



Revista Latinoamericana de Psicopatologia
Fundamental

ISSN: 1415-4714

psicopatologiafundamental@uol.com.br

Associação Universitária de Pesquisa em
Psicopatologia Fundamental
Brasil

Bleuler, Eugen

Demência precoce - O conceito da enfermidade

Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, vol. III, núm. 1, 2000, pp. 164-179

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233018232012>

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

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Demência precoce – O conceito da enfermidade*

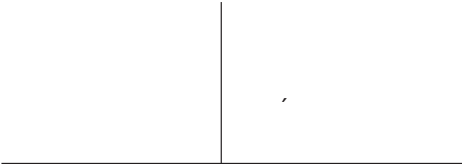
Eugen Bleuler

A demência precoce compreende a maioria das psicoses até agora designadas como funcionais. Esta mesma idéia implica uma determinada concepção das enfermidades mentais. Em conseqüência, não é possível expor esta concepção sem uma consideração cuidadosa de outras idéias acerca da natureza dessas enfermidades.

Antes de Kraepelin, neste grande grupo de psicoses só se diferenciavam quadros clínicos ou síndromes. Contudo, a demência precoce deve ser considerada uma enfermidade, no sentido que Kraepelin dá ao termo. Difere basicamente da “insanidade alucinatória aguda”, da “mania” e “melancolia” (no sentido anterior a Kraepelin), da “paranóia aguda” e da “amência”, da escola vienense.

[*Sem a delimitação da estrutura dessa enfermidade*] não se pode colocar a questão de se um caso dado é uma paranóia aguda ou uma esquizofrenia (uma não exclui a outra) como também não se pode decidir se uma enfermidade que exhibe edemas é anasarca ou nefrite. Não somente os nomes, mas os próprios conceitos de anasarca (das antigas autoridades médicas), de paranóia aguda, de

* O trabalho aqui traduzido corresponde à primeira parte da seção V, do capítulo sobre “Demência precoce”, do *Tratado de psiquiatria* de Eugen Bleuler. A tradução é de Maria Helena Guimarães Franco e a revisão técnica é do Prof. Dr. Mário Eduardo Costa Pereira, ambos do Laboratório de Psicopatologia Fundamental da UNICAMP.



estados de confusão, foram construídos arbitrariamente por este ou aquele observador e de acordo com o sintoma que lhe pareceu mais chamativo. Sobre tal fundamento é impossível uma delimitação real desses quadros clínicos patológicos. Além de sintomas tais como confusão ou transtornos paranóides da inteligência, encontramos em cada caso ainda outras manifestações de frequência e intensidade variáveis. Se esses sintomas secundários são especialmente pronunciados ou se os sintomas “cardinais” retrocedem a um segundo plano, então a designação torna-se incerta e todo o conceito se desvanece ou deve ser arbitrariamente limitado em cada caso. Modificações desse tipo no quadro clínico podem estar presentes no mesmo paciente que acaba de ser considerado um caso típico; e ainda com maior frequência em muitos casos de enfermidades similares, que podem ser distribuídas em uma série contínua. O primeiro elo da série pode ser, por exemplo, a melancolia simples, logo seguida pela melancolia alucinatória; os elos finais são formados pelas paranóias alucinatórias agudas. Contudo, não existe evidência de qualquer linha de separação entre as diversas formas. Nos dias que se considerava a anasarca uma entidade patológica, era fácil encontrar uma saída quando o quadro clínico mudava. Simplesmente, acrescentava-se à enfermidade original uma anasarca abdominal, torácica, cardíaca. Nas psicoses, no entanto, o quadro clínico parecia muito homogêneo para que se recorresse com frequência a essas adições arbitrárias. Em vez disso, concedia-se que toda enfermidade poderia se transformar em outra. Wernicke foi o representante mais extremo dessa noção de transformação¹. Cada vez que se desenvolvia um novo complexo de sintomas, pensava-se estar frente a outra enfermidade: a psicose motora de hoje era a paranóia de amanhã.

A situação é muito diferente quando se trata dos conceitos de nefrite, de paralisia geral ou de demência por atrofia cerebral. Não importa como se altere o quadro clínico: seja por um ataque de uremia, uma falha do coração, ou uma retinite; a tríade maníaca, “insânia”, paralisia ou remissão, não mudamos nem nossa terminologia, nem nosso conceito da enfermidade. O possível surgimento de tais sintomas já estava imbricado no diagnóstico.

Em outros campos da medicina, não têm sobrevivido muitos conceitos sintomatológicos de enfermidade. Onde não se pôde encontrar substitutos para eles, tais conceitos continuam a ser usados com plena consciência do fato de que são meramente formulações temporárias, não diagnósticos. Entretanto, em psiquiatria, ainda devemos lutar por concepções tão óbvias. Sem dúvida, sempre se cita a paralisia geral como o modelo de um conceito nítido e preciso; porém está em contraste aberto com as concepções sintomatológicas da enfermidade.

1. Este conceito muito duvidoso de “transformação” dificilmente podia ser evitado. Nasse descreveu como uma psicose transformou-se em outra no curso de poucas horas.

Em conseqüência, tentaremos demonstrar:

1. Que os outros diversos diagnósticos sob os quais se classifica habitualmente de demência precoce de Kraepelin, não representam conceitos reais de enfermidade.
2. Que o conceito de demência precoce substitui melhor o quadro clínico por um genuíno conceito de enfermidade e devemos provar ao mesmo tempo que este conceito está de acordo com o que podemos observar na realidade.

