

Tratamento do transtorno delirante persistente

Delusional disorder treatment

Leonardo Baldaçara¹, João Guilherme Fiorani Borgio²

Resumo

O transtorno delirante persistente é caracterizado pela presença de delírios, sem outros sintomas que levariam a um diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno de humor. Seu tratamento baseia-se no uso de antipsicóticos e há uma impressão clínica de que tais casos sejam pouco responsivos. Porém, estudos recentes de revisão apontam que uma boa resposta ao tratamento depende do tratamento das comorbidades e da associação de psicoterapia. Este artigo se propõe a revisar sobre as principais evidências sobre a eficácia do tratamento do transtorno delirante.

Descritores: Esquizofrenia paranóide, Transtornos psicóticos/terapia; Agentes psicóticos

Abstract

Delusional disorder is a psychiatric diagnosis denoting a psychotic mental illness that involves holding one or more non-bizarre delusions in the absence of any other significant psychopathology (signs or symptoms of mental illness). In particular, a person with delusional disorder has never met any other criteria for schizophrenia or other mental illness. Treatment for delusional disorder most often includes antipsychotic medication, but clinical believes suggest that there is highly resistance to these drugs. On the other hand, there are recent reviews that suggest good response when medication treatment is accompanied by others morbidities management and association of psychotherapy. This article reviews mainly evidences about treatment efficacy of delusional disorder.

Key words: Schizophrenia, paranoid; Psychotic disorders/therapy; Antipsychotics agents

Introdução

A paranóia é um diagnóstico antigo que foi primeiramente descrito no século 19 por Kahlbaum* e depois refinado por Kraepelin** (citados por American Psychiatric Association, 1994; Munro, Mok, 1995). Apesar de ser considerado um diagnóstico diferente, muitos casos de doença paranóide foram diagnosticados como uma forma de esquizofrenia, e o termo paranóia deixou de ser usado. Em 1987, a revisão da Terceira Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III-R) reintroduziu o conceito de paranóia, similar ao proposto por Kraepelin, porém o denominou transtorno delirante (Manschreck, Khan, 2006). Essa condição foi renomeada porque o termo paranóia foi considerado vago em seu significado e com frequência aplicado de forma inapropriada (Manschreck, Khan, 2006).

O transtorno delirante persistente, por sua vez, inclui uma variedade de transtornos nos quais delírios (falsas crenças) de longa duração constituem a única característica clínica mais proeminente, e não podem ser classificados como transtornos orgânicos, esquizofrenia ou transtorno de humor (Manschreck, 1999). Eles são provavelmente heterogêneos, e têm relações incertas com a esquizofrenia. A importância relativa de fatores genéticos, características de personalidade e circunstâncias de vida na sua gênese é incerta, e provavelmente, variável (Manschreck, 1999).

1. Professor Assistente da Universidade Federal do Tocantins. Membro do Laboratório de Neurociências Clínicas (LINC) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

2. Membro do Laboratório de Neurociências Clínicas (LINC) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Trabalho realizado: Laboratório de Neurociências Clínicas (LINC) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Endereço para correspondência: Leonardo Baldaçara. CEMEDI - Quadra 601 Sul, Avenida NS 01, Conj. 02, Bloco 04 - Plano Diretor Sul - 77016-332 - Palmas, TO - Brasil

*Kahlbaum, 1986 APUD American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV-TR 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Press. 1994.

*APUD Munro A, Mok H. An overview of treatment in paranoia/delusional disorder. [Review] Can J Psychiatry. 1995; 40(10):616-22.

**Kraepelin APUD American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV-TR 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Press. 1994.

**APUD Munro A, Mok H. An overview of treatment in paranoia/delusional disorder. [Review] Can J Psychiatry. 1995; 40(10):616-22.

