

DEFINITIVAMENTE: EPILEPSIA NÃO É DOENÇA

MARCO AURÉLIO SMITH FILGUEIRAS *

RESUMO — O autor analisa alguns conceitos do passado que, infelizmente, ainda perduram nos dias atuais, sobre o epilético como um doente mental e como portador de graves distúrbios de conduta capaz do cometimento de crimes do mais alto requinte de perversidade. Comprova pelas afirmações de eminentes personalidades do mundo científico, que epilepsia nada tem a ver com doença mental, com violência e que não é conceito nosológico de doença.

PALAVRAS-CHAVE: epilepsia, aspectos psiquiátricos, aspectos nosológicos.

Definitive: epilepsy is not a disease.
Definitive: epilepsy is not a disease.

SUMMARY = The author analyses past concepts which still hold good today. Such concepts regard epilepsy as a mental disease and the epileptic is usually taken as someone suffering from a severe mental disorder, tending to criminal behaviour. The author proves, taking into account various statements from prominent personalities in the scientific world, that epilepsy is neither a mental disease nor a disease in its own sense, and that the epileptic has not an aggressive behaviour.

KEY WORDS: epilepsy, psychiatric aspects, nosologic aspects.

EPILEPSIA (do grego EPI, de cima e LEPSEM, abater) significa algo que vem de cima e de surpresa abate a pessoa, algo que vem de fora e ataca subitamente³. Em decorrência desse significado e pelo caráter às vezes dramático da forma convulsiva, tornou-se campo fértil para o cultivo de mitos, tabus e preconceitos¹³. Assim é que, há milênios, condena-se o casamento de epiléticos; há milênios, foge-se do epilético em crise com medo do «contágio»⁴; há séculos, relaciona-se a convulsão à «possessão demoníaca» ou à «influência de maus espíritos»¹³. Há longos anos, acusa-se, o seu portador de conduta pata e potencialmente violento, capaz do cometimento de crimes do mais alto requinte de crueldade⁶. Desde tempos imemorráveis, o epilético é segregado socialmente, tratado como doente mental, terrivelmente discriminado e marginalizado nas ruas, nos lares, nas escolas, no trabalho.

França⁴ vem chamando a atenção neste particular, quando afirma que «quando se tenta rotular a epilepsia como doença mental, por pretensas modificações da personalidade pelo que nos acode, cometem-se dois erros básicos: primeiro, pela insignificante incidência dessas modificações comportamentais associadas à epilepsia, depois, a própria expressão doença mental, por si mesma, já é um absurdo (...). Limitar a capacidade civil do epilético é colocá-lo numa classe inferior de homens, proibidos de desfrutar os mesmos direitos e privilégios dos outros (...). Sob o prisma penal, peca-se ao rotular o epilético como problema grave, quando afirmam ter o caráter e comportamento alterados, exacerbados em seus instintos e serem autores de crimes violentos, sanguinários, intempestivos e selvagens. Isso é falso (...). O fato dessa periculosidade começa a ser desmascarado e seus valores estatísticos atuais assinalam cifras bem elevadas para os casos em que esse estado nada tem a ver com o delito cometido». Não há evidência de que violência seja mais comum entre epiléticos que em não epiléticos, e nem é mais comum em pacientes com crises parciais complexas que em outros

* Professor Adjunto da Disciplina de Neurologia da Universidade Federal da Paraíba, Presidente do Capítulo Paraibano da Liga Brasileira de Epilepsia.

Dr. Marco Aurélio Smith Filgueiras — Av. Monteiro da Franca 1063, Manaira - 58035 João Pessoa PB - Brasil.

tipos de crises. Violência ictal é rara e, quando ocorre, usualmente toma a forma de «violência resistiva», como resultado de restrição física no fim de uma crise, enquanto o paciente ainda está confuso. No início da crise, é extremamente rara, estereotipada e nunca em forma de séries consecutivas de movimentos resolutos. «Durante o estado pós-ictal, o paciente pode estar bastante perturbado, mesmo violento, dando origem ao velho conceito clínico de furor epilético. Entretanto, na prática, tais atividades violentas são incoordenadas e mal direcionadas, desse modo são facilmente controladas», afirmam Laidlaw e Richens **9**. «Atos complexos de violência têm muito pouca probabilidade de serem de origem epilética e o uso da epilepsia como defesa contra acusações de crimes violentos é, quase sempre, injustificado», atesta Porter **15**. O velho estigma vinculado à maioria dos epiléticos como sendo pessoas impulsivas, agressivas, encontra pouco suporte em estudos científicos», escreveu Fenwick, em 1976 (citado por Trimble e Reynolds **20**).

