

Psicoses Agudas e Transitórias – A Escola Portuguesa e o Conceito de Holodisfrenia¹

António Gamito*

Resumo:

O presente artigo vai debruçar-se sobre a escola portuguesa e o conceito de holodisfrenia. Ao longo do mesmo deter-me-ei, de forma breve, na origem e individuação deste tipo de psicoses agudas e polimórficas. Seguidamente falarei da Escola Portuguesa abordando as suas raízes, principais personagens e isolando os elementos que a distinguem. Por último, detalharei a clínica das holodisfrenias realçando o que há de actual e pertinente no conceito.

Palavras-Chave: Psicoses Agudas e Transitórias; Holodisfrenia; Escola Portuguesa.

Acute and Transient Psychoses - The Portuguese School and the Concept of Holodisphrenia

Abstract:

This paper addresses the Portuguese school and the concept of holodisfrenia. During the current, I will briefly analyse the origin and individuation of these kinds of acute polymorphic psychosis. Subsequently I will discuss the Portuguese School, by examining its roots, its principal individualities, and by isolating the elements that distinguish it. Finally I will elaborate on the clinical aspects of the Holodisfrenias, highlighting that which is contemporary and pertinent in the concept.

Keywords: *Acute and Transient Psychosis; Holodisphrenia; Portuguese School.*

PSICOSES AGUDAS E TRANSITÓRIAS – AS ORIGENS

No fim do século XIX e em toda a primeira metade do século XX, em pequenos núcleos localizados em vários países europeus, psiquiatras começaram a individualizar um grupo sindrómico restrito de quadros psicóticos que pareciam não se integrar satisfatoriamente nas duas grandes entidades nosológicas definidas por Emil Kraepelin em 1899 – a psicose maníaco-depressiva e a demência praecox.

Em 1885 Magnan descreveu pela primeira vez uma condição psicopatológica caracterizada por início súbito, sintomatologia polimorfa e curso recorrente que inscreveu como subtipo das psicoses degenerativas (Morel) com a designação de baforada delirante.

Tal entidade tornou-se conhecida da psiquiatria alemã. Em 1900 Carl Wernicke descreveu pela primeira vez o que designou como “psicoses da motilidade”, “psicoses de ansiedade” e a “autopsicose expansiva”.

Kleist denominou tais psicoses (1924) fásicas de bom prognóstico e carácter bipolar com o nome de “psicoses ciclóides”, entidades nosológicas independentes da psicose maníaco-depressiva.

Leonhard dividiu finalmente as psicoses ciclóides em três grupos distintos: as psicoses de ansiedade-êxtase, as psicoses confusionais e as psicoses da motilidade.

Por outra parte, na Escandinávia, August Wimmer (1916) desenvolveu o conceito da psicose psicogénica baseado no conceito de reacção de Karl Jaspers^{1,2}.

¹ Comunicação apresentada no 2.º Simpósio do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca.

* Assistente Graduado. Coordenador da Unidade de Internamento: Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca.

A ESCOLA PORTUGUESA

O estudo e desenvolvimento da conceptualização destas psicoses polimórficas, em Portugal, deve-se ao trabalho de Barahona Fernandes e Pedro Polónio, entre outros.

Tudo começou com o ingresso de Barahona Fernandes na Clínica Psiquiátrica de Lisboa (a funcionar no actual Hospital Miguel Bombarda) em 1930.

Aí, sob a égide de Sobral Cid (que ao contrário de Júlio de Matos tinha uma forte influência da psiquiatria alemã) começou a identificar síndromes atípicas, dificilmente classificáveis como esquizofrenia ou psicose maníaco-depressiva.

Em 1934 Barahona Fernandes parte para Frankfurt e estagiará durante dois anos na clínica de Kleist. Receberá a influência de Fünfgeld, decisiva para o seu trabalho futuro. Antes de regressar a Portugal, passa um ano na clínica de Kurt Schneider, em Munich, onde verifica que as psicoses que vimos referindo são indiscriminadamente diagnosticadas como esquizofrenias^{2,3}.

