

# SÍNDROME DE PERSONALIDADE INTERICTAL NA EPILEPSIA DO LOBO TEMPORAL NÃO-DOMINANTE

## RELATO DE CASO

PAULO C. TREVISOL-BITTENCOURT\*, ANDRÉ R. TROIANO\*\*

---

**RESUMO** – A síndrome de personalidade interictal na epilepsia do lobo temporal não-dominante consiste de hipossexualidade, hiperreligiosidade, alteração do humor e hipergrafia. Sua descrição, em 1974, foi seguida de extensa busca por estes sinais em uma vasta população de pacientes epiléticos. No entanto, estes estudos científicos fracassaram em encontrar este síndrome na epilepsia do lobo temporal em geral. Sua existência foi, por conseguinte, posta em dúvida. Apresentamos o caso de um senhor de 35 anos cuja peculiaridade hipergráfica é o desenho de plantas de construção civil em grande quantidade, além de hiperreligiosidade, hipossexualidade e circunstancialidade. É o primeiro relato deste tipo de expressão gráfica associada à epilepsia parcial complexa e esclerose mesial temporal. Dentre os mecanismos fisiopatológicos propostos, o mais coerente é o da hiperconexão temporal. Embora as crises possam ser controladas em grande parte dos casos com tratamento clínico ou cirúrgico, a sintomatologia comportamental é refratária ao tratamento psicoterápico.

**PALAVRAS-CHAVE:** epilepsia do lobo temporal, personalidade interictal.

### **Interictal personality syndrome in temporal lobe epilepsy: case report**

**ABSTRACT** – The syndrome of interictal personality in non-dominant temporal lobe epilepsy consists of hyposexuality, hyperreligiosity, humorlessness and hypergraphia. Its notification, in 1974, was followed by an extensive search for these traits in broad epileptic populations. Nevertheless, these statistical studies failed to match this syndrome in general temporal lobe epileptics, and its existence became then target of doubt. We report the case of a 35 year-old man presenting partial complex epilepsy, whose singularity lies in his sophisticated drawing abilities. The large amount of buildings and houses he paints expresses his hypergraphia. He also presents hyposexuality and hyperreligiosity. MRI shows right mesial temporal sclerosis. Temporal hyperconnection, caused by a basal temporal irritative focus, is the most probable pathophysiological mechanism. Epileptic fits can be controlled in the majority of cases. However, behavioural symptoms usually do not respond to pharmacological approach or psychotherapy.

**KEY WORDS:** temporal lobe epilepsy, interictal personality.

---

A humanidade sempre encarou a fenomenologia epilética de forma equivocada. Por muitos séculos, pacientes epiléticos foram considerados inválidos, malquistos e até mesmo perigosos à sociedade. Consequentemente, estes indivíduos foram temidos e ridicularizados pela população e pela classe médica. Interpretados como uma espécie de deficiente mental-espiritual, sofreram restrições sociais altamente constrangedoras e limitantes. Naturalmente, o isolamento social que lhes foi imposto foi responsável por alterações de conduta que contribuíram para acentuar fantasiosas anormalidades, agregando ainda mais dificuldades existenciais para estes indivíduos. Uma forte relação entre epilepsia e distúrbio psiquiátrico foi então estabelecida pela medicina de outrora, solidificando esta visão social distorcida.

---

\*Médico neurologista e professor de Neurologia do Departamento de Clínica Médica do Hospital Universitário, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); \*\*Estudante da Faculdade de Medicina da UFSC. Aceite: 16-fevereiro-2000.

Dr. Paulo César Trevisol-Bittencourt - Hospital Universitário-UFSC - 88040-970 Florianópolis SC - Brasil.  
E-mail: pcb@hu.ufsc.br

A propósito, Joaquim Maria Machado de Assis, um dos maiores expoentes da literatura brasileira, era portador de epilepsia e pôde como ninguém enriquecer a complexidade de nosso idioma abordando as eternamente instáveis relações sociais. Neste contexto, é possível que “O Alienista” seja um libelo pioneiro em nosso país, contra a psiquiatria ortodoxa que interpretava a epilepsia como sintoma de desordem mental. Esta sua obra pode ser interpretada como a rebeldia de um indivíduo epilético, dotado de uma capacidade ímpar de ironia e crítica, vivendo sob as agruras de uma psiquiatria pseudo-científica e altamente opressiva. Na figura do Dr. Simão Bacamarte e da Casa Verde estão representadas a tirania dogmática exercida por esta especialidade médica até há algumas décadas.

