

## DEPRESSÃO PERMANENTE E DISRITMIA DO LOBO TEMPORAL

ENEIDA BAPTISTETE MATARAZZO \*

O preconceito que a nossa sociedade armazena ainda contra a epilepsia, as restrições legais e as do mercado de trabalho que colocam o epilético em posição de inferioridade na luta por uma plena realização afetiva e profissional, aliados às dificuldades criadas pela própria doença, sobretudo quanto ao risco que as crises podem representar para sua integridade física, são motivo bastante para que o epilético apresente, com certa frequência, sintomas neuróticos e reativos, entre os quais a depressão é dos mais comuns.

Além desta origem que determina quadros de depressão neurótica e depressão reativa, é bastante conhecida a relação direta de causa e efeito entre a epilepsia e outras formas de depressão.

Williams<sup>23</sup>, revendo as observações de 165 pacientes que apresentavam crises comiciais, verificou a existência de conteúdo emocional em 100 casos; 61% destes tinham manifestações de medo, 21% de depressão e os demais tinham emoções que o autor classificou como sendo do tipo agressividade, bem-estar e mal-estar. Scott<sup>20</sup>, em trabalho de revisão sobre o componente emocional das crises epiléticas conclui, como Williams<sup>23</sup>, que o mais frequente é o medo, vindo a seguir, a depressão. A resultado semelhante chegou Armbrust-Figueiredo<sup>3</sup>, que estudou 1000 pacientes com foco temporal e encontrou 28% com manifestações de medo e 12% de depressão.

Quando relacionada diretamente à manifestação comicial, a depressão tanto pode surgir no início, sob a forma de pródromo, durando horas ou dias<sup>6, 7, 18</sup>, como sob a forma de aura<sup>3, 18</sup>; pode surgir durante uma crise psico-motora, como, também, ser o componente único da crise<sup>3, 9</sup>, sendo, portanto desacompanhada de alterações motoras, ideativas ou sensoriais. Nestes casos pode ocorrer ou não amnésia da crise<sup>9</sup>. Armbrust-Figueiredo<sup>3</sup> encontrou, na casuística já citada, 17% de pacientes que ao recobrar a consciência, portanto na fase pós-crítica, referiam angústia ou depressão, não explicáveis pela situação psicológica que os envolvia; a duração máxima que encontrou, nessas manifestações, foi de 6 horas. Delgado<sup>8</sup> assinala que as distímias epiléticas inter-críticas, entre as quais a depressão, além de terem duração breve, tendem a aparecer após o despertar, pela manhã. Alínio<sup>1</sup>, ao contrário, observou o aparecimento de leves estados de depressão, em epiléticos, com maior frequência à noite. Alonso-Fernandez<sup>2</sup>, descreve as distímias epiléticas como alterações agudas do

---

\* Assistente do Departamento de Neuro-Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

estado de ânimo, imotivadas ou pelo menos insuficientemente explicadas e considera mais frequentes as formas irritável e depressiva. Esta teria quase sempre um colorido hipocondríaco, levando, às vezes, a tentativas de suicídio; sua duração, segundo esse autor, é de horas ou dias, podendo aparecer antes ou depois das crises ou como fenômenos equivalentes ao ataque. Mayer-Gross e col.<sup>19</sup> assinalam que nesses episódios de depressão, além do início agudo e da duração curta, há possibilidade de variação brusca entre estados de depressão e de exaltação.

Marchand e Ajuriaguerra<sup>18</sup>, analisando o estado depressivo, afirmam que podem ser observados, em alguns epiléticos, alterações mentais periódicas, ora eufóricas, ora depressivas e as denominam "síndrome epilética periódica". Acrescentam que nas fases de depressão o suicídio é frequente e que o quadro clínico tem as mesmas características das psicoses periódicas.

Greco e Kalman<sup>12</sup> estudaram 38 pacientes hospitalizados que apresentavam depressões periódicas, que não referiam ataques epiléticos e que revelavam, no exame eletrencefalográfico, alterações no lobo temporal; tais pacientes respondiam satisfatoriamente ao tratamento antiepilético e a sequência desses fatos levou os autores a proporem para o quadro, a designação de "depressão temporal episódica".

Como no trabalho acima, a correlação entre a depressão de origem epilética e a disritmia do lobo temporal tem sido assinalada por vários autores<sup>3, 10, 22, 23</sup>. Lennox<sup>16</sup> descreve o caso de um paciente com ataques de depressão, de duração de 1 a 3 horas e frequência de várias ao dia e não hesita a incluí-lo no capítulo dedicado à epilepsia temporal, apesar do eletrencefalograma ter-se revelado normal e da paciente não apresentar outros tipos de crise. Entre os 21 pacientes com depressão relacionada a crises epiléticas, citados por Williams<sup>23</sup>, 10 tinham alterações eletrencefalográficas localizadas na área temporal e os 11 restantes tinham alterações difusas ou não localizadas. Alonso-Fernandez<sup>2</sup>, analisando a sintomatologia dos tumores profundos do lobo temporal, afirma que podem dar alterações permanentes atípicas e polimorfas: psico-síndrome neurastênico, esquizofreniforme, depressivo, confusional, psico-orgânico. Lorenz de Haas<sup>17</sup>, estudando as manifestações de 162 pacientes epiléticos, encontrou disforia (depressão inter-crítica) em 23 casos, sendo a localização da disritmia na área temporal em 87% destes.

Resumindo, é extensa a bibliografia sobre depressão de origem epilética, sendo descritas, nos textos consultados, manifestações pré-críticas (auras e pró-domos), críticas e pós-críticas, além de episódios inter-críticos de início agudo e duração curta.

Este trabalho pretende demonstrar que a depressão causada por disritmia cerebral, além das formas acima citadas, pode assumir, também, um caráter permanente.

#### CASUISTICA

O material é constituído de 4 casos de depressão, sendo dois de clínica particular e dois registrados no Ambulatório do Hospital de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Nos dois primeiros manifestavam-se apenas de-

pressões episódicas; são descritos, conjuntamente com os outros nos quais existia depressão permanente, a fim de permitir um estudo comparativo da sintomatologia e dos resultados terapêuticos.