Em 1938 Barahona Fernandes publicou a sua tese de doutoramento sobre patopsicologia e fisiopatologia das síndromes hipercinéticas. Aí descreve as síndromes hipercinéticas das psicoses ciclóides, síndromes autóctones que *“constituíam elas próprias toda a psicose pelo seu aparecimento e evolução autónoma, repetindo-se intermitentemente sob a mesma forma ou alternando com fases acinéticas”*⁴.

Outras publicações tiveram lugar em anos subsequentes contribuindo para o estudo deste grupo de psicoses entre nós.

Delas destaco a publicação da tese de doutoramento de Pedro Polónio, em 1950, intitulada “Estrutura das Psicoses e Tratamento Insulínico”⁵; o artigo de investigação “Psicoses e Reacções Ciclóides”² em 1953 e finalmente, a monografia de Barahona Fernandes “Esquizofrenias Agudas e Holodisfrenias”³ publicada pela primeira vez em 1957.

Os resultados da investigação clínica de Pedro Polónio e a reflexão deste e de Barahona Fernandes sobre este tipo de psicoses polimórficas de que vimos falando, faz com que na Escola de Lisboa surgisse uma conceptualização inovadora destes quadros clínicos:

- 1) Embora continue a usar a designação “psicoses ciclóides” a Escola de Lisboa encara-as como uma única entidade e põe em causa a sua bipolaridade;
- 2) Põe em causa a sua existência como entidade nosológica realçando, todavia, a importância da sua descrição sindromática;
- 3) Dá importância à estrutura e fenomenologia destes quadros enquanto forma de os diferenciar da esquizofrenia aguda.

AS HOLODISFRENIAS

Sem “qualquer compromisso nosológico” Barahona Fernandes propõe uma nova nomenclatura para estas psicoses fazendo sobressair a noção da sua particular estrutura – altera-

ção aguda, não simplesmente afectiva, nem confusional do conjunto da vida psíquica e “fazendo sobressair o seu significado clínico, distinto do esquizofrénico”³.

Propõe a designação de holodisfrenias para estas condições em que há uma “*desintegração aguda da mente, sem dissociação da personalidade que evoluciona em episódios variados para a total reintegração do conjunto*”.

Em termos da observação transversal dos doentes, Barahona destaca alguns aspectos que considera fundamentais³. Assim:

- A *consciência* está muitas vezes alterada;
- A *atenção* é difícil de fixar;
- Há *incoerência do pensar*, com perturbação da *percepção, orientação e memória*;
- Há *incoerência no agir*.

Segundo Barahona Fernandes, as características gerais das holodisfrenias seriam as seguintes³:

- a) *Fluidez e labilidade* de todas as manifestações, não se estabilizando em novas estruturas;
- b) Carácter *agudo*, de *rápida evolução*;
- c) *Fragmentação, no tempo presente, do conjunto das funções da consciência, pensar e actividade*;
- d) *Alterações do curso de todas as actividades, com dificuldade de fixação da atenção, do pensar, com perturbações fragmentárias da percepção, orientação e memória*;

e) As estruturas permanentes da personalidade são incluídas e submergidas *nesta alteração global*;

f) Na fase de *remissão* emerge de novo a personalidade pré-psicótica, não alterada, reatando o *curso biográfico* e a *forma de existência anterior*, com tomada de *distância crítica* em relação à fase aguda.

Na Escola de Lisboa era habitual distinguirem-se subtipos de Holodisfrenias mais pela “*utilidade didáctica*” de tal prática do que pela convicção de se tratarem de entidades nosológicas separadas.

Desta forma distinguíam-se as psicoses incoerentes e da motilidade caracterizadas por hipercinésias expressivas não relacionadas com factores externos nem provindo da “*expressão afectiva de personalidade*”³, como refere Barahona Fernandes, podendo alternar com períodos acinéticos. Outra característica deste agrupamento seria a proeminência da incoerência de pensamento.

