



De ‘*Bouffée Délirante*’ a Perturbação Psicótica Aguda e Transitória: Revisitação do Conceito a Propósito de Um Caso Clínico

From Bouffée Délirante to Acute and Transient Psychotic Disorder: Concept Review in the Context of a Clinical Case

Joana Ribeiro*[✉], Pedro Oliveira*, Adriana Pestana Santos*, Tânia Silva*, Nuno Madeira*

RESUMO

Introdução: Desde o Séc. XIX que têm sido descritos quadros psicóticos de início súbito e duração limitada. Tendo sido a ‘*Bouffée Délirante*’ o primeiro quadro a ser descrito, ao longo da história da Psiquiatria várias foram as entidades nosológicas que, entretanto, surgiram nas diferentes escolas: *Psicose Ciclóide*, *Psicose Psicogénica*, *Psicose Atípica*, entre outros.

Objetivos: Neste artigo, a propósito de um caso clínico, os autores propõem-se realizar uma revisão dos conceitos históricos das Perturbações Psicóticas Agudas e Transitórias.

Métodos: Descrição de um caso clínico e revisão da literatura.

Resultados: Caso clínico de um doente de 44 anos com quadro psicótico de início agudo e curta duração, com remissão completa em três dias e retorno ao seu nível de funcionamento habitual.

Discussão/Conclusão: Apesar das divergências entre as diferentes concepções teóricas que se mantiveram durante décadas como entidades independentes, actualmente, esses conceitos encontram-se reunidos na 10^a edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) sob a denominação de Perturbações Psicóticas Agudas e Transitórias. Embora estas classificações não incluam todas as características clínicas inicialmente descritas, procurando o estabelecimento de critérios diagnósticos mais específicos, existe ainda uma percentagem significativa de doentes nos quais o diagnóstico é revisto para uma doença mental crónica.

Palavras-Chave: *Bouffée Delirante*; Psicose Aguda; Psicose Ciclóide; Psicose Atípica; Perturbações Psicóticas Agudas e Transitórias.

ABSTRACT

Introduction: Since the 19th century, psychotic disorders of sudden onset and limit-

*CRI Psiquiatria e Saúde Mental – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. ✉joanavsribeiro@gmail.com.

Recebido / Received: 13/12/2016 • Aceite / Accepted: 26/06/2017

ed duration have been described. Although 'Bouffée Délirante' was the first concept to be described, throughout the history of Psychiatry various nosological entities have appeared in the different schools: Cycloid Psychosis, Psychogenic Psychosis, Atypical Psychosis, among others.

Objectives: *In this article, in the context of a clinical case, the authors propose to review the historical concepts of Acute and Transient Psychotic Disorders.*

Methods: *Description of a clinical case and review of the literature.*

Results: *Clinical case of a 44-year-old patient with acute onset psychotic symptoms and limited duration, with complete remission in three days and return to normal functioning level.*

Discussion and Conclusions: *In spite of the divergences between the different theoretical conceptions that have remained for decades as independent entities, these concepts are currently grouped in the 10th edition of the International Classification of Diseases (ICD-10) under the category of Acute and Transient Psychotic Disorders. Although these classifications do not include all the clinical features initially described in seeking to establish more specific diagnostic criteria, there's still a significant percentage of patients in whom the diagnosis changed to a chronic mental illness.*

Key-Words: *Bouffée Délirante; Acute Psychosis; Cycloid Psychosis; Atypical Psychosis; Acute and Transient Psychotic Disorders.*

INTRODUÇÃO

Episódios psicóticos agudos de início súbito e curta duração têm sido largamente descritos por diversos autores¹. Ao longo da história da Psiquiatria, embora estes quadros tenham sido reconhecidos como entidades clínicas próprias, os critérios de diagnóstico frequentemente variaram ao longo do tempo², assumindo designações distintas consoante as diferentes escolas psiquiátricas³.

Quadro I. Sinónimos Perturbações Psicóticas Agudas e Transitórias - PPAT (adaptado de Marneros e Pillmann⁴).

