

Transtornos Psiquiátricos na Epilepsia: Uma Proposta de Classificação Elaborada pela Comissão de Neuropsiquiatria da ILAE

Gerardo Maria de Araújo Filho*, Vivianne Pellegrino Rosa*, Elza Márcia Targas Yacubian*

Departamento de Neurologia – UNIPETE-UNIFESP/Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP

RESUMO

Introdução: Um dos aspectos mais importantes da epileptologia é o da sua relação com as comorbidades psiquiátricas. Transtornos psiquiátricos (TP) são associados a praticamente todas as síndromes epiléticas e contribuem para uma maior dificuldade no manejo desses pacientes. **Objetivo:** O presente trabalho tem como objetivo fazer uma revisão das classificações dos TP na epilepsia e destacar a proposta elaborada pela Comissão de Neuropsiquiatria da ILAE. **Conclusão:** A proposta de classificação elaborada pela ILAE procurou diferenciar os TP que ocorrem em comorbidade daqueles que refletem atividade epileptiforme ou que ocorrem especificamente na epilepsia, sendo baseada em aspectos clínicos e descritivos mais do que em etiologias. Apresenta ainda critérios bastante claros e operacionais, constituindo-se de grande utilidade para futuros estudos dos quadros psiquiátricos na epilepsia.

Unitermos: Transtornos psiquiátricos, epilepsia.

ABSTRACT

Psychiatric disorders in epilepsy: a proposal for classification by the ILAE Commission on Neuropsychiatry

Introduction: The relationship between psychiatric disorders (PD) and epilepsy is among the most frequent and important aspects of epileptology. PD are present in all epileptic syndromes and contribute to increase the difficulties in treating these patients. **Objective:** We reviewed the classifications for the PD in epilepsy and highlighted the proposal by the ILAE Commission on Neuropsychiatry. **Conclusion:** The classification proposal by the ILAE attempted to separate disorders comorbid with epilepsy and those that reflect ongoing epileptiform activity from epilepsy-specific disorders and are based on clinical and descriptive symptoms rather than in etiological classification. It also presents clear and operational criteria that could be of greater utility for future studies of PD in epilepsy.

Key words: Psychiatric disorders, epilepsy.

INTRODUÇÃO

A complexa associação existente entre epilepsia e transtornos psiquiátricos (TP) está entre os mais frequentes e importantes aspectos da epileptologia. Estudos na literatura têm enfatizado cada vez mais essa relação, comprovando o crescente interesse pelo tema. Quadros psi-

quiátricos estão associados à praticamente todas as síndromes epiléticas e contribuem para uma maior dificuldade no manejo desses pacientes e por conseqüente comprometimento da qualidade de vida dos mesmos.^{1,3} Várias alterações comportamentais podem ocorrer em pacientes com epilepsia, variando desde quadros depressivos

e ansiosos até quadros psicóticos potencialmente graves. Outros transtornos comportamentais especificamente ligados à epilepsia podem ocorrer, tais como os transtornos afetivos e somatoformes interictais e traços específicos de transtornos de personalidade como a síndrome de Gastaut-Geschwind.^{4,6} As dificuldades para estabelecer a frequência de TP nas síndromes epiléticas, no entanto, são inúmeras. A prevalência e gravidade dos quadros psicopatológicos encontrados nos estudos variam de acordo com uma série de fatores demográficos (estudos populacionais *versus* estudos em centros terciários), clínicos (tipo de síndrome epilética, gravidade e frequência das crises, tipo e número de drogas antiepilépticas) e psicossociais (estigma, existência e qualidade da rede social de apoio).^{4,8} Além disso, os critérios diagnósticos utilizados para a classificação dos TP na epilepsia variam consideravelmente, havendo controvérsias na literatura acerca de como e onde descrever e classificar os quadros de comportamento especificamente ligados à referida doença.^{8,9}

Existem divergências quanto ao papel desempenhado pela epilepsia no desenvolvimento dos diferentes quadros psiquiátricos, que podem ocorrer tanto em comorbidade como ser um aspecto da própria crise epilética.¹⁰ A possível existência de quadros psiquiátricos particulares à epilepsia também é controversa, apesar de estudos cada vez mais comprovarem a estreita relação existente entre a referida doença e determinadas alterações comportamentais.¹⁰ A Tabela 1 resume os diferentes quadros psiquiátricos e sua respectiva relação com a epilepsia.

