforme a idade, o contexto social, a história de desenvolvimento, a presença de trauma, o uso de substâncias e a fase do transtorno. Por isso, o modelo proposto deve tratar os traços como variáveis que interagem com a doença, e não como causas isoladas.

A distinção entre personalidade e psicose exige também separar fenômenos de naturezas diferentes. Traços dizem respeito a padrões relativamente duradouros de experiência e comportamento; sintomas psicóticos correspondem a manifestações clínicas que podem variar em intensidade e relação com o estado; e funcionamento descreve o desempenho efetivo da pessoa em relações, estudo, trabalho, autocuidado e participação social. Na prática, esses domínios podem se influenciar mutuamente. Uma crise pode reduzir o funcionamento e alterar a expressão de traços, enquanto dificuldades anteriores podem interferir na procura de ajuda, na comunicação de sintomas e na adesão. A avaliação não deve converter essa interação em equivalência entre traço e sintoma [11, 12].

A comorbidade entre esquizofrenia e transtornos da personalidade torna essa diferenciação ainda mais complexa. Sobreposições fenomenológicas podem levar à atribuição de comportamentos ao transtorno de personalidade quando eles fazem parte de um episódio psicótico, ou à atribuição à psicose de padrões relacionais e comportamentais anteriores.

A solução proposta pelo artigo é uma reconstrução temporal e multimétodo: identificar quando determinado padrão surgiu, em que condições se repete, se acompanha alterações psicóticas e como se comporta após a estabilização. Em situações de fronteira entre transtorno de personalidade e primeiro episódio psicótico, a fenomenologia, a sequência temporal e o funcionamento longitudinal devem ter prioridade sobre impressões globais ou rótulos precoces [12, 13].

O conceito de “linha de base” precisa, portanto, ser compreendido como uma aproximação clínica revisável. Não existe uma única medida capaz de representar a personalidade inteira, e o relato retrospectivo pode ser influenciado pelo episódio atual, pela memória, pelo sofrimento familiar e pelo modo como o paciente interpreta sua história. A convergência entre diferentes fontes aumenta a qualidade da reconstrução, mas não elimina a incerteza. Essa incerteza não é uma falha do modelo; é uma condição que deve ser explicitada para impedir conclusões excessivas.

Essa perspectiva modifica a formulação clínica ao deslocar o foco da presença ou ausência de um transtorno de personalidade para a investigação longitudinal dos padrões de funcionamento. O clínico passa a distinguir características anteriores à psicose, aquelas intensificadas durante o episódio, as que desaparecem após a estabilização e as que permanecem. A questão torna-se, assim, funcional: compreender como essas características influenciam a vulnerabilidade, a expressão do episódio, a resposta ao tratamento e a recuperação. Essa abordagem é compatível com perspectivas dimensionais e com o reconhecimento da heterogeneidade na psicose inicial [10, 11].

Oscilação, curso longitudinal e alteração persistente

O primeiro episódio psicótico não constitui uma trajetória uniforme. Estudos sobre curso e desfecho ressaltam a variabilidade entre remissão, persistência de sintomas, comprometimento funcional, recaída e recuperação pessoal [2, 14, 15]. A duração da psicose não tratada e as estratégias de detecção e intervenção também se relacionam aos

desfechos, embora a direção e a magnitude dessas associações dependem de múltiplos fatores [16].

A literatura recente investiga mecanismos que podem acompanhar a mudança clínica, como inflexibilidade cognitiva, cognição antes e depois do início da psicose e componentes hierárquicos de sintomas [12, 16, 17]. Também há estudos que diferenciam comportamentos agressivos da fase premórbida daqueles relacionados ao início da psicose [18]. Essa distinção é central para o modelo: uma mudança após o início da doença não deve ser automaticamente reclassificada como traço anterior, e um traço anterior não deve ser confundido com sintoma agudo.

Neste artigo, “alteração persistente” é proposta como descrição provisória de uma mudança que permanece após a redução dos sintomas agudos e que é observável em mais de um domínio: comportamento, relações, funcionamento, autorrelato e avaliação por informantes. Essa definição não equivale a um diagnóstico. Ela serve para separar quatro possibilidades: traço premórbido; estado episódico; sequela ou efeito de doença; e transformação persistente ainda não explicada.

Dentro dessa perspectiva, a noção de oscilação é central, pois impede que o curso clínico seja representado como uma passagem simples de um estado para outro. Uma pessoa pode apresentar melhora dos sintomas positivos e, simultaneamente, manter prejuízos cognitivos ou funcionais; pode recuperar o funcionamento em uma área e permanecer vulnerável em outra; ou pode mostrar melhora inicial seguida de nova descompensação. Por isso, a trajetória deve ser analisada em múltiplos domínios e em diferentes escalas temporais, distinguindo variações de curto prazo, mudanças associadas a episódios e alterações que se consolidam ao longo de meses ou anos [2, 14, 15].

No modelo proposto, a direção da linha pode ocorrer em três sentidos: para cima, para baixo ou em deslocamento em relação à linha de base. Essa direção não representa automaticamente intensidade, valor ou gravidade. Ela representa uma mudança que precisa ser descrita, considerando qual dimensão variou, em que momento, em que intensidade, com que duração e com quais consequências. A mesma oscilação pode ter significado distinto conforme seja acompanhada por sofrimento, prejuízo funcional, risco, recuperação de autonomia ou reorganização das relações. A metáfora visual somente se torna clinicamente útil quando é traduzida em indicadores observáveis e repetíveis.

