

# A evolução do conceito de esquizofrenia neste século

Helio Elkis

Departamento de Psiquiatria da FMUSP e Projeto Esquizofrenia (Projesq) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, FMUSP

O físico Stephen Hawking certa vez mencionou que, ao vermos as estrelas no céu, estamos literalmente contemplando o passado, pois apesar de muitas delas já terem desaparecido, seus raios luminosos levam muito tempo para percorrer o espaço que delas nos separa. Vemos o brilho de um objeto que pode não existir mais.

O que entendemos por esquizofrenia hoje é o fruto de um conceito que sofreu também muitas transformações. Uma cronologia dos fatos que nos últimos 100 anos influíram decisivamente para o desenvolvimento desse conceito pode trazer alguma luz para essa questão (Tabela). Dividiremos esses 100 anos em três períodos: (1) as origens: Kraepelin, Bleuler e Schneider, (2) o período de expansão do conceito e (3) o período de restrição do conceito.

**Tabela - Cronologia do desenvolvimento de conceito de esquizofrenia**

Ano	Evento
1893	Emil Kraepelin descreve o quadro clínico da demência precoce na 4ª edição de seu "Tratado de Psiquiatria"
1908/1911	Eugen Bleuler publica um artigo sobre o prognóstico da demência precoce seguido do livro "Demência Precoce: o grupo das esquizofrenias"
1913	Publicação da 8ª e última edição do tratado de Kraepelin com a descrição dos dois principais componentes da demência precoce
1930-1940	Descrição de vários subtipos de esquizofrenia na Europa e nos Estados Unidos
1948	Kurt Schneider publica a Psicopatologia Clínica" descrevendo os "sintomas de primeira ordem"
1965 (até 1970)	Projeto colaborativo EUA-Reino Unido
1966 (até 1973)	Estudo Piloto Internacional da Esquizofrenia
1968	2ª edição do "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM II) (Associação Psiquiátrica Americana)
1972	Crítérios diagnósticos da Universidade de Washington
1974	Sintomas positivos e negativos
1975	9ª edição da Classificação Internacional das Doenças (CID-9, Organização Mundial de Saúde)
1978	Research Diagnostic Criteria (RDC)
1980	Conceito de duas síndromes da esquizofrenia (Crow) Publicação da DSM III
1993-4	CID-10 e DSM IV

## As origens do conceito: Kraepelin, Bleuler e Schneider

Geralmente se afirma que o conceito de esquizofrenia tem origem no seu ancestral, o de demência precoce, proposto por Kraepelin na 4ª edição de seu tratado (e não na 5ª, como é geralmente aceito).<sup>1</sup> Kraepelin observou pacientes jovens que, após um período psicótico, sofriram um "enfraquecimento psíquico" (verblödung, em alemão), mas não necessariamente tornavam-se dementes. Isso provavelmente explica que, apesar do nome da doença, observava-se uma evolução favorável em mais de um quarto dos casos.

Kraepelin colocou a demência precoce entre os processos degenerativos na 5ª edição de seu tratado e, nas subseqüentes, entre os metabólicos. Entretanto, a distinção entre demência precoce e insanidade maníaco-depressiva manteve-se ao longo de todas as edições, o que deu origem à noção de "dicotomia kraepeliniana".

Kraepelin considerava que, como em toda medicina, nenhum conjunto dos sintomas poderia caracterizar qualquer patologia mental, dada sua grande mutabilidade. O curso e o desfecho da doença seriam as vias régias para tal fim. Mesmo na 8ª e última edição do seu tratado, Kraepelin manteve a coerência, descrevendo com absoluta precisão todos os sintomas que hoje observam-se na esquizofrenia, sem definir qualquer um deles como central para o diagnóstico. No entanto, nessa edição mudou de posição, não em relação aos sintomas isoladamente, mas na definição de duas grandes síndromes que caracterizariam a demência precoce:<sup>2</sup>

- a) "O enfraquecimento das atividades emocionais que formam as molas propulsoras da volição".
- b) "A perda da unidade interna das atividades do intelecto, emoção e volição".