Deveria estar claro para todos os que observam pacientes mentais que termos tais como confusão, paranóia aguda, insanidade alucinatória aguda, confusão mental, assim como mania e melancolia em seu antigo sentido (que ainda é usado na Inglaterra e na França) não designam “enfermidades”. Em conseqüência, posso me limitar a alguns poucos pontos. Necessitaria de muito espaço para dizer todas as coisas desagradáveis que deveria realmente dizer sobre essas noções e dificilmente estaria capacitado para essa tarefa, dado que simplesmente não posso entender aqueles que consideram que esses termos conotam verdadeiros conceitos de enfermidade.

Primeiro, quanto à forma: um conceito construído sobre a base de uma única característica notável é sempre algo vago e arbitrário. O que um observador considera importante, outro apenas nota. Até há poucos anos, os psiquiatras estavam divididos em grupos iguais acerca da questão de se o traço dominante nos esquizofrênicos de idade madura era a demência ou as idéias delirantes e alucinações. Na realidade, acontece com freqüência de um médico não notar um sintoma que outro considera imediatamente conspícuo: um pode ver estupor onde o outro não admite tal coisa de modo algum, porque seu conceito do termo é muito mais estreito. Um médico pode estar seguro de que observa diretamente alucinações, enquanto outro duvida que estas existam porque o paciente não fornece nenhuma informação e porque o que fora interpretado como alucinações pode também ser explicado sobre a base de outros fenômenos fundamentais.

Segundo, quanto ao conteúdo: um sintoma, seja psíquico ou físico (dor, anasarca), nunca é uma enfermidade. O mesmo ocorre quando se trata de um complexo de sintomas. Seria certamente uma grande coincidência que em algum momento, alguma síndrome psíquica ou de outra classe correspondesse a uma verdadeira enfermidade, ou seja, que fosse necessariamente dominante em todos os casos de enfermidade, sem estar presente em outras. Se foi descoberto em determinado paciente um sintoma ou um complexo de sintomas, este não é o fim da sistemática, o fim da formação de um conceito de enfermidade, mas apenas seu começo. Só agora devemos fazer as perguntas: Que relação tem com outros sintomas e fatos anatômicos, em que curso e como conseqüência de que causas aparece o sintoma? Deveremos indagar também: Que perturbação fundamental é a base do sintoma? Somente as respostas a estas perguntas podem fornecer o conceito da enfermidade. A maioria dos sintomas empregados para a definição das antigas pseudopsicoses eram, como tais, inteiramente inapropriados para esse papel. As

alucinações, por exemplo, podem ser observadas em todas as enfermidades mentais e, inclusive, nas pessoas sadias. Portanto, não constituem de nenhum modo um critério útil para a distinção entre enfermos e sãos, e muito menos para distinguir entre si as diversas psicoses. Nem sequer a relação quantitativa destes sintomas com outras manifestações patológicas nos diz algo. Na realidade, podemos observar, por exemplo, que casos de paralisia geral, epilepsia, ou demência senil são, às vezes, acompanhados por muitas alucinações, enquanto outras vezes não mostram nenhuma evidência de tais fenômenos. Entretanto, isso não nos fará mudar de nenhuma maneira nossa interpretação sobre eles. Também nos diversos ataques de um mesmo paciente maníaco-depressivo – que por boas razões consideramos equivalentes – as alucinações são às vezes proeminentes e outras vezes não se produzem. Se, como na esquizofrenia, existem complexos patológicos que são muito parecidos quanto à sintomatologia, curso etc. sendo a única diferença a presença das alucinações, ainda assim não estaremos justificados a considerar como algo especial estes diversos quadros clínicos.

A natureza das alucinações poderia ser de maior importância para o diagnóstico. Podemos reconhecer um *delirium tremens* com certo grau de probabilidade quando está presente uma combinação de tipos específicos de alucinações visuais e táteis, e podemos fazer o diagnóstico com certeza se se acrescentam determinadas peculiaridades nas reações do paciente. Do mesmo modo, a combinação descrita de alucinações auditivas e corporais permite o diagnóstico de esquizofrenia; o diagnóstico, mas não a delimitação do conceito de esquizofrenia, visto que em muitos outros casos similares as alucinações podem estar totalmente ausentes, ou, então, dominam por completo o quadro clínico. Assim, podem aparecer somente durante o breve período de oito dias em um caso cuja afecção tenha tido cinco anos de permanência; em outro caso, de igual duração, só estarão ausentes em períodos muito breves. Em resumo, para que possamos tirar alguma conclusão das alucinações, estas devem estar presentes, e então o diagnóstico se baseia simplesmente na correlação de certas classes de alucinações com os outros sintomas da esquizofrenia, que nossa experiência nos tem revelado. Assim, ninguém se atreveu até agora, por boas razões, a fundar o conceito de uma enfermidade sobre o tipo de alucinações exibidas.

