

## Correlações clínicas entre as epilepsias e transtornos psiquiátricos: considerações da literatura

*Clinical correlations between epilepsy and psychiatric disorders: considerations from the literature*

João Ricardo Terra<sup>1</sup>, Nelson Iguimar Valerio<sup>2</sup>, Guilherme Nogueira M. de Oliveira<sup>3</sup>

---

### ABSTRACT

**Objective:** Make some notes in the light of current knowledge about psychiatric disorders in the interface between epilepsy, from the medical literature. **Method:** Review and confrontation of works related to the theme of non-systematic way, with emphasis on recent journal articles and book chapters. **Results:** The epilepsies are prevalent chronic neurological conditions, with significant psychiatric comorbidity. This connection can be characterized by unfavorable repercussions on emotional, social and professional levels. The prevalence rates of psychiatric disorders in patients with epilepsy vary considerably between studies, often conducted in hospital populations, whose results are difficult to extrapolate to other clinical settings. Mood disorders, anxiety disorders, psychotic disorders and other behavioral interictal dysfunctions represent a common occurrence in this population, although they are often undiagnosed. **Conclusions:** The mere acceptance of these entities as 'disorders secondary to an organic cause' seems not to favor one more goal in deepening their understanding and, as in the past, correlations between psychiatric disorders and epilepsy remain in need of further clarification. Additional studies are needed on a non-hospital population basis, attending to the influences of personal development and variables related to epilepsy, in the set of psychopathology of these manifestations.

**Keywords:** epilepsy, seizures, psychopathology, psychiatric disorder, interictal personality

### RESUMO

**Objetivo:** Esboçar algumas considerações à luz dos conhecimentos atuais sobre transtornos psiquiátricos em interface com as epilepsias, a partir da literatura médica. **Método:** Revisão e confrontação de trabalhos pertinentes ao tema, de maneira não sistemática, com ênfase em artigos recentes de periódicos e capítulos de livros. **Resultados:** As epilepsias constituem condições neurológicas crônicas, relativamente prevalentes, que cursam com significativa comorbidade psiquiátrica. Essa conexão pode ser marcada por repercussões desfavoráveis em níveis afetivos, profissionais e sociais. As taxas de prevalência dos transtornos psiquiátricos em pacientes com epilepsia variam consideravelmente entre os estudos, muitas vezes realizados em populações hospitalares, com difícil extrapolação de resultados para outros contextos. Transtornos do humor, de ansiedade, transtornos psicóticos e outras disfunções comportamentais observadas no período interictal figuram entre ocorrências comuns nessa população, ainda que sejam frequentemente subdiagnosticados. **Conclusões:** A mera aceitação dessas entidades como 'transtornos secundários a uma causa orgânica' parece não favorecer um aprofundamento mais objetivo em sua compreensão e, como no passado, correlações entre transtornos psiquiátricos e epilepsias permanecem carentes de maiores esclarecimentos. Estudos adicionais são necessários em bases populacionais não hospitalares, atentando-se para as influências do desenvolvimento pessoal e de variáveis ligadas à epilepsia, no conjunto psicopatológico dessas manifestações.

**Palavras-chaves:** Epilepsia, crises epiléticas, psicopatologia, transtorno psiquiátrico, personalidade interictal

---

1 Médico Psiquiatra. Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - Famerp; Preceptor do Programa de Residência Médica em Psiquiatria da Fundação Faculdade Regional de Medicina e Hospital de Base de São José do Rio Preto, SP.

2 Mestre em Psicologia Clínica e Doutor em Psicologia como Ciência e Profissão pela PUC-Campinas; Psicólogo/Docente/Pesquisador do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - Famerp.

3 Médico Psiquiatra. Doutor em Neurociências pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Colaborador do Grupo de Epilepsia do Serviço de Neurologia do Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte. NATE - Núcleo Avançado de Tratamento das Epilepsias do Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, Brasil. Professor de Saúde Mental do Centro Universitário de Belo Horizonte - Uni-BH.

## INTRODUÇÃO

As epilepsias constituem um grupo de condições neurológicas crônicas caracterizadas por crises recorrentes ou potencialmente recorrentes<sup>1,2</sup>, com consequências neurobiológicas, psicológicas e sociais<sup>3,4</sup>. Uma crise epiléptica é definida, por diferentes autores, como a ocorrência de sinais e/ou sintomas transitórios desencadeados por atividade cerebral anormal ou excessivamente síncrona<sup>1,5,4</sup>, e o diagnóstico de um distúrbio epiléptico implica disfunção neurológica subjacente, responsável pela geração dessas crises, mesmo quando elas não estejam ocorrendo<sup>1</sup>.

Estudos conduzidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) concluíram que as epilepsias são responsáveis por cerca de 1% dos gastos totais com tratamentos médicos e, entre os transtornos primários do cérebro, representam a quarta causa mais importante de perdas econômicas e pessoais, precedidas apenas pelos transtornos do humor, síndromes demenciais e abuso de álcool. As crises epilépticas representam os sinais e os sintomas positivos mais comuns de distúrbios cerebrais. Um indivíduo com uma expectativa de vida de 70 anos, por exemplo, tem 10% de chance de experimentar ao menos uma crise nesse intervalo. Nos países industrializados, cerca de um terço dos indivíduos que venham a ter uma primeira crise voltarão a ter um ou mais eventos ictais adicionais, formalizando o diagnóstico de epilepsia<sup>1</sup>.

