

# Epilepsia, psicose e religiosidade – Caso clínico

*Epilepsy, psychosis and religiosity – A case report*

Ana Cristina Gouveia de Almeida Lopes<sup>1</sup>, Sandra Isabel Cabral Vicente Nunes<sup>1</sup>

## RESUMO

Os autores apresentam o caso de uma paciente de 61 anos, com antecedentes depressivos e história de síncope, que desenvolve, no espaço de meio ano, alterações de comportamento pautadas por hiper-religiosidade, ideias delirantes de grandiosidade e fenômenos compatíveis com *déjà vu*. Nesse contexto, foi referenciada pelo médico de família para a urgência de psiquiatria, tendo sido realizada investigação orgânica e identificada epilepsia do lobo temporal após realização de eletroencefalograma. Foi medicada com valproato de sódio, na dose de 750 mg/dia, com esbatimento progressivo da sintomatologia psicótica. Com este trabalho, os autores pretendem sublinhar a importância da exploração orgânica dos sintomas neuropsiquiátricos, antes de atribuir um diagnóstico psiquiátrico ao paciente.

## Palavras-chave

Epilepsia do lobo temporal, hiper-religiosidade, psicose, *déjà vu*.

## Keywords

Temporal lobe epilepsy, hyperreligiosity, psychotic symptoms, *déjà vu*.

## ABSTRACT

The authors report the case of a 61 years-old woman, with history of depressive episodes and syncope, who developed hyperreligiosity, grandiose delusions and *déjà vu*. She was admitted to a psychiatry emergency and the electroencephalogram identified temporal lobe epilepsy. She was medicated with valproate sodium 750 mg/day with remission of psychotic symptoms and return to premorbid function. The purpose of this work is to highlight the importance of organic investigation in the assessment of neuropsychiatric symptoms.

1 Centro Hospitalar Baixo Vouga, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

Recebido em  
5/2/2015  
Aprovado em  
17/4/2015

DOI: 10.1590/0047-2085000000073

Endereço para correspondência: Ana Cristina Gouveia de Almeida Lopes  
Centro Hospitalar Baixo Vouga,  
Portugal  
E-mail: cristinalopes@live.com.pt

## INTRODUÇÃO

A epilepsia do lobo temporal (ELT) é a forma mais comum de epilepsia focal em adultos, sendo responsável por 40% dos casos<sup>1</sup>. Nesse tipo de epilepsia, as manifestações psiquiátricas ocorrem em aproximadamente 25% dos pacientes<sup>2</sup>. As suas auras são das mais variadas e complexas, de tal forma que se tornam de extremo interesse para a psiquiatria, pois muitas vezes mimetizam sintomas psiquiátricos primários, principalmente quando surgem sem evoluir para convulsão motora.

Desde o início do século XIX é reconhecida a relação entre epilepsia (principalmente a ELT) e religiosidade, existindo descrições de Esquirol (1838) e Morel (1860), que fazem referência a hiper-religiosidade, isolamento social e grande necessidade de consolo religioso em indivíduos com epilepsia internados em asilos<sup>3,4</sup>. Mais tarde, no século XX, William James descreveu algumas características da hiper-religiosidade interictal<sup>5</sup>, atribuindo-lhe a designação de “*acute fever*”, por seu caráter intenso, agudo e envolvente. Por volta de 1970, o clássico trabalho de Dewhurst e Beard sobre seis pacientes com ELT levou ao reconhecimento do lobo temporal como o responsável pelas experiências cognitivas e emocionais da religião<sup>6</sup>. Mais tarde, em 1975, Geschwind descreveu uma constelação de sintomas presentes em pacientes epiléticos, que incluíam não só hiper-religiosidade, como também hipossexualidade e hipergrafia. Outras características identificadas foram a circunstancialidade e a viscosidade, chegando mesmo a ser sugerida a existência de um transtorno de personalidade interictal<sup>7</sup>.

