



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO  
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO  
INTEGRADO EM MEDICINA**

**MARIANA LACERDA MOREIRA DE NORONHA E ANDRADE**

***ESTUDO DA PERSONALIDADE E DE SINTOMAS  
PSICOPATOLÓGICOS NA EPILEPSIA DE LOBO  
TEMPORAL POR ESCLEROSE MESIAL***

**ARTIGO CIENTÍFICO**

**ÁREA CIENTÍFICA DE NEUROLOGIA**

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:  
PROF. DRA. ISABEL SANTANA  
DRA. CATARINA CUNHA**

**[MARÇO/2012]**

Rua Nossa Senhora dos Prazeres nº2 ,5000-707 Vila Real

mariana.n.andrd@gmail.com

*Dissertação apresentada à Universidade de Coimbra  
para cumprimento dos requisitos necessários para  
obtenção do grau de Mestre em Medicina,  
sob orientação da  
Professora Doutora Isabel Santana e co-orientação  
da Dr<sup>a</sup> Catarina Cunha.*

## INDÍCE

Índice	4
Resumo	5
Abstract	6
Introdução	7
Métodos	10
Resultados	13
Discussão	24
Conclusão	30
Anexos	31
Agradecimentos	34
Bibliografia	35

## RESUMO

A epilepsia do lobo temporal é uma situação clinicamente complexa que associa comorbidades psicológicas e neuropsicológicas. No que se refere à esfera psicopatológica, um dos aspectos mais controversos na história da Epilepsia mas com desenvolvimentos actuais diz respeito à avaliação dos traços de personalidade. Neste estudo, avaliámos os traços de personalidade e os sintomas psicopatológicos em doentes com epilepsia do lobo temporal, por esclerose mesial, (n=30) e num grupo controlo com doença crónica com psoríase (n=29). Como instrumentos utilizaram-se o Inventário de Personalidade NEO-PI-R e do Inventário de Sintomas Psicopatológicos BSI. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão Extroversão e Abertura à Experiência (NEOPI-R), com piores resultados para o grupo com epilepsia. Ainda nesta prova observaram-se diferenças na dimensão Neuroticismo em relação às facetas de depressão, hostilidade e vulnerabilidade, tendo o grupo com epilepsia pontuado mais significativamente. Relativamente aos resultados no BSI, observaram-se diferenças significativas ao nível dos sintomas obsessivo-compulsivos, depressivos e psicoticismo, assim como nos índices gerais desta prova, tendo o grupo com epilepsia pontuado mais significativamente. No estudo de correlação entre a duração da doença (epilepsia ou psoríase) e os traços de personalidade e também os sintomas psicopatológicos observou-se uma relação significativa negativa apenas para o grupo com psoríase nos seguintes domínios de personalidade: Abertura à Experiência, Conscienciosidade e Extroversão. Os resultados sugerem que a epilepsia tem uma maior influência no desenvolvimento de traços de personalidade menos positivos e no desenvolvimento de sintomas psicopatológicos. Esta influência, por não se relacionar com o tempo de duração da doença, poderá ser interpretada como uma característica ou comorbidade da epilepsia do lobo temporal, por esclerose mesial..

## ABSTRACT

Temporal lobe epilepsy is a clinically complex disease that associates psychological and neuropsychological comorbidities. Concerning the psychopathology related to epilepsy, one of the most controversial aspects in the history of this disease is the evaluation of personality traits, which has had recent important findings. In this study we evaluated the personality traits and psychopathological symptoms in patients with temporal lobe epilepsy caused by mesial sclerosis (n=30) and in a control group with psoriasis as a chronic illness (n=29). The instruments used in this evaluation were the Personality Inventory NEO-PI-R and Brief Symptom Inventory (BSI). Significant differences were found concerning the Extroversion and Openness dimensions (NEO-PI-R), with worse results in the epilepsy group. Also in personality traits assessment, differences were found in the Neuroticism dimension but more specifically in the depression, vulnerability and hostility facets, with higher scores in the epileptic group. Regarding the BSI results, statistically significant differences were found in the obsessive-compulsive symptoms, depression and psychosis, as well as in the global indexes, with higher scores in the epileptic group. Studying the correlation between the duration of the disease (epilepsy or psoriasis) and personality traits and psychopathology symptoms, a negative correlation was observed only for the group with psoriasis in these personality domains: Openness, Conscientiousness and Extroversion. The results suggest that epilepsy has a greater influence on the development of less positive personality traits as well as psychiatric symptoms. Since this influence is not related with the duration of the disease, it can be interpreted as a characteristic or comorbidity present in temporal lobe epilepsy, with mesial sclerosis.