O curso longitudinal também exige distinguir fases que podem se sobrepor: período premórbido, pródromos ou mudanças iniciais, episódio agudo, estabilização, recuperação e eventual recaída. Esses rótulos não devem ser aplicados de maneira rígida, porque os limites entre as fases podem ser graduais e variar entre indivíduos. A literatura sobre primeiro episódio psicótico reforça a heterogeneidade dos desfechos e a importância de acompanhar sintomas, funcionamento e recuperação pessoal ao longo do tempo [2, 14, 15]. Para o modelo, essa heterogeneidade é uma condição de análise, não um ruído a ser eliminado.

A caracterização de uma alteração persistente deve ocorrer somente após a consideração de fatores transitórios ou contextuais que possam explicar as mudanças observadas. Sintomas residuais, efeitos medicamentosos, sedação, privação de sono, uso de substâncias, hospitalização prolongada, isolamento social, trauma, dificuldades econômicas e conflitos familiares podem modificar temporariamente o comportamento e o funcionamento. Assim, o modelo não pressupõe que a pessoa tenha se tornado diferente de forma estável, exigindo comparação longitudinal e análise sistemática de explicações alternativas antes de atribuir as mudanças à personalidade.

A avaliação da persistência deve combinar três critérios: temporalidade, generalização e estabilidade. *Temporalidade* significa que a mudança surgiu depois de um evento ou processo identificável, sem presumir causalidade. *Generalização* significa que ela aparece em mais de um contexto ou domínio, e não apenas em uma situação específica. *Estabilidade* significa que permanece em avaliações sucessivas, embora possa variar em intensidade. Esses critérios são proposições operacionais para pesquisa e devem ser testados quanto à confiabilidade e à validade; não são critérios diagnósticos estabelecidos.

A distinção entre oscilação e alteração persistente tem implicações para o prognóstico. Uma oscilação pode ser reversível, parcialmente reversível ou evoluir para um novo padrão de funcionamento. A identificação de uma mudança persistente não deve encerrar a avaliação nem produzir uma previsão determinista. Ela deve orientar perguntas sobre tratamento, reabilitação, apoio familiar, autonomia e possibilidades de reorganização. Estudos que acompanham cognição, sintomas, funcionamento e recuperação ajudam a sustentar essa visão multidimensional do curso [15, 16, 17].

Do ponto de vista metodológico, o modelo pede desenhos que não dependam exclusivamente de avaliações retrospectivas. Estudos prospectivos poderiam estabelecer medidas iniciais de sintomas, personalidade dimensional, funcionamento e contexto; repetir essas avaliações em momentos previamente definidos; registrar eventos intercorrentes; e incluir informantes quando apropriado. Modelos de trajetória, análises de mudança individual e métodos de avaliação ecológica podem ajudar a investigar se alterações em sintomas precedem, acompanham ou sucedem mudanças no funcionamento. A hipótese só ganharia força se demonstrasse consistência temporal e valor explicativo além das medidas clínicas usuais [10, 14].

Finalmente, a linha de base não deve ser confundida com um ponto fixo ao qual a pessoa obrigatoriamente retorna. A recuperação pode envolver continuidade, transformação e reconstrução da identidade. O objetivo da análise longitudinal não é comparar o paciente com uma imagem idealizada de quem ele era, mas compreender o que mudou, o que foi preservado, o que pode ser recuperado e quais novas formas de funcionamento se tornaram possíveis. Essa formulação protege o modelo contra uma leitura exclusivamente deficitária da alteração persistente.

Família, ambiente e reciprocidade

A família ocupa posição central no modelo porque o primeiro episódio psicótico frequentemente ocorre quando o indivíduo ainda depende de sua rede familiar. A revisão sistemática de Keegan, Brown e Gaynor identificou associações entre emoção expressa, ambiente familiar e sobrecarga do cuidador com sintomas e desfechos sociais ou ocupacionais no primeiro episódio psicótico [19]. A revisão também destacou a escassez de modelos teóricos capazes de explicar a dinâmica do sofrimento familiar.

A meta-análise de Fahrer e colaboradores examinou a emoção expressa como possível mecanismo de transmissão transgeracional de transtornos mentais. Pais com transtorno mental foram classificados como apresentando emoção expressa elevada com maior frequência; o efeito para críticas elevadas foi mais forte quando os filhos também apresentavam transtorno mental [20]. Esses dados não autorizam uma explicação causal simples nem a culpabilização da família. A relação pode ser bidirecional: a doença modifica o ambiente familiar, e as respostas familiares podem influenciar sintomas, adesão, estresse e recuperação.

A hipótese da síndrome psiquiátrica geral proposta por Costa et al. amplia essa leitura ao sugerir que dimensões compartilhadas entre diferentes

apresentações psiquiátricas podem ser examinadas sem apagar a especificidade de cada quadro [3]. Aplicada ao eixo família–ambiente, essa perspectiva permite compreender a reciprocidade como uma dimensão transversal da trajetória clínica: sofrimento, sintomas, funcionamento, sobrecarga e formas de comunicação podem se influenciar ao longo do tempo.

O modelo deste artigo acrescenta que essa dimensão não deve ser avaliada isoladamente, mas articulada à linha de base constitucional e às oscilações da doença. Assim, a família não é apresentada como causa única nem como elemento externo, mas como parte de um sistema relacional no qual a síndrome clínica se expressa, se modifica e pode adquirir diferentes desfechos.

O modelo pode ser aprimorado pela substituição de expressões genéricas, como “desoscilar” ou “retificar”, por variáveis observáveis, incluindo coesão, comunicação, criticismo, hostilidade, envolvimento emocional, sobrecarga, apoio à autonomia, acesso ao cuidado e participação no tratamento. Evidências sobre intervenções familiares e programas direcionados a mães e filhos com psicose reforçam a importância de compreender a família como unidade relacional e terapêutica, e não como explicação moral para o adoecimento [21, 22, 23].

