

O Conceito de Parafrenia e a Sua Actualidade¹

Nuno Borja Santos*

Resumo:

Este trabalho inicia-se com uma revisão histórica do conceito de parafrenia, apontando a contribuição de Kraepelin e o posterior esquecimento deste diagnóstico ao longo do século XX. Seguidamente, um estudo recente suportando a validade deste diagnóstico é referido. Conceitos como “parafrenia tardia” e parafrenia afectiva são também mencionados. Nas conclusões, é discutida a relevância actual do diagnóstico de parafrenia.

Palavras-Chave: Parafrenia; Esquizofrenia; História.

The Concept of Paraphrenia and Its Actuality

Abstract:

This paper initially reviews the historical development of the concept of paraphrenia, stressing Kraepelin's important contribution, as well as the progressive fading out of this diagnosis during the XXth century. Then, a recent study supporting the validity of the diagnosis of paraphrenia is pointed out. Concepts, such as “late paraphrenia” and “affective paraphrenia”, are mentioned. In the conclusions, the relevance of paraphrenia diagnosis is discussed.

Keywords: *Paraphrenia; Schizophrenia; History.*

A EVOLUÇÃO DO CONCEITO

O aparecimento do termo

Na Prússia, L. Kahlbaum (1828-1899), defendeu em 1863 uma tese em que pugnava (e elaborava) por uma classificação baseada nas ciências naturais e no empirismo¹. Aqui, identificou a demência, que considerava um estado de défice psíquico consequente à instalação de um determinado processo e que se opunha aos enfraquecimentos psíquicos primitivos.

Estas demências podiam ser de três tipos: a neofrenia, sempre que o processo se originasse na infância, e a parafrenia, quando tal ocorresse na adolescência e adultícia. Na última, distinguiu duas formas: a *paraphrenia hebetica* – correspondente à demência precoce de Morel e característica da puberdade – e a *paraphrenia senilis* – próxima das actuais demências senis². Como vemos, o termo “parafrenia” é aqui usado de uma forma diferente, se não oposta, da actual. Para Kahlbaum, referia-se a doenças mentais que tendiam a verificar-se nas idades transicionais da vida³.

Os autores franceses

Em 1895, V. Magnan (1835-1916), que tentou dar uma dimensão nosográfica ao conceito de degenerescência de B. A. Morel (1809-1873), dele excluiu, entre outras entidades, a mania, a melancolia, a paranóia e o delírio crónico de evolução sistemática. Estas entidades

¹ Comunicação apresentada no World Psychiatric Association International Congress (Julho 2006, Istambul), integrada no Workshop “Return to Kraepelin”.

* Assistente Graduado: Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca.

opunham-se às psicoses degenerativas, por estas serem caracteristicamente atípicas e mal sistematizadas. Mas foi o facto de Magnan e seus seguidores nem sempre se apoiarem no carácter evolutivo – por exemplo, incluíam, na degenerescência, a idiotia e a imbecilidade - que os levou a ser ultrapassados pela escola kraepeliniana. Outro dos seus erros terá sido o de ligar a degenerescência à hereditariedade², como, aliás, já o fizera Morel¹. De facto, sabe-se hoje, que algumas entidades por Magnan excluídas da degenerescência, têm uma forte predisposição hereditária.

Mas o delírio crónico de evolução sistemática, descrito por Magnan e Gerente como um quadro iniciado com um período de incubação seguido de delírio de perseguição e grandeza pode incluir-se no conceito de parafrenia que viria a ser definido por E. Kraepelin (1856-1926) e que chegou aos nossos dias². A fronteira entre este delírio e a demência precoce foi estabelecida por Ségla, em 1900¹. Mas o termo “parafrenia” só entraria na escola francesa, com o adjectivo de “fantástica”. O conceito de “parafrenia fantástica” de Kraepelin, que adiante abordaremos, foi retido pelos autores franceses⁴ e corresponde sensivelmente, ao delírio de imaginação fantástica de Dupré e Logre⁵, posição que não é aceite por todos⁶. Todavia, H. Ey (1900-1977), na segunda metade do século XX, ainda divide as psicoses crónicas em sistematizadas (paranóia), fantásticas (parafrenia) e autistas (esquizofrénicas)⁵.