A situação é muito pior no que diz respeito ao conceito de confusão, que é essencial na idéia de demência. A confusão é um sintoma terminal que pode ser causado por uma variedade de perturbações, se estas são suficientemente intensas. Os pacientes maníacos, epiléticos, histéricos, delirantes e catatônicos podem ocasionalmente mostrar confusão. Por certo, uma análise atenta demonstra que, apesar desse traço comum, vemo-nos frente a estados inteiramente diferentes e clinicamente discerníveis. O criador do conceito de amênia, logicamente, incluiu estes diversos estados sob um mesmo rótulo, e à raiz disso descobriu sua teoria; ou seja, que ele mesmo evidenciou que suas hipóteses eram falsas, posto que

necessariamente conduziam a falsas conclusões. Mesmo o purificado “conceito de amênia” da mais recente escola vienense² sofre os defeitos básicos da definição original. O objetivo de Stransky de melhorar as coisas considerando como amênia somente os casos de confusão que não se adaptam a nenhum outro conceito de enfermidade, só poderia ter valor prático se já conhecêssemos essas outras enfermidades e se já as tivéssemos definido. Contudo, a escola de Kraepelin considera a maioria de seus casos como indubitavelmente de demência precoce. De modo que, ainda que reconhecêssemos a definição de Stransky, não faríamos um diagnóstico de amênia com maior frequência do que fazemos agora.

Também o estupor, que se utiliza freqüentemente para fazer o diagnóstico diferencial, é inteiramente inapropriado para tal fim. Podem se manifestar como estupor, quando são suficientemente intensas, todas as formas de inibições e obstruções. Para o conhecimento da enfermidade, apenas tem importância o sintoma primário subjacente ao estupor, não sua imagem externa. Os estupores maníacos, epilépticos, esquizofrênicos devido a um medo repentino, todos são coisas diferentes.

Para muitos tem a maior importância que a perturbação ocasionada por uma enfermidade mental afete primordialmente a inteligência ou a afetividade. À parte outras dificuldades, há duas circunstâncias que fazem com que tal critério careça por completo de utilidade: não sabemos se existem perturbações primárias de uma esfera que não afetem em nada a outra, e, em qualquer caso, dado sabemos ainda menos o que é o secundário. Assim, na psicose afetiva “mania” inclusive a fuga de idéias e a euforia se mostram, não como dependentes entre si, mas como correlativas (a prova: os tipos mistos), e existe uma enérgica discussão quanto a se na “psicose da inteligência por excelência”, isto é, a paranóia, a perturbação dos sentimentos não é, afinal de contas, o transtorno primário. Então talvez nos vejamos, aqui, frente a um critério que nem sequer existe e que, em todo caso, não foi ainda demonstrado.

Algumas autoridades atribuem particular importância à seqüência temporal dos sintomas. Ziehen, por exemplo, postulou a presença de mania nos casos em que apareceu primeiro a perturbação afetiva; por outro lado, considera como paranóia alucinatória aguda esses casos onde as alucinações foram as primeiras a aparecer. Quem se encarregará de provar esta diferença? A recomendação de Ziehen de que interroguemos o próprio paciente parece-me ser, em muitos casos, um método excessivamente incerto.

É evidente que não se pode fazer nenhuma definição clara quando se utilizam tais critérios, de modo que encontramos sempre um grande número de casos de transição e atípicos quando aplicamos diagnósticos sintomatológicos. A necessidade de postular enfermidades atípicas indica sempre alguma debilidade da teoria. Na

2. Stransky, Pilcz.

natureza não existe nada típico ou atípico. A *forme fruste* tem tanta justificativa de existir quanto a “típica”. Quando descrevemos uma afecção como atípica, queremos dizer que se afasta de uma norma que nós estabelecemos. A presença de tal desvio demonstra que nossa norma não inclui todos os casos que deveria incluir, ou ainda que, para os fins da descrição, elegemos um certo grupo de casos como “típico” para descrever outros como desviantes ou variações. Este último método oferece grandes vantagens. Sem dúvida, não se deve confundir as delimitações descritivas, estabelecidas com fins didáticos, com a definição de um conceito. Se existe uma coisa tal como a “escarlatina exanthemata”, então o próprio conceito de escarlatina deve incluir também esta forma. O que é típico só pode ser determinado arbitrariamente. Compare-se o conceito de vesânia típica de Kahlbaun ou de Arndt com a realidade, e com a afirmação de Clouston: a forma típica da insanidade é a hebefrenia, que se transforma em demência secundária.

Em alguns lugares aparecem formas de transição³. Não se pode traçar uma clara linha divisória entre o clima de montanha e o das terras baixas, entre o bem e o mal, entre as pessoas sãs e as anormais, e tampouco entre as diversas classes de “personalidades psicopáticas” da teoria de Kraepelin. Nestes casos, dividimos o que constitui uma unidade natural. Admitimos teoricamente que é possível que exista uma tal relação nas psicoses, ou, quando menos, naquelas de suas formas que estamos considerando aqui. Pode ser que haja uma só classe de enfermidade mental; em tal caso, os estados clínicos que delineamos seriam criações artificiais, e não existiriam na natureza as fronteiras correspondentes a eles. Na realidade, faz algumas décadas que se propôs esta hipótese, e os defensores conseqüentes dos antigos diagnósticos, como Ziehen, ainda defendem resolutamente a idéia de transições, pelo menos para aquelas formas que estão envolvidas no diagnóstico de demência precoce. Além disso, as psicoses podem ser simples desvios de uma norma, em direção e graus variáveis. Deste todo, o que Magnan inclui em seu conceito de degeneração pode ser considerado como uma unidade. De acordo com este conceito, não existem entre os diversos estados clínicos que caem dentro deste grupo mais fronteiras que entre os criminosos e os falsários de Kraepelin. Sem dúvida, não temos provas de que alguma dessas hipóteses convenham à esquizofrenia. Pelo contrário, todas as autoridades tendem a considerar as esquizofrenias como um envenenamento ou alguma alteração física similar. Neste caso, a enfermidade deveria situar-se ao lado do grupo das paresias, e não deveria mostrar nenhuma transição em direção a outras enfermidades.

