

Revista Latinoamericana de Psicopatologia

Fundamental

ISSN: 1415-4714

psicopatologafundamental@uol.com.br

Associação Universitária de Pesquisa em

Psicopatologia Fundamental

Brasil

Kraepelin, Emil

Introdução à psiquiatria clínica (1905) Terceira lição: Demência precoce

Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. IV, núm. 4, diciembre, 2001, pp. 130-

137

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017674012>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

Introdução à psiquiatria clínica (1905)

Terceira lição: Demência precoce*

Emil Kraepelin

Senhores, o primeiro doente que lhes apresento hoje é um homem de 21 anos, admitido em nossos consultórios há algumas semanas. Vocês o verão entrar tranqüilamente, sentar-se sem manifestar emoção e sem prestar atenção em coisa alguma, mesmo estando perfeitamente consciente do que se passa ao seu redor. Ao lhe dirigirmos a palavra, ele evidentemente comprehende todas as questões, mas é necessário falar-lhe lentamente e reiterar a pergunta com insistência para obter uma resposta sensata. As informações restritas que ele nos fornece em voz baixa permite-nos compreender que ele se considera doente, mas que não tem, no entanto, uma noção precisa das perturbações que sente e nem de suas características. Atribui sua doença a práticas de onanismo às quais se entrega desde a idade de 10 anos. Por ter pecado contra o sexto mandamento, chegou a não poder mais dirigir seu comportamento e a sentir-se sempre apático e infeliz: é um hipocondríaco. Após a leitura de livros de medicina, ele imaginou ter uma hérnia e tabes. Depois, temendo que tivessem percebido seu vício e que pudessem colocá-lo no ridículo, ele acabou com qualquer relação com seus colegas. O doente expõe todos esses fatos no mesmo tom monótono, sem levantar a cabeça e sem se preocupar com o que está ao seu redor. Em seu rosto, nenhum reflexo de seus sentimentos íntimos; apenas esboça de vez em quando um sorriso fugidio, que logo

* Tradução de Maria Vera P.C. Pacheco e revisão técnica de Mário Eduardo Costa Pereira.

dá lugar a uma falta absoluta de expressão. Contudo, olhando-o com cuidado, constata-se um tremor ligeiro e muito variável, ao redor da boca e do nariz, assim como uma tendência a fazer caretas.

Ele conta que no ano passado já estava a ponto de entrar numa universidade; na realidade, sua instrução demonstra bem o nível de estudos que completou. Mesmo sabendo perfeitamente onde se encontra, ele ignora quase por completo o nome das pessoas com as quais vive, e, aliás, nem está preocupado com isso. A respeito dos graves acontecimentos dos anos passados, ele dá apenas informações muito vagas. Declara-se totalmente disposto a ficar na clínica. Certamente preferiria dedicar-se a um trabalho qualquer, mas sobre esse ponto não é capaz de nos expor o menor projeto. O exagero dos reflexos rotulares do lado direito constitui a única perturbação somática a destacar.

Esse quadro, num exame superficial, lembraria sem dúvida o estado de depressão que aprendemos a conhecer numa de nossas lições precedentes; mas numa observação mais cuidadosa, vocês compreenderão, sem dificuldades, que apesar de uma certa semelhança, estamos diante de uma afecção totalmente diferente. Se o doente nos fala apenas lentamente e por monossílabos, não é porque tenha qualquer dificuldade em emitir sons; é simplesmente porque ele não sente a necessidade de falar. Ele escuta e comprehende muito bem o que lhe é dito, mas não tem nisso nenhum interesse e, sem tentar refletir, limita-se a responder o que lhe passa pela cabeça. Não se pode surpreender nele a menor manifestação de vontade, seus movimentos se sucedem sem energia e sem vigor, ainda que nenhum obstáculo venha entravá-los. Suas respostas atestam um enfraquecimento de sentimentos afetivos. Efetivamente, não há nenhuma dúvida a esse respeito. Esse homem está aí, fechado, isento de temor, de esperança, de desejo. O que acontece ao seu redor não o atinge em absoluto e, no entanto, não lhe seria necessário qualquer esforço para perceber a situação. Que se entre, saia, fale com ele, cuide dele, ele não quer saber. O próprio nome das pessoas lhe é indiferente.

