

ESQUIZOFASIA

SPARTACO VIZZOTTO *

ISAÍAS MELSOHN *

Em virtude da menor complexidade de sua estrutura e de suas funções em relação às demais partes do encéfalo, a região orbitária é aquela que mais se presta para a demonstração das concepções de Kleist sobre a psicofisiologia. Por outro lado, a esquizofasia é o quadro mental mais apropriado para demonstrar as idéias de Kleist sobre as doenças esquizofrênicas; ela fôra identificada muito antes de Kleist, em virtude da nitidez de suas manifestações, permitindo fácil diferenciação das demais doenças mentais.

Parece-nos ter havido um retrocesso quando Bleuler reduziu quadros muito diversos a uma única entidade mórbida — a esquizofrenia — baseando-se em três sintomas fundamentais (autismo, ambivalência e desagregação mental) que de modo algum constituem elementos primordiais das doenças esquizofrênicas. A especulação interpretativa do dinamismo inconsciente (psicanálise), levemente aplicada à Psiquiatria, trouxe momentaneamente o caos, a tal ponto que quadros tão evidentes como a esquizofasia voltaram a diluir-se no vago e errôneo conceito de esquizofrenia que, de outro lado, passou a englobar vários outros quadros psicóticos atípicos, certas personalidades psicopáticas, traços anormais de personalidade, peculiaridades de caráter e até mesmo tipos biopsíquicos, “chegando a constituir-se de boa parte da humanidade, senão de toda ela”¹⁰.

A excepcional difusão das idéias de Bleuler e sua persistência na mentalidade psiquiátrica atual é surpreendente, não traduzisse ela um subjetivismo cômodo e falsamente seguro diante dos pacientes. Efetivamente, tais idéias prestaram-se para evitar esforços, quase sempre improficuos, na captação de uma sintomatologia complexa e, até certa época, misteriosa; bastava para isto pressupor os famosos sintomas fundamentais que Bleuler afirmava existirem sempre nos esquizofrênicos e acrescentar algumas interpretações “psicanalíticas” às atitudes ou expressões dos pacientes.

Reverendo, no Hospital de Juqueri, as observações da época pré-bleuleriana, encontramos magníficas descrições em que os observadores se limitavam a relatar com precisão o comportamento dos pacientes, de tal modo que tais documentos ainda hoje fornecem elementos para diagnóstico retrospectivo seguro; entretanto, observações de alguns desses mesmos pacientes

Trabalho realizado no Hospital de Juqueri.

feitas na era bleuleriana, dentro de esquematismo excessivo e com repetição monótona dos "sintomas fundamentais" tornaram esses casos praticamente irreconhecíveis.

Tais considerações tornam-se necessárias a fim de salientar a importância que deve ser dada aos trabalhos de Kleist na nosologia psiquiátrica, importância não só no terreno científico como também na prática médica, pois o diagnóstico preciso permite estabelecer prognósticos seguros e indicações terapêuticas apropriadas.

Kleist considera as esquizofrenias como heredodegenerações de sistemas cerebrais "psíquicos" comparáveis às heredodegenerações que ocorrem no âmbito neurológico, procurando objetivar em cada caso sintomas nucleares devidos a disfunções de sistemas cerebrais distintos. Nesses sintomas e em sua dominância, Kleist baseou sua classificação das esquizofrenias, tendo cada forma nome correspondente ao sintoma nuclear. No caso da esquizofasia, a denominação foi conservada para designar um quadro em que predominam distúrbios de expressão verbal (parafasias, agramatismos e paragramatismos). Kraepelin já havia reconhecido as relações dos transtornos da linguagem nos quadros esquizofásicos com as parafasias que ocorrem nas afasias sensoriais, nas lesões do lobo temporal e, também, com as manifestações de linguagem durante o sono. Devemos lembrar que Kleist considera em cada sistema cerebral três setores mais ou menos delimitados: o neuropatológico, o cerebropatológico e o psicopatológico. Dêste último setor, no plano da linguagem, é que dependem as manifestações mais delicadas da expressão verbal. É preciso também considerar que determinadas perturbações muito diferenciadas nunca se encontram nas doenças focais, mas são freqüentemente evidenciadas nas esquizofrenias. Tal fato é facilmente compreensível, pois as lesões focais não podem incidir sobre os sistemas cerebrais in totum e sim sobre determinadas regiões do cérebro, obedecendo à distribuição da circulação cerebral, à topografia de eventuais traumatismos, à localização de tumores ou demais processos lesionais não sistematizados. Daí serem parciais as analogias entre quadros psicopatológicos produzidos por lesões focais e os das psicoses endógenas. Nenhum traumatismo cerebral, por exemplo, poderá reproduzir o quadro da esquizofasia em sua totalidade; quando muito poderá reproduzir alguns sintomas isolados, dependentes da lesão de determinadas áreas cerebrais.