Reconstrução do modelo clínico

A proposta pode ser representada por quatro componentes articulados, conforme sintetizado na [Figura 1](#). O modelo não pretende descrever uma sequência mecânica em que uma causa produz sempre o mesmo efeito. Ele propõe uma leitura temporal e relacional: uma organização prévia encontra determinadas condições de estresse ou doença, produz uma oscilação clínica de intensidade e duração variáveis e, em alguns casos, deixa uma modificação persistente no funcionamento e na personalidade. Cada etapa precisa ser reconstruída clinicamente, porque o significado de uma mudança depende do que existia antes, do que ocorreu durante o episódio e do que permaneceu depois.

O *primeiro* componente é a constituição ou linha de base. No modelo, constituição não significa destino, essência imutável ou julgamento moral. Refere-se ao conjunto de características relativamente estáveis que podem ser observadas antes do adoecimento: modo de estabelecer vínculos, tolerância a frustrações, padrão de resposta a conflitos, funcionamento ocupacional e acadêmico, autonomia, interesses, capacidade de

planejamento e forma de regular emoções. Como essa linha de base raramente é medida prospectivamente antes do primeiro episódio, sua reconstrução deve combinar autorrelato, informações de familiares, registros escolares e profissionais, história ocupacional e instrumentos dimensionais. A avaliação também deve reconhecer que toda linha de base já é influenciada por idade, desenvolvimento, cultura, desigualdades sociais e experiências de vida [9, 10, 11].

O *segundo* componente é o eixo da doença ou da trajetória clínica. Ele inclui estressores, alterações somáticas ou psiquiátricas, mudanças no sono, uso de substâncias, perdas, conflitos, interrupções de tratamento e o próprio processo psicótico. O modelo não afirma que qualquer estressor cause doença nem que a família seja a origem do adoecimento. O ponto é estabelecer uma sequência temporal: o que antecedeu a mudança, o que se modificou durante a crise e quais condições acompanharam a recuperação. A duração da psicose não tratada, a detecção precoce e a intervenção podem estar relacionadas aos desfechos, mas suas associações devem ser interpretadas em conjunto com outros fatores clínicos e sociais [14, 16].

O *terceiro* componente é a oscilação. Oscilar significa variar no tempo, e não simplesmente mudar de diagnóstico. A oscilação pode envolver sintomas positivos, sintomas negativos, desorganização, cognição, comportamento, relações e funcionamento. Ela pode ser rápida ou lenta, episódica ou prolongada, parcialmente reversível ou acompanhada por perdas que persistem. Por isso, o esquema das linhas não deve ser lido como uma régua de gravidade nem como uma classificação entre pessoas. As linhas representam trajetórias: podem subir, descer, aproximar-se da linha de base ou permanecer deslocadas após a fase aguda. Estudos sobre heterogeneidade do primeiro episódio, componentes hierárquicos de sintomas e mudanças cognitivas apoiam a necessidade de observar trajetórias, em vez de depender de uma única fotografia clínica [12, 15, 17].

O *quarto* componente é a alteração persistente, aqui descrita provisoriamente como a permanência de mudanças relevantes depois da redução dos sintomas agudos. Para que essa expressão tenha utilidade, a mudança deve ser documentada em mais de um momento, afetar pelo menos um domínio clinicamente importante e ser diferenciada de sedação, sintomas residuais, efeitos medicamentosos, privação de sono, uso de substâncias, trauma, condições neurológicas e consequências sociais do adoecimento. A alteração persistente pode envolver comportamento,

identidade, relações, autonomia ou funcionamento; não deve ser presumida apenas porque familiares ou profissionais percebem o paciente como “diferente”.

A arquitetura dos dois eixos busca distinguir duas questões fundamentais: “como era a pessoa antes do adoecimento?” e “o que aconteceu com ela ao longo da doença?”. O primeiro reconstrói a linha constitucional e as características prévias de funcionamento; o segundo acompanha estressores, sintomas, oscilações, intervenções, relações e recuperação. Essa distinção permite reconhecer que uma constituição não patológica pode coexistir com alterações persistentes decorrentes do adoecimento, assim como características observadas na vida adulta podem anteceder a doença. Sua diferenciação, portanto, exige investigação temporal cuidadosa.

No diagrama, psicose X, normal e personalopatia aparecem como posições da formulação heurística proposta neste artigo, e não como diagnósticos equivalentes ou pontos de uma escala validada. A posição relativa dos três termos na linha de possibilidades expressa a organização conceitual do desenho, mas não autoriza concluir que exista uma hierarquia humana, moral ou nosológica. Na formulação do modelo, a pessoa normal não apresenta constituição patológica. A figura deve ser usada para mostrar movimentos e relações entre linhas, não para rotular indivíduos.

A família ocupa uma posição transversal porque pode modificar as condições em que a trajetória se desenrola, enquanto também é modificada pela doença. Coesão, comunicação, criticismo, hostilidade, sobrecarga, apoio à autonomia e participação no cuidado são exemplos de variáveis que podem ser observadas e medidas. A função da família não é “corrigir” uma pessoa nem produzir automaticamente uma melhora; é participar de um contexto de interação que pode amortecer ou intensificar dificuldades. A evidência sobre emoção expressa e funcionamento familiar apoia a relevância dessa dimensão, mas também exige cautela contra explicações lineares e culpabilizantes [19, 20].

