

A evolução dos conceitos sobre as psicoses paranoides tardias (psicoses funcionais do espectro esquizofrênico)

Medical Education. The evolution of concepts about late paranoid psychoses

Antônio Carlos de Oliveira Corrêa¹

RESUMO

As psicoses paranoides tardias, psicoses de espectro da esquizofrenia, constituem grupo complexo e heterogêneo de psicoses, assim considerado desde sua primeira descrição por Kraepelin, no início do século 20. Desde então, inúmeras descrições e conceitos surgiram e foram, posteriormente, excluídas, em função de sua visão parcial dessa candente questão psicogerátrica. O conceito de parafrenia tardia, descrito por Kraepelin, em 1903, foi recuperado, em 1953, por Roth, mantendo muitas de suas características originais, entretanto, também se mostrou insuficiente para a caracterização desse grupo de transtornos psíquicos. As tentativas de obtenção de classificações psiquiátricas, realizadas na contemporaneidade pela Organização Mundial de Saúde ou Associação Americana de Psiquiatria, têm se voltado para os conceitos originais de Kraepelin e Bleuler, especialmente de Kraepelin, mas suas descrições ainda deixam lacunas importantes para que as psicoses funcionais do espectro esquizofrênico sejam diagnosticadas com segurança. Em 1999 surgiu um consenso internacional para o diagnóstico desse grupo de entidades que preenche com mais rigor os critérios para maior índice de acertos quanto ao seu diagnóstico. Esta revisão objetiva apresentar as características que permitem com mais praticidade estabelecer os critérios para o diagnóstico das psicoses paranoides tardias.

Palavras-chave: Esquizofrenia/Epidemiologia; Idoso; Esquizofrenia Paranoide; Transtornos Psicóticos.

¹ Membro Titular da Academia Mineira de Medicina. Belo Horizonte, MG - Brasil.

Instituição:

Academia Mineira de Medicina. Belo Horizonte, MG - Brasil.

* Autor Correspondente:

Antônio Carlos de Oliveira Corrêa

E-mail: acoliveiracorrea@gmail.com

Recebido em: 12/08/2017.

Aprovado em: 09/09/2017.

ABSTRACT

Late-life paranoid psychoses, schizophrenia spectrum psychoses, constitute a complex and heterogeneous group of psychoses, so considered since its first description by Kraepelin, in the early 20th century. Since then, numerous descriptions and concepts have emerged and were subsequently dropped, in function of his partial view of this burning psychogeriatric question. The concept of late-paraphrenia, described by Kraepelin in 1903, was recovered in 1953 by Roth, maintaining many of its original characteristics, however, it was also insufficient for the characterization of this group of psychic disorders. Attempts to obtain psychiatric ratings, carried out contemporaneously by the World Health Organization or American Psychiatric Association, have turned to the original concepts of Kraepelin and Bleuler, especially of Kraepelin, but their descriptions still leave important gaps for functional psychoses of the schizophrenic spectrum are safely diagnosed. In 1999, an international consensus emerged for the diagnosis of this group of entities that more accurately meets the criteria for a better index of correct diagnosis. This review aims to present the characteristics that allow us to more easily establish the criteria for the diagnosis of late paranoid psychosis.

Keywords: Schizophrenia/Epidemiology; Aged; Schizophrenia, Paranoid; Psychotic Disorders.

INTRODUÇÃO

Apesar dos imensos avanços nas últimas décadas, particularmente em função do avanço das neurociências, a psiquiatria ainda guarda algumas áreas de grande polêmica e de conceitos inconclusos. Um desses temas pertence à psiquiatria geriátrica, particularmente referente ao estudo das psicoses paranoides tardias, também conhecidas como psicoses funcionais do espectro esquizofrênico, que surgem no processo do envelhecimento. Segundo Manfred Bleuler, a ciência das psicoses do envelhecimento é a “área mais obscura da psiquiatria”.¹

Desde sua primeira descrição na literatura por Kraepelin, em 1903, as psicoses paranoides do envelhecimento têm recebido distintas definições e descrições que mudaram no decorrer do tempo. Esta é área do conhecimento psiquiátrico das mais complexas, nebulosas e desconhecidas. A insuficiência de estudos nessa área contrasta com o imenso fascínio que desperta como tema de estudo psiquiátrico.

A busca de seu entendimento confunde-se com a própria história da psicogeriatrics, com contribuições, ao seu esclarecimento, de alguns dos mais importantes autores da história da medicina. Esse grupo de transtornos deve ser distinguido das psicoses tardias que cursam com doenças cerebrais, como as demências degenerativas e vasculares, os transtornos do humor, os transtornos de personalidade, os transtornos clínicos, as patologias decorrentes do uso e abuso de substâncias, bem como de outras causas exógenas.

Após muita discussão no decorrer dos últimos 100 anos, não se conseguiu consenso de qual a denominação mais apropriada para as psicoses funcionais do espectro esquizofrênico,

pois sua etiopatogenia pode se confundir com a das psicoses de origem orgânica. Esse grupo engloba desde a esquizofrenia de início tardio (*late-onset schizophrenia*), a de início muito tardio (*very-late-onset schizophrenia*) e os transtornos delirantes persistentes e agudos (antigas paranoia e parafrenia).

Os transtornos de personalidade paranoide, esquizoide e esquizotípico, englobados no Grupo A (DSM-V),² ou os transtornos específicos de personalidade, paranoide e esquizoide, da CID-10,³ pertencem a um universo paralelo, porém distinto dessas psicoses. Durante várias décadas esses transtornos vinham sendo designados como *parafrenia tardia* (*late paraphrenia*), um conceito de Kraepelin, depois abandonado e ressurgido na década de 1950, com os estudos da escola britânica.

