

MARY ANN VON BISMARCK

**Diagnóstico multiaxial e avaliação psicopatológica
das psicoses associadas à epilepsia**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Renato Luiz Marchetti

SÃO PAULO

2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Von Bismark, Mary Ann

Diagnóstico multiaxial e avaliação psicopatológica das psicoses associadas à
epilepsia / Mary Ann Von Bismark. -- São Paulo, 2010.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Psiquiatria.

Orientador: Renato Luiz Marchetti.

Descritores: 1.Transtornos psicóticos 2.Epilepsia 3.Diagnóstico multiaxial
4.Impacto psicossocial 5.Comorbidade (Psiquiatria)

USP/FM/DBD-228/10

DEDICATÓRIA

A meus pais Mary e Bernardo (in memorian), por todo o investimento em minha educação e por acreditarem em minha capacidade.

A meus irmãos gêmeos Christian e Frederic, por todo apoio e suporte emocional. Vocês são meus braços direito e esquerdo!

A meu filho, a quem quero ensinar a ter amor por tudo, o que fizer na vida.

A meus amigos, com quem aprendi o sentido da palavra fidelidade.

À vida, que me ensina o tempo toda a superar as dificuldades.

AGRADECIMENTOS

O Prof. Dr. Renato Luiz Marchetti, mais do que orientador, um amigo, um dos maiores estudiosos da neuropsiquiatria da epilepsia em nosso meio. Graças a ele permaneci no IPQ, após o término de minha residência em Psiquiatria. Devo-lhe a maior parte de meu conhecimento psiquiátrico e humano. A ele, dedico minha profunda gratidão.

Os pacientes com transtornos mentais associados à epilepsia foram minha grande inspiração. Com eles, aprendi a realidade sobre sofrimento e limitações que as doenças podem causar na vida. Mas foi também com eles que compreendi a palavra superação.

Ao longo da história e na prática clínico-científica cotidiana os pacientes com epilepsia e transtornos mentais vêm sofrendo as consequências adversas das práticas de investigação e atendimento unilaterais que não só não atendem às suas necessidades, como também acentuam visões discriminatórias que a sociedade ainda nutre a respeito deles. Em poucas ocasiões, pessoas e instituições permitem o desenvolvimento de um projeto científico que foge a esta regra. Neste sentido, agradeço a todos os profissionais de saúde que trabalham no PRONEPSI e fazem desse ambulatório uma grande família.

Gostaria de realizar um agradecimento especial às doutoras Lena Nabuco de Abreu e Daniela Kurcgant, que me auxiliaram muito no desenvolvimento do desenho de meu trabalho e incentivaram-me a todo o momento para que eu o completasse. Contem comigo para tudo que precisarem na vida. Amigos assim ficam guardados em um lugar especial do meu coração.

À família PRONEPSI, deixo aqui meu carinho especial por todos os profissionais que trabalham comigo neste ambulatório. Dr. Renato Luiz Marchetti, Dr. José Gallucci Neto, Dr. Danilo Totarelli Borelli, Dra. Inah Carolina Galatro Faria Proença, Dra. Daniela Kurcgant, Liliana B. Marchetti: vocês são muito mais do que colegas de trabalho, são amigos especiais e muito queridos. Obrigado por agüentarem meu mau humor e meu jeito de deixar tudo pra última hora.

A família PRONEPSI também é composta de outros colaboradores. Deixo aqui meu agradecimento aos residentes, outros médicos, psicólogos e enfermeiros, sem os quais nosso trabalho não seria possível. Obrigado por todas as informações coletadas tão gentilmente por vocês.

Um agradecimento especial à Eliza, secretária da pós-graduação, que me auxiliou em todas as questões burocráticas e prazos, além de distribuir seu carinho e preocupação.

Durante este período de trabalho sei que fiquei em débito com amigos, mas principalmente com minha mãe e com meus irmãos. Muito obrigada por me ajudarem a organizar meus horários, me apoiarem nos momentos de desespero e cuidarem do meu filho. Sem vocês eu não teria conseguido terminar. Prometo estar mais presente de agora em diante. Teremos mais “cafés da manhã em família” e passeio no shopping “desfilando com os filhos”.

E o maior agradecimento de todos ao meu filho, Jorge, que deixei muito tempo sozinho jogando videogame enquanto realizava minha pesquisa. Como muitas vezes eu prometi agora eu vou ficar um bom tempo me dedicando a você!

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2a ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas

Lista de siglas

Lista de símbolos

Lista de anexos

Lista de gráficos e tabelas

RESUMO

SUMMARY

1	INTRODUÇÃO	1
2	JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	12
3	OBJETIVOS	14
	3.1 Objetivo geral	15
	3.2 Objetivos específicos	15
4	HIPÓTESES	16
5	CASUÍSTICA E MÉTODOS	18
	5.1 Desenho do estudo.....	19
	5.2 Instituição	19
	5.3 Seleção de casos do estudo.....	20
	5.4 Critérios de inclusão e exclusão	20
	5.4.1 Critérios de inclusão	20
	5.4.2 Critérios de exclusão.....	21
	5.5 Divisão dos casos.....	23
	5.6 Diagnósticos	23
	5.6.1 Diagnóstico das epilepsias.....	23
	5.6.2 Diagnóstico dos transtornos psicóticos.....	24
	5.6.3 Diagnóstico dos demais transtornos mentais.....	26
	5.7 Instrumentos e variáveis utilizadas.....	27
	5.7.1 Diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial do PRONEPSI	27
6	ANÁLISE ESTATÍSTICA	33
7	RESULTADOS	35
	7.1 Comparação entre o grupo com epilepsia e transtorno psicótico e o grupo com epilepsia e outro transtorno mental	36
	7.1.1 Características sócio demográficas.....	36
	7.1.2 Antecedentes familiares.....	37
	7.1.3 Idade de início dos transtornos	38
	7.1.4 Elementos descritivos dos transtornos mentais pelo eixo 1 do diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial.....	39
	7.1.5 Elementos descritivos da epilepsia pelo eixo 2 do diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial	44
	7.1.6 Elementos descritivos da avaliação funcional pelo eixo 3 do diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial.....	48

7.2	Comparação entre o subgrupo com psicose pós-ictal e psicose interictal.....	51
7.2.1	Características sócio demográficas.....	51
7.2.2	Antecedentes familiares dos pacientes com transtornos psicóticos	52
7.2.3	Idade de início dos transtornos nos pacientes com transtornos psicóticos	53
7.2.4	Elementos descritivos dos transtornos mentais pelo eixo 1 do diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial.....	54
7.2.5	Elementos descritivos dos transtornos mentais pelo eixo 2 do diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial.....	58
7.2.6	Elementos descritivos da epilepsia pelo eixo 3 do diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial	62
8	DISCUSSÃO	66
8.1	Comparação entre o grupo com epilepsia e transtorno psicótico e o grupo com epilepsia e outro transtorno mental	67
8.1.1	Características sócio demográficas.....	67
8.1.2	Antecedentes familiares.....	68
8.1.3	Idade de início dos transtornos	70
8.1.4	Elementos descritivos dos transtornos mentais pelo eixo 1 do diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial.....	71
8.1.5	Elementos descritivos da epilepsia pelo eixo 2 do diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial	75
8.1.6	Elementos descritivos da avaliação funcional pelo eixo 3 do diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial	77
8.2	Comparação entre o subgrupo com psicose pós-ictal e psicose interictal.....	79
8.2.1	Características sócio demográficas.....	79
8.2.2	Antecedentes familiares dos pacientes com transtornos psicóticos	80
8.2.3	Idade de início dos transtornos	81
8.2.4	Elementos descritivos dos transtornos mentais pelo eixo 1 do diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial.....	82
8.2.5	Elementos descritivos dos transtornos mentais pelo eixo 2 do diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial.....	84
8.2.6	Elementos descritivos da epilepsia pelo eixo 3 do diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial	84
9	CONCLUSÃO	87
10	REFERÊNCIAS.....	91
	ANEXOS	102

LISTAS

LISTA DE ABREVIATURAS

cap. Capítulo

D Direito

E Esquerdo

ed. Editor

et al. e outros

p. Página

v. Volume

LISTA DE SIGLAS

CG	Crise Generalizada
CID 10	Código internacional das doenças versão 10
CPC	Crise Parcial Complexa
CSG	Crise Secundariamente Generalizada
DAE	Droga Antiepiléptica
DP	Desvio Padrão
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4 ^a Edição (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed.)
EEG	Eletroencefalograma
ELT	Epilepsia do Lobo Temporal
ETM	Esclerose Temporal Mesial
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
IPQ	Instituto de Psiquiatria
PRONEPSI	Programa de Neuropsiquiatria
QI	Quociente de Inteligência
RM	Ressonância Magnética
SNC	Sistema Nervoso Central
SPECT	Tomografia por Emissão de Fóton Único (Single-Photon Emission Computed Tomography)
TC	Tomografia Computadorizada
T	Transtorno
TM	Transtorno Mental
TCE	Traumatismo Cranioencefálico
VÍDEO-EE	Vídeo-Eletroencefalograma

LISTA DE SÍMBOLOS

-	negativo
%	porcentagem ou proporção
&	e
χ^2	estatística do teste do qui quadrado
+	positivo
<	menor que
=	igual a
>	maior que
df	graus de liberdade
P	nível descritivo estatístico
U	estatística do teste não paramétrico de Mann-Whitney U
Z	estatística do teste não paramétrico de Wilcoxon, variável aleatória com distribuição normal, média 0, e variância 1 (variável normalizada)

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 -	Propostas classificatórias desenvolvidas para psicose	103
Anexo 2 -	Tradução da Classificação multiaxial para pacientes com epilepsia (Neppe & Tucker 1988)	104
Anexo 3 -	Tradução da Classificação multiaxial para psicose associada epilepsia (Matsuura <i>et al.</i> 2000)	105
Anexo 4 -	Diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial de pacientes com epilepsia.....	107
Anexo 5 -	Roteiro para anamnese neuropsiquiátrica.....	108
Anexo 6 -	<i>Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy, 1989</i> (Classificação Internacional das Epilepsias e Síndromes Epilépticas e Condições Relacionadas).....	114
Anexo 7 -	<i>Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy, 1981</i> - Classificação das Crises Epilépticas	116
Anexo 8 -	Escala de frequência de crises	117
Anexo 9 -	DSM-IV Eixo V: Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF).....	118

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Gráfico 1 -	Distribuição de sexo na população estudada	22
Tabela 1 -	Características sócio-demográficas da população estudada	36
Tabela 2 -	Distribuição de antecedentes familiares	37
Tabela 3 -	Distribuição da idade de início dos transtornos	39
Tabela 4 -	Relação temporal entre crises epiléticas e o início do transtorno mental	40
Tabela 5 -	Relação entre a presença de sintomatologia psiquiátrica e alterações eletroencefalográficas	41
Tabela 6 -	Fatores associados ao desenvolvimento do transtorno mental	43
Tabela 7 -	Distribuição dos diagnósticos de crises epiléticas	44
Tabela 8 -	Distribuição das síndromes epiléticas na população estudada	45
Tabela 9 -	Distribuição das etiologias das epilepsias na população estudada	46
Tabela 10 -	Lateralidade do foco epilético entre a população estudada	47
Tabela 11 -	Distribuição dos diferentes tipos de impacto observados na população estudada	49
Tabela 12 -	Distribuição dos demais tipos de impacto observados na população estudada	50
Tabela 13 -	Características sócio-demográficas da população com transtornos psicóticos	51
Tabela 14 -	Distribuição de antecedentes familiares nos pacientes com transtornos psicóticos	52
Tabela 15 -	Distribuição da idade de início dos transtornos nos pacientes com transtornos psicóticos	54
Tabela 16 -	Relação entre a presença de sintomatologia psiquiátrica e alterações eletroencefalográficas nos pacientes com transtornos psicóticos	55

Tabela 17 -	Fatores associados ao desenvolvimento dos transtornos psicóticos	57
Tabela 18 -	Distribuição dos diagnósticos de crises epiléticas nos pacientes com transtornos psicóticos	58
Tabela 19 -	Distribuição das síndromes epiléticas dos pacientes com transtornos psicóticos	59
Tabela 20 -	Distribuição das etiologias das epilepsias nos pacientes com transtornos psicóticos	60
Tabela 21 -	Lateralidade do foco epilético nos pacientes com transtornos psicóticos	61
Tabela 22 -	Distribuição dos diferentes tipos de impacto observados nos pacientes com transtornos psicóticos	63
Tabela 23 -	Distribuição dos demais tipos de impacto observados na população de pacientes com transtornos psicóticos	65

RESUMO

Von Bismark MA. *Diagnóstico multiaxial e avaliação psicopatológica das psicoses associadas à epilepsia* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010. 118 p.

A associação entre epilepsia e transtornos psicóticos é amplamente relatada na literatura. Características clínicas e do seu impacto, tais como suicídio, tentativas de suicídio, homicídio e alterações cognitivas são evidenciados em poucos estudos que associam epilepsia e psicose. Este estudo comparou o impacto clínico e funcionamento psicossocial dos pacientes com epilepsia e transtornos psicóticos, analisando ainda as diferenças entre pacientes com psicose interictal e pós-ictal. O estudo consiste de uma revisão de prontuário de todos os pacientes atendidos no PRONEPSI com epilepsia e transtornos mentais. Foram estudados 143 indivíduos, divididos em dois grupos: 82 pacientes com diagnóstico de epilepsia e transtornos psicóticos e 61 pacientes com epilepsia e outro transtorno mental. O grupo de pacientes psicóticos foi estudado comparando dados entre pacientes com psicose interictal (53) e pós-ictal (17). O grupo de pacientes com transtornos psicóticos apresentou menor escolaridade, mais história familiar de psicose, maior número de tentativas de homicídio, mais estados de mal epilético, mais internações psiquiátricas, história pregressa de insulto ao SNC e retardo mental. Além disso, a epilepsia foi considerada um fator causal importante para desenvolvimento da psicose. O grupo de pacientes com transtornos psicóticos também se diferenciou, revelando maior impacto na esfera cognitiva, vocacional e pessoal. Os pacientes com psicose interictal tiveram mais história familiar para psicose e a epilepsia foi considerada um fator causal importante para seu desenvolvimento. Pacientes com epilepsia e transtornos psicóticos apresentam um maior comprometimento clínico geral o que interfere diretamente no seu comprometimento funcional e na gravidade do impacto. Os pacientes com epilepsias mais graves e algum tipo de insulto ao SNC parecem ser mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos psicóticos em comparação aos pacientes com formas menos graves de epilepsia.

Descritores: transtornos psicóticos, epilepsia, diagnóstico multiaxial, impacto psicossocial, comorbidade (Psiquiatria)

SUMMARY

Von Bismark MA. *Multiaxis diagnosis and psychopathological evaluation of psychotic disorders associated with epilepsy*. [Dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2010. 118 p.

The association between epilepsy and psychotic disorders has been well documented in literature. Although this association is well-known, few studies regarding psychosis and epilepsy investigated the clinical characteristics of these patients and its impact on psychosocial function, suicide and suicide attempts, homicide attempts and cognitive deficits. The aim of this chart review was to compare the clinical impact and the psychosocial function between patients with epilepsy and psychotic disorders and patients with epilepsy and other psychiatric disorders. We also compared the clinical characteristics and psychosocial function between patients with postictal psychosis and interictal psychosis. We reviewed 143 charts, divided in two groups: 82 charts of patients with epilepsy and psychotic disorders and 61 charts of patients with epilepsy and other psychiatric disorders. In the group of patients with epilepsy and psychosis, 53 had a diagnosis of interictal psychosis and 17 of postictal psychosis. Patients with psychotic disorders had fewer years of education, more family history of psychotic disorders and higher number of homicide attempts, status epilepticus, psychiatric admissions and history of central nervous system insults. They also presented more impact on cognitive, vocational and interpersonal scales. Epilepsy was considered a major cause to the development of psychosis. Regarding the differences between patients with interictal and postictal psychosis, the only difference found was that the patients with interictal psychosis presented more family history of psychosis. Also, in both groups epilepsy was considered a major cause to the development of psychosis. Patients with psychotic disorders had a more severe clinical impairment in comparison with patients with other psychiatric disorders, which may have interfered in psychosocial functioning and severity of impact. Patients with central nervous system's insults and severe epilepsy may be likely more prone to psychosis's development than other patients with less severe forms of epilepsy.

Descriptors: Psychotic disorders, epilepsy, multiaxial diagnosis, psychosocial impact, comorbidity (Psychiatry)

1 INTRODUÇÃO

A associação entre epilepsia e transtornos psicóticos é amplamente relatada na literatura (Qin *et al.*, 2005, Nadkarni *et al.*, 2006, Alper *et al.*, 2008), entretanto, o impacto clínico dos dois transtornos, concomitantemente, ainda é pouco estudado. Neste estudo, pretende-se comparar o funcionamento psicossocial e o impacto clínico dos pacientes com epilepsia com e sem transtornos psicóticos.

Vale a pena lembrar que a epilepsia é composta por um grupo de doenças que têm em comum crise epilépticas recorrentes na ausência de condição tóxico-metabólica ou febril. A crise epiléptica é provocada por descargas elétricas anormais e seus sintomas dependem das partes do cérebro envolvidas. São divididas em crises parciais e generalizadas. As crises parciais são provenientes da ativação de um sistema neuronal limitado a parte de um hemisfério cerebral, subdivididas em parciais simples e parciais complexas (com comprometimento da consciência) (Guerreiro *et al.*, 2000).

A incidência anual de epilepsia varia entre 33,3 a 44 por 100.000 habitantes nos países desenvolvidos, e 40 a 60% dos casos apresentam crises parciais e em apenas, aproximadamente, um terço a etiologia é bem estabelecida. Os picos de maior incidência apresentam-se no primeiro ano de vida e após os 65 anos (Hauser *et al.* 1996, Olafsson *et al.* 2005). Na América Latina, estudos mostram uma incidência anual entre 77,7 e 190 por 100.000 habitantes (Burneo *et al.*, 2005) e, especificamente, no Brasil uma prevalência ao longo da vida entre 11,9 e 18,6 por 100.000 habitantes (Borges & Barros, 2002, Borges *et al.*, 2004, Marino *et al.*, 1986).

Estudos sugerem que pacientes com epilepsia apresentam taxas de comorbidades com transtornos mentais entre 20% e 40%, com maiores taxas em pacientes refratários. Em um estudo de 60 pacientes com epilepsia refratária, 70% apresentavam ao menos uma comorbidade psiquiátrica, de acordo com o DSM-III (Tsopelas *et al.*, 2001).

O glossário da DSM IV define psicose como, um quadro psiquiátrico caracterizado pela presença de delírios e alucinações proeminentes, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico (APA, 1994). A DSM IV classifica os quadros psicóticos nas categorias: esquizofrenia, transtorno esquizofreniforme, transtorno psicótico breve, transtorno delirante, transtorno esquizoafetivo, transtorno psicótico devido a uma condição médica geral, transtorno psicótico induzido por substância e transtorno psicótico sem outra especificação (APA, 1994).

Ao longo da vida, a prevalência de quadros psicóticos na Finlândia é estimada em 3,06% na população geral, sendo 1,94% na ausência de sintomas humor. Eles se dividem em 0,87% de esquizofrenia, 0,32% de transtorno esquizoafetivo, 0,07% transtorno esquizofreniforme, 0,18% de transtorno delirante, 0,05% transtorno psicótico breve e 0,45% de transtorno psicótico sem outra especificação (Perälä *et al.*, 2008).

Em 1963, Slater foi um dos primeiros estudiosos que chamou atenção para o aumento da prevalência de transtornos psicóticos em pacientes com epilepsia. Mais recentemente, um estudo populacional que avaliou 5.834 pessoas com epilepsia, encontrou uma prevalência de 9% de quadros psicóticos (Gaitatzis *et al.*, 2004). Qin

et al. (2005), em um estudo de coorte com 34.494 pacientes com epilepsia, encontraram um risco relativo (RR) para esquizofrenia de 2,48 e para psicose esquizofreniforme de 2,93.

Centros não especializados em epilepsia apontam que entre 0,6 a 7% dos pacientes apresentam sintomas psicóticos associados à epilepsia (Torta & Keller, 1999). Por sua vez, uma alta porcentagem de sintomas psicóticos (19% a 27%) é apontada em pacientes de centros especializados, onde estão concentrados pacientes com má resposta ao tratamento (Devinsky & Vasquez, 1993). Araújo Filho *et al.*, compararam, utilizando a entrevista SCID, 170 pacientes com epilepsia do lobo temporal (ELT) refratária por esclerose mesial temporal (EMT) com 100 pacientes com epilepsia mioclônica juvenil, encontrando 15,8% dos primeiros com transtornos psicóticos segundo a DSM IV. Houve uma associação significativa entre EMT esquerda e transtornos psicóticos ($p < 0,05$) (Araújo Filho *et al.*, 2008).

