

Um caso outrora classificável entre as parafrenias

A case once classifiable among paraphrenias

Felipe Santos Arruda, Lenine da Costa Ribeiro

Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

O presente estudo consiste de um caso clínico que ilustra a importância do conceito de parafrenia seguido por um panorama da evolução desse conceito. Descreve-se, então, o processo de desinflação dessa entidade nosográfica, de modo inversamente proporcional à ascensão do conceito bleuleriano de esquizofrenia. A partir da oficialização das classificações nosográficas contemporâneas, menciona-se como o conceito de parafrenia foi legado ao desuso e ao esquecimento, em um movimento cujas consequências não têm atendido a melhor necessidade da clínica e da pesquisa em psiquiatria na atualidade.

ABSTRACT

The current paper consists in a clinical case that illustrate the importance of the concept of parafrenia followed by a panorama about evolution of that concept. The processs of disinflation of this nosographic entity is thus described, in a inversely proportional manner to the rise of the Bleulerian concept of schizophrenia. Finally, from the formalisation of contemporary nosographic classifications, we mention how the concept of paraphrenia was bequeathed to disuse and forgetfulness, in a movement wich consequences have not met the best need of clinical and research in contemporary.

Correspondência:

Felipe Santos Arruda
E-mail: felipe.117@live.com
Data de submissão: 01/07/2022
Data de aceite: 10/07/2022

Trabalho realizado:

Serviço de Psiquiatria do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 2º andar - Vila Clementino - CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A Classificação Internacional das Doenças, em sua 10ª revisão – CID-10 - agrupa as manifestações delirantes nas categorias diagnósticas que vão de F20 a F29, incluindo esquizofrenia (F20) e os assim chamados transtornos delirantes persistentes (F22). A essa última categoria foram incorporadas duas entidades nosográficas anteriormente consideradas passíveis de distinção clínica. Trata-se dos diagnósticos de parafrenia e de paranoia, delimitados por Emil Kraepelin (1856-1926) a partir da presença, ou da ausência, de vivências alucinatórias. Isso pode implicar não apenas em diferenciação prognóstica, mas também em terapêuticas distintas, o que não se contemplaria com esse procedimento diagnóstico aglutinador. O presente estudo consiste de um caso clínico que ilustra o conceito de parafrenia seguido por um panorama da evolução desse conceito. É uma tentativa de representar a importância deste conceito para a melhor avaliação diagnóstica, terapêutica e prognóstica dos pacientes.

RELATO DE CASO

VIB, 62 anos, sexo feminino, natural de São Paulo, mora há 36 anos em São Bernardo do Campo, solteira, sem filhos, inspetora de escola aposentada (trabalhou até sua aposentadoria sem afastamentos). A paciente procurou o serviço de psiquiatria do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira”, HSPE-FMO de São Paulo com a seguinte queixa “Tenho sido torturada pelos meus vizinhos com sons, zumbido e vozes há cerca de 5 anos com piora nos últimos meses”.

Afirma que o filho de sua vizinha e seu “bando” usam um aparelho para emitir sons torturantes à distância, usando-o ainda para dar vozes de comando e a ameaçar, com a intenção de perturbá-la. Diz que os barulhos são piores à noite, pois durante o dia ela liga o rádio mais alto que as vozes, de forma que consegue realizar suas atividades diárias. Já à noite, as vozes, zumbidos e barulhos são emitidos com muito mais intensidade, fato piorado por não poder abafar os barulhos com o rádio. O resultado é uma grande dificuldade

para o sono da paciente, que apresenta diversos despertares noturnos. Refere ainda que o vizinho deseja prejudicá-la na realização dos seus compromissos, e que interrompe a emissão de barulhos para que ela pegue no sono logo antes dos horários em que estaria ocupada. Porém, quando consegue sair de casa, as vozes, zumbidos e barulhos diminuem. Ela refere que isso ocorre, pois o vizinho tem medo de fazê-los em público e ser descoberto.