Tabela 1. Quadros psiquiátricos e relação com a epilepsia.

Quadro psiquiátrico	Tipos de transtornos	Relação com a epilepsia
Todos os transtornos psiquiátricos descritos na CID-10 e no DSM-IV	T. do humor T. de ansiedade T. psicóticos T. de personalidade	Nenhuma. Ocorrem em comorbidade à doença crônica
Sintomas psiquiátricos ictais/peri-ictais	Status parcial simples Status parcial complexo Status de ausência Psicoses ictais	Manifestações comportamentais das próprias crises epiléticas
Transtornos interictais específicos da epilepsia	Psicose pós-ictal Psicose interictal Psicose alternativa Quadros afetivo-somatoformes	Manifestações comportamentais que ocorrem especificamente em pacientes com epilepsia
Transtornos de personalidade específicos da epilepsia	Grupo hiper-ético Grupo viscoso Grupo lábil	Alterações de personalidade possivelmente ligadas à progressão da doença

A Comissão de Neuropsiquiatria da *International League Against Epilepsy* (ILAE) elaborou uma proposta de classifi-

cação dos TP na epilepsia, que visa tanto a uma maior organização dos mesmos como a separar os TP que ocorrem em comorbidade daqueles que refletem atividade epileptiforme ou que, ainda, ocorrem especificamente nas síndromes epiléticas.¹⁰ O presente trabalho pretende destacar as novas recomendações realizadas pela referida subcomissão da ILAE em relação ao diagnóstico e classificação dos quadros psiquiátricos na epilepsia, com o objetivo de esclarecer os médicos neurologistas e não-psiquiatras que trabalham em epileptologia e de orientar os futuros estudos na área.

ASPECTOS RELACIONADOS ÀS COMORBIDADES

Pacientes com epilepsia, da mesma forma que pacientes com outras doenças crônicas, apresentam uma maior prevalência de alterações comportamentais e TP associados em relação à população geral.⁸ A Tabela 2 descreve a prevalência dos principais TP entre os pacientes com epilepsia e na população geral.

Tabela 2. Prevalência dos transtornos psiquiátricos na epilepsia e na população geral

Transtorno psiquiátrico	Pacientes com epilepsia	População geral
Transtornos do humor (depressivos)	24-74%	3,3% Distímia 5-17% Depressão maior
Transtornos de ansiedade	10-25%	5-7% TAG 1-4% Transtorno do pânico
Psicoses	2-9%	0,7-1% Esquizofrenia
Déficit de atenção com hiperatividade	12-37%	4-12%

TAG: transtorno de ansiedade generalizada.

Tais comorbidades, no entanto, muitas vezes não apresentam aspectos suficientes para diferenciá-las dos TP encontrados associados a outras doenças ou aos TP encontrados na comunidade, tais como transtornos depressivos e ansiosos de leve a moderada intensidade. Pacientes com epilepsia também apresentam TP mais graves, como o transtorno afetivo bipolar (TAB) e a esquizofrenia, cuja sintomatologia pode ser considerada semelhante àquela de pacientes sem epilepsia.¹⁰ Em tais situações, deve-se “ignorar” a epilepsia e classificar os TP de acordo com os critérios diagnósticos convencionais já existentes, como o DSM-IV e a CID-10.^{11,12} Tal procedimento de ignorar o quadro de epilepsia é defendido pela proposta da ILAE e visa a que se previna o uso inespecífico da categoria de “transtorno secundário a uma causa orgânica”, que existe em ambas as classificações e que não contribui para um maior entendimento da epidemiologia dos TP associados às síndromes epiléticas.¹⁰

SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS ICTAIS E PERI-ICTAIS: UM ASPECTO DAS CRISES EPILÉPTICAS

As manifestações e sintomas psiquiátricos, por outro lado, podem muitas vezes ser um aspecto inerente às próprias crises epiléticas. Crises parciais simples (CPS) podem ocorrer sob a forma de crises de pânico (*ictal fear*), alucinações visuais, delírios transitórios e comportamentos bizarros. Atividade epileptiforme subclínica e *status epilepticus* não-convulsivo localizados nos lobos frontais e temporais estão frequentemente associados a tais fenômenos, que também podem se apresentar como estados de agressividade ou catatoniformes, com intensa apatia.¹³ Estados ictais atualmente já bem-definidos e que cursam com sintomas de alteração comportamental são: A) *Status* parcial complexo – crises parciais complexas (CPC) contínuas, cursando com perda da consciência; B) *Status* parcial simples (aura contínua) – CPS com preservação da consciência; C) *Status* de ausência – estado de estupor e com manifestações mioclônicas associadas. Em todas as referidas situações o início abrupto, a transitoriedade e a forma estereotipada das alterações de comportamento nos auxiliam a diferenciá-las dos TP primários. Seu tratamento visa primariamente à melhora do controle das crises epiléticas.^{10,13}

TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS INTERICTAIS ESPECÍFICOS DA EPILEPSIA

Existem TP, no entanto, que ocorrem especificamente ligados à epilepsia. Tais quadros apresentam descrições clínicas distintas e respondem a diferentes formas de tratamento. De forma geral, podem ser divididos nas seguintes categorias:

a) Quadros psicóticos

Os quadros psicóticos ocorrem com uma frequência de 2 a 7% dos pacientes com epilepsia, sendo mais comumente associados à refratariedade clínica, epilepsia do lobo temporal e lateralidade à esquerda.^{13,16} Em relação à temporalidade com as crises, seus subtipos são classificados em *psicose pós-ictal* (PPI), *psicose interictal* (PII) e *psicose alternativa*. A prevalência, duração média e relação com as crises dos quadros psicóticos na epilepsia estão na Tabela 3.

A PPI se caracteriza por ocorrer após um intervalo lúcido de pelo menos 12 horas em relação aos fenômenos ictais, podendo ocorrer até uma semana após os mesmos. É sempre precedida por crises parciais complexas com ou sem generalização secundária. Os sintomas psicóticos ocorrem por uma semana a até um mês, podendo apresentar ou não remissão espontânea. O quadro em geral é polimórfico, podendo haver sintomas maníacos, hipoma-

níacos, alucinações auditivas e visuais ou mesmo delírios e alucinações de caráter persecutório e bizarro.^{13,16}

A PII não guarda relação com as crises, é mais duradoura e persistente, ocorrendo em paralelo à epilepsia. O quadro se inicia em geral após 10 a 15 anos do início da síndrome epilética.¹⁴ As alterações psicopatológicas são mais definidas, sendo mais parecidas àquelas encontradas nos quadros psicóticos primários, como a presença de delírios de conteúdo persecutório, alucinações auditivas, perda da sociabilidade e maior retraimento afetivo e social. Seu curso é geralmente crônico, evoluindo de forma semelhante à esquizofrenia.^{13,16}

A psicose alternativa, por sua vez, ocorre quando o paciente alterna períodos onde há presença de crises epiléticas com ausência de sintomas comportamentais e períodos onde há ausência de crises epiléticas, porém com presença de sintomas comportamentais de natureza psicótica como delírios, alucinações, desorganização do pensamento e do comportamento. O quadro psicótico frequentemente ocorre associado a uma normalização paradoxal do eletroencefalograma (EEG) denominada “normalização forçada”.^{17,18} As alterações psicopatológicas são polimórficas, podendo haver sintomas paranóides e afetivos. O diagnóstico de psicose alternativa deve ser feito mesmo quando há ausência de EEG, em todas as situações onde há melhora da epilepsia e início abrupto de sintomas psicóticos. Caso haja confirmação pela avaliação de EEG, o diagnóstico deve ser especificado como “com normalização forçada do EEG”.^{10,13}

Tabela 3. Prevalência, duração média e relação com as crises dos quadros psicóticos na epilepsia.