Entretanto, em 1912, G. Ballet (1853-1916) publicara a sua descrição da psicose alucinatória crónica cuja característica principal é o predomínio das alucinações e alterações da posse do pensamento como “motores” para a construção delirante⁴. Referenciou ainda a riqueza alucinatória, a ausência de demência e a maior frequência na mulher⁷. Desta teorização surge a noção de delírio enquistado – hoje mais abrangente –, que significava estar quiescente, sendo apenas activado pelo reaparecimento alucinatório¹. Em 1927, G. de Clérambault (1872-1934) define o seu conceito de psicose à base de automatismo mental - quadro em que integra a psicose alucinatória crónica -, em que a síndrome de influência é vista como desencadeadora da experiência delirante, que lhe é, pois, secundária. Curiosamente, como faria Kraepelin em relação a alguns tipos de parafrenia, não deixa de notar uma exaltação do humor nestes doentes⁸.

Mas, na parafrenia kraepeliniana, como veremos, a relação dinâmica entre alterações da percepção e posse do pensamento, com o delírio, já não surge, sendo apenas definida negativamente, pela exclusão da evolução demencial¹.

Kraepelin

Apenas na 8ª edição do seu tratado (1908-1915), Kraepelin individualizaria o conceito de parafrenia⁹. Na 6ª edição (1899), ao referir-se à paranóia, aponta, como dado assente

pelos autores coevos, a ocorrência de delírio e alucinações como a característica essencial da doença. Mas noutra passagem do mesmo texto, afirma que, em sua opinião – hoje aceite pelas modernas classificações –, as alucinações são excepcionais e frustes, na paranóia. Adianta mesmo que, em numerosos casos, elas são reactivas a situações momentâneas de tensão, experienciadas pelo paciente¹⁰. Neste volume não se refere à parafrenia, tal só vindo a acontecer na 8ª edição⁹. Os casos correspondentes à doença, que mais tarde individualizaria com esta designação, ficavam pois incluídos na demência precoce ou na paranóia¹⁰. Foi, no entanto, tornando-se claro para Kraepelin que aquilo que designara como demência precoce poderia ter um início mais tardio, chegando à conclusão, na 8ª edição, que 0,2% dos casos ocorria após os 60 anos⁹.

Aqui, refere-se também a “um grupo relativamente pequeno de casos, com vários pontos comuns com a demência precoce, mas que devido a um desenvolvimento mais ligeiro das perturbações da emoção e volição, a harmonia interna da vida psíquica fica consideravelmente menos afectada ou, pelo menos, limitada a certas faculdades intelectuais”. Considera ainda difícil a delimitação deste grupo com outros semelhantes e divide-o em quatro grupos que denomina de parafrenias sistemática, expansiva, confabulatória e fantástica. A primeira corresponde sensivelmente aquela que ficaria tradicionalmente conhecida pelo nome de “parafrenia”.

Na descrição da parafrenia sistemática fala da instalação progressiva de um delírio de perseguição que se vai tornando mais evidente; em alucinações, especialmente auditivas (descreve um caso de um doente que só as refere em casa); em ideias de influenciamento em que inclui alucinações somáticas; no aparecimento, passados alguns anos, de um delírio de grandeza relacionado com as ideias persecutórias; em alguns casos, do surgir de um delírio erótico; de pseudomemórias, onde poderão caber aquilo a que hoje chamamos confabulações, recordações delirantes e interpretações delirantes da memória; do humor, que tende a passar de depressivo, no início, para disfórico, posteriormente, como consequência da evolução do delírio; da preservação da capacidade de trabalho; da não evolução demencial.

Em termos epidemiológicos, Kraepelin aponta para 60% dos casos no sexo masculino, mais de metade entre os 30 e 40 anos e 20% entre os 40 e 50 anos. Refere ainda casos isolados antes dos 25 e depois dos 50 anos. Não confere especial relevo ao papel da hereditariedade.