## INTRODUÇÃO

A epilepsia é uma das patologias neurológicas mais frequentes com uma prevalência de 0,4% a 0,8% na população mundial (Marcangelo et al, 2007). De entre as epilepsias focais, a Epilepsia do Lobo Temporal (ELT) devido a Esclerose Mesial (EM), é a causa mais frequente em adultos (Rein, 1998). A localização do foco epiléptico a uma região que integra o sistema límbico e a proximidade de estruturas frontais importantes na conduta, têm sido apontadas como justificações para uma maior prevalência de psicopatologia neste grupo clínico, assim como para a manifestação de características afectivas e sociais peculiares,(Swinkels et al, 2006).

Na verdade, a literatura sugere uma prevalência mais elevada de diagnósticos psiquiátricos, nomeadamente de depressão e/ou psicose em pacientes com epilepsia, quando comparados com sujeitos da comunidade (Hauser et al, 2001).. A incidência da depressão na epilepsia estima-se que alcance os 11% e que 62% de indivíduos com epilepsia têm uma história prévia de depressão (Barry et al, 2001). Num dos estudos com mais relevância sobre este tema, Andrés M. Kanner, descreve que a depressão é a comorbilidade psiquiátrica mais comum associada à epilepsia, no entanto a sua incidência e prevalência reais são ainda controversas (Kanner, 2003a).

Também tem sido sugerido que a epilepsia, e mais especificamente a ELT, está associada ao desenvolvimento de traços de personalidade únicos quando comparados com sujeitos saudáveis.. De salientar que a descrição de uma eventual “personalidade do tipo epiléptico” tem sido reportada desde os tempos mais remotos e apontadas como uma das suas comorbilidades. São disso exemplo os estudos de Waxman e colaboradores e de Brandt et al, em 1975 e 1985 respectivamente, estudos onde se observam e descrevem traços muito específicos de personalidade e até comportamentos bizarros como hiperreligiosidade,

viscosidade, hipergrafia, circunstancialidade, agressão, raiva, preocupações morais elevadas e diminuição da libido, (Waxman et al, 1975; Brandt et al, 1985). Em consonância com estes achados, destacam-se, também, os trabalhos mais recentes de Marcangelo & Ovsiew (2007) que descrevem facetas de personalidade muito próprias destes doentes caracterizadas por hiperreligiosidade, viscosidade, hipergrafia e agressividade. Esta associação explica-se pela importância do sistema límbico no processamento emocional e na regulação do comportamento, (Waxman et al, 1975).

Recentemente este tema tem re-surgido na literatura reovando o debate e colocando novas questões, nomeadamente quanto aos mecanismos biológicos da epilepsia e da psicopatologia., entendidos cada vez mais como um processo bidirecional (duas facetas sintomáticas de um mesmo distúrbio) ou unidirecional (a cronicidade da epilepsia poderá conduzir ao desenvolvimento de psicopatologia) ( Swinkels et al, 2005) . No sentido de tentar responder a esta questão, Wells e colaboradores estudaram uma população de 2554 indivíduos, e avaliaram a prevalência de distúrbios psiquiátricos nessa amostra. Concluíram que é razoável assumir que uma doença crónica por si mesma, é um factor de risco para o desenvolvimento de psicopatologia, (Wells et al, 1988). Outros estudos incluíram, além de pacientes com epilepsia, uma amostra controlo com uma outra doença crónica (Schiffer et al, 1984; G. I. Perini et al., 1996; Stefansson et al, 1998), A maioria destes estudos não constatou um aumento da tendência para o desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos nos doentes com epilepsia, corroborando, a hipótese de que a cronicidade da doença seria a principal responsável pela incidência de psicopatologia, (Schiffer et al, 1984). Por outro lado, Kanner (2003) e de Perini e colaboradores (1996), defendem que o factor mais importante será a existência de uma disfunção cerebral regional. Apoiam-se na evidência de a depressão ser mais frequente nos pacientes com ELT e frontal (regiões envolvidas nos circuitos límbicos) com prevalências que variam entre os 19% e os 65%, (Kanner, 2003a) e ainda, que 80 % de