CASO 1 — P.F., 12 anos, sexo feminino, branca, brasileira, atendida pela primeira vez em 31-08-1966. A paciente pertencia a família de classe média, legalmente constituída. Sua mãe (caso 3), teve quadro depressivo com duração de 3 anos, antes do nascimento da paciente e voltou a ter depressão, sob forma episódica em 1962. A paciente tinha um irmão de 10 anos, de comportamento normal e outro de 8 anos, agressivo e instável; uma prima em 1.º grau, na linhagem materna, teve quadro depressivo, de características não relatadas, aos 24 anos. O clima afetivo familiar, de acordo com as informações, parecia bom e a educação dos filhos satisfatória. A paciente nasceu bem, após gestação e parto normais. Foi sempre uma criança sadia, tendo apenas doenças comuns sem gravidade; não sofreu traumatismos cranianos, não teve crises de perda de consciência, automatismos ou convulsões. Seu comportamento no lar era adequado, sendo calma, afetuosa e obediente. Fora de casa mostrava-se tímida, retraída, pouco sociável; apresentava, desde os primeiros anos de vida, alternância de humor, mostrando-se ora triste, ora alegre, sem justificativa aparente. Desde os 8 anos de idade começou a externar medo anormal, manifestado diante de muitas situações como escuro, ficar só, sair só, doença, situações relacionadas à lembrança da morte como enterros, cemitérios; tinha medo de animais domésticos, de atravessar rua, de chuva forte. Começou a estudar com 7 anos, teve dificuldade apenas inicial de adaptação à escola; foi sempre boa aluna e na época da consulta freqüentava a 1ª série ginasial. Aos 10 anos começou a apresentar crises de cefaléia, náusea, vômitos e formigamento nas mãos, que surgiam cada 2 ou 3 meses, sem relação aparente com fatores emocionais ou com outros distúrbios orgânicos. Em julho de 1966 teve um episódio de angústia, depressão e choro, de início brusco e sem razão aparente, com duração de cerca de 10 horas. No mês que se seguiu teve mais dois episódios semelhantes e por isso, em agosto de 66, veio a consulta.

Na entrevista estabeleceu bom contacto, expressava-se corretamente e demonstrava bom nível de inteligência. O humor manteve-se estável e o tonus afetivo revelou-se normal. Descrevia com detalhes e lembrança integral os episódios de depressão, iniciados com sensação de angústia, seguida de apatia, de indiferença por tudo que a cercava, abatimento e tristeza que não conseguia justificar e que por essa razão, acreditava ser sintoma de alguma doença. Considerava-se uma adolescente feliz, por ter um ambiente familiar afetivo e compreensivo e por viver em situação de conforto. Não encontrava explicação para o fato de, numa fase de sua vida, ter-se transformado numa criança medrosa e revelava existir, na essência de suas manifestações, o medo de morrer. Por esse motivo estranhou e respondeu negativamente à pergunta sobre possíveis impulsos suicidas nas fases de depressão.

Para esclarecimento do diagnóstico foi solicitado exame eletrencefalográfico que revelou "foco temporal esquerdo e disritmia paroxística bilateral síncroma secundária".

Diante desse resultado, foi prescrito Fenobarbital (50 mg. ao dia) Difenhidantoina (50 mg.) e Imipramina (30 mg. diários). Com essa medicação a paciente apresentou depressão, que persistiu por uma semana. A Difenhidantoina foi suspensa e os episódios de depressão continuaram, com duração de horas ou dias e agora precedidos por intensa sensação de medo. Apresentava, além disto, crises de estranheza, de curta duração. Após 4 semanas foi introduzida, no tratamento, Carbamazepina (100 mg. ao dia); no 8.º dia a paciente teve crise de cefaléia, sonolência e sensação de adormecimento na hemiface direita. O tratamento anterior foi substituído por Fenobarbital em dose maior (100 mg. ao dia), acrescentando Difenhidantoina (100 mg. ao dia). Desde então houve melhora lenta e progressiva de toda a sintomatologia. Ao fim de dois meses a paciente já não tinha mais episódios de depressão, o medo patológico desapareceu, o humor tornou-se estável e houve melhora acentuada na sociabilidade. Durante os 8 meses seguintes, com a terapêutica acima, os bons resultados persistiram.

CASO 2 — R.C.A.C. (Reg. 45589) 24 anos, sexo feminino, branca, brasileira, solteira, atendida pela primeira vez no Hospital de Psiquiatria em 02-10-69. A paciente pertencia a família de classe média-superior, legalmente constituída. Sua mãe, de temperamento irritadivo, agressivo e impulsivo teve várias crises epiléticas, de tipo hipertônico, da infância até à idade adulta; além disto tinha conduta moral irregular tendo por amante o motorista da família. O pai, apático e pouco atuante nas decisões familiares, também mantinha uma amante. Um irmão, de 22 anos, tinha conduta social inadequada, sendo de temperamento colérico; sofreu dois acidentes de automóvel em que se lançou contra um muro, sem necessidade e sem dar conta, parecendo, pela descrição ter ocorrido o fato numa crise de ausência. Uma irmã, de 20 anos, teve problemas de frigidez sexual que foi solucionado com psicoterapia. Uma sobrinha de 3 anos, filha dessa irmã, era irritadiva, agressiva, instável e seu EEG revelou "disritmia paroxística bilateral síncrona". Com todos esses problemas, o ambiente familiar era tenso, desarmonioso e gerador de sérios conflitos. A paciente nasceu bem, após gestação normal, desenvolvendo-se satisfatoriamente do ponto de vista físico. Desde os primeiros anos de vida, entretanto, revelou-se uma criança medrosa, com manifestações de temor diante de múltiplas situações. Era tímida, quieta, emotiva e reagia às frustrações quase sempre chorando. Começou a frequentar a escola com 5 anos; foi sempre boa aluna e em 1967 cursava o 2.º ano de Engenharia Civil, porém abandonou o estudo devido aos seus problemas psíquicos. Desde os 5 anos de idade começou a ter períodos de depressão com duração de horas, dias ou semanas, repetindo-se uma ou mais vezes no mês. Segundo suas informações, esses episódios sempre tiveram as mesmas características. Descrevia os mais recentes da seguinte forma: "De repente, sem razão, eu me torno triste, desinteressada de tudo que me cerca, indiferente. Fico a maior parte do tempo deitada, sem vontade de me cuidar, de me pentear e nem mesmo de tomar banho; não tenho vontade de ler, de me alimentar ou de realizar qualquer coisa. Não tenho vontade de viver, mas não me passa pela cabeça a idéia de me matar". Tão bruscamente como surgia a depressão cessava. Desde o início a paciente foi examinada por psiquiatras e submeteu-se a vários tratamentos com drogas anti-depressivas e ansiolíticos sem qualquer resultado positivo e sem que se alterasse a seqüência dos sintomas. Houve melhora espontânea, com depressões mais espaçadas, dos 14 aos 17 anos, com recrudescimento das manifestações a partir de então. Aos 19 anos começou a apresentar crises de dor abdominal intensa, de início e fim bruscos, duração de horas e rebeldes a toda medicação analgésica. Submeteu-se a exame clínico e a vários exames de laboratório que resultaram normais. Por esse motivo o sintoma foi considerado de origem psicógena e a paciente foi encaminhada para psicoterapia de base analítica. Seis meses após o início do tratamento as crises viscerais cessaram, porém passou a ter crises atônicas, freqüentes e com duração de minutos. Ocorriam a qualquer momento e em qualquer circunstância e a perda de consciência era abrupta, o que ocasionou ferimentos na paciente em várias ocasiões. Eletrencefalograma feito então foi normal e por esse motivo não foi medicada. A última crise ocorreu 3 meses antes da consulta. Ao começar a psicoterapia, a paciente apresentava sérios conflitos emocionais, péssimo relacionamento familiar, dificuldade em se entrosar com namorados, sentimento de rejeição insegurança, agressividade reprimida. Todos esses problemas foram analisados e interpretados durante os 4 anos de psicoterapia e melhoraram sensivelmente. Os episódios de depressão, entretanto, persistiam, o que levou o psiquiatra a interpretá-los como decorrentes de um traço de temperamento da paciente que, por esse motivo, resolveu dar a psicoterapia por concluída. Por sugestão de uma parente, a paciente procurou o Hospital de Psiquiatria, um mês depois, para tentar novo tratamento.

