

PSICOSES DEGENERATIVAS: FASOFRENIAS DE KLEIST

ROBERTO TOMCHINSKY *

Apesar de já decorridas mais de três décadas desde que Kleist discriminou as entidades clínicas que reuniu sob a denominação genérica de “psicoses autóctones degenerativas benignas”, é de surpreender que tais quadros clínicos ainda continuem bastante desconhecidos. Em face de sua importância e tendo em vista as modificações verificadas nas classificações destas moléstias, propusemo-nos realizar uma breve revisão como tentativa de atualização dêste problema. Assim procedendo, pretendemos chamar a atenção para estas psicoses de efetiva existência clínica e para sua inegável importância em Psiquiatria.

Não obstante constituírem estas psicoses cêrca de 25% do total das chamadas psicoses endógenas, conforme foi verificado por Kleist e seus colaboradores e, em nosso meio, por Anibal Silveira e col.^{8, 11, 12, 13}, verifica-se que inúmeros quadros clínicos psicóticos que aí deviam figurar, continuam sendo rotulados com diagnósticos de conteúdo vago e discutível, como sejam as chamadas psicoses agudas, “bouffées delirantes”, episódios ou surtos em personalidades psicopáticas.

A confusão que decorre da inclusão de tais psicoses no grupo da esquizofrenia não implica sômente no comprometimento do prognóstico, mas repercute também em outros setores da investigação clínica, psicopatológica e, até mesmo, nos tratamentos. Contribui não só para falsear em grande parte a avaliação estatística das entidades nosográficas como também influi na valorização dos recursos terapêuticos. Daí o conceito muito discutível e duvidoso das chamadas “esquizofrenias curáveis”. Cabe assinalar, no entanto, que o diagnóstico de esquizofrenia pressupõe, em geral, um decurso desfavorável, mesmo no caso de admitir-se a existência de formas mais benignas.

Não obstante a existência de sintomas comuns às psicoses degenerativas e às esquizofrenias *sensu lato*, estas caracterizam-se essencialmente por uma decadência e embotamento por tal forma particular que as torna completamente distintas daquelas. Supomos que estas considerações põem claramente

* Do Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana, São Paulo. Ex-psiquiatra do Hospital de Juqueri.

de relevo a necessidade com que se defronta o psiquiatra em tornar mais seguro o diagnóstico psiquiátrico, o qual deve ser "tão completo, tão preciso e tão objetivo quanto o diagnóstico neurológico" (Anibal Silveira¹⁰).

Antes de expor os critérios para identificar e classificar as psicoses degenerativas, torna-se necessário determinar sua posição no grupo das psicoses endógenas.

Já Kraepelin, ao estabelecer a sistemática dos grandes grupos de psicoses endógenas típicas — epilepsia, esquizofrenia, psicose maniaco-depressiva e mais a histeria e a paranóia — pôde verificar a existência de vários quadros clínicos que aí não podem ser englobados. Assim, separou aqueles quadros que designou como "estados mistos maniaco-depressivos" que, segundo vários autores, seriam a fonte das psicoses atípicas, embora, segundo Kleist¹, inúmeras delas estariam bem distantes das manifestações fundamentais do grupo maniaco-depressivo. Outros autores utilizaram o critério de considerar estas psicoses como mistura de formas típicas, isto é, seriam elas formas mistas, por exemplo, da psicose maniaco-depressiva com a esquizofrenia. Nem estas tentativas nem a análise "estrutural" de Birnbaum ou "pluridimensional" de Kretschmer se mostravam eficientes para solucionar o problema destes quadros atípicos, pois, na grande maioria deles, a sintomatologia surge como "algo unitário e autóctone". Apesar destas características, Kleist considerou de início que não se justificava evitar a comparação destas psicoses com os quadros típicos, pois muitas formas têm parentesco com esta ou aquela psicose principal, seja pela concordância entre manifestações parciais de ambos os quadros, seja pela base constitucional em que evoluem ou, ainda, somente por afinidades heredo-biológicas. As psicoses atípicas seriam, pois, segundo Kleist, em parte colaterais ou marginais em relação ao grupo maniaco-depressivo, paranóia e epilepsia. Em certos casos, existem relações sintomatológicas e hereditárias com duas ou mais psicoses típicas e, em outras ocasiões, não é possível demonstrar a relação estreita com qualquer grupo principal. Kleist afirma que utilizou o critério de aproximação dos processos mórbidos atípicos aos grupos principais, por motivos práticos e históricos, a fim de conseguir ordem provisória neste setor, pois não estava estabelecido de modo absoluto que todas as psicoses atípicas devessem ter relações de parentesco com as grandes entidades nosológicas.