uma população com ELT desenvolve sintomas psicopatológicos, enquanto que num grupo controlo com diabetes essa taxa não ultrapassou os 10% (Perini et al., 1996). Considerando outras doenças crónicas, poderemos igualmente referir que na Psoríase, têm sido efectivamente observadas taxas elevadas de sintomas psicopatológicos nestes doentes, como sugerem os trabalhos de Russo e colaboradores (2004). Relativamente à caracterização psicopatológica destes doentes, os sintomas mais frequentes incluem uma baixa auto-estima, depressão, ansiedade e ideação suicida. Curiosamente não foi definitivamente estabelecida uma relação significativa entre a severidade da doença da psicopatologia.

No presente estudo, comparámos um grupo de estudo constituído por doentes com Epilepsia do Lobo Temporal (Esclerose Mesial), com um grupo patológico de controlo constituído por doentes com Psoríase Vulgar em placas. Pretendemos caracterizar do ponto de vista da personalidade e da psicopatologia o grupo com epilepsia ao mesmo tempo que o comparamos com uma amostra também com uma patologia crónica não neurológica. Adicionalmente procurámos avaliar o papel da cronicidade da doença no desenvolvimento de psicopatologia e de traços de personalidade nas duas doenças investigadas

.Como instrumentos formais de avaliação dos sintomas psicopatológicos utilizámos o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999) que constitui a adaptação portuguesa do Brief Symptom Inventory (Derogatis, 1982) e para estudar os traços de personalidade utilizámos o Inventário de Personalidade NEO-PI-R, , também adaptado à população portuguesa.

## MÉTODOS

### População:

Os participantes deste estudo incluíram duas amostras clínicas: 1) 30 doentes acompanhados no Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), com o diagnóstico de Epilepsia do Lobo Temporal por Esclerose Mesial e com idades compreendidas entre os 25 e os 57 anos de idade;. O diagnóstico e lateralidade da patologia foram confirmado por vídeo-EEG e Ressonância Magnética Nuclear, sendo 16 Epilepsias Mesiais esquerdas e 14 direitas 2) A amostra controlo era constituída por 31 doentes, com Psoríase Vulgar ou em Placas, de grau moderado a grave, seguidos na consulta de Dermatologia dos CHUC, e com idades compreendidas entre os 18 e os 55 anos de idade. No entanto houveram dois indivíduos cujos inquéritos (NEO-PI-R) não foram validados, e portanto a amostra final era constituída por 29 doentes. Os doente foram entrevistados nos Serviços respectivos e a ambos os grupos foi pedido que respondessem a uma entrevista estruturada para recolha de dados socio-demográficos e antecedentes clínicos e, de seguida, aplicaram-se, pela mesma ordem, as duas escalas de avaliação de sintomas psicológicos e de traços de personalidade: o BSI e o NEO-PI-R.

O estudo foi aprovado pela comissão de ética local e todos os participantes que aceitaram voluntariamente participar no estudo, assinaram um formulário de consentimento informado,.