Quando abordados de forma independente, cada um desses transtornos apresenta importante impacto clínico e psicossocial (Jacoby, 2002, Turner *et al.*, 2009), entretanto o impacto dessa associação é pouco conhecido. Epilepsia é a doença neurológica grave mais comum que causa importante impacto na educação, emprego, casamento, vida familiar e social. São indivíduos que sofrem estigma e apresentam outros problemas de saúde relacionados com a doença ou o seu tratamento (Jacoby, 2002).

Pacientes com esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo também apresentam este comprometimento, mesmo os que recebem tratamento adequado, após primeiro surto. Em um estudo recente, em que foram acompanhados 236 pacientes com

diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, constatou-se um impacto significativo na qualidade de vida, funcionamento social, desemprego, dependência familiar e comorbidade com uso de substâncias ilícitas (Tuner *et al.*, 2009).

Algumas características clínicas, tais como suicídio, tentativas de suicídio e homicídio são evidenciados em poucos estudos que associam epilepsia e psicose, o que indiretamente atesta a gravidade e funcionamento psicossocial desses pacientes (Kanemoto *et al.*, 1999, Christensen *et al.*, 2007).

Suicídio, tentativas de suicídio e ideação de suicídio são significativamente mais frequentes em pessoas com epilepsia do que na população geral (Jones *et al.*, 2003) . Recentemente, Christensen *et al.* confirmaram um risco três vezes maior de suicídio em pacientes com epilepsia, em uma amostra de 21.169 suicídios. O risco permaneceu grande mesmo após a exclusão dos indivíduos com história psiquiátrica e ajustamento dos fatores socioeconômicos (RR = 1,99). O maior risco de suicídio foi encontrado entre as pessoas com comorbidade de transtorno psiquiátrico e epilepsia (RR=13,7) (Christensen *et al.*, 2007). Kanemoto *et al.* encontraram maior frequência de tentativas de suicídio em pacientes com psicose pós-ictal (7%) em relação a psicose interictal (2%) e confusão pós-ictal (0%) (Kanemoto *et al.*, 1999).

Mendez *et al.* encontraram quatro suicídios completos em 1.611 pacientes com epilepsia, um deles cometeu suicídio durante uma psicose breve (Mendez *et al.*, 1992). Fukuchi *et al.* reportaram a presença de transtornos psicóticos pós-ictais em pacientes com epilepsia que cometeram suicídio (Fukuchi *et al.*, 2002).

Estudos epidemiológicos referem que alterações cognitivas (atenção, tempo de reação, memória espacial e emocional, distúrbios de aprendizado específicos,

percepção afetiva, escrita e matemática) são mais comuns em pacientes com crises epilépticas do que na população geral (Sillanpaa, 1992), mesmo em crianças com inteligência normal (Cornaggia *et al.*, 2001). Distúrbios cognitivos têm uma etiologia multifatorial: a própria epilepsia, seu tratamento com drogas antiepilépticas (DAE) e cirurgia, reações ao diagnóstico de epilepsia (estigma, marginalização social e dinâmica familiar) e disfunção ou dano cerebral (Cornaggia, 2006). Em adultos com ELT, testes neuropsicológicos mostraram problemas cognitivos generalizados, evidentes nos testes de inteligência, linguagem, percepção visoespacial, memória, aspectos das funções executivas, destreza e velocidade motora (Getz *et al.*, 2002).

Violência e homicídio são encontrados em pacientes com epilepsia e psicose. Lewis *et al.* (1985) estudaram 97 meninos delinquentes encarcerados e encontraram diagnóstico de epilepsia em 18,5%. Comportamentos violentos direcionados, definidos como lesão corporal significativa (fraturas) e ameaça à vida (estrangulamento) foram observados em 13 de 57 episódios psicóticos pós-ictais (Kanemoto *et al.*, 1999).

Nesta direção, propôs-se estudo que avalie o impacto clínico e psicossocial da comorbidade entre epilepsia e transtornos psicóticos. Para tanto, será utilizado um sistema de classificação da epilepsia e psicose desenvolvida pelo PRONEPSI, para que sejam evidenciados comportamento homicida, suicida, frequência de crises epilépticas, funcionamento psicossocial, funcionamento cognitivo, impacto médico, vocacional, profissional, pessoal e familiar.

A descrição das psicoses em pacientes com epilepsia foi detalhada, a partir do século 18, por Falret, Hoffman, Morel e Samt. Sommer foi o primeiro a descrever a

esclerose mesial temporal, relatando casos de insanidade associada à epilepsia. Jackson, em 1875, considerou a epilepsia uma causa de insanidade, identificando três formas de insanidade em pacientes com epilepsia: 1. Súbita e transitória após uma ou mais crises; 2. Com maior duração após rápida sucessão e numerosas crises; 3. Deterioração persistente (imbecilidade), após repetidas crises durante meses ou anos (*apud Nardkarni et al., 2007*).

Na prática clínica atual, as classificações nosológicas convencionalmente utilizadas são a CID 10 e a DSM IV-TR. A CID 10 classifica as psicoses na epilepsia em três subgrupos: alucinação orgânica, estado catatônico orgânico e transtorno delirante orgânico tipo esquizofreniforme (WHO, 1992). Da mesma maneira, a DSM IV-TR divide-os em dois subgrupos: transtorno psicótico devido a uma condição médica geral (com alucinações ou com delírios) e transtorno catatônico devido a uma condição médica geral (epilepsia) (APA, 2000). Ambas as classificações foram desenvolvidas para abranger os transtornos mentais decorrentes de uma condição clínica e não especificamente para a epilepsia (Matsuura *et al.*, 2000).

Nessas circunstâncias, um sistema classificatório específico pode ser útil para conter as informações relevantes para as ações terapêuticas. Psiquiatras e neurologistas especialistas em epileptologia propuseram diferentes critérios classificatórios para as psicoses na epilepsia: associação temporal com as crises epiléticas, presença de alterações no traçado do EEG, diferentes apresentações psicopatológicas específicas e diferenças no curso clínico da psicose (Anexo 1).

Na literatura, uma das propostas mais aceitas é a classificação das psicoses de acordo com a relação temporal com as crises epiléticas, dividindo-as em: psicose

ictal, psicose pós-ictal, psicose interictal e psicose alternante (Sachdev, 1998; Nardkarni *et al.*, 2007).

A psicose ictal é rara e sua apresentação é resultado de uma crise ou um estado de mal epilético. A forma mais comum de apresentação é o estado de mal de crise parcial complexa (CPC). Podem ser observadas alterações da percepção, comportamentais, cognitivas e afetivas, automatismos oro-mastigatórios e manuais, discurso escasso ou até mesmo mutismo. Alterações da consciência costumam estar presentes, sendo descrita amnésia para o período (Scholtes *et al.*, 1996, Sachdev, 1998, Nadkarni *et al.*, 2007). Seu tratamento é baseado na interrupção das crises e prevenção de novos estados de mal (Sachdev, 1998).

Psicose pós-ictal, geralmente, apresenta-se como uma psicose breve que se inicia em seguida a uma crise epilética, em média após 10 anos do início do quadro de epilepsia, com uma frequência estimada de 6,4% e 6,7% (Kanner *et al.*, 1996; Alper *et al.*, 2001). Usualmente aparece em pacientes com exacerbação de crises parciais complexas ou após crises secundariamente generalizadas. É caracterizada pela presença de sintomas afetivos, delírios religiosos ou grandiosos e alucinações auditivas que surgem após intervalo lúcido, em geral, até 72 horas depois da ocorrência das crises (Longsdail & Toone, 1988, Kanner *et al.*, 1996, Kanemoto *et al.*, 1996). A duração dos sintomas psicóticos pode ser de algumas horas a alguns meses e, em muitos casos, são acompanhados de um estreitamento da consciência, com amnésia posterior (Longsdail & Toone, 1988, Savard, 1991, Kanner *et al.*, 1996). O tratamento é realizado com pequenas doses de antipsicóticos na fase aguda

e prevenção de novas crises, pela a sua alta recorrência, de dois a três episódios por ano (Lancman *et al.*, 1994, Kanner *et al.*, 1996).

A psicose interictal tem prevalência estimada em 3% a 7% (Toone, 2000). Uma longa história de crises mal controladas, início insidioso de sintomas psicóticos e psicopatologia mais semelhante à esquizofrenia são descritos (Slater, 1963; Trimble, 1991). Caracterizada-a pela presença de sintomas psicóticos sem relação temporal com as crises: delírios e alucinações sem alteração do nível de consciência, comportamento bizarro ou desorganizado, alteração formal do pensamento, sintomas de primeira ordem de Schneider (Slater, 1963, Nadkarni *et al.*, 2007). Seu curso predominante é crônico (Slater, 1963). O tratamento é semelhante ao da esquizofrenia, tanto farmacológico como psicossocial (Nadkarni *et al.*, 2007).

Na literatura, a psicose alternante é definida como uma psicose breve que surge em associação temporal com a redução ou mesmo parada das crises epiléticas. Embora seja muito descrita na literatura por suas peculiaridades, parece ser rara sua apresentação (Ramani, Gumnit, 1982; Schmitz, Wolf, 1995). O quadro clínico inicia-se com fenômenos premonitórios, como: ansiedade, insônia e sensação de opressão que vão se reduzindo em intensidade e dando espaço para fenômenos psicóticos progressivamente pronunciados, como delírios persecutórios, alucinações auditivas e uma série de sintomas afetivos (Ramani, Gumnit, 1982; Wolf, 1984; Pakalnis *et al.*, 1987). A epilepsia inicia-se em média 10 anos antes do desenvolvimento da psicose alternante (Kanemoto *et al.*, 1996).

Segundo Matsuura *et al.* (2000), as psicoses associadas à epilepsia podem ser resultantes de uma complexidade de fatores, sendo difícil classificar cada paciente de

acordo com um critério. Quando isto é feito, diferentes apresentações psicopatológicas, com cursos clínicos variados e fatores causais diversos acabam sendo incluídos na mesma categoria.

As diferentes formas de apresentação dos transtornos psicóticos associados à epilepsia têm diferentes intensidades, sintomas e manifestações. Além da relação temporal com crises epiléticas os transtornos psicóticos sofrem influência da sua relação com EEG, drogas antiepiléticas, lobectomia temporal, tipo de epilepsia (epilepsia de lobo temporal mesial), presença de retardo mental e história de insultos ao SNC (Sachdev, 1998, Kanemoto *et al.*, 2000; Matsuura *et al.*, 2000; (Krishnamoorthy, 2000).

A criação de classificações multiaxiais constituiu-se em grande avanço no diagnóstico psiquiátrico. Cada eixo pode ser categorial ou dimensional. Os eixos utilizados são síndrome psiquiátrica, doenças físicas, estressores psicossociais, nível intelectual, etiologia, curso e evolução da doença (Wang *et al.*, 2007).

Em 1988, Neppe e Tucker propuseram um sistema classificatório multiaxial para os transtornos mentais associados à epilepsia, baseado na DSM III-R, sendo composto por cinco eixos categoriais, cada um descrevendo aspectos do transtorno mental, da epilepsia e do tratamento de ambos. Nesse mesmo trabalho, Neppe e Tucker fazem uma proposta classificatória específica para psicose apoiada em seu curso clínico e psicopatologia (Neppe & Tucker, 1988). (Anexo 2).

Matsuura *et al.* (2000) propuseram uma classificação composta por cinco eixos: variáveis da epilepsia (tipo de epilepsia e lateralidade do foco), variáveis psicopatológicas (tipo de psicose pela CID 10 e curso clínico), variáveis do EEG (sua

relação temporal e alterações do traçado), fatores precipitantes (comorbidades psiquiátricas, personalidades orgânicas específicas, alterações nas DAE e fatores psicossociais), e base orgânica (distúrbios de inteligência, história de insulto ao SNC e anormalidade na tomografia computadorizada ou ressonância magnética). (Anexo 3)

Marchetti *et al.* (1999) propuseram o sistema de diagnóstico multiaxial neuropsiquiátrico do PRONEPSI que acrescentou aos propostos por Neppe e Matsuura, uma avaliação mais profunda da funcionalidade do paciente, tanto em relação ao transtorno mental como em relação à epilepsia, o que vai de encontro às propostas deste trabalho.

A versão atual do diagnóstico multiaxial neuropsiquiátrico do PRONEPSI é composto de três eixos principais: problemas mentais, epilepsia e avaliação funcional. Em relação aos sistemas antecessores, ele aborda de maneira mais profunda a funcionalidade do paciente tanto em relação ao transtorno mental como em relação à epilepsia, o que vai de encontro às propostas de uma avaliação com enfoque dimensional, além do enfoque categorial desses quadros. (Anexo 4)

2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

- 2.1. Escassos estudos sobre epilepsia e transtornos psicóticos, com uma abordagem neuropsiquiátrica multiaxial diagnóstica.
- 2.2. A aplicação de um instrumento (diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial do PRONEPSI) que conta com um eixo de avaliação de gravidade funcional com o objetivo de demonstrar empiricamente o maior comprometimento funcional dos pacientes com transtornos psicóticos, em relação aos pacientes com outros transtornos mentais.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto clínico da presença de transtornos psicóticos em pacientes com epilepsia por intermédio do roteiro de diagnóstico multiaxial do PRONEPSI (Programa de neuropsiquiatria).

3.2 Objetivos específicos

- 3.2.1. Avaliar por meio do diagnóstico multiaxial do PRONEPSI as características clínicas dos pacientes com psicose e epilepsia em comparação com pacientes com epilepsia e outros transtornos mentais.
- 3.2.2. Avaliar a gravidade funcional dos pacientes com epilepsia e transtornos psicóticos em relação aos pacientes sem transtornos psicóticos.
- 3.2.3. Avaliar as características clínicas e a gravidade funcional dos pacientes com psicose interictal e psicose pós-ictal.

4 HIPÓTESES

- 4.1. No grupo de pacientes com transtornos psicóticos, haverá maior taxa de retardo mental e epilepsia do lobo temporal com pior frequência de crises epiléticas.
- 4.2. Os pacientes com transtornos psicóticos apresentarão piores escores na avaliação funcional, determinada pela escala de avaliação global do funcionamento (AGF) (Anexo 5) e na subescala impacto do diagnóstico multiaxial do PRONEPSI.
- 4.3. Os pacientes com psicose interictal apresentarão piores escores na avaliação funcional, determinada pela escala AGF e na subescala Impacto do diagnóstico multiaxial do PRONEPSI em relação aos pacientes com psicose pós-ictal.

5 CASUÍSTICA E MÉTODO

5.1 Desenho do estudo

O estudo retrospectivo foi baseado na revisão de todos os prontuários atendidos no ambulatório do PRONEPSI (Programa de Neuropsiquiatria), pela médica pesquisadora. Dados relevantes da história clínica da epilepsia, do transtorno mental, da história de vida e resultados de exames complementares foram analisados.

5.2 Instituição

Este estudo incluiu pacientes que recebem tratamento para epilepsia e transtornos mentais no PRONEPSI, que tem suas atividades centradas no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP), entre o período de janeiro de 2007 a setembro de 2009.

O PRONEPSI é um ambulatório assistencial em um centro terciário universitário que atende pacientes com epilepsia e transtornos mentais desde 1992. Nos últimos 3 anos, o ambulatório ampliou seus atendimentos, passando a receber pacientes com transtornos mentais associados a outras doenças neurológicas. A entrada dos pacientes para o ambulatório ocorre por encaminhamento interno de outros serviços do Instituto de Psiquiatria, da rede ambulatorial regionalizada e do ambulatório de neurologia do HC-FMUSP.

5.3 Seleção de casos do estudo

Os prontuários de todos os pacientes atendidos no PRONEPSI entre o período de janeiro de 2007 a setembro de 2009, foram revisados, somando um total de 311 casos. Os pacientes atendidos no PRONEPSI são submetidos a uma anamnese padronizada realizada no decorrer dos primeiros atendimentos, composta de aspectos clínicos relevantes para o diagnóstico do transtorno mental e da epilepsia, assim como as questões da interface das duas doenças. Estas informações são colhidas com os pacientes e seus acompanhantes e registradas nos prontuários. (Anexo 6)

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

Dentre os 311 prontuários revisados, foram incluídos 143 casos, de acordo com os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

5.4.1 Critérios de inclusão

- Idade entre 18 e 65 anos
- Presença de epilepsia estabelecida pela por crises epiléticas não provocadas e recorrentes com confirmação eletrográfica e/ou clínica
- Presença de transtornos mentais associados à epilepsia

5.4.2 Critérios de exclusão

- Pacientes com tumores no SNC de crescimento rápido e natureza hipertensiva
- Pacientes com transtorno mental associado à intoxicação por mercúrio
- Pacientes com demências
- Uso de drogas ilícitas e/ou álcool nos últimos 6 meses anteriores à revisão dos prontuários
- Pacientes com crises não epiléticas psicogênicas

Foram excluídos 168 pacientes pelos seguintes motivos:

- 61 pacientes apresentavam diagnóstico de crises não epiléticas psicogênicas;
- 52 pacientes não apresentavam diagnóstico de epilepsia, ou seja, tinham outra comorbidade neurológica;
- 27 pacientes não apresentavam dados suficientes para o diagnóstico bem estabelecido da epilepsia ou do transtorno mental;
- 12 pacientes apresentavam transtorno mental associado à intoxicação por mercúrio;
- 9 pacientes apresentavam o diagnóstico de demência;

- 4 pacientes faziam uso de álcool ou outras drogas ilícitas nos últimos 6 meses;
- 3 pacientes tinham idade superior a 65 anos.

Os 143 pacientes da amostra dividiam-se em 55,9% (n=80) do sexo masculino e 44,1% do sexo feminino (n=63), descritos no Gráfico 1. A idade média dos pacientes foi de 45,59 anos, com idades variando entre 25 e 63 anos.

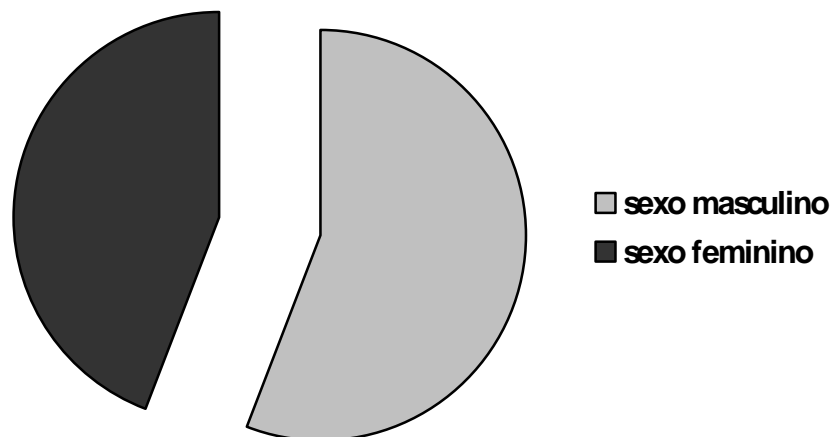


Gráfico 1 - Distribuição de sexo na população estudada

5.5 Divisão dos casos

Os 143 pacientes selecionados tiveram seus prontuários revisados e foram divididos em dois grupos para comparação das variáveis clínicas e de avaliação da gravidade funcional. Um grupo composto por pacientes com diagnóstico de epilepsia e transtornos psicóticos (n=82) e outro grupo composto por pacientes com epilepsia e outro transtorno mental (n=61).

O grupo composto de pacientes com transtornos psicóticos foi novamente dividido, segundo sua relação temporal com as crises epiléticas. Sendo realizada novamente a comparação dos dados clínicos e de gravidade funcional apenas entre os pacientes com psicose interictal (n=53) e psicose pós-ictal (n=17).

5.6 Diagnósticos

5.6.1 Diagnóstico das epilepsias

O diagnóstico de epilepsia foi realizado, segundo a classificação das epilepsias e síndromes epiléticas da “International League against Epilepsy” (ILAE) (Comission 1989) (Anexo 7).

Os diagnósticos foram confirmados por exames subsidiários solicitados, de acordo com a complexidade diagnóstica dos casos. Os seguintes exames foram usados:

- EEG interictal
- Ressonância Magnética de encéfalo (RM)

- Video-EEG
- SPECT interictal e ictal
- Avaliação neuropsicológica (realizada pelo serviço de Psicologia do Instituto de Psiquiatria – HCFMUSP)

5.6.2 Diagnóstico dos transtornos psicóticos

O diagnóstico dos transtornos psicóticos foi realizado por meio da avaliação clínica dos pacientes, sob o consenso de três dos seis psiquiatras da equipe. Psicose foi definida, segundo o glossário da DSM IV, como a presença de delírios e alucinações proeminentes, discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico (APA, 1994).