Para alguns, a esquizofrenia de início precoce e a tardia seriam apenas polos opostos do eixo de mesma doença.⁴ Um dos mais importantes autores e o primeiro a defender essa teoria, desde 1921, foi Ernst Kretschmer, em sua obra *Corpo e Caráter*.⁵ Essa forma de encarar o transtorno, conhecido como visão unitária, revela um *continuum* entre diversas manifestações patológicas que vão desde o caráter esquizotímico, manifestação normal da personalidade, passando por um “estado limite”, no caso a personalidade esquizoide, até chegar à psicose esquizofrênica.

Essa hipótese do *continuum* tem papel importante, que vai da tipologia da constituição (biótipo) até sua evolução no sentido da patologia, neste caso, o indivíduo de tipo longilíneo-astênico e sua progressão para a doença esquizofrênica.⁶ Entretanto, essa postulação não foi respaldada por estudos empreendidos por diversos autores nem foram encontradas evidências com o avanço das neurociências.

O correto diagnóstico das psicoses paranoides tardias é de suma importância clínica, pois refletirá no seu adequado tratamento, com a sua conveniente orientação, seja para o paciente e seus familiares, já que o prognóstico varia conforme seu quadro clínico. O tratamento de uma crise psicótica afetiva ou orgânica é diferente do tratamento da esquizofrenia e dos transtornos delirantes persistentes ou agudos.

Esta revisão busca entender um pouco mais sobre a complexidade dos conceitos dessas psicoses.

REVISÃO DA LITERATURA

A escola germânica foi pioneira na descrição dessas psicoses. O primeiro estudo sobre o tema foi empreendido por aquele que é considerado o pai da psiquiatria contemporânea, Emil Kraepelin (1856-1926), da Universidade de Heidelberg, na Alemanha. Em 1893, Kraepelin, em seu *Tratado de Psiquiatria*, em sua quarta edição, deu o pontapé inicial no formato de descrição diagnóstica que veio, posteriormente, a se chamar de **categorial**, isto é, os diagnósticos são elaborados a partir de categorias de doenças bem definidas, de perfil que se fecha em uma descrição precisa, com grupo de sintomas importantes, uma evolução clínica e um prognóstico.

Kraepelin observou jovens pacientes que, após um episódio psicótico, sofriam um processo de “enfraquecimento psíquico” (Verblödung), que não evoluíam para a demência e que poderiam até ter uma evolução favorável. Na edição seguinte de seu tratado ele incluiu esses quadros entre os processos degenerativos e, em edições posteriores, entre os metabólicos. Kraepelin considerava que apenas o conjunto de sintomas não poderia caracterizar qualquer patologia mental, assim como na medicina em geral, em função de sua mutabilidade. Além dos sintomas, a etiopatogenia, o curso, a evolução e o desfecho da doença seriam os elementos fundamentais para o diagnóstico.^{4,7}

Kraepelin descreveu dois quadros primordiais nas futuras classificações psiquiátricas: a- demência precoce (*dementia praecox*), um grave transtorno psicótico que atinge principalmente jovens, caracterizado por forte comprometimento afetivo, delírios, alucinações, autismo, isolamento social, incapacitação total para a vida social e profissional e que, com a evolução, leva à deterioração mental semelhante à demência; b- a psicose maníaco-depressiva, um transtorno que afeta o humor do paciente, ora levando à excitação acentuada, com humor elevado, pensamento rápido, ideias de grandeza ou eróticas, ora à sintomatologia depressiva que pode atingir extremos de gravidade, com sérios riscos de autoextermínio. Na sétima edição de sua obra, em 1903, chamou a esse grupo de “psicoses endógenas”, isto é, que vêm do indivíduo e não podem se identificar com causas externas.^{1,4,7}

Nesta mesma edição, Kraepelin descreveu que a demência precoce também podia ser observada em população mais idosa, acima de 40 anos.¹ A esses transtornos, semelhantes, porém não idênticos à demência precoce, denominou de *parafrenias*, descrevendo nelas a presença de alguns sintomas e sinais encontrados em pacientes esquizofrênicos jovens.

Dentre as diferenças entre a demência precoce e a parafrenia, Kraepelin apontava que esta última apresentava comprometimento muito mais leve da emoção (afetividade) e da volição, além de não evoluir para a insanidade (demência), e que a primeira era responsável pela inércia e indiferença, suas

características inerentes e frequentes, além da evolução para a insanidade, não observadas na última. Na parafrenia, observou evolução insidiosa e agravamento da paranoia, com ideias persecutórias e de grandeza nos últimos estágios, mas com preservação da personalidade. Foram também observadas alucinações. Os sintomas teriam início entre os 30 e 50 anos.

O termo “parafrenia” foi cunhado pelo médico inglês J. Guislain, em meados do século 19, e descrevia com sintomatologia que chamou de “folly”, com anomalias da vontade impulsiva, e que se aproxima do conceito atual de esquizofrenia.^{8,9} Kraepelin classificava a parafrenia em quatro grupos: *systematica*, *expansiva*, *confabulans* e *phantastica*. A *paraphrenia systematica* era descrita como o desenvolvimento muito insidioso com delírio progressivo de perseguição. Posteriormente, surgiam ideias de exaltação, referência e alucinações auditivas. A capacidade para o trabalho era preservada por muito tempo. Os homens correspondiam a 60% dos casos, metade deles de idade entre 30 e 40 anos e 20% entre 40 e 50 anos. Casos isolados tinham início antes dos 25 anos e após os 50 anos de idade.

A *paraphrenia expansiva* era descrita como “megalomania exuberante com humor predominantemente exaltado e leve excitação”. Poucas alucinações ocorriam precocemente. Posteriormente, os delírios se tornavam de alguma forma sem sentido e mais desconectados da realidade. Desenvolvia-se perda do julgamento, certa incoerência, superficialidade de emoções e fraqueza de volição, mas sem “desintegração da personalidade psíquica”.