Durante a consulta, a entrevistada, jovem bonita e de aspecto saudável, manteve diálogo fluente que indicava muito bom nível intelectual. Descreveu com os detalhes os episódios de depressão, durante os quais conservava perfeita lucidez. Negava a existência de alterações ideativas ou senso-perceptivas, nessas fases, afirmando que também não se acompanhavam de sensação de sofrimento. Não relacionava o desencadeamento das depressões com fatores psicogênicos aparentes, apesar de existirem problemas reais, sobretudo dentro da dinâmica familiar, que dificultavam o seu equilíbrio emocional. Referia também medo constante e difuso, exteriorizado em múlti-

plas situações e motivado pelo medo de morrer. Esse fato a tornava extremamente dependente do apoio de adultos; solicitou, por exemplo, ao namorado que a acompanhasse ao hospital, por que tinha medo de vir sozinha. Como complementação para o estudo do caso foi solicitado eletrencefalograma, que deu resultado normal.

Devido à sintomatologia ictal e ao caráter recorrente dos episódios de depressão, foi indicado o uso de terapêutica antiepilética, sendo prescrito Fenobarbital (100 mg. ao dia). Após duas semanas de tratamento referia sensível melhora nas manifestações de medo patológico, porém achava que a depressão havia piorado, pois agora tinha também crises de choro. A medicação foi mantida e na semana seguinte, como a evolução se mantinha inalterada, aumentada a dose de Fenobarbital para 150 mg. ao dia. Um mês depois havia remitido toda a sintomatologia relacionada à depressão e ao medo. Cinco meses mais tarde, sempre com o mesmo tratamento, a paciente informava que se sentia muito bem, não tinha mais depressão, nem medo patológico, sentia-se mais segura, o humor tornara-se estável e não apresentava sintomas físicos. Fez ainda esse comentário curioso: "Durante os 4 anos de psicoterapia eu não conseguia sentir nada, apesar de se falar o tempo todo em amor, depressão, raiva, medo. Agora estou diferente, pois tenho sentimentos intensos e sinto emoções fortes".

CASO 3 — T.F., 37 anos, sexo feminino, branca, brasileira, casada, atendida pela primeira vez em 31-08-1966. A paciente pertencia a família de classe média, de situação econômica estável e de ambiente afetivo muito bom. Uma sobrinha sua teve quadro depressivo de curta duração, aos 24 anos, sua filha mais velha (caso 1) começou a apresentar episódios de depressão aos 12 anos; um filho de 10 anos tinha comportamento normal e o último, de 8 anos, era agressivo e instável. A paciente nasceu em condições normais, após gestação a termo. Teve uma infância sadia do ponto de vista físico, não referindo desmaios, convulsões ou traumatismos cranianos. Foi uma criança tímida, quieta e pouco sociável, com alternância de períodos de humor triste e alegre. Nunca foi medrosa. Sempre teve sono agitado, com sonilóquio. Dos 5 aos 10 anos teve freqüentes crises de sonambulismo. Aos 12 anos começou a apresentar crises de tontura, com sensação de atordoamento e de perda de equilíbrio e duração de segundos ou minutos; também nessa época, começou a ter crises de cefaléia, freqüentes e rebeldes a analgésicos; espacaram-se depois dos 14 anos, quando teve a menarca e passaram a surgir geralmente no pré-menstruo. Desde os 17 anos começou a ter, com certa freqüência, crises de "flash-back": surgiam a lembrança, repentinamente, visões do passado, acompanhadas de sensação de angústia e mal-estar. Começou a estudar com 7 anos, foi sempre boa aluna e terminou o curso de secretariado; trabalhou nessa profissão durante dois anos. Casou-se aos 20 anos, por amor e com pleno assentimento da família e passou a se dedicar unicamente aos afazeres domésticos. Teve bom ajustamento com o marido, inclusive do ponto de vista sexual. Aos 21 anos, quando viajava num ônibus, sentiu subitamente angústia intensa e teve impressão de que os fios que eletrificavam o veículo se afastavam e se aproximavam. Teve, depois, sudorese, palpitação, tontura e dispneia, além de sensação de mal-estar e estranheza em relação a tudo que a cercava. Alguns minutos depois sentiu depressão, cansaço e teve crises de choro. A partir dessa crise seu comportamento mudou muito. Tornou-se permanentemente deprimida, chorava por qualquer motivo e mesmo sem razão, sentia cansaço constante, vontade de permanecer acamada e realizava, com grande esforço, apenas parte da atividade doméstica habitual. Não sentia motivação para viver, não se preocupava pela sua aparência física, perdeu o interesse por toda atividade social e não se excitava mais sexualmente. O marido assumiu atitude compreensiva diante de seus sintomas e levou-a desde o início a consulta com vários psiquiatras. O primeiro tratamento prescrito foi de convulsoterapia pelo eletrochoque; fez 3 aplicações, a depressão se acentuou e o tratamento foi suspenso. Fez, em seqüência, vários tratamentos com drogas anti-depressivas, ansiolíticas e até mesmo com neuroléticos. Nenhum dos tratamentos deu resultado favorável. O quadro de depressão perdurou por 3 anos. Ao final desse tempo engravidou e começou a melhorar espontaneamente, havendo completa remissão dos sintomas no segundo mês de gravidez. Esta transcorreu bem, nascendo uma menina (caso 1). Durante 7 anos a paciente continuou bem, com a conduta que lhe era habitual, antes do quadro de depressão.

Em 1962, sem razão aparente começou a ter novamente depressão, desta vez sob forma episódica, com duração de dias até 3 semanas e intervalos de um a dois meses. Esses episódios tinham as mesmas características do quadro de depressão permanente: ficava apática, desinteressada de tudo, com vontade de permanecer sempre acamada levantando-se ou trabalhando à custa de grande esforço. Em certos momentos tinha sensação de estranheza. Voltou à consultar vários psiquiatras, fez novamente tratamento com diferentes anti-depressivos e, como fossem ineficazes, foi aconselhada psicoterapia, que a paciente iniciou em janeiro de 1966. Não houve mudança no quadro nesse período, tendo a última crise surgido 15 dias antes da consulta.