A classificação utilizada foi a CID 10, sendo utilizadas as categorias sem o julgamento clínico da sua associação com a epilepsia. Isso foi realizado para promover uma melhor descrição psicopatológica das psicoses e não considerar uma etiopatogenia presumida. As categorias utilizadas foram: esquizofrenia paranoide, esquizofrenia hebefrênica, esquizofrenia catatônica, esquizofrenia residual, esquizofrenia indiferenciada, transtorno delirante persistente, psicose breve e transtorno esquizoafetivo.

Quanto à relação temporal entre as crises epiléticas e os transtornos psicóticos, os pacientes foram divididos em psicose pós-ictal, ictal, interictal, alternante, bimodal e transformada.

Psicose pós-ictal foi definida como uma psicose breve, autolimitada e de início abrupto. É caracterizada pela presença de sintomas afetivos, delírios religiosos ou grandiosos e alucinações auditivas. Inicia-se, após uma crise epilética ou uma série delas, com um intervalo lúcido de até 72h. A duração dos sintomas psicóticos pode ser de algumas horas a um mês, podendo ser acompanhada de um estreitamento da consciência, com amnésia posterior.

A psicose ictal foi definida como um quadro psicótico breve, de início abrupto e autolimitado, resultado de uma crise ou um estado de mal epilético (parcial complexo ou de ausência). Alterações da percepção, comportamentais, cognitivas e afetivas, automatismos oro-mastigatórios e manuais, discurso escasso ou mutismo, com alterações da consciência ou amnésia para o período são observadas.

A psicose interictal foi definida, como uma psicose de início insidioso, com psicopatologia semelhante à esquizofrenia, delírios e alucinações sem alteração do nível de consciência, comportamento bizarro ou desorganizado, alteração formal do pensamento, sintomas de primeira ordem de Schneider com curso crônico. A apresentação psicótica independe da frequência de crises epiléticas, podendo ocorrer mesmo em pacientes com crises controladas.

Psicose alternante foi definida como uma psicose breve que surge em associação temporal com a redução ou parada das crises epiléticas. O quadro clínico inicia-se com fenômenos premonitórios, como ansiedade, insônia e sensação de opressão que vão se reduzindo em intensidade e dando espaço para fenômenos psicóticos progressivamente pronunciados, como delírios persecutórios, alucinações

auditivas e uma série de sintomas afetivos. Com o retorno das crises, os sintomas psicóticos desaparecem.

Psicose bimodal foi definida pela presença concomitante da apresentação clínica de uma psicose pós-ictal e interictal. Os sintomas podem acontecer de maneira independente ou concomitante, como por exemplo, uma psicose interictal que tem sua sintomatologia exacerbada após uma nova crise.

Psicose transformada foi definida como uma psicose que se iniciou como pós-ictal e cujas manifestações, com o passar do tempo, tornaram-se independente da ocorrência das crises epiléticas. A apresentação clínica tornou-se crônica.

5.6.3 Diagnóstico dos demais transtornos mentais

O diagnóstico dos demais transtornos mentais foi realizado também por avaliação clínica dos pacientes, sob o consenso de três dos seis psiquiatras da equipe. A classificação utilizada foi a CID 10, sendo empregadas as categorias sem o julgamento clínico de sua associação com a epilepsia, visando a uma melhor descrição psicopatológica, sem a consideração da etiopatogenia presumida.

5.7 Instrumentos e variáveis utilizadas

5.7.1 Diagnóstico Neuropsiquiátrico Multiaxial do PRONEPSI

Todo paciente recebe uma classificação, de acordo com o diagnóstico multiaxial do PRONEPSI. Sempre realizado em consenso entre, pelo menos, três dos seis psiquiatras da equipe.

O diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial do PRONEPSI foi desenvolvido apoiado nas propostas classificatórias das psicoses associadas à epilepsia (Neppe & Tucker, 1988; Matsuura *et al.*, 2000), que propunham classificações baseadas em eixos descritivos específicos de epilepsia (relação com EEG, relação temporal com as crises e avaliação dos fatores causais) e eixos específicos para a avaliação dos transtornos mentais (psicopatologia e curso clínico).

O diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial do PRONEPSI é um instrumento para avaliação com eixos categoriais e dimensionais para pacientes com epilepsia. É composto de três eixos principais:

Eixo I – Problemas Mentais

Esse eixo é composto por seis subdivisões que visam à descrição do transtorno mental

- 1A. Diagnóstico de problemas/síndromes/transtornos mentais: foram classificados, segundo a CID 10.

-
- 1B. Curso (episódio único/recorrente/crônico): descreve o curso clínico do transtorno mental.
 - 1C. Resultado atual (remissão (sem medicação)/remissão sob tratamento/ativo leve/ ativo moderado/ ativo grave): descreve o estado clínico atual do paciente avaliado pelo médico.
 - 1D. Relação temporal com as crises (pós-ictal/interictal/bimodal/transformação interictal): avalia a relação temporal entre o transtorno mental e a ocorrência de crises epiléticas.
 - 1E. Relação temporal com EEG (desconhecida/interictal inalterada/interictal piorada/interictal melhorada/ictal/status): avalia a relação entre o aparecimento do transtorno mental e a ocorrência de mudança do padrão eletroencefalográfico, de acordo com a avaliação visual do traçado por um eletroencefalografista treinado. O aumento ou redução da frequência de descargas interictais ou a ocorrência de estado de mal eletrográfico foi investigado.
 - 1F. Fatores de risco (história familiar/epilepsia/retardo/insulto SNC/DAE/cirurgia de epilepsia/fatores psicossociais): avaliam as possíveis causas associadas ao surgimento dos transtornos mentais.
 - 1F.a. História familiar: foi considerada, como fator de risco quando houve familiares (pais, irmãos, filhos, tios e avós) com transtornos mentais assemelhados.

-
- 1F.b. Epilepsia: a epilepsia foi considerada, como fator causal do transtorno mental quando existia uma relação temporal estreita entre o início da sintomatologia psiquiátrica e as crises epiléticas, de maneira estereotipada, ou quando existiam evidências epidemiológicas entre a associação do transtorno mental em questão e o tipo de síndrome epilética.
- 1F.c. Retardo Mental: foi diagnosticado clinicamente, segundo os critérios da CID 10: parada do desenvolvimento ou desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual, caracterizados essencialmente por um comprometimento, durante o período de desenvolvimento, das faculdades que determinam o nível global de inteligência, isto é, das funções cognitivas, de linguagem, da motricidade e do comportamento social.
- 1F.d. Insulto ao SNC: foi considerado trauma de crânio com alteração do nível de consciência, meningite, encefalite, trauma de parto, anóxia, status epilético, paralisia cerebral ou evidências de insultos ao SNC no exame neurológico ou em exames subsidiários.
- 1F.e. DAE: foi realizado um julgamento clínico de que a introdução, aumento, retirada, intoxicação e DAE específicas foram fatores causais do transtorno mental.
- 1F.f. Cirurgia de epilepsia: quando ocorreu o surgimento ou piora do transtorno mental no primeiro ano, após a cirurgia.

1F.g. Fatores psicossociais: quando um problema psicossocial foi relacionado ao desenvolvimento ou manutenção do transtorno mental.

Eixo II – Epilepsia

Este eixo refere-se à descrição clínica dos aspectos relacionados à epilepsia.

- 2A. Diagnóstico de Crises: tipo de crise mais frequente que o paciente apresentou ao longo da vida, de acordo com a classificação de crise epilépticas da “Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy” (Comission 1981) (Anexo 8)
- 2B. Diagnóstico de síndrome epiléptica: diagnóstico de acordo com a classificação das epilepsias e síndromes epilépticas da “Comission on Classification and Terminology of the International League against Epilepsy” (Comission 1989). No diagnóstico de síndrome, foram incluídas a topografia e a lateralidade do foco epiléptico nas epilepsias focais, estabelecidos pelo vídeo-EEG, quando disponível e pelos dados provenientes da clínica, RM e EEG interictal.
- 2C. Resultado atual (remissão/remissão sob tratamento/ativo leve/ ativo moderado/ ativo grave): descreve o estado clínico atual do paciente avaliado pelo médico.

Eixo III – Avaliação funcional

Este eixo abrange o comprometimento tanto relacionado à epilepsia como pelo transtorno mental através de três subitens:

- 3A. Frequência de crises epiléticas (pior, melhor e atual): registro da frequência de crises epiléticas apresentadas pelo paciente ao longo da vida.
- 3B. Escore na escala Avaliação Global do Funcionamento (AGF) (pior, melhor e atual) (Anexo 9): escala do eixo V da DSM-IV. Registro do funcionamento global apresentado pelo paciente.
- 3C. Impacto (médico/cognitivo/vocacional/profissional/social/pessoal/familiar): cada um destes subitens foi classificado como presente ou ausente.
 - 3C.a. Médico: qualquer alteração clínica significativa decorrente da epilepsia, do transtorno mental ou de seus tratamentos (ex.: fraturas, queimaduras, intoxicações medicamentosas, efeitos colaterais graves, itc).
 - 3C.b. Cognitivo: queixas cognitivas ou comprometimentos observáveis clinicamente nas seguintes esferas: atenção, concentração, memória, linguagem, aprendizado ou lentidão.
 - 3C.c. Vocacional: impossibilidade de alcançar a meta vocacional planejada em função de crises, efeito de DAE, problemas cognitivos ou restrições sociais exageradas.

-
- 3C.d. Profissionais: desemprego, subemprego ou dificuldades no emprego em razão da epilepsia ou transtorno mental.
- 3C.e. Social: número restrito ou inexistência de relações sociais significativas.
- 3C.f. Pessoal: perda da autonomia, dificuldade de locomover-se sem estar acompanhado, autocuidado prejudicado, percepção de estigma ou autoestigma.
- 3C.g. Familiar: problema no desempenho dos papéis familiares, deterioração das relações familiares, perdas econômicas e financeiras ou comprometimento da saúde física e mental da família.
- 3D. Quantidade de ocorrências ao longo da vida de:
- Estado de mal epilético: crise epilética com duração maior de 30 minutos ou várias crises sem que ocorra recuperação entre elas.
 - Número de internações psiquiátricas
 - Número de tentativas de suicídio
 - Número de tentativas de homicídio

6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente a distribuição das variáveis foi analisada com o teste de Kolmogorov-Smirnov, para checar a normalidade das variáveis. As variáveis dependentes foram descritas em termos de porcentagem, media e dispersão (média com desvio-padrão).

Os pacientes com epilepsia e transtornos psicóticos foram comparados com os pacientes com outros transtornos mentais em relação às variáveis sociodemográficas, clínicas e variáveis do diagnóstico multiaxial. Variáveis categoriais foram analisadas com o teste Qui-Quadrado de Pearson. A normalidade das variáveis contínuas foi verificada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov e analisada ,pelo teste *t-student* ou pelo teste *Mann-Whitney*. O nível de significância foi estabelecido em 5%. A análise estatística foi realizada com o uso do programa estatístico SPSS versão 14 (SPSS, Inc., Chicago, IL). As mesmas variáveis foram analisadas no subgrupo de pacientes com psicose interictal e psicose pós-ictal.

7 RESULTADOS

7.1 Comparação entre o grupo com epilepsia e transtorno psicótico e o grupo com epilepsia e outro transtorno mental

7.1.1 Características sociodemográficas

A amostra foi composta de 58,5% de homens no grupo de pacientes com epilepsia e transtornos psicóticos e de 52,5% no grupo com epilepsia e outros transtornos mentais ($\chi^2=0,524$, $df=1$, $p=0,469$). A análise de distribuição da idade atual e a escolaridade estão descritas nos dados da Tabela 1. A escolaridade mostrou-se significativamente menor entre os pacientes com transtornos psicóticos ($p=0,016$).

Tabela 1 - Características sociodemográficas da população estudada

CARACTERÍSTICAS	PACIENTES COM EPILEPSIA nt = 143		U	Z	p
	T. psicóticos (n=82)	outros TM (n=61)			
	média (\pm DP)	média (\pm DP)			
Idade (anos)	43,13 (10,30)	41,82 (11,03)	2231,500	-1,10	0,271
Escolaridade (anos)	6,91 (3,96)	8,39 (4,1)	1841,000	-2,41	0,016

nt = número total da amostra, n = número de pacientes, TM = transtorno mental, DP = desvio padrão

7.1.2 Antecedentes familiares

Dos 143 pacientes estudados, 44,1% apresentavam história familiar de epilepsia, não havendo diferença estatisticamente significante entre os grupos com transtornos psicóticos (50,7%), e o grupo com outros transtornos mentais (34,6%) ($p=0,073$). Houve diferença estatisticamente significante na porcentagem de antecedentes familiares de psicose, com 35,6% para os pacientes com transtornos psicóticos contra 15,4% para os pacientes com outros transtornos mentais ($p=0,012$). Os dados da Tabela 2 apresentam a distribuição de antecedentes familiares.

Tabela 2 - Distribuição de antecedentes familiares

HISTORIA FAMILIAR	PACIENTES COM EPILEPSIA		χ^2	df	p
	nt = 143				
	T. psicóticos (N=82) n (%)	outros TM (N=61) n (%)			
Epilepsia	38 (50,7%)	18 (34,6%)	3,21	1	0,073
T. psicóticos	26 (35,6%)	8 (15,4%)	6,27	1	0,012

nt = número total da amostra, n = número de pacientes, TM = transtorno mental, % = proporção na amostra

7.1.3 Idade de início dos transtornos

Podemos observar as idades de início da epilepsia e dos transtornos psicóticos na tabela 3. A idade média de início da epilepsia entre os pacientes com transtornos psicóticos foi de 10,79 (DP=9,5) e entre os pacientes com outros transtornos mentais foi de 13,9 (DP=12,25). Já a idade de início do transtorno psicótico foi em média de 29,26 anos (DP=12,51), e a idade de início dos demais transtornos mentais foi de 29,38 (DP=10,92), não havendo diferença estatisticamente significativa

A diferença em anos entre o início da epilepsia e do transtorno psicótico foi de 18,46 (DP=13,35), e entre o início da epilepsia e dos demais transtornos mentais foi de 15,47 (DP=13,46). Não houve diferença estatisticamente significativa entre esses dois grupos ($p=0,111$). Em três pacientes, o transtorno psicótico iniciou-se antes da epilepsia e, em dois casos, o início dos transtornos foi concomitante. Em dois pacientes, o transtorno depressivo precedeu o surgimento da epilepsia e, em quatro casos os transtornos iniciaram-se ao mesmo tempo, um destes, após um TCE. Dois pacientes desenvolveram transtorno de personalidade orgânica concomitante ao início das crises epiléticas.

Tabela 3 - Distribuição da idade de início dos transtornos

IDADES (anos)	PACIENTES COM EPILEPSIA nt = 143		U	Z	P
	T. psicóticos (n=82) média (±DP)	outros TM (n=61) média (±DP)			
Início da epilepsia	10,79 (9,5)	13,9 (12,25)	2231,500	-1,10	0,271
Início do transtorno mental ^f	29,26 (12,51)	29,38 (10,92)	0,60 ^f	141 ^f	0,952 ^f
Diferença de idades entre epilepsia e TM ^f	18,46 (13,35)	15,47 (13,46)	1,31 ^f	141 ^f	0,111 ^f

nt = número total da amostra, n = número de pacientes, TM = transtorno mental, DP = desvio padrão, ^f = Teste T

7.1.4 Elementos descritivos dos transtornos mentais pelo eixo 1 do diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial

No grupo de 82 pacientes com transtornos psicóticos, a divisão dos diagnósticos pela CID 10 deu-se da seguinte maneira: 35,5% com esquizofrenia paranóide, 14,6% com esquizofrenia hebefrênica, 2,4% com esquizofrenia residual, 9,7% com esquizofrenia indiferenciada, 9,7% com transtorno delirante persistente, 23,2% com psicose breve e 4,9% com transtorno esquizoafetivo.

No grupo de 61 pacientes com outros transtornos mentais, a divisão apresentou-se: 39,3% com transtorno depressivo recorrente, 26,2% com episódios depressivos, 9,8% com transtorno orgânico da personalidade, 8,2% com transtorno afetivo bipolar, 3,3% com ansiedade generalizada, 5% com transtorno obsessivo-

compulsivo, 5% com síndrome pós-traumática, 1,6% com transtorno de pânico e 1,6% outros transtornos de hábito e impulso.

O curso clínico encontrado pelos pacientes com transtornos psicóticos em sua maioria foi recorrente (57,3%), seguido pelas apresentações crônicas (36,6%). Apenas 6,1% tiveram um episódio único. Da mesma maneira, nos pacientes com outros transtornos mentais, as apresentações recorrentes foram as mais encontradas (50,8%), seguidas pelas crônicas (42,6%). Apenas 6,6% desses pacientes tiveram um episódio único.

Nos dados da Tabela 4 é apresentada a distribuição da relação temporal entre as crises epiléticas e o início do transtorno mental. Para ambos os grupos a maioria das apresentações foi interictal. Nos pacientes com transtornos psicóticos, 64,6% e nos pacientes com outros transtornos mentais 86,9%.

Tabela 4 - Relação temporal entre crises epiléticas e o início do transtorno mental

RELAÇÃO TEMPORAL	PACIENTES COM EPILEPSIA	
	nt = 143	
	T. psicóticos (N=82) n (%)	outros TM (N=61) n (%)
Interictal	53 (64,6%)	53 (86,9%)
Pós-ictal	17 (20,7)	1 (1,6%)
Bimodal	6 (7,3%)	7 (11,5%)
Transformada	5 (6,1%)	0
Ictal	1 (1,2%)	0

nt = número total da amostra, n = número de pacientes, TM = transtorno mental, % = proporção na amostra

A grande maioria dos pacientes não foi submetida (74,1%) ao EEG no período de sintomatologia psiquiátrica ativa. Os dados da Tabela 5 apresentam os dados encontrados em prontuários das comparações dos EEG.

Tabela 5 - Relação entre a presença de sintomatologia psiquiátrica e alterações eletroencefalográficas

Relação com EEG	PACIENTES COM EPILEPSIA nt = 143	
	T. psicóticos (N=82) n (%)	outros TM (N=61) n (%)
Desconhecido	56 (68,3%)	50 (82%)
Inalterado	17 (20,7%)	6 (9,8%)
Status	6 (7,3%)	5 (8,2%)
Piorado	2 (3,7%)	0
Melhorado	0	0

nt = número total da amostra, n = número de pacientes, TM = transtorno mental, % = proporção na amostra

A seguir, são descritos os resultados dos possíveis fatores causais para o desenvolvimento do transtorno mental.

Os antecedentes familiares de transtorno mental foram encontrados em 29,6% dos pacientes psicóticos e em 54,1% dos pacientes com outros transtornos mentais (p=0,04).

A epilepsia foi considerada como fator causal associado ao desenvolvimento da psicose em 69,1% dos pacientes com psicose e em 36,1% dos outros transtornos mentais, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,000$).

A parcela de pacientes que recebeu o diagnóstico de retardo mental, foi significativa maior no grupo de pacientes com psicose (33,3%) contra apenas 11,5% nos pacientes com outros transtornos mentais ($p = 0,03$).

História de insultos ao SNC foi evidenciada em 45% dos pacientes com transtornos psicóticos e em 27,9% dos pacientes com outros transtornos mentais, diferença estatisticamente significativa ($p = 0,037$).

DAE foram desencadeantes dos transtornos mentais em 9,9% dos pacientes transtornos psicóticos e 13,1% dos pacientes com outros transtornos mentais ($p = 0,546$).

A cirurgia para o tratamento de epilepsias refratárias por EMT foi considerado fator relacionado ao surgimento e/ou agravamento dos transtornos mentais em 6,2% dos pacientes com transtornos psicóticos e em 23% dos pacientes com outros transtornos mentais ($p = 0,004$).

Os fatores psicossociais mostraram-se envolvidos na gênese dos transtornos mentais em 17,3% dos pacientes com transtornos psicóticos e em 77 % dos pacientes com outros transtornos mentais, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,000$).

O dados acima estão apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 - Fatores associados ao desenvolvimento do transtorno mental

FATORES RELACIONADOS	PACIENTES COM EPILEPSIA		χ^2	df	p
	nt = 143				
	T. psicóticos (N=82) n (%)	outros TM (N=61) n (%)			
Antecedentes familiares para TM	21 (29,6%)	33 (54,1%)	8,16	1	0,004
Epilepsia	56 (69,1%)	22 (36,1)	15,37	1	<0,000
Retardo mental	27 (33,3%)	7 (11,5%)	9,12	1	0,03
Insulto ao SNC	36 (45%)	17 (27,9%)	4,33	1	0,037
DAE	8 (9,9%)	8 (13,1%)	0,36	1	0,54
Cirurgia de epilepsia	5 (6,2%)	15 (23%)	8,45	1	0,004
Fatores psicossociais	14 (17,3%)	47 (77%)	50,72	1	<0,000

nt = número total da amostra, n = número de pacientes, TM = transtorno mental, % = proporção na amostra

7.1.5 Elementos descritivos da epilepsia pelo eixo 2 do diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial

Foram encontrados na sua maioria epilepsias de início parcial, com maior frequência de crises parciais complexas e crises secundariamente generalizadas. Nos dados da Tabela 7, observa-se a descrição dos tipos de crise da população estudada.