A principal previsão do modelo é uma interação entre linha de base, doença e contexto. Um mesmo estressor pode produzir impactos diferentes em pessoas com histórias e recursos distintos; uma mesma constituição pode seguir trajetórias diferentes conforme a duração da doença, o tratamento, o apoio e as condições sociais. Essa previsão é mais forte do que uma simples associação, mas só poderá ser avaliada por estudos longitudinais

com medidas repetidas e informantes independentes. O modelo, portanto, deve ser entendido como uma estrutura para organizar a observação clínica e formular hipóteses, e não como uma explicação concluída. [Quadro 1.](#)

A linha horizontal de possibilidades proposta neste artigo, psicose X (organização psicótica a investigar), normal e personalopatia (traços psicopáticos), deve ser tratada como dispositivo heurístico, não como eixo diagnóstico validado. A posição relativa dos três termos organiza visualmente possibilidades clínicas e não deve ser interpretada como escala psicométrica, hierarquia de valor humano ou classificação nosológica. A pessoa considerada normal, na formulação proposta neste artigo, não deve ser descrita como portadora de constituição patológica. Essa distinção precisa permanecer explícita no artigo.

Hipóteses testáveis

A *primeira* hipótese é que características de personalidade e funcionamento anteriores ao episódio moderem a relação entre estressores e impacto clínico. A *segunda* é que o grau de alteração persistente seja distinguível de sintomas residuais quando são utilizadas avaliações repetidas após remissão parcial ou completa. A *terceira* é que coesão, comunicação, apoio à autonomia e menor criticismo estejam associados a melhores trajetórias, enquanto sobrecarga e emoção expressa elevada se associam a piores desfechos, sem pressupor causalidade unidirecional.

Um estudo prospectivo poderia incluir pessoas no primeiro episódio psicótico, familiares e controles clínicos, com avaliações no início, após estabilização, em seis meses, em um ano e em dois anos. As variáveis deveriam incluir sintomas, personalidade dimensional, funcionamento, cognição, trauma, uso de substâncias, tratamento, contexto socioeconômico e medidas familiares. A análise poderia testar moderação e mediação, além de comparar trajetórias latentes. A hipótese seria apoiada apenas se o modelo acrescentasse capacidade explicativa ou prognóstica além de variáveis clínicas já conhecidas.

DISCUSSÃO

A principal contribuição potencial do modelo consiste em integrar, em uma mesma narrativa clínica, predisposição, estado, curso e contexto. Essa integração é compatível com a literatura contemporânea que enfatiza heterogeneidade, avaliação multidimensional, recuperação e seguimento longitudinal [10, 14, 15, 17]. Ela também pode ajudar o clínico a evitar dois erros opostos: atribuir todo comportamento à “personalidade” e

ignorar o efeito duradouro da doença; ou atribuir toda mudança à psicose e apagar a história constitucional do indivíduo.

A [Figura 2](#) sintetiza essa proposta como uma hipótese de trajetória: a mesma manifestação observada no presente deve ser lida através de três lentes simultâneas: linha de base, doença/estressor e contexto relacional. Essas lentes convergem para uma trajetória observada ao longo do tempo, que pode ser compatível com recuperação ou com alteração persistente. O ponto central do esquema é que nenhum desses desfechos é determinado por uma única variável e que a distinção só pode ser examinada por medidas repetidas, múltiplas fontes e hipóteses concorrentes.

A hipótese de síndrome psiquiátrica geral apresentada por Costa et al. oferece uma aproximação transdiagnóstica importante para este modelo, ao propor que dimensões compartilhadas possam ser analisadas sem eliminar as diferenças entre os quadros clínicos [3]. A proposta do presente artigo dialoga com essa perspectiva, mas acrescenta uma organização temporal e relacional específica: o eixo constitucional procura reconstruir a linha de base da pessoa, enquanto o eixo da doença acompanha estressores, sintomas, oscilações e possíveis mudanças persistentes; a família aparece como contexto que pode modular a trajetória e, simultaneamente, ser modificado por ela.

Assim, o modelo aqui discutido não pretende substituir a hipótese da síndrome psiquiátrica geral nem criar uma nova categoria diagnóstica. Sua contribuição potencial é oferecer uma forma de investigar como dimensões transdiagnósticas se articulam à história individual, ao curso longitudinal e ao ambiente relacional, produzindo hipóteses testáveis sobre recuperação, reorganização ou alteração persistente.

A família deve ser incluída como contexto de interação, não como origem culpável da doença. Os estudos de emoção expressa e funcionamento familiar dão suporte à relevância clínica do ambiente, mas também mostram a necessidade de modelos que considerem reciprocidade, sobrecarga e sofrimento do cuidador [19, 20]. A formulação mais responsável é que fatores familiares podem modular trajetórias, enquanto o próprio quadro modifica a família.

Em síntese, a proposta não deve afirmar que uma linha de base mais “baixa” ou mais “alta” determina necessariamente maior ou menor doença. Uma metáfora visual não substitui a validade do construto. O modelo será

cientificamente útil se gerar previsões claras, utilizar instrumentos confiáveis, aceitar resultados negativos e demonstrar valor incremental em relação a diagnósticos, sintomas, cognição, tratamento e determinantes sociais.

Uma consequência prática importante é a necessidade de uma anamnese verdadeiramente longitudinal. A entrevista deve reconstruir o funcionamento anterior ao adoecimento, a sequência dos estressores, a instalação dos sintomas, as mudanças durante a fase aguda e o padrão observado após a estabilização. Informações do paciente, de familiares e de registros prévios devem ser comparadas, reconhecendo que cada fonte pode descrever momentos e perspectivas diferentes. Essa estratégia reduz o risco de transformar uma fotografia clínica em uma explicação causal definitiva [1, 2, 14].

O modelo também pode contribuir para uma formulação clínica mais cuidadosa ao distinguir intensidade de persistência. Uma oscilação intensa, mas transitória, não é necessariamente uma alteração persistente da personalidade. Do mesmo modo, uma mudança menos dramática, mas sustentada e acompanhada de prejuízo relacional ou funcional, pode merecer investigação específica. A distinção exige avaliações repetidas e não deve ser feita apenas pela impressão produzida durante a hospitalização ou no auge dos sintomas.