Contribuindo para agravar os desencontros, ressalte-se que as primeiras drogas anti-epiléticas, brometos e barbitúricos, desempenharam um marcante papel na deterioração das funções cognitivas, assim como no comportamento destes indivíduos. Todavia, com o advento de novas drogas, tais aspectos acabaram sendo minimizados e o controle das crises, podendo ser obtido com menor influência sobre o desempenho cognitivo e comportamento, trouxe à tona o ideal de se ver os pacientes livres não só de suas crises, mas também do estigma em torno de sua condição. E neste desígnio, o primeiro lastro a se desvencilhar era o pesado rótulo da “personalidade epilética”. Curiosa e surrealmente, os traços descritos da dita personalidade podiam ser também identificados como sintomas secundários ao uso crônico de barbitúrico. No entanto, este movimento contra o preconceito sobre a epilepsia refletiu-se de forma inadequadamente forte e generalizadora sobre o estudo dos distúrbios comportamentais a ela relacionados: da afirmação inicial de William Lennox (pioneiro da epileptologia norte-americana) de que “a grande maioria dos pacientes é psicologicamente normal”<sup>1</sup>, surgiu uma extrapolação que negava absolutamente qualquer relação entre epilepsia e distúrbio de personalidade<sup>2</sup>.

Como qualquer tendência extremista, esta, por sua vez, também tinha importantes aspectos limitantes, impedindo ou fechando os olhos para que determinados traços de personalidade não fossem percebidos pelos médicos e pela sociedade. A tal ponto chegou esta “reforma”, que fundos de apoio a pesquisa eram sistematicamente negados ao se tratar do estudo da personalidade dos indivíduos portadores de epilepsia. A quantidade e a qualidade das investigações acerca destes problemas de comportamento, neste período, foi reduzida quase ao ponto da inexistência<sup>2</sup>.

Contrariando o modismo, os primeiros relatos de Norman Geschwind sobre a incidência e a natureza de distúrbios interictais de personalidade foram publicados entre 1974 e 1979 com seu colega Stephen Waxman<sup>3,4</sup>, e causaram grande impacto no mundo neurológico<sup>5</sup>. As descrições de casos clínicos de seu pequeno número de pacientes com epilepsia do lobo temporal não-dominante, com características similares de personalidade, renderam-lhe a criação do epônimo “síndrome de Geschwind”, ou “síndrome de Geschwind-Waxman”. Era a primeira vez em que um conjunto específico de alterações marcantes da personalidade era descrito associado a um tipo específico de crise epilética. A partir destas notificações iniciais, pôde-se isolar um grupo de sinais de comportamento constituído de (1) circunstancialidade, (2) grande preocupação acerca de temas de caráter moral, filosófico, religioso ou ético, (3) hipossexualidade e (4) irritabilidade<sup>3,4</sup>.

A reação causada em torno desta descrição levou à procura por estes traços de personalidade em um vasto número de indivíduos e à criação de um escore de quantificação de psicopatologia específica do lobo temporal. Este escore, concebido por Bear e Fedio<sup>6</sup>, foi aplicado em vários estudos em diferentes grupos de indivíduos<sup>7-11</sup>. Os resultados, na maioria das vezes, foram conflitantes. Em vista destes resultados, a existência desta síndrome foi posta em dúvida<sup>12</sup>.

Com o intuito de ilustrar a proposta sindrômica de Norman Geschwind e Stephen Waxman, apresentamos o relato de um senhor com o quadro clássico da síndrome de personalidade interictal na epilepsia do lobo temporal não-dominante. Em seguida, revisamos os principais tópicos da literatura sobre o assunto.