Diferentemente da mania, o curso era crônico. A maioria dos pacientes de Kraepelin eram mulheres. Em 75% dos casos, tinha início entre 30 e 50 anos. Apenas um paciente teve início aos 64 anos de idade, sem sinais de demência. A *paraphrenia confabulans* foi caracterizada por delírios de perseguição e exaltação, pseudomemórias (memórias de eventos impossíveis, como ter lutado em uma guerra dois séculos antes) e megalomania; humor elevado e, posteriormente, irritável. Havia presença de alucinações auditivas e os delírios se tornavam cada vez mais sem sentido e incoerentes. A idade era distribuída entre 20 e 50 anos.

A *paraphrenia phantastica* foi caracterizada pela presença de delírios altamente extraordinários, desconexos e mutantes; com ideias de perseguição e de influência pessoal; alucinações auditivas, e pseudomemórias; o humor exaltado ou indiferente, por vezes melancólico ou estressado. Algumas vezes, os pacientes eram inclinados para a violência. A fala era recheada de neologismos ou jogos tolos de palavras. Muitas frases eram incompreensíveis. O curso era progressivo e a fala cada vez mais confusa e desconexa. Era observada em 60 a 70% das vezes em homens, e 25% iniciando após os 40 anos de idade.⁹

Kraepelin constatou que, à medida em que as pessoas envelhecem, esses transtornos vão sendo cada vez menos encontrados. De 1054 pacientes portadores de demência precoce, por ele estudados, 0,2% tiveram o início da psicose após os 60 anos de idade. Kraepelin classificou dois tipos distintos de parafrenias tardias: Grupo A, composto por: 1- Delírio pré-senil de prejuízo e; 2- Delírio senil de perseguição; e, Grupo B, no qual incluiu o Delírio sobre fundo demencial (perseguição, grandeza, hipocondria, negação).¹⁰

Posteriormente, Kraepelin abandonou o conceito de parafrenia tardia, já que pesquisas desenvolvidas por alguns dos seus discípulos, com seus pacientes, não corroboraram suas observações. Wilhelm Mayer, um desses discípulos, acompanhou 78 casos que Kraepelin tinha diagnosticado como parafrenia e verificou que 50 deles evoluíram para demência precoce.^{4,11,12} Assim, o termo parafrenia ficou em desuso.^{13,14}

Em 1908, na Suíça, Eugen Bleuler propôs o termo *esquizofrenia* para o transtorno descrito por Kraepelin. O nome, de origem grega, significa mente partida ou fendida. Em 1911, Bleuler publicou sua obra seminal *Dementia praecox* ou o grupo das esquizofrenias, no qual descreve não apenas uma doença, mas um grupo delas, com sintomas diferentes compondo um núcleo coeso e coerente.^{1,6,7} Seu conceito não se opunha ao da demência precoce, mas representava um aperfeiçoamento de duas variáveis: a dilatação da idade de seu início, já que era observada tardiamente e, principalmente, pela ênfase na valorização de alguns sintomas, considerados fundamentais para o diagnóstico e não apenas pelo processo evolutivo.⁷

Assim como Kraepelin, Bleuler identificou um grupo de esquizofrênicos cujo início do transtorno ocorre após os 40 anos de idade. Em suas observações, esse grupo podia ser dividido em duas categorias: a- metade dos esquizofrênicos tardios não se distinguia dos de origem precoce; b- a outra metade podia ser dividida em três subgrupos: 1- esquizofrenias de tipo parafrenico, com predomínio de ideação delirante e alucinações; 2- catatonias depressivas, com tendência a atitude rígida; 3- estados confusionais com agitação aguda, semelhantes aos estados amenciais (confusão mental).¹⁵

Um dos princípios mais inovadores de Bleuler é que seu sistema conceitual de diagnóstico, diferentemente do de Kraepelin, era baseado no critério *dimensional*, isto é, a doença é descrita pelas suas dimensões fenomenológicas, pelo conjunto de manifestações psicopatológicas e não pela etiopatogenia, progressão e prognóstico da doença. Bleuler fora muito influenciado pela psicanálise de Sigmund Freud e acreditava que o grupo das esquizofrenias poderia apresentar, em seu conjunto, evolução mais favorável do que na teoria kraepeliniana.

De acordo com Bleuler, os critérios fundamentais para o diagnóstico da esquizofrenia incluiriam a presença dos “sintomas básicos” (*Grundsymptome*), ou fundamentais, isto é, os seis A: ambivalência afetiva, autismo, afetividade incongruente, associação de ideias perturbada (pensamento desagregado), avolição (vontade quase abolida) e atenção comprometida. Não eram considerados essenciais ou acessórios ao diagnóstico a presença de delírios, alucinações, catatonias, transtornos do humor, agitação, agressividade.

Para Bleuler, os sintomas fundamentais seriam a expressão de alterações cerebrais subjacentes (o que o aproxima de Kraepelin) e os acessórios representariam uma reação da personalidade com a emergência dos “complexos afetivamente carregados”, revelando a influência de Freud em seus conceitos. Pode-se considerar que as observações de Kraepelin eram empíricas, enquanto as de Bleuler se baseavam em uma teoria, entretanto, não são excludentes, mas se completam. Até hoje influenciam as classificações diagnósticas atuais, quando conceitos categoriais (kraepelinianos) se somam aos dimensionais (bleulerianos).^{1,6,7}

Gaupp (1905), trabalhando com Kraepelin, distinguiu casos de psicoses tardias da *dementia praecox*, fornecendo dado novo, como: são doenças raras, que atingem mais as mulheres com agitação depressiva climatérica levando a fraqueza mental. Tem seu início entre os 45 e 60 anos de idade. Em 1906, Stransky, em Viena, chamou a esse grupo de transtornos de *dementia tardiva*, cujas diferenças da *dementia praecox* seriam: presença de pré-fase depressiva, nítido contraste entre o absurdo e a incoerência dos delírios com a clareza e coerência das alucinações e afetividade bem preservada.^{1,6}