As epilepsias incidem anualmente em cerca de 40 a 70 pessoas para cada grupo de 100 mil habitantes, e essa taxa praticamente dobra nos países em desenvolvimento. Por ano, ocorrem cerca de 70 novas crises epilépticas em cada grupo de 100 mil pessoas, com predomínio no sexo masculino. A incidência de epilepsias por idade apresenta dois picos de distribuição, sendo o primeiro na infância, da ordem de mais de 100 novos casos por 100 mil no primeiro ano de vida, e o segundo, em idades mais avançadas, de cerca de 150 novos casos por 100 mil entre indivíduos com mais de 80 anos, por conta, provavelmente, da maior ocorrência de doenças potencialmente lesivas ao cérebro nessa faixa etária<sup>4</sup>.

Considerando-se apenas os casos de doença ativa – ou seja, caracterizados por crises epilépticas nos últimos cinco anos e/ou por necessidade de manter tratamento anticonvulsivante contínuo<sup>1,4</sup> –, as epilepsias afetam de cinco a oito<sup>4</sup> ou de cinco a dez<sup>1</sup> pessoas em cada grupo de 1.000 habitantes. Dada a expressiva diferença entre as taxas de incidência e de prevalência das epilepsias ativas, depreende-se que, na maioria das vezes, ou os pacientes deixam de ter crises, ou falecem antes de satisfazer os critérios clínicos para o diagnóstico de epilepsia, associado, de fato, a elevadas taxas de mortalidade, sobretudo nos indivíduos com lesões cerebrais<sup>4</sup>.

No entender de Engel et al. (2005)<sup>1</sup>, um foco epileptogênico é definido como uma área cerebral que gera as descargas interictais epileptiformes mais proeminentes ao EEG, e as condições epilépticas tanto podem ser devidas a um foco único, a focos bilaterais independentes ou a múltiplos focos, como também pode haver anormalidades epileptiformes unilaterais ou generalizadas, sem caráter focal. A área do cérebro que pode gerar crises recorrentes em pacientes com epilepsia focal é mais corretamente designada como região epileptogênica, um conceito teórico cujos exatos limites só podem ser inferidos a partir de uma variedade de informações diagnósticas, as quais incluem comportamento ictal, EEG (interictal e ictal) e exames de neuroimagem. Sabe-se atualmente que também disfunções em estruturas subcorticais podem originar crises epilépticas<sup>1</sup>.

A forma mais comum de epilepsia observada em adolescentes e adultos, ao menos no mundo industrializado, é a epilepsia do lobo temporal mesial (ELTM). Essa condição é muitas vezes subdiagnosticada e está geralmente associada a esclerose

hipocampal, que parece servir como substrato epileptogênico<sup>1</sup> em quase metade dos casos<sup>4</sup>. Esses pacientes costumam ter antecedentes pessoais de crises febris prolongadas, com posterior manifestação de crises não precipitadas por febre após vários anos de latência, algumas vezes caminhando de crises parciais simples a crises secundariamente generalizadas<sup>4</sup>. Engel et al. (2005) defendem que uma predisposição genética individual e danos cerebrais precoces se combinem para gerar o padrão característico de perda de células e de gliose hipocampal<sup>1</sup> observado na ELTM.

Os mesmos autores (2005)<sup>1</sup> propõem ainda que é útil ter em mente três fatores gerais relacionados à expressão clínica das epilepsias. O primeiro deles é a susceptibilidade individual do cérebro em resposta a alterações epileptogênicas, determinada em grande parte por fatores genéticos. O segundo fator envolvido diz respeito às características específicas das anormalidades epileptogênicas<sup>7</sup>, sejam adquiridas, sejam genéticas. Finalmente, o terceiro fator consiste de eventos que possam precipitar as crises, como a febre nas convulsões febris em crianças ou a abstinência alcoólica nos pacientes dependentes de álcool<sup>1</sup>.

A atual Classificação Internacional das Epilepsias e Síndromes Epilépticas está apoiada sobre dois eixos principais: o primeiro aborda a distinção entre as síndromes parciais e as generalizadas, e o segundo confronta as categorias idiopático, criptogênico e sintomático. Já a classificação das crises epilépticas prevê que estas poderão ser agrupadas em três categorias distintas: crises generalizadas; parciais (ou focais); e crises não classificadas, uma categoria reservada para os casos em que existe dificuldade de classificação na ausência de dados eletroencefalográficos ou de neuroimagem, como verificados em eventos epilépticos noturnos ou em crises neonatais. Quase todo tipo de crise pode ocorrer de forma contínua e vir a caracterizar um estado de mal epiléptico, dificultando a identificação das características semiológicas<sup>4</sup> em questão. A expressão evento ictal refere-se ao ataque epiléptico propriamente dito, enquanto pós-ictal refere-se à disfunção observada tão logo termine o evento ictal; interictal diz respeito ao período entre duas crises, uma vez cessadas as alterações pós-ictais e ictais<sup>1,3</sup>.