Kleist isolou a esquizofasia das demais formas de esquizofrenias, caracterizando-a como moléstia em que há perturbação da expressão verbal ao lado de comprometimento discreto da elaboração do pensamento. Este autor teve sua atenção voltada para certos doentes que, embora com linguagem desconexa, eram capazes de manter parcialmente sua atividade profissional em sociedade; eis porque afirmou que a expressão verbal não seria diretamente a tradução do pensamento, havendo um estágio intermediário que seria o perturbado em tais pacientes. Kleist^{7,8} interpreta tais fatos aventando a hipótese de que há duas formas de inteligência ligadas, respectivamente, à expressão verbal e à atividade; a esse propósito diz êle, textualmente: "Com uma confusão ideativa tão grave quanto a da linguagem,

não se poderia compreender a persistência, durante anos e decênios, de um comportamento invariavelmente adequado. Diante disto, é forçoso admitir que existem diversas formas de pensamento, entre elas, um pensamento lógico, abstrato, estreitamente ligado à linguagem e por ela dirigido, e *um pensamento na atuação*, ideomotor e técnico. Seguramente, nas esquizofasias está alterado o primeiro, enquanto que o comportamento racional, a atividade e o trabalho sensatos evidenciam a integridade do último”.

Kleist foi o único a caracterizar com precisão o quadro da esquizofasia e a isolar seus distúrbios essenciais das demais perturbações da linguagem e do pensamento. Ademais, estudou minuciosamente a sua instalação, curso, fase terminal, heredologia, relações com as outras formas e diagnóstico diferencial, como o fez em relação às restantes doenças esquizofrênicas. Kleist a incluiu entre as esquizofrenias confusas, das quais também fazem parte a esquizofrenia incoerente e a paralógica, estabelecendo as diferenças fundamentais entre aquelas e estas, que se caracterizam por alterações nucleares no setor do pensamento.

A primeira referência por nós encontrada ao quadro esquizofásico é a de Chaslin (1912)¹ que isolou uma forma de doença mental denominando-a *loucura discordante verbal*. Dividia êle as psicoses em loucuras sistematizadas e discordantes; estas últimas compreendiam a hebefrenia, a loucura paranóide, a loucura verbal e a loucura motora ou catatonía. A nitidez do distúrbio já havia impressionado êste autor, fato que o levou a considerar êsse quadro como autônomo. Bleuler, ao contrário, entendeu a esquizofasia sômente como tradução verbal do “pensamento desagregado”, um dos seus pretendidos sintomas fundamentais; a rigor, êste último conceito é vago, incluindo os mais variados aspectos da psicopatologia.

Na literatura nacional encontramos dois trabalhos^{2,9} nos quais são relatados três casos de esquizofasia. Não existem, no entanto, nessas observações, elementos suficientes para identificar os quadros à luz das concepções de Kleist; ademais, falta o elemento básico que é discordância entre a capacidade verbal e a capacidade de atuação. Além disso, êsses casos mostram, predominantemente, distúrbios do pensamento de tipo paralógico, tratando-se provavelmente de casos de esquizofrenia paralógica e não de esquizofasia.

Só depois dos trabalhos de Kleist^{5,6} que focalizaram todos os distúrbios do pensamento e da linguagem, é que foi possível isolar a fenomenologia esquizofásica, diferenciando-a dos demais distúrbios da linguagem e do pensamento.