3. Não podemos considerar as formas convergentes de Ziehen.

Existem, também, excelentes razões para excluir tais formas intermediárias; e se Pilcz encontra em seu material humano mais formas atípicas do que típicas, não posso compreender como não se considera este fato como o fim de seu sistema de classificação. Acrescentamos que a escola vienense tem delimitado crescentemente sua idéia de amênia, e que o próprio Pilcz não pôde diferenciar sua demência secundária da demência precoce. O que este autor quer dizer é que diferentes processos podem deixar cicatrizes psíquicas idênticas; isto não se pode discutir. Mas ninguém pode delimitar os estados terminais, e se os estados iniciais só podem ser definidos pelos membros de uma única escola, e ainda assim não muito claramente e nem sequer na metade de seus casos, existe verdadeiramente escassos motivos para considerar as tais “enfermidades” como distintas uma da outra.

Estas observações nos conduzem a uma discussão da prática psiquiátrica atual, que desmascara com amarga ironia os velhos princípios de classificação das enfermidades. Nossa literatura está repleta de queixas sobre o estado caótico da sistemática das psicoses e todo psiquiatra sabe que é impossível chegar a um entendimento comum sobre a base dos velhos rótulos de diagnósticos. Não é possível nenhuma discussão entre médicos, mesmo entre aqueles com opiniões muito próximas, se cada um não delineia seu próprio ponto de vista a respeito da classificação.⁴

O conceito de insânia alucinatória de Furstner é totalmente distinto do de Meynert; Schuele advoga continuamente pelo reconhecimento da catatonia de Kahlbaum, mas inclui dentro dela a de demência primária.⁵ Furstner insiste em que a amênia nunca esteve incluída na paranóia⁶, enquanto Wernicke afirma que a paranóia aguda está incluída na magistral descrição das amênicas oferecidas por Meynert.⁷ De modo que nem sequer os mestres da ciência conseguem se fazer entender sobre a base dos velhos conceitos, e em muitos pacientes o número de diagnósticos diferentes iguala ao de instituições onde esteve. É óbvio que todo autor de um texto está obrigado, antes de tudo, a construir seu próprio sistema de classificação, posto que os sistemas estabelecidos por seus predecessores não resultavam úteis para seu próprio modo de pensar e para seu método de observação.

Até dentro de uma mesma escola, um médico definia como paranóia o que para outro era melancolia. As formas intermediárias, os casos atípicos, teriam de ser situados em algum lugar, ainda que fosse à força. Situações como a seguinte

4. Compare-se, por exemplo, a discussão sobre paranóia na Associação Psiquiátrica de Berlim, março, 17 de 1894. *Zeitschr. f. Psych.* 1895, p. 178.

5. *Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, 1901, p. 705.

6. *Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, 1894, p. 1081.

7. *Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, 1899, p. 642. De que utilidade foi a “magistral descrição” dos dois autores?

são bastante comuns: em um determinado hospital existe um grande recipiente com o rótulo de demência. Mas chega um novo médico que amplia o recipiente que está ao lado do outro e o denomina “paranóia”. Logo procede cuidadosamente a tomar os antigos pacientes da instituição, fundando-se em algum vestígio de idéia delirante, e os coloca, um por um, em seu novo recipiente; e ao fazer tal coisa crê estar corrigindo os erros de seus predecessores.

O seguinte incidente proporciona uma ilustração ainda melhor da ininteligibilidade dos conceitos anteriores de enfermidade: ao tratar o diagnóstico diferencial da “demência degenerativa”, Cramer viu-se obrigado a fazer esta advertência: “Os casos nos quais aparecem rapidamente manifestações de estupor, seguidas por uma deterioração mental, podem ser melhor considerados como paranóia catatônica ou catatonia no sentido de Kraepelin”. “Podem ser melhor” – estas poucas palavras dizem mais que todo o tratado.⁸

Tentando fazer justiça ao quadro clínico real, freqüentemente tem-se postulado a coexistência de várias enfermidades no mesmo paciente. Com esse método, sem dúvida, descreveu-se mais completamente os casos, mas não por isso estes foram classificados mais corretamente. Nas mãos de alguns criadores de sistema de classificação, o número de combinações de psicoses alcançou extraordinárias proporções, posto que sempre se podia suplementar um diagnóstico incompleto mediante um segundo e terceiro diagnósticos.

Em anos recentes, muitos autores alemães e estrangeiros não têm podido escapar à influência do conceito de demência precoce. Reconhecem a existência da hebefrenia, da catatonia, da demência precoce, mas limitam o alcance do conceito, de modo que continuam aparecendo ao lado das outras enfermidades, a paranóia alucinatória crônica e aguda, a amênia e a confusão mental. Naturalmente, nada se consegue com ele, salvo outro quadro sintomatológico, ao qual se denomina então enfermidade, e ao qual, além disso, se define erroneamente com o mesmo termo que nomeia o conceito de Kraepelin, qualitativa e quantitativamente muito diferente. Bastará citar mais um autor estrangeiro. No que diz respeito ao diagnóstico diferencial entre a demência precoce e a *confusion mentale*, Anglade só pode dizer o seguinte: o esquizofrênico não faz nenhuma tentativa de responder; o paciente confuso mostra uma maior cooperação, mas as respostas de ambos são inexatas, incoerentes e absurdas. O paciente confuso está, em geral, esgotado fisicamente, o que não ocorre com o demente. As diferenças são “sentidas” mais freqüentemente do que podem ser descritas. Então, para encontrar este critério não existente, e que se existe

8. No sentido dos diagnósticos de Kraepelin, não existe “melhor”, mas somente “verdadeiro” ou “falso”, do mesmo modo que certas doenças febris não podem ser “melhor” consideradas um caso de tifo ou de tuberculose miliar.

difícilmente será demonstrável, Anglade deve invocar outras duas autoridades: Hannion e Chaslin. Que sentido tem este tipo de classificação?