A entrevista mostrou uma paciente em boas condições físicas, com tendência à obesidade. Dialogava com facilidade, evidenciando bom nível intelectual. Descrevia seus sintomas com detalhes, revelando que, com exceção dos momentos de estranheza do ambiente, conservava perfeita lucidez durante todo o período de depressão. Negava a ocorrência, nesses períodos, de alterações senso-perceptivas. Não ficava pessimista, não tinha impulsos suicidas. "O que eu sinto é falta de vontade de viver", afirmava. Afligia-se com sua dificuldade em desempenhar suas funções de mãe e esposa, mas não se sentia culpada, por atribuir o fato a uma doença. Não conseguia relacionar o início do primeiro quadro de depressão, nem dos episódios posteriores com possíveis fatores emocionais desencadeantes; crescera em ambiente familiar afetuoso e harmônico e se considerava feliz no casamento; a única ocorrência que a seu ver podia ter influência no quadro eram as mudanças de ambiente, que sempre estranhava muito, tardando a se habituar. Preocupava-se no momento, com a doença da filha, temendo que lhe estivesse reservado o mesmo destino de ser sujeita a depressões freqüentes. Complementando o estudo do caso, foi solicitado eletrencefalograma que revelou "foco convulsígeno de localização na área temporal esquerda".

Foi prescrita Difenilhidantoina (200 mg. ao dia). A paciente passou relativamente bem durante um mês, mas teve então uma crise passageira de angústia, depressão e mal-estar. Também ocorreram, nesse período, algumas crises de "flash-back" e de estranheza. Foi acrescentado 100 mg. de Fenobarbital e, a partir de então, a melhora foi evidente e progressiva. Não se repetiram as crises e, além disto, a paciente referia maior disposição para o trabalho, uma sociabilidade e uma estabilidade de humor que não existiam, mesmo antes de ter a primeira depressão. O tratamento foi mantido durante os 9 meses seguintes e a remissão persistiu, não tendo surgido novos períodos ou crises de depressão.

CASO 4 — V.C.F. (Reg. 54896) 28 anos, sexo feminino, branca, brasileira, solteira, atendida pela primeira vez, no Hospital de Psiquiatria, em 26-09-1973. A paciente nasceu e viveu até os 5 anos em fazenda. Dos 5 aos 8 veio com a família para São Paulo e, depois, todos retornaram ao lugar de origem. Seu pai, lavrador, é de baixo nível cultural, muito exigente quanto à disciplina e à conduta moral da família, embora tolerante em relação a si próprio, pois se embriaga com relativa freqüência; nessas ocasiões torna-se querelante e fala demais. A família vive em regime de patriarcado, cabendo ao pai todas as decisões importantes e também ditar as normas de conduta dos filhos, que são educados com severidade, embora sem punições físicas. A mãe, responsável pelo cuidado da casa, tem comportamento submisso, sendo de temperamento calmo. A paciente tem 11 irmãos; um deles, atualmente com 17 anos é epilético (crises tipo GM) e os demais são sadios. A paciente nasceu bem, após gestação normal. Teve desenvolvimento psico-motor condizente com a idade. Embora só tivesse tido doenças comuns, sem gravidade, era considerada pelos familiares uma criança de saúde frágil, sem resistência física. Nunca apresentou convulsões ou crises de perda de consciência e não referia traumatismo cranianos. Até os 8 anos de idade era uma criança calma, com períodos alternados de tristeza e alegria sem causa. Não sentia medo anormal, e raramente experimentava sentimentos agressivos. Não tinha amigos além dos irmãos, atribuindo o fato à severidade com que foi educada. Aos 8 anos começou a estudar e se adaptou a escola com facilidade; sempre teve bom aproveitamento escolar e terminou o primário sem repetir. Quando sua família voltou para o interior surgiram grandes dificuldades financeiras; o pai sentia-se insatisfeito com o trabalho de lavrador e esses fatos atuavam sobre o clima familiar. Desde então, "quando per-

cebeu a realidade da vida", foi perdendo a alegria até transformar-se em uma adolescente tristonha, que chorava com facilidade. Ajudou a mãe a cuidar da casa até os 14 anos, quando passou a trabalhar na roça. Entretanto, sentia-se mal durante essa atividade, cansava-se, tinha dores no corpo e por isso várias vezes interrompeu o trabalho, permanecendo semanas em casa, até se refazer. A última tentativa de trabalhar na lavoura foi aos 16 anos. Sua rotina diária exigia que se levantasse às 5 horas, devendo caminhar cerca de 3 quilômetros, para estar no serviço às 7 horas da manhã. Em determinado dia acordou com atraso, arrumou-se rapidamente, não tomou café e iniciou o percurso para o local de trabalho na companhia de uma irmã e de seu pai, que a recriminava pelo atraso; caminhava rápido ou corria, procurando se distanciar do pai para fugir as críticas. Quando chegou ao alto de um morro, teve forte tontura, esfriamento das extremidades e sudorese e, a seguir, começou a chorar convulsivamente. Seu pai fez com que voltasse para casa e apesar da atenção dos familiares, ficou acamada e o choro não cessava. "Eu só pensava que havia perdido a hora; esta idéia não me deixava", conta a paciente. No dia seguinte, como continuava chorando, foi levada a um hospital, onde ficou internada. Aplicaram-lhe uma injeção sedativa, dormiu um pouco, porém voltou a chorar quando despertou. No 3.º dia as crises se espaçaram e no 4.º dia, sentindo-se melhor, levantou-se. Desde esse episódio, "tornou-se uma pessoa diferente"; passou a falar pouco em casa e menos ainda com estranhos. Sentia-se permanentemente deprimida. Deixou de trabalhar fora e fazia lentamente e com esforço as tarefas da casa. Agora mais nada despertava o seu interesse. Se em alguma ocasião, por insistência dos familiares, se dispunha a sair, no momento final desistia; chorava com extrema facilidade, por contrariedades mínimas e tinha também crises de choro sem razão aparente, com duração de uma hora ou mais; nestas ocasiões continuava plenamente consciente, porém não sabia explicar porque chorava. Aos 18 anos, empregou-se como atendente em um hospital; em certa ocasião teve crise de choro tão prolongada, que precisou ser medicada com injeção analgésica. Um ano depois foi trabalhar como doméstica, exercendo 4 anos essa atividade. A seguir empregou-se como balconista em bar; contou que nas horas de movimento ficava aflita para que o tempo passasse a fim de esconder-se em qualquer lugar e chorar livremente. Durante todos esses anos a depressão persistia. Pensava constantemente que "não devia ter nascido, que ocupava o lugar de alguém na terra". Depois do trabalho e nos dias de folga costumava passar longas horas em cemitérios, "chorando, rezando e pedindo a Deus que a tirasse do mundo". Um dia permaneceu muito tempo de pé, diante de uma cova aberta, "com esperança de cair morta e ficar lá de uma vez". No entanto, apesar de ter vontade constante de morrer nunca pensou em suicídio, desejando morte natural. Preocupava-se com os problemas de saúde e financeiros da família, porém com base em fatos reais; não tinha preocupações sem fundamento. Não sentia disposição para o trabalho, cansava-se facilmente. Cuidava de sua higiene e de sua aparência porém sem vaidade; não saía para festas ou passeios, não se interessava por rapazes, não fazia planos para o futuro, nem pensava em casar ou ter filhos. Aos 26 anos veio para São Paulo e empregou-se como doméstica. O afastamento do convívio e dos problemas familiares deu-lhe certo alívio, porém não alterou seu humor ou sua conduta. Continuava sem entusiasmo para viver e com crises frequentes de choro, com ou sem motivo aparente. Era vagarosa no trabalho, tinha dificuldade em se ajustar às novas tarefas, mantinha relacionamento frio e distante com outras empregadas da casa, não saía para passeios ou festas.