A relação entre psicose e personalidade é particularmente vulnerável ao viés retrospectivo. Depois de um episódio, familiares e profissionais podem reorganizar toda a biografia do paciente à luz do diagnóstico atual, interpretando comportamentos anteriores como sinais inevitáveis da doença. A literatura sobre comorbidade e sobre as dificuldades de diferenciação entre transtorno de personalidade e psicose recomenda cautela fenomenológica e temporal [5, 6, 12, 13]. O modelo proposto deve, portanto, preservar a possibilidade de que determinadas características sejam anteriores, concomitantes ou posteriores ao episódio, sem forçar todos os dados a uma única narrativa.

Neste enquadramento, a hipótese transdiagnóstica amplia essa discussão. Uma síndrome psiquiátrica geral pode permitir o estudo de dimensões compartilhadas entre diferentes diagnósticos, mas não deve apagar diferenças de fenomenologia, curso, tratamento e significado subjetivo [3]. Para o presente modelo, isso significa que constituição, oscilação, funcionamento e família podem ser dimensões transversais, enquanto psicose, transtorno de personalidade e outros diagnósticos continuam

necessários para descrever padrões clínicos específicos. A utilidade do modelo dependerá de sua capacidade de complementar, e não simplesmente substituir, a nosologia contemporânea.

Outro ponto é a relação entre alteração da personalidade e recuperação. A recuperação não deve ser reduzida à ausência de sintomas; envolve funcionamento social, participação, autonomia, identidade e sentido atribuído à própria trajetória. Estudos recentes sobre recuperação pessoal e envolvimento social sugerem que características de personalidade podem modificar essa relação [9]. Assim, uma mudança persistente não deve ser definida exclusivamente como déficit: pode incluir reorganizações adaptativas, novas formas de autonomia ou mudanças na identidade que o próprio paciente não considera patológicas. A avaliação precisa incorporar a perspectiva da pessoa, além da observação clínica e familiar.

No campo familiar, a proposta pode ser refinada por um modelo de moderação. A mesma vulnerabilidade constitucional ou o mesmo estressor pode produzir trajetórias diferentes conforme a comunicação, a coesão, o criticismo, a sobrecarga e o acesso a tratamento. Entretanto, o ambiente familiar não é uma variável estática nem independente do adoecimento. A doença altera a disponibilidade dos membros, a distribuição de tarefas e a expectativa de futuro, podendo aumentar justamente os fatores familiares que depois aparecem associados a pior desfecho [19, 20]. Estudos prospectivos devem, portanto, medir família e paciente em vários momentos, evitando conclusões causais baseadas em uma única avaliação.

Como desdobramento prático e metodológico, o artigo propõe uma matriz de decisão para futuras pesquisas. Em cada caso, deve-se perguntar: qual era o funcionamento antes do episódio? Qual fenômeno mudou? Em que momento mudou? A mudança acompanha sintomas ou persiste após sua redução? Há confirmação por mais de uma fonte? Quais fatores familiares e sociais estavam presentes? Essa matriz não constitui instrumento diagnóstico, mas organiza a coleta de dados e torna o modelo comparável a outras formulações clínicas [3, 10, 11].

Limitações

Este artigo é uma revisão narrativa crítica e não uma revisão sistemática completa. A literatura recente é heterogênea em amostras, instrumentos, definições de personalidade, duração do seguimento e desfechos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo propõe uma leitura clínica na qual personalidade, psicose, funcionamento e família são compreendidos como dimensões que se articulam ao longo do tempo, sem que uma delas seja reduzida às demais. O valor potencial do modelo não está em criar novos rótulos, mas em oferecer uma linguagem organizada para reconstruir a linha de base da pessoa, acompanhar as oscilações da doença e investigar se determinadas mudanças persistem após a fase aguda. Essa perspectiva pode qualificar a avaliação clínica ao substituir interpretações rápidas por uma análise temporal, multidimensional e relacional, capaz de reconhecer tanto a continuidade quanto a transformação da trajetória individual.

Entretanto, a proposta permanece uma hipótese heurística: sua relevância científica dependerá da definição operacional de seus conceitos, da utilização de medidas confiáveis, da comparação com modelos contemporâneos e de estudos longitudinais que possam confirmar, reformular ou refutar suas previsões.

A principal implicação clínica desse modelo é a necessidade de reconstruir a história do funcionamento individual. A avaliação deve buscar identificar quais características antecederam o adoecimento, quais mudanças surgiram durante sua evolução e quais padrões podem ter sido progressivamente consolidados pela interação entre o paciente e seu ambiente familiar. Essa abordagem permite evitar a atribuição automática de alterações persistentes a uma constituição fixa e amplia a possibilidade de reconhecer dimensões potencialmente modificáveis.

Assim, a análise longitudinal oferece uma perspectiva capaz de integrar história individual, trajetória psicopatológica e relações familiares. Em vez de perguntar exclusivamente quais características definem o paciente no presente, o modelo proposto convida o clínico a investigar como essas características foram constituídas, modificadas e mantidas ao longo do tempo. Essa mudança de perspectiva pode contribuir para uma compreensão mais dinâmica, contextualizada e potencialmente terapêutica das alterações persistentes da personalidade.