Em relação ao diagnóstico diferencial, afirma que a conservação da personalidade é o aspecto que mais distingue a parafrenia das formas paranóides da demência precoce, embora admita que esta questão é discutível por, no último caso, a deterioração não ser, amíúde, muito evidente. Refere mesmo que, no início da doença, a delimitação é, por vezes,

difícil, sendo necessário aguardar pela evolução. Mas aponta como factores que tornam mais provável o diagnóstico de parafrenia, o aparecimento tardio das alucinações, a elaboração mental do delírio, as reacções emocionais exacerbadas, a ausência de perturbações volitivas e a conservação do bom senso e da racionalidade.

No que respeita à separação da paranóia, admite a dificuldade da questão, até por os limites desta se encontrarem mal definidos. Porém, refere que, aqui, a construção delirante tende a formar-se mais lentamente, mas a estender-se com grande estabilidade.

A parafrenia expansiva é definida por Kraepelin como um “desenvolvimento de uma megalomania exuberante com predomínio de humor exaltado e uma ligeira excitação”. Segundo o autor, o delírio de grandeza, para além da ideação megalómana, envolvendo bens materiais, podia assumir a forma de delírio erótico, sobretudo nas mulheres ou, noutros casos, de ideias religiosas de exaltação. O delírio persecutório não seria tão preponderante como na parafrenia sistemática. O aparecimento das alucinações seria bastante precoce e de tipo oniróide. Também frequentes seriam as pseudomemórias. O humor seria expansivo.

Esta patologia, de acordo com Kraepelin, seria encontrada predominantemente no sexo feminino e, em três quartos dos casos, entre os 30 e os 50 anos. Como no caso precedente, a hereditariedade não seria relevante.

A distinção da demência precoce seria semelhante à da parafrenia sistemática. Kraepelin afirma que estes doentes não seriam maníacos, visto a excitação ser menos intensa e não se deixarem influenciar no seu delírio. Este e as alucinações seriam, por outro lado, persistentes e o aparecimento da doença seria mais tardio que o da loucura maníaco-depressiva.

A parafrenia confabulatória caracteriza-se, segundo Kraepelin, pelo “papel dominante que as falsas recordações nela desempenham”. O delírio é de perseguição e exaltação. Como característica aponta o facto de os doentes, de forma insólita, confirmarem que as suas experiências extraordinárias não tinham sido, outrora, por eles, notadas. Contam até que o assunto fica, por vezes, esquecido e que, de forma súbita, o voltam a recordar. Chegam até, em alguns casos, a fazer crítica às confabulações, para, no entanto, mais tarde, as retomarem. O humor é exaltado, amiúde, denotando irritabilidade. Pode surgir verborreia, usando trocadilhos verbais. Ocasionalmente, tomam atitudes concretas, no sentido de se precaverem dos seus perseguidores ou de realizar alguma missão de que se julgam incumbidos. Todavia, na maioria dos casos, a actividade confabulatória vai estiolando com o decurso do tempo.

Kraepelin aponta a raridade desta patologia, razão por que afirma ter dificuldades em saber a evolução. Mas adianta que a proporção parece ser igual nos dois sexos e que o início se pode dar entre os 20 e os 50 anos. Em

relação à personalidade pré-mórbida, aponta uma tendência à introspecção.

Em termos de diagnóstico diferencial, Kraepelin admite que esta doença tem pontos de contacto com a demência precoce (devido a alguma involução que, com os anos, pode ocorrer) e com aquilo que designa como mania crónica (pela presença de sintomas afectivos). Em todo o caso, não se mostra seguro que a parafrenia confabulatória pudesse, no futuro, constituir um grupo à parte.