Kleist acentua que os neologismos têm a mais variada origem, não podendo, portanto, serem tomados como elemento básico para diagnóstico sem uma análise prévia. Distorções devidas à parafasia literal e contrações decorrentes de agramatismo podem produzir neologismos. Alguns neologismos são elaborados para designar idéias delirantes complexas. Em outros casos, problemas psicológicos profundos podem ser a origem de neologismos. Assim, certos neologismos são estereotipias verbais, outros são devidos à atitude do paciente. Uma atitude infantil pode levar à produção de diminutivos, enquanto que uma atitude de supervalorização do eu gera

o uso de palavras raras ou de outras línguas. O pensamento paralógico através das contrações de palavras, como as usadas em certas anedotas, também pode resultar em neologismos. Na esquizofasia, o neologismo é fruto de uma parafasia consistente no emprêgo inadequado de palavras ou sons.

Distinguem-se dois tipos de parafasias: literal e verbal; na literal há desarranjo na seqüência de sons individuais, ao passo que, na verbal, as palavras são corretamente formadas, porém selecionadas de modo inadequado.

Na esquizofasia predominam, de regra, as parafasias verbais: *as palavras são selecionadas arbitrariamente, não havendo correspondência entre elas e o pensamento*. Na paralogia essa correspondência é estrita, de tal forma que, embora o pensamento esteja perturbado, é possível quase sempre apreender o raciocínio expresso confusamente. Devem ser diferenciadas das parafasias, o agramatismo e o paragramatismo, que são desordens de seqüência de palavras. O agramatismo consiste numa simplificação e num agrosseiramento da seqüência de palavras; tôdas as palavras que não são absolutamente necessárias podem ser abandonadas; em casos mais graves, sômente permanecem adjetivos, substantivos, verbos no infinitivo e nos participios. Kleist atribui o agramatismo a lesão da parte mais anterior da zona motora da fala (F. 3), só o admitindo como perturbação permanente quando o campo motor direito da fala está comprometido ou quando há interrupção nas conexões entre ambos os hemisférios. O paragramatismo consiste numa seleção incorreta de expressões e sentenças, freqüentemente misturadas e contaminadas entre si; a expressão verbal não é reduzida nem simplificada, mas, ao contrário, complicada e abundante.

Assim a esquizofasia caracteriza-se por peculiares distúrbios da expressão verbal. Outros sinais clínicos dessa entidade já haviam sido descritos por Kraepelin. Os pacientes podem apresentar também pensamentos paralógicos e incoerentes, nunca suficientes, porém, para provocar uma confusão ideativa tão intensa quanto a verbal; de outro modo não se poderia compreender a persistência da atividade útil perfeitamente ordenada. É digna de nota, também, a constância do quadro desde o comêço da doença.

Na esquizofasia distingue Kleist formas típicas e atípicas, que podem ser combinadas ou extensivas. A casuística por êle apresentada compreende 14 casos, sendo 7 casos puros e 7 atípicos. Nos 7 casos de formas atípicas existiam as seguintes combinações: 3 casos combinados com esquizofrenia paralógica, um combinado com fantasiofrenia, um com somatopsicose progressiva, um com catatonia acinética, uma forma extensiva e um caso não devidamente esclarecido.

Nas formas puras (7 casos) maior freqüência foi assinalada no sexo masculino (6/7 casos); à base do seu rendimento escolar, foram os casos considerados como pouco dotados intelectualmente; a maioria era constituída de leptossômicos ou tipos mistos; a personalidade pré-psicótica permitiu classificá-los como indivíduos discretos, aplicados, hábeis, de bom caráter, amáveis; um era vagabundo; o início da doença oscilou entre 24 e 44 anos, sendo o têrmo médio de 32; em nenhum dêsses casos pôde ser evidenciada causa de natureza psíquica ou orgânica. Em 3 casos não havia predispo-

sição hereditária; em dois, o pai era alcoolista; nos antecedentes de outros dois pacientes figuravam casos de esquizofrenia, entre os quais dois com sintomas esquizofásicos. Como sintomas iniciais surgiram idéias de referência a si, alucinações, principalmente auditivas, e alterações autopsíquicas da personalidade de tipo expansivo. As vivências delirantes alucinatórias iniciais correspondeu uma atitude global desconfiada e mal humorada, teimosa e negativista, em parte com excitabilidade psíquica e em parte com atitudes arrogantes. O conteúdo delirante das alucinações logo cessou e desempenhou papel secundário no curso ulterior. Ao mesmo tempo, o comportamento tornou-se ordenado, tranqüilo e ajustado, de modo que os pacientes podiam trabalhar regularmente e de modo útil.