Em 1913, Karl Kleist, na Alemanha, designou esse grupo de patologias de *paranoia involutiva*. Segundo ele, a doença acomete mulheres entre 40 e 50 anos de idade, quando há exacerbação “hiperparanoica” de características de personalidade pré-psicóticas com preservação do afeto e sem evolução para “imbecilidade”, provocada por alteração secretória interna. Em 1914, Albrecht, observando pacientes com psicoses tardias sem patologias cerebrais, denominou-as de *parafrenia pre-senil*. Em 1919, Serko, na Alemanha, denominou o mesmo grupo de *parafrenia involutiva*. Em 1922, Medow, na Alemanha, criou o termo *psicose involutiva* rígida (Erstarrende Rückbildungspsychose). Também na Alemanha, em 1931, Kurt Kolle substituiu o termo “parafrenia” (esquizofrenia do tipo paranoide) por esquizofrenia que ocorre na idade madura e velhice.¹⁶

Na França, em 1939, Georges Naudascher, classificou esses transtornos como: A- Involução pré-senil, caracterizada por 3 subgrupos: 1) Psicoses paranoicas (a- delírio de prejuízo, como descrito por Kraepelin; b- paranoia de involução, como descrito por Kleist; c- delírios vizinhos aos precedentes: delírio de ciúmes; psicose de recriminação; psicose de ectoparasitas de Ekbom); 2) Psicoses paranoides e parafrênicas (fantástica, caótica); 3) Psicoses de evolução favorável (remissão espontânea). Todos seriam formas tardias do delírio de interpretação, da psicose alucinatória crônica; e, B- Demência senil com início delirante.⁸

Um grande momento na história da psicogeriatría se deu em 1943, quando Manfred, o filho de Bleuler, seu sucessor na direção da BurghölzliKlinik, em Zurich, descreveu a *esquizofrenia de início tardio*. Em sua descrição, a caracterizou por: início após os 40 anos de idade; com sintomatologia idêntica, em 50% dos casos, às dos esquizofrênicos jovens; não associada a doenças neuropatológicas pela ausência de distúrbios amnésicos e lesões cerebrais. A sintomatologia foi caracterizada de forma mais leve, com menos achatamento afetivo e menos transtornos formais do pensamento se comparados aos desenvolvidos pelos pacientes mais jovens. Seu ponto de corte de 40 anos, idade limite mínimo para o diagnóstico, influenciou toda a escola germânica. Em 1952, Knoll relatou que os sintomas apresentados pelos pacientes eram tão próximos aos da esquizofrenia que não via necessidade de criar um grupo diagnóstico independente.¹

Percebia-se a necessidade clínica de identificar sintomas fundamentais e característicos da esquizofrenia em função da multiplicidade de denominações e conceitos. Em 1941, Rümke desenvolveu seu conceito de “sentimento precoce” (*Praecoxgefühl*), uma transformação na forma que o paciente tem de perceber a realidade, o sentimento de que algo estranho está ocorrendo e ele não sabe bem definir o que é.

Em 1948, Kurt Schneider, da Universidade de Heidelberg, descreveu os seus *Sintomas de Primeira Ordem* (SPO). Para ele, quando um ou mais dos seguintes sintomas estivessem presentes, o diagnóstico da esquizofrenia seria uma certeza, isto é, seriam considerados sintomas patognômicos da doença. Esses sintomas são: a- sonorização ou eco do pensamento (ouvir os próprios pensamentos soando alto), b- vozes dialogantes (ouvir vozes de terceiros sob a forma de argumento e contra-argumento), c- leitura, irradiação ou difusão do pensamento (acreditar que seus pensamentos podem ser ouvidos por outras pessoas, que estejam sendo difundidos ou publicados), d- escutar vozes que acompanham as suas próprias atividades, com comentários na terceira pessoa, e- roubo ou bloqueio do pensamento (a pessoa sente um vazio na mente e interpreta como se seus pensamentos tivessem sido roubados ou bloqueados), f- vivências de influência

corporal, vivência do imposto (a pessoa sente que seu corpo está sob influência direta de forças externas ou alienígenas, que emoções, sentimentos, vontade ou comportamentos estranhos e externos ao seu eu lhe são impostos de fora), g- inserção do pensamento (a pessoa sente que pensamentos externos lhe estão sendo impostos), h- percepção delirante (a pessoa tem percepção normal do mundo físico, mas a interpreta de forma delirante e como mensagem de aviso).^{7,16,17}

Apesar dos conceitos dos SPO terem oferecido um instrumental valioso para o aprimoramento dos diagnósticos de esquizofrenia, algum tempo depois se verificou que eles não poderiam ser considerados indicadores certos e exclusivos da presença de esquizofrenia, na medida em que eram também encontrados em 25% dos pacientes com transtornos do humor e em outras psicoses não esquizofrênicas. Entretanto, a escola germânica e a escola britânica continuaram a valorizar sua presença para o diagnóstico mais apurado da esquizofrenia. As classificações atuais da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Associação Americana de Psiquiatria (APA) também reservam aos SPO um importante papel no diagnóstico da esquizofrenia, a primeira bem mais que a segunda.

Após três décadas de ostracismo, em 1952, o termo *parafrenia tardia* foi ressuscitado pela escola britânica, que antes não havia se interessado pelo tema, com o trabalho de Roth e Morrissey,¹⁸ quando avaliaram que 10% dos pacientes idosos admitidos em hospitais psiquiátricos possuíam esquizofrenia de início tardio. Roth, em 1955, cunhou o termo *parafrenia tardia* significando que os pacientes, com mais de 60 anos de idade, se apresentavam com um sistema bem organizado de delírios paranoides, com ou sem alucinações, boa preservação da personalidade e da resposta afetiva.