A parafrenia fantástica consiste, para Kraepelin, numa “produção luxuriante de delírios absolutamente extraordinários, incoerentes e em mudança”. Refere, como sintomas iniciais, a depressão e a ideação suicida, seguidos do aparecimento insidioso de um delírio persecutório, de alucinações auditivas e somáticas, embora, por vezes, também visuais e de ideias de influenciamento. Alguns doentes contam que outros indivíduos entram no seu corpo, sendo frequente a temática sexual expressa de forma bizarra. É característica a extravagância do delírio que pode, aliás, envolver outros indivíduos, a própria sociedade e, mesmo, relações interplanetárias. A grandiosidade pode igualmente ocorrer. Também aqui podem surgir falsas recordações, com frequência mutáveis, sem encadeamento coerente e que ocorrem no momento. Os falsos reconhecimentos podem igualmente ter lugar nestes doentes, levando, por vezes, à confusão acerca do local onde se encontram e, ao remitirem, provocar a sensação de despertar

de um sono. Não obstante, esta actividade delirante pode coexistir com um comportamento sensato e razoável.

As narrações dos doentes são caracterizadas por uma linguagem prolixa, ocasionalmente com neologismos, com jogos de palavras, aqui e ali com descarrilamentos e abundante em superlativos, o que vem na linha da grandiosidade e sofrimento experienciados pelo paciente. Nas descrições escritas, é típico o uso frequente de letras maiúsculas, a ausência de pontuação, a conjugação do passado e presente e a ocorrência de letras isoladas.

O humor não sofre variações consideráveis, embora possa haver uma tendência à disforia.

Kraepelin considera ser esta doença mais frequente no sexo masculino, com 60 a 70% dos casos, sendo que a idade de aparecimento tende a situar-se entre os 30 e os 40 anos.

Kraepelin, contudo, não deixa de considerar que a evolução demencial é possível, com um acentuar da incoerência discursiva. Porém, mantém esta patologia como grupo independente, dada a peculiaridade da sua clínica.

Apesar da individualização do grupo das parafrenias, Kraepelin não deixa de considerar esta doença como mais próxima da demência precoce que da paranóia. Isto, tanto por razões etiológicas — as duas primeiras constituíam a “Endogene Verblodung” (enfraquecimento endógeno) —, como clínicas, visto não excluir que algumas parafrenias pudessem ter uma evolução demencial. Por

outro lado, a paranóia é vista como uma perturbação constitucional e não passível de evolução demencial⁹. Assim, com a sua 8ª edição, Kraepelin acaba por se aproximar da escola francesa¹.

De Bleuler à actualidade

Em 1911, com a expressão “esquizofrenia”, E. Bleuler (1857-1939) rompe com o conceito kraepeliniano, já que deixa de considerar a evolução demencial como requisito para o diagnóstico, rejeitando a ideia de que uma única característica seja suficiente para definir uma doença. Por outro lado, coloca a ênfase na relação dinâmica entre os sintomas, preocupando-se mais em encontrar uma perturbação primária para a doença que com a descrição clínica, afirmando até, que esta podia variar ao longo do tempo. Sustenta que uma eventual entidade situada entre a esquizofrenia e a paranóia, não constituía uma entidade separada da primeira. Não obstante, admitiu que ao grupo das esquizofrenias – e daí o plural – faltava uma unidade etiológica¹¹.

Mas este alargamento do conceito, que permitiu o englobar da parafrenia, vem na sequência do seu pensamento, que pressupunha a dificuldade em marcar as fronteiras da esquizofrenia. Blueuer admitia, por exemplo, que não eram claros os limites desta doença com a alucinose alcoólica, a psicose maníaco-depressiva, as psicoses da motilidade e a paranóia¹¹.

Em consequência desta concepção, a parafrenia cai no campo da esquizofrenia. Contudo, também o facto de Kraepelin ter descrito a parafrenia menos em termos qualitativos que em diferença de grau (menor perturbação formal do pensamento e maior preservação dos afectos), pode ter contribuído para o seu apagamento, como entidade nosológica, ao longo do século XX.