Informa que as ameaças começaram logo após ter adquirido sua casa própria em 2006, porém, somente após sua aposentadoria em 2013, passou a apresentar alucinações auditivas com maior frequência, escutando “seu vizinho” diariamente. Ela acredita que a intenção “do vizinho” é torturá-la até que se canse e saia de casa. Diz receber ameaças constantes de que irão matá-la ou sequestrá-la para roubarem a escritura da casa. Porém, refere não acreditar nas ameaças, pois já as ouve há vários anos e nunca aconteceu nada do tipo. Refere ouvir três vozes diferentes vindas da casa do vizinho, e as relaciona com o vizinho e a dois companheiros de “ganguê”, os quais nunca viu pessoalmente. Diz já ter chamado a polícia em várias ocasiões, porém nada foi feito em relação à sua situação.

A paciente chegou a queixar-se disso para a irmã, que a descreditou, o que abalou a relação entre as duas. Porém, a paciente acredita que a irmã tenha se afastado por medo, como tentativa de se proteger da perseguição. Recentemente tem ficado com medo de sair de casa, pois as ameaças se tornaram mais frequentes e agressivas, e tem mantido trancadas todas as portas e janelas da casa o tempo todo. Entretanto, mantém-se realizando suas atividades diárias normalmente, cuida da casa, de sua vida financeira, faz aulas de dança e yoga semanalmente. Quando perguntada se já procurou ajuda médica, a paciente refere que procurou um neurologista devido aos zumbidos, e que só procurou a psiquiatria para ajudá-la a dormir melhor, pois tem certeza que tudo o que relatou é real.

Ela é terceira filha de prole de três, nascida de parto normal, sem alterações. Apresentou desenvolvimento neuropsicomotor sem alterações. Nega alergias. Nega comorbidades. Nega uso de álcool, tabaco e outras drogas.

Afirma ter grande cuidado com a saúde. Estudou até o terceiro ano do ensino médio, com rendimento adequado, sem história de reprovações ou notas abaixo da média. Iniciou atividade remunerada desde cedo. Prestou concurso e se tornou inspetora de escola, trabalho mais longo que teve, trabalhou até sua aposentadoria sem afastamentos.

Nega doenças psiquiátricas na família. Residiu com os pais até o seu falecimento. Nunca se casou e não tem filhos. Sua mãe era húngara e seu pai brasileiro. Tem dois irmãos mais velhos. Refere bom relacionamento com os mesmos. Afirma ter sido uma criança brincalhona e sociável. Diz se lembrar com alegria da infância. Atualmente mora sozinha na mesma casa em que residia com os pais em São Bernardo, tem pouco contato social com familiares e não tem amigos próximos.

Em seu exame psíquico apresentava autocuidado preservado, vígil, atitude passiva, eutímica, afeto adequado e congruente ao humor, orientada auto e alopsiquicamente. Pensamento delirante paranoide, com alucinações auditivas. Sem alteração da psicomotricidade. Ausência de ideação suicida. Sem crítica sobre sua morbidade. Em investigação complementar apresentava exames laboratoriais de rastreio infeccioso, metabólico e toxicológico sem alterações. Ressonância magnética de crânio dentro dos limites da normalidade.

DISCUSSÃO

Para fins diagnósticos, chama muito a atenção neste caso, além da abertura tardia, a preservação da funcionalidade da paciente em detrimento do quadro, que, por sua vez, é bastante rico. A importância das alucinações também é algo a se destacar. Neste sentido, a formulação diagnóstica desta paciente fica um pouco delicada pelos códigos. Os diagnósticos de esquizofrenia (F20 conforme a CID-10), por um lado, e de transtorno delirante (F22 na mesma classificação), por outro, parecem não contemplar a complexidade do caso. Vale ressaltar que o caso faz lembrar a descrição psicopatológica clássica da parafrenia de Kraepelin.

Atualmente, grande parte dos casos outrora classificáveis entre as parafrenias

é incluída dentro do grande e heterogêneo grupo das esquizofrenias, apesar de haver a recomendação de sua inclusão entre os assim chamados transtornos delirantes persistente. Na prática isso não tem ocorrido, pois a recomendação oficial é a de que a presença de alucinações seja considerada, se não um critério de exclusão, ao menos um critério de exceção. A presença de alucinações, tão classicamente associada à parafrenia, na prática clínica, faz com que o diagnóstico contemporâneo recaia quase que automaticamente sobre o inflacionado grupo das esquizofrenias.