Ainda persistem muitas questões no que diz respeito às evidências científicas que suportam a associação entre epilepsia e religião. Contudo, experiências religiosas têm sido descritas em cerca de 10%<sup>8</sup> dos pacientes com ELT e, apesar da base neurobiológica não estar clarificada, pensa-se que as estruturas localizadas nos lobos temporais assumem um papel importante.

## CASO CLÍNICO

M., de 61 anos, agricultora, com antecedentes depressivos, foi encaminhada ao Serviço de Urgência de Psiquiatria por alterações de comportamento com seis meses de evolução, governadas por um interesse particular e exagerado em relação a assuntos religiosos e inclinação a refletir sobre tópicos mais restritos, nomeadamente sobre o destino, iniciando a crença de que estaria predestinada a ser santa. Por esse motivo, alterou a forma de se vestir, passando a usar apenas roupas brancas e um chapéu de aba larga da mesma cor, e vestir sempre saia.

Em termos de antecedentes pessoais, é relevante o fato de a paciente dizer que nasceu “roxa... pensavam que eu estava morta” e a história de síncope há cerca de dez

anos, que foram atribuídas a metrorragias. Não cumpria qualquer medicação e negava consumo de álcool ou outras drogas. Relativamente aos antecedentes familiares, refere um irmão mais velho, com 57 anos, que sofre de esclerose múltipla.

À data da observação psiquiátrica, a paciente apresentava-se vigil, orientada temporoespacialmente e colaborante. Esboçava sorriso simpático e contato afável. Apresentava um discurso pouco espontâneo, mas respondia calma e organizadamente às questões colocadas. O humor era eufímico, sem ideação suicida ativa ou passiva. Quando se abordou a temática religiosa, apuraram-se alterações dos limites do Eu, com descrição de experiências recentes de êxtase mediadas afetivamente e sentimentos de bem-aventurança. Referia sentir-se “muito mais próxima da Igreja e com uma ligação muito intensa a Deus”. Manifestava ideias delirantes de temática mística e de grandeza, que se traduziam pela convicção inabalável de que estaria predestinada a ser santa e que teria uma missão que ainda não havia sido revelada. Apresentava também distorção da memória, descrevendo a sensação de já ter experienciado no passado vários acontecimentos do quotidiano recente (conversas com o filho, ações individuais), fenômeno compatível com *déjà vu*. Não se apuraram alterações da sensopercepção. Apresentava diminuição da libido, que desvalorizava, e anorexia. A higiene do sono estava mantida. Sem aparentes sinais neurológicos focais. No *Mini Mental Statement Examination* obteve pontuação de 30.

Considerando-se a idade da paciente e os dados da história clínica, tornou-se premente excluir uma psicose secundária à condição médica geral. Outros diagnósticos considerados foram parafrenia, perturbação delirante crônica do tipo grandioso, esquizofrenia, perturbação neurocognitiva maior (demência) e psicose induzida por substâncias.

A paciente foi submetida a exames complementares de diagnóstico. O estudo analítico com serologias e a pesquisa de drogas de abuso na urina não revelaram alterações. O eletroencefalograma (EEG) identificou “*ritmo de fundo posterior a cerca de 10 Hz, simétrico, reativo. Sequências de ondas lentas de 4-6 Kz com maior incidência nas regiões temporais esquerdas, mas com alguma irradiação para as regiões vizinhas e homólogas contralaterais, sugerindo distúrbio bitemporal com maior expressão à esquerda*”. Fez, ainda, tomografia axial computadorizada cranioencefálica e ressonância magnética cranioencefálica, sem alterações.

Tendo em conta a clínica e os exames realizados, concluiu-se pelo diagnóstico de epilepsia do lobo temporal.

Iniciou tratamento em monoterapia com valproato de sódio, na dose de 750 mg por dia, com esbatimento significativo da sintomatologia delirante, recuperação do apetite e diminuição da frequência das cefaleias, com retorno gradual ao funcionamento pré-mórbido. Verificou-se normalização do EEG.