Individualizado, pois, este grupo de doenças atípicas benignas, em parte marginais às grandes psicoses endógenas, surgiu o problema de sua denominação. Inicialmente, Kleist chamou este grupo de "psicoses autóctones constitucionais" para, posteriormente, aceitando a denominação de Schröder, mudar a designação para "psicoses autóctones degenerativas benignas" ou, simplesmente, *psicoses degenerativas*. Kleist adotou o critério de utilizar um nome coletivo para designar o grupo das psicoses atípicas, prevendo que esta necessidade desapareceria quando estas diversas formas estivessem perfeitamente individualizadas e suficientemente descritas e, portanto, denominadas de modo aceitável para todos.

Deve ser lembrado que o conceito de degeneração de Kleist é totalmente diverso do da escola francesa. As psicoses degenerativas não constituem, para Kleist, moléstias com elevado grau de degeneração hereditária. Bem ao contrário, elas seriam *expressão de um processo degenerativo dos genes*

patológicos, mediante somação e atenuação dos sintomas das várias psicoses típicas, fenômeno que representaria "automelhoramento da espécie". A degeneração seria, pois, para Kleist, uma atenuação da morbidade genética, que então, não desencadearia psicoses progressivas típicas, mas, sim, psicoses de caráter benigno e decurso fásico.

O quadro 1 ilustra com clareza os caracteres gerais das aludidas psicoses, em confronto com os demais agrupamentos psicóticos.

| | | | |
|---|------------------------------|--------------------------------|-------------|
| <i>Decurso</i> | típico | atípico | ocasional |
| <i>Situação nosográfica</i> | principal | colateral | esporádica |
| <i>Tipo mórbido</i> | autóctone | autóctone, degenerativo | sintomática |
| <i>Alteração cerebral</i> (lesional ou dinâmica) | Intrínseca | intrínseca ou extrínseca | extrínseca |
| <i>Fatores neuronais</i> | "deficit ab ovo" | disposição hereditária | eventuais |
| <i>Herança mórbida</i> | predominante | latente | casual |
| <i>Sintomatologia</i> | homogênea | heterogênea | complexa |
| <i>Evolução</i> | progressiva ou cíclica | prolongada ou periódica | fortuita |

Quadro 1 — Caracteres gerais mais comuns dos vários grupos psicóticos: dados utilizáveis para a classificação nosológica (segundo Anibal Silveira¹⁹).

De modo geral, *tôdas as psicoses degenerativas são atípicas, benignas, de decurso fásico ou cíclico, de sintomatologia rica e variada (heterogênea), o que é admissível pela sua heredologia de natureza mista e atenuada.*

Quanto à participação cerebral, segundo Kleist¹, estas psicoses estariam subordinadas à labilidade de certos aparelhos encefálicos do tronco cerebral. Assim, determinados grupos de funções ligadas a êstes aparelhos (afetivas, psicomotoras e intelectuais), sofreriam mudanças autógenas face à labilidade constitucional que lhes seria própria (intrínsecas) ou diante de agentes patogênicos psicógenos, endócrinos ou exógenos (extrínsecos).

Vejam, a seguir, as diversas sistematizações destas psicoses elaboradas por Kleist, detendo-nos numa descrição sumária dos respectivos quadros clínicos.