Nas crises generalizadas, as descargas paroxísticas envolvem ambos os hemisférios cerebrais, simultânea e difusamente, com manifestações clínicas geralmente bilaterais e simétricas. Os achados eletroencefalográficos consistem de pontas, polipontas, pontas-ondas, ou polipontas e ondas tipicamente bilaterais, síncronas e simétricas nos dois hemisférios. As crises generalizadas podem assumir a forma de crises tônico-clônicas, clônicas, tônicas, crises de ausência, crises mioclônicas e crises atônicas. As crises parciais se manifestam de maneira estereotipada, de acordo com a área epileptogênica e com o padrão de disseminação da atividade epiléptica; nas parciais simples, o paciente mantém-se consciente durante a crise, ao passo que nas parciais complexas ocorrem alterações de nível de consciência<sup>4</sup>.

Araújo et al. (2008)<sup>8</sup>, fundamentando-se em outros autores da área, salientam que não existe consenso quanto à exata maneira de as epilepsias atuarem na gênese de transtornos psiquiátricos. A ocorrência de quadros psiquiátricos nesse contexto constitui uma matéria controversa, mesmo quando estudos revelam conexões entre ambos os fenômenos. Alterações significativas de comportamento podem ocorrer em pacientes com epilepsia do lobo temporal (ELT), por exemplo, mesmo na ausência de transtornos psiquiátricos formais<sup>9</sup>.

Nesse sentido, a ELT está historicamente vinculada a importante comorbidade psiquiátrica<sup>3,10</sup>, com várias etiologias descritas, tais como neuroinfecções, traumatismos crânio-encefálicos, síndromes epilépticas familiares, atrofia e esclerose de estruturas mesiais temporais. Segundo alguns autores, a

ocorrência frequente de crises epiléticas temporais relaciona-se a alterações de comportamento mais precoces<sup>1</sup>. Para outros, entretanto, a ELT não deve ser tomada como fator de risco isolado para o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos em pacientes com epilepsias parciais<sup>12</sup>.

Entre epileptologistas e neuropsiquiatras existe uma certa convicção de que os transtornos psiquiátricos não apenas são comuns em pacientes com epilepsia, como também assumem um ‘colorido psicopatológico’ peculiar<sup>13</sup> nesse grupo. Nos últimos quarenta anos, formas discretas de psicopatologia na epilepsia, tais como a ‘personalidade do lobo temporal’<sup>14</sup>, a ‘síndrome da personalidade interictal’<sup>11</sup>, as psicoses pós-ictal e interictal, e o transtorno disfórico interictal<sup>15</sup> vêm despertando a retomada do interesse por esses fenômenos de forma crescente. Antes disso, porém, já ao final do século XIX, notava-se uma maior ênfase dada à classificação, à descrição e à compreensão dos fenômenos situados nessa interface<sup>13</sup>.

Por fim, para agregar uma ideia geral da relevância desse tema em nível mundial, a Liga Internacional contra a Epilepsia (ILAE), uma organização de profissionais que trabalham na área, vem atuando para promover uma reorientação considerável de recursos na comunidade médica a fim de otimizar os cuidados das pessoas com essa doença. Paralelamente, a International Bureau for Epilepsy (IBE) vem tendo um importante incremento em número de membros e de sedes pelo mundo, denotando um crescimento similar no interesse pela atenção desses agravos também por parte da comunidade leiga. Ademais, a Campanha Global contra a Epilepsia, um programa conjunto da IBE, da OMS e da ILAE lançado em 1997 com o propósito de “tirar a epilepsia das sombras”, vem combatendo a sua discriminação e procurando aprimorar o seu tratamento nos países em desenvolvimento<sup>16</sup>. Esse processo deveria envolver, idealmente, um maior cuidado com possíveis comorbidades psiquiátricas relacionadas.

### **Alguns transtornos psiquiátricos e suas relações com as epilepsias**

Semelhantemente ao que ocorre com outros doentes crônicos, os pacientes com epilepsia apresentam transtornos psiquiátricos com maior frequência que a população geral<sup>16,15,17</sup>, muitas vezes divididos em transtornos mentais periictais e interictais<sup>6,10</sup>. Segundo Araújo et al. (2008) 8, até 6% dos pacientes com epilepsia têm algum transtorno mental, e essa taxa cresce para até 20% em casos de refratariedade a tratamento. Ainda assim, acredita-se que os transtornos psiquiátricos, nessa população, sejam subdiagnosticados na prática clínica cotidiana<sup>6,8</sup>. Apesar de estudos recentes não descreverem diferenças na prevalência de transtornos mentais entre pacientes com ELT ou epilepsias extratemporais, tampouco quanto à lateralidade da região epileptogênica<sup>12,18,19</sup>, é possível que existam diferenças psicopatológicas específicas, como uma maior frequência de sintomas ansiosos e depressivos, por exemplo, relacionadas à ELTM esquerda.