Mas, dado decisivo para o esquecimento da parafrenia enquanto entidade nosológica, foi um trabalho efectuado por um dos discípulos de Kraepelin (W. Mayer) que reviu, em 1921, 78 pacientes por ele diagnosticados como parafrénicos, tendo verificado que mais de metade tinham “evoluído” para esquizofrénicos, concluindo que aquele quadro apenas reflectia um início mais tardio da doença. Por sua vez, K. Kolle, em 1931, concluiu que de 66 paranóicos (entre os quais 19 diagnosticados por Kraepelin), apenas quatro não tinham desenvolvido vivências delirantes primárias, além de ter inferido uma associação genética com a esquizofrenia, dados que foram ao encontro das teses bleulerianas. Contudo, tanto no caso da parafrenia como no da paranóia, esta associação parece ser mais débil que entre esquizofrénicos “puros”, ainda que mais forte do que na população em geral, embora, em relação à parafrenia, faltem estudos controlados¹². Todavia, e voltando à questão de alguns parafrénicos terem “evoluído” para esquizofrénicos, fica por esclarecer que designação dar aos restantes que, apesar de

minoritários, permaneceram com o primeiro diagnóstico. Aliás, como vimos, o próprio Kraepelin tinha já admitido que, em alguns casos de parafrenia, a evolução podia ser demencial⁹.

Mas Kolle começou a utilizar o termo em termos etários, referindo-se à parafrenia como esquizofrenia das idades médias da vida. Aliás, já em 1913, K. Kleist se referia à paranóia involutiva, doença que tenderia a ocorrer em mulheres, na 5ª década de vida e como resultado de “características hiperparanóicas pré-psicóticas da personalidade”¹³.

Manfred Bleuler, em 1934, cunhou o termo “esquizofrenia tardia” para aquelas psicoses que se iniciam após os 40 anos, com sintomatologia próxima das restantes esquizofrenias e em que tenham sido excluídos factores orgânicos, embora reconhecesse que os mais idosos tinham um menos acentuado embotamento afectivo e menos alterações formais do pensamento¹⁴. Temos então que a linguagem dos psiquiatras da primeira metade do século XX se encaminhava para uma dissolução do conceito de parafrenia.

Também S. Arieti, em 1955, argumentou a favor da inexistência da parafrenia¹⁵, embora reconhecesse que, em comparação com a esquizofrenia, a deterioração era mínima. O próprio Leonhard, que referiu existir na parafrenia uma preservação do afecto, não a separou claramente da esquizofrenia¹⁶. Porém, utilizou sempre o diagnóstico em termos fenomenológicos e não etários, tal como Kraepelin o fizera.

Janzaric, em 1957, voltou a referir o início tardio da doença (após os 60 anos), apontando a raridade desta condição, embora sublinhando a organicidade que tendia a verificar-se¹³.

Contudo, Lewis, em 1970, e Kolb, em 1973, vieram afirmar que na parafrenia falta a “sistematização quase lógica” observada na paranóia¹⁵, o que é reforçado por A. Munro, para quem, naquela, não se observa a estabilidade de encapsulamento do delírio¹⁶. Não obstante, autores como Leigh defendem que a parafrenia se trata somente da esquizofrenia que se inicia após os 60 anos, altura em que a doença cursa com uma relativa preservação da personalidade. O próprio Kraepelin admitia que a doença – apesar da denominação “demência precoce” – se pudesse iniciar mais tardiamente. Mas o acima referido trabalho de Mayer marcou o fim da investigação original acerca da parafrenia, pelos menos em termos clínicos e epidemiológicos, quase até ao fim do século XX, à excepção dos que se debruçaram sobre a parafrenia tardia, conceito a que adiante nos referiremos¹⁵. Ainda de acordo com Munro, muitos casos de parafrenia acabam por cair em categorias residuais – que considera heterogêneas - como “psicose atípica”, “psicose não especificada” ou “doença esquizoafectiva”. Tal acontece, sobretudo, quando o quadro ocorre até à idade média da vida, a partir da qual muitos psiquiatras mantêm o termo “parafrenia”¹⁷. Na classificação americana, em 1980¹⁸, a

paranóia comporta a parafrenia, facto a que não é estranha a antiga concepção de paranóia, mais como categoria que como entidade isolada. O que foi, em parte, corrigido com as de 1987¹⁹, 1994²⁰ e 2000²¹, que deram à paranóia – agora perturbação delirante – um estatuto independente, mas de que excluíram a parafrenia. O mesmo sucedeu com a ICD-10, em 1993²², que deixou de a considerar, ao contrário do que ainda fazia a ICD-9, em 1978, embora de uma forma pouco rigorosa²³.