REFERÊNCIAS

1. Albin K, Albin C, Jeffries CD, Perkins DO. Clinician recognition of first episode psychosis. *J Adolesc Health*. 2021;69(3):457-64. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.12.138> PMid:33846053 PMCID:PMC11839206
2. Prakash J, Saini RK, Srivastava K, Chatterjee K, Basannar DR, Mohan P. Longitudinal study of the course and outcome of first-episode psychosis. *Med J Armed Forces India*. 2023;79(5):539-46. <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2021.04.013> PMid:37719902 PMCID:PMC10499655
3. Rodrigues GA, Castanheira FM Jr, Caixeta MF. The general psychiatric syndrome as a transdiagnostic hypothesis: a critical appraisal of evidence, interpretation and clinical reach. *Int Neuropsychiatr Dis J*. 2026;23(5):67-88. <https://doi.org/10.9734/indj/2026/v23i5581>
4. Rodrigues GA, Castanheira FM Jr, Caixeta MF. Doença psiquiátrica geral: um marco nosográfico unificador para a psiquiatria com aplicações em psicopatologia, farmacologia, psicoterapia e cognição. *Debates Psiquiatr*. 16:1-25, e1633. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2026.v16.1633>
5. Jarema M. Schizophrenia plus-comorbidity of schizophrenia and personality disorders: clinician's reflections. *Psychiatr Pol*. 2022;56(6):1153-64. <https://doi.org/10.12740/PP/144112> PMid:37098191
6. Biancalani A, Pelizza L, Menchetti M. Borderline personality disorder and early psychosis: a narrative review. *Ann Gen Psychiatry*. 2023;22(1):44. <https://doi.org/10.1186/s12991-023-00475-w> PMid:37919718 PMCID:PMC10623785
7. Ottesen A, Hegelstad TV, Joa I, Opjordsmoen S, Rund BR, Røssberg JI, Simonsen E, Johannessen JO, Larsen TK, Haahr UH, McGlashan TH, Friis S, Melle I. Childhood trauma, antipsychotic medication, and symptom remission in first-episode psychosis. *Psychol Med*. 2023;53(6):2399-2408. <https://doi.org/10.1017/S003329172100427X> PMid:37144963 PMCID:PMC10123824

8. Yelmo-Cruz S, Morera-Fumero AL, Lakhwani S, Abreu-González P. Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF) and First-Episode Psychosis. A longitudinal one-year prognosis study. *Actas Esp Psiquiatr*. 2023;51(3):130-140.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37489557/> PMID: 37489557; PMCID: PMC10803868.
9. Leendertse P, van den Berg D, Castelein S, Mulder CL. Does personality moderate the association between social involvement and personal recovery in psychosis? *BMC Psychiatry*. 2024;24(1):958. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06372-0> PMid:39731057 PMCID:PMC11681711
10. Scala M, Gori D, Roca P, Fabbri C, Arroyo Iturra R, Calvo García SF, Fanelli G, Serretti A. Personality domains in early stages of psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2026;276:1111-26.
<https://doi.org/10.1007/s00406-025-02127-4> PMid:41222667 PMCID:PMC13002659
11. Jang YJ, Yassin W, Mesholam-Gately R, Gershon ES, Keedy S, Pearlson GG, Tamminga CA, McDowell J, Parker DA, Sauer K, Keshavan MS. Characterizing the relationship between personality dimensions and psychosis-specific clinical characteristics. *Schizophr Res*. 2025;276:88-96.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2025.01.002> PMid:39864301 PMCID:PMC13266951
12. Longenecker JM, Haas GL, Salisbury DF. Hierarchical symptom components in early psychosis. *Schizophr Bull*. 2022;48(4):893-901.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbac048> PMid:35639737 PMCID:PMC9212103
13. Jørgensen MS, Austin SF, Storebø OJ, Poulsen S, Bo S, Beck E, Simonsen E. Borderline personality disorder or first-episode psychosis? Challenges in assessing psychotic features in early intervention: a case report. *Early Interv Psychiatry*. 2025;19(10):e70103. <https://doi.org/10.1111/eip.70103> PMid:41036689 PMCID:PMC12489974

14. Salazar de Pablo G, Guinart D, Armendariz A, Aymerich C, Catalan A, Alameda L, Rogdaki M, Baringo EM, Soler-Vidal J, Oliver D, Rubio JM, Arango C, Kane JM, Fusar-Poli P, Correll CU. Duration of untreated psychosis and outcomes in first-episode psychosis: systematic review and meta-analysis of early detection and intervention strategies. *Schizophr Bull.* 2024;50(4):771-83. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbae017> PMid:38491933 PMCID:PMC11283197
15. Crespo-Facorro B, Fernandez-Egea E. Revisiting first-episode psychosis and schizophrenia through a multidimensional and longitudinal lens. *Span J Psychiatry Ment Health.* 2025;18(2):65-6. <https://doi.org/10.1016/j.sjpmh.2025.06.001> PMid:40582728
16. Mantonakis L, Stefanatou P, Tsionis A, Konstantakopoulos G, Xenaki LA, Ntigrintaki AA, Ralli I, Dimitrakopoulos S, Kollias K, Stefanis NC. Cognitive inflexibility predicts negative symptoms severity in patients with first-episode psychosis: a 1-year follow-up study. *Brain Sci.* 2024;14(2):162. <https://doi.org/10.3390/brainsci14020162> PMid:38391736 PMCID:PMC10886606
17. Lee M, Cullen AE, Matheson GJ, Lu ZA, Bergen SE, Sellgren CM, Erhardt S, Fatouros-Bergman H, Cervenka S. Cognition before and after psychosis onset: a naturalistic study of change, heterogeneity, and prognosis. *Schizophr Res Cogn.* 2025;42:100387. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2025.100387> PMid:40933840 PMCID:PMC12419124
18. Sicotte R, D'Andrea G, Dumais A, Crocker AG, Villeneuve M, Brochu E, Abdel-Baki A. Aggressive behaviors in first-episode psychosis: distinction between the premorbid phase and the onset of psychosis. *Schizophr Res.* 2024;271:283-91. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.07.033> PMid:39079405
19. Keegan C, Brown K, Gaynor K. A systematic review exploring the relationship between family factors and symptom severity, relapse and social or occupational functioning in first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry.* 2025;19(3):e13643. <https://doi.org/10.1111/eip.13643> PMid:39779465 PMCID:PMC11904263