### Instrumentos

O BSI é Inventário de sintomas psicopatológicos, de auto-resposta com 53 itens divididos por 9 dimensões: I-“somatizações”, II-“obsessões-compulsões”, III-“sensibilidade interpessoal”, IV-“depressão”, V-“ansiedade”, VI-“hostilidade”, VII-“ansiedade fóbica”, VIII-“ideação paranóide” e IX-“psicoticismo”. Os resultados do BSI apresentam também 3 índices globais: o Índice Geral de Sintomas (IGS) que pondera a intensidade do mal estar experienciado com

o número de sintomas assinalados; o Índice de Sintomas Positivos (ISP) que transmite a média de intensidade dos sintomas apresentados, e o Total de Sintomas Positivos (TSP) que é o número de queixas sintomáticas. Este inventário demora cerca de 10 minutos a ser preenchido (Canavarro, 2007).

O NEO-PI-R é um Inventário de personalidade, de auto-resposta, constituído por 5 domínios: Neuroticismo(N), Extroversão(E), Abertura a Experiência(O), Amabilidade(A) e Conscienciosidade(C) e que demora entre 30 a 40 minutos a ser aplicado. Cada um destes 5 domínios está depois dividido em 6 facetas da personalidade, sendo portanto 30 as facetas avaliadas pelo inventário. O domínio do Neuroticismo está dividido em N1(Ansiedade), N2 (Hostilidade), N3(Depressão), N4(Auto-consciência), N5(Impulsividade), N6(Vulnerabilidade). O domínio da Extroversão divide-se em E1(Acolhimento), E2(Gregariedade), E3(Assertividade), E4(Actividade), E5(Procura de Excitação), E6(Emoções Positivas). No domínio da Abertura à Experiência encontramos as seguintes facetas: O1(Fantasia), O2(Estética), O3(Sentimentos), O4(Acções), O5(Ideias), O6(Valores).O quarto domínio, o da Amabilidade divide-se em: A1(Confiança), A2(Rectidão), A3(Altruísmo), A4(Complacência), A5(Modéstia), A6(Sensibilidade). O último domínio, o da Conscienciosidade está dividido nas seguintes facetas: C1(Competência), C2(Ordem), C3(Obediência,Dever), C4(Luta, Realização), C5(Auto-disciplina), C6(Deliberação), (Lima et al, 2000).

Os perfis da escala de traços de personalidade NEO-PI-R foram avaliados, no sentido de averiguar a sua validade, de acordo com as instruções do manual do teste (Costa et al, 1992). Houve dois perfis que foram excluídos da avaliação por não corresponderem aos critérios de validade apresentados no manual. E portanto o total de perfis utilizados na base de dados estatística foi n=59.

## Análise Estatística

A análise estatística foi realizada com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20 para Mac OS X. Inicialmente realizámos a análise descritiva das variáveis sociodemográficas para caracterização dos grupos de estudo.

Com o objectivo de avaliar a normalidade de todas as variáveis de estudo do NEO-PI-R e BSI, recorreremos ao teste de Kolmogorov-Smirnov. De seguida, comparámos o grupo de doentes com Epilepsia com o grupo de doentes com Psoríase, através do teste *T*-student para variáveis independentes. Devido ao facto de algumas variáveis não terem distribuição normal, utilizámos também um teste não paramétrico (Mann-Whitney) para comparar os mesmos grupos.

Por fim, analisámos em detalhe o grupo de doentes diagnosticados com ELT, dividindo-o em dois grupos: Esclerose Mesial direita e esquerda. Realizámos dois testes estatísticos para analisar este grupo. Em primeiro lugar procurámos saber se existiam diferenças significativas entre os perfis de personalidade e psicopatologia, através da aplicação do teste de Mann-Whitney (teste não paramétrico para variáveis independentes). De seguida, realizámos um teste de correlação, para compreender se o efeito da duração da doença nos grupos em estudo influenciava os valores das escalas de personalidade e psicopatologia. Mais uma vez, neste caso, realizámos um teste de correlação paramétrico (correlação de Pearson) e um não paramétrico (correlação de Spearman) de acordo com a distribuição das variáveis.