## CASO

JCS, 35 anos, masculino, brasileiro (índio/português/negro), solteiro, natural de Lages e procedente da Palhoça – SC, aposentado, grau primário de instrução, crente, destro. O senhor JCS é portador de crises parciais complexas originárias do lobo temporal direito, secundárias a crise febril na infância.

Aos 10 anos de idade, iniciou crise parcial simples psíquica (CPSP), terror repentino, seguida de automatismos psicomotores (crise parcial complexa – CPC), com generalização secundária. Desde então, apresenta estes 3 tipos de crises, tendo CPSP diversas vezes ao dia, evoluções a CPC várias vezes por semana e generalizações secundárias várias vezes por mês.

O senhor S nasceu de parto normal hospitalar, a termo, sem intercorrências. Com 4 meses de idade, apresentou 1 episódio de convulsão febril complexa (crise prolongada). Não há história familiar de epilepsia ou doenças neurológicas. A epidemiologia é positiva para cisticercose. O senhor S teve acompanhamento médico por longo período e suas crises mantiveram-se refratárias aos esquemas terapêuticos instituídos. Iniciou acompanhamento ambulatorial na Clínica Multidisciplinar de Epilepsia do SUS em março de 1992, em uso de difenil-hidantoína 300 mg/dia e carbamazepina (CBZ) 800 mg/dia. O exame físico mostrava acne e hiperplasia gengival e o exame neurológico era normal. O eletrencefalograma (EEG) mostrou foco irritativo temporal direito. Os exames laboratoriais de admissão foram normais. Ressonância Magnética (RMN) de crânio evidenciou sinais de esclerose mesial temporal direita. Foi diagnosticada epilepsia do lobo temporal (ELT) não-dominante e iniciada monoterapia com CBZ. A despeito do acréscimo progressivo de CBZ, o paciente manteve praticamente inalterada a frequência das crises parciais simples (CPS) e complexas (CPC), com redução da incidência de convulsões generalizadas. Há 1 ano, atingiu-se a dose máxima tolerável de CBZ e foi adicionado clobazam. Em virtude do insucesso do tratamento clínico, verificado na evolução, o tratamento cirúrgico foi proposto e está sendo avaliado.

No período intercrítico, pode-se observar um indivíduo de personalidade intrigante, constituída de traços incomuns derivativos de (1) comportamento alterado, (2) sexualidade alterada e (3) circunstancialidade.

A alteração de comportamento caracteriza-se por cuidado intenso pelas questões religiosas e atenção ao seguimento estrito dos dogmas de sua igreja. Esta hiperreligiosidade é uma das feições marcantes de sua personalidade, por imbricar-se e manifestar-se em outros traços patológicos, como a circunstancialidade (muitas expressões repetitivas que utiliza são de conteúdo místico-religioso) e a hipossexualidade. Ele é solteiro e jamais manteve relações sexuais. Esporadicamente, a cada muitos meses, tem pensamentos ou impulsos libidinosos, que são prontamente inibidos por sua repressora consciência religiosa. O paciente fala incessantemente. Há notável aumento da necessidade de falar e de comunicar-se graficamente. Uma longa entrevista pode ser conduzida pelo paciente apenas, num interminável solilóquio, constituído de uma sequência ordenada de assuntos minuciosamente dissecados, ornamentados por lugares-comuns e frases ou interjeições educadas e infalivelmente repetitivas, o que lhe caracteriza a circunstancialidade.