Diagnóstico

O transtorno delirante caracteriza-se basicamente por delírios, bem sistematizados e com o afeto congruente à situação relatada pelo indivíduo. Os pacientes dessa categoria tornam-se hipervigilantes, podendo levar ao isolamento social, mas mantêm um nível de funcionamento adequado. A personalidade permanece intacta ou sofre comprometimento mínimo (Ravindran et al, 1999). Acomete com maior frequência mulheres, geralmente após dos 40 anos (Ravindran et al, 1999). Os critérios utilizados hoje são listados na Tabela 1.

A classificação dos transtornos delirantes na idade avançada tem sido objeto de intensa controvérsia. Na 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Tabela 1) algumas pessoas com parafrenia tardia podem ser diagnosticadas com esquizofrenia e outras como transtorno delirante, transtornos esquizoafetivo ou outros tipos de psicose (Howard et al 1994; Levy e Almeida, 1994; Almeida et al, 1995a).

Pacientes com parafrenia tardia podem representar até 10% da população idosa em hospitais psiquiátricos (Almeida, 1999). A prevalência relatada para o transtorno entre idosos vivendo na comunidade varia de 0,1 a 4% e sua incidência é estimada em 10-26 por 100.000 habitantes por ano (Almeida, 1999). Ao redor de 1,5% dos pacientes com esquizofrenia têm o início da doença após os 60 anos. Por outro lado, de 16 a 23% dos pacientes com outros estados delirantes e psicoses reativas iniciam-se após essa idade (Howard et al, 1994; Almeida et al, 1995a).

O transtorno delirante pode apresentar ou não uma história pré-mórbida de traços esquizóides ou esquizotípicos e isolamento social (seja espontâneo ou por possuir poucos laços familiares), acomete geralmente mulheres em uma proporção de 20:1 e apresenta-se de diversas formas, porém os delírios são os

sintomas dominantes (Almeida et al, 1995a; 1995b). Os fatores de risco associados são sexo feminino, deficiência auditiva, deficiência visual, isolamento social, doenças cerebrais, ser solteiro e história familiar (principalmente de transtornos esquizofreniformes e transtorno delirante) (Almeida et al 1995a).

Os delírios são os sintomas predominantes. Os delírios são do tipo persecutório em 90% dos casos (Almeida et al, 1995a), podendo no restante ser de referência, de controle, grandiosidade, hipocondríaco, religioso, entre outros (Almeida et al 1995a). As alucinações são incomuns, mas podem ocorrer, sendo as mais comuns de origem auditiva e visual (Almeida et al, 1995a), porém sua presença necessita de diagnóstico diferencial de outros transtornos, tais como esquizofrenia e depressão com sintomas psicóticos. Almeida et al (1995b) cita ainda que o transtorno delirante pode apresentar-se com irritabilidade, isolamento social, perda de interesse e concentração, auto-negligência e idéias obsessivas (Almeida et al 1995a).

Epidemiologia

Atualmente o transtorno delirante não é considerado raro, mas estudos sistemáticos sobre a sua etiologia, aperfeiçoamento do diagnóstico e principalmente estudos envolvendo o desenvolvimento de tratamentos efetivos são raros e inconclusivos (Manschreck e Khan, 2006). Na verdade, a maioria dos dados referentes à abordagem do transtorno delirante persistente provém, em sua maioria, de relatos de casos (Almeida et al, 1995a).

As mulheres são mais acometidas do que os homens em uma proporção de 4:3 (57% comparado com 43%) (Lepping, et al, 2007). Entretanto, esses dados sofrem variação. Apesar da idade média dos pacientes com transtorno delirante serem similares (48,8 homens para homens e 44,9 anos para as mulheres), as

Tabela 1

Critérios diagnósticos do transtorno delirante persistente, pela CID-10

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (Organização Mundial da Saúde, 1993) e DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)