OBSERVAÇÕES

CASO 1 — L. B. (R.G. 51.359), brasileiro, com 30 anos de idade, internado em 28-10-1952. Não apresentou distúrbios de desenvolvimento durante a infância. Frequentou escola primária com razoável aproveitamento. Casou-se 3 anos antes do início da moléstia, resultando do matrimônio um filho sadio. O pai, já falecido, era alcoólatra, tendo tido um episódio psicótico aos 30 anos de idade, cujas características não pudemos apurar; faleceu em idade avançada, assim como a mãe do paciente. Uma irmã apresentou crises com perda de consciência, provavelmente de tipo convulsivo, quando da gravidez do primeiro filho; outra irmã tentou o suicídio e sofria de crises, provavelmente histéricas. Vários primos paternos eram alcoólatras.

Aos 28 anos de idade manifestaram-se alucinações auditivas e visuais, interpretadas delirantemente; sua atividade pragmática tornou-se irregular, seu humor deprimido, polarizando toda a sua atenção para os delírios. Submeteu-se a tratamento mediante electrochoque e comas insulínicos, tendo recuperado em grande parte a iniciativa e, embora permanecessem os distúrbios alucinatórios delirantes, estes não influenciavam sua conduta. Externava vagas idéias de referência a si, de ciúmes patológicos e acentuada religiosidade. Os exames de rotina (líquido cefalorraquidiano, neuro-ocular e pneumencefalografia) resultaram normais.

Linguagem — O contacto com o paciente era fácil, respondendo êle prontamente às perguntas de modo minucioso, relatando os fatos com precisão. Súbitamente, porém, passava a emitir um palavreado desconexo, incompreensível, acompanhado de aparente modulação afetiva e gesticulação que estabeleciam contraste com seu linguajar. Uma interferência incisiva de nossa parte, mediante uma pergunta, determinava a sua volta à linguagem normal. Vejamos um trecho de seu palavreado, que se seguiu à pergunta sobre sua esposa: "Minha mulher é fazendeira, meu sogro toma conta da fazenda... dava todo o meu ordenado para ela... não tenho nada... não posso esperar pão... quem inteligência xingado senhora disse mãe... que não é coração... come na cadeira João... mater ponto do terceiro Brasil".

Não há neste exemplo parafasias literais ou neologismos. Verifica-se o uso de palavras sem sentido na sentença (parafasia verbal). São abundantes os fenômenos de agramatismo.

Evolução — Após tratamentos de choque houve remissão parcial, tendo o paciente tido alta hospitalar. Cederam por algum tempo os sintomas, permanecendo vagas idéias persecutórias e de ciúmes, assim como acentuada religiosidade. Sua iniciativa prática, porém, não se restabeleceu totalmente. Só o curso ulterior da doença permitiria estabelecer se o presente quadro se enquadra nas formas puras ou atípicas. Os dados que expusemos falam mais a favor de uma forma atípica combinada.

CASO 2 — J. O. (R.G. 53.851), com 42 anos de idade, brasileiro, internado em 17-7-1952. O paciente, alfabetizado, trabalhou na lavoura até 1930, quando veio para São Paulo, onde exerceu várias atividades. Tem dois irmãos vivos e saudáveis; outro faleceu em 1924. Seus pais faleceram em idade avançada. Não há registro de casos de doença mental nem crises convulsivas na família. O paciente relata que faz uso de aguardente desde criança e que fala atrapalhado desde 1938. Conta que foi preso por embriaguez duas vezes, sendo da segunda vez enviado para cá.

Exame psíquico — Paciente globalmente orientado, situando os acontecimentos no tempo com precisão; dizia sem hesitar a data de sua chegada, o tempo de sua permanência, as datas de nascimento e falecimento dos familiares, evocando acontecimentos passados com pormenores e rapidez; citava endereços e nomes de pessoas, demonstrando perfeita memória. Em certos momentos assumia atitudes coléricas, reagindo com impropérios e conteúdos alucinatórios. Após uma pergunta qualquer, às vezes antes mesmo de concluir a resposta, irrompia em palavreado desconexo, acompanhado de gesticulação por vezes abundante, como se estivesse falando algo com muito sentido e de muita importância; mantinha-se, assim, por longo tempo em solilóquios prolongados. Iniciativa prática conservada. Não foram apurados distúrbios intrínsecos do pensamento, que se restringia aos aspectos mais concretos. Por vezes manifestava vagas idéias de grandeza. Os exames subsidiários de rotina (líquido cefalorraquidiano, pneumencefalografia) resultaram normais.