Uma das primeiras investigações realizadas no âmbito das comorbidades psiquiátricas com a epilepsia, conforme discutido por Krishnamoorthy (2002)<sup>13</sup>, foi a empreendida pelos pesquisadores Pond e Bidwell, detectando, em 29% de um total de 245 pacientes, sofrimentos psicológicos relevantes o suficiente para justificar a busca por tratamentos especializados. Examinando ainda os dados provenientes de outros trabalhos, Krishnamoorthy (2002)<sup>13</sup> menciona os resultados obtidos por Dodrill e Batzel, os quais apontam para uma maior incidência de psicopatologia entre indivíduos com epilepsia quando comparados a controles normais ou com outras doenças neurológicas, ainda que essas taxas não se tenham mostrado diferentes quando comparados os pacientes com ELT aos com outras formas de epilepsia.

Procurando aprofundar-se no tema, Krishnamoorthy (2002)<sup>13</sup> revisa e cita ainda vários trabalhos de outros pesquisadores, como o de Edeh e Toone (1987), por exemplo, que entrevistaram 88 pacientes adultos com epilepsia por meio do instrumento Clinical Interview Schedule, constatando que 48% dessas pessoas apresentavam transtornos mentais, além de concluir que pacientes com ELT e epilepsias extratemporais dessa amostra não diferiam consistentemente em termos de morbidade psiquiátrica, com ambos os grupos mostrando-se significativamente mais comprometidos que os pacientes com epilepsia generalizada primária. Gureje (1991), ao avaliar 204 pacientes por meio do instrumento Clinical Interview Schedule detectou transtornos psiquiátricos em 37% dos casos, dos quais 53% eram neuróticos, 29%, psicóticos, e 7% tinham algum transtorno de personalidade. Jalava e Sillanpaa (1996), em um estudo de coorte (nessas circunstâncias, talvez o único existente) com seguimento médio de 35 anos de pacientes com epilepsia, desde a infância, em comparação com controles aleatórios, observaram que os primeiros apresentavam risco quatro vezes maior para transtornos psiquiátricos ou para comorbidades entre condições clínicas, independentemente dos efeitos de anticonvulsivantes. Manchanda et al. (1996), trabalhando com 300 pacientes com epilepsia refratária, observaram a ocorrência de transtornos psiquiátricos, com base nos critérios do DSM-III-R, em 47,3% dos casos. Stefansson et al. (1998), num estudo de caso-controle envolvendo pacientes com epilepsia e controles com outras patologias clínicas, encontraram diagnósticos psiquiátricos em 35% dos pacientes com epilepsia e em 30% dos controles, sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos<sup>13</sup>. Recente estudo brasileiro, em centro especializado para tratamento de epilepsia, diagnosticou que cerca de 70% dos pacientes com ELT apresentavam algum transtorno psiquiátrico ao longo da vida, e que cerca de 60% apresentavam algum transtorno mental no momento da entrevista de avaliação 20.

Até 15% dos pacientes com ELT podem ter diagnóstico de transtornos psicóticos, com maior risco para pacientes canhotos, com focos epileptogênicos situados à esquerda, do sexo feminino, que tenham frequência elevada de crises e início delas em idades mais precoces, bem como lesões neuropatológicas clinicamente detectáveis nas regiões dos focos epileptogênicos<sup>21</sup>, embora o surgimento de sintomas psicóticos possa refletir o efeito de outras predisposições individuais não relacionadas à epilepsia<sup>22</sup>.

Mendez et al. observaram, num estudo retrospectivo de 1993, que 9,25% de 1.611 pacientes com epilepsia de uma clínica neurológica apresentavam transtorno psicótico semelhante à esquizofrenia, ao passo que somente cerca de 1,06% de 2.167 pacientes com migrânea apresentava semelhante quadro clínico. Apesar de limitações metodológicas na padronização dos métodos de apuração dos dados, tanto para a epilepsia quanto para os transtornos psicóticos, em estudo conduzido na Dinamarca, Bredkjaer et al. (1998) identificaram que a incidência de transtornos psicóticos e de personalidade correlacionados era significativamente maior em pacientes com epilepsia (citados por Krishnamoorthy, 2002, pp. 8-9)<sup>13</sup>. Estima-se que a prevalência de transtornos psicóticos seja de 6 a 12 vezes mais elevada nas epilepsias que na população geral<sup>3</sup>.

Segundo alguns autores, a incidência de transtornos depressivos é mais elevada em pacientes com ELT que em pacientes com outras doenças, inclusive com maior risco de suicídio<sup>2,17,23</sup>. Aparentemente, os estigmas sociais decorrentes da epilepsia – ainda importantes em muitos contextos –, as limitações impostas por ela e os aspectos biológicos envolvidos com o controle adequado das emoções, são fatores que predispõem os pacientes com ELT a esses transtornos<sup>21,24</sup>. A “exposição a contingências

aversivas”, como sugerido por Savoia et al. (2011) em obra recente, “é um dos principais fatores relacionados ao desenvolvimento de psicopatologias e (...) talvez aquelas relacionadas ao meio social sejam as mais relevantes para questões psiquiátricas”<sup>25</sup>. Em outro estudo recente, Adams et al. (2008)<sup>19</sup> chamam a atenção para uma significativa associação entre sintomas depressivos e epilepsia focal, porém sem lesões no tecido cerebral.