Quadro psicótico	Duração	Relação com as crises	Prevalência
Psicose pós-ictal	7 dias a 1 mês	Ocorre após <i>cluster</i> de crises	2-11%
Psicose interictal aguda	1 a 6 meses	Não	3-9%
Psicose interictal crônica	> 6 meses	Não	2-5%
Psicose alternativa	Variável	Ocorre após melhora das crises	Desconhecida

b) Quadros afetivo-somatoformes (disfóricos)

Sintomas intermitentes de caráter somático ou afetivo se apresentam entre pacientes com epilepsia crônica. Manifestam-se de maneira pleomórfica, incluindo principalmente oito sintomas: humor deprimido ou eufórico, irritabilidade paroxística, inércia, insônia, ansiedade, medo, dores atípicas.¹⁰ Ocorrem em intervalos variados e são flutuantes, podendo durar desde horas até dois

ou três dias, nunca preenchendo critérios suficientes para um transtorno de ansiedade ou do humor previamente descritos pelo DSM-IV ou pela CID-10.^{11,12} A presença de pelo menos três dos referidos sintomas é suficiente para o estabelecimento do diagnóstico. Apesar de não haver estudos suficientes na literatura que avaliem sua prevalência¹³, acarretam considerável disfunção social e ocupacional aos pacientes com epilepsia.¹⁰

Em relação à temporalidade com as crises, os mesmos podem ser divididos em: *transtorno disfórico interictal*, quando ocorrem entre as crises e não guardam relação temporal com as mesmas; *transtorno disfórico prodrômico*, quando precedem as crises em horas ou dias; ou *transtorno disfórico pós-ictal*, quando sucedem as crises em horas ou dias, causando importante disfunção ao paciente (dores de cabeça, irritabilidade, ansiedade e humor deprimido).¹⁰

Sintomas depressivos, ansiosos, de despersonalização, desrealização e até crises não-epilépticas, no entanto, podem ocorrer como manifestações da normalização forçada. Nesses casos, o diagnóstico de *síndrome afetivo-somatoforme alternativa (transtorno disfórico alternativo)* deve ser realizado em todas as situações onde há melhora da epilepsia e início abrupto de sintomas afetivos e somatoformes. Caso haja confirmação pela avaliação de EEG, o diagnóstico deve ser especificado como “com normalização forçada do EEG”.^{10,13}

TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE E RELAÇÃO COM AS SÍNDROMES EPILEPTICAS

O termo transtorno de personalidade é utilizado em psiquiatria para descrever “um padrão persistente de vivência íntima ou comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo. Tal comportamento é generalizado e inflexível, tem início na adolescência ou no começo da vida adulta, é estável ao longo do tempo e provoca sofrimento ou prejuízo”.^{11,12} A CID-10 e o DSM-IV listam 10 transtornos de personalidade, cada um com suas características peculiares e atualmente operacionalizados sob a forma de três grupos (ou “clusters”), denominados A, B e C. Os transtornos de personalidade do grupo A (esquizóide, esquizotípico e paranóide) são caracterizados por um padrão de comportamento persistente de distanciamento, suspeita em relação ao outro e excentricidade. Os transtornos de personalidade do grupo B (histriônica, narcisista, *borderline* e anti-social) se caracterizam por impulsividade, intolerância à frustração, agressividade e instabilidade emocional, enquanto os transtornos de personalidade do grupo C (esquiva, dependente e obsessivo-compulsivo) são caracterizados por inibição social, hipersensibilidade e submissão ao outro.