CID-10	DSM-IV
<ul style="list-style-type: none"> - Idéia delirante única ou conjunto de idéias delirantes aparentadas, em geral persistentes e que por vezes permanecem durante o resto da vida. Seu conteúdo é muito variável. - A presença de alucinações auditivas persistentes, sintomas esquizofrênicos de primeira ordem, embotamento afetivo e evidência de uma afecção cerebral excluem o diagnóstico. - A presença de alucinações auditivas ocorrendo de modo irregular ou transitório, particularmente em pessoas de idade avançada, não elimina o diagnóstico. 	<ul style="list-style-type: none"> A. Delírios não-bizarros com duração mínima de 1 mês. B. O critério A de Esquizofrenia jamais satisfeito. C. Exceto pelo impacto do(s) delírio(s) ou de seus desdobramentos, o funcionamento não está acentuadamente prejudicado e o comportamento não é visivelmente esquisito ou bizarro. D. Se episódios de humor ocorreram durante os delírios, sua duração total deve ser breve em relação à duração dos períodos delirantes. E. A perturbação não se deve aos efeitos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral.

mulheres costumam ser mais velhas quando no momento da identificação (Taylor, 2006). A idade de acometimento varia de 29 a 78 anos entre mulheres e 17 a 72 anos para homens (Nakahara et al, 2003). Os delírios somático e persecutório têm sido os subtipos de delírio mais frequentes e os mais detalhadamente descritos na literatura, incluindo dados do curso, tratamento e seguimento (Almeida et al, 1995a; Manschreck, Khan, 2006; Taylor, 2006). Um número significativo de pacientes também apresenta mais de um tipo de delírio. Outros tipos de delírio encontrados são o erotomaníaco, de ciúmes, grandioso e misto (Noel-Jorand et al, 2004) (Tabela 1).

Comorbidades

Os casos de transtorno delirante apresentam-se de forma diferente quando associados à comorbidades clínicas e psiquiátricas (Manschreck e Khan, 2006). Entre os casos relatados por Munro e Mok, as comorbidades mais prevalentes também eram fatores de risco para o desenvolvimento de transtorno delirante (Munro, Mok, 1995). Por exemplo, traumatismo crânio-encefálico ou abuso de substâncias eram comuns (Munro, Mok, 1995). Nos casos relatados nas últimas décadas também tem sido bem descrita a associação com o transtorno depressivo ou também a presença de sintomas depressivos não configurando transtorno do humor maior (Manschreck e Khan, 2006).

Método

Foi realizada uma revisão não sistemática no Medline de artigos publicados em língua inglesa entre 1994 e 2008, utilizando os seguintes termos: "delusional disorder", "treatment" e "antipsychotics". Posteriormente a busca foi corrigida manualmente.

Resultados

Antipsicóticos

A impressão da maioria dos clínicos tem sido a de que as medicações antipsicóticas têm um valor secundário e que essa condição é resistente ao tratamento (Manschreck e Khan, 2006). Munro e Mok (1995) publicaram sua experiência no tratamento do transtorno delirante com antipsicóticos dos anos 60 até 1994 (Munro, Mok, 1995). Eles analisaram 1000 artigos sobre o transtorno delirante desde 1961, com a maioria publicada entre 1980 e 1994. Notaram que os relatos de casos eram incompletos e selecionaram apenas os casos onde a apresentação descrita seguia os critérios do DSM-IV (Munro, Mok, 1995). De 257 casos seleciona-

dos, apenas 209 foram suficientemente detalhados para relatar de forma significativa o tratamento. Os autores concluíram que, mesmo refinando os dados, as conclusões foram díspares e confusas e apenas conclusões vagas puderam ser feitas. Contudo, eles afirmaram que o transtorno delirante era uma doença com um bom prognóstico, quando adequadamente tratado. Eles também observaram que a resposta ao tratamento era positiva, independente do subtipo do transtorno delirante. De maneira interessante, eles sugeriram que a pimozida mostrou-se com forte evidência de resultados positivos nos relatos clínicos (Munro, Mok, 1995).

A introdução dos antipsicóticos de segunda geração (atípicos) tem mudado de forma significativa o tratamento do transtorno delirante. Munro e Mok focaram muita atenção nas diferenças de eficácia entre a pimozida e outros antipsicóticos típicos, mas as tendências da terapêutica mudaram (Munro, Mok, 1995; Manschreck, Khan, 2006).

