

## Inventário de Depressão em Transtornos Neurológicos para a Epilepsia (IDTN-E): Versão Brasileira de um Instrumento de Rastreamento

Guilherme Nogueira Mendes de Oliveira<sup>a</sup>, Gerardo Maria de Araújo Filho<sup>b</sup>, Arthur Kummer<sup>c</sup>, João Vinícius Salgado<sup>d</sup>, Eduardo Jardel Portela<sup>e</sup>, Sílvio Roberto Sousa-Pereira<sup>f</sup>, Antônio Lúcio Teixeira<sup>g</sup>

Núcleo de Neuropsiquiatria do Serviço de Neurologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

### RESUMO

**Introdução:** Depressão é a comorbidade psiquiátrica mais frequente na epilepsia, sendo sua identificação frequentemente negligenciada nos centros especializados. **Objetivo:** Avaliar o desempenho da versão brasileira do Inventário de Depressão em Transtornos Neurológicos para a Epilepsia (IDTN-E) em um grupo de pacientes atendidos em um serviço especializado. **Métodos:** A versão brasileira do IDTN-E foi aplicada em um grupo de 142 pacientes com epilepsia. Foi utilizado o MINI-Plus como padrão ouro para o diagnóstico de episódio depressivo maior. **Resultados:** Quarenta pacientes (28,2%) apresentavam o diagnóstico de depressão no momento da avaliação. A análise da curva ROC indicou que o ponto de corte em 15 (>15) para o IDTN-E representa dicotomização ótima entre deprimidos e não deprimidos (sensibilidade de 70,0%, especificidade de 87,3%, valor preditivo positivo de 68,3% e valor preditivo negativo de 88,1%). A utilização de pontos de corte inferiores pode eventualmente ser adotada para proporcionar uma maior sensibilidade ao instrumento. **Conclusão:** A versão brasileira do IDTN-E é um instrumento sensível e prático que pode auxiliar o rastreamento da depressão na epilepsia, diminuindo o seu subdiagnóstico.

**Unitermos:** epilepsia, depressão, rastreamento, diagnóstico.

### ABSTRACT

*Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy (NDDI-E): Brazilian version of a screening instrument*

**Introduction:** Depression is the most common psychiatric comorbidity in epilepsy, being its identification frequently neglected in most epilepsy centers. **Objective:** To evaluate the performance of the Brazilian version of the Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy (NDDI-E) in a group of patients from a specialized center. **Methods:** The recently validated Brazilian version of the NDDI-E was applied to a group of

<sup>a</sup> Médico Psiquiatra. Pós-Graduando em Neurociências pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Colaborador do Grupo de Epilepsia do Serviço de Neurologia do Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte. NATE – Núcleo Avançado de Tratamento das Epilepsias do Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, Brasil. Professor de Saúde Mental do Centro Universitário de Belo Horizonte – Uni-BH.

<sup>b</sup> Médico Psiquiatra. Doutor em Psiquiatria pela Universidade de São Paulo. Departamento de Neurologia e Neurocirurgia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, Brasil. Laboratório Interdisciplinar de Neurociências Clínicas (LiNC), Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, Brasil.

<sup>c</sup> Médico Psiquiatra. Doutor em Neurociências pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Colaborador do Grupo de Epilepsia do Serviço de Neurologia do Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte. Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte.

<sup>d</sup> Médico Psiquiatra. Doutor em Neurociências pela Universidade Louis Pasteur, Estrasburgo, França e pela Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Professor do Instituto de Ciências Biológicas (ICB) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte.

<sup>e</sup> Médico Neurologista. Grupo de Epilepsia do Serviço de Neurologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). NATE – Núcleo Avançado de Tratamento das Epilepsias do Hospital Felício Rocho, Belo Horizonte, Brasil.

<sup>f</sup> Médico Neurologista. Grupo de Epilepsia do Serviço de Neurologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

<sup>g</sup> Médico Neurologista e Psiquiatra. Doutor em Biologia Celular. Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte.

Received May 16, 2011; accepted May 30, 2011.

142 outpatients with epilepsy. We used the MINI-Plus as a gold standard to diagnosis major depressive episode. **Results:** Forty patients (28.2%) were depressed at the time of evaluation. The ROC curve analysis indicated that the cutoff at 15 (> 15) represented the greatest dichotomy between depressed and nondepressed (sensitivity 70.0%, specificity of 87.3%, positive predictive value of 68.3% and negative predictive value of 88.1%). The use of lower cutoff points may eventually be adopted to provide greater sensitivity to the instrument. **Conclusion:** The Brazilian version of NDDI-E is a sensitive and practical tool that can help in tracking depression in epilepsy in order to reduce its underdiagnosis.