Essa ausência de reação a qualquer tipo de impressão, tão especial e tão marcada, coincidindo com a conservação da inteligência e da memória, eis aí a característica da doença que estudamos. Uma análise levada mais a fundo coloca a situação em plena luz. Este homem, munido de uma boa instrução, permanece semanas e meses deitado ou sentado perto de sua cama sem sentir a menor necessidade de se ocupar com alguma coisa. É como se estivesse entorpecido, não tem nem movimento e nem expressão; de vez em quando ri sem motivo e de uma forma particular, mantendo imóveis os traços de seu rosto. Quando muito o vemos por acaso folhear um livro. Ele não fala, não se interessa por nada. Quando recebe uma visita, permanece apático da mesma forma; não se informa do que acontece com sua família, apenas cumprimenta e entra em seu quarto sem ter experimentado a menor sensação. Parece-lhe inútil escrever uma carta; aliás, ele não tem nada para

escrever. Entretanto, um dia ele mandou para o médico uma escrita sem continuidade, incoerente, incompleta, entrecortada de jogos de palavras infantis. Ele pedia, por exemplo, "... alguma coisa mais alegre no tratamento, um movimento com toda a liberdade para expandir o horizonte; quer ergo diminuir um pouco o espírito nas lições; e nota bene, deseja pelo amor de Deus não estar em combinação com o clube dos inocentes; a vocação do trabalho é o bálsamo da vida".

Toda essa carta, como toda sua forma exterior de ser, tudo o que ele pensa do mundo, o tipo de filosofia moral que construiu para si mostram, sem contestação possível, a ausência de afetividade coincidindo com uma perda de julgamento muito particular; e esta última contrasta com a persistência quase completa dos conhecimentos anteriormente adquiridos. Trata-se de um estado mórbido muito específico, traduzindo-se pela decadência da inteligência e da afetividade, que lembra apenas objetivamente os estados de depressão, do qual já nos ocupamos. Encontra-se aí a finalização bem diferenciada de uma afecção cujos processos iniciais são muito variáveis e que chamaremos provisoriamente "demência precoce".

No caso atual, a afecção evoluiu progressivamente. Nossa doente, cujos pais, digamos de passagem, eram melancólicos, teve uma infância delicada; falou tarde; só pôde ser mandado à escola com a idade de 7 anos, mas estudou muito bem. No entanto, era uma criança teimosa e fechada. Depois, sua inteligência retrocedeu; além do mais ele masturbava-se há muito tempo. Nesses últimos anos ele continuou ainda a enfraquecer-se psiquicamente; acreditava que seus irmãos zombavam dele, e sua feiúra, que o levava a ser colocado à distância da sociedade, o impedia de manter um espelho em seu quarto. Há um ano, após ter se submetido a seus exames para saída do colegial, não pôde se apresentar para o exame oral, encontrando-se incapaz de estudar mais. Ele não parava de se masturbar; pulava totalmente ao acaso de uma idéia à outra, punha-se a fazer música que não rimava com nada, chorava sem motivo, perdia-se em considerações "sobre o funcionamento dos nervos da vida, das quais não saía mais". Estava igualmente inapto ao trabalho corporal, sentia-se sempre "esgotado", abatido, pedia um revólver, comia fósforos suecos para suicidar-se. Toda afeição por sua família havia desaparecido. De tempos em tempos, ele ficava excitado e então falava muito alto em sua janela. Foi assim que na clínica, durante vários dias, ele apresentou um estado de agitação: tagarelava confusamente, fazendo caretas, saltitando, elocubrando escritos sem nenhuma significação e cobertos de toda espécie de rubricas em cruz e atravessadas; seguiu-se um período de calma, mas foi impossível manter o menor esclarecimento sobre sua conduta tão singular.¹

1. Posteriormente o doente foi transportado para uma colônia familiar sem ter apresentado modificação. Hoje ele encontra-se há três anos e meio num asilo, ainda demente e apático da mesma maneira.

Além da decadência intelectual e da perda das reações sensitivas, o doente ainda apresenta alguns pontos importantes para nossa observação. Em primeiro lugar, está o riso tolo e vazio, sintoma freqüente na demência precoce. Esse riso não responde a nenhum sentimento de alegria; alguns doentes queixam-se até de serem obrigados a rir, ainda que suas idéias não os leve minimamente a isso. Outros sinais de grande valor são as caretas, as contorções, as pequenas tremulações do rosto. Frisemos também as tendências a usar uma linguagem extravagante, a fazer jogos de palavras por assonânciam, sem preocupação com o sentido; essa particularidade faz efetivamente parte integrante da afecção. Enfim, esses doentes têm uma forma característica e bem própria a eles de dar a mão: com efeito, estende-se a eles a mão aberta, eles colocam a deles completamente rígida. Esse fenômeno aparece sempre muito claro na demência precoce.