Para ele, se a esquizofrenia ocorre na velhice ela o faz sob a forma da *parafrenia tardia*. Kay e Roth (1961) descreveram a evolução clínica de pacientes do Hospital Graylingwell, entre 1951 a 1955; pessoas isoladas socialmente, 40% delas viviam sozinhas, 12% apresentavam transtornos afetivos, 16% psicoses orgânicas, 15% com comprometimento visual e 40% auditivo, sendo o transtorno focal cerebral observado em 8% dos casos. A presença de delírios primários, sensações de influência mental ou física e alucinações revelaram-se de mau prognóstico. Consideraram a *parafrenia* como forma de esquizofrenia, mas sua etiologia podia ser multifatorial.^{1,8,10,19}

Outro importante estudo, na Alemanha, foi realizado por Werner Janzarik, em 1957, em que denominou o grupo de *esquizofrenias senis* e identificou apenas cinco pacientes com sintomas de esquizofrenia, após os 60 anos de idade, durante 5 anos de observação no Hospital Universitário de Heidelberg. Encontrou nestes pacientes, e em mais 44 de outras instituições, achados orgânicos importantes, colocando em dúvida o diagnóstico. A classificação que propôs para esse grupo, que chamou de *Esquizofrenias senis*, foi: a- Psicoses agudas delirantes; b- Psicoses persecutórias crônicas; c- Alucinações.^{1,8,10}

No Reino Unido, em 1958, Frank Fish descreveu pacientes admitidos em hospital em Edinburg em 1957 e questionou as observações de Roth. Em 1960, relatou que 23 pacientes, com início da psicose acima de 40 anos de idade, não diferiam daqueles que tiveram início quando jovens, mas acreditava que, com o aumento da idade da esquizofrenia, ela desenvolvia uma forma “*parafrênica*”. Sua classificação para os transtornos foi: 1- Síndromes paranoides, 2- Reações psicógenas paranoides, 3- Esquizofrenias; 4- Psicoses orgânicas.^{6,8,10,20}

Uma das primeiras proposições de que essas psicoses pudessem fazer parte de um grupo heterogêneo de patologias de variada etiologia partiu de Felix Post, em 1966, na Grã-Bretanha. Descreveu o que denominou de *estados persecutórios persistentes* constituídos de: 1- síndrome esquizofrênica, 34 casos (36,6%); 2- síndrome esquizofreniforme, 37 casos (39,8%); 3- alucinação paranoide, 22 casos (23,7%). Incluiu também casos com a presença de transtornos orgânicos cerebrais. Sua classificação para esse grupo foi: A) 1- Desenvolvimento paranoide da personalidade; 2- Reações paranoides agudas; 3- Psicoses paranoides funcionais (a- alucinações auditivas paranoides; b- síndrome esquizofreniforme; c- síndrome esquizofrênica); 4- Esquizofrenias catatônicas. B) Síndromes paranoides associadas a transtornos cerebrais, transtornos sensoriais. Entretanto, a escola britânica estava dividida: enquanto alguns autores²¹ continuavam a considerar a *parafrenia tardia* um quadro que se identificava com a esquizofrenia de início tardio, outros propunham a existência de quadros heterogêneos, com distintas etiopatogênias.^{6,10}

Além de todas as descrições apresentadas, diversos autores continuaram a desenvolver seus próprios conceitos. Em 1969, Christian Müller, na Suíça, classificou todo esse grupo de psicoses de tipo esquizofrênico, diferenciadas de outro, ao qual denominou de psicoses com delírio vinculadas a uma síndrome psico-orgânica.¹⁰

Os critérios da escola britânica influenciaram a Classificação Internacional de Doenças, da OMS, a partir da segunda metade do século 20. Na 8ª Edição da Classificação Internacional das Doenças (CID-8), de 1967, não houve descrição de um grupo de diagnóstico independente para as esquizofrenias de início tardio, nem havia limite para a idade de início da esquizofrenia. A esquizofrenia *parafrênica* fazia parte do subgrupo “*esquizofrenia paranoide*”. Mas dentro dos estados paranoides a “*parafrenia (tardia)*” foi mencionada como um dos “*outros estados paranoides*” (CID-297.9).^{1,11}

Na CID-9, de 1978, o conceito de esquizofrenia era descritivo e incluía tanto a presença de SPO quanto a presença de distúrbios do pensamento, embotamento afetivo, delírios e alucinações.⁷ Não houve referência ao curso, duração e prognóstico da doença, assim como não houve proposição para a inclusão de um grupo diagnóstico independente para as esquizofrenias tardias. A *parafrenia* fazia parte do subgrupo dos *estados paranoides* (297.2) e foi descrita como psicose paranoide cuja clínica se caracterizava pela importante presença de alucinações, sem sintomas afetivos e pensamento desorganizado e boa preservação da personalidade. A idade limite não foi estabelecida, embora as psicoses paranoides involutivas, assim como as *parafrenias tardias*, tenham sido colocadas neste grupo, o que, indiretamente, implicou em associação com a idade.^{1,11}

Inicialmente, na preparação para a CID-10, foi omitida a categoria *parafrenia* e o termo “*parafrenia tardia*”. Após grandes discussões e debates na Grã-Bretanha, na versão final (1993), houve a inclusão do termo “*parafrenia (tardia)*” dentro dos transtornos delirantes, mas não como categoria independente. Casos anteriormente diagnosticados como *parafrenia tardia* deveriam ser vistos tanto como transtorno delirante ou como esquizofrenia nesta nova classificação. Porém, outros autores ainda se mantiveram na defesa de uma categoria diagnóstica independente para a *parafrenia tardia*.^{1,3,7,22} Houve consenso de que, o tempo de doença para que o diagnóstico de esquizofrenia fosse formulado, era de, pelo menos, 30 dias. Esse curto espaço de tempo expandiu as possibilidades de diagnóstico, dando margem para a inclusão de patologias que teoricamente não

pudessem ser esquizofrenia. Tal não ocorreu com a classificação norte-americana, que estabeleceu o tempo mínimo de 6 meses para a configuração do diagnóstico, tornando-o mais rigoroso e reduzindo as chances de inclusão de casos que não fossem verdadeiras esquizofrenias. Entretanto, a CID-10 incluiu a presença dos SPO de Schneider, tornando-a, assim, uma classificação com características categoriais e dimensionais, o que revelou nítida volta aos princípios kraepelinianos e bleulerianos, para a satisfação de psiquiatras e pesquisadores por todo o mundo.^{3,23,24}