**Keywords:** epilepsy, depression, screening, diagnosis.

## INTRODUÇÃO

Os transtornos psiquiátricos são as comorbidades mais frequentes na epilepsia, principalmente os transtornos do humor.<sup>1-3</sup> Um levantamento epidemiológico brasileiro recente relatou que pacientes com epilepsia apresentam risco aumentado em 3 vezes de desenvolver depressão.<sup>4</sup> Nesse contexto, depressão deveria ser sempre investigada em pacientes com epilepsia, especialmente naqueles em que as crises são refratárias.<sup>5</sup> No entanto, nos serviços especializados, frente ao grande número de pacientes atendidos, a consultas de duração limitada, o foco no controle das crises, entre outros fatores, a avaliação de transtornos psiquiátricos, incluindo, depressão, é frequentemente negligenciada. Portanto, ferramentas que auxiliem o clínico no rastreamento da depressão podem minimizar o subdiagnóstico e proporcionar um melhor atendimento aos pacientes.<sup>6-8</sup>

Instrumentos de rastreamento de depressão utilizados na clínica psiquiátrica têm sido utilizados na epilepsia.<sup>8,4,9</sup> Contudo, muitas vezes as queixas cognitivas e somáticas podem estar relacionadas à própria epilepsia ou ao seu tratamento fazendo com que estas variáveis confundam o diagnóstico da depressão nesta condição neurológica. O Inventário de Depressão em Transtornos Neurológicos para a Epilepsia (IDTN-E) é uma ferramenta especificamente elaborada para a epilepsia<sup>10</sup> e foi recentemente validado para a população brasileira.<sup>6</sup> O presente estudo tem como finalidade avaliar o uso do IDTN-E em pacientes de um centro terciário de atendimento à epilepsia de difícil controle e divulgar o uso deste instrumento no Brasil.

## MÉTODOS

O presente estudo foi realizado na Clínica de Epilepsia do Serviço de Neurologia do Hospital das Clínicas da UFMG que é centro de referência no tratamento da epilepsia no estado de Minas Gerais e atende cerca de 1.000 pacientes. O diagnóstico de epilepsia segundo a ILAE<sup>11,12</sup> foi estabelecido por epileptologista experiente e os pacientes que aceitaram o convite para participação no estudo receberam informações e esclarecimentos sobre a pesquisa e assinaram ao termo de consentimento livre e esclarecido.

Neste estudo foram excluídos os indivíduos menores de 18 anos, indivíduos com diagnóstico de outras doenças do sistema nervoso central, tais como demência, acidente vascular encefálico e *delirium*; portadores de doenças clínicas descompensadas, aqueles submetidos a neurocirurgias prévias e aqueles com dificuldades na leitura ou na compreensão dos testes realizados de acordo com avaliação do examinador. Alguns indivíduos não possuíam educação formal ou eram analfabetos e para estes pacientes o inventário foi lido e, em geral, bem compreendido dadas a simplicidade e a objetividade do instrumento. Optamos pela flexibilidade à entrevista, também adotada por outros estudos,<sup>4</sup> diante da baixa escolaridade geralmente encontrada na população atendida pelo sistema público de saúde no Brasil.

### Avaliação psicopatológica e clínica

Os sujeitos da pesquisa foram examinados por psiquiatra treinado na aplicação de entrevistas e escalas clínicas. Foram coletados dados sobre as características socio-demográficas do participante (idade, sexo, escolaridade, estado civil, profissão), diagnóstico, semiologia e calendário das crises, tempo de diagnóstico e medicamentos em uso.

A entrevista clínica estruturada MINI-Plus foi utilizada como o padrão-ouro neste trabalho para o diagnóstico de episódio depressivo maior atual. O MINI é uma ferramenta diagnóstica breve utilizada para identificar transtornos psiquiátricos do eixo I do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition* (DSM-IV) e da Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)<sup>13,14</sup> e tem sido utilizada em pesquisas de avaliação neuropsiquiátrica na epilepsia.<sup>4,15</sup>