Sinónimos de PPAT

Esquizofrenia aguda (indiferenciada)

Bouffée délirante

Psicoses ciclóides

Reacção paranóide

Psicose psicogénica (paranóide)

Psicose Reactiva

Reacção esquizofrénica

Ataque ou psicose esquizofreniforme

Esquizofrenia remitente

Esquizofrenia de bom prognóstico

Holodisfrenias

Os conceitos das diferentes escolas encontram-se actualmente reunidos na 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) na categoria das Perturbações Psicóticas Agudas e Transitórias (PPAT)⁵. Nesta categoria estão incluídos, entre outros, os quadros de *Perturbação Psicótica Polimórfica Aguda* com e sem sintomas

de esquizofrenia e *Perturbação Psicótica Esquizofreniforme Aguda*⁶ (Figura 1). Na 5ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) encontram-se divididas entre duas catego-

rias diferentes: *Perturbação Psicótica Breve* e *Perturbação Esquizofreniforme*⁷. O Quadro II ilustra semelhanças e diferenças face ao início e duração dos sintomas nas duas classificações.

Quadro II. Início e duração dos sintomas psicóticos na CID-10 e na DSM-5.

	Perturbações Psicóticas Agudas e Transitórias (CID-10)	Perturbação Psicótica Breve (DSM-5)	Perturbação Esquizofreniforme (DSM-5)
Início dos sintomas	< 2 semanas	< 2 semanas	< 2 semanas
Duração dos sintomas	1 a 3 meses	< 1 mês	≥ 1 mês e ≤ 6 meses

Perturbações psicóticas agudas e transitórias (F23)	Perturbação Psicótica Polimórfica Aguda Sem sintomas de esquizofrenia (F23.0) Com sintomas de esquizofrenia (F23.1)
	Perturbação psicótica esquizofreniforme aguda (F23)
	Outras perturbações psicóticas agudas predominantemente delirantes (F23,3)
	Outras perturbações psicóticas agudas e transitórias (F23.8)
	Perturbação Psicótica Aguda e Transitória, não especificada (F23.9)

Figura 1 – Classificação das Perturbações Psicóticas Agudas e Transitórias (CID-10).

REVISÃO DE CONCEITO

O subtipo polimórfico da actual classificação (CID-10) reúne o conceito de '*Bouffée Délirante*' da escola francesa e o conceito de *Psicose Ciclóide* da escola alemã⁸, quadros caracte-

terizados por sintomas francamente mutáveis ao longo do tempo.

A '*Bouffée Délirante*' foi descrita no Séc. XIX pelo psiquiatra francês Valentin Magnan (1835-1916), tendo como principais caracte-

rísticas clínicas o início súbito de ideias delirantes e a rápida evolução de uma sintomatologia intensa que confere conteúdos diferentes e muitas vezes variáveis, remetendo num curto período de tempo¹. No início do século XX, o conceito de *'Bouffée Délirante'* foi abandonado com a influência da perspectiva dicotómica de Kraepelin, tendo sido mais tarde recuperado por Henri Ey (1900-1977) separando-o do conceito da Esquizofrenia².

Em 1924, o psiquiatra alemão Karl Kleist (1879-1960) introduziu o conceito de *Psicose Ciclóide*, no seguimento das entidades de Psicose Ansiosa e Psicose da Motilidade cunhadas

pelo seu professor Wernicke⁵. A Psicose Ciclóide manifestava-se em diferentes momentos ao longo da vida, muitas vezes apresentando sintomas opostos como confusão e estupor, hipercinésia e acinésia, não provocando a deterioração mental do indivíduo¹.

Mais tarde, Karl Leonhard (1904-1988) dividiu as psicoses ciclóides em três sub-tipos diferentes: psicoses de ansiedade-êxtase, psicoses confusionais e psicoses da motilidade; que incluiu no seu sistema de classificação das Psicoses Endógenas (Quadro III)⁵. No Quadro IV podemos rever as principais características clínicas de cada um dos sub-tipos de Leonhard.