Na primeira classificação (1928), Kleist¹ coloca-as ao lado dos grandes grupos nosológicos já estabelecidos, conforme se vê no quadro 2.

| FORMAS ATÍPICAS | | FORMAS ATÍPICAS | |
|------------------------------------|--|--------------------|---|
| LOUCURA CIRCULAR (Doença do humor) | { <i>Mania</i> <i>Melancolia</i> | PSICOSES CICLÓIDES | <i>Confusionais</i> { Confusão agitada Estupor |
| | | | <i>Psicoses da motilidade</i> { Forma hipercinética Forma acinética |
| PARANÓIA | { <i>Persecutória</i> <i>Expansiva</i> | PSICOSES | <i>De inspiração, aguda</i> (expansiva) <i>Alucinose aguda</i> (persecutória) |
| | | PARANÓIDES | <i>De referência</i> <i>De "extranheza"</i> (Entfremdung) |
| EPILEPSIA: | | PSICOSES | <i>Estados crepusculares episódicos</i> inclusive estados de ausência com { "já vivido" perplexidade |
| | | EPILEPTÓIDES | |

Quadro 2 — Classificação das psicoses degenerativas (Kleist, 1928).

PSICOSES CICLÓIDES

No primeiro grupo situam-se as psicoses ciclóides, marginais à psicose maniaco-depressiva por sua maior afinidade com as doenças circulares. Constituem elas as psicoses confusionais, as da motilidade e as da individualidade, que freqüentemente evoluem por fases opostas. Assim, as psicoses confusionais assumem a forma estuporosa ou agitada, nas da motilidade se alternam a forma hipercinética e a acinética, as da individualidade manifestam-se pela hipocondria ou pela confabulose expansiva.

Psicoses confusionais — As psicoses confusionais caracterizam-se por fases de confusão (endógena) agitada e de estupor, sendo freqüente o aparecimento de desordens do pensamento, sob a forma de paralogias, e da linguagem, como parafasias.

Psicoses da motilidade — As formas hipercinéticas consistem em abundância de movimentos imotivados, sem finalidade expressiva, movimentos parasitas em curto circuito. Estas hipercinesias constituem um quadro inteiramente diverso da excitação catatônica propriamente dita.

Psicoses da individualidade — Constituídas pela confabulose expansiva e pela hipocondria ou depressão hipocondriaca. Na confabulose surgem produções fabulatórias e fantásticas, que se referem às noções autopsíquicas; as percepções subjetivas correspondentes à própria identidade e ao próprio corpo também estão alteradas. Em suma, as confabulações lembram o delírio de grandeza dos paralíticos gerais.

PSICOSES PARANÓIDES

O grupo das psicoses paranóides, marginais à paranóia era constituído pela psicose expansiva de inspiração aguda, a alucinose aguda persecutória e as psicoses agudas de referência e de estranheza.

Psicose de inspiração aguda expansiva — Aparentada com a paranóia expansiva crônica, caracteriza-se por exaltação da própria personalidade, com exagero da sociabilidade e dos sentimentos religiosos, sintomáticos dos delírios proféticos de reddenção. Manifesta-se por exaltação aguda, com revelações, inspirações e alucinações auditivas verbais, que são interpretadas como mensagens divinas. Estas psicoses têm relações hereditárias e constitucionais com as doenças da afetividade, com a debilidade mental, com a epilepsia e estados epileptóides.

Alucinose persecutória aguda — Esta forma marginal à paranóia persecutória crônica teria características idênticas à alucinose alcoólica, sendo, porém, de aparecimento autóctone. Os sintomas manifestam-se como alucinações auditivas e idéias delirantes persecutórias, acompanhadas, em alguns casos, de angústia intensa. Segundo Kleist¹, a alucinose alcoólica representaria tendência constitucional a essa modalidade de psicose, não sendo, portanto, variedade de reação tóxica ao álcool.

Psicoses agudas de referência e de estranheza — Também aparentadas ao grupo paranóide e relacionadas ao círculo hereditário epiléptico e epileptóide, são as psicoses de referência e a psicose de estranheza (despersonalização). Estas psicoses estão condicionadas pelas alterações da categoria de referência (referência a si). Kleist¹ considera a referência a si como uma manifestação psicológica normal; seria uma experiência não intelectualizada. Esta psicose caracteriza-se, portanto, por uma exaltação mórbida da referida categoria, predominando na sua psicopatologia as idéias delirantes de referência.