O Inventário de Depressão em Transtornos Neurológicos para a Epilepsia (IDTN-E)<sup>10</sup> é um breve inventário (6 itens) e foi desenvolvido para rastreamento rápido (cerca de 3 minutos) de episódios depressivos na epilepsia. O IDTN-E tem a vantagem de minimizar a influência de fatores associados à epilepsia que podem ser confundidos com sintomas depressivos, como queixas de memória, muito frequentes especialmente na epilepsia do lobo temporal,<sup>16</sup> e efeitos adversos das drogas antiepilépticas (DAEs), como alterações no sono, fadiga e prejuízos sobre a concentração.<sup>10</sup> O IDTN-E demonstrou consistência

interna de 0,85 e confiabilidade teste-reteste de 0,78. Um escore maior ou igual a 15, segundo seus idealizadores, demonstrou especificidade de 0,90 e sensibilidade de 0,81 para o diagnóstico de depressão maior.<sup>10</sup>

**Análise estatística**

O escore ótimo de maior sensibilidade ou especificidade do IDTN-E para diagnóstico de depressão foi calculado através da *receiver operating characteristic curve* (curva ROC) com o programa MedCalc 8.0. As demais análises foram realizadas utilizando-se o programa estatístico SPSS versão 15.0 para Windows.

**RESULTADOS**

A amostra do estudo foi composta por 142 pacientes e as características sociodemográficas e clínicas estão descritas na Tabela 1.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas e clínicas da população estudada.

Característica	Pacientes (n=142)	
	n ou Média (DP)	Proporção (%) ou Mediana (faixa)
Gênero		
Feminino	77	54,2%
Idade (anos)	39,1 (10,1)	39,5 (18-61)
Nível educacional (anos de estudo)	7,7 (3,4)	8 (0-15)
Estado civil		
Solteiro	63	44,4%
Casado/união estável	61	43,0%
Separado/divorciado	16	11,3%
Viúvo	2	1,4%
Estado ocupacional		
Empregado	62	43,7%
Desempregado	31	21,8%
Aposentado (por idade ou tempo de serviço)	5	3,5%
Aposentado/afastado (por motivo de doença)	44	31,0%
Tipo de crise		
Parcial	84	59,1%
Parcial com generalização secundária	42	29,6%
Generalizada	16	11,3%
Frequência das crises (crises por mês)	5,8 (10,3)	2 (0-60)
Idade de início (anos)	9,3 (8,8)	8 (0-51)
Tempo de doença (anos)	28,6 (12,5)	28 (1-54)
Número de DAE		
Monoterapia	19	13,4%
Politerapia	123	86,6%
Episódio depressivo maior atual (MINI Plus)	40	28,2%

n = número de pacientes; DP = desvio-padrão; DAE = Droga Antiepiléptica.

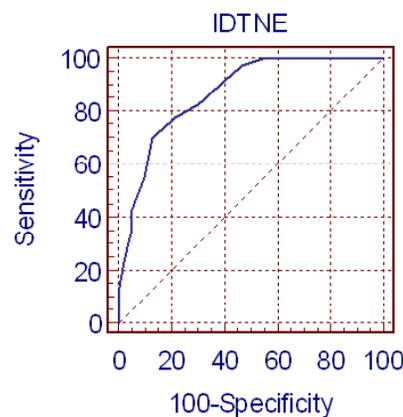
De modo geral, a população foi composta por indivíduos jovens (média de 39 anos), apresentando crises parciais, crises de início geralmente na infância, longo tempo de evolução e difícil controle de crises mesmo com o uso de mais de uma DAE pela grande maioria dos indivíduos. Uma parte significativa da amostra (28,2%) encontrava-se deprimida no momento da entrevista e a maioria dos indivíduos (56,3%) estava inativa do ponto de vista laboral.

A análise da curva ROC indica que o ponto de corte em 15 (> 15) do IDTN-E representa a melhor dicotomização entre deprimidos e não deprimidos (sensibilidade de 70,0%, especificidade de 87,3%, valor preditivo positivo de 68,3% e valor preditivo negativo de 88,1%), conforme descrito na Tabela 2. A área sob a curva foi de 0,869 (intervalo de confiança de 95%: 0,802-0,919) indicando adequada propriedade discriminativa do instrumento, conforme apresentado pela Figura 1.

**Tabela 2 –** ROC e estatística da eficiência diagnóstica do IDTN-E para o diagnóstico de depressão maior baseado no MINI Plus.