Além dessas manifestações a paciente relata que aos 17 anos teve episódios quase diários de sonambulismo (deambulação simples) que cessaram espontaneamente. Desde os 19 anos tinha crises esporádicas de tipo neuro-vegetativo (sudorese, esfriamento das extremidades, eretismo cardíaco, tontura e dispneia). Na semana que precedeu a consulta teve várias crises de cefaléia e de tontura forte, sem escurecimento de vista porém com perda do equilíbrio, precisando apoiar-se para não cair. Foram estes sintomas que a levaram a procurar o Hospital de Psiquiatria para tratar-se em 26-09-1973.

A entrevista revelou uma jovem de aspecto frágil, porém de condições físicas gerais aparentemente satisfatórias, nada sendo constatado de anormal no exame dos diversos aparelhos. Apresentava-se vestida e penteada corretamente, porém sem traço

de vaidade: tinha o fâcies de uma pessoa deprimida, mas sem expressão de sofrimento; a atitude astênica, a fala e os gestos lentos, a pobreza de elan vital e o conteúdo do diálogo transmitiam a imagem de uma jovem apática e infeliz. Sua aparência física era agradável, a maneira de ser delicada e educada. Raciocinava com facilidade, evidenciando inteligência normal. Embora dissesse que muitas vezes desejava morrer, negava a existência de impulsos suicidas, em qualquer fase de sua doença. A idéia da morte não se alicerçava no desejo de fugir ao sofrimento e sim na absoluta ausência de motivação para viver. Negava a existência de distúrbios senso-perceptivos ou ideativos. Revelava impulsos agressivos conscientes e desprovidos de sentimento de culpa contra seu pai, cujo comportamento irregular reprovava, considerando-o mau chefe de família. Revelava ter pena de sua mãe, embora esta surgisse como uma figura apagada e de menor importância em suas descrições. Não fazia prospecções para o futuro e não revelava outra ambição se não a de viver à sua maneira, sem ser incomodada pelas pessoas com quem convivia. Não supunha que seus sintomas fossem uma doença e por isso não buscava a cura, nem acreditava nessa possibilidade. Narrou os fatos descritos anteriormente porque durante a entrevista, foi solicitada a fazê-lo. Do contrário teria se restringido à descrição dos sintomas físicos para os quais desejava tratamento.

Para esclarecimento do diagnóstico foi solicitado exame eletrencefalográfico que revelou "atividade irritativa na região temporal esquerda, com repercussão para a região homóloga".

Em 8 de outubro de 1973 foi medicada com Placebo (1 comprimido à noite); após 3 semanas de uso a paciente informava que não sentira qualquer efeito. Foi então medicada com Fenurona (200 mg), Difenilhidantoína (40 mg.) e Fenobarbital (15 mg.). Um mês depois a paciente informava: "Nos primeiros dias comecei a dormir melhor e a tontura diminuiu, mas continuei chorando muito. Aos poucos comecei a melhorar; agora há dias em que passo bem, e outros em que acordo triste e choro sem motivo". Diante dessa evolução a prescrição foi mantida e houve melhora lenta e progressiva de todos os sintomas. As crises de choro foram se espaçando, o humor também mudou. Ao fim de 3 meses a paciente referia que não chorava mais, que tinha disposição para o trabalho como nunca ocorrera antes, que se sentia fisicamente bem. Tornou-se mais comunicativa, fez amizades, começou a frequentar festas e cinemas e a passear. O humor tornou-se estável e embora não pudesse afirmar que era uma pessoa alegre, já não sentia tristeza. A vontade de morrer desaparecera. Passou o carnaval de 1974, em casa dos pais, na fazenda, e pela primeira vez em sua vida foi aos bailes, dançando até a festa terminar. Segundo suas próprias palavras todos que a conheciam notaram grande mudança em sua conduta. Sua mãe, sem saber que estava em tratamento, comentou em casa, que ela estava muito diferente. A única queixa da paciente era a de irritar-se com certa facilidade; se isto ocorria, preferia geralmente isolar-se, a discutir. Até setembro de 1974 foi mantida a mesma terapêutica. Nessa época a paciente começou a ter insônia e crises fugazes de tontura; a irritabilidade já vinha aumentando desde as últimas semanas. Diante dessas queixas foi substituída a medicação por Difenilhidantoína (100 mg., v.o., à noite). A paciente voltou a dormir bem e poucos dias depois afirmava que esse remédio era melhor que o anterior, pois agora sentia-se calma e podia conviver melhor com as demais pessoas. Um mês depois apresentou sintomas de gastrite aguda, relacionados com o uso da Difenilhidantoína, sendo suspenso esse medicamento substituído por Placebo. Após 3 semanas a paciente retornou dizendo que a gastrite desaparecera rapidamente e que nos primeiros dias passou bem. Na última semana, porém, voltou a sentir desânimo, vontade de chorar e se mostrava muito aflita, temerosa de que a doença voltasse como antes. Foi então administrada Carbamazepina (200 mg. diários, v.o.) e a paciente melhorou rapidamente, desaparecendo a depressão já nos primeiros dias. Esse tratamento vem sendo mantido até o momento com excelentes resultados. A paciente não apresenta atualmente quaisquer indícios de depressão. Tem disposição para o trabalho, relaciona-se bem com as pessoas, mantém humor estável (nem triste, nem alegre). Sua fisionomia é mais expressiva, os movimentos e a fala não têm a lentidão anterior. Não apresenta qualquer queixa de natureza física. Diz que não compreende porque antes desejava a morte: "agora não quero morrer de jeito nenhum". É sociável, gosta



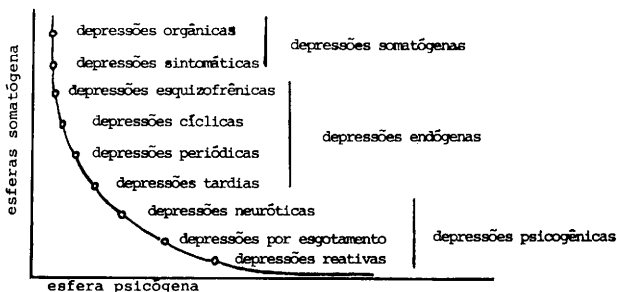
de passear e de freqüentar festas. Enfrentou a oposição dos familiares para ficar noiva de um homem desquitado, porém trabalhador e de vida correta; planeja casar-se logo que for possível e deseja ter filhos.