O estabelecimento do conceito de demência precoce introduziu a claridade e a ordem nesta confusão. O conceito de demência precoce de Kraepelin⁹ é um verdadeiro conceito de enfermidade. Inclui sintomas que se apresentam sempre na demência precoce e apenas nela. Com ele tem-se propiciado delimitações concretas a este grupo patológico.

Aqueles sintomas que são designados como acessórios, não são essenciais, à medida que podem aparecer ou desaparecer sem alterar a natureza da enfermidade.

Uma prova a mais de que os diversos estados clínicos incluídos dentro deste conceito constituem uma entidade, é o seguinte fato: de acordo com nosso conhecimento atual, estes estados clínicos podem se transformar um em outro ou bem alternar no mesmo paciente; não se pode separar nenhum grupo de condições que não exija relações definidas com todos os demais.

O conceito também corresponde à realidade, posto que seus critérios podem ser muito facilmente descobertos, e, tanto quanto eu saiba, ninguém provou ainda a presença de contradições nos elementos deste conceito.

Não está claro ainda qual o tipo de entidade o conceito de demência precoce realmente representa. Provavelmente inclui uma ou poucas enfermidades, no sentido mais estrito, que constituem a maior parte dos casos; do mesmo modo, a paralisia geral compreende a maioria de todos os casos de *dementia paralytica* do século anterior. Por outro lado, alguns raros processos patológicos provavelmente originam sintomas que parecem ser da mesma classe. Pelo menos por enquanto nos atemos ao nosso conhecimento atual. É verdade que temos podido estabelecer o diagnóstico em casos de transtorno cerebral orgânico parecidos com a esquizofrenia; pelo menos pudemos ver que havia algo “atípico” nos pacientes. Mas não podemos excluir a possibilidade de que certas perturbações orgânicas moderadas produzam complexos de sintomas que agora designamos como demência precoce. É possível, além disso, que algum tipo de intoxicação, por exemplo, pelo álcool, possa causar quadros clínicos similares (como veremos mais adiante). À medida que nos é desconhecido o verdadeiro processo da enfermidade, não podemos excluir a possibilidade de que diversos tipos de auto-intoxicações ou infecções possam conduzir ao mesmo quadro sintomatológico.

Na atualidade, portanto, devemos considerar a demência precoce, não como uma espécie de enfermidade, mas como um gênero, no mesmo sentido que as

9. Desde que o presente trabalho foi escrito, Kraepelin limitou um pouco seu conceito. Não posso segui-lo nessa direção e mantenho minha posição na sexta e sétima edições deste *Manual de psiquiatria*.

“psicoses orgânicas”, ou talvez em um mais limitado, como a demência parálitica das décadas anteriores.

Ainda não desenvolvemos o conceito da demência precoce tão definitivamente como, por exemplo, o da nefrite infecciosa. Nossa idéia aproximativa tem quase o mesmo significado que se atribuiu anteriormente ao *Morbus Brightii* crônico. A enfermidade crônica de Bright incluía inúmeros processos renais diferentes, todos, entretanto, concordavam quanto aos sinais mais importantes, os únicos reconhecíveis nessa época. Ainda hoje existe uma situação similar a respeito do conceito de artrite reumática, que inclui, com toda probabilidade, muitos processos infecciosos diferentes, embora ainda não seja possível separá-los, e representem para nós uma única entidade; assim não nos ocorrerá, por exemplo, considerar a artrite reumática como uma enfermidade distinta da artrite reumática “sem complicação”, nem tentamos subdividir a enfermidade sobre a base de sua localização nas diversas articulações.

Até aqui não conseguimos descobrir linhas divisórias naturais dentro deste já descrito quadro clínico da enfermidade. As diversas combinações de sintomas são de um caráter tão transitório, tanto no paciente individual como em pacientes diferentes, que todas as distinções parecem vagas. Portanto, nossos subgrupos tais como a hebefrenia, a catatonia, a paranóia, são provavelmente manifestações “acidentais” da mesma enfermidade; em todo caso, correspondem a simples quadros clínicos esboçados *a priori*, e nos quais o *potius* se refere somente a sintomas não essenciais.

Durante muito tempo neguei-me a incluir na demência precoce todas as formas paranóides. Especialmente a *dementia paranoides*, com seus sintomas e cursos peculiares e facilmente descritíveis tem sido um objeto constante de meus desejos de escrupulosidade. Por outro lado, sem dúvida, um estudo consciencioso da psicopatologia revelava em todas as partes os mesmos fenômenos fundamentais; e um estudo atento de nossos casos mostrou tantas coisas idênticas, tantas formas de transição e uma ausência tão completa de limites perceptíveis (pelo menos com nossos métodos de investigação atuais), que tive de concordar com Kraepelin. Este expressou de novo, recentemente, minha suposição anterior de que existe um grupo intermediário entre a paranóia e a esquizofrenia. Neste aspecto, já não posso coincidir com ele porque não posso restringir meu conceito de paranóia até fazê-lo corresponder com o de Kraepelin.