A psicose de estranheza é caracterizada por uma diminuição da categoria de referência, a qual se traduz por uma sensação de estranheza, na qual as relações com o mundo estão distanciadas, sendo tudo estranho, diferente e afastado.

PSICOSES EPILEPTÓIDES

Finalmente, devem ser consideradas as formas epileptóides, aparentadas ao grupo da epilepsia. Na classificação estão incluídos os seguintes quadros: estados crepusculares episódicos (sintomatologia idêntica ao estado crepuscular epiléptico, porém sem história convulsiva), estados de ausência com sensação do já visto e perplexidade, estados hipnicos episódicos e impulsos mórbidos episódicos.

Esta sistematização das psicoses atípicas e os respectivos quadros clínicos individualizados por Kleist, suscitou muita celeuma e, embora citadas por vários autores, entre os quais Schneider³, Lopez Ibor⁵, Polonio⁷, tem sido precariamente acolhida pelas demais escolas psiquiátricas contemporâneas.

Proseguindo na investigação dessas psicoses, alguns colaboradores de Kleist puderam contribuir para o esclarecimento das diversas formas clínicas. Fünfgeld dedicou-se às psicoses da motilidade e confusionais, Leonhard às psicoses de angústia e inspiração, enquanto Edda Neele⁶ pesquisou as bases hereditárias de tôdas essas formas atípicas, com a intenção de verificar se êsses quadros clínicos constituem somente síndromes de um processo patológico unitário ou moléstias independentes; Kleist inclina-se para a última hipótese. Os estudos de Leonhard⁴ levaram-no a isolar a psicose paranóide de angústia e, como forma oposta, a psicose de felicidade (glück-

psychose). Isolou ainda, como forma clínica a psicose de angústia-inspiração, correspondente à psicose delirante angustiosa-extática de Neele⁶. Esta autora salienta que a psicose de angústia de Leonhard aproxima-se da alucinose de Kleist. A sintomatologia de ambas seria semelhante, valorizando Leonhard a angústia como fator predominante e considerando secundárias as desordens senso-perceptivas que incidem nestes quadros.

A psicose de referência, rebatizada por Kleist como psicose angustiosa de referência (*Angstliche Beziehungspsychose*), em algumas ocasiões é também diagnosticada como alucinose aguda. Kleist, por sua vez, também individualizou nova forma, constituída pela psicose perplexa de significação (*Ratlose Bedeutungspsychose*), que se manifesta com vivências de significação, referência e perplexidade.

Em 1947, Kleist², revendo as suas idéias a respeito das entidades clínicas que identificou, admitindo as formas individualizadas por seus colaboradores, e não julgando mais justificável considerar essas psicoses como atípicas e inclassificáveis, resolveu reuni-las no que denominou de esferas sindrômicas de doenças episódicas e fásicas. Essas esferas têm como núcleos centrais a epilepsia e a psicose maniaco-depressiva. Esta última e as formas que lhe são paralelas *constituem as psicoses fásicas ou fasofrenias propriamente ditas* (quadro 3).

Psicoses bifásicas polimorfas

Psicose maniaco-depressiva (hipercinética e acinética)
 Psicose da motilidade
 Psicose confusionais (agitada e estuporosa)
 Psicose delirantes (angustiosa e extática)

Psicoses monofásicas simples

a) *formas depressivas*

Melancolia
 Psicose de angústia
 Melancolia de angústia
 Psicose angustiosa de referência
 Depressão hipocondríaca
 Estupor depressivo
 Psicose de estranheza (despersonalização)
 Psicose perplexa de significação

b) *formas maniformes*

Mania
 Psicose extática de felicidade
 Psicose de inspiração
 Confabulose expansiva
 Excitação hipocondríaca

Nessa classificação vemos incluídas a psicose de angústia, a psicose extática de felicidade, a psicose de angústia e inspiração (Leonhard), denominada por Neele psicose delirante angustiosa e extática, e a psicose perplexa de significação de Kleist. A sintomatologia destas psicoses, como das demais formas, coincide perfeitamente com as respectivas denominações, dispensando, portanto, descrição pormenorizada do quadro sintomatológico.