Os norte-americanos até a década de 1970 não haviam manifestado interesse pela questão. Uma das justificativas para isso é que havia entre eles uma tendência histórica em diagnosticar tais pacientes como portadores de transtornos afetivos ou orgânicos, ou ainda em decorrência de avaliação incorreta dos conceitos de autores alemães e da identificação da esquizofrenia tardia com a parafrenia tardia.

A primeira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM-I), de 1952, incluiu a categoria de reação psicótica involutiva para os transtornos psicóticos que ocorrem no período involutivo. Alguns casos foram descritos como depressão, outros como paranoia. O DSM-II, de 1968, incluiu o termo “estado involutivo” (parafrenia involutiva) para descrever um quadro delirante no período da involução. Não havia uma idade de referência como ponto de corte para o diagnóstico de esquizofrenia do jovem ou a tardia.^{8,11,25}

O DSM-III, de 1980, considerou o diagnóstico de esquizofrenia e transtornos paranoides somente quando os sintomas surgissem antes dos 45 anos de idade, referindo-se a delírios persistentes sem alucinações proeminentes ou outros sinais importantes de esquizofrenia. Após questionamentos, em 1989, como reação a essa conceitualização insatisfatória e arbitraria, a terceira edição revisada (DSM-III-R) reconhecia a existência da esquizofrenia tardia e recomendava a sua especificação quando ela começasse após os 45 anos de idade. O termo “transtorno paranoide” foi substituído por “transtorno delirante”. Entretanto, a confusão de terminologia e conceitos continuava e muitos autores não distinguiam casos de esquizofrenia tardia daqueles da parafrenia tardia.^{11,26-28}

O DSM-IV, de 1994, manteve conceitos insatisfatórios, para muitos, ao não dispor de uma categoria separada para esquizofrenia de início tardio, revelando o conceito prevalente de que haveria uma continuidade dos casos de esquizofrenia não importa a idade de início da doença. O avanço consistiu na inclusão entre os Critérios A, para o diagnóstico de esquizofrenia, dos SPO: bastava apenas a presença de um desses sintomas, além de um dos demais (delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado, sintomas negativos) para que o diagnóstico fosse firmado.²⁹

Já o DSM-V não incluiu os SPO entre os critérios fundamentais para o diagnóstico da esquizofrenia. Limita-se a esclarecer que os casos de início tardio podiam satisfazer os critérios diagnósticos para esquizofrenia, e que ainda não estava claro se essa era a mesma condição da esquizofrenia diagnosticada antes da meia-idade (antes dos 55 anos de idade). Para o diagnóstico da esquizofrenia, bastava a presença de dois ou mais dos seguintes sintomas: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico e a presença de sintomas negativos (necessariamente tem de haver a presença de um dos três primeiros aqui relacionados).²

Até fins da década de 1990 foi se tornando cada vez mais evidente que a esquizofrenia tardia podia ser rigorosamente definida como “verdadeira” esquizofrenia, mesmo quando começa entre os 40 e 60 anos de idade, enquanto a parafrenia tardia seria um grupo heterogêneo de transtornos que incluíam psicoses paranoides e orgânicas. Somente uma pequena parte seria esquizofrenia de início muito tardio.

Em função de toda essa controvérsia, 18 investigadores provenientes de diversos países, representando alguns dos centros de pesquisas mais importantes do mundo, reuniram-se e decidiram estabelecer um consenso internacional para o conceito da esquizofrenia tardia. Em 1998, após alguns dias de frutíferos debates em Londres, chegou-se a algumas conclusões fundamentais.³⁰ Os princípios básicos desse consenso podem ser resumidos nos seguintes itens:

A esquizofrenia, tanto a de início precoce como a tardia, da infância à velhice, é um transtorno fundamentalmente heterogêneo e presumivelmente consiste de um grupo de doenças relacionadas;

Há evidências suficientes para justificar o reconhecimento de duas classificações: esquizofrenia tardia (início após a idade de 40 anos) e esquizofrenia muito tardia (início após os 60 anos de idade), que é uma psicose do tipo esquizofrenia (*schizophrenia-like*);

Psicoses do tipo esquizofrenia, que não estejam relacionadas a transtornos afetivos, a anormalidades estruturais focais ou progressivas do cérebro, podem surgir em qualquer época do ciclo da vida, entre a infância e a velhice. A expressão de tais sintomas psicóticos revela grande variação quando o início da doença ocorre em ambos os extremos da vida. Na medida em que as etiologias e as distintas fisiopatologias da esquizofrenia são desconhecidas, até o presente momento, variações na epidemiologia, sintomatologia, fisiopatologia e resposta ao tratamento com a mudança na idade de início podem contribuir com importantes informações acerca dos fatores de risco causal;

O gênero feminino está associado com o início tardio da doença. As curvas de incidência para homens e mulheres são diferentes e alguns dados sugerem a existência de três picos na vida adulta, que correspondem à vida adulta jovem, idade madura e velhice. Início em idades muito avançadas ocorrem no contexto do comprometimento do sensorio e isolamento social;