IDTN-E (pontuação)	Sensibilidade (95% IC)	Especificidade (95% IC)	VPP	VPN
>10	100,0(91,1-100,0)	45,1(35,2-55,3)	41,7	100,0
>11	97,5(86,8-99,6)	52,9(42,8-62,9)	44,8	98,2
>12	92,5(79,6-98,3)	58,8(48,6-68,5)	46,8	95,2
>13	82,5(67,2-92,6)	69,6(59,7-78,3)	51,6	91,0
>14	77,5(61,5-89,1)	78,4(69,2-86,0)	58,5	89,9
<b>&gt;15</b>	<b>70,0(53,5-83,4)</b>	<b>87,3(79,2-93,0)</b>	<b>68,3</b>	<b>88,1</b>
>16	55,0(38,5-70,7)	90,2(82,7-95,2)	68,7	83,6
>17	42,5(27,1-59,1)	95,1(88,9-98,4)	77,3	80,8
>18	35,0(20,6-51,7)	95,1(88,9-98,4)	73,7	78,9
>19	22,5(10,9-38,5)	98,0(93,1-99,7)	81,8	76,3
>20	17,5(7,4-32,8)	99,0(94,6-99,8)	87,5	75,4

IDTN-E: Inventário de Depressão em Transtornos Neurológicos para a Epilepsia; IC: Intervalo de Confiança; VPP: Valor Preditivo Positivo; VPN: Valor Preditivo Negativo.



**Figura 1.** Receiver operating characteristic curve (curva ROC) do Inventário de Depressão em Transtornos Neurológicos para a Epilepsia (IDTN-E), com o ponto de corte ótimo assinalado (> 15).

## DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi o de avaliar o desempenho da versão brasileira do Inventário de Depressão em Transtornos Neurológicos para a Epilepsia (IDTN-E) em um grupo de pacientes com epilepsia atendidos em um serviço especializado, avaliando sua sensibilidade e especificidade nessa população. A clareza, objetividade, a praticidade e a eficácia do IDTN-E foram confirmadas neste trabalho. No mesmo ponto de corte, em 15 (>15) pontos, proposto pelo estudo original<sup>10</sup> e pelo estudo de validação do instrumento na população brasileira,<sup>6</sup> encontrou-se um equilíbrio adequado entre sensibilidade e especificidade com o IDTN-E. Ainda, o valor preditivo negativo é indicativo de que, ao fornecer um resultado negativo, o instrumento seja capaz de excluir corretamente a depressão em aproximadamente 90% dos casos. Contudo, neste ponto de corte encontramos uma sensibilidade inferior ao estudo de validação do instrumento no Brasil (70,0%, contra 81,5% do estudo anterior),<sup>6</sup> por outro lado, uma maior especificidade (87,3% no estudo atual, contra 83,1%). Portanto, pontos de corte ainda menores podem ser empregados a fim de uma maior sensibilidade no instrumento, o que é desejável em ferramentas de rastreamento.

O presente estudo, entretanto, foi conduzido em um centro especializado, o que impede uma generalização dos resultados para a população geral. A elevada prevalência de depressão nesta população é outra variável que deve ser levada em consideração na interpretação dos resultados aqui descritos. Indivíduos com epilepsia de difícil controle geralmente apresentam maior comprometimento do estado geral, o que pode elevar o ponto de corte na escala, exigindo uma pontuação mais elevada a fim de uma maior especificidade. Ainda são escassos os estudos populacionais com instrumentos de rastreamento da depressão na epilepsia<sup>4</sup> e este trabalho pode incentivar novas investigações sobre aplicabilidade do IDTN-E em pessoas com epilepsia na comunidade. Por outro lado, o estudo descrito conta com um número representativo de indivíduos entrevistados (n=142), com diferentes tipos de crises epiléticas, provavelmente refletindo a realidade de muitos centros de tratamento da epilepsia no Brasil. Outro ponto positivo deste trabalho é a utilização de instrumentos validados e padronizados, o que permite maior acurácia na interpretação dos resultados.<sup>9</sup>

Diversos estudos apontam para o impacto negativo da depressão sobre os diversos aspectos da qualidade de vida na epilepsia.<sup>17-19</sup> A presença da depressão está associada também ao suicídio na epilepsia,<sup>20,21</sup> e este risco parece aumentado no início da manifestação das crises epiléticas,<sup>22</sup> demonstrando a necessidade do diagnóstico e do tratamento precoce. Ademais, pacientes deprimidos tendem a relatar

maiores efeitos adversos às DAEs<sup>23</sup> e utilizar com mais frequência os recursos de saúde, aumentando os custos do tratamento da epilepsia.<sup>18</sup> Mesmo com o alerta de diversos estudos para os impactos negativos da depressão, o seu tratamento na epilepsia é ainda deficitário,<sup>7,24,3</sup> exigindo estratégias mais efetivas. O contato entre neurologista e psiquiatras é paradoxalmente limitado,<sup>25</sup> tornando o uso de instrumentos de rastreamento bastante úteis para clínicos não habituados ao exame psiquiátrico, principalmente se o atendimento é realizado em serviços onde é grande o volume de pacientes.<sup>7</sup>