Numa última revisão (1953), incluída na sua classificação geral das doenças neuropsíquicas, estabelece Kleist³ as esferas das moléstias fásicas com oscilações autógenas, constituídas por doenças paroxísticas e episódicas (tendo como núcleo a epilepsia) e pelas doenças fásicas ou fasofrenias (quadro 4).

1. *Doenças paroxísticas e episódicas*

Epilepsia genuína
Picnolepsia, narcolepsia
Impulsos episódicos (poriomania, dipsomania)
Estados crepusculares episódicos e narcolépticos

Apêndice: Psicopatia epileptóide

2. *Fasofrenias*

a) *formas simples (unipolares):*

Melancolia, psicose de angústia, psicose angustiosa de referência, depressão hipocondríaca, estupor depressivo
Mania, psicose extática de inspiração, excitação hipocondríaca

b) *formas polimorfos (bipolares):*

Psicose maniaco-depressiva
Psicoses da motilidade (hipercinética e acinética)
Psicoses confusionais (agitada e estuporosa)
Psicose angustiosa: extática de inspiração

Apêndice: Psicopatia ciclóide e similares

Quadro 4 — *Classificação das doenças fásicas com oscilações autógenas (Kleist, 1953).*

Como modificações essenciais em relação à classificação anterior, nota-se que a psicose de angústia-inspiração passa a ser denominada de psicose angustiosa-extática de significação (ängstliche-ekstatische Bedeutungspychose).

Nesta última classificação não figuram a psicose perplexa de significação (forma monofásica), a psicose de felicidade (Leonhard) e a confabulose expansiva (Kleist), sem citar a melancolia ansiosa que estaria incluída na melancolia prôpriamente dita. Quer nos parecer que as referidas formas aguardam revisão catamnética para serem definitivamente estabelecidas. Resta a possibilidade de constituírem a psicose de felicidade e a confabulose expansiva, variedades da mania, conforme admite Leonhard⁴.

Tivemos oportunidade de identificar tôdas as formas que integram esta última sistematização, predominando em nossa casuística as psicoses para-

nóides de angústia (diagnosticadas como alucinoses persecutórias), as psicoses angustiosas de referência e as psicoses extáticas de inspiração. Concor damos com a importância dos fatores hereditários de linha epiléptico-epilep tóide nas psicoses de inspiração, assinaladas por Kleist e confirmadas por Anibal Silveira. Entre as formas que, segundo supomos, aguardam revisão catamnética, tivemos oportunidade de identificar a confabulose expansiva aguda.

Quanto à esfera das doenças paroxísticas constituídas pela epilepsia es sencial e entidades epileptóides que a acompanham, parece-nos não pairar qualquer dúvida sobre os respectivos quadros clínicos.

Em relação à sintomatologia das moléstias fásicas, torna-se importante a revisão catamnética, tanto a breve como a longo prazo, em face da ri queza da referida sintomatologia e com o objetivo de serem evitados des cuidados diagnósticos. A presença de estados de excitação, de agitação psico motora e de alucinações, próprias de tôdas as psicoses agudas, pode mas carar os sintomas fundamentais nos quais se baseia a identificação das enti dades mórbidas. Apesar do curso benigno dessas psicoses, a remissão dos episódios é, em geral, abreviada pelas terapêuticas de choque (convulsivas e insulínica), respondendo também de modo positivo a alguns neuroplégicos.

Para terminar, devemos frizar, mais uma vez, a importância destas for mas clínicas diante das pesquisas de novos recursos terapêuticos em Psiquia tria. A avaliação perfeita sobre a validade e eficácia das novas drogas que surgem dia a dia no que tange às moléstias psíquicas endógenas é extrema mente dificultada à vista dos diagnósticos incorretos. Como é de verifica ção freqüente, os anunciados efeitos positivos de inúmeras drogas são, em parte, devidos ao desconhecimento destas formas benignas e de seus caracte res clínicos.

É de ressaltar que as particularidades hereditárias destas formas bá sicas estão a exigir um incremento das pesquisas genéticas, com finalidade de orientação eugênica, o que limitaria o pessimismo em torno das doenças mentais.