- 20. Fahrer JF, Dobener LM, Asbrand J, Christiansen H. Expressed emotion in the family: a meta-analytic review of expressed emotion as a mechanism of the transgenerational transmission of mental disorders. *Front Psychiatry*. 2022;12:721796.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.721796> PMid:35177995
PMCID:PMC8846301
- 21. Espinosa V, Arin-González P, Jiménez-Lafuente A, Pardo N, López-Carrilero R, Birulés I, Barajas A, Pélaez T, Díaz-Cutraró L, Verdaguer-Rodríguez M, Gutiérrez-Zotes A, Palma-Sevillano C, Varela-Casals P, Salas-Sender M, Aznar A, Ayesa-Arriola R, Pousa E, Canal-Rivero M, Garrido-Torres N, Montserrat C, Muñoz-Lorenzo L, Crosas JM, Ochoa S. Family metacognitive training (MCT-F): adapting MCT to mothers with psychosis and their adolescent children. *Behav Sci (Basel)*. 2024;14(2):97.
<https://doi.org/10.3390/bs14020097> PMid:38392450
PMCID:PMC10885955
- 22. Gouveia M, Morgado T, Costa T, Sampaio F, Rosa A, Sequeira C. Intervention programmes for first-episode psychosis: a scoping review. *Nurs Rep (Pavia)*. 2025;15(1).
<https://doi.org/10.3390/nursrep15010016> PMid:39852638
PMCID:PMC11767625
- 23. Florence AC, Stefančić A, Sheitman A, Fidaleo K, Bello I, Dixon L, Drake RE, Nossel I, Cabassa LJ, Montague E, Pagdon S, Lyn J, Patel SR. Client and family experiences with telehealth-delivered early psychosis services. *Early Interv Psychiatry*. 2024;18(12):1032-39. <https://doi.org/10.1111/eip.13550> PMid:38945691
PMCID:PMC11625533

↑ **Quadro 1.** Componentes do modelo clínico: definições operacionais provisórias e limites interpretativos

Componente	Definição operacional provisória	O que não deve significar
Constituição	Traços, funcionamento e padrão relacional anteriores ao episódio, avaliados por instrumentos e informantes.	Destino biológico fixo ou rótulo moral.
Estressor/doença	Evento ou processo clínico temporalmente relacionado à mudança.	Causa única sem controle de confundidores.
Oscilação	Variação repetida de sintomas, funcionamento e comportamento em medidas seriadas.	Sinônimo de diagnóstico ou de "nível moral".
Alteração persistente	Mudança sustentada após a fase aguda, em mais de um domínio e com relevância clínica.	Equivalência automática com transtorno de personalidade.

Fonte: Os autores.