Quadro III. Classificação das psicoses endógenas segundo Karl Leonhard (adaptado de Sallet e Gattaz⁶).

Classificação das psicoses endógenas de Karl Leonhard			
1. Psicoses fásicas (exceto as ciclóides)	1.1. Doença maniaco-depressiva		
	1.2. Melancolia pura e mania pura	1.2.1. Melancolia pura 1.2.2. Mania pura	
	1.3. Depressões puras e euforias puras	1.3.1. Depressões puras	1.3.1.1. Depressão agitada 1.3.1.2. Depressão hipocondríaca 1.3.1.3. Depressão auto-torturada 1.3.1.4. Depressão desconfiada 1.3.1.5. Depressão apática
		1.3.2. Euforias puras	1.3.2.1. Euforia improdutiva 1.3.2.2. Euforia hipocondríaca 1.3.2.3. Euforia exaltada 1.3.2.4. Euforia confabulatória 1.3.2.5. Euforia apática

Classificação das psicoses endógenas de Karl Leonhard			
2. Psicoses cicloídes	2.1. Psicose de angústia/felicidade 2.2. Psicose confusional excitada/inibida 2.3. Psicose da motilidade hipercinética/acinética		
3. Esquizofrenias não-sistemáticas	3.1. Parafrenia afetiva 3.2. Catafasia ou esquizofasia 3.3. Catatonia periódica		
4. Esquizofrenias sistemáticas	4.1. Esquizofrenias sistemáticas simples 4.2. Esquizofrenias sistemáticas combinadas:	4.1.1. Formas catatônicas 4.1.2. Formas hebefrênicas 4.1.3. Formas paranóides 4.2.1. Catatonias sistemáticas combinadas 4.2.2. Hebefrenias sistemáticas combinadas 4.2.3. Parafrenias sistemáticas combinada	4.1.1.1. Catatonia paracinética 4.1.1.2. Catatonia maneirista 4.1.1.3. Catatonia proscinética 4.1.1.4. Catatonia negativista 4.1.1.5. Catatonia parafêmica 4.1.1.6. Catatonia hipofêmica 4.1.2.1. Hebefrenia pueril 4.1.2.2. Hebefrenia excêntrica 4.1.2.3. Hebefrenia embotada 4.1.2.4. Hebefrenia autística 4.1.3.1. Parafrenia hipocondríaca 4.1.3.2. Parafrenia fonêmica 4.1.3.3. Parafrenia incoerente 4.1.3.4. Parafrenia fantástica 4.1.3.5. Parafrenia confabulatória 4.1.3.6. Parafrenia expansiva

Quadro IV. Características clínicas das psicoses ciclóides (adaptado de Jabs, Stöber e Pfulmann¹⁰).

Psicose da motilidade hiperkinética/acinética	Psicose confusional excitada/inibida	Psicose de angústia/felicidade
<u>Hipercinésia:</u> - Aumento de movimentos expressivos/reactivos - Marcada distractibilidade	<u>Excitada:</u> - Pensamento incoerente - Discurso excessivo ou com temática incoerente	<u>Angústia:</u> - Ansiedade grave - Ideias autodestrutivas - Ideias de perseguição ou ameaça
<u>Hipocinésia:</u> - Ausência de movimentos reactivos - Rigidez dos movimentos expressivos - Diminuição dos movimentos voluntários	<u>Inibida:</u> - Pensamento inibido - Perplexidade - Ideação auto-referencial - Alucinações auditivas, visuais ou somáticas	<u>Felicidade:</u> - Humor elevado com ideias de felicidade, vocação, componente altruísta
<u>Sintomas gerais:</u> - Discurso incoerente - Mutismo - Alterações do humor - Alucinações	<u>Sintomas gerais:</u> - Falsos reconhecimentos fugazes - Ideação auto-referencial fugaz - Alucinações fugazes - Labilidade emocional	<u>Sintomas gerais:</u> - Ilusões ou alucinações relacionadas com as emoções - Variações rápidas entre angústia e felicidade