RESUMO

O autor procura resumir os estudos de Kleist e seus colaboradores re ferentes às psicoses degenerativas ou fasofrenias, grupo constituído por psi coses atípicas, benignas, fásicas e cíclicas, que apresentam sintomatologia rica e variada devido a seus caracteres hereditários mistos e atenuados. A princípio estas doenças foram consideradas como aparentadas aos grandes grupos endógenas — psicose maniaco-depressiva, paranóia e epilepsia — e foram classificadas como colaterais aos mesmos, por motivações práticas e históricas, como assinalou Kleist, para o qual os caracteres benignos seriam devidos à degeneração da morbidade genética da doença.

São apresentadas as diversas sistematizações dessas doenças com comen tários sumários sobre os vários quadros clínicos.

O autor insiste na importância da identificação destas psicoses desde que representam cerca de 25% das doenças mentais endógenas. Além disso, como remetem sem deixar defeito, não devem ser confundidas com a esquizofrenia como ocorre freqüentemente. Seu diagnóstico correto evitará também exageros de apreciação quanto à eficácia de novas drogas terapêuticas que dia a dia surgem no campo psiquiátrico.

SUMMARY

Kleist's degeneration psychoses: phasophrenias

The author tries to summarize the studies of Kleist and his collaborators concerning the degeneration psychoses or phasophrenias, group constituted by those benign, atypical, phasic and cyclical psychoses, presenting a rich and varied symptomatology due to their mixed and attenuated heredological characters. At first these disease were related to the great endogenous groups — maniacs-depressive psychosis, paranoia and epilepsy — and were classified as collateral groups for practical and historical reasons as pointed Kleist, who postulated that their benign characteristics was due to a degeneration of the disease's genetical morbidity.

The author stress the importance in identifying these psychoses since they represent about 25% of the endogenous mental diseases. Furthermore, as they recover without defect, in accordance with their benign nature, they should not be mistaken with schizophrenia, as often occurs. Their diagnosis also would help in avoiding the exaggerations on the efficacy of new therapeutical drugs, that appear day by day in the psychiatric field.

REFERENCIAS

1. KLEIST, K. — Über Zyklode, paranoide und epileptoide Psychosen und über die Frage der Degenerationspsychosen. Schweiz. Arch. f. Neurol., 23:3-37, 1928.
2. KLEIST, K. — Progresos de la Psiquiatria. Neuropsiquiat. (Buenos Aires), 1:209-222, 1950.
3. KLEIST, K. — Die Gliederung der neuropsychischen Erkrankungen. Monatsschr. f. Psychiat. u. Neurol., 123:5-6, 1953.
4. LEONHARD, K.; SOLE-SAGARRA, J. — Manual de Psiquiatria. E. Morata, Madrid, 1953.
5. LOPEZ IBOR, J. J. — Los Problemas de las Enfermedades Mentales. Ed. Labor, Barcelona, 1949.
6. NEELE, E. — Die phasischen Psychosen. J. Ambrosius Barth Verlag, Leipzig, 1949.
7. POLONIO, P. — Psicoses e reações ciclóides. Actas Luso-Espanólas de Neurol. y Psychiat., 12:1-21, 1953.
8. ROBORTELLA, M. — Les psychoses dégénératives de Kleist à la lumière de la Génétique. Arq. de Assist. a Psicop. do Estado de São Paulo, 16:33-37, 1951.
9. SCHNEIDER, K. — Problemas de Patopsicologia y Psiquiatria Clinica. Trad. castelhana, Ed. Morata, Madrid, 1948.
10. SILVEIRA, A. — Classificação nacional das doenças mentais. Arq. da Assist. a Psicop. do Estado de São Paulo, 9:73-98, 1944.
11. SILVEIRA, A. — Psicoses degenerativas. Estados crepusculares episódicos (Kleist): cinco observações pessoais. Resumo em memorial para concurso à Docência Livre, São Paulo, 1941, pág. 43.
12. VIZZOTTO, S. — Heredologia nas psicoses degenerativas. Rev. Paulista Med., 39:390-391, 1951.
13. VIZZOTTO, S. — As psicoses degenerativas de Kleist. Rev. Paulista Med., 44:432-435, 1954.