## COMENTARIOS

A análise dos dados, na casuística apresentada, permite a verificação de alguns aspectos comuns às 4 pacientes: 1. referência a casos de epilepsia em familiares de 1.º grau; 2. ausência de indícios de que as pacientes eram portadoras de epilepsia adquirida; 3. personalidade pré-mórbida caracterizada por labilidade de humor, com alternância de alegria e tristeza sem causa, timidez, retraimento, sociabilidade reduzida, zelo no cumprimento dos deveres; 4. existência, fora das fases de depressão, de duas ou mais das manifestações que, pelas circunstâncias dos casos, podem ser admitidas como de etiologia epilética (crises de tontura<sup>3</sup>, crises de cefaléia<sup>3</sup>, crises de sonambulismo<sup>2</sup> crises viscerais<sup>5</sup>, crises neuro-vegetativas<sup>5</sup>, crises de estranheza<sup>5</sup>, crises de "flash-back"<sup>5</sup>, crises atônicas<sup>5</sup>, medo permanente<sup>3</sup>); 5. início abrupto, tanto nos episódios depressivos (casos 1, 2 e 3), como nas depressões permanentes (casos 3 e 4); 6. existência de sintomas físicos e/ou de outros sintomas psíquicos, de duração breve, na fase inicial de depressão; 7. quadro psíquico, na fase de estado depressivo — episódico ou permanente — caracterizado por humor triste, queda acentuada de elan vital, abulia, astenia, cansaço, redução do pragmatismo, ausência de preocupação ou idéia pessimistas, ausência de idéias delirantes, ausência de distúrbios senso-perceptivos, ausência de impulsos suicidas, ausência de sintomas hipocondríacos.

A semelhança fenomenológica, nesta casuística, entre os quadros descritos nas depressões episódicas — que pelas características clínicas e pela resposta terapêutica eram de indiscutível etiologia epilética — e nos quadros depressivos permanentes representa um apoio para a hipótese de que estes últimos também tinham origem epilética.

Ainda assim outras hipóteses diagnósticas poderiam ser feitas e porisso se torna necessária uma análise do diagnóstico diferencial, com outras formas de depressão. Para atingir esse objetivo é útil reproduzir a classificação das depressões desenvolvidas por Kielholz<sup>13</sup>, a partir de um esquema de Selbach:



Nas depressões orgânicas, Kielholz e col.<sup>14</sup> incluem as de origem senil, arterio-esclerótica, pós-traumática, oligofrênica e epilética; as sintomáticas são pós-infecciosas, hemodinâmicas, endócrinas, tóxicas.

Dentro da classificação acima, que abarca todas as etiologias e formas conhecidas de depressão, podem excluir-se, para análise do diagnóstico diferencial em relação aos casos apresentados, as depressões orgânicas de outra etiologia além da epilética, as sintomáticas, as esquizofrênicas, as cíclicas, as tardias (ou involutivas) e as depressões por esgotamento. Restam, para comparar, as formas periódicas, neuróticas e reativas. As formas periódicas correspondem às depressões endógenas monopulares da psicose maniaco-depressiva<sup>14</sup>.

O quadro clínico das depressões periódicas<sup>2, 5, 19</sup>, tem início insidioso ou sub-agudo. O começo é muitas vezes mascarado por um estado de ansiedade ou por queixas somáticas que se transformam em centro da atenção do paciente. O agravamento da sintomatologia é lento, porém progressivo. De um estado de indiferença que pode ocorrer nas primeiras fases, o paciente passa a uma situação de tristeza profunda, com choro frequente, sentimento de impotência, atividade mental diminuída, dificuldade para desempenhar as tarefas diárias. Torna-se pessimista, preocupado em excesso com sua própria saúde e dos familiares, tem insônia, inapetência, emagrece e interpreta seu estado como prova de que padece de um mal grave. O impulso ao suicídio é quase uma constante e é o mais perigoso dos sintomas, pois frequentemente se concretiza. Costumam ocorrer idéias delirantes de auto-acusação e de ruína. Falsas interpretações e ilusões são frequentes, sendo mais raras as alucinações. Costuma haver oscilação no ritmo circadiano do quadro clínico, com agravamento pela manhã e melhora vespertina. A influência hereditária é admitida sem restrições. É também aceito que a causa básica dessa forma de depressão endógena é uma alteração metabólica, sobretudo na formação de catecolaminas e de mono-amino-oxidases. O tratamento de escolha são as drogas anti-depressivas e a convulsoterapia pelo eletrochoque.

A depressão reativa, segundo Mayer Gross e col.<sup>19</sup>, e Alonso-Fernandez<sup>2</sup>, instala-se rapidamente e está sempre relacionada a um trauma emocional desencadeante, que se transforma no núcleo das preocupações do paciente: a morte de um ente querido, ruptura de uma ligação amorosa, deblacle financeiro, por exemplo. A depressão pode ser tão intensa que leva ao suicídio. Incide em pessoas de personalidade lábil, pessimistas e com alternância de humor. A sintomatologia na depressão reativa, segundo Mayer Gross e col.<sup>19</sup>, é apenas quantitativamente diferente dos episódios compreensíveis de depressão que ocorrem no indivíduo normal. A maior intensidade na resposta emocional se explicaria por uma predisposição congênita, de origem genética. Os estímulos para distrair o paciente e a mudança de ambiente costumam ser benéficos, o que não ocorre nas depressões endógenas. O tratamento mais indicado é o psicoterápico. Anti-depressivos, também são úteis nesta forma de depressão, segundo Carvalho<sup>6</sup>.