## RESULTADOS

Todas as análises estatísticas foram efectuadas através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20 para Mac OS X. Um valor  $p < 0,05$  foi considerado estatisticamente significativo. Foram realizadas estatísticas descritivas para caracterizar as amostras de acordo com a sua idade, género, escolaridade, lateralidade, localização do foco epiléptico, idade de início e duração da doença e toma de medicação psicotrópica.

As principais características sociodemográficas do grupo com psoríase e do grupo com epilepsia encontram-se descritas na Tabela 1.

**Tabela 1.** Características sócio-demográficas das amostras com Psoríase e com Epilepsia. Na última coluna apresentamos as diferenças entre as variáveis sócio-demográficas (idade, escolaridade, idade de início da doença e duração da doença) de cada população.

	PSORIASE N=29				EPILEPSIA N=30				p
	%	Valor Mín	Valor Máx	Média e DP	%	Valor Mín	Valor Máx	Média e DP	
Idade	-	18	55	37,62± 10,71	-	25	57	39,83± 8,21	0,376
Escolaridade	-	2	18	11,41± 4,52	-	4	15	7,77± 3,50	0,001**
Género	♀ (55,2%)	1	2	1,55± 0,51	♀ (73,3%)	1	2	1,73± 0,45	-
Lateralidade	Dextro (82,8%)	1	2	1,17± 0,38	Dextro (100%)	1	1	1,00± 0	-
Idade Início	-	2	42	20,45± 9,52	-		43	14,67± 11,57	0,019*
Duração	-	1	39	17,17± 11,84	-	3	57	24,85± 12,76	0,002**
Psicotrópicos	Não (93,1%)	1	2	1,93± 0,26	Não (66,7%)	1	2	1,67± 0,48	-
Localização do foco epiléptico	-	-	-	-	Esq (53,3%)	1	2	1,53± 0,51	-

Legenda: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,005$ ;

A amostra com Epilepsia consistiu em 30 indivíduos, com 39,83 anos de idade média e uma escolaridade média de 7,77 anos. A amostra consistiu em 73,3% de indivíduos do sexo feminino. A idade média de início da doença surge aos 14,67 anos, e tem uma duração média de 24,85 anos; 53,3%, dos doentes têm EM esquerda.. A maioria da amostra (66,7%) não se encontra medicada com psicotrópicos.

A amostra com Psoríase consistiu em 29 indivíduos, com uma idade média de 37,62 anos, e uma escolaridade de 11,41 anos. A amostra é composta por 55,2% de indivíduos do sexo feminino, 82,8% dos quais são dextros. Podemos observar, também, que a idade de início da doença é em média, aos 20,45 anos de idade, e que esta população apresenta, em média 17,17 anos de duração da doença. A grande maioria da população (93,1%) não se encontra medicada com psicotrópicos.

As duas amostras apresentam diferenças significativas a nível da escolaridade, da idade de início da doença, e da duração da doença.

Através do estudo da população com o Teste de Kolmogorov-Smirnov, avaliámos quais eram as variáveis que tinham uma distribuição normal e concluímos que as seguintes variáveis não tinham uma distribuição normal: N6, E2, O1, O6, A6, C1 (NEOPI-R); dimensões V, VII e IX no BSI. Estas variáveis foram portanto analisadas com testes estatísticos não paramétricos.

Primeiramente, comparámos os resultados nos testes entre a amostra com Epilepsia e a amostra com Psoríase. Para as variáveis com distribuição normal utilizámos o teste *t-Student* para variáveis paramétricas. As variáveis que não tinham distribuição normal foram analisadas através do teste de Mann-Whitney. Os resultados podem ser analisados com detalhe na tabela 2.

**Tabela 2.** Comparação dos resultados nos testes NEOPI-R e BSI entre a população com Epilepsia e a população com Psoríase.