Humor deprimido ou elevado, anergia, irritabilidade, insônia, ansiedade, medo e dores atípicas figuram entre os sintomas comumente observados em pacientes com quadros epiléticos arrastados. Quando apresentam pelo menos três desses sintomas com caráter flutuante e duração de até três dias, sem preencher critérios para o diagnóstico específico de transtorno de ansiedade ou de humor pelo DSM-IV ou pela CID-10, mas com prejuízos de funcionamento<sup>26,27,8</sup> e sofrimento psíquico considerável, sugere-se a ocorrência do transtorno disfórico interictal.

Pacientes com epilepsia de longa data podem, em tese, apresentar algumas alterações na personalidade situadas em três formas principais: (1) aprofundamento da emotividade, da religiosidade e do senso de responsabilidades éticas; (2) maior tendência à meticulosidade, à ordem, à prolixidade e à viscosidade; e (3) maior labilidade afetiva, sugestionabilidade e comportamentos compatíveis com aspectos de imaturidade psicológica. Numa forma mista, estariam presentes alterações comuns a duas ou três dessas formas anteriores<sup>8</sup>. Krishnamoorthy (2002)<sup>13</sup> pontua em seu capítulo de livro que Gudmundsson, em 1966, ao entrevistar pessoalmente 987 pacientes islandeses com epilepsia, concluiu que 52% deles tinham vários tipos de alterações de personalidade. Vários outros estudos têm feito levantamentos da ocorrência de transtornos de personalidade nas epilepsias, estabelecendo uma variação de 18 a 61% em termos de prevalência, com predominância dos transtornos do cluster C (esquiva, dependente e obsessivo-compulsiva) do DSM, presentes em até 26% dos pacientes com epilepsia<sup>28</sup>. Em contraparte, outros estudos estabelecem uma prevalência entre 4 a 38%<sup>3</sup> para os transtornos de personalidade em circunstâncias similares.

A associação entre psicopatologia e ELT tomou grande ímpeto a partir de 1951, quando alguns autores demonstraram que mais de 30% dos pacientes com ELT exibiam alterações comportamentais, confirmadas posteriormente por Gastaut et al., em 1954<sup>28</sup>. Bear e Fedio, em 1977, desenvolveram seu próprio instrumento de avaliação psicopatológica na epilepsia. As características que buscavam eram aquelas identificadas por Gastaut e, posteriormente, por Geschwind, incluindo hipergrafia, hipossexualidade, religiosidade e viscosidade<sup>14</sup>. Esse estudo evidenciou que embora a aplicação do Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade (MMPI) não conseguisse distinguir pacientes com ELT de outros grupos de pacientes, diferenças importantes foram encontradas após a análise das respostas ao instrumento por eles desenvolvido. A partir de então, vários estudos foram realizados, obtendo-se resultados conflitantes<sup>13,3</sup>, os quais, de certa forma, motivaram um subsequente declínio no interesse e nas pesquisas por esse tema.

As crises de ausência, consideradas uma das formas mais benignas da epilepsia, também têm sido associadas a alterações comportamentais significativas, e a literatura recente corrobora a noção inicial de que as epilepsias generalizadas primárias constituem fator de risco para o desenvolvimento de prejuízos cognitivos e comportamentais. Admite-se, assim, que alterações de personalidade tanto podem acontecer em pacientes com crises parciais, como em pacientes com crises generalizadas<sup>28</sup>.

Foram relatados em pacientes com ELT ataques de pânico interictais, anorexia nervosa e transtorno dissociativo de identidade, os quais, quando em manifestações atípicas, permitem

levantar suspeitas clínicas para um possível diagnóstico diferencial de epilepsia<sup>21</sup>. Pacientes com focos epileptogênicos no cíngulo anterior podem desenvolver sintomas psicóticos interictais, agressividade, comportamento antissocial, disfunções na esfera sexual, irritabilidade, transtorno obsessivo-compulsivo e exercer pouco controle sobre os próprios impulsos<sup>28</sup>. A agressividade enquanto traço de personalidade em pacientes com ELT é mais comum nos indivíduos com crises epiléticas iniciadas antes dos 10 anos de idade. Segundo alguns estudos, a agressividade ictal e interictal tende a ser mais comum em crianças com ELT quando comparadas a adultos em semelhantes condições clínicas<sup>28</sup>.

Cabe ainda chamar a atenção para alterações comportamentais de natureza psíquica que podem ser equivocadamente diagnosticadas como epilepsia, como as crises não epiléticas psicogênicas, outrora conhecidas como ‘pseudocrises’. Conforme revisão empreendida por Stella e Pereira (2003)<sup>29</sup>, crises pseudoepiléticas – assunto cuja relevância clínica justificaria uma abordagem adicional, em separado – ocorrem em 5% da população geral e, curiosamente, em até 33% dos pacientes com epilepsia cujas crises são refratárias a tratamento medicamentoso. Razões para tal discrepância, segundo esses mesmos autores (2003), permanecem desconhecidas. A distinção diagnóstica mais específica entre crises epiléticas e não epiléticas psicogênicas se dá com o emprego de videoeletroencefalografia, considerado exame padrão-ouro para esse propósito, em conjunto com os demais dados semiológicos das crises examinadas<sup>30</sup>.