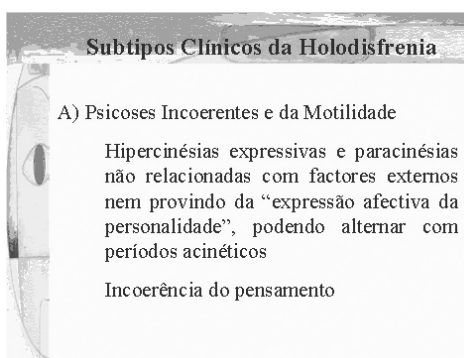
Relativamente ao subtipo paranóide distinguíam-se habitualmente o “surto paranóide” que cursava com clareza de consciência e a “*psicose paranóide atípica*”^{2,3} que cursava com predomínio de ideação paranóide mais afastada do Eu, incoerência e amnésia total ou parcial para o episódio Agudo.

Barahona Fernandes distinguia ainda uma forma que denominava de “*delírio agudo*”³. O que caracterizaria este quadro seria o início hiperagudo com graves alterações da consciência e componentes hiperacéticos

ou estuporosos marcados, com deterioração grave do estado geral. As descrições clínicas que Barahona e Pedro Polónio fazem destes quadros, assemelham-se ao que Max Fink designa como “delirium maníaco”⁶, por ele considerado um subtipo de catatonia.

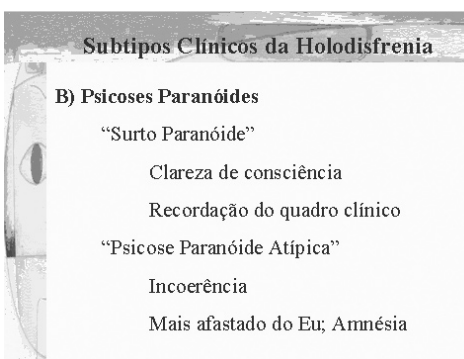
Quadros I e II

Em 1953, no seu artigo “Psicoses e Reacções Ciclóides”², Pedro Polónio dá-nos conta do estudo retrospectivo por ele efectuado englobando os processos clínicos de 1000 doentes com diagnósticos de psicose endógena, admitidos de 1930 a 1945 na Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Lisboa. Foram constituídos cinco grupos: psicose maníaco-depressiva típica, psicose maníaco-depressiva atípica, esquizofrenia típica, esquizofrenia periódica e psicoses ciclóides. Os objectivos do estudo eram: 1) fazer uma análise estrutural comparada de modo a encontrar as maiores afinidades das psicoses ciclóides; 2) perceber se a mesma análise poderia explicar as particularidades sintomáticas dos diferentes grupos de psicoses ciclóides; 3) e quais os elementos comuns na sintomatologia dos diferentes grupos das psicoses ciclóides e se estes eram suficientes para permitir constituir uma entidade única, com várias subformas, ou se era melhor individualizar psicoses autónomas. Embora o estudo sofra de naturais limitações metodológicas, vamos deter-nos nalguns dos seus principais resultados e conclusões.



Subtipos Clínicos da Holodisfrenia	
A) Psicoses Incoerentes e da Motilidade	Hipercinésias expressivas e paracinésias não relacionadas com factores externos nem provindo da “expressão afectiva da personalidade”, podendo alternar com períodos acinéticos
	Incoerência do pensamento

Quadro I



Subtipos Clínicos da Holodisfrenia	
B) Psicoses Paranóides	“Surto Paranóide”
	Clareza de consciência
	Recordação do quadro clínico
	“Psicose Paranóide Atípica”
	Incoerência
	Mais afastado do Eu; Amnésia

Quadro II

Quadros III, IV e V

Nas conclusões do seu trabalho Pedro Polónio referiu que as psicoses ciclóides teriam talvez mais carácter de síndrome que o de entidade nosológica.

Ao dizer isto, Polónio pretendia afirmar que ao verificar que muitos destes quadros evoluíam de forma semelhante à esquizofrenia ou à psicose maníaco-depressiva tal comprometia a sua individualização como entidades nosológicas autónomas.