Ainda no início do século XX, August Wimmer, psiquiatra dinamarquês, introduziu o conceito de *Psicose Psicogénica* (mais tarde também designada por *Psicose Reactiva*) que se tornou bastante popular nos países escandinavos. Para Wimmer, esta surgia em indivíduos susceptíveis, quando expostos a traumas mentais, sendo estes que determinariam o início, a flutuação e a remissão do quadro. Igualmente, a forma e o conteúdo da psicose estariam relacionados com as características do trauma, sendo compreensíveis à luz deste. Após a remissão o indivíduo retornava ao seu funcionamento pré-mórbido, sem qualquer deterioração¹.

Em 1933, Jacob Kasanin introduziu o termo *Psicose Esquizoaffectiva Aguda* após ter observado nove doentes inicialmente diagnosticados com *Dementia Praecox* que apresentavam sintomas psicóticos e afectivos, dos quais recuperaram totalmente após várias semanas. À semelhança das anteriores, esta entidade surge perante a dificuldade em enquadrar estes doentes dentro da dicotomia Kraepeliniana¹¹. Actualmente a Perturbação Esquizoaffectiva continua a fazer parte das classificações, contudo os critérios diagnósticos modificaram-se relativamente à descrição de Kasanin, não se enquadrando já numa psicose aguda como descrita inicialmente.

Em 1939, na Noruega, Gabriel Langfeldt (1895-1983) e colaboradores estudaram um grupo de doentes com psicoses *esquizofrenia-like* que demonstraram melhor prognóstico do que a esquizofrenia, distinguindo-se desta pela ausência de sintomas negativos e períodos de retorno ao funcionamento base do indivíduo. À data, Langfeldt designou estas psicoses como Esquizofreniformes, tendo admitido que este se tratava de um grupo diagnóstico heterogéneo, sendo previsível uma frequente mudança de diagnóstico para outro tipo de psicoses, o que mais tarde se veio a confirmar na reavaliação desse mesmo grupo de doentes¹².

Em 1945, Hisatoshi Mitsuda introduziu o conceito de *Psicoses Atípicas* no Japão, terminologia que posteriormente se difundiu a nível mundial, tendo sido utilizada em diversos países. De acordo com Mitsuda, o quadro clínico é caracterizado por uma rápida e flutuante sucessão de sintomas. Inicialmente são frequentes alterações emocionais, seguidas de estados confusionais, alucinações e delírios. O seu curso é maioritariamente episódico ou periódico, no entanto, para este autor, a remissão completa não é obrigatória, podendo ocorrer desenvolvimento de alguns défices permanentes em alguns doentes. Este critério levou a que se questionasse a separação da psicose atípica da esquizofrenia, tendo caído em desuso a utilização deste conceito¹.

Em Portugal, o trabalho de Barahona Fernandes (1907-1992) será talvez o mais conhecido nesta área. Barahona propôs uma designação de *Holodisfrenias* (1957) para quadros em que considerava haver uma desintegração aguda da mente, com episódios variados,

sem alteração a longo prazo da personalidade dada a reintegração total após cada episódio. As características essenciais das holodisfrenias seriam o carácter agudo e a rápida evolução, a labilidade das manifestações, a fragmentação da consciência, dificuldades na percepção, orientação e memória, com retorno à personalidade pré-psicótica aquando da remissão¹³. Além de Barahona, em Portugal também Pedro Polónio se dedicou ao estudo destes quadros publicando além da sua tese de doutoramento em 1950 acerca da "Estrutura das Psicoses e Tratamento Insulínico", também em 1953 o artigo de investigação "Psicoses e Reações Ciclóides". Neste artigo, Polónio, questionou a entidade nosológica das psicoses ciclóides considerando que, por muitas vezes evoluírem para quadros de esquizofrenia ou psicose maníaco-depressiva, se enquadrava melhor na definição de síndrome¹³.