A forma de depressão neurótica não é aceita por todos os autores. Ey e col.<sup>9</sup> a usam como sinônimo de depressão reativa, posição adotada também por

Leme Lopes<sup>15</sup>. Kielholz e col.<sup>14</sup>, atribuem a depressão neurótica à existência de um conflito psíquico reprimido e encapsulado, relacionado à vivência de perda do objeto amado. Carvalho<sup>6</sup> defende a separação entre depressão reativa e neurótica, uma vez que nesta o fator causal só pode ser conhecido através da análise dinâmica do paciente. Vallejo-Najera<sup>21</sup> considera a depressão neurótica uma forma cronicada de depressão reativa ou então a cristalização de uma forma endógena; o tema da depressão já não guarda relação com o fator traumático desencadeante, continuando a reação depressiva quando a causa deixou de atuar. A sintomatologia seria semelhante à da forma reativa.

Pelo que foi exposto conclui-se que os quadros clínicos de depressão permanente como também os de depressão periódica aqui descritos tem características bastante diferentes do que identifica as depressões periódicas endógenas, permitindo afastar esta possibilidade diagnóstica.

Restam as hipóteses de depressão reativa e neurótica.

No caso 3 a sintomatologia surgiu sem relação aparente com qualquer problema emocional, o que elimina o diagnóstico de depressão reativa. O quadro das depressões neuróticas não está ainda suficientemente elucidado (até mesmo sua existência é discutida) e não se pode afirmar que não se ajustaria ao apresentado pela paciente. Tratando-se, porém, de sintomatologia ligada à existência de conflitos inconscientes, seu desaparecimento deveria ocorrer mediante psicoterapia ou pelo menos através de um tratamento clínico e não espontaneamente, durante uma gravidez. Por outro lado, admitindo-se a etiologia epilética para o quadro, a remissão dos sintomas fica perfeitamente explicada, pois, como afirmam Marchand e Ajuriaguerra<sup>18</sup>, e Chavany<sup>7</sup>, a gravidez pode ser agravante, porém com mais frequência tem efeito suspensivo sobre as manifestações epiléticas. Aceitando-se, porém, como em último recurso de argumentação, que a gravidez atuou sobre a dinâmica da paciente, solucionando conflitos neuróticos e determinando a melhora, não haveria como explicar o ressurgimento dos sintomas, desta vez sob a forma de depressão episódica, porém absolutamente semelhantes ao quadro permanente com o tratamento convulsivante pelo eletrochoque, a ineficácia das drogas antidepressivas, dos ansiolíticos e da psicoterapia e o desaparecimento dos episódios depressivos com uso exclusivo de medicamentos antiepiléticos é o argumento final que permite afirmar que as duas formas de depressão tinham, nessa paciente, a mesma etiologia epilética.

No caso 4, aparentemente a depressão foi provocada por um estado de "stress" emocional. Deve-se lembrar, porém, que outras circunstâncias poderiam ter tido ação desencadeante: a paciente levantou-se atrasada, arrumou-se apressadamente, não se alimentou e subiu, correndo, um morro que devia atravessar para chegar ao local de trabalho; é de admitir-se que a um estado prévio de tensão emocional e de hipoglicemia, somou-se um grande esforço físico e hipóxia cerebral. Todos esses fatores sabidamente concorrem para agravar sintomas epiléticos ou para desencadear focos latentes, como assinalam Lennox<sup>16</sup> e Chavany<sup>7</sup>. Convém lembrar também que a atitude do pai era habitual, não podendo ser interpretada como causadora de um trauma emocional. Não se justifica, por esse motivo, supor que a paciente tenha apresentado uma depres-

são reativa. Ao contrário, as circunstâncias, em que o quadro se iniciou (numa paciente que previamente apresentava um foco convulsígeno bi-temporal) reforçam a hipótese diagnóstica de depressão epilética. O resultado terapêutico permite a confirmação definitiva: após 12 anos de depressão praticamente com as mesmas características, após a ineficácia da prova terapêutica com placebo, houve remissão total dos sintomas com uso exclusivo de drogas anti-epiléticas. Na primeira associação utilizada — Fenurona, Difenhidantoina e Fenobarbital — este último era o único de ação psicotrópica, porém esse efeito é praticamente nulo na dose de 15 mg. que existia em cada comprimido. O mesmo resultado terapêutico favorável foi obtido com o uso de dose pequena de Difenhidantoina e, posteriormente, de Carbamazepina, ambas sem ação anti-depressiva conhecida<sup>11</sup>. É importante lembrar que entre o uso dos dois últimos medicamentos foi utilizado novamente Placebo e a paciente voltou a apresentar sinais leves de depressão. Esta evolução afasta a suposição de efeito — placebo ou de coincidência entre a melhora clínica e a terapêutica instituída. Como a única ação comum entre as várias drogas utilizadas é a anti-epilética e como todas atuaram benéficamente sobre a depressão, fica evidenciado que esta ação se fez indiretamente, pela correção da disritmia cerebral e consequentemente de seus efeitos. Da mesma forma que confirma a etiologia epilética, a evolução afasta a hipótese, já remota, de depressão neurótica.

Outros aspectos da terapêutica merecem ser analisados: no caso 1 a Imipramina agravou a sintomatologia, que regrediu com Fenobarbital (100 mg.) e Difenhidantoina (100 mg.); seria de esperar uma piora do quadro com esse tratamento, se a depressão não fosse epilética. Também no caso 2, como já foi assinalado para o caso 3, tratamento com vários tipos de medicamentos anti-depressivos e ansiolíticos, como também psicoterapia prolongada foram ineficazes sobre a depressão, que só melhorou quando foi instituído tratamento anti-epilético.

Uma outra verificação de grande importância na evolução dos 4 casos foi a seguinte: a terapêutica anti-epilética não se limitou a remover os sintomas atuais. Todas as pacientes referiram modificações que atingiram a essência de sua personalidade: tornaram-se mais ativas, mais sociáveis e adquiriram uma estabilidade de humor que não existia antes de apresentarem a depressão.

Esta modificação na maneira de ser, a mesma transformação em traços básicos de comportamento tem sido encontrada ao tratar o medo patológico epilético, com o uso exclusivo de medicamentos anti-disrímicos<sup>3</sup>.

Nos 4 casos aqui estudados, por não haver indícios de epilepsia adquirida, deve-se admitir que se tratava de forma congênita e provavelmente hereditária. Se certas características prévias da personalidade das pacientes se modificaram com o uso da terapêutica anti-epilética, não é absurdo supor que já representavam manifestações sub-clínicas do mesmo processo que posteriormente causou as depressões.

Quanto à localização anatômica, os 3 eletrencefalogramas que revelaram alterações indicaram existência de disritmia na área temporal. Esse resultado está de acordo com os vários trabalhos já mencionados, que relacionam a depressão epilética com alterações do lobo temporal.

Por analogia com a nomenclatura proposta por Grecu e Kalman<sup>12</sup>, de “depressão temporal episódica” para a depressão periódica de etiologia epilética, parece adequado utilizar, na forma duradoura, a denominação de “depressão temporal permanente”.