A "síndrome avolicional" foi identificada por muitos autores como a primeira descrição de um conjunto de sintomas posteriormente batizados com o nome de "negativos". Já a "síndrome da perda da unidade interna", na descrição do próprio Kraepelin, "apresenta-se como no distúrbio das associações descrito por Bleuler, na incoerência do pensamento, nas mudanças intensas do humor e na inconstância do pragmatismo".<sup>2</sup> Tal afirmação não deve surpreender, pois o conceito de esquizofrenia fora proposto por Bleuler em 1908<sup>3</sup> e publicado em seu livro em 1911,<sup>4</sup> antes, portanto, de Kraepelin publicar a última edição de seu tratado. Assim, o conceito de esquizofrenia não representou simplesmente uma substituição ao de demência precoce, sendo que ambos conviveram por alguns anos.<sup>5</sup>

O que Bleuler denominava esquizofrenia, ou melhor, esquizo-

frenias (devido aos subtipos), não representava um conceito em oposição ao de demência precoce, mas um aperfeiçoamento de duas variáveis: a dilatação na idade de início do quadro, uma vez que o transtorno poderia aparecer tardiamente e, sobretudo, uma ênfase não no processo evolutivo (eventualmente demencial), mas na valorização de alguns sintomas que seriam denominados fundamentais para o diagnóstico. Esses constituem os famosos 6 “A” (e não 4): distúrbios das associações do pensamento, autismo, ambivalência, embotamento afetivo, distúrbios da atenção e avolição.<sup>4</sup> Sintomas como delírios, alucinações, distúrbios do humor ou catatonia eram considerados não essenciais ao diagnóstico e, portanto, acessórios.

Apesar de Bleuler ter proposto a esquizofrenia como um conceito aperfeiçoado da demência precoce, muitos autores consideravam as mesmas entidades clínicas distintas.<sup>1</sup> As maiores diferenças residem no fato de que as descrições kraepelinianas são puramente empíricas, ao passo que as de Bleuler são guiadas por uma teoria, na qual os sintomas fundamentais são a expressão de uma alteração cerebral subjacente e os acessórios representam uma reação da personalidade, com a emergência daquilo que Bleuler chamou de “complexos afetivamente carregados”.

Essa desconexão entre sintomas fundamentais e acessórios foi também chamada de desdobramento ou cisão (“Spaltung”, em alemão), o que deu origem ao termo esquizofrenia. Por outro lado, foi o primeiro mecanismo proposto para compreensão do transtorno, tendo sido recentemente retomado à luz das neurociências.<sup>6</sup>

Semelhantes ou diversos, os dois conceitos levaram a uma situação paradoxal: Kraepelin descreveu uma entidade clínica sem definir qualquer sintoma patognomônico; Bleuler, ao contrário, preocupou-se em definir tais sintomas, porém não falava em uma entidade clínica única, mas em um “grupo das esquizofrenias”.<sup>1</sup>

A necessidade clínica de identificar sintomas característicos da esquizofrenia marcou também tais décadas, com Rümke em 1941, com seu “sentimento precoce”, (Praecoxgefühl) e, sobretudo, com Schneider em 1948 e seus “Sintomas de primeira ordem” (SPO),<sup>7</sup> sendo:<sup>8,9</sup> ouvir os próprios pensamentos soando alto (sonorização do pensamento); escutar vozes sob a forma de argumento e contra-argumento; escutar, com comentários, vozes que acompanham as próprias atividades; ter vivências de influência corporal; ter roubo do pensamento e outras formas de influência do pensamento; sentir tudo como sendo feito ou influenciado pelos outros no campo dos sentimentos, pulsões e vontade; e ter percepção delirante.

Os SPO de Schneider exerceram grande influência sobre a psiquiatria britânica, sobretudo na elaboração do diagnóstico de esquizofrenia pelo Present State Examination (PSE).<sup>1</sup> O PSE foi a base para o exame de pacientes com esquizofrenia em 9 países, o que deu origem ao Estudo Piloto Internacional da Esquizofrenia (International Pilot Study of Schizophrenia, IPSS), um trabalho transcultural patrocinado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), cujo objetivo era verificar invariantes da esquizofrenia. O IPSS concluiu que a esquizofrenia era um transtorno psiquiátrico universal, com alguns sintomas comuns in-

dependentes da cultura: falta de “insight”, alucinações auditivas e verbais, sonorização do pensamento, embotamento afetivo, idéias e delírios de referência.<sup>7</sup>

No entanto, alguns dos colaboradores desse estudo puderam constatar que os SPO tinham grande poder discriminatório, mas não poderiam ser considerados exclusivos da esquizofrenia.<sup>10</sup> Outros autores também observaram a presença de SPO em cerca de 25% dos pacientes com transtornos do humor.<sup>11</sup> No entanto, a importância dos SPO permaneceu, apesar das evidências em contrário, especialmente na psiquiatria britânica.

Os conceitos de Kraepelin, Bleuler e Schneider formam a base para a compreensão de esquizofrenia e fazem parte do cabedal conceitual dos psiquiatras,<sup>12</sup> estando presentes nos critérios diagnósticos que operacionalizam o conceito de esquizofrenia.<sup>9,13</sup>

### A expansão do conceito

A expansão do conceito de esquizofrenia deu-se predominantemente nos Estados Unidos, sobretudo devido às influências de Meyer e Sullivan, especialmente as do último, que interpretava os conceitos bleulerianos à luz da psicanálise. Outros autores dilataram o conceito de outras formas, como Kasanin com a psicose esquizoafetiva, que abolia a dicotomia kraepeliniana, ou como Hoch e Polatin, que aproximaram a esquizofrenia dos transtornos de personalidade por meio do conceito de esquizofrenia “pseudoneurótica”, levando muitos pacientes, que hoje seriam diagnosticados como bipolares ou com transtornos de personalidade, a serem diagnosticados como esquizofrênicos.