Como o processo mórbido desenvolve-se progressivamente em nossa observação, só se pode fixar uma data muito aproximativa para o começo. Em casos análogos, inúmeras vezes atribui-se as perturbações patológicas a uma perversão do senso moral; chega-se mesmo a punir essa perversão e busca-se remediá-la pela educação. Tem-se também o hábito de incriminar o onanismo como causa da doença; diante de casos como o nosso, os antigos psiquiatras teriam falado de loucura dos onanistas. A meu ver, o onanismo é antes uma manifestação do que uma causa da afecção. Nós não encontramos formas de demência precoce com a mesma gravidade, independentes de práticas bem acentuadas de onanismo? Não conhecemos a decadência dos onanistas, e o quadro clínico não é totalmente diferente? Por outro lado, na mulher, a afecção em questão está longe de ser rara; no entanto, com elas o onanismo tem um papel ainda mais apagado. Para mim, efetivamente, não seria a questão de colocar a relação de causa e efeito entre o onanismo e a demência precoce.

Resta ainda um ponto ao qual convém prestar atenção e que vai precisamente ao encontro da teoria da origem onanística: é o começo brusco da doença.

A demência precoce começa de bom grado por uma fase de depressão, suscetível de criar alguma confusão com um dos estados melancólicos descritos numa aula precedente.

A título de exemplo, peço-lhes que examinem esse diarista de 22 anos, que já entrou pela primeira vez na clínica há três anos e que pertencia, por assim dizer, a uma família saudável. Algumas semanas antes de sua chegada, ele teve acessos de ansiedade. Depois tornou-se como que embotado: a palavra ficou embaraçada, o olhar fixo, as idéias pouco fixadas. Ficou dominado por um delírio de perseguição e de culpabilidade muito vago. Aqui conosco deu respostas hesitantes e desconexas, apesar de ser capaz de resolver pequenos problemas de aritmética e de executar algumas ordens simples; ele ignorava o lugar onde se encontrava. De vez em quando falava sozinho, murmurando algumas palavras ininteligíveis: “É a guerra. Ele não come mais nada. Viva a palavra de Deus. Um corvo está na janela e quer comer a sua carne”.

Ele comprehendia bem o que lhe era perguntado e distraía-se com facilidade, porém não se interessava por nada e não procurava tomar conhecimento do que se passava ao seu redor; nenhum temor, nenhum desejo o animava. Em geral permanecia deitado, com o rosto sem expressão, como que imobilizado. Algumas vezes o víamos levantarse, colocar-se de joelhos ou caminhar lentamente; aliás todos os seus movimentos traíam um certo mal-estar e uma completa falta de iniciativa. Os membros, por sua vez, mantinham por muito tempo a posição em que eram colocados; e, ainda mais, quando se levantava os braços diante dele, ele repetia os movimentos; igualmente, batia em suas mãos quando se fazia o mesmo diante de seus olhos. Esses fenômenos chamados “flexibilidade cérea”, catalepsia para uns, ecopraxia para outros, são bastante conhecidos nas pesquisas de ordem hipnótica; destacam-se sempre de perturbações especiais da vontade, nas quais agrupamos as diferentes manifestações sob o nome de *befehlsautomatie**. Acrescentemos, enfim, que nosso sujeito tem desigualdade pupilar e que notamos em seus antecedentes um *rictus* com convulsões dos membros superiores.

Ao longo do último mês, seu estado melhorou, seu espírito estava mais lúcido, suas maneiras mais naturais e ele tinha a sensação precisa de estar doente. No entanto, continuava sendo um ser confuso, pobre de pensamento e de sentimentos. Ele deixou a clínica nessas condições para retornar a seu trabalho. Passado um ano, eis que ele nos é trazido novamente: havia se colocado diante de um trem que tinha lhe cortado o pé direito e fraturado o braço esquerdo. Durante essa nova permanência entre nós, mostrou-se mais senhor de si, conhecia melhor o ambiente à sua volta e de bom grado comunicava suas noções de geografia e de cálculo. Ele não falava espontaneamente com ninguém, é verdade. Permanecia apático, deitado, privado de qualquer reação, seu rosto estava sem expressão; aliás, ele não fazia nada e não prestava atenção alguma ao que acontecia ao seu redor. Atribuía sua tentativa de suicídio à doença; dizia que há um ano seu cérebro estava quebrado, não era mais capaz de pensar sem que outras pessoas ficassem a par de suas idéias e fizessem delas o assunto de suas conversas; ouvia-se até mesmo ele ler o jornal.