Resultado do teste	Psoríase N=29	Epilepsia N=30	<i>P</i>
NEO N	47,79±29,85	58,87±24,60	0,125
NEO E	56,86±34,44	36,53±27,37	0,015*
NEO O	48,14±28,48	34,37±18,02	0,030*
NEO A	48,10±29,29	51,00±29,64	0,707
NEO C	46,89±30,12	47,33±25,85	0,952
N1	48,00±25,53	51,27±26,69	0,633
N2	44,76±30,88	65,87±24,95	0,050*
N3	49,48±31,93	65,40±23,12	0,032*
N4	52,00±27,01	48,90±26,76	0,660
N5	53,86±31,08	40,40±28,72	0,089
N6	42,76±26,87	65,06±26,38	0,002**
E1	51,38±34,23	36,60±32,61	0,095
E2	51,69±35,52	51,17±29,52	0,897

E3	55,45±29,99	40,87±27,27	0,055
E4	64,03±28,70	37,27±27,41	0,001**
E5	47,70±33,63	40,00±25,46	0,328
E6	61,14±35,67	32,57±25,27	0,001**
O1	49,00±29,27	30,53±20,00	0,017*
O2	43,90±31,78	39,03±19,60	0,485
O3	50,10±28,77	39,23±23,31	0,116
O4	43,90±30,50	32,53±22,30	0,107
O5	44,62±27,88	42,40±25,91	0,752
O6	56,34±28,19	43,90±27,30	0,060
A1	48,38±33,23	41,40±22,23	0,349
A2	50,75±31,99	50,70±29,54	0,994
A3	47,62±29,87	50,23±30,88	0,743
A4	45,31±23,63	59,43±28,26	0,042
A5	54,28±31,25	48,37±28,02	0,447
A6	49,97±30,70	54,7±33,87	0,492
C1	58,72±30,20	39,57±2666	0,012
C2	40,93±31,28	49,90±29,51	0,190
C3	51,55±26,88	44,60±29,20	0,346
C4	49,86±30,74	50,53±28,07	0,930
C5	53,41±28,78	40,03±27,79	0,075
C6	43,48±27,10	50,13±22,52	0,309
BSI I	0,64±0,57	0,93±0,66	0,073
BSI II	0,84±0,58	1,42±0,81	0,003**
BSI III	0,76±0,73	1,11±0,89	0,100
BSI IV	0,75±0,64	1,28±0,85	0,009*
BSI V	0,75±0,47	1,15±0,82	0,850
BSI VI	0,86±0,56	1,08±0,64	0,171
BSI VII	0,35±0,43	0,65±0,77	0,106
BSI VIII	1,04±0,91	1,13±0,78	0,655
BSI IX	0,40±0,43	0,86±0,81	0,028*
IGS	0,71±0,48	1,06±0,65	0,022*
TSP	22,31±11,68	29,43±14,43	0,042*
ISP	1,53±0,42	1,80±0,40	0,015*



**Legenda:** \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,005$ , NEO N – Domínio do Neuroticismo do NEOPI-R, NEO E – Domínio da Extroversão do NEOPI-R, NEO O - Domínio da Abertura à experiência do NEOPI-R, NEO A Domínio da Amabilidade do NEOPI-R, NEO C- Domínio da Conscienciosidade do NEOPI-R, N1(Ansiedade), N2 (Hostilidade), N3(Depressão), N4(Auto-consciência), N5(Impulsividade), N6(Vulnerabilidade), E1(Acolhimento), E2(Gregariedade), E3(Assertividade), E4(Actividade), E5(Procura de Excitação), E6(Emoções Positivas), O1(Fantasia), O2(Estética), O3(Sentimentos), O4(Acções), O5(Ideias), O6(Valores), A1(Confiança), A2(Rectidão), A3(Altruísmo), A4(Complacência), A5(Modéstia), A6(Sensibilidade), C1(Competência), C2(Ordem), C3(Obediência,Dever), C4(Luta, Realização), C5(Auto-disciplina), C6(Deliberação). BSI I (somatizações), BSI II (obsessões-compulsões), BSI III (sensibilidade interpessoal), BSI IV (depressão), BSI V (ansiedade), BSI VI (hostilidade), BSI VII (hostilidade), BSI VIII (ideação paranóide), BSI IX (psicoticismo), IGS (Índice Geral de Sintomas), TSP (Total de Sintomas Positivos), ISP (Índice de Sintomas Positivos).