A mais notável forma de extravasamento de sua energia comunicativa é a hipergrafia, mais especificamente de construção civil (Figs 1 e 2). Numa das consultas de acompanhamento ambulatorial, o senhor S comentou acerca de seus desenhos. Solicitamos que, no retorno, trouxesse alguns exemplares de sua obra. Um mês depois o paciente voltou com uma bobina de 1,5 m de largura que, estendida, continha aproximadamente 10 m de projetos de casas, ruas e prédios! Esta compulsão e aptidão para desenhar desenvolveram-se a partir da adolescência, e sempre foram direcionadas à confecção de plantas de casas e edifícios, plantas baixas e fachadas. De forma idêntica ao volume de informações transmitidas verbalmente, há o cuidado da expressão gráfica meticulosa desenhada por muitas horas consecutivas. A preocupação com a representação correta e o impulso exagerado para o desenho podem ser observados em muitos de seus trabalhos. Edifícios de 31 andares são cuidadosamente desenhados com sacadas e amuradas sistematicamente decoradas segundo a concepção arquitetônica. A perspectiva é respeitada. Comumente os edifícios são vistos do térreo e as casas de vista aérea, de forma a se observar os telhados. No entanto, a perspectiva pode mudar e o projeto pode ser visualizado por outro ângulo conforme solicitação do examinador, desde que lhe seja dado tempo hábil para o desenho. O sr. S então “vê” e “anda” mentalmente pelo seu próprio projeto. As imagens não lhe são involuntariamente projetadas diante dos olhos nem há “diplopia da consciência”. A concepção da obra a ser representada se dá de forma completa em curto espaço de tempo. JCS diz que “imagina prontos” a pintura e a disposição espacial da construção. Este recurso lhe é particularmente útil quando é levado a conhecer um terreno, observa seus acidentes e planeja o projeto que ali poderia ser instalado. Uma capacidade de recordação quase eidética lhe permite que, posteriormente e em local apropriado, a transcrição gráfica de seu projeto se ajuste às dimensões da área disponível.

Estas habilidades visuo-espaciais e gráficas fizeram-se notar e o paciente obteve bolsa de estudos para cursar disciplinas de técnicas de desenho em uma Escola Técnica. Passados 7 anos de aulas, ele acredita que esta oportunidade não lhe ajudou muito com sua obra. Ele estabeleceu uma saudável amizade com seu professor, que lhe incentiva e orienta. Continua frequentando assiduamente os espaços da escola destinados aos desenhos e projetos, onde tem à disposição instrumentos que auxiliam na composição das obras pelas quais tem tanta devoção e às quais dedica grande parte de seu tempo.



Fig 1. Vista aérea de edifícios; tamanho real de 1 x 1,6 m.

## DISCUSSÃO

Entre 1974 e 1975, Waxman e Geschwind, em dois artigos distintos, descreveram os quadros clínicos de 9 pacientes epilépticos, 8 com foco irritativo predominantemente do lobo temporal não-dominante, e um com foco dominante<sup>3,4</sup>. Em todos eles havia tendência incomum a escrever extensivamente, tipicamente de maneira meticulosa. Outros traços que estes pacientes dividiam incluíam hipossexualidade, com raro ou nenhum impulso sexual, irritabilidade e hiperreligiosidade. Talvez esta aptidão metafísica faça parte de um conjunto mais abrangente de características da personalidade apresentadas por estes indivíduos, constituído de preocupação com questões de caráter místico, moral, ético e filosófico.

Embora esta fosse a primeira vez em que síndrome comportamental era associada a uma causa epiléptica evidente, a psicopatologia relacionada à epilepsia era reconhecida há muito: Kraepelin<sup>13</sup>, em 1906, notou como o paciente “dava uma descrição longa, embora conexa, de sua condição”. Glaser<sup>14</sup> observou que “muitos pacientes eram preocupados com a clareza de sua exposição, e faziam esforços significativos com o intuito de controlar, restringir ou conter emoções e ações de forma a tornarem-se claros, acurados e realistas”. Pedantes, circunstanciais, ponderados e prolixos eram predicados atribuídos a suas comunicações orais ou escritas. Após estes relatos originais, seguiram-se alguns outros apresentando casos semelhantes<sup>15-17</sup>. Roberts e col.<sup>18</sup> publicaram os casos de outros 6 pacientes apresentando hipergrafia, combinada de forma inconstante a hipossexualidade, hiperreligiosidade, delírios persecutórios, elação, sentimentos de cunho místico e de missão na Terra, déjà vu, alucinações auditivas, interesse em questões filosóficas e mania. Ao EEG, a maioria possuía foco irritativo temporal não-dominante. Sacks<sup>5</sup>, à sua refinada moda literária, conta a história de Franco Magnani, um artista no qual crises parciais complexas e memória visual eidética eram convertidas em belos quadros produzidos por sua compulsão intercomercial por pintar. Durante as crises, o paciente via, ouvia e sentia os odores de sua pequena cidade natal na Itália, que não visitava há 30 anos. Naito e Matsui<sup>17</sup> descrevem brevemente