Caso Clínico

H., 44 anos, emigrante em França, casado, com uma filha de sete anos. Trabalha na construção civil, à data de férias em Portugal. Após noite de insónia total foi levado ao Serviço de Urgência por familiares por nas últimas horas ter iniciado quadro de alterações do comportamento com agitação psicomotora marcada e discurso incoerente.

No Serviço de Urgência, o doente encontrava-se consciente e orientado auto e alopsi-quicamente. Apresentava períodos de grande inquietação psicomotora, com discurso verborreico, em que alternava entre o francês e o português, verbalizando ideação delirante de temática mística e persecutória— "Sinto-me bizarro, não pertença aqui. Não sei porque me

escolheram a mim. Eles andam atrás de nós. A Terra explodiu e estamos todos no inferno, o diabo influencia as pessoas que querem fazer o bem a fazerem mal. As forças do mal perseguem-me. Já fiz coisas de que me arrependo. Não mereço deitar-me na maca, sou um pecador.” (*sic*). Em alguns períodos apresentava ainda delírio de Capgras – “A minha família não é a minha família, são outras pessoas a fazerem-se passar por eles. Nem os meus filhos são eles.” (*sic*). Presentes alucinações auditivo-verbais – “Eles não se calam, mandem-nos calar, eles só dizem mal de mim, não aguento mais.” (*sic*) Patente, ainda grande labilidade emocional. A estes períodos seguiam-se outros de marcada lentificação psicomotora.

No Serviço de Urgência foi realizado controlo analítico com hemograma, bioquímica, alcalose e pesquisa de substâncias na urina que não revelou alterações além de aumento da CK (304U/L) no contexto da agitação psicomotora. Realizou ainda TC-CE que não revelou qualquer alteração. O doente permaneceu em observação no Serviço de Urgência durante cerca de 24h, tendo sido administrada ao longo desse período olanzapina 10mg 3id.

Por manutenção da sintomatologia, foi internado no Serviço de Psiquiatria para estabilização. Durante o internamento, ficou medicado com risperidona 2mg 2id e lorazepam 1mg 3id, tendo-se verificado uma rápida e completa remissão da sintomatologia, tendo tido alta ao terceiro dia de internamento com o diagnóstico de Perturbação Psicótica Polimórfica Aguda.

Neste período, apurou-se junto do próprio e da família, dois episódios prévios semelhantes, o primeiro aos 36 anos também em período em que se encontrava de férias em Portugal, precedido de privação de sono e caracterizado por elação de humor e ideação delirante mística que motivaram internamento, com remissão completa em três dias, tendo tido alta com o diagnóstico de Episódio Maníaco. O segundo episódio ocorreu aos 39 anos, em França, também precedido de privação de sono e caracterizado por grande agitação psicomotora e ideação delirante mística e persecutória. Também este episódio levou a internamento, tendo remitido em cerca de uma semana, tendo tido alta com o diagnóstico de *Bouffée Delirante* (Figura 2).

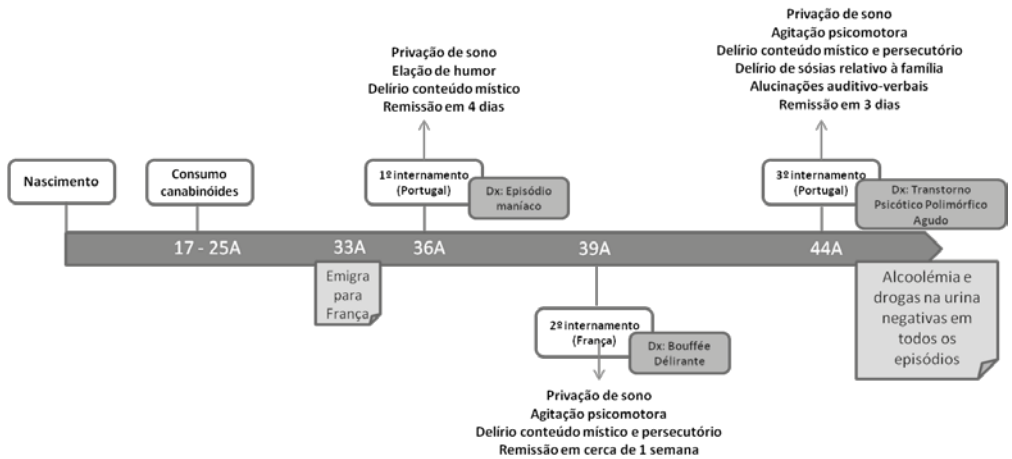


Figura 2 – Cronograma do Caso Clínico.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