Linguagem — Entre outros dados constantes do exame de entrada, destacamos o seguinte trecho: "Embora o conteúdo inicial de sua resposta seja relativo à pergunta que lhe foi dirigida, a seguir o tema varia, é absolutamente incoerente, uma verdadeira salada associativa desprovida de qualquer nexos lógico, sem que na expressão verbal surjam neologismos". Procuramos anotar alguns exemplos de sua linguagem: "O coronel é bom sujeito. O Júlio Prestes é de Franca. Caixa daqui com 10 mil contos. Uma letra de cem carroça... no palácio Campos Elísios... Minha mãe faleceu em 1934. Meu pai me criou. Dionísio usurário de 54. Tem umas peças lá, mas fizeram isso no lugar de Ademar de Barros. Na Bolívia um caixão, num canto. Não era o Ademar de Barros... dois anos... 1926. O pai conheço mais ou menos".

Os distúrbios da expressão são análogos aos do primeiro caso. No entanto, a diferença fundamental consistia na recuperação da iniciativa prática.

Evolução — Este paciente foi internado novamente, por embriaguez e não devido aos distúrbios que apresentava, tendo tido alta logo a seguir. Sua capacidade de ajustamento social lembra um dos casos citados por Kleist⁸, em que o recolhimento do paciente ao sanatório só se verificou por ter ele escrito uma carta à polícia em linguagem esquizofásica.

RESUMO

Após revisão dos conceitos sobre as esquizofasias, os autores justificam a concepção de Kleist, segundo a qual se trata de entidade independente. Apresentam, a seguir, dois casos em que os distúrbios esquizofásicos foram bem demonstrativos.

SUMMARY

Schizofasia: report of two cases

Reviewing the concepts on schizofasia the authors emphasized Kleist's idea considering it as an independent morbid entity. They call up attention

to the schizophasia importance in demonstrating Kleist's theories about schizophrenia. Two demonstrative cases are reported.

REFERENCIAS

1. CHASLIN, P. — Éléments de Sémiologie et Clinique Mentales. Asselin et Houzeau, Paris, 1912, págs. 772-773 e 803-814.
2. ESMERALDO, Z. — Estudo sobre a esquizofasia. Arq. Bras. Neurat. e Psiquiat., 22:231-250, 1939.
3. EY, H.; AJURIAGUERRA, J.; HECAEN, H. — Les Rapports de la Neurologie et de la Psychiatrie. Hermann & Cie., Paris, 1947.
4. FISCH, F. J. — The classification of schizophrenia: the views of Kleist and his co-workers. J. Ment. Sci., 103:443-463, 1957.
5. KLEIST, K. — Gehirnpathologie. Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1934.
6. KLEIST, K. — Wesen und lokalisation der Paralogie. Zentralbl. f. Neurol., 33:82-83, 1923.
7. KLEIST, K. — Bericht über die Gehirnpathologie in ihrer Bedeutung für Neurologie und Psychiatrie. Zeitschr. f. Neurol., 158:159-193 e 335-340, 1937.
8. KLEIST, K. — Esquizofrenias confusas. Folia Clin. Internat., 1, 8 e 9, 1951.
9. SAMPAIO, E. — Esquizofasia. An. Assist. a Psicopatas do Distrito Federal (Rio de Janeiro), 199-207, 1936.
10. SCHNEIDER, K. — Problemas de Patopsicología y de Psiquiatria Clínica. Trad. castelhana. Ediciones Morata, Madrid, 1947.
11. TEULIÉ, G. — La schizophasie. Ann. Med. Psychol., 1:113-123 e 225-233, 1931.
12. TOMCHINSKY, R. — Esquizofrenias consusas. Arq. Depart. Assist. a Psicopatas do Est. de São Paulo, 21:143-145, 1955.

Hospital de Juqueri — Franco da Rocha — São Paulo, Brasil.