Epilepsia é errônea ou equivocadamente associada, frequentemente, com furor homicida (um assassino epilético), deficiência mental, tendências criminais e antissociabilidade, assegura Frumento **5**. Marino Jr. **11** enfatiza: «Contrariamente à crença geral, a epilepsia é causa rara de agressividade articulada à disfunção cerebral. Clinicamente, o ato agressivo de linhagem epilética é reconhecido pela sua estruturação frouxa, pelo caráter aleatório de seu alvo, pelo colorido confusional e pelas manifestações paralelas de natureza epilética inequívoca. Esses elementos permitem o diagnóstico diferencial com agressividade relacionada a: personalidades psicopáticas, psicoses agitadas (síndrome paranóide, mania e depressão endógenas), oligofrenias agitadas, uso de álcool e outras drogas psicotrópicas». Entretanto, apesar dessas afirmações categóricas, a psiquiatria forense insiste em diagnosticar autores de crimes monstruosos, que ultimamente vêm sendo tão divulgados pela imprensa, como portadores de «epilepsia conduta». Um falso diagnóstico, criado pela medicina judiciária há quase um século e que nunca deveria ter existido e muito menos continuar a vigorar nos dias atuais.

O «monstro» existe sim; é o portador de Personalidade Psicopática Anética ou Moral Insanity **18**, que é capaz do cometimento de delitos de inimaginável crueldade, e mais, pode até esquecer que o cometeu. Então, por que culpar o epilético de um crime que não é de sua responsabilidade? Sim, ele não está inocentado de tudo, pode cometer um crime, mas como todo ser humano, sem relação com a crise epilética.

Há pouco mais de 30 anos, fruto de toda sorte de estudos, análises e da acirrada luta empreendida pela comunidade neurológica e, em especial, pelos epileptologistas, a epilepsia foi finalmente excluída da Classificação Internacional das Doenças Psiquiátricas **20**.

Depois dessa importante conquista, a ciência se ocupou em comprovar que a epilepsia não é doença e, sim, um distúrbio, uma síndrome ou simplesmente um sintoma. Pupo **16**, há cerca de duas décadas, garantiu: «Epilepsia não é uma moléstia, é uma síndrome, isto é, um conjunto de manifestações clínicas várias, que se apresentam em consequência de processos mórbidos cerebrais, também vários, inteiramente diversos, segundo consideremos os grupos etários dos pacientes».

Mathes **12** assegura que «epilepsia não é conceito nosológico de doença». Outras declarações pertinentes foram feitas por: Marino Jr. **11**, Jeavons e Aspinall **8**, Porter **15**, Shorvon **17**, Goldsohn et al. **7** e Niedermeyer **14**, entre outros **19**. Na última proposta para revisão da Classificação das Epilepsias e Síndromes Epiléticas de 1988/89, a Comissão de Classificação e Terminologia da International League Against Epilepsy, presidida por Roger, praticamente definiu esta questão referindo-se à epilepsia unicamente como distúrbio ou síndrome **2**. Portanto, definitivamente, não tem mais sentido se conceituar epilepsia como uma doença neurológica crônica **1**, como muitos ainda estão apregoando.

REFERÊNCIAS

1. Buchpigel CA, Cukert A, Hironata FH, Cerri GG, Magalhães AEA, Marino R Jr. Brain Spect in the pre-surgical evaluation of epileptic patients. Arq Neuro-Psiquiat (São Paulo) 1992, 50:37-42.
2. Commission of Classification and Terminology of the International League against Epilepsy. Proposal for revised Classification of Epilepsies and epileptic syndromes. Epilepsia 1989, 30:389-399.
3. Dicionário Enciclopédico de Medicina. Ed 3. Lisboa: Argueditora.
4. França GV de. Medicina Legal. Ed 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.
5. Frumento G. Legislative aspects in Italy. European Conference on Epilepsy. In Epilepsy and Society: Realities and Prospects. Amsterdam: Excerpta Médica, 1988, p 243-247.
6. Garcia JA. Psicopatologia Forense. Ed 3. Rio de Janeiro: Forense, 1979.

7. Goldsohn ES, Glaser GH, Goldberg MA. Epilepsias. In: Merritt Tratado de Neurologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986, p 638-660.
8. Jeavons PM, Aspinall A. The Epilepsy Reference Book. London: Harper & Row, 1985.
9. Laidlaw J, Richens A. A Textbook of Epilepsy. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1976.
10. Lima DRA. Epilepsia e Civilização. III Simpósio Paranaense de Epilepsia, Curitiba, 12/14 junho 1986 (Abstr.).
11. Marino R Jr. Epilepsias. São Paulo: Sorvi er, 1983.
12. Mathes A. Epilepsie: Diagnostik and Therapie für Klinik and Praxis. Stuttgart: Georg Thieme, 1975.
13. Mello GB de. Epilepsia: mito e realidade. III Simpósio Paranaense de Epilepsia. Curitiba, 12/14 junho 1986 (Abstr.).
14. Niedermeyer E. The Epilepsies: Diagnosis and Management. Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1990.
15. Porter RJ. Epilepsy: 100 Elementary Principles. London: Saunders, 1984.
16. Pupo PP. Questões sobre Epilepsia. Ed 2. São Paulo: Instituto de Eletroencefalografia, 1971.
17. Shorvon SD. Epilepsy, a General Practice Perspective. Basel: Ciba-Geigy, 1988.
18. Schneider K. Las Personalidades Psicopáticas. Ed 7, Madrid: Morata, 1974.
19. Suzuki J, Seino M, Fukuyama Y, Konai S. Art and Science of Epilepsy, Amsterdam: Excerpta Médica, 1989.
20. Trimble MR, Reynolds EH. Epilepsy Behaviour and Cognitive Function. London: John Libbey & Sons, 1988.