Traçando uma linha histórica o conceito de parafrenia apareceu pela primeira vez em 1863 na obra de Kahlbaun, classificada entre as demências, considerada como estado de déficit mental secundário. Em sequência, entre diversas propostas psicopatológicas, com nuances de continuidade e descontinuidade altamente complexas, a escola francesa desenvolveu conceitos afinados com o que mais tarde viria a ser delimitado como parafrenia, por Kraepelin.

O conceito de parafrenia aparece na oitava edição do célebre tratado de Kraepelin (1908- 1915). Até então, os casos correspondentes à doença, que mais tarde se individualizaria conceitualmente, ficavam incluídos nas concepções de demência precoce ou de paranoia. As detalhadas descrições kraepelinianas fazem referência a “um grupo relativamente pequeno de casos, com vários pontos em comum com a demência precoce. Porém devido a um desenvolvimento mais ligeiro das perturbações da emoção e volição, a harmonia interna da vida psíquica fica consideravelmente menos afetada ou, pelo menos, limitada a certas faculdades intelectuais. Kraepelin dividiu o grupo da parafrenia em 4 subgrupos: *parafrenia sistemática*, *parafrenia expansiva*, *parafrenia confabulatória* e *parafrenia fantástica*. O primeiro subgrupo corresponde sensivelmente ao que ficou tradicionalmente conhecido como “parafrenia.”

Esse quadro se diferenciava da então demência precoce porque apesar de apresentar preocupação com uma ou mais ideias delirantes semi-sistematizadas acompanhadas frequentemente de alucinações auditivas, os afetos

mantêm-se notoriamente bem preservados e relativamente adequados. Mesmo em episódio agudo, o doente mostra uma capacidade de relação com os outros e uma proximidade afetiva que não é típica de qualquer forma de esquizofrenia. Não ocorrem deterioração intelectual, alucinações visuais, incoerência, perda marcada das associações, afetos aplainados ou marcadamente desadequados ou comportamento grosseiramente desorganizado.

Desde então, o conceito de esquizofrenia cunhado por Eugene Bleuler (1857-1939) rompeu com a perspectiva de Kraepelin, abandonando a

centralização do critério evolutivo da *demência precoce* kraepeliniana, substituindo-o por uma apreciação sintomática hierarquizada. Esse modelo foi amplamente adotado pela literatura psiquiátrica contemporânea (CID-10 e DSM-V) categorizando o grupo - amplo, heterogêneo e cada vez mais inflacionado - das esquizofrenias. Esse grupo apresenta marcada imprecisão e limites por demais abrangentes sendo insuficientes tanto para clínica quanto para a pesquisa, uma vez que encampam casos com apresentação inicial, prognóstico e resposta terapêutica, por sua vez distintos.^{1,2,3}

CONCLUSÃO

A contribuição de uma apreciação histórica e epistemológica, nesse sentido, figura como importante instrumento de esclarecimento e contextualização dessas insuficiências, legitimando a busca por conceitos mais adequados para a atividade psiquiátrica. Longe de preciosismo teórico, tal exercício, ao questionar historicamente a manutenção e a reificação de modelos imprecisos, ao

mesmo tempo em que procura recuperar, e eventualmente reciclar, dos anais da história da psiquiatria, modelos diagnósticos mais acurados, e eventualmente mais promissores, configura muito menos a atualização de uma vocação barroca do que a realização do trabalho classificatório característico dos procedimentos científicos ciosos de seu mister. Melhor classificar, para melhor operar.

REFERÊNCIAS

1. Santos NB. O conceito de parafrenia e sua actualidade. Lisboa: Lidel; 2006.
2. Berrios GE, The insanities of the third age: a conceptual history of paraphrenia. J Nutr

Health Aging. 2003;7(6):394-399.

3. Berrios GE. Rumo a uma nova epistemologia da psiquiatria. São Paulo: Escuta; 2015.