Psicopatologicamente, as psicoses agudas e transitórias têm sido descritas como quadros de curta duração caracterizados por distorção da realidade, com alterações marcadas das emoções e do comportamento, agitação psicomotora e comportamentos bizarros, nos quais após a remissão do episódio agudo o doente retorna completamente ao nível de funcionamento pré-mórbido¹⁴. A associação com eventos de vida *stressores* tem também sido descrita com frequência¹⁵. O caso descrito é uma boa ilustração dos quadros a que nos referimos. Como mencionado acima, após múltiplas designações e a inclusão de diferentes características clínicas ao longo da história, as classificações internacionais actuais procuraram uniformizar os critérios de diagnóstico destas psicoses. De facto, no final do século XX houve

um esforço da comunidade científica internacional para reunir as várias entidades nosológicas defendidas pelas diferentes escolas psiquiátricas ao longo do final do século XIX e início do século XX. Apesar de algumas divergências entre os diferentes conceitos, que se mantiveram durante décadas levando à sua manutenção enquanto patologias independentes, vários são os pontos em comum entre os mesmos: início abrupto da psicose, duração limitada, retorno ao nível de funcionalidade pré-mórbido, geralmente bom prognóstico. No entanto, não podemos esquecer os avanços da Psiquiatria e a capacidade actual que temos para o diagnóstico diferencial com causas orgânicas de psicose que poderiam ser responsáveis por parte dos casos identificados ao longo da história. De facto, alterações hormonais (p.ex. hipo ou hipertiroidismo), epilepsia, in-

fecções do sistema nervoso central (p.ex. encefalites, neurosífilis), entre outras, podem ser causas orgânicas de sintomatologia psicótica que geralmente assume características atípicas à semelhança da PPAT, podendo no passado ter sido fonte de confusão diagnóstica^{16,17}.

Outra questão que se coloca ao analisarmos o caso clínico descrito é a recorrência dos episódios psicóticos (três episódios num período de onze anos). De facto, a hipótese de recorrência tem sido já referida na literatura. *Abe et al.*, num estudo de follow-up de doze anos de 16 doentes com PPAT, verificaram que apenas 50% mantinham o diagnóstico após os 12 anos, apresentando uma taxa de recorrência de 60% e na sua maioria com três ou mais episódios neste período. Nos restantes ocorreu mudança de diagnóstico, sobretudo para Esquizofrenia (31,3%)¹⁸. A manutenção do diagnóstico em apenas 50% dos casos vai de encontro a dados mais antigos utilizando os critérios diagnósticos de *Bouffée Délirante* nos quais 57,7% mantiveram o diagnóstico, com 42,3% a serem rediagnosticados com Esquizofrenia¹⁹. Embora sejam descritas tais similitudes, dada a raridade destes quadros, existem ainda poucos estudos, e com amostras pequenas, acerca do curso clínico destas psicoses.

Por outro lado, embora os critérios actuais tenham procurado ser mais específicos do que os utilizados nas descrições históricas, existe ainda uma percentagem significativa de doentes nos quais o diagnóstico é revisto para uma doença mental crónica, seja esquizofrenia, seja doença afectiva bipolar, tendo sido inclusive classificada como um subtipo desta pelo sueco Jan-Otto Ottosson^{20,21}. Portanto, perante

um diagnóstico de PPAT, será uma boa prática manter vigilância clínica destes doentes.