Pacientes com quadro de epilepsia crônica poderiam também apresentar sutis mudanças de personalidade com

a progressão da doença. Dentre estas, destacam-se três grupos de alterações: A) aprofundamento da emotividade, apresentando comportamento hiper-ético e voltado às questões espirituais (grupo “hiper-ético” ou “hiper-religioso”); B) tendência a serem detalhistas, ordeiros, prolixos e repetitivos no discurso (grupo “viscoso”); e C) maior labilidade afetiva, com intensa sugestionabilidade, imaturidade e comportamento “adolescente” (grupo “lábil”). Há também um grupo “misto”, onde alterações comuns a dois ou aos três grupos estariam presentes.⁽¹⁰⁾ Tais alterações de personalidade serão denominadas de *transtornos* apenas se estiverem presentes com um grau de intensidade suficiente para interferir de forma significativa no ajustamento social e quando o paciente não preencher critérios para outros transtornos de personalidade já descritos pela CID-10 ou DSM-IV.¹⁰

DISCUSSÃO

Cerca de 6% dos pacientes com epilepsia apresentam alguma comorbidade psiquiátrica. Tal prevalência aumenta para 10 a 20% em pacientes com epilepsia refratária.¹ Transtornos de humor, particularmente depressivos, são os mais frequentes (24-74%), seguidos por transtornos de ansiedade (10-25%), quadros psicóticos (2-7%) e transtornos de personalidade (1-2%).¹ Além das dificuldades para estabelecer a frequência de TP nas síndromes epilépticas, que variam de acordo com uma série de fatores demográficos, clínicos e psicossociais, os critérios diagnósticos utilizados possuem considerável heterogeneidade, havendo controvérsias acerca da metodologia mais adequada a ser aplicada em sua classificação.^{8,9} Em função disso há evidências na literatura de que apesar de sua elevada prevalência, os TP na epilepsia permanecem subdiagnosticados e apresentam descrição psicopatológica escassa.¹⁰

Para a elaboração de um sistema classificatório útil e acessível dos quadros psicopatológicos na epilepsia, é de grande importância abranger não somente os critérios diagnósticos atualmente existentes no DSM-IV e na CID-10^{11,12}, mas também incluir aqueles relacionados à epilepsia. Apesar de haver evidências clínicas de que os TP específicos da epilepsia são clinicamente distintos, não há um lugar para os mesmos nos atuais sistemas classificatórios. Ao contrário, parece haver nos atuais sistemas regras operacionais que não fornecem acurácia ou validade aos diagnósticos, como o uso inespecífico da categoria de “transtorno secundário a uma causa orgânica”.¹⁰

A atual proposta de classificação da Comissão de Neuropsiquiatria da ILAE envolveu um esforço coletivo não apenas de seus membros, mas de uma série de *experts* em neuropsiquiatria, e representa um consenso entre suas opiniões com o objetivo de elaborar um sistema classificatório mais compreensivo e aceitável para os TP na epi-

lepsia.¹⁰ Uma atenção especial foi concedida à descrição dos TP específicos da epilepsia, uma vez que os TP que ocorrem em comorbidade à epilepsia possuem descrições idênticas aos quadros psiquiátricos existentes na população geral e que já existem nos sistemas de classificação atuais.^{10,12} A proposta, portanto, optou por descrever mais detalhadamente os TP especificamente ligados à epilepsia, ao mesmo tempo em que encorajou o uso dos sistemas classificatórios atuais para os quadros psiquiátricos que ocorrem em comorbidade com a referida doença.¹⁰ Com isso, seu objetivo passa a ser também o de refinar e operacionalizar seu próprio sistema classificatório, na medida em que o mesmo foi utilizado por um número cada vez maior de profissionais da área.