## DISCUSSÃO

A epilepsia resultante da alteração de uma região delimitada do cérebro, mais precisamente de uma região delimitada num hemisfério cerebral, origina manifestações e sintomas compatíveis com a sua neurofisiologia específica. A maioria desse tipo de epilepsia focal não tem convulsões e manifesta-se por auras complexas que mimetizam sintomas psiquiátricos primários.

Na epilepsia do lobo temporal, o foco epileptogênico localiza-se, na maioria das vezes, nas estruturas do lobo temporal medial (hipocampo, amígdala e giro para-hipocampal). Por esse motivo, percebe-se que sejam frequentes alterações do conteúdo do pensamento e memória (*déjà vu* e *jamaís vu*), bem como a experiência de fortes vivências afetivas, sejam elas medo, raiva, culpa ou sentimentos de bem-aventurança e êxtase<sup>7</sup> (neste último caso, conhecida por *epilepsia de Dostoievsky*).

As experiências religiosas associadas à epilepsia do lobo temporal também têm sido descritas no período ictal, pós-ictal agudo ou interictal, envolvendo mecanismos neurofisiológicos distintos. Em alguns pacientes religiosos com epilepsia do lobo temporal, a experiência ictal religiosa associa-se em até 11,3% a uma tendência à hiper-religiosidade interictal<sup>9</sup>, ou em torno de 23% dos casos, à psicose pós-ictal, com sintomas de conteúdo místico prolongados no tempo<sup>10</sup>.

Tendo em conta o início e a evolução do quadro psicopatológico da paciente, nomeadamente a hiper-religiosidade, de caráter intenso e envolvente, os sintomas psicóticos de temática mística, as alterações da memória com distorção da noção de tempo, os fenômenos de *déjà vu* e a hipossexualidade<sup>10</sup>, a epilepsia do lobo temporal afigura-se como um diagnóstico provável. O EEG confirmou essa suspeita, contudo alguns estudos revelam que, em cerca de 10% dos pacientes com epilepsia temporal, o EEG interictal pode ser normal, o que pode atrasar o diagnóstico<sup>11</sup>.

Em termos de antecedentes, o fato de a paciente referir que “nasceu roxa” sugere a existência de anoxia, que constitui um terreno propício ao desenvolvimento de epilepsia em estruturas sensíveis como as estruturas mediais do lobo temporal<sup>15</sup>. Além disso, o intervalo entre o início das crises de epilepsia e o surgimento da psicose interictal é em torno de 14 anos<sup>12</sup>, e a paciente refere episódios de síncope há cerca de 10 anos. Não realizou EEG na altura, pelo que não foi excluída a hipótese de se tratar de crises convulsivas. Apesar de existirem algumas condições médicas associadas ao desenvolvimento secundário de epilepsia do lobo temporal (esclerose hipocampal, malformações vasculares, tumores cerebrais, traumatismos cranianos), em cerca de 20% dos casos nenhuma anomalia é identificada, designando-se por epilepsia não lesional<sup>13</sup>.

A história de episódios depressivos também é compatível com esse diagnóstico, pois o desenvolvimento de perturbações afetivas é comum em pacientes com epilepsia.

Por outro lado, a fenomenologia da psicose interictal parece ser diferente daquela que acontece na esquizofrenia. Slater *et al.*<sup>14</sup> enfatizaram a preservação do afeto, mesmo em pacientes com sintomas psicóticos de primeira ordem de Kurt Schneider com conteúdo místico-religioso. De fato, apesar da sintomatologia psicótica manifestada, a paciente apresentava bom contato e afetos preservados, na altura da observação.