De modo que a subdivisão do grupo das esquizofrenias é uma tarefa reservada ao futuro. Sem dúvida, de maior importância ainda que a definição da enfermidade é, na minha opinião, que estabeleçamos, claramente, de uma vez por todas, que ainda não conhecemos linhas naturais de demarcação dentro deste grupo; as que até agora têm sido consideradas como tais fronteiras são delimitações de estados clínicos, não de enfermidade. Os erros são os maiores obstáculos para o pro-

gresso da ciência; corrija-los tem maior valor prático que ganhar novos conhecimentos. Eliminamos aqui o caos de termos¹⁰ por meio dos quais se buscava equivocadamente conceitos de enfermidade; eliminamos uma verdadeira selva de marcos fronteirços, nenhum dos quais indicava uma linha natural de separação.

Entretanto, o conceito ainda não está bem definido em duas direções: uma é a da paranóia, outra é a da psicose alcoólica.

Na paranóia de Kraepelin há uma ausência de perturbações emocionais e associativas fora do sistema delirante; além disto, faltam todas as grandes anomalias, como os sintomas catatônicos. De modo que não podemos encontrar em um paranóico nenhuma evidência de enfermidade, senão suas idéias delirantes. Ao mesmo tempo, também muda o prognóstico: o paranóico não sofre deterioração (salvo que, por exemplo, uma demência senil complique o quadro), se bem que ele possa se tornar eventualmente algo “simples”, como todas as pessoas com uma mentalidade unilateral.

Não obstante, nossos métodos de investigação atuais mostram que na paranóia o mecanismo da construção das idéias delirantes é o mesmo que na esquizofrenia; de modo que é possível que a paranóia seja uma esquizofrenia totalmente crônica, tão moderada que só pode chegar a produzir idéias delirantes; seus sintomas menos chamativos, por outro lado, carecem de relevância, a tal ponto que não podemos demonstrá-los. Consideraria isto muito provável se fosse mais comum que uma paranóia originalmente pura desenvolvesse também, em uma etapa mais tardia, sintomas esquizofrênicos. Somente em pouquíssimos casos fomos forçados a modificar nosso diagnóstico de paranóia pelo de esquizofrenia, e entre eles não houve nenhum que desde um princípio não houvesse despertado a suspeita de ser esquizofrênico. Lamentavelmente, tais experiências não constituem uma prova suficiente da diferença básica entre as duas enfermidades, dado que a paranóia é muito rara entre os pacientes hospitalizados.

Igualmente obscura é a relação da esquizofrenia com as diversas formas paranóides de alcoolismo, seja seu curso crônico ou agudo. Naturalmente, as duas psicoses mais freqüentes, alcoolismo e esquizofrenia, têm uma quantidade de traços externos comuns. Assim, observamos freqüentemente que as alucinações dos esquizofrênicos que bebem durante os ataques agudos têm um matiz alcoólico: podem ser alucinações vívidas, múltiplas, moventes, visuais e táteis do *delirium tremens* ou bem do tipo de alucinações auditivas, relacionadas dramaticamente, da alucinose

10. Chaslin (118) contou trinta e um termos somente para os estados alucinatórios agudos que se apresentam com a maior freqüência na demência precoce.

alcoólica¹¹, durante as quais as vozes falam do paciente em terceira pessoa. Nunca vi esta classe de coloração, salvo quando o alcoolismo estava complicando a esquizofrenia.

Sem dúvida, a própria esquizofrenia predispõe ao *delirium tremens*. Entre as pessoas jovens (até cerca de 25 anos) só observei *delirium tremens* em esquizofrênicos, depois de apenas alguns poucos anos de abuso de álcool.

Também tenho visto se desenvolverem alucinações alcoólicas sobre a base da esquizofrenia. Segundo várias autoridades, a alucinação alcoólica tem a tendência a evoluir para formas paranóides, indistinguíveis das esquizofrênicas. Baseado em meu próprio material, não posso excluir a possibilidade de que a alucinação alcoólica aguda represente um intermediário, induzido pelo álcool e com um colorido específico, no curso da esquizofrenia. Esta interpretação também esclarece porque estão tão freqüentemente ausentes, na alucinação alcoólica, os outros sinais de alcoolismo, e porque Speyer e Schuele encontram o menor abuso de álcool em seus casos de paranóia alcoólica aguda.

Outros têm diagnosticado com freqüência paranóia alcoólica crônica; eu, em compensação, não encontrei até agora um paciente deste tipo, que me dê o mais ligeiro motivo para ver nele outra coisa que um esquizofrênico comum que, além disso, bebe demais. Nem sequer estavam presentes em todos os casos genuínos sinais de alcoolismo, e os que consigo lembrar eram habitualmente esquizofrênicos. Portanto, para mim não há dúvidas de que a maior parte das paranóias alcoólicas crônicas de outros autores são simplesmente esquizofrenias.¹² De acordo com isto estão as observações de E. Meyer e Bonhoeffer, que afirmam que o prognóstico da paranóia alcoólica crônica piora com a aparição de idéias de grandeza e alucinações, isto é, de sintomas esquizofrênicos. A “disposição paranóide” que E. Meyer põe na raiz da paranóia alcoólica seria então, na realidade, uma esquizofrenia latente, e não nos veríamos frente a uma paranóia que teria evoluído a partir do alcoolismo, e sim diante de um alcoolismo com base esquizofrênica. Em todo caso, até o presente