Como resultado desses fatos, a segunda edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II), classificação de transtornos mentais da Associação Psiquiátrica Americana feita em 1968, apresenta um conceito de esquizofrenia muito amplo, com uma descrição de sintomas pouco elaborada, sendo considerado psicótico todo paciente que era “incapaz de atender às demandas da vida diária”.<sup>7</sup>

Apesar de autores como Langfeld, em 1939, descreverem formas “esquizofreniformes” em oposição àquelas deteriorantes kraepelinianas, na Europa o conceito de esquizofrenia manteve-se dentro de limites mais restritos, especialmente na Inglaterra, devido à influência dos critérios Schneider e Kraepelin. O projeto US-UK (1996-1970), um estudo colaborativo entre os Estados Unidos e o Reino Unido, mostrou que os psiquiatras americanos diagnosticavam a esquizofrenia de forma muito mais ampla que os psiquiatras britânicos, incluindo no conceito casos de transtornos de personalidade e de humor.<sup>7</sup>

### A restrição do conceito

A reação veio rápida no início da década de 70, quando pesquisadores da Universidade de Washington publicaram os primeiros critérios diagnósticos estruturados,<sup>14</sup> nos quais os critérios para esquizofrenia tornaram-se restritos, com a inclusão de sintomas schneiderianos e bleulerianos, assim como de um período mínimo de doença de 6 meses (uma clara retomada do conceito evolutivo kraepeliniano). Alguns anos depois, o “Research Diagnostic Criteria” (RDC)<sup>15</sup> trazia novos critérios, enfatizando o uso dos SPO.

A publicação da 3ª edição da classificação americana (o

DSM-III), em 1980, sintetiza esse período. No critério A dessa classificação, tanto sintomas bleulerianos como schneiderianos são introduzidos. O critério B inclui a noção kraepeliniana de “deterioração a partir de um nível prévio”. No C, inclui-se, além dos 6 meses de história (noção krepelineana de evolução), a distinção com a doença maníaco-depressiva.<sup>16</sup> As edições seguintes da DSM, incluindo a edição revisada da DSM-III (DSM-III-R) (1987) e o DSM-IV (1994), mantiveram basicamente o mesmo algoritmo diagnóstico, fazendo com que o conceito de esquizofrenia do DSM se tornasse um dos mais restritos do mundo.<sup>17</sup>

Em 1974, pesquisadores que haviam participado do IPSS procuraram uma simplificação dos tipos de sintomas da esquizofrenia e, parcialmente inspirados no modelo de doença mental de Hughlings Jackson, que propõe que a mesma poderia ser melhor definida a partir de dois processos, subdividiram os sintomas da esquizofrenia em dois grandes grupos: positivos ou psicóticos (por exemplo, delírios e alucinações) e negativos ou deficitários (por exemplo, embotamento afetivo, avolição).<sup>18</sup>

A noção de sintomas positivos e negativos teve grande influência sobre o conceito de esquizofrenia, sobretudo a partir de 1980, quando Crow introduziu a idéia de dimensões positivas e negativas pelo conceito de duas “síndromes da esquizofrenia”. A dimensão ou síndrome positiva (tipo I) era representada por um quadro agudo, reversível, com boa resposta ao tratamento neuroléptico, provável aumento de receptores dopaminérgicos e

ausência de alterações cerebrais estruturais. A dimensão negativa (tipo II) associava-se a uma má resposta ao tratamento neuroléptico, cronicidade, provável redução de receptores dopaminérgicos e alterações cerebrais estruturais.<sup>19</sup> Além disso, o conceito de sintomas negativos passou a figurar oficialmente dentro dos critérios A do DSM-IV.