Os critérios de Munro

Munro, em 1991, propôs os seguintes critérios para o diagnóstico de parafrenia: A delusional disorder of at least 6 months' duration characterized by the following: 1) Preoccupation with 1 or more semisystematized delusions, often accompanied by auditory hallucinations. These delusions are not encapsulated from the rest of the personality as in delusional disorder. 2) Affect notably well-preserved and appropriate. Even in acute phases, there is an ability to maintain rapport with the interviewer. 3) None of the following: intellectual deterioration, visual hallucinations, incoherence, flat or grossly inappropriate affect, or grossly disorganized behaviour at times other than during the acute episode. 4) Disturbance of behaviour is understandable in relation to the content of the delusions

and hallucinations. 5) Only partially meets Criterion A for schizophrenia. No significant organic brain disorder.

Munro, A.¹⁶

Para além disso, considera que a doença tipicamente se inicia na idade média ou avançada, embora admita que possa haver casos na terceira década de vida. Trata-se naturalmente de uma doença crónica que pode apenas ser compensada pelo tratamento. Porém, realça que o delírio muitas vezes impede a boa adesão ao tratamento. Em relação à frequência, estima que a doença represente, em internamento, 10% das esquizofrenias.

No que respeita aos factores de risco, aponta a inclusão no cluster A das perturbações da personalidade e os défices sensoriais, especialmente auditivos, não parecendo existir uma ligação significativa à presença de história familiar de esquizofrenia.

Em termos de estabilidade do diagnóstico, acredita que a maioria dos parafrénicos permanece “enquanto tal” mas admite que a melhoria dos tratamentos para a esquizofrenia pode ter confundido a questão. Contudo, relembra que após o estudo de Mayer, não tiveram lugar quaisquer outros no mesmo sentido¹⁶.

A única excepção foi um trabalho de 1999, em que alguns autores usaram um questionário adoptado das descrições de Kraepelin, que submeteram a doentes de dois centros

psiquiátricos, tendo identificado 33 parafrenicos, concluindo pela viabilidade do diagnóstico²⁴.

Outras utilizações do termo “parafrenia”

Karl Leonhard, no seguimento de algumas ideias de Wernicke e Kleist, que tentavam relacionar a neuropatologia com a psicopatologia, baseou a sua classificação das psicoses em grupos de sintomas. É a partir desta concepção de sistema afectado que vai construir a sua classificação, para a qual observou cerca de 3000 doentes.

Entre 1936 e 1957, Leonhard concebeu então uma divisão das esquizofrenias em sistemáticas e não sistemáticas. Caracterizava as primeiras por um início insidioso, curso processual e defeito moderado a marcado com uma síndrome psicopatológica distinta no estado final (com nitidez sintomatológica) e as segundas pelo início súbito, curso episódico e defeito ligeiro com sintomas psicopatológicos variados entre episódios (com mistura indistinta de sintomas). Por sua vez, dividiu as esquizofrenias sistemáticas em 16 subtipos (seis parafrenias, quatro hebefrenias e seis catatonias) e as não sistemáticas em três (catafasia, parafrenia afectiva e catatonia periódica). Leonhard, apesar de considerar que, em essência, o grupo sistemático nada tinha a ver com o não sistemático, manteve o nome “esquizofrenia” para ambos, por uma questão de tradição.

As várias esquizofrenias não sistemáticas guardavam uma semelhança clínica com cada uma das psicoses ciclóides: a psicose de angústia-felicidade com a parafrenia afectiva; a psicose de motilidade com a catatonia periódica e a psicose confusional com a catafasia.