Ainda hoje é no mesmo estado que encontramos nosso doente: ele olha indiferentemente à sua frente, sem nada ver. Ele não toma conhecimento do ambiente estranho que o cerca. Apenas levanta os olhos quando é interrogado, sendo necessário interpelá-lo com energia para obter dele qualquer resposta. Ele sabe onde está, conhece o mês e o ano, assim como o nome dos médicos; ainda é capaz mesmo de resolver um problema fácil, enumera também um certo número de cidades e de rios. Por outro lado, de vez em quando acredita ser o filho do imperador, o rei Guilherme. No mais, ele não tem noção de sua situação e deseja ficar aqui: “Seu cérebro está ferido, sua

* *Befehlsautomatie* = automatismo de comando. (N. da T.)

veia está estourada". Mais uma vez, coloca-se facilmente em evidência a flexibilidade cérea e a ecopraxia; estendemos a mão em sua direção, ele faz o mesmo de maneira toda esticada, mas sem segurar nossa mão.²

Desnecessário ir mais longe para nos assegurarmos que estamos face a um estado patológico atingindo antes o julgamento que a memória. Muito mais atingida ainda está a emotividade e, por consequência, estão alteradas todas as manifestações voluntárias sob sua dependência. Existe, pois, analogia indubitável entre os dois doentes que os senhores viram hoje, ainda que o processo evoluía de maneira diferente em cada um deles. Observa-se, notadamente, a mesma ausência de toda a atividade intelectual, o mesmo distanciamento de tudo, a mesma impossibilidade de se permitir qualquer ato espontâneo; tratam-se, portanto, de transtornos similares, tão intensos em uma observação quanto na outra e marcando ambos os sujeitos de um traço idêntico. Esses sintomas representam, com o enfraquecimento do julgamento, as características fundamentais e permanentes da demência precoce; eles são encontrados durante toda a evolução da afecção. Ao lado deles pode se manifestar toda uma série de sinais, suscetíveis, às vezes, de ocupar um lugar preponderante; mas esses sinais em geral não são duráveis e não devem ser considerados como estigmas cardeais. Vê-se, por exemplo, idéias delirantes, alucinações sensoriais, na verdade extraordinariamente freqüentes, mas com desenvolvimento muito irregular; elas podem estar completamente ausentes ou desaparecer, sem que os traços essenciais fiquem, por isso, modificados ao longo da doença ou em sua fase final. Assim, temos o direito de propor como regra que todos os estados de depressão com alucinações sensoriais muito evidentes no início ou com delírio estúpido não constituem, na maior parte das vezes, senão a primeira fase da demência precoce. Por outro lado, as modificações da emotividade, por serem constantes, são, por esse fato, pouco apreciáveis: elas não ajudam em quase nada no estabelecimento do diagnóstico. Se é verdade que os estados de viva ansiedade ou de grande depressão são susceptíveis de abrir a cena, a emotividade, pode-se verificar, se dissipar de forma extremamente rápida, e até mesmo sem qualquer manifestação exterior.

Vejam, por fim, esse fator: um homem de 35 anos, de estrutura sólida. Vocês conseguem conceber que, há apenas alguns poucos dias, ele tenha tentado se matar, tendo chegado mesmo a persuadir sua esposa a segui-lo no suicídio, após ter estupidamente cortado o canal da uretra algumas semanas antes? Seu aspecto pálido, sua nutrição lânguida não o impediam de estar ainda mais consciente; ele sabe onde se encontra, dá-se conta de sua situação e suas respostas são ordenadas e sensatas. Há cinco semanas ele está doente e sofre, sobretudo, de cefalalgia. Seus

2. O doente encontra-se há cinco anos em um pavilhão de crônicos. Ele ficou cheio de maneirismos e demente.

companheiros se divertem, acredita ele, com uma pequena indelicadeza que ele havia cometido em um lugar precedente. “Nós entraremos em guerra contra você, nós abriremos a pequena camisa”. Com freqüência, ele não compreendia bem, pois telefonavam muito nas suas orelhas; da mesma forma, cansado de escutar essas vozes, ele havia resolvido se enforcar. Tendo conseguido, em seguida, retornar a seu trabalho, ele torna-se ansioso, perseguido pelo temor de ser obrigado a passar dinheiro falso e de receber assim uma condenação à prisão. A cabeça fervia-lhe e implorava à sua mulher que queimasse o cérebro junto com ele. “Ela não estaria perdida se ele fosse colocado na prisão?” Pouco a pouco, ele acabou por não mais se alimentar ou dormir; ele se fazia montes de reprovações; ele via sobre o teto uma cabeça que, de início, o apavorava muito; ele viu, em seguida, com os olhos fechados, dois quadros, um dos quais, estando completamente rasgado, representava uma casa com suas janelas e seu teto.