Primeiro, os regimes de politerapia têm surgido no tratamento do transtorno delirante. Muitos dos pacientes também relatam sintomas depressivos e a maioria agora são tratados com antipsicóticos e antidepressivos (Munro, Mok, 1995; Ravindran, et al, 1999; Manschreck, Khan, 2006). Segundo, os pacientes comumente recebem mais de um antipsicótico durante o curso de sua doença (Manschreck, Khan, 2006). Isso é importante porque, apesar dos sintomas poderem se resolver, o exato motivo do sucesso não está claro (Manschreck, Khan, 2006). Terceiro, os regimes de tratamento com frequência utilizam a terapia cognitivo comportamental ou mesmo a eletroconvulsoterapia concomitante aos antipsicóticos (Manschreck, Khan, 2006). Muitos relatos enfatizam o tratamento medicamentoso, primeiramente com agentes antipsicóticos (Manschreck, Khan, 2006; Lepping et al, 2007). O tratamento atual engloba várias medidas, incluindo as medicações, apesar de as evidências serem fracas a favor dessa conduta (Manschreck, Khan, 2006; Taylor, 2006; Lepping et al, 2007; Rathbone e Mcmonagle, 2007). Cerca de 45% dos pacientes com transtorno delirante recebem pimozida nos relatos da literatura (Manschreck, Khan, 2006; Taylor, 2006; Lepping et al, 2007; Rathbone e Mcmonagle, 2007). Aproximadamente 77,9% dos pacientes parecem recuperar-se ou melhorar com o uso de pimozida (Manschreck, Khan, 2006; Taylor, 2006; Lepping et al, 2007; Rathbone e Mcmonagle, 2007). Por outro lado, os pacientes que receberam outros antipsicóticos parecem recuperar-se ou melhorar em 93,9% dos casos (Manschreck, Khan, 2006; Taylor, 2006; Lepping et al, 2007; Rathbone e Mcmonagle, 2007). Entretanto, parece não existir tratamento que produza um prognóstico mais favorável que outro (Manschreck, Khan, 2006).

Alguns artigos relataram o uso da clozapina no tratamento do transtorno delirante, com resultados variados (Lake et al, 1997; Citrome et al, 2001; Alexopoulos et al, 2004; Manschreck, Khan, 2006). As amostras foram pequenas. A clozapina foi reservada para o uso em casos de efeitos colaterais exacerbados e refratariedade, sendo sua principal indicação a falha no uso de outras drogas (Manschreck, Khan, 2006; Taylor, 2006; Lepping et al, 2007; Rathbone e Mcmonagle, 2007). A clozapina mostrou poucos efeitos sobre os delírios, apesar da melhora dos outros sintomas. Mesmo assim os artigos sugerem melhora da qualidade de vida com seu uso (Lake et al, 1997; Citrome et al, 2001; Alexopoulos et al, 2004; Manschreck, Khan, 2006).

O uso de antipsicóticos para o tratamento do transtorno delirante é bem aceito, apesar de grandes estudos controlados não terem sido realizados para esse transtorno. O risco de efeitos colaterais (principalmente extrapiramidais) é atenuado pelo uso de medicações por via oral (Manschreck, Khan, 2006; Taylor, 2006; Lepping et al, 2007; Rathbone e Mcmonagle, 2007). Outros autores sugerem o uso de medicação de depósito intramuscular, o que pode melhorar a aderência e reduzir a dose necessária de antipsicótico (Manschreck, Khan, 2006; Taylor, 2006; Lepping et al, 2007; Rathbone e Mcmonagle, 2007). Post (1966) observou pacientes em uso de trifluoperazina (10-30mg por dia) ou tioridazina (40-500mg por dia). Nove por cento não apresentou resposta, 31% resposta parcial e 60% resposta total. Pearlson et al (1989) encontrou falha em 24% dos paciente tratados com antipsicóticos. Howard e Levy (1992) relataram que após três meses de tratamento, 42% dos pacientes não apresentaram resposta, 31% parcialmente e 27% remissão dos sintomas. Muitos fatores podem relacionar-se a ausência de resposta, sendo os principais os efeitos colaterais e a concomitância de fatores orgânicos.