Fig 2. Frontispício de ampla casa de dois andares.

o caso de uma senhora japonesa de 62 anos com epilepsia pós-traumática. A paciente apresentava hipergrafia interictal, e seus escritos retratavam minuciosa e repetidamente “experiências” de grande prazer, unidade e completeza místicos. Estes fenômenos foram interpretados como crises do lobo temporal dominante com sensação de êxtase. Muito provavelmente, o extraordinário escritor russo Fyodor Mikhailovitch Dostoievski exibia características semelhantes<sup>19,20</sup>. O autor de “Os Irmãos Karamazov” tinha “estados mentais complexos” no início dos ataques epiléticos, e certa vez comentou sobre eles: “Vocês, pessoas sadias, não podem imaginar a felicidade que nós, epiléticos, sentimos durante o segundo que antecede nossos ataques [...] Não sei se essa felicidade dura segundos, horas ou meses, mas, acreditem, eu não a trocaria por todas as alegrias que a vida pode proporcionar”<sup>19</sup>. É evidente que sua generalização acerca da Felicidade Ictal não cabe a muitas das síndromes epiléticas, como tentava atribuir. Mas seu desconhecimento epileptológico é insignificante frente à marcante influência comportamental que sua obra exerceu no Ocidente. Kumagusu Minakata (1867-1941), figura eminente da História Natural e um dos fundadores do folclore japonês, ficou conhecido por sua memória eidética e vasta produção literária (quase 1500 artigos). Em seus escritos, além dos temas biológicos, demonstrava preocupação com assuntos ecológicos, teológicos e sexológicos. Estudo recente demonstrou que Minakata, portador de epilepsia do lobo temporal, apresentava sinais de diminuição volumétrica hipocampal direita e traços característicos de síndrome comportamental intercrises<sup>21</sup>.

Impulsionados pelas observações de Geschwind, Bear e Fedio<sup>6</sup> revisaram a literatura médica de 1877 a 1977 em busca das notificações de alterações psiquiátricas e comportamentais associadas à epilepsia. Em seguida, selecionaram os 18 traços mais representativos dentre os levantados e os classificaram em três categorias (Quadro 1). Conceberam então um questionário do tipo resposta forçada que, ao longo de 100 perguntas, procurava por pistas daqueles 18 traços de personalidade. Respostas positivas eram somadas em um escore de psicopatologia. O questionário foi aplicado a 27 pacientes com epilepsia do lobo temporal e 21 controles normais. Os resultados demonstraram maior pontuação nos pacientes com epilepsia do lobo temporal (ELT)<sup>6,22</sup>.

Quadro I. Traços comportamentais pesquisados na escala de Bear-Fedio<sup>6</sup>.

emocionalidade	senso de destino / missão
tendências maníacas	dependência / passividade
depressão	paranóia
mau humor	moralismo
hipossexualidade	culpa
hostilidade	obsessão
agressividade	circunstancialidade
religiosidade	viscosidade
interesse filosófico	hipergrafia

O estudo de Bear-Fedio foi aprovado por Geschwind e amplamente citado em artigos posteriores, ao criar um novo teste psicológico e uma base aparentemente sólida de dados. Contudo, seus resultados mostraram-se de pouca aplicabilidade na prática clínica e muitas dificuldades não permitiram validar suas conclusões<sup>7-12,23</sup>.

Diversas entidades clínico-patológicas figuram entre os agentes etiológico-epileptogênicos das crises do lobo temporal. Dentre estes, evidenciamos mais comumente infecções (cisticercose, encefalite e meningite), traumatismo crânio-encefálico, síndromes epiléticas familiares, atrofia lobar temporal e a esclerose mesial temporal. Independentemente da etiologia, um parâmetro importante que deve ser quantificado é o tempo de evolução e a frequência das crises epiléticas. Crises frequentes estão associadas ao surgimento precoce de alteração comportamental. Neste contexto, deve-se importância especial à esclerose mesial temporal. Esta entidade neuropatológica, observada em nosso paciente, está frequentemente associada a convulsões febris prolongadas na infância<sup>24</sup>, com início precoce das crises (na primeira ou segunda década de vida) e epilepsia parcial de difícil controle.