## DISCUSSÃO

A maioria dos estudos na área das comorbidades psiquiátricas da epilepsia tem sido realizada com base em instituições hospitalares, o que, apesar de sua relevante contribuição para compreender a ‘psicopatologia epilética’, dificulta extrapolar os resultados obtidos para a maior parte dos pacientes com a mesma condição, em outros cenários<sup>13,16</sup>. É útil incluir a consideração de que a análise comportamental de populações com epilepsia, em tempos passados, era focada sobretudo nas características da personalidade em si, raramente levando em conta fatores como o desenvolvimento psicológico individual e algumas variáveis clínicas próprias da epilepsia<sup>28</sup>, elementos de imediata relevância quando se está lidando com aspectos de comportamento e personalidade.

Vários estudos sobre a correlação entre alguns comportamentos específicos e a epilepsia foram realizados antes da confirmação das áreas de origem dos eventos ictais, sem a utilização de recursos de ressonância magnética de alta resolução ou de videoeletroencefalografia. Embora se tenda a encarar a ELT como uma entidade única que envolva somente estruturas mesiotemporais, eletrodos subdurais frequentemente localizam a origem das crises da ELT em regiões extralímbicas neocorticais, isoladas ou conjuntas a estruturas mesiais<sup>28</sup>, que devem ser valorizadas.

Discussões recorrentes apontadas na literatura acerca dos transtornos psiquiátricos em epilepsia indicam que falhas em reconhecer um maior grau de psicopatologia desses distúrbios se devam mais aos instrumentos utilizados para esse fim, desenvolvidos para a investigação geral de transtornos mentais, que a uma observação realmente confiável de manifestações psíquicas disfuncionais, não se delimitando a psicopatologia da epilepsia em suas fronteiras com a psicopatologia geral<sup>13</sup>. Nesse contexto, pode ser citada a disponibilidade, para a população brasileira, de alguns instrumentos especificamente direcionados à epilepsia, tais como o NBI (Inventário Neurocomportamental), que enfoca possíveis alterações de personalidade, o IDDI (Inventário do Transtorno Disfórico Interictal)<sup>9</sup>, destinado a avaliar a disforia interictal e, por último, o IDTN-E (Inventário

de Depressão em Transtornos Neurológicos para a Epilepsia), voltado ao rastreamento de quadros depressivos.

Embora os transtornos de personalidade sejam destacados pela literatura como ocorrências ligadas à ELT, elas são igualmente observadas como importantes comemorativos da epilepsia do lobo frontal<sup>28</sup>. Há muito está consolidado que a epilepsia não invariavelmente implica patologia mental, e assim como muitos pacientes com epilepsia apresentam importantes questões relativas ao comportamento, outros desenvolvem comportamentos funcionais e bem adaptados ao meio, com importantes contribuições à sociedade, como os famigerados exemplos de Machado de Assis e de Dostoiévski. Correlativamente, evidências atuais sustentam a importância de influências psicológicas e sociais sobre as funções cerebrais, particularmente no campo das epilepsias<sup>14</sup>, a serem investigadas com mais ênfase.

No que diz respeito a uma alegada maior prevalência de transtornos de personalidade do cluster C em pessoas com epilepsia, pode-se supor, mesmo na ausência de maiores observações empíricas, que as dificuldades advindas das manifestações epilépticas, principalmente quando elas têm início precoce, poderão ocasionar o desenvolvimento de traços dependentes ou esquivos<sup>28</sup> em determinados pacientes, sem que configurem necessariamente um diagnóstico de transtorno de personalidade.

A classificação dos transtornos psiquiátricos nas epilepsias sempre foi uma matéria controvertida. Considera-se que, no geral, não tem havido grandes esforços para o desenvolvimento de uma classificação operacional específica para os transtornos psiquiátricos em epilepsia, e a escassez de investigações epidemiológicas nesse sentido, assim como o fracasso para o estabelecimento de um sistema internacional de classificação, talvez estejam em descompasso com os avanços elucidativos obtidos no campo das epilepsias e nas pesquisas em saúde mental<sup>13</sup>.

Existem duas correntes principais de pensamento em relação à classificação dos transtornos psiquiátricos em epilepsia. A primeira considera que os atuais sistemas de classificação (CID-10 e DSM-IV-TR) têm feito os necessários aportes para as condições 'orgânicas' (como a epilepsia), e que subsistemas classificatórios adicionais iriam apenas acrescentar complexidade a esse assunto. A segunda corrente, na maior parte das vezes defendida por neuropsiquiatras com particular interesse pelas epilepsias, considera que os atuais sistemas de classificação diagnóstica são insuficientes, tanto em relação aos distúrbios neurológicos em geral, quanto ao enfoque que se tem dado às epilepsias<sup>26,13,27</sup>.