Para Sajatovic et al (2000) os antipsicóticos atípicos são todos de igual eficácia e sua escolha deve basear-se nos efeitos adversos, sintomas alvo e comorbidades. Deve-se evitar principalmente os de maior efeito anticolinérgico. Já os atípicos são igualmente eficazes em reduzir sintomas positivos, porém são mais vantajosos frente aos sintomas negativos (Sajatovic et al, 2000). Seus efeitos colaterais também devem ser considerados, inclusive metabólicos e cardiovasculares, além de que novos estudos são necessários para comprovar sua real eficácia (Sajatovic et al, 2000).

Outras medicações

Tratamento com antidepressivo ou estabilizador de humor pode ser indicado em pacientes que não respondam a drogas antipsicóticas e quando o paciente

apresentar aspectos de um transtorno de humor ou história familiar de transtorno de humor (Manschreck, Khan, 2006; Taylor, 2006; Lepping et al, 2007; Rathbone e Mcmonagle, 2007). Contudo, não há dados de ensaios clínicos que comprovem a eficácia dessas medicações no transtorno delirante persistente.

Psicoterapia

É essencial o estabelecimento de um bom *rapport* entre paciente e terapeuta, uma vez que a crença de que não há nada de errado e a elevada desconfiança pode levar a um fracasso no tratamento psicoterápico (Manschreck, Khan, 2006; Taylor, 2006; Lepping et al, 2007; Rathbone e Mcmonagle, 2007). Terapias individuais são mais efetivas do que em grupo, principalmente as modalidades cognitivo-comportamental, de apoio e orientadas para o *insight*. O foco inicial de abordagem pode consistir na ansiedade e irritação que os delírios causam, sem deixar claro que o objetivo do tratamento são os delírios. Por outro lado, o terapeuta não deve apoiar a noção de que essas idéias representam a realidade (Manschreck, Khan, 2006; Taylor, 2006; Lepping et al, 2007; Rathbone e Mcmonagle, 2007).

Aderência

Poucos artigos abordam a aderência. Cerca de 5,4% dos pacientes podem não tomar as medicações prescritas (Manschreck, Khan, 2006). Esse achado subestima a opinião clínica sobre a aderência. Alguns artigos inclusive sugerem que a não aderência é um problema infrequente (Munro, 1988; 1995; Manschreck, Khan, 2006; Taylor, 2006; Bommer e Brune, 2007). Entretanto, tais afirmações provêm de estudos realizados em países desenvolvidos e referem-se em sua maioria a relatos de casos, não se referindo talvez a maior parte dos pacientes, uma vez que os pacientes que não aderem podem não estar sendo identificados (Rathbone e McMonagle, 2007).

Prognóstico

Manschreck e Khan (2006) classificam os desfechos em três categorias - recuperado, melhorado e não melhorado - os quais são determinados pela sintomatologia no seguimento (Manschreck, Khan, 2006). Assim, um paciente que deixa de apresentar seus sintomas no momento do seguimento é identificado como recuperado. Por outro lado, aquele cujos sintomas não mudaram é considerado como não melhorado. Uma ressalva aqui é a de que a descrição de recuperação em muitos casos depende mais do julgamento clínico do que medidas objetivas (Manschreck, Khan, 2006). Entretanto, onde os números atuais são

apresentados, a recuperação é definida como a redução clinicamente significativa na pontuação das ferramentas de medida utilizadas (Manschreck, Khan, 2006). Para Manschreck e Khan (2006), a recuperação, melhora e não melhora são encontradas na proporção de 49,3%, 40,3% e 10,4% respectivamente.

Infelizmente, há poucas informações sobre o tratamento dos subtipos de delírios. No estudo de Manschreck é relatado o uso da pimozida em 73,4% dos pacientes com delírio somático (Manschreck, Khan, 2006). Parece não haver diferenças entre os antipsicóticos com relação ao tema do delírio, sendo que a maioria dos pacientes apresenta melhoras dos sintomas, com persistência do tema do delírio.