O mecanismo neurofisiológico da síndrome de Geschwind-Waxman não está elucidado. Entretanto, hipóteses interessantes foram levantadas, tais como um aprofundamento das respostas emocionais na presença de função intelectual preservada, fatores psicológicos pessoais e ambientais, anormalidades congênitas ou do desenvolvimento. Um mecanismo anatômico, que pode ser correlacionado às anormalidades congênitas ou do desenvolvimento, é a base de uma das propostas mais coerentes da atualidade. Para compreensão deste fenômeno, devemos ter em mente que é o hemisfério dominante (usualmente o esquerdo) o responsável pela compreensão e transmissão da linguagem. O hemisfério não-dominante é possivelmente o modulador do conteúdo emocional da linguagem. Desta forma, distúrbios no hemisfério não-dominante levam, por um processo de liberação contralateral (provavelmente através do corpo caloso), a uma mudança da função do hemisfério dominante e alteração do volume escrito e falado. Assim, a resposta usual ao estímulo elétrico de áreas da linguagem no hemisfério esquerdo é uma interrupção da fala. Se esta área for um foco epileptogênico, pode-se observar afasia temporária. Desordens da atividade do hemisfério direito, particularmente das áreas corticais temporais basais / mediais, podem liberar a atividade no hemisfério esquerdo, levando a quadros opostos àqueles que induzem afasia, e perturbando o grau de produção de linguagem de forma patológica<sup>25</sup>.

David Bear classificou a síndrome comportamental interictal de Geschwind-Waxman como síndrome de hiperconexão temporal, estabelecendo uma diferença nítida e diametralmente oposta com a síndrome de hipoconexão temporal de Klüver-Bucy. Enquanto a primeira deve-se a um foco irritativo temporal (aumento da atividade), comumente no pólo anterior, a última ocorre quando há ablação bilateral da amígdala. O quadro típico de um animal experimental com Klüver-Bucy é o de um indivíduo que não tem medo de nada, tem curiosidade extrema sobre qualquer coisa, esquece

Quadro 2. Diferenças entre as síndromes de hiper e hipoconexão temporal <sup>2</sup>.

Geschwind-Waxman	Klüver-Bucy
hipossexualidade	hiperssexualidade
viscosidade	hipermetamorfose
intensificação cognitiva	dano cognitivo
intensificação emocional	placidez
foco epileptogênico no lobo temporal	dano estrutural lobo temporal

tudo rapidamente, tem grande tendência ao reconhecimento oral, de forma a pôr tudo na boca e tem impulso sexual exageradamente aumentado. Além disso, têm hipermetamorfose, declínio cognitivo e placidez. Na hiperconexão temporal, os indivíduos são hipossexuais e têm intensificação cognitiva e emocional (Quadro 2)<sup>2</sup>. Das explicações propostas, esta, ainda que pouco testada, é a que melhor transgride o campo especulativo dos possíveis mecanismos da síndrome interictal.

Embora parcela considerável dos indivíduos com síndrome comportamental interictal inicie sua intrigante apresentação de forma gradual, com interesse crescente em assuntos humanos e metafísicos e compulsão por transcrevê-los ao papel, outro segmento distinto o faz de forma abrupta. Alguns sequer portavam previamente epilepsia. Magnani, discutido por Sacks, sofreu uma “crise de decisão, esperança e temor, mas também uma febre alta, perda de peso, delírios, talvez convulsões; sugeriu-se que podia ser tuberculose, ou psicose, ou algum estado neurológico. [...] No pico da doença [...], Franco começou a ter, todas as noites, sonhos avassaladoramente nítidos. Sonhava toda noite com Pontito [...], as ruas, as casas, as construções, as pedras – sonhos com os detalhes mais microscópicos e verídicos. [...] No hospital, com essas imagens oníricas se impondo sobre sua consciência e vontade, foi tomado por um novo sentimento – o sentimento de que estava sendo ‘chamado’”<sup>25</sup>.