O doente nos conta tudo isso, com o rosto sorridente, mas com uma certa artificialidade na expressão. Sua tentativa de suicídio, sua chegada à clínica, não lhe inspiram qualquer reflexão. Ele nos estende uma mão tesa; tesa, também, é a sua sustentação. Ele apresenta, de forma mais clara, catalepsia, ecopraxia e ecolalia. Ele repete, de fato, imediatamente a palavra pronunciada diante dele, por vezes desnaturalizando-a. Nos primeiros dias após sua entrada no asilo, ele permanecia quase constantemente deitado, com as pálpebras com freqüência fechadas, sem fazer movimentos, sem responder às questões, sem reagir às injeções. Ele escutava vozes dizendo-lhe todo tipo de coisas. Ele acrescenta, com voz baixa, ter visto embaixo de si um coração azul e, atrás deste, a luz trêmula do sol. Há ainda um outro coração azul, “um coração de mulher”. Ele viu também raios e, em seguida, um cometa com uma longa cauda; e o sol se levantava todos os dias do lado oposto.

Nesses últimos dias, bruscamente, sem motivo, o doente recusou toda nutrição, sendo necessário alimentar-lhe através de sonda. Ele era convidado a escrever para sua esposa, mas ele dizia ter ocupações mais importantes; além disso, era inútil que ela viesse lhe fazer visita, não valia a pena. Pedia-se a ele que mostrasse a língua, ele abria bem a boca, mas enrolava a língua, apoando-a com força contra o palato. Em outros momentos, ele se tornava subitamente muito agressivo para com os outros, sem ser capaz de se justificar por isso. Do ponto de vista somático, convém notar um exagero marcante dos reflexos patelares.

Nesse quadro clínico, reencontramos – vocês compreenderão facilmente – os mesmos traços fundamentais que observamos nos dois outros doentes: emotividade embotada, ausência de vontade espontânea, sugestibilidade. Além das alucinações sensoriais, a maneira tão particular de dar a mão confirmam ainda nosso diagnóstico; trata-se de um caso de demência precoce. Apontam no mesmo sentido a resistência estúpida do doente à alimentação, sua recusa em mostrar a língua e de escrever à sua mulher. Os estados de estupor que se manifestam de tempos em tempos têm,

também, um certo valor. Em uma palavra, estamos aqui face a transtornos idênticos àqueles que tivemos a ocasião de discutir acima.

De outra parte, estamos lidando com um afetado evoluindo há alguns anos, tornando-se sua enfermidade crônica. Tal é, de fato, a etapa final mais freqüente da demência precoce. E o que dá a nosso diagnóstico todo o seu valor é que desde já estamos em condições de firmar um prognóstico grave; podemos prever o estado de imbecilidade especial que atingirá ulteriormente o doente. Nossa predição, é verdade, não está totalmente livre de erro.

Do ponto de vista estritamente científico, é ainda duvidoso que a demência precoce possa curar completa e definitivamente; contudo, não se pode aceitar essa concepção de forma inapelável.

As melhorias, ao contrário, não são casos raros e, na prática, há lugar para serem consideradas como curas. Os doentes evidentemente perderam parte de sua atividade, de sua inteligência e sua emotividade é bastante restrita; mas nas relações rotineiras eles são ainda capazes de manter seu antigo lugar que ocupavam. Essas melhorias são, também, muito freqüentemente apenas momentâneas e as recaídas parecem dever se reproduzirem cedo ou tarde, sem motivo determinado e mostram, então, uma evolução mais severa. É o que observamos em nosso segundo paciente: melhora, aliás bastante curta, e recaída consecutiva. Da mesma forma, temos alguma razão de esperar que os distúrbios atuais nele desaparecerão, mas é sempre necessário estarmos preparados para uma recidiva mais grave.³

3. O doente melhorou consideravelmente do ponto de vista somático. Ele saiu da clínica ao cabo de três meses, sem se dar conta das perturbações que havia apresentado. Há quatro anos e meio, ele está na família e parece curado.