Post (1966) sugeriu como fatores para um bom prognóstico: resposta imediata ao tratamento, noção de doença, ser mais jovem e ser casado. O suporte psicológico, social e ocupacional é também importante para um bom prognóstico (Post, 1966). Pacientes não tratados podem apresentar curso crônico e após os sintomas terem sido totalmente desenvolvidos, dificilmente sofrerão modificações até o final da vida (Manschreck, Khan, 2006).

Discussão

Apesar das limitações, a última década demonstra otimismo na literatura com relação ao tratamento do transtorno delirante e de sua efetividade. De 131 casos relatados, uma resposta positiva é notada em cerca de 50% dos casos (Almeida, 19995a; Manschreck, Khan, 2006). Essa observação contrasta com o pessimismo corrente sobre o tratamento do transtorno delirante. Entretanto, algumas informações não são esclarecidas. Primeiro, a publicação literária raramente fornece uma discussão para os resultados negativos e os clínicos podem ser relutantes em preparar relatos de prognósticos negativos. Uma vez que os relatos de caso são fontes de dados mais comuns que estudos controlados, eles constituem a maior fonte de evidência para esse transtorno. Desse modo, a taxa atual de sucesso no tratamento pode ser baixa. Segundo, a falta de estudos duplo-cegos, randomizados e controlados aumenta o interesse sobre a força da evidência para a resposta positiva. Terceiro, o frequente uso de tratamentos combinados sugere que a monoterapia com antipsicóticos pode ser insuficiente em muitos casos (Manschreck, Khan, 2006). Quarto, a introdução dos antipsicóticos de segunda geração pode ter contribuído para a reduzida confiança na pimozida ou pode refletir a preocupação sobre o potencial da pimozida causar prolongamento do intervalo QTc (Munro, 1988; 1995; Manschreck, Khan, 2006; Bommer e Brune, 2007).

Talvez a maior confiança no prognóstico com os

antipsicóticos atípicos, combinado à redução dos efeitos colaterais, tem resultado na redução da confiança no tratamento da pimozida. Afirmarções sobre a efetividade do tratamento podem ser fracas devido a fatores como a não aderência não serem adequadamente considerados. Munro (1995) comentou que a aderência aos regimes medicamentosos é o fator central do sucesso terapêutico. Uma explicação razoável para a diferença nos regimes de tratamento quanto aos delírios refere-se à aderência, mas infelizmente não há dados para confirmar esse dado. Entretanto, reconhecer a não aderência ao tratamento entre pacientes com transtorno delirante como um fator muito comum está claro para a compreensão desse fenômeno. Os clínicos negligenciam os problemas da aderência e reforçam a percepção de que o transtorno delirante é difícil de ser tratado, talvez até resistente.

A introdução dos antipsicóticos de segunda geração ainda tem relatos esporádicos positivos sobre sua eficácia no tratamento (Munro, 1988; 1995; Manschreck, Khan, 2006; Taylor, 2006; Bommer e Brune, 2007). A experiência ainda é limitada, mas já confronta os antipsicóticos convencionais. A pimozida ainda continua a produzir as maiores taxas de melhora, especialmente em pacientes com delírio somático (Munro, 1988; 1995; Manschreck, Khan, 2006; Taylor, 2006; Bommer e Brune, 2007). A maioria dos estudos não enfatiza a necessidade de se focar em mais pesquisas. As amostras têm sido pequenas e estudos controlados são inexistentes.