Tabela 7 - Distribuição dos diagnósticos de crises epiléticas

TIPO DE CRISE EPILÉPTICA	PACIENTES COM EPILEPSIA nt = 143	
	T. psicóticos (N=82) n (%)	outros TM (N=61) n (%)
Crise parcial complexa	57 (70,4%)	33 (54,1%)
Crise secundariamente generalizada	21 (25,9%)	24 (39,3%)
Crise generalizada	1 (1,2%)	3 (4,9%)
Crise indeterminada	2 (2,5%)	1 (1,6%)

nt = número total da amostra, n = número de pacientes, TM = transtorno mental, % = proporção na amostra

A síndrome epiléptica mais frequente em ambos os grupos foi a epilepsia de lobo temporal, presente em 85,4% dos pacientes com transtornos psicóticos e em 77% dos pacientes com outros transtornos mentais. Os dados da Tabela 8 descrevem o diagnóstico de síndromes epiléticas em todos os pacientes.

Tabela 8 - Distribuição das síndromes epiléticas na população estudada

SÍNDROME EPILÉPTICA	PACIENTES COM EPILEPSIA nt = 143	
	T. psicóticos (N=82) n (%)	outros TM (N=61) n (%)
Temporal	70 (85,4%)	47 (77%)
Parietal	4 (4,9%)	3 (4,9%)
Frontal	2 (2,4%)	7 (11,5%)
Occipital	1 (1,2%)	0
Multifocal	2 (2,4%)	0
Generalizada	1 (1,2%)	3 (4,9%)
Indeterminada	2 (2,4%)	1 (1,6%)

nt = número total da amostra, n = número de pacientes, TM = transtorno mental, % = proporção na amostra

A etiologia mais observada foi a esclerose mesial temporal, presente em 63,2% dos pacientes com transtornos psicóticos e em 44,2% dos pacientes com outros transtornos mentais. Os dados da Tabela 9 descrevem a distribuição das etiologias da epilepsia.

Tabela 9 - Distribuição das etiologias das epilepsias na população estudada

ETIOLOGIA DA EPILEPSIA	PACIENTES COM EPILEPSIA nt = 143	
	T. psicóticos (N=82) n (%)	outros TM (N=61) n (%)
Esclerose mesial temporal	48 (63,2%)	23 (44,2%)
Criptogênica	20 (26,3%)	34 (26,9%)
Mal formação	2 (2,6%)	4 (7,7%)
Tumor de baixo crescimento	2 (2,6%)	4 (7,7%)
TCE	2 (2,6%)	4 (7,7%)
Infecção	1 (1,3%)	0
Idiopática	1 (1,3%)	3 (5,8%)

nt = número total da amostra, n = número de pacientes, TM = transtorno mental, % = proporção na amostra

A lateralidade do foco epilético foi estabelecida nos pacientes com transtorno psicótico da seguinte maneira: 46,9% com foco à esquerda, 31,6% à direita e 15,2% com foco bilateral. Nos pacientes com outros transtornos mentais, 47,2% apresentavam foco à direita, 43,4% à esquerda e 1,9% bilateral. Nos demais casos a lateralidade do foco não se aplica (por exemplo nos pacientes com epilepsias generalizadas, multifocais ou indeterminadas). Os dados da Tabela 10 discriminam a lateralidade do foco epilético desta população.

Tabela 10 - Lateralidade do foco epilético entre a população estudada

LATERALIDADE	PACIENTES COM EPILEPSIA	
	nt = 143	
	T. psicóticos (N=82) n (%)	outros TM (N=61) n (%)
Esquerda	37 (46,9%)	24 (43,4%)
Direita	25 (31,6%)	25 (47,2%)
Bilateral	12 (15,2%)	1 (1,9%)
Não se aplica	5 (6,3%)	4 (7,5%)

nt = número total da amostra, n = número de pacientes, TM = transtorno mental, % = proporção na amostra

7.1.6 Elementos descritivos da avaliação funcional pelo eixo 3 do diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial

Os pacientes com epilepsia e transtornos psicóticos apresentaram uma média de 41,89 crises por semana (DP=82,02) nos piores períodos da doença e uma média de 1,31 crises por semana (DP=3,75) nos melhores períodos da doença. Os pacientes com epilepsia e outros transtornos mentais apresentaram uma média de 54,96 crises por semana (DP=96,25) nos piores períodos da doença e uma média de 2,78 crises por semana (DP=12,23) nos melhores períodos da doença. Não foi observada significância estatística para a diferença entre as médias de crises semanais nos piores períodos da doença dos grupos ($p=0,551$) nem para a diferença entre as médias nos melhores períodos ($p=0,356$).

A média obtida na escala AGF durante o pior período da doença foi de 26,88 (DP=12,38) nos pacientes com transtornos psicóticos e de 38,62 (DP=16,37) nos pacientes com outros transtornos mentais ($p=0,001$). A média obtida na escala AGF durante o melhor período da doença foi de 64,5 (DP=15,17) e 73,28 (DP=12,62), nos respectivos grupos ($p=0,001$).

Os pacientes com transtornos psicóticos apresentaram maiores escores de comprometimento geral em comparação aos pacientes com outros transtornos mentais. A diferença foi estatisticamente significativa nas categorias de impacto cognitivo, vocacional e pessoal. Os dados da Tabela 11 apresentam a distribuição dos diferentes tipos de impacto observados na população estudada.

Tabela 11 - Distribuição dos diferentes tipos de impacto observados na população estudada

IMPACTO	PACIENTES COM EPILEPSIA		χ^2	DF	p
	nt = 143				
	T. psicóticos (N=82) n (%)	outros TM (N=61) n (%)			
Médico	65 (80,2%)	44 (73,3%)	0,93	1	0,33
Cognitivo	72 (87,8%)	40 (66,7%)	9,29	1	0,002
Vocacional	48 (59,3%)	19 (31,7%)	10,52	1	0,001
Profissional	70 (85,4%)	47 (78,3%)	1,81	1	0,277
Social	77 (93,9%)	52 (86,7%)	2,18	1	0,14
Pessoal	59 (72%)	31 (51,7%)	6,14	1	0,013
Familiar	65 (79,3%)	46 (76,7%)	0,137	1	0,711

nt = número total da amostra, n = número de pacientes, TM = transtorno mental, % = proporção na amostra

A média de tentativas de suicídio foi de 1,07 (DP=2,33) nos pacientes com transtornos psicóticos e de 1,35 (DP=4,23) nos pacientes com outros transtornos mentais (p=0,559). 38,15% dos pacientes psicóticos e 30,8% dos pacientes com outros transtornos mentais tentaram suicídio, pelo menos, uma vez ao longo da vida (p=0,454).

A média de tentativas de homicídio nos pacientes com transtornos psicóticos foi de 0,37 (DP=1,13) e de 0,07 (DP=0,37) nos pacientes com outros transtornos mentais, sendo a diferença estatisticamente significativa (p=0,018). 17,56% dos pacientes psicóticos e 3,63% dos pacientes com outros transtornos mentais tentaram cometer homicídio, pelo menos, uma vez ao longo da vida (p=0,023).

A média de estados de mal epilético apresentada pelos pacientes com transtornos psicóticos foi de 1,07 (DP=2,44) e de 0,32 (DP=0,84) (p=0,019). 39,24%

dos pacientes psicóticos e 20% dos pacientes com outros transtornos mentais apresentaram estados de mal epiléticos, pelo menos, uma vez.

Quanto ao número de internações psiquiátricas, 56,57% dos pacientes com transtornos psicóticos e 30,9% dos pacientes com outros transtornos mentais estiveram sob regime de internação, pelo menos, uma vez. A média de internações foi de 1,58 (DP=1,9) nos pacientes com psicóticos e de 0,71 (DP=1,30) (p=0,002). Os dados da Tabela 12 resumem os achados dos demais tipos de impacto na população estudada.

Tabela 12 - Distribuição dos demais tipos de impacto observados na população estudada

IMPACTO	PACIENTES COM EPILEPSIA		U	Z	p
	nt = 143				
	psicóticos média (DP)	outros TM média (DP)			
Pior frequência de crises	41,89 (82,02)	54,96 (96,25)	2220,500	-0,59	0,551
Melhor frequência de crises	1,31 (3,75)	2,78 (12,23)	2229,500	-0,92	0,356
Pior AGF	26,88 (12,38)	38,62 (16,37)	1424,000	-3,96	<0,000
Melhor AGF	64,5 (15,17)	73,28 (12,62)	1570,500	-3,31	0,001
Numero de tentativas de suicídio	1,07 (2,33)	1,35 (4,23)	1983,500	-0,58	0,559
Numero de tentativas de homicídio	0,37 (1,13)	0,07 (0,37)	1783,000	-2,37	0,018
Numero de internações psiquiátricas	1,58 (1,19)	0,71 (1,30)	1499,500	-3,11	0,002
Números de estados de mal epilético	1,07 (2,44)	0,32 (0,84)	1774,000	-2,33	0,019

n = número de pacientes, DP = desvio-padrão

7.2 Comparação entre o subgrupo com psicose pós-ictal e psicose interictal

7.2.1 Características sociodemográficas

A porcentagem de homens no grupo de pacientes com psicose interictal foi de 54,7% e de 64,7% no grupo de pacientes com psicose pós-ictal ($X^2=0,524$, $df=1$, $p=0,469$). A análise da idade atual e escolaridade estão descritas na tabela 13, e não apresentaram diferenças estatisticamente significantes.

Tabela 13 - Características sociodemográficas da população com transtornos psicóticos

CARACTERÍSTICAS	PACIENTES COM EPILEPSIA E TRANSTORNOS PSICÓTICOS		U	Z	p
	nt = 70				
	Psicose pós-ictal (n=17) média (±DP)	Psicose interictal (n=53) média (±DP)			
Idade (anos) ^f	43,29 (12,21)	43,38 (10,13)	0,28 ^f	68 ^f	0,978 ^f
Escolaridade (anos)	7,18 (4,6)	6,8 (3,68)	419,000	-0,20	0,837

nt = número total da amostra, n = número de pacientes, TM = transtorno mental, DP = desvio padrão, % = proporção na amostra, *f* = teste T

7.2.2 Antecedentes familiares dos pacientes com transtornos psicóticos

Dos 70 pacientes com transtornos psicóticos, 43,8% com psicose pós-ictal e 56,3% com psicose interictal apresentavam história familiar para epilepsia ($p=0,386$). Houve diferença estatisticamente significativa na porcentagem de antecedentes familiares de psicose, estando presente em 42,6% dos pacientes com psicose interictal e 13,3% dos pacientes com psicose pós-ictal ($p=0,039$). Os dados da Tabela 14 apresentam a distribuição dos antecedentes familiares.

Tabela 14 - Distribuição dos antecedentes familiares nos pacientes com transtornos psicóticos

HISTORIA FAMILIAR	PACIENTES COM EPILEPSIA E TRANSTORNOS PSICÓTICOS		χ^2	df	p
	nt = 70				
	Psicose pós-ictal (n=17) n (%)	Psicose interictal (n=53) n (%)			
Epilepsia	7 (43,8%)	27 (56,3%)	0,75	1	0,386
T. psicóticos	2 (13,3%)	20 (42,6%)	4,24	1	0,039

nt = número total da amostra, n = número de pacientes, TM = transtorno mental, % = proporção na amostra

7.2.3 Idade de início dos transtornos nos pacientes com transtornos psicóticos

As idades de início da epilepsia e do transtorno psicótico podem ser observadas nos dados da Tabela 15.

A idade média de início da epilepsia entre os pacientes com psicose interictal foi de 10,45 (DP=8,51) e entre os pacientes com psicose pós-ictal foi de 13,12 (DP=12,94). Já a idade de início do transtorno psicótico foi, em média, de 28,53 anos (DP=11,82) nos pacientes com psicose interictal, e 32,35 anos (DP=14,82) nos pacientes com psicose pós-ictal, não havendo diferença estatisticamente significativa entre as idades de início.

A diferença, em anos, entre o início da epilepsia e do transtorno psicótico foi de 18,05 (DP=12,33) nos pacientes com psicose interictal e 19,37 (DP=17,16) nos pacientes com psicose pós-ictal ($p=0,733$). No grupo de pacientes com psicose interictal, três pacientes desenvolveram o transtorno psicótico antes da epilepsia e em um caso o início dos transtornos foi concomitante. No grupo de pacientes com psicose pós-ictal, um paciente apresentou o início do quadro psicótico concomitante ao surgimento da epilepsia.

Tabela 15 - Distribuição da idade de início dos transtornos nos pacientes com transtornos psicóticos

IDADES (anos)	PACIENTES COM EPILEPSIA		U	Z	p
	nt = 70				
	Psicose pós-ictal (n=17) média (±DP)	Psicose interictal (n=53) média (±DP)			
Início da epilepsia	13,12 (12,94)	10,45 (8,51)	408,500	-0,57	0,564
Início do T. psicótico ^f	32,35 (14,82)	28,53 (11,82)	-1,08 ^f	68 ^f	0,280 ^f
Diferença de idades entre epilepsia e T. psicótico ^f	18,05 (12,33)	19,37 (17,16)	-0,34 ^f	68 ^f	0,733 ^f

nt = número total da amostra, n = número de pacientes, TM = transtorno mental, DP = desvio-padrão, % = proporção na amostra, *f* = Teste T

7.2.4 Elementos descritivos dos transtornos mentais pelo eixo 1 do diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial

No subgrupo de pacientes com psicose interictal (n=53), a divisão dos diagnósticos pela CID 10 ocorreu da seguinte maneira: 41,5% com esquizofrenia paranóide, 18,9% com esquizofrenia hebefrênica, 15,1% com transtorno delirante persistente, 9,4% com esquizofrenia indiferenciada, 7,5% com psicose breve, 3,8% com esquizofrenia residual e 3,8% com transtorno esquizoafetivo.

No subgrupo de pacientes com psicose pós-ictal (n=17), a divisão dos diagnósticos pela CID 10 foi: 82,3% com psicose breve, 5,9% com esquizofrenia paranóide, 5,9% com esquizofrenia indiferenciada, 5,9% com transtorno esquizoafetivo.

Quanto ao curso clínico, todos os pacientes com psicose pós-ictal tiveram recorrência de sua apresentação. Nos caso dos pacientes com psicose interictal, 45,3% tiveram episódios recorrentes, 7,5% um episódio único e 47,2% evolução crônica.

A relação entre alteração eletroencefalográfica e o surgimento da sintomatologia psicótica também foi pouco esclarecedora, visto que a grande maioria dos pacientes não apresenta registro. A distribuição dos achados é descrita nos dados da Tabela 16 a seguir.

Tabela 16 - Relação entre a presença de sintomatologia psiquiátrica e alterações eletroencefalográficas nos pacientes com transtornos psicóticos

RELAÇÃO ENTRE EEG	PACIENTES COM EPILEPSIA E TRANSTORNOS PSICÓTICOS	
	nt = 70	
	Psicose pós-ictal (n=17) n (%)	Psicose interictal (n=53) n (%)
Desconhecido	11 (64,7%)	37 (69,8%)
Inalterado	2 (11,8%)	13 (24,5%)
Status	2 (11,8%)	3 (5,7%)
Piorado	2 (11,8%)	0
Melhorado	0	0

nt = número total da amostra, n = número de pacientes, TM = transtorno mental, % = proporção na amostra

A seguir, são descritos os resultados dos possíveis fatores causais para o desenvolvimento de transtornos psicóticos.

Os antecedentes familiares de transtornos psicóticos foram encontrados em 42,6% dos pacientes com psicose interictal e em 13,3% dos pacientes com psicose pós-ictal ($p=0,039$).

A epilepsia foi considerada como fator causal associado ao desenvolvimento da psicose interictal em 53,8% dos pacientes e em 100% dos pacientes com psicose pós-ictal, sendo esta estatisticamente significativa ($p=0,001$).

A parcela de pacientes que recebeu o diagnóstico de retardo mental foi de 30,8% no subgrupo de pacientes com psicose interictal e de 41,2% nos pacientes com psicose pós-ictal ($p=0,429$).

História de insultos ao SNC foi evidenciada em 44,2% dos pacientes com psicose interictal e em 37,5% dos pacientes com psicose pós-ictal ($p=0,634$).

DAE foram desencadeantes de psicose interictal em 7,7% e de psicose pós-ictal em 5,9% dos pacientes ($p=0,803$).

A cirurgia para o tratamento de epilepsias refratárias por EMT foi considerada fator relacionado ao surgimento e/ou agravamento da psicose interictal em 9,6% e nenhum caso de psicose pós-ictal foi desencadeado devido à cirurgia ($p=0,184$).

Fatores psicossociais mostraram-se envolvidos na gênese da psicose interictal em apenas 9,6% dos pacientes e em nenhum paciente com psicose pós-ictal ($p=0,184$).

Os dados acima estão apresentados na Tabela 17.

Tabela 17 - Fatores associados ao desenvolvimento dos transtornos psicóticos

FATORES RELACIONADOS	PACIENTES COM EPILEPSIA E TRANSTORNOS PSICÓTICOS		χ^2	DF	p
	nt = 70				
	Psicose pós- ictal (n=17) n (%)	Psicose interictal (n=53) n (%)			
Antecedentes familiares para psicose	2 (13,3%)	20 (42,6%)	4,24	1	0,039
Epilepsia (crise epiléptica)	17 (100%)	28 (53,8%)	12,03	1	0,001
Retardo mental	7 (41,2%)	16 (30,8%)	0,62	1	0,429
Insulto ao SNC	6 (37,5%)	23 (44,2%)	0,22	1	0,634
DAE	1 (5,9%)	4 (7,7%)	0,062	1	0,803
Cirurgia de epilepsia	0	5 (9,6%)	1,76	1	0,184
Fatores psicossociais	1 (5,9%)	11 (21,2%)	2,08	1	0,149

nt = número total da amostra, n = número de pacientes, TM = transtorno mental, % = proporção na amostra

7.2.5 Elementos descritivos da epilepsia pelo eixo 2 do diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial

Todos os pacientes com psicose pós-ictal tiveram apresentação de crises de início parcial. Nos dados da Tabela 18, segue a descrição dos tipos de crise da população com transtornos psicóticos:

Tabela 18 - Distribuição dos diagnósticos de crises epiléticas nos pacientes com transtornos psicóticos

Tipo de crise epilética	PACIENTES COM EPILEPSIA E TRANSTORNOS PSICÓTICOS	
	nt = 70	
	Psicose pós-ictal (n=17) n (%)	Psicose interictal (n=53) n (%)
Crise parcial complexa	11 (64,7%)	37 (71,2%)
Crise secundariamente generalizada	6 (35,3%)	12 (23,1%)
Crise generalizada	0	1 (1,9%)
Crise indeterminada	0	2 (3,8%)

nt = número total da amostra, n = número de pacientes, TM = transtorno mental, % = proporção na amostra

A síndrome epiléptica mais frequente em ambos os grupos foi a epilepsia de lobo temporal, presente em 86,9% dos pacientes com psicose interictal e em 76,4% dos pacientes com psicose pós-ictal. Os dados da Tabela 19 descrevem o diagnóstico de síndromes epiléticas em todos os pacientes.

Tabela 19 - Distribuição das síndromes epiléticas dos pacientes com transtornos psicóticos

Síndrome epiléptica	PACIENTES COM EPILEPSIA E TRANSTORNOS PSICÓTICOS	
	nt = 70	
	Psicose pós-ictal (n=17) n (%)	Psicose interictal (n=53) n (%)
Temporal	13 (76,4%)	46 (86,9%)
Indiferenciada	0	2 (3,7%)
Parietal	1 (5,9%)	2 (3,7%)
Frontal	1 (5,9%)	1 (1,9%)
Multifocal	1 (5,9%)	1 (1,9%)
Occiptal	1 (5,9%)	0
Generalizada	0	1 (1,9%)

nt = número total da amostra, n = número de pacientes, TM = transtorno mental, % = proporção na amostra

A etiologia mais observada foi a esclerose mesial temporal, presente em 67,3% dos pacientes com psicose interictal e em 46,7% das psicoses pós-ictais. Os dados da Tabela 20 descrevem a distribuição das etiologias da epilepsia.