Casos de início precoce e tardio são mais similares que diferentes em termos de sintomatologia, especialmente dos sintomas positivos. Alguns estudos não revelaram muitas diferenças, porém diversos outros o fizeram, nos casos de início em idade muito avançada, em associação com baixa prevalência de distúrbios do pensamento formal e embotamento afetivo, e maior prevalência de alucinações visuais;

Diferenças nos perfis sintomáticos quando do surgimento da doença em diferentes faixas de idade não significam necessariamente diferenças na fisiopatologia ou etiologia. Elas podem representar diferenças de coorte ou diferenças no sistema nervoso central relacionadas à idade, independentemente da doença. Por outro lado, sintomas similares podem ser decorrentes de diferentes processos etiopatológicos;

Não há evidências de que um transtorno demencial progressivo esteja associado com o início da esquizofrenia na maturidade ou na velhice. Não importa a idade de início, a esquizofrenia está associada com comprometimento cognitivo generalizado quando comparado a sujeitos de mesma idade e não afetados pela doença. Não foram observadas diferenças no tipo de déficits cognitivos entre casos de início precoce e tardio. A esquizofrenia de início tardio está, possivelmente, associada com algum grau de déficits cognitivos,

especialmente em áreas de aprendizado, abstração e de flexibilidade cognitiva. Os achados em neuroimagens são bastante similares, não importando a idade de início. Não foram observadas anormalidades focais estruturais, como áreas de hiperintensidade de sinal na Ressonância Nuclear Magnética, ao contrário do que ocorre nos transtornos afetivos tardios, com sujeitos de mesmas idades;

Os fatores genéticos estão mais relacionados com a esquizofrenia de início precoce e na idade madura do que nas de início muito tardio. Não existem evidências de que o transtorno de início tardio tenha vínculos com a transmissão genética. Alguns estudos sugerem importante carga familiar de transtornos afetivos em pacientes portadores de esquizofrenia de início tardio. Não há maior prevalência de histórico familiar da demência de Alzheimer, demência vascular, demência de corpos de Lewy, ou a presença do genótipo para a apolipoproteína E, nos casos de esquizofrenia de início tardio;

9- O estabelecimento de pontos de corte quanto à idade limite para o diagnóstico de esquizofrenia tardia é puramente arbitrário. Houve um acordo geral de que os pontos de corte são úteis clinicamente, para determinar a posição desses pacientes, e contribuem no desenvolvimento de pesquisas. Evidências epidemiológicas são mais fortes para um ponto de corte de 60 e de 40 anos de idade para definir o grupo da esquizofrenia de início muito tardio (*schizophrenia-like*) e para o grupo da esquizofrenia tardia, apesar de alguns pensarem ser esta idade muito elevada para o agrupamento de meia-idade, respectivamente. Entretanto, essas não são questões fechadas e definidas, e podem ser motivos de novas discussões.

DISCUSSÃO

A psiquiatria geriátrica tem grandes desafios a superar e, talvez, o maior seja o esclarecimento da natureza das psicoses tardias, a fim de que isso possa trazer alívio mais alentado e duradouro para portadores dessas patologias e o avanço das pesquisas pode trazer maior conhecimento sobre sua natureza.

Devem ser considerados dois enfoques distintos: o que encara as psicoses do envelhecimento sob a visão ampla, *la-to sensu*, isto é, que inclua todas as psicoses que surgem a partir dos 40 anos de idade (uma idade arbitrária) como as: psicoses esquizofrênicas, paranoides, ligadas aos transtornos do humor, exógenas, que cursam com doenças orgânicas cerebrais (entre elas as demências), as de origem clínica, os quadros confusionais e as exotóxicas, e os transtornos de personalidade paranoide e esquizoide; e, no ponto de vista aqui exposto, e mais importante, em *stricto sensu*, isolado apenas ao grupo de psicoses do espectro paranoide ou esquizofrênico, isto é, que englobam as esquizofrenias, a paranoia, a parafrenia, os transtornos delirantes persistentes e agudos.

Seria esta forma a maneira mais genuína de estudar um grupo definido de psicoses que apresentam, em comum, um conjunto de manifestações psicopatológicas, bem estudadas pela fenomenologia clássica, etiopatogenias que, apesar de variadas e distintas umas das outras, guardam certa proximidade e coerência fisiopatológicas, evolutivas, clínicas e prognósticos. Esta constitui-se em tarefa bem difícil, devido à heterogeneidade desses quadros de psicoses paranoides tardias quando, graças ao avanço das neurociências, pode-se identificar alterações diferenciadas na estrutura neural de cada caso e também no conjunto e na individualidade de portadores de manifestações clínicas com mesmo diagnóstico.

Tem se falado muito no efeito de coorte, nas influências ambientais, culturais e familiares de grupos pertencentes a distintas faixas etárias. Assim como na influência de guerras, de períodos de penúrias socioeconômicas, de importantes crises sociais, políticas e religiosas, dos fatores alimentares e de cuidados médicos curativos e preventivos. A genética é mais determinante naqueles quadros que se desenvolvem em períodos precoces da existência e menos importante com o avançar da idade, mas guardando relativas similaridades. Todas essas heterogeneidades têm levado os pesquisadores a pensar que não existe apenas um grupo de psicoses paranoides tardias, mas diversos grupos, dentre eles os do espectro esquizofrênico, cada um com sua particularidade e tipicidade.

CONCLUSÃO

As classificações internacionais atuais de doenças têm retomado os princípios da fenomenologia clássica alemã, de início do século 20 e baseadas na valorização dos métodos classificatórios categoriais em associação aos dimensionais, como propostos por Kraepelin e por Bleuler, respectivamente. A OMS tem demonstrado isso claramente, ao passo que a APA tem dado passos ora de aproximação ora de certo distanciamento desse princípio.