Referências Bibliográficas

- Alexopoulos GS, Streim J, Carpenter D, Docherty JP, Expert Consensus Panel for Using antipsychotic drugs in older patients. [Review] *J Clin Psychiatry*. 2004; 65 (Suppl 2):5-99; discussion 100-102; quiz 103-4.
- Almeida OP. Sintomas psiquiátricos entre pacientes com demência atendidos em um serviço ambulatorial. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999; 57(4):937-43.
- Almeida OP, Howard RJ, Levy R, David AS. Psychotic states arising in late life (late paraphrenia) psychopathology and nosology. *Br J Psychiatry*. 1995a; 166(2):205-14.
- Almeida OP, Howard RJ, Levy R, David AS. Psychotic states arising in late life (late paraphrenia). The role of risk factors. [Review] *Br J Psychiatry*. 1995b;166(2):215-28.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. revised (DSM-III-R). Washington (DC): American Psychiatric Press; 1987.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV-TR 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1994.
- Bommer I, Brune M. Neuropsychologische aspekte wahnhafter störungen. Charakteristischer attribuierungsstil oder kognitives defizit? *Nervenarzt*. 2007; 78 (7):796-801.
- Citrome L, Volavka J, Czobor P, Sheitman B, Lindenmayer JP, McEvoy J, et al. Effects of clozapine, olanzapine, risperidone, and haloperidol on hostility among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2001; 52(11):1510-4.

- Howard R, Levy R. Which factors affect treatment response in late paraphrenia? *Int J Geriatr Psychiatry*. 1992; 7(9):667-72.
- Howard R, Almeida O, Levy R. Phenomenology, demography and diagnosis in late paraphrenia. *Psychol Med*. 1994; 24 (2):397-410.
- Lake JT, Rahman AH, Grossberg GT. Diagnosis and treatment of psychotic symptoms in elderly patients. [Review] *Drugs Aging*. 1997; 11(3):170-7.
- Lepping P, Russell I, Freudenmann RW. Antipsychotic treatment of primary delusional parasitosis: Systematic review. [Review] *Br J Psychiatry*. 2007; 191:198-205.
- Levy R, Almeida OP. Late-onset schizophrenia versus late paraphernalia. *Br J Psychiatry*. 1994; 164(1):127-8.
- Manschreck TC. Transtorno delirante e transtorno psicótico compartilhado. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editores. *Tratado de psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed; 1999. v. 1; p.1105-23.
- Manschreck TC, Khan NL. Recent advances in the treatment of delusional disorder. *Can J Psychiatry*. 2006; 51(2):114-9.
- Munro A. Delusional disorder in mother and daughter: case report. *Can J Psychiatry*. 1988; 33(6):573.
- Munro A. The classification of delusional disorders. [Review] *Psychiatr Clin North Am*. 1995; 18(2):199-212.
- Munro A, Mok H. An overview of treatment in paranoia/delusional disorder. [Review] *Can J Psychiatry*. 1995; 40(10):616-22.
- Nakahara, HT Araki, Kasai K, Iwanami A. [Delusional disorder]. [Abstract - Medline] *Ryoikibetsu Shokogun Shirizu*. 2003; (38): 94-7.
- Noël-Jorand MC, Reinert M, Giudicelli S, Dassa D. Increased sense of identity in delusional disorders. *Psychol Rep*. 2004; 94 (3 Pt 1):926-30.
- Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos Mentais e de comportamento da CID-10*. trad. Dorgival Caetano. Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.
- Post F. *Persistent persecutory states of the elderly*. Oxford: Pergamon; 1966.
- Rathbone J, McMonagle T. Pimozide for schizophrenia or related psychoses. [Review] *Cochrane Database Syst Rev*. (3):CD001949.
- Ravindran AV, Yatham LN, Munro A. Paraphrenia redefined. *Can J Psychiatry*. 1999; 44(2):133-7.
- Sajatovic M, Bingham CR, Garver D, Ramirez LF, Ripper G, Blow F, et al. An assessment of clinical practice of clozapine therapy for veterans. *Psychiatr Serv*. 2000; 51(5):669-71.
- Taylor PJ. Delusional disorder and delusions: is there a risk of violence in social interactions about the core symptom? [Review] *Behav Sci Law*. 2006; 24(3):313-31.
-

Trabalho recebido: 27/04/2008

Trabalho aprovado: 04/02/2009