O tratamento da depressão, por sua vez, deve ser criterioso, já que o uso indiscriminado de antidepressivos pode desencadear, por exemplo, episódios maníacos em pacientes bipolares. Outro ponto a favor de uma avaliação completa do exame do estado mental é justificado pela possibilidade de ocorrência de outros transtornos do humor, como o Transtorno Disfórico Interictal,<sup>26</sup> ou transtornos ansiosos e psicóticos,<sup>3,27,28</sup> que necessitam manejo específico. Por fim, a positividade no rastreamento ao uso do IDTN-E não é diagnóstica de depressão, mas deve aumentar consideravelmente a suspeita, selecionando os pacientes que devem ser submetidos a um exame psiquiátrico mais detalhado.

## CONCLUSÃO

A facilidade e simplicidade na aplicação da versão brasileira do IDTN-E faz desta uma importante ferramenta para rastreamento da depressão e que contempla as particularidades clínicas da epilepsia. O ponto de corte em >15 no IDTN-E parece ser o que permite uma maior soma de especificidade e sensibilidade. Por outro lado, valores inferiores podem também ser utilizados caso se deseje uma maior sensibilidade ao rastreamento da depressão na epilepsia.

## AGRADECIMENTOS

Este projeto é financiado pelo Edital Fapemig/Fapesp Neurociências: Epilepsia. GNMO foi bolsista CAPES em estágio de doutorado sanduíche no Institute of Psychiatry, King's College, Londres.

## REFERÊNCIAS

1. Araújo Filho GM, Mazetto L, Silva JM, Caboclo LOSF, Yacubian EMT. Psychiatric comorbidity in patients with two prototypes of focal versus generalized epilepsy syndromes. *Seizure* 2011 June;20(5):383-6.
2. Tellez-Zenteno JF, Patten SB, Jetté N, Williams J, Wiebe S. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a population-based analysis. *Epilepsia* 2007 Dec.;48(12):2336-44.
3. Oliveira GNM, Kummer A, Salgado JV, Portela EJ, Sousa-Pereira SR, David AS, et al. Psychiatric disorders in temporal lobe epilepsy: an overview from a tertiary service in Brazil. *Seizure* 2010 Oct.;19(8):479-84.