Holodisfrenia - Estudo	
Estudo Retrospectivo de 1000 Processos Clínicos (1930-45) (Pedro Polónio)	
511 casos de Esquizofrenia	
75 casos de Esquizofrenia Periódica	
95 casos de Psicose Ciclóide	
65 casos de Psicose Maníaco-Depressiva	

Quadro III

Holodisfrenia - Estudo	
Estudo Retrospectivo de 1000 Processos Clínicos (1930-45) (Pedro Polónio)	
Factor Precipitante	47%
Início Agudo	97% nas P. incoerentes e da motilidade
	93% nas P. paranóides
Predomínio do sexo feminino	75,8% nas P. incoerentes e da motilidade
	60% nas P. paranóides

Quadro IV

Holodisfrenia - Estudo	
Estudo Retrospectivo de 1000 Processos Clínicos (1930-45) (Pedro Polónio)	
Conclusões:	
<ul style="list-style-type: none"> • Proximidade da Esquizofrenia Periódica • Psicoses Ciclóides são entidades Únicas 	
“Elas têm talvez mais carácter de síndrome, que o de entidade nosológica”	
Polónio, 1953	

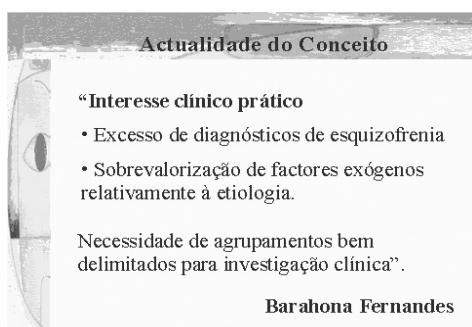
Quadro V

ACTUALIDADE DO CONCEITO

Na sua monografia “Esquizofrenias Agudas e Holodisfrenias”³, na qual Barahona Fernandes tenta compilar toda a investigação e reflexão clínica que ele e Pedro Polónio dedicaram a este assunto, Barahona refere que “*não se preocupando hoje tanto com a análise das estruturas psicopatológicas... e a evolução clínica de cada caso, muitos psiquiatras caem no erro de meter no “rol” da esquizofrenia casos com muito diferente significado e muito diferente prognóstico*” e acrescenta: “*As investigações de toda a sorte... feitas na entidade vaga e de limites esfumados da “esquizofrenia”, têm necessariamente de conduzir ao estado nebuloso em que se encontram, enquanto se não delimitarem grupos clínicos bem definidos de doentes com manifestações comuns*”. Tal afirmação seria certamente subscrita por muitos meio século depois.

Nessa mesma monografia, referindo-se à importância prática da análise clínica feita em torno das holodisfrenias, Barahona justifica-a de duas formas: pelo interesse clínico prático e pela necessidade de agrupamentos bem delimitados para investigação clínica³.

É curioso que quase 50 anos antes, duas das mais importantes conclusões do estudo de Halle¹ tenham sido premonidas e enunciadas por esta Escola Portuguesa quase completamente olvidada.



Quadro VI

Bibliografia

1. Marmeros, A.; Pilmann, F.; Acute and Transient Psychosis. Cambridge. Cambridge University Press, 2004.
2. Polónio, P; Psicoses e Reacções Ciclóides. Actas Luso-Espanholas de Neurologia e Psiquiatria. 1953, XII-!, I-21.
3. Barahona Fernandes, M.; Esquizofrenias Agudas e Holodisfrenias. Anais Portugueses de Psiquiatria. 1957, 142-176.
4. Barahona Fernandes, M.; Antropociências da Psiquiatria e Saúde Mental. Lisboa. Fundação C. Gulbenkian, 391-426. 1998.
5. Polónio, P; Estrutura das Psicoses e Tratamentos Insulínicos. Anais Portugueses de Psiquiatria. 1950, nº2.
6. Fink, M; Tylon, M.; Catatonia – A Clinicians Guide to Diagnosis and Treatment. Cambridge. Cambridge University Press, 2003.