O conceito de esquizofrenia da 9ª Edição da Classificação Internacional das Doenças (CID-9) da OMS era descritivo e, em termos de descrição sintomatológica, contemplava tanto a presença de SPO quanto a de distúrbios do pensamento e embotamento afetivo, associados a delírios e alucinações. No entanto, não há referência quanto à duração da doença, o que não ocorre com a 10ª e atual edição dessa classificação, a CID-10, que a fixou em um mês, além de privilegiar a presença de SPO para o diagnóstico.<sup>20</sup> Devido a esses aspectos, certos autores argumentam que a combinação de uma duração tão curta e a predominância da SPO dentro de seus critérios tornaram o conceito de esquizofrenia da CID-10 novamente muito amplo.<sup>17</sup>

Diferentemente do que ocorre com o conceito de depressão, que é relativamente homogêneo ou monotético, a dificuldade do conceito de esquizofrenia reside no fato de que ele é um conceito politético, heterogêneo, que alberga outros subconceitos, às vezes conflitantes entre si.<sup>17,5</sup> Talvez por essa razão, Hoenig, que traduziu a “Psicopatologia geral” de Karl Jaspers para o inglês, tenha afirmado que o capítulo final da história do conceito de esquizofrenia ainda não foi escrito,<sup>1</sup> o que se espera poder acontecer no próximo século.

## Referências

1. Hoenig J. Schizophrenia: clinical section. In: Porter GBR, editor. A history of clinical psychiatry. London: The Athlone Press; 1995. p. 336-48.
2. Kraepelin E. Dementia praecox and paraphrenia. (From the German 8th Edition of the Textbook of Psychiatry ed.) Edinburgh: E & S Livingstone; 1919. p. 74-5.
3. Bleuler E. The prognosis of dementia praecox: the group of schizophrenias (Die prognose der dementia praecox: schizophrengruppe. Allgemeine Zeitschrift fur Psychiatrie 1908;65:436-64). In: Shepperd JCM, editor. The clinical roots of the schizophrenia concept: translations of the seminal contributions on schizophrenia. Cambridge: Cambridge University Press; 1967 p. 59-74.
4. Bleuler E. Dementia praecox or the group of schizophrenias. Monograph series on schizophrenia. Vol 1. New York: International University Press; 1950.
5. Elkis H. Contribuição para o estudo da estrutura psicopatológica multifatorial da esquizofrenia [tese de livre-docência]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1996.
6. Andreasen NC. A unitary model of schizophrenia: Bleuler's "fragmented phre" as schizencephaly. Arch Gen Psychiatry 1999;56:781-7.
7. Peters CP. Concepts of schizophrenia after Kraepelin and Bleuler. In: Howells JG, editor. The concept of schizophrenia: historical perspectives. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1991 p. 93-107.
8. Schneider K. Primary and secondary symptoms of schizophrenia (1957). In: Shepperd SHM, editor. Themes and variations on european psychiatry. Bristol: John Wright & Sons Ltd; 1974. p. 40-4.
9. Elkis H. Os conceitos de esquizofrenia e seus efeitos sobre os critérios diagnósticos modernos. J Bras Psiquiatr 1990;39:221-7.
10. Carpenter WT, Strauss JS, Bartko J. An approach to the diagnosis and understanding of schizophrenia: part I. Use of signs and symptoms for the identification of schizophrenic patients. Schizophr Bull 1974;11:37-49.
11. Pope H, Lipinski J. Diagnosis of schizophrenia and manic-depressive illness. Arch Gen Psychiatry 1978;35:811-28.
12. Santos D, Blizard R, Mann A. The development of a scale to measure concepts of schizophrenia: experience among Brazilian psychiatrists. Rev Saúde Pública 1998;32:201-8.
13. Elkis H, Friedman L, Thompson P, Maes M, Meltzer H. The concept of schizophrenia and the phenomenological models of Kraepelin, Bleuler and Schneider: A confirmatory factor analysis. Schizophr Res 1995;15:15.
14. Feighner J, Robins E, Guze S, Woodruff R, Munhoz RG. Diagnostic criteria for use in psychiatry research. Arch Gen Psychiatry 1972;26:57-63.
15. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research Diagnostic Criteria (RDC) for a Selected Group of Functional Disorders. New York: Biometrics Research; 1978.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Washington (DC): American Psychiatric Press Inc; 1980.
17. Andreasen N, Flaum M. Characteristics symptoms of schizophrenia. In: TA Widiger AF, Pincus HA, First MB, Ross R, Davis W, editors. DSM - IV Source Book. Section III: Schizophrenia and other psychotic disorders. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1994. p. 351-79.

18. Strauss JS, Carpenter WT, Bartko JJ. An approach to the diagnosis and understanding of schizophrenia – Part III. Speculations on the processes that underlie schizophrenic symptoms and signs. *Schizophr Bull* 1974;11:69.

19. Crow TJ. Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process? *Br Med J* 1980;280:66-8.

20. Organização Mundial da Saúde. Classificação dos Transtornos Mentais e do Comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

**Correspondência:** Hélio Elkis

Departamento de Psiquiatria da FMUSP - Coordenador do Projesq - Rua Ovídio Pires de Campos, s/nº, sala 4.039  
CEP 05403-010 São Paulo, SP - E-mail: [helkis@usp.br](mailto:helkis@usp.br)

---