Tabela 20 - Distribuição das etiologias das epilepsias nos pacientes com transtornos psicóticos

Etiologia da epilepsia	PACIENTES COM EPILEPSIA E TRANSTORNOS PSICÓTICOS	
	nt = 70	
	Psicose pós-ictal (n=17) n (%)	Psicose interictal (n=53) n (%)
Esclerose mesial temporal	7 (46,7%)	33 (67,3%)
Criptogênica	7 (46,7%)	9 (18,4%)
Mal formação	0	2 (4,1%)
Tumor de baixo crescimento	0	2 (4,1%)
TCE	0	2 (4,1%)
Infecção	1 (6,7%)	0
Idiopática	0	1 (2%)

nt = número total da amostra, n = número de pacientes, TM = transtorno mental, % = proporção na amostra

A lateralidade do foco epilético foi estabelecida entre os pacientes com psicose interictal da seguinte maneira: 43,4% com foco à esquerda, 35,8% à direita e 11,3% com foco bilateral. Nos pacientes com psicose pós-ictal, 33,3% apresentavam foco à esquerda, 33,3% à direita e 26,7%, bilateral. Nos demais casos, a lateralidade do foco não se aplica. Os dados da Tabela 21 discriminam a lateralidade do foco epilético no grupo de pacientes psicóticos.

Tabela 21 - Lateralidade do foco epilético nos pacientes com transtornos psicóticos

Lateralidade	PACIENTES COM EPILEPSIA E TRANSTORNOS PSICÓTICOS	
	nt = 70	
	Psicose pós-ictal (n=17) n (%)	Psicose interictal (n=53) n (%)
Esquerda	5 (33,3%)	23 (43,4%)
Direita	5 (33,3%)	19 (35,8%)
Bilateral	4 (26,7%)	6 (11,3%)
Não se aplica	1 (6,7%)	5 (9,4%)

nt = número total da amostra, n = número de pacientes, TM = transtorno mental, % = proporção na amostra

7.2.6 Elementos descritivos da avaliação funcional pelo eixo 3 do diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial

Os pacientes com psicose interictal apresentaram uma média de 35,15 crises por semana (DP=79,97) nos piores períodos da doença e uma média de 1,12 crises por semana (DP=4,32) nos melhores períodos da doença. Os pacientes com psicose pós-ictal apresentaram uma média de 53,95 crises por semana (DP=98,31) nos piores períodos da doença e uma média de 1,65 crises por semana (DP=2,02) nos melhores períodos da doença. Não foram observados diferenças estatisticamente significantes entre os piores períodos da doença dos grupos ($p=0,181$), mas elas foram significantes para os melhores períodos ($p=0,002$).

A média obtida na escala AGF durante o pior período da doença foi de 27,31 (DP=12,38) nos pacientes com psicose interictal e de 25 (DP=13,66) nos pacientes com psicose pós-ictal ($p=0,232$). A média obtida na escala AGF durante o melhor período da doença foi de 62,69 (DP=15,22) e 70,63 (DP=13,88), nos respectivos grupos ($p=0,128$).

Os dados da Tabela 22 apresentam a distribuição dos diferentes tipos de impacto sofridos pelos pacientes com psicose inter e pós-ictal.

Tabela 22 - Distribuição dos diferentes tipos de impacto observados nos pacientes com transtornos psicóticos

Impacto	PACIENTES COM EPILEPSIA E TRANSTORNOS PSICÓTICOS		χ^2	df	p
	nt = 70				
	Psicose pós-ictal (n=17) n (%)	Psicose interictal (n=53) n (%)			
Médico	14 (82,4%)	40 (76,9%)	0,22	1	0,638
Cognitivo	16 (94,1%)	47 (88,7%)	0,423	1	0,515
Vocacional	8 (47,1%)	33 (63,5%)	1,43	1	0,232
Profissional	16 (94,1%)	43 (81,1%)	1,63	1	0,201
Social	15 (88,2%)	50 (94,3%)	0,72	1	0,395
Pessoal	14 (82,4%)	36 (67,9%)	1,31	1	0,252
Familiar	13 (76,5%)	41 (77,4%)	0,006	1	0,940

nt = número total da amostra, n = número de pacientes, TM = transtorno mental, % = proporção na amostra

A média de tentativas de suicídio foi de 1,1 (DP=2,7) nos pacientes com psicose interictal e de 1 (DP=1,67) nos pacientes com psicose pós-ictal (p=0,591). 33,3% dos pacientes psicóticos e 43,7% dos pacientes com outros transtornos mentais tentaram suicídio, pelo menos, uma vez ao longo da vida (p=0,542).

A média de tentativas de homicídio nos pacientes com psicose interictal foi de 0,44 (DP=1,31) e de 0,31 (DP=0,79) nos pacientes com psicose pós-ictal, não

sendo a diferença estatisticamente significativa ($p=0,973$). 18,7% dos pacientes com psicose interictal e 18,7% dos pacientes com psicose pós-ictal tentaram cometer homicídio, pelo menos, uma vez ao longo da vida ($p=1$).

A média de estados de mal epilético apresentada pelos pacientes com psicose interictal foi de 0,69 (DP=1,96) e de 1,06 (DP=2,43) pelos pacientes com psicose pós-ictal. 30,7% dos pacientes com psicose interictal e 43,7% dos pacientes com psicose pós-ictal apresentaram estados de mal epiléticos, pelo menos, uma vez.

Quanto ao número de internações psiquiátricas, 56% dos pacientes com psicose interictal e 50% dos pacientes com psicose pós-ictal estiveram sob regime de internação, pelo menos, uma vez. A média de internações foi de 1,58 (DP=2,03) nos pacientes com psicose interictal e de 1,63 (DP=1,74) nos pacientes com psicose pós-ictal. Os dados da Tabela 23 resumem os achados dos demais tipos de impacto na população psicótica.

Tabela 23 - Distribuição dos demais tipos de impacto observados na população de pacientes com transtornos psicóticos

Impacto	PACIENTES COM EPILEPSIA E TRANSTORNOS PSICÓTICOS		U	Z	p
	nt = 70				
	Psicose pós-ictal (n=17) média (±DP)	Psicose interictal (n=53) média (±DP)			
Pior frequência de crises	53,95 (98,31)	35,15 (79,97)	339,500	-1,33	0,181
Melhor frequência de crises	1,65 (2,02)	1,12 (4,32)	241,500	-3,04	0,002
Pior AGF	25 (13,66)	27,31 (12,38)	337,000	-1,19	0,232
Melhor AGF	70,63(13,88)	62,69 (15,22)	313,500	-1,52	0,128
Numero de tentativas de suicídio	1 (1,67)	1,1 (2,7)	354,000	-0,538	0,591
Numero de tentativas de homicídio	0,31 (0,79)	0,44 (1,31)	382,500	-0,034	0,973
Numero de internações psiquiátricas	1,63 (1,74)	1,58 (2,03)	382,500	-0,27	0,783
Números de estados de mal epiléptico	1,06 (2,43)	0,69 (1,96)	339,000	-1,33	0,182

nt = número total da amostra, n = número de pacientes, TM = transtorno mental, % = proporção na amostra

8 DISCUSSÃO

8.1 Comparação entre o grupo com epilepsia e transtorno psicótico e o grupo com epilepsia e outro transtorno mental

Neste estudo de revisão de prontuários, houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de pacientes com epilepsia e transtornos psicóticos e o grupo de pacientes com epilepsia e outros transtornos mentais. O grupo de pacientes com transtornos psicóticos apresentou menor escolaridade, maior frequência de história familiar para psicose, um número maior de tentativas de homicídio, mais estados de mal epiléptico, mais internações psiquiátricas, mais história pregressa de insulto ao SNC e retardo mental. Além disso, a epilepsia foi considerada um fator causal importante para o desenvolvimento da psicose. O grupo de pacientes com transtornos psicóticos também se diferenciou, revelando maior impacto na esfera cognitiva, vocacional e pessoal.

8.1.1 Características sociodemográficas

Quanto às características sociodemográficas, não houve diferença significativa entre os gêneros. Este dado vem de acordo com os estudos mais recentes como o de Adachi *et al.* (2002) que na sua amostra de 282 pacientes com transtornos psicóticos, 52,5% eram do sexo masculino. De acordo estão também os estudos de pacientes com psicose interictal (Adachi *et al.*, 2000; Kanemoto *et al.*, 2001; Adachi *et al.*, 2010).

O número de anos de escolaridade no grupo de pacientes com epilepsia e transtornos psicóticos foi de 6,91 ($\pm 3,96$) em comparação com 8,39 ($\pm 4,1$) anos dos pacientes com epilepsia e outros transtornos mentais ($p=0,016$).

De maneira semelhante, Marchetti (1998) encontrou uma média de escolaridade no seu grupo de pacientes com psicose e epilepsia de 7 anos, em que 3% dos pacientes eram analfabetos.

Apesar da diferença estatística entre os grupos, toda a amostra apresentou uma escolaridade baixa. Isto pode ser reflexo da gravidade da epilepsia de início precoce e do estigma da doença. A diferença ainda mais baixa nos pacientes com transtornos psicóticos pode refletir uma sobreposição de problemas atencionais encontrada nesses pacientes, de maneira semelhante aos encontrados nos esquizofrênicos (Kairalla *et al.*, 2008).

8.1.2 Antecedentes familiares

A porcentagem de pacientes que relataram história familiar de epilepsia foi muito importante na nossa amostra, porém sem diferença estatisticamente significativa entre os pacientes com transtornos psicóticos e pacientes com outros transtornos mentais. O estudo de Adachi *et al.* (2000), também não evidenciou diferenças entre os grupos de pacientes com e sem psicose interictal.

Um estudo de coorte que acompanhou 34.494 pacientes internados com epilepsia evidenciou um risco aumentado de desenvolver esquizofrenia ($RR=1,17$)

ou psicose esquizofreniforme (RR=1,26) nos pacientes com história familiar para epilepsia, sem história familiar para psicose (Quin *et al.*, 2005).

De maneira diferente ao estudo de Adachi *et al.* (2002), em que foi encontrada uma baixa porcentagem de antecedentes familiares de epilepsia, nossa amostra caracterizou-se por um valor elevado. O que poderia explicar esta diferença é metodologia empregada pelos estudos. No nosso estudo avaliamos antecedentes não apenas nos pais, mas também em tios, avós, irmãos e filhos, o que poderia contribuir para uma elevação da porcentagem de familiares envolvidos (Adachi *et al.*, 2002).

História familiar de transtornos psicóticos foi positiva em 35,6% dos pacientes com epilepsia e transtornos psicóticos, contra apenas 15,4% nos pacientes com epilepsia e outros transtornos mentais (p=0,012). De maneira diferente, Slater *et al.* (1963) acharam apenas 3% dos 69 pacientes com história familiar para psicose.

Concordante com nosso estudo estão o relato de Marchetti (1998), onde 63% dos pacientes com epilepsia e transtornos psicóticos apresentavam história familiar para algum transtorno psiquiátrico, especificamente 13% com antecedentes de psicose (Marchetti 1998). Taylor *et al.* (1972) encontraram uma frequência de antecedentes familiares psiquiátricos de 65%. Uma tendência semelhante é encontrada em estudos baseados em pequenos números de casos, relatando uma prevalência aumentada de psicose entre os parentes de epiléticos psicóticos (Krapf, 1928 *apud* Toone, 1981 e Glauss, 1931 *apud* Toone, 1981). A coorte de Quin *et al.* (2005) também evidenciou na sua amostra de 34.494 pacientes com epilepsia que a

história familiar para esquizofrenia aumentava o risco de desenvolvimento de esquizofrenia em 7,57 vezes e em 6,24 vezes de psicoses esquizofreniformes.

O conjunto de dados nos faz pensar que pacientes com epilepsia têm maior chance de desenvolver transtornos psicóticos quando sobre a influência de uma carga genética favorável, ou seja, história familiar positiva de transtornos psicóticos.

8.1.3 Idade de início dos transtornos

A idade média de início da epilepsia nos pacientes com transtornos psicóticos e nos pacientes com outros transtornos mentais foi semelhante. A maioria dos autores também descreve o início da epilepsia da população com transtornos psicóticos na infância e adolescência (Kanemoto *et al.*, 2001, Matsuura *et al.*, 2000).

A idade de início do transtorno psicótico e dos demais transtornos mentais foi praticamente a mesma. Semelhante a esse achado, a amostra de Matsuura *et al.* (2000) obteve uma idade média de início dos transtornos psicóticos de 27,9 anos (DP±9,5).

As idades de início foram um pouco mais baixas na amostra de pacientes com psicose interictal de Kanemoto *et al.*: 23,9 anos (DP±7,2) na esquizofrenia e 26,4 anos (DP±8,4) no transtorno esquizofreniforme (Kanemoto *et al.*, 2001). Também os valores encontrados por Quin *et al.* (2005) mostram que a primeira internação pela sintomatologia psicótica se deu em média entre os 24 e 25 anos.

A idade de início dos transtornos psicóticos associados à epilepsia é maior que a da esquizofrenia (Adachi *et al.*, 2008). Esta diferença nos faz pensar que a

epilepsia em alguns momentos parece ser um fator provocador dos transtornos psicóticos, porém em outros momentos pode ser visto como um fator que retarda o seu surgimento.

A diferença, em anos, entre o início da epilepsia e do transtorno psicótico não foi estatisticamente diferente da diferença entre o início da epilepsia e o dos demais transtornos mentais. Matsuura *et al.* (2000) obtiveram uma média da diferença de idades de 14,3 anos (DP±10), semelhante à descrita por Kanemoto *et al.* (2001) em pacientes com psicose interictal. Na coorte de Quin *et al.* (2005), a diferença em anos entre a primeira internação pela epilepsia e a primeira internação pelos sintomas psicóticos foi de 8,2 anos para esquizofrenia e 8 anos para psicose esquizofreniforme.

Essa diferença de tempo entre o início da epilepsia e o transtorno psicótico chama a atenção para o fato de que a presença da epilepsia por si só poderia não ser o fator determinante para o surgimento da psicose, mas sim seus efeitos ao longo do tempo. Pacientes com epilepsia apresentam repetidas crises, frequentes descargas epiléticas no cérebro e efeitos adversos de DAE que podem desempenhar algum papel na sua etiopatogenia (Trimble & Schmitz 1997, Adachi *et al.*, 2010).

8.1.4 Elementos descritivos dos transtornos mentais pelo eixo 1 do diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial

A divisão dos diagnósticos pela CID 10 no grupo de pacientes com transtornos psicóticos foi de: 35,5% com esquizofrenia paranóide, 14,6% com

esquizofrenia hebefrênica, 2,4% com esquizofrenia residual, 9,7% com esquizofrenia indiferenciada, 9,7% com transtorno delirante persistente, 23,2% com psicose breve e 4,9% com transtorno esquizoafetivo.

Semelhante a nossos achados, *Matsuura et al.* (2000) também encontraram uma maioria de diagnósticos de esquizofrenia paranóide (41%). Porém sua amostra apresentou 7% de catatonia e 6% de alucinação. Chama a atenção a alta porcentagem encontrada por *Matsuura et al.* de catatonia, uma vez que estes quadros são pouco descritos na associação com epilepsia, exceto quando são a apresentação psicopatológica de um estado de mal epilético. De maneira geral a literatura aponta descrições semelhantes a da esquizofrenia paranóide, principalmente em pacientes com psicose interictal (*Sachdev*, 1998; *Kanemoto et al.*, 2001; *Nadkarni et al.*, 2007)

O curso clínico encontrado pelos pacientes com transtornos psicóticos foi em sua maioria recorrente, seguido pelas apresentações crônicas. *Matsuura et al.* (2000) encontraram na sua amostra de 128 pacientes, uma maioria de episódios recorrentes e crônicos.

Quanto à relação temporal entre crises epiléticas e a sintomatologia psicótica, a maioria dos pacientes foi classificada como interictal, seguida da pós-ictal, da bimodal, da transformada e apenas um paciente apresentou sintomatologia exclusivamente ictal. *Matsuura et al.* (2000) apresentaram uma classificação semelhante, que demonstrou 69% dos pacientes com apresentação interictal, 16% pós-ictal, 6% alternante e 3% paraictal. A classificação de *Matsuura et al.* tem mais pacientes classificados como interictais, o que equivale no nosso trabalho as psicoses bimodais e transformadas. Outros trabalhos apontam porcentagens semelhantes

(Adachi *et al.*, 2002; Devinsky, 2003; Krishnamoorthy *et al.*, 2007; Adachi *et al.*, 2008).

Nossos dados foram pouco esclarecedores com relação às alterações eletroencefalográficas encontradas na presença dos transtornos mentais, uma vez que a grande maioria dos pacientes não foi submetida ao EEG no período de sintomatologia psiquiátrica ativa (74,1%). De maneira semelhante, um estudo multicêntrico no Japão, também não obteve dados da maioria de seus casos (52%) (Matsuura *et al.*, 2000). A maior dificuldade para a realização destas relações é a ausência do EEG nos prontos socorros e ambulatórios para rápido acesso do exame. Há também a necessidade de eletroencefalografistas experientes para realizar a comparação dos exames.

A epilepsia foi considerada como um fator causal para o desenvolvimento da psicose em 69,1% dos pacientes com psicose e em 36,1% dos outros transtornos mentais. Nesse item a presença da epilepsia foi considerada como fator causal do transtorno mental quando existia uma relação temporal estreita entre o início da sintomatologia psiquiátrica e as crises epiléticas, de maneira estereotipada, ou quando existiam evidências epidemiológicas entre a associação do transtorno mental em questão e o tipo de síndrome epilética. No grupo de pacientes com transtornos psicóticos 20,7% foram classificados como pós-ictais enquanto que nos demais transtornos mentais, apenas 1,6% tiveram esta classificação. Isto demonstra a importância da ocorrência das crises como desencadeador das psicoses. Por outro lado, 85,4% pacientes com psicose apresentavam ELT. A associação entre a ELT e os transtornos psicóticos é amplamente discutida na literatura, apontando-se seu

papel na etiopatogenia dos transtornos psicóticos (Marchetti, 1998; Marchetti *et al.*, 2003; Araújo Filho *et al.*, 2008; Oliveira *et al.*, 2009). Esses achados influenciaram possivelmente influenciaram o julgamento dos médicos no sentido de considerar a importância da epilepsia para o surgimento da psicose.

O diagnóstico de retardo mental foi significativamente maior no grupo de pacientes com psicose. Matsuura *et al.* (2000), avaliando 128 pacientes com transtornos psicóticos, evidenciaram comprometimento da inteligência em 62 pacientes, sendo 50 com comprometimento leve e 12 com comprometimento moderado. Adachi *et al.* (2000) encontraram um risco relativo para o desenvolvimento de psicose interictal de 1,34 entre pacientes com retardo mental e 2,36 entre pacientes limítrofes. Esse achado está de acordo com estudos realizados que demonstram a associação entre retardo mental e transtornos psicóticos (Kanemoto *et al.*, 2001; Adachi *et al.*, 2002; Flügel *et al.*, 2006; Adachi *et al.*, 2010).

História de insultos ao SNC foi evidenciada preferencialmente nos pacientes com transtornos psicóticos. Matsuura *et al.* (2000) encontraram também em sua amostra, 27% dos pacientes psicóticos com história de insulto e 38% com lesões em exames de imagem.

DAE foram desencadeantes dos transtornos psicóticos numa parcela baixa e semelhante a dos pacientes com outros transtornos mentais. Matsuura *et al.* (2000) encontraram 10% dos pacientes psicóticos desencadeados por adição, descontinuação ou intoxicação por DAE, como outros autores (Kanemoto *et al.*, 2001).

A cirurgia para o tratamento de epilepsias refratárias por EMT não foi considerado fator relacionado ao surgimento e/ou agravamento dos transtornos

psicóticos, mas sim para os demais transtornos mentais. Os transtornos de humor são o problema psiquiátrico mais comum após a cirurgia de epilepsia (Nadkarni *et al.*, 2007). A porcentagem de pacientes que desenvolve algum transtorno psicótico (psicose de novo) após a cirurgia varia na literatura entre 1 a 28,5%, com uma média de 7% (Nadkarni *et al.*, 2007). Nosso trabalho avaliou nesse quesito os pacientes que tiveram reagudização do transtorno psicótico no período pós-operatório. Na nossa amostra apenas um paciente desenvolveu o transtorno psicótico após a cirurgia (psicose de novo).

Fatores psicossociais não foram considerados importantes para o desenvolvimento dos transtornos psicóticos, mas sim para os outros transtornos mentais. Matsuura *et al.* (2000) encontraram fatores psicossociais como fator causal do transtorno psicóticos em 9% dos seus pacientes. Como o esperado, os pacientes com transtornos de humor e ansiosos apresentam mais fatores psicossociais detectáveis como fator causal ou precipitante.

8.1.5 Elementos descritivos da epilepsia pelo eixo 2 do diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial

As epilepsias de início parcial foram as mais apresentadas pelos dois grupos. O estudo de Adachi *et al.* (2000) demonstrou um risco relativo de 2,5 para o desenvolvimento de psicose interictal nos pacientes com crises parciais complexas, sendo sua influência mais importante que a ELT. Nosso estudo não avaliou estatisticamente a associação entre cada tipo de crise e seu papel no desenvolvimento

dos transtornos. Temos um viés amostral de maioria esmagadora de epilepsias parciais.