11. Um alcoolismo concomitante pode prestar, geralmente, coerência lógica aos sintomas agudos da esquizofrenia, enquanto, pelo contrário, as fugazes alucinações do *delirium tremens* se ordenam em um quadro mais unificado, tanto em seu curso como em seu conteúdo, sob a influência esquizofrênica dos complexos. Os pacientes recordam muito melhor estas alucinações que os detalhes menos coerentes do *delirium tremens* ordinário. Por isto, e devido à predominância das alucinações auditivas, podem se desenvolver, sobre a base de um substrato esquizofrênico, formas de *delirium tremens* que constituem transições às alucinações alcoólicas.
12. Enquanto eu posso julgar, o simples delírio alcoólico de ciúmes desaparece quando o paciente volta à abstinência.

não existem provas da existência de uma paranóia alcoólica não esquizofrênica.¹³ Ainda assim, não podemos, certamente, excluir a possibilidade de que o material de outros autores possa vir a demonstrá-la. Não observei até agora o estupor alcoólico¹⁴ que se supõe comum no Oriente, mas às vezes vemos estupor em esquizofrênicos que bebem demais. Tampouco estou familiarizado, por minha própria experiência, com a demência alucinatória do bêbado, de Kraepelin. Lamentavelmente, tampouco tive a oportunidade de ver tais casos diagnosticados por outros. Contudo, não devo duvidar de sua existência, e tenho também outra razão para reservar meu juízo. Em última instância, o abuso de álcool provoca uma atrofia cerebral, isto é, uma forma de deterioração mental. Durante a abstinência, o processo cerebral estaciona e as perturbações funcionais são mais ou menos compensadas. O resultado é que freqüentemente pode não ser possível demonstrar a origem orgânica da deterioração. Em todos os casos, podem aparecer alucinações; então, por que não sobre alguns alcoólicos com atrofia cerebral? Apesar disso, a descrição de Kraepelin e a de Schroeder não provam ainda a necessidade de se separar a demência alcoólica alucinatória da esquizofrenia.

Apenas observações ulteriores podem determinar se um caso grave de Korsakoff pode conduzir a um quadro clínico semelhante ao da esquizofrenia crônica, ou se um caso tal que parecesse se converter em esquizofrenia, não seria originalmente uma esquizofrenia complicada por um Korsakoff. Esta última situação é provavelmente a de dois casos que observei. Penso isto, particularmente, porque a partir de certo ponto os pacientes levaram uma vida tão insensata que é melhor explicada pela demência precoce do que por um simples alcoolismo.

É inevitável que se apresentem dificuldades como as mencionadas em todo conceito de uma enfermidade. A este respeito, o de demência precoce é um conceito muito bem definido. Tem sobre os quadros sintomatológicos a vantagem de que nele não há “mais ou menos”.

Uma vez que se tenha demonstrado a perturbação esquizofrênica da afetividade, ou as anomalias esquizofrênicas da associação, o diagnóstico é seguro. Então só resta perguntar se uma perturbação afetiva leve já não seria esquizofrênica. Estas são dificuldades inerentes, não ao conceito da enfermidade, mas a nossos erros

13. O texto de Pilcz só oferece, para os fins de diagnóstico diferencial entre uma alucinação alcoólica e sua verdadeira paranóia (isto é, esquizofrenia), a prova anamnésica de um começo agudo no bebedor consuetudinário. De modo que, segundo ele, não existe realmente nenhuma diferença, posto que muitas esquizofrenias se manifestam agudamente nos dipsômanos. Tampouco Schoeder soluciona o problema da existência de psicoses alcoólicas crônicas “com alguma certeza pela afirmativa”. Comparar também Chotzen.

14. Enquanto doença, não como estupor emocional dos alcoólicos.

diagnósticos, e que se apresentam em toda enfermidade. É uma questão técnica, que não implica o conceito da enfermidade, a de se uma determinada irregularidade da respiração pode ser já considerada como uma pneumonia bronquial. Portanto, o conceito de esquizofrenia é superior a qualquer conceito sintomatológico porque temos aqui critérios absolutos e não relativos; absolutos no sentido de que uma vez que o critério tenha sido demonstrado, o diagnóstico está assegurado sob todas as circunstâncias. O curso da enfermidade revelará isto particularmente. Uma vez que se tenha feito o diagnóstico, este não deve ser alterado; no curso da enfermidade, não aparecerão mais sintomas do que os que lhes correspondem. Não pode acontecer que uma demência precoce corretamente diagnosticada se transforme subitamente em uma paralisia geral ou em uma epilepsia. A enfermidade fica sempre limitada ao mesmo grupo de sintomas.

Obviamente, nem todos os sintomas devem aparecer em cada um dos casos, como tampouco ocorrem hemorragias intestinais em todos os casos de tifo. Nos casos moderados de esquizofrenia, como em qualquer outra enfermidade, podemos ser incapazes de demonstrar, em um momento dado e com os meios à nossa disposição na atualidade, a presença de um certo sintoma.

A esquizofrenia pode se deter em qualquer momento, como, por exemplo, a tuberculose pulmonar. Se em tal ponto os sintomas agudos regridem e se a enfermidade não está em uma etapa avançada, podemos, sob certas condições, não observar o que quer que seja de caráter patológico. Do mesmo modo, os resíduos de uma infiltração do ápice pulmonar não podem ser percebidos se ainda não alcançaram determinado tamanho. Sem dúvida, se os sintomas estão presentes de algum modo, é indiferente, no que tange ao conceito de enfermidade, que sejam apenas perceptíveis ou marcadamente graves; em todos os casos permanecem dentro da estrutura dos sintomas esquizofrênicos. Portanto, não necessariamente conduz a esquizofrenia a uma clara deterioração – um estranho argumento utilizado por alguns opositores –, mas se a enfermidade continuar avançando, conduzirá à deterioração e esta tem um caráter específico. Não obstante, a enfermidade não progride necessariamente.