Conflitos de Interesse/*Conflicting Interest*:

Os autores declaram não haver qualquer conflito de interesses relativamente ao presente artigo. / *The authors have declared no competing interests exist.*

Fontes de Financiamento / *Funding*:

Não existiram fontes externas de financiamento para a elaboração deste artigo. / *The authors have declared no external funding was received for this study.*

Bibliografia / *References*

1. Pillmann F, Marneros A. Brief and acute psychoses: the development of concepts. *Hist Psychiatry*. 2003;14(2):161-177.
2. Pillmann F, Haring A, Balzuweit S, Blöink R, Marneros A. Bouffée délirante and ICD-10 acute and transient psychoses: a comparative study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003;37(3):327-333.
3. Marneros A, Pillmann F. Concepts and synonymy. In: *Acute and Transient Psychosis*. 1st Edition. Cambridge: Cambridge University Press; 2004. p.16-42.
4. Marneros A, Pillmann F. Psychiatric sculptors and psychiatric sculptures: the unformed clay and Kraepelin's visions. In: *Acute and Transient Psychosis*. 1st Edition. Cambridge: Cambridge university press; 2004. p. 3-15.
5. Pillmann F, Haring A, Balzuweit S, Blöink R, Marneros A. Concordance of acute and transient psychoses and cycloid psychoses. *Psychopathology*. 2001;34(6):305-311.
6. World Health Organization: *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*,

- Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. 5th Edition. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
 8. Castagnini A, Foldager L. Epidemiology, course and outcome of acute polymorphic psychotic disorder: implications for ICD-11. *Psychopathology*. 2014;47(3):202-206.
 9. Sallet PC, Gattaz WF. Classificação das psicoses endógenas de Karl Leonhard. *Rev Psiquiatr Clin*. 2002;29(3):135-149.
 10. Jabs B, Stöber G, Pfuhlmann B. Cycloid Psychoses: Clinical Symptomatology, Prognosis, and Heredity. *PsiLogos*. 2007;4(1-2):10-16.
 11. Heckers S. Is schizoaffective disorder a useful diagnosis? *Curr Psychiatry Rep*. 2009;11(4):332-337.
 12. Strakowski M. Diagnostic Validity of Schizophreniform Disorder. *Am J Psychiatry*. 1994;151(6):815-824.
 13. Gamito A. Psicoses Agudas e Transitórias – A Escola Portuguesa e o Conceito de Holodisfrenia. *PsiLogos*. 2007;4(1-2):17-22.
 14. Marneros A, Pillmann F, Haring A, Balzuweit S, Blöink R. Features of acute and transient psychotic disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2003;253(4):167-174.
 15. Castagnini A, Foldager L. Variations in incidence and age of onset of acute and transient psychotic disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013; 48(12):1917-1922.
 16. Morais S, Lagarto L, Cerejeira J. Perturbação delirante, perturbação esquizoafectiva e psicoses agudas. In: *Psiquiatria Fundamental*. 1ª edição. Lisboa: Lidel; 2014. p. 159-181.
 17. Rafaela D, Lagarto L, Cerejeira J. Delirium e outras perturbações mentais orgânicas. In: *Psiquiatria Fundamental*. 1ª edição. Lisboa: Lidel; 2014. p. 407-423.
 18. Abe T, Otsuka K, Kato S. Long-term clinical course of patients with acute polymorphic psychotic disorder without symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;60(4):452-457.
 19. Singer L, Roos L, Danion J. Bouffées délirantes et schizophrénie: Étude catamnastique comparative de deux groupes de patients. *Ann Med Psychol*. 1986;144:1029-1044.
 20. Castagnini AC, Munk-Jorgensen P, Bertelsen A. Short-term course and outcome of acute and transient psychotic disorders: differences from other types of psychosis with acute onset. *Int J Soc Psychiatry*. 2016;62(1):51-56.
 21. Bergsholm P. Is schizophrenia disappearing? The rise and fall of the diagnosis of functional psychoses: an essay. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):387.