4. Stefanello S, Marín-Léon L, Fernandes PT, Li LM, Botega NJ. Depression and anxiety in a community sample with epilepsy in Brazil. *Arq Neuropsiquiatr* 2011;69(2B):342-348.
5. Kanner AM. Epilepsy and mood disorders. *Epilepsia* 2007;48(s9):20-22.
6. de Oliveira GNM, Kummer A, Salgado JV, Portela EJ, Sousa-Pereira SR, David AS, et al. Brazilian version of the Neurological Disorders Depression Inventory for Epilepsy (NDDI-E). *Epilepsy & Behavior* 2010 Nov;19(3):328-31.
7. Friedman DE, Kung DH, Laowattana S, Kass JS, Hrachovy RA, Levin HS. Identifying depression in epilepsy in a busy clinical setting is enhanced with systematic screening. *Seizure* 2009 July;18(6):429-33.
8. Jones JE, Hermann BP, Woodard JL, Barry JJ, Gilliam F, Kanner AM, et al. Screening for major depression in epilepsy with common self-report depression inventories. *Epilepsia* 2005 May;46(5):731-5.
9. Krishnamoorthy ES. The Evaluation of Behavioral Disturbances in Epilepsy. *Epilepsia* 2006;47(s2):3-8.
10. Gilliam FG, Barry JJ, Hermann BP, Meador KJ, Vahle V, Kanner AM. Rapid detection of major depression in epilepsy: a multicentre study. *Lancet Neurol* 2006 May;5(5):399-405.
11. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia* 1989 Aug.;30(4):389-99.
12. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for Revised Clinical and Electroencephalographic Classification of Epileptic Seizures. *Epilepsia* 1981;22(4):489-501.
13. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 (Suppl 20):22-33;quiz 34-57.
14. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(3):106-15.
15. Jones JE, Hermann BP, Barry JJ, Gilliam FG, Kanner AM, Meador KJ. Rates and risk factors for suicide, suicidal ideation, and suicide attempts in chronic epilepsy. *Epilepsy Behav* 2003 Oct.;4(Suppl 3):S31-8.
16. Oliveira GNM, Kummer A, Salgado JV, Marchetti RL, Teixeira AL. Neuropsychiatric Disorders of Temporal Lobe Epilepsy. *Rev Bras Neurol* 2009;45(1):15-23.
17. Boylan LS, Flint LA, Labovitz DL, Jackson SC, Starner K, Devinsky O. Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy. *Neurology* 2004 Jan. 27;62(2):258-61.
18. Cramer JA, Blum D, Fanning K, Reed M. The impact of comorbid depression on health resource utilization in a community sample of people with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2004 June;5(3):337-42.
19. Johnson EK, Jones JE, Seidenberg M, Hermann BP. The relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features on health-related quality of life in epilepsy. *Epilepsia* 2004 May;45(5):544-50.
20. Espinosa AG, Machado RA, González SB, González MEG, Montoto AP, Sotomayor GT. Wisconsin Card Sorting Test performance and impulsivity in patients with temporal lobe epilepsy: Suicidal risk and suicide attempts. *Epilepsy & Behavior* 2010 Jan.;17(1):39-45.
21. Stefanello S, Marín-Léon L, Fernandes PT, Min LL, Botega NJ. Suicidal thoughts in epilepsy: A community-based study in Brazil. *Epilepsy & Behavior* 2010 Apr.;17(4):483-8.
22. Bell GS, Gaitatzis A, Bell CL, Johnson AL, Sander JW. Suicide in people with epilepsy: how great is the risk? *Epilepsia* 2009 Aug.;50(8):1933-1942.
23. Kanner AM, Gilliam FG, Hermann B, Meador KJ. Differential effect of mood and anxiety disorders on the quality of life and perception of adverse events to antiepileptic drugs in patients with epilepsy. In: Abstracts from the 2007 Annual Meeting of the American Epilepsy Society. *Epilepsia* 2007;48(s6):1-118.
24. Kanner AM, Kozak AM, Frey M. The Use of Sertraline in Patients with Epilepsy: Is It Safe? *Epilepsy Behav* 2000 Apr.;1(2):100-5.
25. Kanner AM. When did neurologists and psychiatrists stop talking to each other? *Epilepsy Behav* 2003 Dec.;4(6):597-601.
26. Araújo Filho GM A, de Oliveira GNM, Oliva CH, Mazetto L, Kummer A, Alonso NB, et al. Translation and cross-cultural adaptation of the Interictal Dysphoric Disorder Inventory (IDDI). *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2010;16(4):155-61.
27. Araújo Filho GM, Silva JM, Mazetto L, Marchetti RL, Yacubian EMT. Psychoses of epilepsy: A study comparing the clinical features of patients with focal versus generalized epilepsies. *Epilepsy & Behavior* 2011 Apr.;20(4):655-8.
28. Araújo Filho GM, Pellegrino RV, Yacubian EMT. Psychiatric disorders in epilepsy: a proposal for classification by the ILAE commission on neuropsychiatry. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2008;14(3):119-23.

**Autor para correspondência:**  
 Antonio Lucio Teixeira  
 Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina – UFMG  
 Av. Alfredo Balena, 190 – Santa Efigênia  
 CEP 30130-100, Belo Horizonte, MG, Brasil  
 E-mail: <altexr@gmail.com>

ANEXO

**INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO EM TRANSTORNOS NEUROLÓGICOS PARA A EPILEPSIA (IDTN-E)**

O questionário abaixo foi elaborado para auxiliar no rastreamento de depressão em pessoas com epilepsia. Para cada um dos enunciados da tabela, por favor, circule o número que melhor descreve a maneira como você tem se sentido nas duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje.

	Sempre ou Frequentemente	Algumas Vezes	Raramente	Nunca
TUDO É UM GRANDE ESFORÇO PARA MIM.	4	3	2	1
NADA DO QUE EU FAÇO É CERTO.	4	3	2	1
EU ME SINTO CULPADO (A).	4	3	2	1
EU PREFERIRIA ESTAR MORTO (A).	4	3	2	1
EU ME SINTO FRUSTRADO (A).	4	3	2	1
EU TENHO DIFICULDADES EM ENCONTRAR PRAZER.	4	3	2	1