Mencionaremos, a seguir, algumas das objeções mais freqüentes efetuadas contra o conceito de demência precoce.

Para começar, a variabilidade do quadro clínico externo desta enfermidade tem sido o maior obstáculo para a aceitação da idéia. Por certo, uma vez que se tenha demonstrado que existem certos sintomas constantes e que os que se alteram não são de importância sistemática, não será mais difícil reconhecer na demência precoce a unidade na multiplicidade de formas, do que no caso da paralisia geral. Em todo caso, vemo-nos frente a um grupo de enfermidades que se distingue, a princípio, de todos os outros grupos de Kraepelin.

Uma das objeções mais comuns, que ainda se esgrime, especialmente no estrangeiro, é, coisa estranha, que nem sempre nos vemos frente a uma *demência* e que nem sempre é *precoce*. Considerando a clara definição que fez Kraepelin do conceito, e sua enfática menção de curas e de incidências nos grupos de idade avançada, uma objeção como essa deve ser qualificada de grosseira má interpretação por parte de quem não quer reconhecer o conceito, e que no lugar dele continua se aferrando a nomes.

Uma objeção que merece maior consideração é a que afirma que quando alguns casos de uma enfermidade se recuperam, enquanto outros se deterioram, então não podem pertencer ao mesmo grupo. Entretanto, esta reprovação é muito mais apropriada quando se dirige contra os velhos conceitos da enfermidade, do que referida à demência precoce, com sua *semper aliquid haeret*. Só se poderá dirigir contra a demência precoce tal ataque se tiver sido demonstrado que o progresso da deterioração constitui uma parte essencial do conceito da enfermidade. Não obstante, na realidade ocorre o contrário. Invocar esta objeção é o mesmo que atacar o conceito de tuberculose pulmonar porque, embora a maioria dos casos se curem, muitos outros se tornam crônicos ou sofrem recaídas e alguns outros morrem dela.

Muitos encontram certa dificuldade em sua própria concepção de demência. Schäfer, por exemplo, pensa que uma enfermidade que durante catorze anos causou a impressão de ser demência, e que logo se curou, não podia ser uma genuína demência. De acordo com nossas idéias, consideramos tal caso como um exemplo chamativo de recuperação tardia na esquizofrenia, mas Schäfer deve considerá-lo como pertencente a uma enfermidade distinta da que se identifica com os pacientes deteriorados, sem esperança, dos hospitais mentais. Aqueles que se dão conta claramente de que só foi realmente destruída pela esquizofrenia uma pequena parte do órgão de pensar, e que compreenderam que os principais sintomas de uma “demência” específica, isto é, a submersão em um universo intelectual privado e a ausência de emoções, são manifestações secundárias e potencialmente alteráveis, não verão dificuldades em fatos tais como os mencionados.

Entretanto, há também psiquiatras que, ao inverso, se negam a classificar segundo o desenlace da enfermidade, e que por esta mesma razão se opõem ao nosso conceito. Bruce pensa que se tivermos que diferenciar, de acordo com o desenlace, todas as enfermidades se identificariam, posto que todas terminam finalmente na morte. Quanto à demência precoce, não é o desenlace que é importante, mas a direção do curso até esse desenlace. Quando Pilcz afirma que diferentes processos podem conduzir ao mesmo fim, deve-se assinalar que um exame cuidadoso revelará os elementos da posterior e específica demência em todas as etapas da esquizofrenia, mas não em outras enfermidades. De modo que é questão de investigação e experiência que se esteja de acordo com esse autor ou não. Nossa experiência nos demonstra que ele está completamente equivocado.

Wernicke sustentou também que o conceito etiológico de “hebefrenia” não deve ser equiparado ao conceito sintomatológico de “catatonía”. Se tivesse interpretado Kraepelin corretamente, ter-se-ia dado conta de que para estes termos não definem meramente idéias etiológicas ou sintomatológicas, mas, antes, designam os modos de manifestação de toda uma enfermidade, assim como todos os seus conceitos parciais.

Outros têm falado de uma “psicose catatônica” como de uma entidade¹⁵, condenando-nos, portanto, por termos estendido em demasiado nossa concepção. Não devo seguir discutindo esta objeção porque até mesmo Kraepelin e Aschaffenburg¹⁶ já consideraram lamentável que nosso conceito tenha um alcance tão amplo. Para a ciência, porém, o ponto está em que o conceito tenha sido formulado corretamente ou não, e não posso ver como poderia ser menos lamentável que a coriza ou o tifo, ou que os elefantes e os cavalos sejam igualmente comuns. A ninguém ocorreria considerar demasiado amplo o conceito de paralisia geral apenas porque padecem dela trinta por cento dos pacientes que ingressam nos hospitais. Certamente, não pode existir nenhum argumento contra a suposição de que um tipo de psicose é relativamente muito mais comum que outro. Pelo contrário, no que diz respeito à enfermidade em discussão, onde quer que se tenha reunido tais pacientes, sempre existiu a necessidade, arraigada na própria natureza do assunto, de um “grande recipiente”, que muda de rótulo só com o curso do tempo.

15. Sommet, *Zeitschr. f. Psych.*, 1889, p. 260.

16. *Allgem. Zeitschr. f. Psych.*, 1889.