Hipergrafia é um dos traços relativamente mais óbvios na síndrome interictal, e um conceito de difícil definição, uma vez que não há critérios como número de palavras ou tipo de produção gráfica que estabeleçam seus limites precisos com a “normografia”. Pode ser observada em distúrbios francamente psiquiátricos, como a mania, com o qual compartilham ocasionalmente temas religiosos <sup>25</sup>. Sachdev e Waxman enviaram cartas a pacientes com diversas síndromes epiléticas, solicitando declarações acerca de sua condição neurológica, na forma de respostas escritas abertas. A maioria dos indivíduos que respondeu ao estímulo tinha epilepsia do lobo temporal (9 de 17 que responderam). De 33 pacientes que não responderam, 7 apenas portavam ELT e 71% dos pacientes com respostas extensas (hipergrafia) tinham foco epileptogênico temporal <sup>26</sup>. Outros estudos corroboraram tais resultados <sup>27,28</sup>. Roberts e col. relacionaram a ocorrência de hipergrafia de forma quase absoluta a foco epileptogênico temporal não-dominante, em um estudo da função lateralizadora da presença deste traço. A hipergrafia está mais frequentemente combinada a focos temporais basais do que mediais <sup>18</sup>. O paciente que ora descrevemos é digno de menção especial, por se tratar de um indivíduo com compulsão por uma escrita peculiar. Embora haja citações sobre alguns indivíduos que desenham<sup>2</sup>, este é o primeiro caso descrito em que o indivíduo se expressa graficamente exclusivamente através de desenhos técnicos, alguns de concepção reconhecidamente sofisticada.

O tratamento da síndrome de Geschwind-Waxman compreende dois aspectos: tratamento das crises e atenção ao comportamento. A abordagem medicamentosa não difere dos princípios atuais do tratamento a base de antiepiléticos. A terapia de apoio é crucial nestes indivíduos, uma vez que, circunstanciais e viscosos, são considerados “chatos”. Familiares, amigos e médicos sentem-se desconfortáveis em sua presença. Porém, esta abordagem obtém pouca eficácia, visto que estes pacientes são refratários e inacessíveis ao insight psicoterápico, por não terem noção do grau psicopatológico de sua condição <sup>2</sup>.

Finalmente, gostaríamos de ressaltar que as alterações notadas nestas pessoas diferentes não costumam trazer grande prejuízo, e não são necessariamente mal-adaptativas. Embora muitas delas sejam pessoas de difícil convivência, e elas certamente sofrem por isso, elas nos trazem o lado criativo da doença. Ao invés do déficit, o superávit. Em lugar da incapacidade e estagnação, a ebulição da produção<sup>29</sup>. Este é um aspecto da doença que a Neurologia e a Psiquiatria apenas têm o privilégio de estudar. E estes potenciais não deveriam ser desperdiçados. Subentenda-se aí o aspecto individual, social, artístico e econômico. É evidente que a habilidade demonstrada pelo senhor S é uma variação pessoal. Contudo, tais “dons” podem nunca ser notados se o paciente é cuidado por um médico preocupado apenas na solicitação de exames e prescrição de medicamentos. Finalizando, encerramos com o famoso conselho de autoria atribuída a William Osler: “não pergunte qual doença a pessoa tem, mas antes que pessoa a doença tem”.

**Agradecimentos** - A realização deste artigo não teria sido possível sem a valiosa ajuda do sr. Sérgio Samuel Soares e a cordata colaboração do próprio sr. JCS.