Da mesma forma que o DSM-IV e a CID-10, foi adotada na referida proposta uma abordagem descritiva ao invés de uma abordagem etiológica dos quadros psiquiátricos, uma vez que a última exigiria recursos e conhecimentos técnicos não-disponíveis em grande parte dos centros de estudos em epilepsia, principalmente nos países em desenvolvimento. A abordagem descritiva, no entanto, necessita apenas de boa história clínica e observação dos fenômenos, ambas acessíveis e presentes em todos os locais onde uma medicina de boa qualidade é praticada.¹⁰ Um último objetivo pretendido pela referida subcomissão é o de incluir os critérios diagnósticos dos TP específicos da epilepsia em futuras versões dos sistemas de classificação em psiquiatria, como o DSM-V e a CID-11.¹⁰

REFERÊNCIAS

- Gaitatzis A, Trimble MR, Sander JW. The psychiatric comorbidity of epilepsy. *Acta Neurol Scand* 2004; 110:207-20.
- Krishnamoorthy ES. Psychiatric issues in epilepsy. *Curr Opin Neurol* 2001; 14:217-24.
- Shetty T, Trimble MR. The Bear Fedio Inventory: twenty years on. *J Epilepsy* 1997; 10:254-62.
- Schmitz EB, Moriarty J, Costa DC, Ring HA, Ell PJ, Trimble MR. Psychiatric profiles and patterns of cerebral blood flow in focal epilepsy: interactions between depression, obsessionality, and perfusion related to the laterality of the epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1997; 62:458-63.
- Manchanda R, Schaefer B, McLachlan R, Blume WT. Interictal psychiatric morbidity and focus of epilepsy in treatment-refractory patients admitted to an epilepsy unit. *Am J Psychiatry* 1992; 149:1096-8.
- Fiordelli E, Beghi E, Bogliun G, Crespi V. Epilepsy and psychiatric disturbance. *Br J Psychiatry* 1993; 163:446-50.
- Victoroff J. DSM-III-R psychiatric diagnoses in candidates for epilepsy surgery: lifetime prevalence. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 1994; 7:87-97.
- Swinkels WAM, Kuyk J, van Dyck R, Spinhoven PH. Psychiatric comorbidity in epilepsy. *Epilepsy Behav* 2005; 7:37-50.
- Hauser WA, Hesdorffer DC. Psychosis, Depression and epilepsy: epidemiologic considerations. In: Ettinger AB and Kanner AM (eds). *Psychiatric issues in epilepsy: a practical guide to diagnosis and treatment*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001:7-18.
- Krishnamoorthy ES, Trimble MR, Blumer D. The classification of neuropsychiatric disorders in epilepsy: a proposal by the ILAE commission on psychobiology of epilepsy. *Epilepsy Behav* 2007; 10:349-53.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual for mental disorders DSM – IV (Text Revision)*. 4th ed. Washington; 2000.
- World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. 10th ed. Genebra; 1993.
- Krishnamoorthy ES. Neuropsychiatric disorders in epilepsy – epidemiology and classification. In: Trimble MR and Schmitz B (eds). *The neuropsychiatry of epilepsy*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002; 5-17.
- Marchetti RL, Azevedo D Jr, de Campos Bottino CM, et al. Volumetric evidence of a left laterality effect in epileptic psychosis. *Epilepsy Behav* 2003; 4(3):234-40.
- Sherwin I. Psychosis associated with epilepsy: significance of the laterality of the epileptogenic lesion. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1981; 44:83-5.
- Adachi N, Matsuura M, Hara T, Oana Y, Okubo Y, Kato M, Onuma T. Psychosis and epilepsy: are interictal and postictal psychoses distinct clinical entities? *Epilepsia* 2002; 43(12):1574-82.
- Landolt H. Some clinical electroencephalographical correlations in epileptic psychoses (twilight states). *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1953; 5:121.
- Marchetti RL, Cremonese E, Castro APW. Psicoses e epilepsia. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2004; 10:35-40.

Endereço para correspondência:

Gerardo Maria de Araújo Filho
Rua Botucatu, 740, Vila Clementino
CEP 04023-900, São Paulo, SP, Brazil
Fax: (11)5549-3819
E-mail: filho.gerardo@gmail.com

Anúncio (Fotolito)