#### CONCLUSÕES

1. A casuística estudada neste trabalho indica que, além das formas conhecidas de depressão epilética — pré-crítica, crítica, pós-crítica e inter-crítica — existe uma forma duradoura de depressão, também de origem epilética.
2. Como nas demais formas de depressão epilética, os resultados eletrencefalográficos mostram relação topográfica da forma permanente com disritmia do lobo temporal.
3. Baseada nas características do quadro e por analogia com a denominação “depressão temporal episódica” para a depressão periódica epilética, propõe-se a expressão “depressão temporal permanente” para a forma duradoura.
4. A análise fenomenológica da casuística sugere a possibilidade de que a depressão epilética — episódica ou permanente — tenha características que permitiriam distingui-la de outras formas de depressão. Esta hipótese só poderá se confirmar mediante o estudo de número maior de casos.

#### RESUMO

Após revisão bibliográfica a respeito da depressão de origem epilética, a autora conclui que são citadas as formas pré-ictal, ictal, pós-ictal e inter-ictal. Esta última, denominada por Grecu e Kalman “depressão temporal episódica”, é descrita como tendo duração de horas, dias ou semanas. No presente trabalho são analisados 2 casos com depressão episódica, 1 com depressão duradoura (3 anos) e posteriormente episódica, e um outro com depressão duradoura (13 anos). O estudo clínico comparativo dos 4 casos, o resultado eletrencefalográfico e a resposta ao tratamento antiepilético permitem concluir que tanto as manifestações episódicas como as duradouras tinham etiologia epilética, sendo a disritmia localizada na área temporal. Baseada no estudo fenomenológico dos casos, a autora admite a hipótese de que as depressões epiléticas tenham quadro clínico característico que permite distingui-las das depressões de outra etiologia e sugere para as formas duradouras a denominação “depressão temporal permanente”.

#### SUMMARY

##### *Permanent depression and temporal lobe epilepsy*

Making a bibliographic review about epileptic depression, the Author found that ictal, pre, post-ictal and inter-ictal forms are described. The last one, named by Grecu and Kalman “Episodic temporal depression”, is accepted as

lasting for hours, days or weeks. The present work analyses two patients with episodic depression, one with permanent (3 years) and later episodic form and another one with permanent depression only (13 years). The comparative study of the 4 patients, the EEG results and the effect of antiepileptic treatment permise to conclude that even the episodic and the permanent depression were of epileptic etiology, with temporal lobe localisation. Based on the symptomatology found in the 4 patients, the Author admits the hypothesis that the epileptic depression is characteristic and that it should be possible to distinguish it, clinically, from other depressions. It is suggested, for this permanent form, the name "permanent temporal depression".

#### REFERENCIAS

1. ALINO, J. J. L. I. — Sintomas afectivos en la epilepsia. *Acta Luso-Esp. Neurol. Psiquiat.* 30:207, 1971.
2. ALONSO-FERNANDEZ, F. — Fundamentos de la Psiquiatria Actual. 2a. ed. Ed. Paz Montalvo, Madrid, 1972.
3. ARMBRUST-FIGUEIREDO, J. A. — Contribuição ao Estudo Clínico da Epilepsia Temporal. Tese de Concurso à Livre-Docência em Neurologia da Escola Paulista de Medicina. Ed. Esc. Prof. Sales. São Paulo, 1958.
4. BAPTISTETE, E. — Medo Patológico Permanente: Manifestação Clínica da Epilepsia. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Medicina da Univ. de São Paulo, Ed. Edigraf, São Paulo, 1969.
5. BLEULER, E. — Tratado de Psiquiatria. Versão espanhola. Ed. Espasa-Calpe, Madrid, 1967.
6. CARVALHO, H. M. — Contribuição para o Estudo das Modernas Terapêuticas Biológicas nos Estados Depressivos. Tese de Concurso à Livre-Docência de Clínica Psiquiátrica na Faculdade de Medicina da Univ. de São Paulo, Ofic. Graf. do Dep. de Assist. a Psicopatas, São Paulo, 1966.
7. CHAVANY, J. A. — Épilepsie. Masson et Cie. Ed., Paris, 1958.
8. DELGADO, H. — Curso de Psiquiatria, 5.a ed. Ed. Científico-Médica, Barcelona, 1969.
9. EY, H.; BERNARD, P. & BRISSET, C. — Tratado de Psiquiatria. Versão espanhola. Toray-Masson S.A., Barcelona, 1965.
10. GLASER, G. H. — The problem of psychosis in psychomotor temporal lobe epileptics. *Epilepsia (Amsterdam)*, 5:271, 1974.
11. GOODMAN, L. S. & GILMAN, A. — The Pharmacological Basis of Therapeutics. 4a. ed. The MacMillan Co., Toronto, 1970.
12. GRECU, G. & KALMAN, C. — Observatii clinice si eletrencefalografice efectuate asupra unui numar de 38 de bolnavi cu depresii episodice temporale. *Neurologia (Bucarest)*, 18:471, 1973.
13. KIELHOLZ, P. — Conditions diagnostiques du traitement des dépressions. In *États Dépressifs: Dépistage, Evaluation, Traitement. Symp. Intern. de St. Moritz*. Ed. Hans Huber Pub., Basel, 1972.
14. KIELHOLZ, P.; LABHARDT, F.; BATTEGAY, R.; RUMMELE, W. & FEER, H. Diagnostik der Depressionen. *Dtsch. med. Wschr.*, 88:1582, 1963.
15. LEME LOPES, J. — Os fatores ambientais e neuróticos nos transtornos depressivos. *Acta Neuro-Psiquiat. Argentina*, 6:149, 1964.
16. LENNOX, W. G. — *Epilepsy and Related Disorders*. Little, Brown and Co., London, 1960.
17. LORENTZ DE HAAS, A. M. — *Lectures on Epilepsy*. R. Sijthoff N. V., The Hague, 1958.
18. MARCHAND, L. & AJURIAGUERRA, J. — *Épilepsies*. Desclée de Brouwer et Cie., Paris, 1948.

19. MAYER-GROSS, W.; SLATER, E. & ROTH, M. — *Psiquiatria Clinica*. Versão castelhana, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1958.
20. SCOTT, D. F. — Psychiatric aspects of epilepsy. *Postgrad. Med. J.*, 44:319, 1968.
21. VALLEJO-NAJERA, J. A. — *Introducción a la Psiquiatria*. Ed. Científico-Médica, Barcelona, 1969.
22. VILARINO, M. — Transtornos de la afectividad y epilepsia temporal. *Gac. Med. Norte (Bilbao)*, 19:169, 1969.
23. WILLIAMS, D. — The structure of emotions reflected in epileptic experiences. *Brain*, 79:29, 1956.

*Hospital de Psiquiatria — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo  
— Caixa Postal 8091 — 01000 São Paulo, SP — Brasil.*