A complexidade desta classificação levou a que fosse pouco utilizada. No entanto, o conceito de parafrenia afectiva tornou-se o mais “popular” entre os psiquiatras, já que veio preencher uma lacuna que outras classificações não contemplavam, embora possa não estar distante da parafrenia confabulatória de Kraepelin. Segundo Leonhard, pode apresentar um curso remissivo ou insidioso, começando, em geral com uma ideação delirante de auto-referência. Ocorrem igualmente manifestações de angústia ou êxtase que acompanham a construção de ideias delirantes. Porém, ao contrário do que sucede na psicose de angústia-felicidade, as ideias delirantes, bem como as alucinações, que entretanto também surgem, deixam de poder ser deduzidas a partir daquelas alterações afectivas. Estas podem implicar uma irritabilidade, bem como humor exaltado ou depressivo. O delírio pode ou não ser sistematizado. Em algumas situações, o quadro pode evoluir para uma estruturação fantástica das ideias de grandeza, confabulações, falsos reconhecimentos e alucinações em várias modalidades sensoriais. Estes doentes

distinguiam-se dos parafrénicos sistemáticos por apresentarem maior vinculação afectiva ao delírio, embora fora deste tema pudessem apresentar embotamento²⁵.

A doença caracterizava-se ainda por uma maior frequência no sexo feminino, baixa incidência nos pais dos afectados, mas elevada nos irmãos (tal como os casos que descreveu do Rei Luís II da Baviera e do seu irmão Otto, que lhe sucedeu), o que o levou a admitir que a transmissão fosse recessiva²⁶.

Em 1952, M. Roth e J. Morrisey descreveram um grupo de pacientes com mais de 65 anos que apresentavam um quadro – que denominaram parafrenia tardia – de delírio paranóide bem sistematizado, sem sinais de demência ou de distúrbios afectivos. Não existia, igualmente, qualquer deterioração da personalidade ou do intelecto²⁷.

A contribuir, de forma negativa, para a dificuldade em delimitar esta patologia, temos o facto de a palavra “tardia” estar mal definida, situando os vários autores que abordaram o tema, o início da doença entre os 40 e os 60 anos. Recorde-se que Kraepelin nunca usou o diagnóstico de parafrenia como estando ligado a uma dada faixa etária, mas sim em termos clínicos. O próprio Roth referiu-se a “doentes com mais de 45 anos, comumente com mais de 60”, que apresentavam sintomas “parafrenia-like”, mas sem exigir a idade como cut-off obrigatório. Aliás, descreveu mesmo doentes com esse quadro clínico, que haviam tido o início da doença antes dessa idade. Por outro

lado, a própria expressão “parafrenia tardia” foi em determinadas situações utilizada como sinónimo de “esquizofrenia tardia”, posição com que Roth concordava. Mas o conceito, aos poucos, foi sendo usado como significando que a doença se teria de iniciar após os 60 anos¹³.

Apesar de tudo, na segunda metade do século XX, foi produzida bastante investigação epidemiológica, clínica, neuropsicológica, imagiológica e neuropatológica (com resultados positivos) acerca deste tema que, por versar uma entidade nosológica distinta da parafrenia tout court, não abordaremos.

CONCLUSÕES

É verdade que Mayer referiu que mais de metade dos parafrénicos de Kraepelin tinham posteriormente evoluído para esquizofrénicos. Mas, como pergunta Munro, o que fazer com os restantes, que nome dar-lhes?

De facto, os psiquiatras normalmente apontam casos de pacientes que cumprem os critérios positivos das actuais classificações para esquizofrenia, mas que não apresentam o declínio afectivo e cognitivo que a definição estrita de demência precoce exigia. As implicações prognósticas destes casos são totalmente diferentes das daqueles em que a deterioração se verifica, até porque eles, de facto, também ocorrem, embora com menor frequência, antes dos 40 anos. Por outro lado, sabe-se que, na esquizofrenia, este declínio tende a ocorrer menos acentuadamente,

conforme a idade de início é mais tardia (entre outros factores). Podemos então conceber um modelo com duas patologias, uma tendencialmente assente numa perturbação do neurodesenvolvimento, de início insidioso em idade jovem, com predomínio hereditário e com maior deterioração; a outra mais neurodegenerativa, de início abrupto e mais tardio, com pouco peso hereditário e maior preservação. As formas puras destas patologias seriam relativamente raras, dada a etiologia multifactorial, hoje conhecida; mas com ambas a ocorrerem paralelamente, ao longo da faixa etária, com uma, a primeira – esquizofrenia -, a decrescer e outra, a segunda – parafrenia -, a crescer, embora sempre com um número de casos inferior.