## REFERÊNCIAS

1. Lennox WG. Epilepsy and related disorders. London: J. & A. Churchill, 1960.
2. Benson DF. The Geschwind Syndrome. *Advances in Neurology*, vol 55. New York: Raven Press, 1991.
3. Waxman SG, Geschwind N. Hypergraphia in temporal lobe epilepsy. *Neurology* 1974; 24:629-636.
4. Waxman SG, Geschwind N. The interictal behaviour syndrome of temporal lobe epilepsy. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32:1580-1586.
5. Sacks O. Um antropólogo em Marte. São Paulo: Companhia das Letras, 1995:165-198.
6. Bear DM, Fedio P. Quantitative analysis of interictal behaviour in temporal lobe epilepsy. *Arch Neurol* 1977;34:454-467.
7. Nielsen H, Kristensen O. Personality correlates of sphenoidal EEG foci in temporal lobe epilepsy. *Acta Neurol Scand* 1981;64:289-300.
8. Hermann BP, Riel P. Interictal personality and behavioural traits in temporal lobe and generalized epilepsy. *Cortex* 1981;17:125-128.
9. Mungas D. Interictal behavioural abnormality in temporal lobe epilepsy. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:108:111.
10. Rodin E, Schmaltz S. The Bear-Fedio personality inventory and temporal lobe epilepsy. *Neurology* 1984;34:591-596.
11. Vergara F, Fredes A, Guzmán N, Jadue J. Conducta interictal en epilepsia psicomotora. *Rev Chil Neuropsiquiatr* 1984;22:293-302.
12. Stevens JR. Risk factors for psychopathology in individual with epilepsy. In: Koella WP, Trimble MR (eds). *Temporal lobe epilepsy, mania, schizophrenia and the limbic system*. Basel: Karger, 1982:56-80.
13. Kraepelin E. In Johnstone T (ed). *Lectures in clinical psychiatry*. New York: William Wood & Co, 1906.
14. Glaser GH. The problem of psychosis in psychomotor temporal lobe epileptics. *Epilepsia* 1964;5:271-278.
15. Blumer D, Benson DF. Psychiatric manifestations of epilepsy. In Benson DF, Blumer D (eds). *Psychiatric aspects of neurologic disease*, vol 2. New York: Grune & Stratton, 1982:25-48.
16. Blumer D. Temporal lobe epilepsy and its psychiatric significance. In Benson DF, Blumer D (eds). *Psychiatric aspects of neurologic disease*, vol 2. New York: Grune & Stratton, 1975:171-197.
17. Naito H, Matsui N. Temporal lobe epilepsy with ictal ecstatic state and interictal behavior of hypergraphia. *J Nerv Ment Dis* 1988;176:123-124.
18. Roberts JKA, Robertson MM, Trimble MR. The lateralising significance of hypergraphia in temporal lobe epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1982;45:131-138.
19. Alajouanine T. Dostoevski's epilepsy. *Brain* 1963;86:209-218.
20. Gastaut H. Fyodor Mikhailovitch Dostoevsky's involuntary contribution to the symptomatology and prognosis of epilepsy. *Epilepsia* 1978;19:186-201.
21. Murai T, Hanakawa T, Sengoku A. Temporal lobe epilepsy in a genius of natural history. *Neurology* 1998;50:1373-1376.
22. Bear DM, Levin K, Blumer D, Chetham D, Ryder J. Interictal behaviour in hospitalized temporal lobe epileptics: relationship to idiopathic psychiatric syndromes. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1982;45:481-488.
23. Rodin E. Temporal lobe epilepsy and the Bear-Fedio personality inventory. *Neurology* 1985;35.
24. Kanemoto K, Takeuchi J, Kawasaki J, Kawai I. Characteristics of temporal lobe epilepsy with mesial temporal sclerosis, with special reference to psychotic episodes. *Neurology* 1996;47:1199-1203.
25. Trimble MR. Hypergraphia. In Trimble MR, Bolwig TG (eds). *Aspects of epilepsy and psychiatry*. Chichester: John Wiley & Sons, 1988:87.
26. Sachdev HS, Waxman SG. Frequency of hypergraphia in temporal epilepsy: an index of interictal behaviour syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1981;44:358-360.
27. Hermann BP, Whitman S, Arntson P. Hypergraphia in epilepsy: is there a specificity to temporal lobe epilepsy? *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1983;46:848-853.
28. Hermann BP, Whitman S, Wyler AR, Richey T, Dell J. The neurological, psychosocial and demographic correlates of hypergraphia in patients with epilepsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1988;51:203-208.
29. Sacks O. O homem que confundiu sua mulher com um chapéu. São Paulo: Companhia das Letras, 1997:103-104.