A síndrome epiléptica mais frequente em ambos os grupo foi a ELT e a principal etiologia observada foi a EMT. Alguns autores compartilham da idéia que os transtornos psicóticos se associam à epilepsia do lobo temporal (Slater *et al.*, 1963, Araujo Filho, 2008), especialmente à ELT por EMT (Marchetti, 1998; Marchetti *et al.*, 2003, Araujo Filho *et al.*, 2008; Oliveira *et al.*, 2009). Nosso estudo tem uma seleção amostral enviesada, composta em sua grande maioria de ELT por EMT, o que aponta na direção, mas não garante uma associação entre os transtornos.

A lateralidade do foco epiléptico foi mais encontrada à esquerda nos pacientes com transtornos psicóticos, também com uma parcela significativa de focos bilaterais. O estudo de Araujo Filho *et al.* (2008) analisou o grupo de pacientes que apresentavam ELT por EMT e transtornos psicóticos e observou uma relevância estatística na sua correlação com o lado esquerdo ($p < 0,05$) (Marchetti *et al.*, 2003). Já na amostra de Matsuura *et al.* (2000), onde os pacientes foram pareados com o mesmo tipo de epilepsia, não houve diferença na lateralidade do foco, nem no número de pacientes multifocais e bilaterais. Nossa amostra de pacientes psicóticos encontra-se de acordo com parte da literatura que aponta um maior número de pacientes com foco à esquerda e bilaterais, porém estudos com maior número de casos e critérios para lateralidade semelhantes são necessários, principalmente para estabelecer um fator específico para psicose.

8.1.6 Elementos descritivos da avaliação funcional pelo eixo 3 do diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial

Os pacientes com epilepsia e transtornos psicóticos apresentaram uma média alta de crises epiléticas por semana no seu pior período da doença, semelhantes à média de crises dos demais transtornos mentais. Também não houve diferença no melhor período da doença. Nossa amostra tem pacientes com epilepsias de difícil controle, com uma frequência de crises muito alta, mesmo nos melhores períodos.

A média obtida na escala AGF durante o pior e melhor período da doença foi significativamente menor nos pacientes com transtornos psicóticos. Nossa amostra apresenta um grande comprometimento do funcionamento global, tanto decorrente dos transtornos mentais, quando da epilepsia, com muitas limitações no cotidiano dos pacientes. Pacientes psicóticos tiveram escores ainda mais importantes como o esperado.

Os pacientes com transtornos psicóticos apresentaram maiores escores de comprometimento nas categorias de impacto cognitivo, vocacional e pessoal. Como esperado os sintomas de comprometimento de autonomia e cuidados pessoais foram mais significativos nos pacientes com transtornos psicóticos. Eles obtiveram mais comprometimento cognitivo, seja ele devido à escolarização ou ao retardo mental, comprometendo seu desempenho vocacional.

A média de tentativas de suicídio foi semelhante entre os grupos; 38,15% dos pacientes psicóticos tentaram suicídio pelo menos uma vez ao longo da vida. Mendez *et al.* (1993) identificaram mais comportamentos suicidas em pacientes com epilepsia e psicose quando comparados a pacientes com esquizofrenia. Enquanto o número de

suicídios na população geral gira em torno de 1,1 a 1,2%, pacientes com epilepsia aumentam estes números para 12%. Os transtornos psiquiátricos os elevam ainda mais, podendo variar entre 19 a 62% (Jones *et al.*, 2003). Nossa amostra é composta por uma população selecionada de pacientes com os principais diagnósticos de transtorno mental associados ao suicídio.

A média de tentativas de homicídio nos pacientes com transtornos psicóticos foi significativamente maior no grupo de pacientes com transtornos psicóticos. Um estudo prospectivo que acompanhou crianças com sintomas psicóticos que se tornaram assassinos evidenciou que, dos nove casos, seis apresentaram crises epilépticas e todos tinham história familiar de transtorno mental (Lewis *et al.*, 1985). Kanemoto *et al.* (1999) também observaram comportamentos violentos em pacientes com psicose interictal e pós-ictal. A alegada associação entre comportamentos violentos e epilepsia parece ser devida à sua associação com quadros psicóticos.

A média de estados de mal epilético apresentada pelos pacientes com transtornos psicóticos foi bem superior a dos demais transtornos mentais. 39,24% dos pacientes psicóticos apresentaram pelo menos um estado de mal epilético ao longo da vida. Podemos especular uma maior gravidade da epilepsia nos pacientes psicóticos, apesar da frequência semelhante de crises epiléticas. Mais uma vez observamos um maior comprometimento neurológico dos pacientes que apresentam sintomas psicóticos.

Quanto ao número de internações psiquiátricas, 56,57% dos pacientes com transtornos psicóticos estiveram em sob regime de internação psiquiátrica e sua média de internações foi superior à dos demais transtornos mentais. Isto demonstra a

gravidade dos surtos psicóticos destes pacientes, indo de encontro às estatísticas que demonstram uma alta porcentagem de pacientes com epilepsia nas enfermarias psiquiátricas, de 4 a 15% (Gallucci Neto & Marchetti, 2005; Trevisol-Bittencourt *et al.*, 1990).

8.2 Comparação entre o subgrupo com psicose pós-ictal e psicose interictal

Neste estudo de revisão de prontuários, houve poucas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de pacientes com psicose interictal, e o grupo de pacientes com psicose pós-ictal. O grupo de pacientes com psicose interictal apresentou mais história familiar de psicose e os pacientes com psicose pós-ictal maior envolvimento da epilepsia como fator etiopatogênico para seu desenvolvimento.

8.2.1 Características sociodemográficas

A porcentagem de homens no grupo de pacientes com psicose interictal foi de 54,7% e de 64,7% no grupo de pacientes com psicose pós-ictal. Não parece haver preferência por um dos gêneros na literatura (Kanemoto *et al.*, 2001; Adachi *et al.*, 2002; Adachi *et al.*, 2010).

O número de anos de escolaridade no grupo de pacientes com psicose interictal foi de 6,8 ($\pm 3,68$) em comparação com 7,18 ($\pm 4,6$) anos dos pacientes com

psicose pós-ictal. Também não houve diferença estatística nos anos de escolaridade no estudo de Alper *et al.* (2008).

8.2.2 Antecedentes familiares dos pacientes com transtornos psicóticos

Uma grande parcela dos pacientes em ambos os grupos apresentou história familiar de epilepsia. Adachi *et al.* (2002) encontraram história familiar em 6,7% dos pacientes com psicose interictal e 2,8% dos pacientes com psicose pós-ictal. A elevada porcentagem na nossa amostra pode ser resultado de uma avaliação familiar mais ampla (pais, tios, avós, irmãos e filhos).

Houve diferença significativa na porcentagem de antecedentes familiares de psicose, estando presente em 42,6% dos pacientes com psicose interictal e 13,3% dos pacientes com psicose pós-ictal ($p=0,039$). O estudo de Adachi *et al.* (2000) demonstrou que pacientes com psicose interictal com história familiar de psicose têm quase 40 vezes mais chance de desenvolver transtornos psicótico em comparação aos que não possuem. Um estudo mais recente de Adachi *et al.* (2002) encontrou antecedentes familiares de psicose semelhantes entre pacientes com psicose interictal e pós-ictal. História familiar de psicose também foi significativamente maior nos pacientes com psicose pós-ictal em comparação com outros transtornos mentais (Alper *et al.*, 2008).

Os achados da literatura concordam com os nossos quanto à maior frequência de antecedentes familiares de psicose na população com epilepsia e transtornos psicóticos. Porém nossos achados apontam uma menor influência da história familiar

nos pacientes com psicoses pós-ictais. Esse conjunto de dados aponta para uma influência da carga genética nos pacientes com epilepsia que desenvolvem transtornos psicóticos. Nossa amostra apresentou altas porcentagens de antecedentes familiares para psicose quando comparada ao estudo de Adachi *et al.* (2002), o que pode refletir a forma mais abrangente de avaliar os antecedentes familiares (pais, irmãos, avós, tios e filhos). Quanto à divergência dos achados desses antecedentes entre pacientes interictais e pós-ictais, é possível que devido à baixa frequência Adachi *et al.* não conseguiram evidenciar uma diferença estatisticamente significativa.

8.2.3 Idade de início dos transtornos

A idade média de início da epilepsia, de início dos transtornos psicóticos e a diferença de idade entre os transtornos foram semelhantes nos pacientes com psicose interictal e pós-ictal.

Alper *et al.* (2008) encontraram idades de início da epilepsia mais tardias nos pacientes com psicose pós-ictal (17 anos $SD\pm 11,2$). De maneira semelhante, Adachi *et al.* (2002) encontraram idades para o início da epilepsia menores no grupo de pacientes com psicose interictal, em relação ao grupo de psicose pós-ictal. O mesmo ocorreu para as idades de início do transtorno psicótico, 27,2 anos ($SE\pm 0,5$) e 31,7 anos ($SE\pm 0,5$), respectivamente (Adachi *et al.*, 2002). Quanto a diferença em anos entre os transtornos não parece haver diferença entre interictais e pós-ictais (Adachi *et al.*, 2002; Alper *et al.*, 2008).

Apesar de alguns estudos apontarem um início mais precoce da epilepsia em pacientes com psicose interictal a diferença de idade entre os transtornos permanece a mesma, ou seja, o período necessário para a epilepsia e seus efeitos causarem danos que predisõem à psicose é o mesmo nos pacientes com psicose interictal e pós-ictal.

8.2.4 Elementos descritivos dos transtornos mentais pelo eixo 1 do diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial

No subgrupo de pacientes com psicose interictal, o principal diagnóstico foi a esquizofrenia paranóide e psicose breve nos pacientes com psicose pós-ictal. Da mesma maneira, outros estudos mostram esquizofrenia paranóide e os delírios persecutórios como os mais encontrados (Sachdev, 1998; Kanemoto *et al.* 2001; Nadkarni *et al.*, 2007).

Quanto ao curso clínico, todos os pacientes com psicose pós-ictal tiveram recorrência de sua apresentação, enquanto os pacientes interictais apresentaram-se em sua maioria crônicos Sachdev (1998) aponta relata duas formas principais de apresentação das psicoses interictais: psicose interictal breve e psicose interictal crônica.

A relação entre alteração eletroencefalográfica e o surgimento da sintomatologia psicótica também foi pouco esclarecedora, uma vez que a grande maioria dos pacientes não apresenta registro. Apenas no grupo de pacientes com psicose pós-ictal apareceram traçados de EEG piorados, enquanto que estados de mal epiléptico foram encontrados em ambos os grupos.

Serão discutidos a seguir os resultados dos possíveis fatores causais para o desenvolvimento dos transtornos psicóticos.

A epilepsia foi considerada como fator causal associado ao desenvolvimento da psicose interictal em 53,8% dos pacientes e em 100% dos pacientes com psicose pós-ictal. No grupo de pacientes com psicose pós-ictal, existia uma estreita relação entre a sintomatologia psicótica e as crises epiléticas o que justifica o julgamento clínico dos médicos.

A parcela de pacientes que recebeu o diagnóstico de retardo mental foi semelhante entre os grupos. A literatura aponta para uma maior prevalência de retardo mental e inteligência limítrofe nos pacientes com transtornos psicóticos, mas não está claro se existe diferença entre pacientes com psicose interictal e pós-ictal (Kanemoto *et al.*, 2001; Adachi *et al.*, 2002; Flügel *et al.*, 2006; Adachi *et al.*, 2010).

Historia de insultos ao SNC foi evidenciada em 44,2% dos pacientes com psicose interictal e em 37,5% dos pacientes com psicose pós-ictal. Semelhantes achados foram evidenciados por Alper *et al.* (2008).

DAE foram desencadeantes de psicose interictal em 7,7% e de psicose pós-ictal em 5,9% dos pacientes.

A cirurgia para o tratamento de epilepsias refratárias por EMT foi considerado fator relacionado ao o surgimento e/ou agravamento da psicose interictal em 9,6% dos pacientes e nenhum caso de psicose pós-ictal foi desencadeado devido à cirurgia ($p=0,184$).

Fatores psicossociais se mostraram envolvidos na gênese da psicose interictal em apenas 9,6% dos pacientes e em nenhum paciente com psicose pós-ictal.

8.2.5 Elementos descritivos da epilepsia pelo eixo 2 do diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial

Todos os pacientes com psicose pós-ictal tiveram apresentação de crises de início parcial, concordante com a literatura (Adachi *et al.*, 2000).

A síndrome epiléptica mais frequente em ambos os grupo foi a ELT, presente em 86,9% dos pacientes com psicose interictal e em 76,4% dos pacientes com psicose pós-ictal. A etiologia mais observada foi a EMT.

A lateralidade do foco epiléptico à esquerda foi maior nos pacientes com psicose interictais. A lateralidade do foco ficou bem distribuída entre os pacientes com psicose pós-ictal. Nossos achados são descritos de maneira concordante na literatura de psicose interictais (Adachi *et al.*, 2000). Alper *et al.* (2008) encontraram mais pacientes com foco a esquerda e bilaterais nos pacientes com psicose pós-ictal.

8.2.6 Elementos descritivos da avaliação funcional pelo eixo 3 do diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial

Os pacientes com epilepsia e transtornos psicóticos, em ambos os grupo, apresentaram uma média alta de crises epiléticas por semana no seu pior período da

doença. Também não houve diferença no melhor período da doença. Nossa amostra tem pacientes com epilepsias de difícil controle, com uma frequência de crises muito alta, mesmo nos melhores períodos.

A média obtida na escala AGF durante o pior e melhor período da doença foi semelhante entre os pacientes com psicose interictal e pós-ictal. Nossa amostra apresenta um grande comprometimento do funcionamento global, tanto decorrente dos transtornos psicóticos, quando da epilepsia, com muitas limitações no cotidiano dos pacientes.

A média de tentativas de suicídio foi semelhante entre os grupos. Kanemoto *et al.* (1999) observaram uma porcentagem maior de tentativas de suicídio por episódio psicótico em pacientes com psicose pós-ictal. Nossos dados não são comparáveis aos de Kanemoto *et al.* devido às diferentes metodologias utilizadas.

A média de tentativas de homicídio também foi semelhante entre os grupos. Kanemoto *et al.* (1999) encontraram maior frequência de comportamentos violentos por episódio psicótico no grupo de pacientes com psicose pós-ictal. Novamente, nossos dados não são comparáveis aos de Kanemoto *et al.* devido às diferentes metodologias utilizadas.

A média de estados de mal epilético apresentada pelos pacientes foi semelhante entre os grupos. 30,7% dos pacientes com psicose interictal e 43,7% dos pacientes com psicose pós-ictal apresentaram estados de mal epiléticos pelo menos uma vez.

Quanto ao número de internações psiquiátricas, 56% dos pacientes com psicose interictal e 50% dos pacientes com psicose pós-ictal estiveram em sob regime de internação pelo menos uma vez. A média de internações foi semelhante. Diferente do esperado, os grupos não se diferenciam quanto a gravidade dos sintomas psiquiátricos ou seus comprometimentos.

9 CONCLUSÃO

O grupo de pacientes com transtornos psicóticos apresentou menor escolaridade, maior frequência de história familiar para psicose, um número maior de tentativas de homicídio, mais estados de mal epilético, mais internações psiquiátricas, mais história pregressa de insulto ao SNC e retardo mental. Além disso, a epilepsia foi considerada um fator causal importante para o desenvolvimento da psicose. O grupo de pacientes com transtornos psicóticos também se diferenciou, revelando maior impacto na esfera cognitiva, vocacional e pessoal.

A baixa escolaridade do grupo de pacientes com transtornos psicóticos deve ser uma sobreposição da gravidade da epilepsia de início precoce, do estigma e dos problemas atencionais.

A história familiar para psicose exerce forte influência para o desenvolvimento dos transtornos psicóticos associados à epilepsia, e a história familiar de epilepsia se sobrepõe.

As médias de idade de início da epilepsia, psicose e sua diferença em anos se igualaram a da literatura e permanece a idéia de que a presença da epilepsia por si só poderia não ser o fator determinante para o surgimento da psicose, mas sim seus efeitos ao longo do tempo. Pacientes com epilepsia apresentam repetidas crises, frequentes descargas epiléticas no cérebro e efeitos adversos de DAE que podem desempenhar algum papel na sua etiopatogenia.

Pacientes com transtornos psicóticos desenvolvem, em sua maioria, sintomatologia semelhante à esquizofrenia paranóide, de curso crônico ou recorrente, independentes da frequência de crises epiléticas.

Quando relatamos transtornos mentais associados à epilepsia, automaticamente realizamos o raciocínio diagnóstico etiopatogênico e, no nosso estudo a influência exercida pela presença de epilepsia foi significativamente maior nos pacientes com transtornos psicóticos. Retardo mental, inteligência limítrofe e insultos ao SNC também foram importantes.

Os pacientes com epilepsia e transtornos psicóticos do nosso estudo apresentam um maior comprometimento clínico geral o que interferiu diretamente no seu comprometimento funcional e na gravidade do impacto.

Esse comprometimento fica evidente sob a de queixas e déficits cognitivos, comprometimento vocacional e pessoal. Os números significativamente maiores de tentativas de homicídio, internações psiquiátricas e estados de mal epilético reforçam a necessidade de atenção especial para essa população.

Quando subdividimos o grupo de pacientes com transtornos psicóticos, pacientes com psicose interictal apresentaram mais história familiar de psicose e os pacientes com psicose pós-ictal maior envolvimento da epilepsia como fator etiopatogênico para seu desenvolvimento.

Nossos achados de maior influência da história familiar nas psicoses interictais não correspondem as evidências da literatura atual, mas apontam novas

linhas de pesquisa, tentando compreender a multiplicidade de quadros psicóticos da população com epilepsia.

Nosso trabalho avaliou um grupo de pacientes com transtornos psicóticos associados à epilepsia provenientes de um centro terciário, com achados de gravidade que não devem ser ampliados para toda população com esta comorbidade. Apesar de alguns estudos utilizarem sistemas diagnósticos multiaxiais próprios para epilepsia, não fazem parte dos sistemas classificatórios mundialmente utilizados. Nosso estudo também foi realizado a partir de uma revisão de prontuários, que não é o melhor desenho para especular fatores etiopatogênicos.

10 REFERÊNCIAS

Alper K, Devinsky O, Westbrook L, Luciano D, Pacia S, Perrine K, Vazquez B. Premorbid psychiatric risk factors for postictal psychosis. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2001;13:492–499.

Adachi N, Matsuura M, Okubo Y, Oana Y, Takei N, Kato M, Hara T, Onuma T. Predictive variables of interictal psychosis in epilepsy. *Neurology*. 2000. 55: 1310-1314.

Adachi N, Akanuma N, Ito M, Kato M, Hara T, Oana Y, Matsuura M, Okubo Y, Onuma T. Epileptic, organic and genetic vulnerabilities for timing of the development of interictal psychosis. *Br J Psychiatry*. 2010; 196: 212-216.

Adachi N, Matsuura M, Hara T, Oana Y, Okubo Y, Kato M, Onuma T. Psychoses and epilepsy: are interictal and postictal psychoses distinct clinical entities? *Epilepsia*. 2002; 43(12):1574-1582.

Adachi N, Hara T, Oana Y, Matsuura M, Okubo Y, Akanuma N, Ito M, Kato M, Onuma T. Difference in age of onset of psychosis between epilepsy and schizophrenia. *Epilepsy Res*. 2008; 78:201-206.

American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM IV)*. Washington: American Psychiatric Press, 1994.

American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, text Revision (DSM IV-TR)*. Washington: American Psychiatric Press, 2000.

Araújo Filho GM, Rosa VP, Lin K, Caboclo LOSF, Sakamoto AC, Yacubian EMT. Psychiatric comorbidity in epilepsy: A study comparing patients with mesial temporal sclerosis and juvenile myoclonic epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2008;13:196-201.

Borges MA, Barros EP, Zanetta DM, Borges AP. Prevalence of epilepsy in Bakairi indians from Mato Grosso State, Brazil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2002 Mar;60(1):80-5.

Borges MA, Min LL, Guerreiro CA, Yacubian EM, Cordeiro JA, Tognola WA, Borges AP, Zanetta DM. Urban prevalence of epilepsy: populational study in São José do Rio Preto, a medium-sized city in Brazil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2004 Jun;62(2A):199-204.

Burneo JG, Tellez-Zenteno J, Wiebe S. Understanding the burden of epilepsy in Latin America: A systematic review of its prevalence and incidence. *Epilepsy Res.* 2005; 66: 63-74.

Christensen J, Vestergaard M, Mortensen P, Sidenius P, Agerbo E. Epilepsy and risk of suicide: a population-based case-control study. *Lancet Neurol.* 2007; 6: 693-698.

Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia.* 1981; 22: 489-501.

Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndrome. *Epilepsia.* 1989; 30: 389-399.

Cornaggia CM, Beghi M, Provenzi M, Beghi E. Correlation between cognition and behavior in epilepsy. *Epilepsia.* 2006; 47 (suppl 2):34-39.

Cornaggia CM, Gobbi G. Learning disability in epilepsy: definitions and classification. *Epilepsia*. 2001; 42 (suppl 1): 2-5.

Devinsky O, Vazquez B. Behavioral changes associated with epilepsy. *Neurol Clin*. 1993; 11:127-49.

Devinsky O. Psychiatric comorbidity in patients with epilepsy: implications for diagnosis and treatment. *Epilepsy Behav*. 2003; 4:S2-S10.

Engel J, Taylor D. Neurobiology of behavioral disorders. In: Engel J, Pedley TA, editors. *Epilepsy: a comprehensive textbook*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1997; 2045-52.

Araujo Filho GM, Rosa VP, Lin K, Caboclo LO, Sakamoto AC, Yacubian EM. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a study comparing patients with mesial temporal sclerosis and juvenile myoclonic epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2008 Jul;13(1):196-201.

Flor-Henry P. Psychosis and temporal lobe epilepsy. *Epilepsia* 1969; 10:363-95.

Flügel D, O'Toole A, Thompson PJ, Koepp MJ, Cercignani M, Symms MR, Foong J. A neuropsychological study of patients with temporal lobe epilepsy and chronic interictal psychosis. *Epilepsy Res*. 2006; 71: 117-128.

Fukuchi T, Kanemoto K, Kato M, Ishida S, Yuasa S, Kawasaki J, Suzuki S, Onuma T. Death in epilepsy with especial attention to suicide cases. *Epilepsy Res*. 2002; 51(3): 233-236.

Gaitatzis A, Carroll K, Majeed A, W Sander J. The epidemiology of the comorbidity of epilepsy in the general population. *Epilepsia*. 2004 Dec;45(12):1613-22.

Gallucci Neto J, Marchetti RL. Aspectos epidemiológicos e relevância dos transtornos mentais associados à epilepsia. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005; 27(4):232-8.

Getz K, Hermann B, Seidenberg M, Bell B, Dow C, Jones J, Woodard A, Rutecki P, Sheth R, O'Leary D, Magnotta V. Negative symptoms in temporal lobe epilepsy. *Am J Psychiatry.* 2002; 159(4):644-651.

Guerriero CAM, Guerreiro MM, Cendes F, Lopes-Cendes I. Considerações gerais. In Guerriero CAM, Guerreiro MM, Cendes F, Lopes-Cendes I editors. *Epilepsia.* São Paulo: Lemos Editorial. 2000: 1-10.

Hauser WA, Annegers JF, Rocca WA. Descriptive epidemiology of epilepsy – contributions of population – based studies from Rochester, Minnesota. *Mayo Clin Proc.* 1996; 71: 576-586.

Jacoby A. Stigma, epilepsy and quality of life. *Epilepsy Behav.* 2002; 3 (suppl 2): 10-20.

Jensen I, Larsen JK. Psychoses in drug-resistant temporal lobe epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1979; 42:948-954.

Jones JE, Hermann BP, Barry JJ, Guillemin FG, Kanner AM, Meador KJ. Rates and risk for suicide, suicidal ideation and suicide attempts in chronic epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2003; 4:31-38.

Kairalla IC, Mattos PE, Hoexter MQ, Bressan RA, Mari JJ, Shirakawa I. Attention in schizophrenia and in epileptic psychosis. *Braz J Med Biol Res.* 2008 Jan;41(1):60-7.

Kanemoto K, Kawasaki J, Mori E. Violence and epilepsy: a close relation between violence and postictal psychosis. *Epilepsia.* 1999; 40: 107-109.

Kanemoto K, Kawasaki J, Kawai I. Postictal psychosis: a comparison with acute interictal and chronic psychoses. *Epilepsia*. 1996; 37:551-556.

Kanemoto K, Tsuji T, Kawasaki J. Reexamination of interictal psychoses based on DSM-IV psychosis classification and international epilepsy classification. *Epilepsia*. 2001; 42(1):98-103.

Kanner AM, Stagno S, Kotagal P, Morris HH. Postictal psychiatric events during prolonged video-electroencephalographic monitoring studies. *Arch Neurol*. 1996;53:258-263.

Krishnamoorthy ES, Trimble MR, Blumer D. The classification of neuropsychiatric disorders in epilepsy: A proposal by ILAE Commission on Psychobiology of Epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2007 May; 10(3):349-53.

Krishnamoorthy ES. An Approach to Classifying Neuropsychiatric Disorders in Epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2000; 1: 373-377.

Krohn W. A study of epilepsy in northern Norway, its frequency and character. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1961;36(150):215-25.

Lancaman ME, Craven WJ, Asconape JJ, Penry JK. Clinical management of recurrent pós-ictal psychosis. *J Epilepsy*. 1994; 7: 47-51.

Lewis DO, Moy E, Jackson LD, Aaronson R, Restifo N, Serra S, Simos A. Biopsychosocial characteristics of children Who later murder: a prospective study. *Am J Psychiatry*. 1985 oct; 142(10):1161-1167.

Logsdail Sj, Toone BK: Postictal psychichosis: a clinical and phenomenological description. *Br J Psychiatry*. 1988; 152:246-252.

Marchetti RL. *Estudo clínico e de neuroimagem das psicoses em epilepsia: contribuição da morfometria das estruturas temporais mesiais* [dissertation]. Faculdade de Medicina: Universidade de São Paulo; 1998.

Marchetti RL, Azevedo Jr D, Bottino CMC, Kurcgant D, Marques AFH, Marie SKN, Arruda PCV. Volumetric evidence of a left laterality effect in epileptic psychosis. *Epilepsy & Behavior*. 2003; 4: 234-240.

Marchetti RL, Marchetti RL, Marques AF, Kurcgant D, Azevedo D Jr, Marie SKN, Arruda PCV. Clinical aspects of epileptic psychosis in Brazil. *Epilepsy & Behavior*. 2003;4(2):133-41.

Marino Júnior R, Cukiert A, Pinho E. Epidemiological aspects of epilepsy in São Paulo: a prevalence study. *Arq Neuropsiquiatr*. 1986 Sep;44(3):243-54.

Matsuura M, Adachi N, Oana Y, Hara T, Onuma T. A proposal for a new Five-axial classification scheme for psychoses of epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2000; 1:343-252.

Mendez MF, Grau R, Doss RC, Taylor JL. Schizophrenia in epilepsy: seizure and psychosis variables. *Neurology*. 1993; 43:1073-1077.

Nadkarni S, Arnedo V, Devinsky O. Psychosis in epilepsy patients. *Epilepsia*. 2007;48 Suppl 9:17-9.

Nathaniel-James DA, Brown RG, Maier M, Mellers J, Toone B, Ron MA. Cognitive abnormalities in schizophrenia and schizophrenia-like psychosis of epilepsy. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2004; 16:472-79.

Neppe VM, Tucker GJ. Modern perspectives on epilepsy in relation to psychiatry: behavioral disturbances of epilepsy. *Hosp Community Psychiatry*. 1988 Apr;39(4):389-96.

Niemi LT, Suvisaari JM, Tuulio-Henriksson A, Lönqvist JK. Childhood developmental abnormalities in schizophrenia: evidence from high-risk studies. *Schizophr Res.* 2003; 60:239-258.

Olafsson E, Ludvigsson P, Gudmundsson G, Hesdorffer D, Kjartansson O, Hauser WA. Incidence of unprovoked seizures and epilepsy in Iceland and assessment of the epilepsy syndrome classification: a prospective study. *Lancet Neurol.* 2005 Oct;4(10):627-34.

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.

Pakalnis A, Drake ME, John K, Kellum JB. Forced normalization: acute psychosis after seizure control in 7 patients. *Arch Neurol.* 1987; 44:289-292.

Perälä J, Saarni SI, Ostamo A, Pirkola S, Haukka J, Härkänen T, Koskinen S, Lönqvist J, Suvisaari J. *Geographic variation and sociodemographic characteristics of psychotic disorders in Finland.* *Schizophr Res.* 2008 Dec;106(2-3):337-47.

Profitlich T, Hoppe C, Reuber M, Helmstaedter C, Bauer J. Ictal neuropsychological findings in focal nonconvulsive status epilepticus. *Epilepsy Behav.* 2008 Feb;12(2):269-75. Epub 2007 Nov 28.

Qin P, Xu H, Laursen TM, Vestergaard M, Mortensen PB. Risk for schizophrenia and schizophrenia-like psychosis among patients with epilepsy: population based cohort study. *BMJ* 2005;331:23-9.

Ramani V, Gummit RJ: Intensive monitoring of interictal psychosis in epilepsy. *Ann Neurol* 1982; 11:613-622.

Sachdev P. Schizophrenia-like psychosis and epilepsy: the status of the association. *Am J Psychiatry*. 1998 Mar; 155(3):325-36.

Sanchez-Gistau V, Pintor L, Sugranyes G, Carreño M, Donaire A, Boget T, Setoain X, Bargalló N, Rumia J. Prevalence of interictal psychiatry disorders in patient with refractory temporal and extratemporal lobe epilepsy in Spain. A comparative study. *Epilepsia*. 2009:1-5.

Savard G, Andermann F, Olivier A. *Remillard GM. Postictal psychosis after partial complex seizures: a multiple case study. Epilepsia* 1991; 32: 225-231.

Schmitz B, Wolf P. Psychoses in epilepsy. In Devinsky O, Theodore WH, editors. *Epilepsy & Behavior*. New York: Wiley-Liss; 1991. p.97-128.

Schmitz B, Wolf P. Psychosis epilepsy: frequency and risk factors. *J Epilepsy*. 1995; 8: 295-305.

Scholtes FB, Renier WO, Melnardi H. Non convulsive status epilepticus: causes, treatment, and outcome in 65 patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1996; 61:93-95.

Sherwin I, Peron-Magnan P, Bancaud J, Boris A, Talairach J. Prevalence of psychosis in epilepsy as a function of the laterality of the epileptogenic lesion. *Arch Neurol*. 1982;39(10):621-5.

Sillanpa M. Epilepsy in children: prevalence, disability and handicap. *Epilepsia*. 1992; 33: 444-9.

Stater E, Beard AW, Glithero E. *The Schizophrenia- like psychoses of epilepsy*, i-v. *Br J Psychiatry* 1963; 109:95-150 von Meduna L: Uber experimentelle Campherepilepsie. *Archiv gur Psychiatrie*. 1934; 102:333-339.

-
- Taylor DC. Mental state and temporal lobe epilepsy. *Epilepsia*, 1972; 13:727-65.
- Thomas L, Trimble M, Schmitz B, Ring H. Vigabatrin and behaviour disorders: a retrospective survey. *Epilepsy Res* 1996;25:21-7.
- Toone BK. Psychoses of epilepsy. In: Reynolds EH, Trimble MR, ed. *Epilepsy and Psychiatry*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1981. p.113-37.
- Toone BK. The psychoses of epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2000; 70: 708-9.
- Torta R, Keller R. Behavioral, psychotic, and anxiety disorders in epilepsy: etiology, clinical features, and therapeutic implications. *Epilepsia*. 1999;40 Suppl 10:S2-20.
- Trevisol-Bittencourt PC, Becker N, Pozzi CN, Sander JW. Epilepsia em um hospital psiquiátrico. *Arq Neuropsiquiatr*. 1990;48(3):261-9.
- Trimble MR, Schmitz B. The psychoses of epilepsy/schizophrenia. In: Engel J, Pedley TA, editores. *Epilepsy: a comprehensive textbook*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1997. p.2071-9.
- Trimble MR. *The psychoses of epilepsy*. New York: Raven Press; 1991.
- Tsopelas ND, Saintfort R, Fricchione GL. The relationship of psychiatric illnesses and seizures. *Curr Psychiatry Rep*. 2001 Jun;3(3):235-42.
- Tuner MA, Boden JM, Smith-Hamel C, Mulder RT. Outcomes for 236 from a 2-year early intervention in psychosis service. *Acta Psychiatr Scand*. 2009; 120: 129-137.

Wang Y, Humes EC, Andrade LG. Diagnóstico e classificação em psiquiatria. In: Louza-Neto MR, Helkis E. *Psiquiatria básica*. 2. Ed. São Paulo: Atmed; 2007. p. 21-47.

Wolf P. The clinical syndromes of forced normalization. *Folia Psychiatr Neurol Jpn* 1984;38:187-92.

World Health Organization (WHO). The ICD-10. *Classification of Mental and Behavioral Disorders: clinical description and diagnostic guidelines*. Geneve: WHO, 1992.

ANEXOS

Anexo 1 - Propostas classificatórias desenvolvidas para psicose

Referência	Critério classificatório principal	Critério acessório
Falret 1860 citado por WHO 1992	Relação temporal com crises	
Samt 1875 citado por Schmitz and Wolf 1991	Curso clínico	
Landolt 1958	Curso clínico	Alterações EEG
Donigier 1959/1960	Psicopatologia	Alterações EEG
Serafetinides and Falconer 1962	Psicopatologia	
Gastaut 1973	Curso clínico	
Bruens 1974	Curso clínico	Psicopatologia
Köhler 1975	Curso clínico	Psicopatologia
Toone 1981	Relação temporal com crises	
Wolf <i>et al.</i> 1986	Multiaxial	
Neppe & Tucker 1988	Multiaxial	
World Health Organization 1992	Psicopatologia	
American Psychiatric Association 1993	Psicopatologia	
Mendez <i>et al.</i> 1995	Relação temporal com crises	
Onuma <i>et al.</i> 1997	Multiaxial	
Sachdev 1998	Relação temporal com crises	Curso clínico
Matsuura <i>et al.</i> 2000	Multiaxial	
Krishnamoorthy <i>et al.</i> 2007	Psicopatologia	Alterações EEG
Nadkarni <i>et al.</i> 2007	Curso clínico	Tratamento

Tabela traduzida e ampliada a partir da revisão de Matsuura *et al.* 2000.

**Anexo 2 - Tradução da Classificação multiaxial para pacientes com epilepsia
(Neppe & Tucker 1988)**

Eixo	Aspecto Psiquiátrico	Aspecto da Epilepsia
I	Diagnóstico psiquiátrico (DSM III-R)	Síndrome epiléptica Tipo de crise Severidade do episódio (leve, moderado, grave) Descrição dos sintomas e qualquer síndrome orgânica
II	Transtorno de personalidade ou desenvolvimento (DSM III-R)	Inteligência Descrição da Personalidade
III	Doenças físicas (DSM III-R)	Localização EEG Características do EEG Relação temporal (perictal, interictal, não estabelecida)
IV	Estressores psicossociais (DSM III-R)	Resposta farmacológica Adesão farmacológica Dose de anticonvulsivantes Dose de neurolépticos Outros tratamentos ou medicações
V	Avaliação global do funcionamento (atual, ano passado, durante doenças)	Cronicidade (episódio único, episódico recorrente, crônico) Curso (com ou sem deterioração)

Tradução da Classificação das psicoses associadas à epilepsia (Neppe & Tucker 1988)

Psicose interictal sem alteração da consciência

Delírios variados e não-sistematizados acompanhando retardo mental moderado e crises secundariamente generalizadas

Psicose crônica com alucinações paranóides e epilepsia do lobo temporal

Psicose interictal com episódio maniforme

Psicose após ressecção do lobo temporal

Psicose epiléptica não orgânica

Psicose perictal

Manifestações de crises parciais complexas (incluindo aquelas de estado de mal parcial)

Psicose pré-ictal

Psicose perictal com aparente preservação da consciência mas com uma síndrome delirante

Fenômeno de psicose pósictal melhor definido como delirium

Episódio psicótico ocorrendo com consciência preservada após crise

Anexo 3 – Tradução da Classificação multiaxial para psicose associada epilepsia (Matsuura *et al.* 2000)

Eixo I – Variáveis da epilepsia

- a. Tipo de crise e síndrome epiléptica
 1. Generalizada idiopática
 2. Localização relatada idiopática
 3. Sintomática/ generalizada criptogênica
 4. Lobo frontal
 5. Lobo temporal
 6. Lobo parietal
 7. Lobo occipital
 8. Outros
- b. Lateralidade do foco baseado nos achados do EEG
 1. Esquerdo
 2. Direito
 3. Bilateral
 4. Difuso
 5. Outros

Eixo II – Variáveis psicopatológicas

- a. Tipo de psicose segundo a CID-10
 1. Alucnose
 2. Transtorno delirante
 3. Transtorno esquizofreniforme paranóide
 4. Transtorno esquizofreniforme hebefrênico
 5. Transtorno psicótico transitório
 6. Transtorno catatônico
 7. Outros
- b. Curso clínico
 1. Episódio único
 2. Episódios recorrentes
 3. Curso crônico
 4. Crônico após episódios recorrentes
 5. outros

Eixo III – Ictus/variáveis do EEG

- a. Relação temporal com as crises
 1. Interictal
 2. Pós-ictal
 3. Paraictal
 4. Alternante
 5. Outros
- b. Mudanças do EEG
 1. Inalterado
 2. Agravado
 3. Normalizado
 4. Desconhecido
 5. Outros

Eixo IV- Fatores precipitantes (provocam psicose: definitivo/provável/inprovável)

- a. Comorbidade com outros transtornos psiquiátricos
 - 1. Nenhum
 - 2. Transtorno de humor
 - 3. Transtorno ansioso
 - 4. Transtorno dissociativo
 - 5. Transtorno de labilidade emocional
 - 6. Outros
- b. Traços específicos de personalidade
 - 1. Nenhum
 - 2. Apático
 - 3. Pseudo-psicopático
 - 4. Epiléptico-límbico
 - 5. Outros
- c. Alterações no regime de DAE
 - 1. Nenhum
 - 2. Adição
 - 3. Descontinuação
 - 4. Intoxicação
 - 5. Outros
- d. Fatores psicossociais
 - 1. Nenhum
 - 2. Específico

Eixo V – Base orgânica

- a. Distúrbio de inteligência
 - 1. Nenhum
 - 2. Leve
 - 3. Moderado
 - 4. Severo
 - 5. Outros
- b. História de insulto ao SNC
 - 1. Nenhuma
 - 2. Específico
- c. Anormalidades nos exames de imagem
 - 1. Nenhuma
 - 2. Específico

Anexo 4- Diagnóstico neuropsiquiátrico multiaxial de pacientes com epilepsia

EIXO 1 – PROBLEMAS MENTAIS

1A - Diagnóstico transtornos mentais pela CID 10

1B - Curso (episódio único/recorrente/crônico)

1C - Resultado atual (remissão/remissão sob tratamento/ativo leve/ativo moderado/ativo grave)

1D - Relação temporal com crises (pós-ictal/interictal/bimodal/ transformação interictal)

1E - Relação temporal com EEG (desconhecida/interictal inalterado/interictal piorado/interictal melhorado/ictal/status)

1F - Etiologia (genética/epilepsia/retardo/insulto SNC/DAE/cirurgia de epilepsia/fatores psicossociais)

EIXO 2 – EPILEPSIA

2A - Diagnóstico de crises

2B - Diagnóstico de síndrome

2C – Resultado atual (remissão/remissão sob tratamento/ativo leve/ativo moderado/ativo grave)

EIXO 3 - AVALIAÇÃO FUNCIONAL

3A - Escore na escala de frequência de crises – Pior Melhor Atual

3B - Escore na escala AGF – Pior Melhor Atual

3C - Impacto (médico/cognitivo/vocacional/profissional/social/pessoal/familiar)

3D - Quantidade de ocorrências de:

Estado de mal

Tentativas de suicídio

Internações psiquiátricas

Tentativas de homicídio

Anexo 5 – Roteiro para anamnese neuropsiquiátrica

1- INFORMANTES

Nomes e relacionamento com paciente. Qualidade das informações (boa, regular ou ruim).

2- IDENTIFICAÇÃO

Forma de tratamento preferida (nome ou apelido), sexo, cor/raça, idade de entrada, estado civil, profissão, ocupação atual, moradia atual.

3- MOTIVO DA CONSULTA/ENCAMINHAMENTO

Diagnóstico ou tratamento de transtorno mental, diagnóstico diferencial com CNEP, avaliação pré-cirúrgica, esclarecimento diagnóstico de crises/síndrome epiléptica/outro.

No caso de suspeita de CNEP, descrever o que fundamentou a suspeita: crises refratárias, ausência, perda de resposta ou respostas paradoxais às DAE, remissões espontâneas ou inesperadas, exames normais ou duvidosos, atipia, multiplicidade, inconsistência ou mudança do padrão habitual de crises, gatilho emocional evidente, específico ou com relação temporal estreita, crises induzidas ou encerradas por sugestão, presença de transtorno mental, problemas de comunicação ou de relação médico-paciente, outros.

4- QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO

Incluir dados e perspectivas subjetivos e objetivos.

5- HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (CRISES E DOENÇA MENTAL)

HISTÓRIA DE CRISES - sempre incluir dados subjetivos e objetivos; não esquecer os seguintes aspectos:

1- Idade de início.

2- Eventos médicos e estressores psicossociais precedentes ou associados (sempre verificar evento vital ou estressor psicossocial grave, TCE leve, TCE grave, outro problema médico significativo, dilema insuperável evidente, situação insuportável evidente).

3- Numerar, nomear e descrever de maneira detalhada os diferentes tipos de crise: sintomas e sinais, pródromos, formas de início e término, período pós-crítico, duração, estereotipia, frequência, circunstâncias, locais e horários de ocorrência das crises, fatores provocadores e associação temporal, impacto, traumas e consequências imediatos, mordedura de língua ou boca, liberação esfinteriana. Sempre verificar a presença de atipia, multiplicidade, inconsistência ou mudança do padrão habitual de crises, gatilho emocional evidente, específico ou com relação temporal estreita, crises induzidas ou encerradas por sugestão.

4- Duração, curso e resultado. Anotar frequência mínima, máxima e atual de crises. Períodos de remissão. Estados de mal. Internações e procedimentos. Sempre verificar a presença de remissões espontâneas ou inesperadas.

5- Idade de início, duração, resultado de diferentes tipos de tratamento. Sempre verificar a presença de crises refratárias, ausência, perda de resposta ou respostas paradoxais às DAE.

6- Impacto médico e psicossocial (traumas graves, traumas leves, intoxicação frequente e ou crônica, efeitos colaterais graves das DAE, gravidez inesperada, malformações ou outros problemas gestacionais, problemas sexuais e outros problemas clínicos graves associados às crises ou seu tratamento. Lentidão, problemas de raciocínio/abstração, problemas de atenção/concentração, problemas de linguagem/nomeação, problemas de memória/aprendizado e outras dificuldades

cognitivas. Nunca trabalhou, emprego ou atividade parcial, desemprego frequente ou crônico, problemas no trabalho, afastamento por doença, aposentadoria por doença, problema/conflito trabalhista e problema/conflito previdenciário. Perdas graves, problemas familiares/conjugais, evidências objetivas de estigma ou exclusão social, restrições significativas, falta de independência/autonomia financeira, falta de independência/autonomia pessoais, impossibilidade para dirigir, dificuldades de locomoção, falta de lazer e falta de exercícios).

7- Perspectiva, atitude e adaptação de paciente e familiares em relação às crises e aos tratamentos (baixa adesão ao tratamento, vergonha, ocultação do problema, negação, raiva/não aceitação, “locus” de controle externo, tristeza/desesperança/pessimismo, medo/insegurança/restrrição excessiva, dependência/passividade, timidez/evitação, isolamento, vivência subjetiva de estigma, baixa auto-estima, auto-estigma e outros. Superproteção, condescendência/mimo/indução de dependência/passividade, estigmatização, rejeição/hostilização/crítica/desqualificação e outros). Sempre verificar a presença de “crença em doença grave” por parte da família e/ou médico e ganho secundário evidente, distorção do significado subjetivo de doença (validação de sofrimento, busca de atenção/compreensão, alívio de responsabilidades, negação veemente de aspectos psicológicos), comunicação através da doença entre paciente e o meio, adaptação emocional anômala à doença (resposta emocional exagerada/indiferença/comportamento de procura de doença), problemas, insatisfação ou conflitos com médicos. No caso de avaliação pré-cirúrgica, verificar se há ambivalência ou expectativas exageradas, incorretas a respeito da cirurgia.

8- Informação sobre epilepsia e tratamentos (epilepsia, crises epiléticas, diagnóstico pessoal, restrições, tratamento, DAE, cirurgia, casamento, reprodução e outros).

HISTÓRIA DE TRANSTORNOS MENTAIS - sempre incluir dados e perspectivas subjetivos e objetivos; não esquecer os seguintes aspectos:

1- Idade e forma de início (abrupto, agudo, subagudo, insidioso).

2- Eventos médicos e estressores psicossociais precedentes ou associados, relação temporal com crises.

3- Descrição de sintomas e problemas principais. Verificar se há polimorfismo (mesmo transtorno mental apresenta diferentes padrões psicopatológicos), flutuação temporal (flutuações bruscas e/ou inesperadas da sintomatologia), atipia/diferença em relação ao padrão clássico (alguns aspectos/sintomas diferentes em relação ao mesmo transtorno mental "funcional") e presença de comorbidade.

4- Duração, curso e resultado. Períodos de remissão. Internações psiquiátricas. Tentativas de suicídio e homicídio.

6- Idade de início, duração, resultado de diferentes tipos de tratamento.

5- Impacto médico e psicossocial (lembrar de internações médicas, comprometimento de saúde física, cuidados pessoais e autonomia básica, alimentação, sexo, vida familiar, profissional e social, efeitos colaterais de PSF).

7- Perspectiva e atitude de paciente e familiares em relação à doença e aos tratamentos.

6- HISTÓRIA NEUROPSIQUIÁTRICA PASSADA

Repetir os itens acima para o período anterior ao da HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL.

7- HISTÓRIA DE USO DE DROGAS

Incluir dados e perspectivas subjetivos e objetivos. Incluir drogas de uso socialmente aceito ou não. Incluir medicamentos prescritos por médicos ou não, mas com padrão de uso problemático, abusivo ou compulsivo. Não esquecer os seguintes itens:

1-Idade, fatores ou motivações de primeiro contato, hábito, abuso ou dependência.

2-Quantificação e padrão de uso (incluir situações gatilho e acesso).

3-Impacto médico e psicossocial (incluir internações médicas e psiquiátricas, tentativas de suicídio e homicídio, comprometimento de saúde física, cuidados pessoais e autonomia básica, alimentação, sexo, lazer, vida familiar, profissional e social).

4-Perspectiva e atitude de paciente e familiares.

5-Fatores ou motivação para parar.

6-Tentativas anteriores de parar (idade, fatores ou motivações, duração, resposta e impacto médico e psicossocial).

7-Tempo atual de abstinência.

8- HISTÓRIA MÉDICA

1-Condições de gestação e parto. Não esquecer os seguintes itens:

Sangramento, infecção, uso/abuso de drogas, intervenção cirúrgica durante a gestação, prematuridade, pós-datismo com presença de mecônio, baixo peso ou pequeno para a idade gestacional, complicações obstétricas, toco-traumatismo, anóxia, convulsão neo-natal, sépsis, icterícia que levou a transfusão, respirador.

2-Doenças e tratamentos na infância, adolescência e vida adulta. Não esquecer os seguintes itens:

Crise febril na infância (convulsão na presença de febre, entre 6 meses a 5 anos de idade, na ausência de infecção do SNC e distúrbio metabólico grave), crises febris complicadas na infância (mais de uma convulsão febril num intervalo de 24 horas, convulsão com mais de 15 minutos, ou sinais focais ictais ou pós-ictais), crises sintomáticas agudas, crises não febris isoladas (convulsão isolada, precedendo em mais de um ano o início da epilepsia), TCE (apenas os acompanhados de rebaixamento de consciência, vômitos, sonolência ou amnésia com duração maior que 30 minutos), infecções do SNC(meningite, encefalite, abscessos cerebrais), outros agravos do SNC, história de doença clínica grave na infância e outras doenças clínicas significativas (apenas as que tenham relação com a etiopatogenia da epilepsia). Procurar história de conversões, dissociações e somatizações.

3-Revisão de sistemas. Procurar evidências de conversões, dissociações e somatizações.

4-Medicamentos em uso atual.

9- HISTÓRIA DO DESENVOLVIMENTO

1-DNPM.

2-Escolarização e problemas cognitivos (Não esquecer de evidências de retardo e outros problemas cognitivos e comportamentais).

3-Profissionalização (Não esquecer de falta de formação profissional e formação profissional inadequada para situação social)

4-Desenvolvimento psicosexual e estágio obstétrico (nas mulheres).

10- HISTÓRIA SOCIAL

1- Posição na prole.

2- Situação social e ambiente familiar envolvendo concepção, gestação e parto. Não esquecer de ambiente familiar disfuncional/desequilibrado e ambiente familiar violento.

3- Situação social e ambiente familiar na infância, adolescência e vida adulta.

4- Relação com figuras parentais ou outras significativas. Não esquecer de ausência de elemento parental, perda parental precoce (perda parental antes dos 12 anos de idade).

5- Histórico de eventos significativos.

6- Eventos traumáticos.

7- Evidências de submissão a ou testemunho de abuso físico, sexual ou psicológico.

8- Convívio pessoal ou profissional com epilepsia ou outra doença neurológica ou psiquiátrica. Convívio pessoal com experiências de transe de natureza social ou religiosa

11- PERSONALIDADE E COMPORTAMENTO

1- Temperamento, caráter, comportamentos característicos, valores, interesses, motivações na infância, adolescência e vida adulta.

2- Padrão de resposta a situações estressoras.

3- Comportamentos problemáticos, desadaptativos ou de risco envolvendo alimentação, cuidados com o corpo e a saúde, sexo, lazer, família, profissão e sociedade (incluir situações gatilho).

Não esquecer os seguintes itens:

Síndrome de personalidade orgânica “temporal”: viscosidade, perseveração, prolixidade, circunstancialidade, tangencialidade/divagação, hipergrafia. Hiperreligiosidade, hipermoralidade, irritabilidade/agressividade, desconfiança, hiperemocionalidade, hipossexualidade.

Síndrome de personalidade orgânica “frontal orbital”: desinibição, euforia, puerilidade, labilidade. Impulsividade/agressividade, inquietação, impaciência. Julgamento/crítica social prejudicados, irresponsabilidade, falta de empatia, egoísmo, perda de padrões éticos.

Síndrome de personalidade orgânica “frontal mesial”: falta de iniciativa, apatia, indiferença, apragmatismo.

12- HISTÓRIA MÉDICA FAMILIAR

Problemas médicos, psiquiátricos, epilepsia (incluir qualquer síndrome epilética, e também convulsões febris na infância ou casos de convulsões espontâneas isoladas) e outros problemas neurológicos entre familiares (incluir pais, filhos, irmãos, tios). Se necessário, anexar genograma.

13- EXAME FÍSICO

Não esquecer de verificar:

Sinais de TCE ou neurocirurgia.

Sinais de traumas ou queimaduras.

Sinais cutâneos de doenças neurológicas (manchas café com leite, adenoma sebáceo, hemangioma vinoso facial).

14- EXAME NEUROLÓGICO

Não esquecer de verificar:

Sinais motores focais (hipomimia facial unilateral, hemiparesia/hemiatrofia, outros).

Sinais de neurotoxicidade aguda/crônica por DAE (tontura, desequilíbrio, ataxia, dismetria, tremores, nistagmo, disartria, visão borrada ou diplopia).

15- EXAME DO ESTADO MENTAL (OBSERVAÇÃO, CONVERSAÇÃO E EXPLORAÇÃO)

1- Vigília.

2- Aparência: idade aparente, estado geral, estado nutricional, particularidades físicas, higiene pessoal e vestimenta.

3- Expressão facial.

4- Posição, postura.

5- Comportamento motor e conação.

6- Comportamento na entrevista: comportamento social, participação, atitude com o examinador.

7- Cognição: alerta, consciência subjetiva (primária, reflexiva, periférica, focal), orientação, atenção, memória, inteligência/abstração.

8- Contato visual.

9- Linguagem, discurso e processo de pensamento.

10- Afetividade observada: emoções, sentimentos e humor observados, comportamento emocional.

11- Sensopercepção.

12- Afetividade relatada: emoções, sentimentos, paixões e humor relatados.

13- Conteúdos do pensamento.

14- Aspectos fenomenológicos da consciência: atributos do eu (existência, unidade, identidade, atividade, oposição e personalidade) e das vivências (realidade, familiaridade, clareza, nitidez, e abrangência) e aspectos contextuais (corpo, espaço e tempo).

15- Crítica e juízo.

Não esquecer os seguintes:

1- Sinais de neurotoxicidade aguda/crônica por DAE: sedação, problemas de atenção, concentração, lentidão.

2- Sintomatologia orgânica inespecífica: fácies orgânico, aparência envelhecida, descuido pessoal. Problemas de atenção, concentração, lentidão. Problemas de linguagem, nomeação. Discurso/pensamento pobre, pensamento concreto. Problemas de memória, aprendizado. Problemas de raciocínio, abstração, rigidez, evidências de retardo mental.

3- Sintomatologia orgânica “temporal”: viscosidade, perseveração, prolixidade, circunstancialidade, tangencialidade/divagação, hipergrafia. Problemas de memória. Hiperreligiosidade, hipermoralidade, irritabilidade/agressividade, hiperemocionalidade, hipossexualidade.

4- Sintomatologia orgânica “frontal orbital”: desinibição, euforia, puerilidade, labilidade. Impulsividade/agressividade, inquietação, impaciência. Julgamento/crítica social prejudicados, irresponsabilidade, falta de empatia, egoísmo, perda de padrões éticos.

5- Sintomatologia orgânica “frontal mesial”: falta de iniciativa, apatia, indiferença, apragmatismo.

6- Evidências de sugestionabilidade no exame psíquico.

7- Evidências de alexitimia no exame psíquico.

16- EXAMES SUBSIDIÁRIOS

Não esquecer os seguintes: EEG, vídeo-EEG, TC, RM, SPECT intercital, SPECT ictal, avaliação neuropsicológica. Categorizar os achados (normal/anormal, inespecífico/específico, não lateralizado/lateralizado e não loocalizado/localizado).

17- DIAGNÓSTICOS PELA CID-X

Não esquecer de verificar os seguintes:

Epilepsia (G40.0 a G40.9).

Transtornos mentais e comportamentais (F00 a F99).

Anexo 6 - *Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy, 1989 (Classificação Internacional das Epilepsias e Síndromes Epilépticas e Condições Relacionadas)*

1. Síndromes e Epilepsias Localizadas (locais, focais e parciais)

1.1 Idiopática (com início relacionado à idade)

Epilepsia benigna da infância com espícula centro-temporal

Epilepsia da infância com paroxismos occipitais

Epilepsia primária da leitura

1.2 Sintomática

Epilepsia parcial contínua progressiva crônica

Síndromes com quadros específicos de manifestação

- Epilepsia lobo temporal
- Epilepsia lobo frontal
- Epilepsia lobo parietal
- Epilepsia lobo occipital

1.3 Criptogênica

2. Síndromes e Epilepsias Generalizadas

2.1 Idiopática (com início relacionado à idade)

Convulsão familiar neonatal benigna

Convulsão neonatal benigna

Epilepsia mioclônica benigna do lactente

Epilepsia ausência da infância

Epilepsia ausência juvenil

Epilepsia mioclônica juvenil

Epilepsia com crises tônico-clônicas ao despertar

Outras epilepsias idiopáticas generalizadas

Epilepsias desencadeadas por modos específicos de ativação

2.2 Criptogênica ou Sintomática

Síndrome de West

Síndrome de Lennox-Gastaut

Epilepsia mioclônico-astática

Epilepsia com ausências mioclônicas

2.3. Sintomática

2.3.1. Etiologia inespecífica

Encefalopatia mioclônica precoce

Encefalopatia epiléptica infantil precoce com surto-supressão

Outras epilepsias generalizadas sintomáticas

2.3.2. Síndromes específicas

Crises epilépticas complicando outras doenças

3. Síndromes e Epilepsias Indeterminadas se Focais ou Generalizadas

3.1 Com Crises Focais e Generalizadas Crises neonatais

Epilepsia mioclônica grave do lactente

Epilepsia com espícula-onda lenta contínua durante sono lento

Afasia epiléptica adquirida

Outras epilepsias indeterminadas

3.2 Sem Inequívocas Características Focais ou Generalizadas

4. Síndromes Especiais

4.1 Crises Circunstanciais

Convulsões febris

Crises isoladas ou estado de mal isolado

Crises que ocorrem somente em evento tóxico ou metabólico

Anexo 7 - *Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy, 1981 - Classificação das Crises Epilépticas*

1. Crises Parciais (ou focais)

Crises parciais simples (CPS)

- com sinais motores
- com sinais sensitivos somatossensoriais ou especiais
- com sinais ou sintomas autonômicos
- com sintomas psíquicos.

Crises parciais complexas (CPC)

- início de crise parcial simples seguida por alteração da consciência
- alteração de consciência no início

Crises secundariamente generalizadas

- CPS evoluindo para crises tônico-clônicas generalizadas (CTCG)
- CPC evoluindo para CTCG
- CPS evoluindo para CPC e então para CTCG.

2. Crises Generalizadas (desde o início)

CTCG Crises de ausência

Crises de ausência atípica

Crises mioclônicas

Crises tônicas

Crises clônicas

Crises atônicas

3. Crises não classificáveis (informações incompletas ou inadequadas)

Anexo 8 - Escala de frequência de crises

- 0- Sem Crises, sem medicação epiléptica
- 1- Sem crises, ainda não foi retirada a medicação antiepiléptica
- 2- Sem crises, necessitando de medicação antiepiléptica
- 3- Com crises parciais simples (“não-incapacitantes”)
- 4- Com crises noturnas, exclusivamente
- 5- 1-3 crises por ano
- 6- 4-11 crises por ano
- 7- 1-3 crises por mês
- 8- 1-6 crises por semana
- 9- 1-3 crises por dia
- 10- 4-10 crises por dia
- 11- > 10 crises por dia, mas não sendo *status epilepticus*
- 12- *Status epilepticus*, se não for mantido em coma barbitúrico

Anexo 9 - DSM-IV Eixo V: Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF)

Considerar o funcionamento psicológico, social e ocupacional em um continuum hipotético de saúde-doença mental. Não incluir prejuízo no funcionamento devido a limitações físicas (ou ambientais).

Indicar o código apropriado para o nível mais baixo de funcionamento durante a semana de pior funcionamento no último mês. (Usar códigos intermediários quando apropriado, p.ex., 45, 68, 72)

100 91	Funcionamento superior em uma ampla faixa de atividades, problemas de vida jamais vistos fora de seu controle, é procurado por outros em vista de suas muitas qualidades positivas. Não apresenta sintomas.
90 81	Sintomas ausentes ou mínimos (p.ex., leve ansiedade antes de um exame), bom funcionamento em todas as áreas, interessado e envolvido em uma ampla faixa de atividades, efetivo socialmente, em geral satisfeito com a vida, nada além de problemas ou preocupações cotidianas (p.ex., uma discussão ocasional com membros da família).
80 71	Se sintomas estão presentes, eles são temporários e consistem de reações previsíveis a estressores psicossociais (p.ex., dificuldade para concentrar-se após discussão em família); não mais do que leve prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p.ex., apresenta declínio temporário na escola).
70 61	Alguns sintomas leves (p.ex., humor depressivo ou insônia leve) OU alguma dificuldade no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p.ex., faltas injustificadas à escola ocasionalmente, ou furto dentro de casa), mas geralmente funcionando muito bem; possui alguns relacionamentos interpessoais significativos).
60 51	Sintomas moderados (p.ex., afeto embotado e fala circunstancial, ataques de pânico ocasionais) OU dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p.ex., poucos amigos, conflitos com companheiros ou colegas de trabalho).
50 41	Sintomas sérios (p.ex., ideação suicida, rituais obsessivos graves, frequentes furtos em lojas) OU qualquer prejuízo sério no funcionamento social, ocupacional ou escolar (p.ex., nenhum amigo, incapaz de manter um emprego).
40 31	Algun prejuízo no teste da realidade ou comunicação (p.ex., fala às vezes ilógica, obscura ou irrelevante) ou prejuízo importante em diversas áreas, tais como emprego ou escola, relações familiares, julgamento, pensamento ou humor (p.ex., homem deprimido evita amigos, negligencia a família e é incapaz de trabalhar; criança frequentemente bate em crianças mais jovens, é desafiadora em casa e está indo mal na escola).
30 21	Comportamento é consideravelmente influenciado por delírios ou alucinações OU sério prejuízo na comunicação ou julgamento (p.ex., ocasionalmente incoerente, age de forma grosseiramente inapropriada, preocupação suicida) OU inabilidade para funcionar na maioria das áreas (p.ex., permanece na cama o dia inteiro, sem emprego, casa ou amigos).
20 11	Algun perigo de ferir a si mesmo ou a outros (p.ex., tentativas de suicídio sem clara expectativa de morte: frequentemente violento; excitação maníaca) OU ocasionalmente falha ao manter a higiene pessoal mínima (p.ex., suja-se de fezes) OU prejuízo grosseiro na comunicação (p.ex., amplamente incoerente ou mudo).
10 1	Perigo persistente de ferir gravemente a si mesmo ou a outros (p.ex., violência recorrente) OU inabilidade persistente para manter uma higiene pessoal mínima Ou sério ato suicida com clara expectativa de morte.
0	Informação inadequada