Bibliografia

1. Garrabé, J. História da Esquizofrenia. Climepsi Editores. Lisboa. 2004.
2. Sobral Cid, J. Classificação e Sistemática Geral das Psicoses. In: Obras Completas de Sobral Cid. Vol. I. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa. 1983.
3. Berrios, G. E. The insanities of the third age: a conceptual history of paraphrenia. *J Nutr, Health Aging*. 2003; 7(6): 394-9.
4. Sutter, J. M., Tatossian, A. Scotto, J. C. Les Delires Chroniques. *Encycl. Méd. Chir.* 37299 A-10, 2 1991.
5. Ey, H. Manuel de Psychiatrie. 5eme ed. Masson Editeurs. Paris. 1960.
6. Lanteri-Laura, G., Tevissan, R. Historique des Délires Chroniques et de la Schizophrénie. *Ency. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Psychiatrie.* 37-281-C-10, 1996, 8p.
7. Dubertret, C. Gorwood, P., Ades j. Chronic Hallucinatory psychosis and late onset paraphrenia: the same entity? *Encephale*. 1997 May-jun; 23(3): 157-67.
8. De Clérambault, G. L'Automatisme Mental. *Les Empecheurs de Penser en Rond*. Paris 1952.
9. Kraepelin, E. Obras de Kraepelin: A Demência Precoce (2º Parte) e Parafrenias. Climepsi Editores. Lisboa. 2005.
10. Kraepelin, E. A Textbook for Students and Physicians. Volume 2. Science History Publications/USA, a Division of Watson Publishing International, Canton, MA.
11. Bleuler, E. Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias. International University Press. New York. 1952.
12. Slater, E., Roth, M. Clinical Psychiatry. Bailliére, Tindall & Cassel Ltd. 1969.
13. Riecher-Rossler, U. Late onset schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1995, vol. 21, nº3, 345-54.
14. Bleuler, E., Bleuler, M. Psiquiatria. Editora Guanabara Kogan S.A. Rio de Janeiro. 1983.

15. Bhugra, D., Munro, A. *Troublesome Disguises: Underdiagnosed Psychiatric Syndromes*. Blackwell Science Ltd. Oxford. 1997.
16. Munro, A. *Delusional Disorder: Paranoia and Related Illnesses*. Cambridge University Press. Cambridge. 1999.
17. Casanova, M. F., C: *Disentangling the pathology of schizophrenia and paraphrenia*. *Acta Neuropathol.* (2002) 103: 313-320.
18. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3th Edition. American Psychiatric Association. 1980.
19. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (third Edition - Revised. American Psychiatric Association. 1987.
20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4 th Edition. American Psychiatric Press. 1994.
21. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision. American Psychiatric Association. 2000.
22. *The ICD 10 Classification of Mental and Behavioral Disorders*. World Health Organization. 1993.
23. *The ICD 9 Classification of Mental and Behavioral Disorders*. World Health Organization. 1978.
24. Ravindram, A. V., Yatham L. N., Munro, A. *Paraphrenia redefined*. *Can J. Psychiatry*, 1999 Mar; 44 (2): 133-7.
25. Leonhard, K. *The Atypischen Psychosen und Kleist Lehre von den Endogenen Psychosen*. In: *Psychiatrie des Gegenwart*. Vol 2 (eds. H. Gruhle, E. Neele, H. Schwab). Springer. Berlin. 1960.
26. Leonhard, K. *The recessive influence of affective paraphrenia of King Ludwig and King Otto of Bavaria*. *Nervenarz.* 1986 Dec; 57(12): 692-7.
27. Roth, M., Morrisey, J. *Problems in the diagnosis and classification of mental disorders in old age*. *Journal of Mental Science*, 1952, 98, 66-80.