É difícil considerar que a psicose seja secundária à epilepsia. Na maioria das vezes, sugere a existência de neuropatologia subjacente comum, e na presença de sintomas psicóticos interictais, o tratamento preconizado é habitualmente o mesmo que aquele para as perturbações psiquiátricas primárias. Contudo, sabe-se que o risco para desenvolver esses sintomas é maior quando as crises não estão bem controladas, sendo prioritário otimizar a medicação anticonvulsivante, ainda que ela possa agravar a psicose<sup>15</sup>. No presente caso, a iniciação do tratamento da epilepsia com valproato de sódio levou à diminuição significativa dos sintomas psicóticos, podendo ser estabelecido um nexo de causa-efeito, ainda que, com base na literatura, isso seja inesperado.

Existe o risco de a epilepsia focal evoluir para epilepsia generalizada, e a vulnerabilidade para desenvolver alterações progressivas da memória também está patente. A paciente, neste momento, está sendo acompanhada também pela neurologia. No caso de os sintomas psicóticos agravarem, pode ser necessário recorrer a neurolépticos, apesar de baixarem o limiar convulsivo, devendo equacionar-se o risco/benefício dessa abordagem terapêutica.

## CONCLUSÃO

Nessa paciente em particular, as manifestações de uma doença neurológica traduziram-se em sintomas psiquiátricos, o que reforça a importância de excluir patologia orgânica antes de atribuir um diagnóstico psiquiátrico primário.

## CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

**Ana Cristina Lopes** – Participou da elaboração do artigo e aprovou a versão final a ser publicada.

**Sandra Vicente** – Contribuiu na revisão crítica do seu conteúdo intelectual e aprovou a versão final a ser publicada.

Ambas as autoras observaram a paciente cujo caso clínico se apresenta neste artigo e contribuíram na concepção deste trabalho.

## CONFLITOS DE INTERESSE

As autoras declaram não ter nenhum conflito de interesse relativo ao presente artigo. Não existiram fontes de financiamento externas para a sua realização.

## REFERÊNCIAS

1. Gastaut H, Gastaut JL, Gonçalves e Silva GE, Fernandez Sanchez GR. Relative frequency of different types of epilepsy: a study employing the classification of the International League Against Epilepsy. *Epilepsia*. 1975;16(3):457-61.
2. Mendez MF, Engebret D, Doss R, Grau R. The relationship of epileptic auras and psychological attributes. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1996;8(3):287-92.
3. Saver JL, Rabin J. The neural substrates of religious experience. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1997;9(3):498-510.
4. Devinsky O. Religious experiences and epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2003;4(1):76-7.
5. James W. Varieties of religious experience. New York: Routledge; 2008.
6. Dewhurst K, Beard AW. Sudden religious conversions in temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2003;4(1):78-87.
7. Ballone GJ. Aspectos psiquiátricos das epilepsias. [revisão em 2008]. Disponível em: <[www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br)>.
8. Tedrus GMAS, Fonseca LC. Epilepsia e espiritualidade/religiosidade. *Rev Ciênc Méd Campinas*. 2010;19(1-6):81-9.
9. Ogata A, Miyakawa T. Religious experiences in epileptic patients with a focus on ictus-related episodes. *Psychiatry Clin Neurosci*. 1998;52(3):321-5.
10. Trimble M, Freeman A. An investigation of religiosity and the Gastaut-Geschwind syndrome in patient with temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2006;9(3):407-14.
11. Mikati MA, Holmes GL. Temporal lobe epilepsy. In: Wyllie E, ed. *The treatment of epilepsy: principles and practice*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. p. 401-10.
12. Fogel BS, Schiffer RB. *Neuropsychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1996.
13. Engel J Jr. Introduction to temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Res*. 1996;26(1):141-50.
14. Slater E, Beard AW, Glithero E. The schizophrenia-like psychoses of epilepsy, V: discussion and conclusions. *Br J Psychiatry*. 1963;109:95-150.
15. Krishnamoorthy ES, Trimble MR, Sander JW, Kanner AM. Forced normalization at the interface between epilepsy and psychiatry. *Epilepsy Behav*. 2002;3(4):303-8.