De qualquer modo, isso revela a pujança do pensamento clínico-empírico kraepeliniano e o poder da teoria bleuleriana, embasados também em observações clínicas sólidas e coerentes. Este é o grande passo que a ciência desses últimos 120 anos tem dado no sentido do maior conhecimento deste que ainda é um dos maiores enigmas da psiquiatria. Um passo lento, sem dúvida, mas sem riscos de arroubos teóricos que possam guiá-la para caminhos mais nebulosos.

REFERÊNCIAS

1. Riecher-Rössler A, Rössler W, Förstl H, Meise U. Late-onset schizophrenia and late paraphrenia. *Schizophr Bull.* 1995;21(3):345-54.
2. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V. 5ª ed. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento. Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli. Porto Alegre: Artmed; 2014; 948 p.
3. Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Tradução: Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. 351 p.
4. Pearson GD. Late-Life-Onset Psychoses. In: Coffey CD, Cummings JL, eds. *Textbook of Geriatric Neuropsychiatry*. 2ª ed. Washington: American Psychiatric Press; 2000. p. 329-46.
5. Kretschmer E. *Psicología Médica*. Traducción de la duodécima edición alemana refundida. Segunda Edición. Barcelona: Editorial Labor; 1966. 427 p.
6. Häfner H. The concept of schizophrenia: from unity to diversity. *Adv Psychiatry*. 2014;2014:929434.
7. Elkis H. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(Supl 1)23-6.

8. Bucknill JC. *A Manual of Psychological Medicine*. 2nd ed. Revised and Enlarged. London: John Churchill; 1852. 80 p. [acesso 2015 Mar 31]. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=Fv7oGJwF7XwC&pg=PA80&lpq=PA80&dq=Guislain+paraphrenia&source=bl&ots=EmkQ8zSG-S&sig=auwf1cDzQoulaTFE-IrT0Zlx4Go&hl=pt-BR&sa=X&ei=DrIaVd7pBYOjgwT1w4OIDQ&redir_esc=y#v=onepage&q=Guislain%20paraphrenia&f=false
9. Harris MJ, Jeste DV. Late-onset schizophrenia: an overview. *Schizophr Bull*. 1988;14(1):39-55.
10. Burgermeister JJ, Cordeiro JD, Ajuriaguerra J. Les états délirants a début tardif. *Confront Psychiatriques*. 1970;5:63-82.
11. Mayer W. Überparaphrene Psychosen. *Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie*. 1921;71:187-206.
12. Kolle K. *Die primäre Verrücktheit: Psychopathologische, klinische und genealogische Untersuchungen*. Leipzig: Thieme-Verlag; 1931.
13. Koenig HG, Christison C, Christison G, Blazer D. Esquizofrenia e Transtornos Paranóides. In: Busse EW, Blazer DG, orgs. *Psiquiatria Geriátrica*. 2^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p. 273-84.
14. Howard R. Late-onset schizophrenia and very late-onset schizophrenia-like psychosis. In: Jacoby R, Oppenheimer C, eds. *Psychiatry in the Elderly*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press. 2002; p. 744-61.
15. Bleuler E. *Tratado de Psiquiatria*. Revisado por Manfred Bleuler. Segunda Edición Española. Traducción de la décima edición alemana por Alfredo Guera Miralles. Madrid: Espasa-Calpe; 1967. 467 p.
16. Schneider, K. *Psicopatologia clínica*. Tradução da sétima edição alemã por Emanuel Carneiro Leão. São Paulo: Editora Mestre Jou; 1968.
17. Wing JK, Cooper JE, Sartorius, N. Glossário das definições dos sintomas incluídos na 9^a Edição do Present State Examination (PSE). Medical Research Council. MRC Social Psychiatry Unit. Institute of Psychiatry. London. Tradução de Raul Caetano e Valentim Gentil Filho. São Paulo: Mimeo; 1983. 50 p.
18. Roth M, Morrissey JD. Problems in the diagnosis and classification of mental disorders in old age; with a study of case material. *J Ment Sci*. 1952;98(410):66-80.
19. Marneros A, Pillmann F, Wustmann T. Delusional disorders – are they simply paranoid schizophrenia? *Schizophr Bull*. 2012;38(3):561-8.
20. Häfner H, Hambrecht M, Löfler W, Munk-Jørgensen P, Riecher-Rössler A. Is schizophrenia a disorder of all ages? A comparison of first episodes and early course across the life-cycle. *Psych Medicine*. 1998;28(2):351-65.
21. Grahame OS. Schizophrenia in old age (late paraphrenia). *Br J Psychiatry*. 1984;145:493-5.
22. Keshavan MS, Nasrallah, HA, Tandon, R. Schizophrenia, “Just the Facts” 6. Moving ahead with the schizophrenia concept: from the elephant to the mouse. *Schizophr Res*. 2011;127(1-3):3-13.
23. Howard R, Castle D, O’Brien J, Almeida O, Levy R. Permeable walls, floors, ceilings and doors: partition delusions in late paraphrenia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1992;7(10):719-24.
24. Yassa R, Suranyi-Cadotte B. Clinical characteristics of late-onset schizophrenia and delusional disorder. *Schizophr Bull*. 1993;19(4):701-7.
25. Levy R. Late-onset and early-onset schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1990;147(10):1382-3.
26. Rabins P, Pauker S, Thomas J. Can schizophrenia begin after age 44? *Compr Psychiatry*. 1984;25(3):290-3.
27. Stoudemire A, Riether AM. Evaluation and treatment of paranoid syndromes in the elderly: a review. *Gen Hosp Psychiatry*. 1987;9(4):267-74.
28. Flint AJ, Rifat SL, Eastwood RR. Late-onset paranoia: Distinct from paraphrenia? *Int J Geriatr Psychiatry*. 1991;6:103-9.
29. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV*. Tradução: Dayse Batista; Supervisão da tradução: Alceu Fillman. 4^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. 830 p.
30. Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste D. late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. The International Late-Onset Schizophrenia Group. *Am J Psychiatry*. 2000;157(2):172-8.