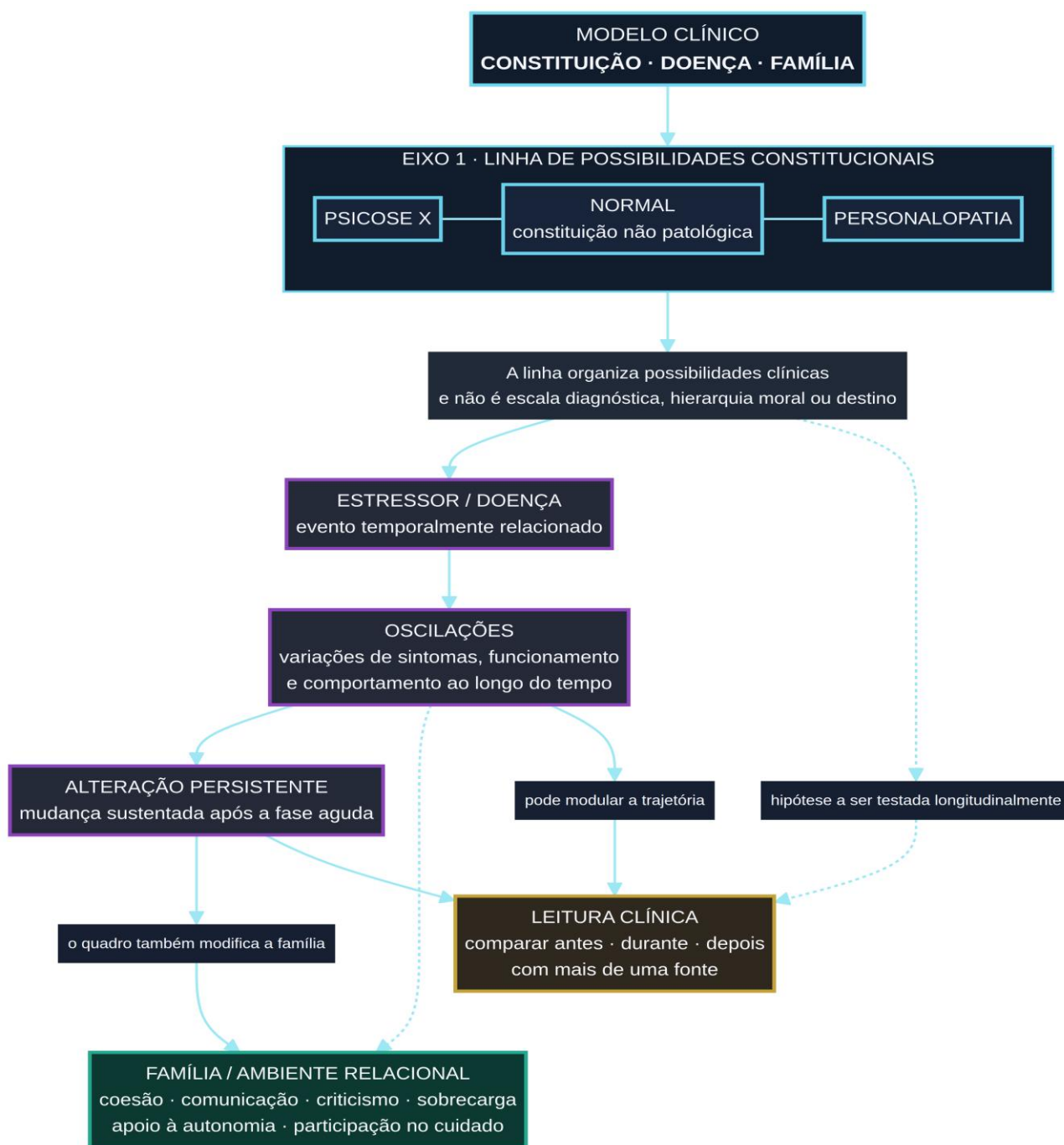


Figura 1. Modelo clínico constituição–doença–família: linha de possibilidades entre psicose X, normal e personalopatia, articulada à trajetória estressor/doença → oscilações → alteração persistente e ao ambiente familiar.

Fonte: Os autores.

Nota: a figura é uma representação heurística do modelo discutido. As posições “psicose X”, “normal” e “personalopatia” não constituem escala diagnóstica, hierarquia de valor ou equivalência automática com diagnósticos formais. Na formulação do modelo, a pessoa normal não apresenta constituição patológica.

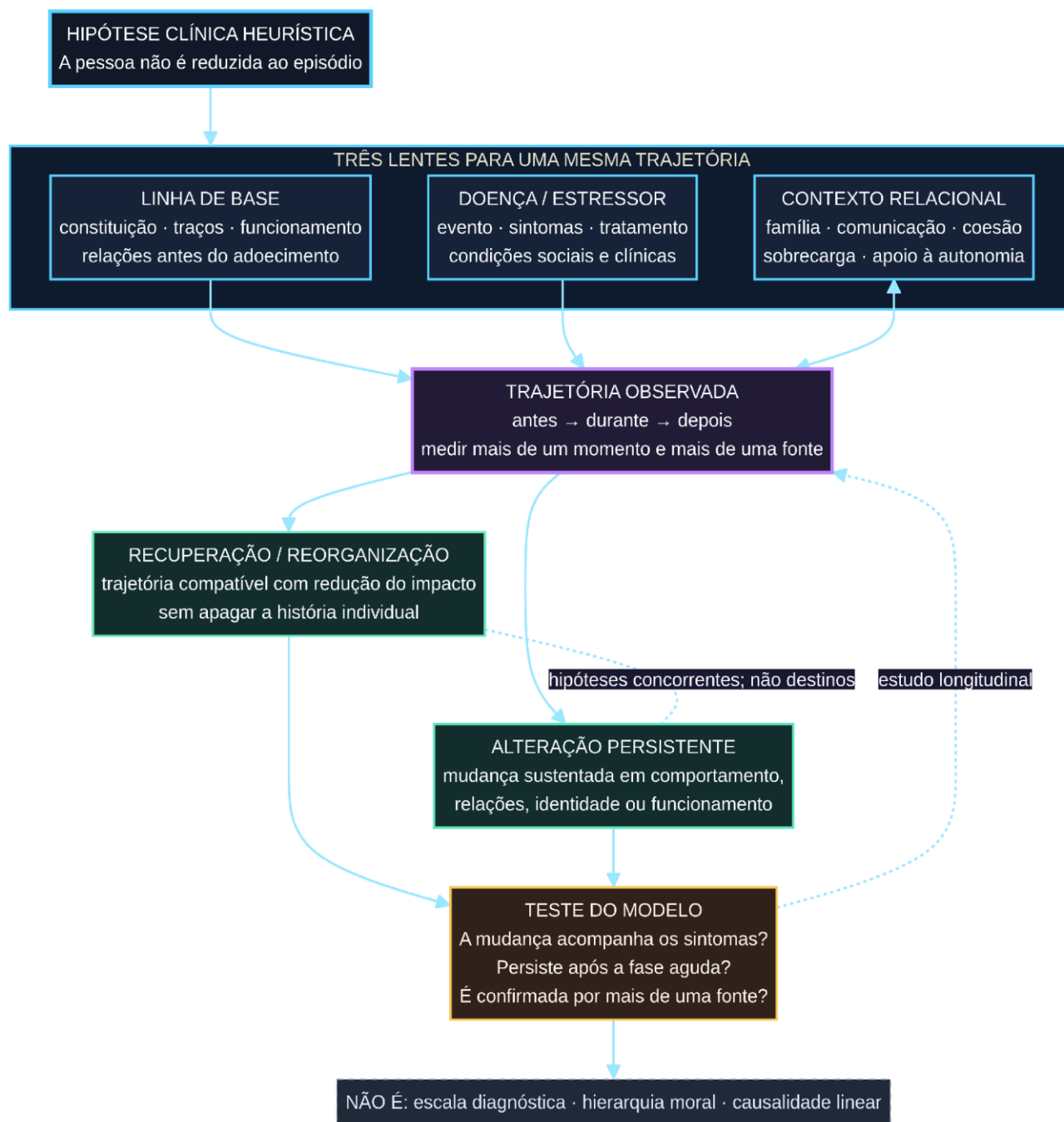


Figura 2. A pessoa não é reduzida ao episódio: síntese da hipótese clínica heurística. Três lentes — linha de base, doença/estressor e contexto relacional — convergem para uma trajetória observada ao longo do tempo, com desfechos que não são determinados por uma única variável.

Fonte: Os autores.

Nota: A figura é uma proposição conceitual para organizar a investigação clínica e não representa uma escala diagnóstica, uma hierarquia moral ou uma relação causal comprovada.