Esforços para estabelecer consensos e desenvolver um sistema classificatório mais harmônico estão sendo conduzidos pela Comissão de Epilepsia e Psicobiologia da ILAE<sup>13</sup>. Tal Comissão recomenda que se evite pensar clinicamente em termos de transtorno secundário a uma causa orgânica, como recomendam a CID e o DSM, já que essa perspectiva não favoreceria um entendimento epidemiológico mais aprofundado<sup>26,27,6,8</sup> das manifestações psiquiátricas observadas nessa interface, nem contribuiria efetivamente para a redução de seus estigmas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo os dados apontados na literatura pertinente, os transtornos psiquiátricos são ocorrências comuns no contexto das epilepsias, abrangendo um amplo espectro de condições, desde aquelas diretamente ligadas à atividade epileptogênica em si, até outras consideradas como comorbidades sem uma conexão mais nítida com os eventos epilépticos. Dos diferentes transtornos psiquiátricos observados nas epilepsias, os transtornos de humor, os transtornos ansiosos e as psicoses têm as provas mais contundentes de uma maior prevalência.

Transtornos de personalidade e outros transtornos com alterações menos marcantes do comportamento são comuns, mas muitas vezes pouco reconhecidos em pacientes com epilepsia, fato que requer investigações adicionais. Tais alterações provavelmente provêm da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, embora a especificidade de certos traços de personalidade, da topografia dos focos epileptogênicos e das diversas síndromes epilépticas permaneça incerta, conforme apontadas por Devinsky et al.<sup>28</sup>, em 2008.

Dos conceitos examinados nessa amostragem preliminar da literatura, deduz-se que a interface entre os transtornos psiquiátricos e as epilepsias constitui um tema carente de estudos com ferramentas diagnósticas mais atualizadas. Certo preconceito clínico contra um possível constructo em torno das peculiaridades comportamentais associadas à epilepsia, depreendido a partir do declínio de interesse pelo tema, produz reflexos generalizados sobre os estudos dos transtornos mentais localizados nessa intersecção<sup>11</sup>, com óbvios prejuízos para profissionais de saúde, pacientes e familiares envolvidos.

Nesse sentido, se é verdadeiro afirmar que parte expressiva dos pacientes com epilepsia se enquadra nos parâmetros psiquiátricos de saúde e normalidade adotados atualmente, não é possível comprovar que não existe relação alguma entre as epilepsias e os transtornos mentais, nem que essa relação ocorra nos mesmos moldes de outras doenças crônicas.

## AGRADECIMENTOS

Os nossos sinceros agradecimentos à Doutora Lúcia Helena Neves Marques e ao Doutor Fulvio Rogerio Garcia, ambos do Departamento de Neurologia da Famerp, pela gentil atenção que tiveram conosco durante a elaboração deste material.

## REFERÊNCIAS

1. Engel Jr J, Birbeck GL, Diop AG, Jain S, Palmieri A, editors. Epilepsy: global issues for the practicing Neurologist. v. 2. New York: Demos; 2005.
2. Oliveira BMB, Parreiras MS, Doretto MC. Epilepsia e depressão: falta diálogo entre a neurologia e a psiquiatria? J Epilepsy Clin Neurophysiol. 2007;13(3):109-13.
3. Swinkels WAM, Kuik J, Dick R, Spinhoven P. Psychiatric comorbidity in epilepsy. Epilepsy Behav. 2005;7:37-50.
4. Baulac M. Clinical spectrum. In: Schapira AHV, Byrne E, DiMauro S, Frackowiak RSJ, Johnson RT, Mizuno Y, Samuels MA, Silberstein SD, Wszolek ZK, orgs. Neurology and clinical neuroscience. Philadelphia: Mosby/Elsevier, Inc; 2007. p. 673-80.
5. Mumenthaler M, Mattle H, Taub E (trans.). Fundamental of Neurology: an illustrated guide. New York: Thieme; 2006. p. 161-72.
6. Marchetti RL, Castro APW, Kurcgant D, Cremonese E, Neto JG. Transtornos mentais associados à epilepsia. Rev. Psiq. Clín. 2005;32(3):170-82.
7. Wilkinson I, Lennox G. Essencial Neurology. 4th ed. Massachusetts: Blackwell Publishing Ltd; 2005. p. 192-212.
8. Araújo Filho GM, Rosa VP, Yacubian EMT. Transtornos psiquiátricos na epilepsia: uma proposta de classificação elaborada pela comissão de neuropsiquiatria da ILAE. J Epilepsy Clin Neurophysiol. 2008;14(3):119-23.
9. Oliveira GNM, Kummer A, Salgado JV, Portela EJ, Sousa-Pereira SR, Mendes MFSG, Marchetti RL, Teixeira AL. Adaptação transcultural do Inventário Neurocomportamental (NBI) para o Brasil. J Epilepsy Clin Neurophysiol. 2009;15(3):123-9.
10. Oliveira GNM, Kummer A, Salgado JV, Marchetti RL, Teixeira AL. Transtornos Neuropsiquiátricos da Epilepsia do Lobo Temporal. Rev Bras Neurol. 2009;45(1):15-23.

11. Trevisol-Bittencourt PC, Troiano AR. Síndrome de personalidade interictal na epilepsia do lobo temporal não dominante. *Arq Neuropsiquiatr*. 2000;58(2B): 548-55.
12. Swinkels WAM, Boas WE, Kuyk J, Dyck R, Spinhoven P. Interictal depression, anxiety, personality traits, and psychological dissociation in patients with temporal lobe epilepsy (TLE) and extra-TLE. *Epilepsia*. 2006;47(12):2092-103.
13. Krishnamoorthy ES. Neuropsychiatric disorders in epilepsy – epidemiology and classification. In: Trimble M, Schmitz B, editors. *The neuropsychiatry of epilepsy*. New York: Cambridge University Press; 2002. p. 5-17.
14. Reynolds EH, Trimble MR. Epilepsy, Psychiatry, and Neurology. *Epilepsia*. 2009;50(3):50-5.
15. Trivedi MH, Kurian BT. Managing depressive disorders in patients with epilepsy. *Psychiatry*. 2007;4(1):26-34.
16. Tellez-Zenteno JF, Patten SB, Jetté N, Williams J, Wiebe S. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis. *Epilepsia*. 2007;48(12):2336-44.
17. Stefanello S, Marín-León L, Fernandes PT, Li ML, Botega NJ. Psychiatric comorbidity and suicidal behavior in epilepsy: a community-based case-control study. *Epilepsia*. 2010;5(7):1120-5.
18. Swinkels WAM, Duijsens IJ, Spinhoven P. Personality disorder traits in patients with epilepsy. *Seizure*. 2003;12:587-94.
19. Adams SJ, O'Brien TJ, Lloyd J, Kilpatrick CJ, Salzberg MR, Velakoulis D. Neuropsychiatric morbidity in focal epilepsy. *Br J Psychiatry*. 2008;192:464-9.
20. Oliveira GNM, Kummer A, Salgado JV, Portela EJ, Sousa-Pereira SR, David AS, Teixeira AL. Psychiatric disorders in temporal lobe epilepsy: an overview from a tertiary service in Brazil. *Seizure*. 2010 Oct;19(8):479-84.
21. Schomer DL, O'Connor M, Spiers P, Seeck M, Mesulam MM, Bear D. Temporolimbic epilepsy and behavior. In: Mesulam MM, org. *Principles of behavioral and cognitive neurology*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2000. p.373-405.
22. Adachi N, Akanuma N, Ito M, Kato M, Oana Y, Matsuura M, Okubo Y, Onuma T, Hara T. Epileptic, organic and genetic vulnerabilities for timing of the development of interictal psychosis. *Br J Psychiatry*. 2010;196:212-6.
23. Oliveira GNM, Kummer A, Salgado JV, Araújo Filho GM, David AS, Teixeira AL. Suicidality in temporal lobe epilepsy: measuring the weight of impulsivity and depression. *Epilepsy & Behavior*. 2011;22:745-9.
24. Pais-Ribeiro J, Silva AM, Meneses RF, Falco C. Relationship between optimism, disease variables, and health perception and quality of life in individuals with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2007;11:33-8.
25. Savoia MG, Zuccolo PF, Corchs F. Personalidade e transtornos de ansiedade. In: Rangé B et col. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 751-5.
26. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.
27. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth Edition (Text Revision). Washington (DC): American Psychiatric Association; 2002.
28. Devinsky O, Vorkas C, Barr WB, Hermann BP. Personality disorders in epilepsy. In: Engel Jr J, Pedley TA, editors. *Epilepsy: a comprehensive textbook*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams et Wilkins Ed; 2008. p. 2106-13.
29. Stella F, Pereira MEC. Semiologia e características clínicas das crises pseudoepilépticas. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund*. 2003;VI(1):109-29.
30. Oliveira GNM, Salgado JV, Portela E, Pereira SRS, Teixeira AL. Crises não-epilépticas: clínica e terapêutica. *J Bras Psiquiatr*. 2008;57(1):52-6.

## DISCLOSURES

João Ricardo Terra

Employment: Fundação Faculdade Regional de Medicina e Hospital de Base de São José do Rio Preto, SP, Brasil. Research grant: ~ . Other research grants or medical continuous education: ~ . Speaker's honoraria: ~ . Ownership interest: ~ . Consultant/Advisory board: ~ . Other: ~ .

Nelson Iguimar Valerio

Employment: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, Brasil. Research grant: ~ . Other research grants or medical continuous education: ~ . Speaker's honoraria: ~ . Ownership interest: ~ . Consultant/Advisory board: ~ . Other: ~ .

Guilherme Nogueira M. de Oliveira

Employment: Colaborador do Grupo de Epilepsia do Serviço de Neurologia do Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte. NATE - Núcleo Avançado de Tratamento das Epilepsias do Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, Brasil. Professor de Saúde Mental do Centro Universitário de Belo Horizonte - Uni-BH. Research grant: Edital Fapemig/Fapesp Neurociências - Epilepsia (2010) \*\*\*. Other research grants or medical continuous education: CAPES - Bolsa de Doutorado Sanduíche (2009-2010). Speaker's honoraria: ~ . Ownership interest: ~ . Consultant/Advisory board: ~ . Other: ~ .

\* Modesto; \*\* Significativa; \*\*\* Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega de pesquisa em que o autor tem participação, mas não diretamente ao autor.

## CORRESPONDENCE

João Ricardo Terra

Laboratório de Psicologia e Saúde do Serviço de Psicologia

Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416 - Jardim São Pedro

15090-000 - São José do Rio Preto, SP, Brasil

Telefone: (+55 17) 3201-5704

Email: terrajoao@hotmail.com