Como podemos observar pela análise da tabela 2, as variáveis do NEOPI-R em que encontramos diferenças estatisticamente significativas foram: na dimensão E (Extroversão) ( $p=0,015$ ) e na dimensão O (Abertura à Experiência) ( $p=0,03$ ), tendo-se observado valores superiores para a amostra com Psoríase. Na dimensão N (Neuroticismo) observaram-se diferenças entre as variáveis N2( Hostilidade) ( $p=0,05$ ), N3(Depressão) ( $p=0,032$ ), N6(Vulnerabilidade) ( $p=0,002$ ), com valores superiores no grupo com Epilepsia.. Na dimensão E(Extroversão) encontramos diferenças nas facetas E4(Actividade) ( $p=0,001$ ) e E6(Emoções Positivas) ( $p=0,001$ ), com valores superiores para a amostra com Psoríase. Ainda analisando os resultados do NEOPI-R, podemos observar que no domínio O(Abertura à experiência), encontramos diferenças estatisticamente significativas apenas na faceta O1(Fantasia) ( $p=0,017$ ), sendo que os valores são mais próximos do percentil 50 no caso da amostra com Psoríase. No domínio da Amabilidade, encontramos diferenças ao nível da faceta A4(Complacência) ( $p=0,042$ ), com valores superiores para a amostra com Epilepsia. No último domínio do NEOPI-R, a Conscienciosidade, podemos observar diferenças

significativas ao nível da faceta C1(Competência) ( $p=0,015$ ), sendo que a média é superior na amostra com Psoríase.

Os resultados obtidos através da análise das respostas ao BSI mostram diferenças estatisticamente significativas ao nível das seguintes dimensões: II (Obsessões-Compulsões)  $p=0,003$ ; IV (Depressão)  $p=0,009$ ; IX (Psicoticismo)  $p= 0,028$ ,e em todos os Índices Gerais (IGS, TSP, e PSDI) com um valor de  $p$  de 0,02, 0,042 e 0,015 respectivamente. Nestas comparações, o grupo com Epilepsia pontuou significativamente mais alto do que o grupo com Psoríase.

De seguida, analisámos apenas o grupo com Epilepsia comparando os diferentes resultados entre a amostra com foco epiléptico localizado à direita e à esquerda. Dado que é uma população pequena (n=14 e n=16), utilizámos o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Os resultados podem ser analisados na tabela 3.

**Tabela 3.** Comparação dos resultados nos testes NEOPI-R e BSI entre a população com Epilepsia com foco epiléptico à esquerda e à direita.

	Foco Epiléptico à Direita N=14	Foco Epiléptico Esquerda N=16	<i>P</i>
NEO N	56,43±25,83	61,00±24,11	0,689
NEO E	46,21±30,59	28,06±21,74	0,072
NEO O	38,29±20,39	30,94±15,52	0,167
NEO A	43,93±29,42	57,19±29,34	0,202
NEO C	53,21±32,72	42,19±17,41	0,207
N1	49,64±24,77	52,69±28,10	0,966
N2	70,14±21,58	62,13±27,71	0,463
N3	60,14±24,01	70,00±22,04	0,180
N4	48,21±25,16	49,50±28,10	1,000
N5	40,00±29,00	40,75±29,42	0,883
N6	58,71±31,16	70,63±20,81	0,424
E1	43,50±33,90	30,56±31,24	0,307
E2	61,07±33,05	42,50±23,81	0,113
E3	50,07±27,67	32,81±25,01	0,114
E4	37,79±27,50	36,81±28,23	0,900
E5	41,50±24,71	38,69±26,83	0,660
E6	39,50±32,66	26,50±15,01	0,357
O1	31,79±18,87	29,44±21,49	0,800
O2	40,07±19,85	38,13±19,99	0,657
O3	37,29±24,09	40,94±23,25	0,753
O4	29,64±23,24	35,06±21,87	0,461
O5	46,57±29,92	38,75±22,17	0,382

O6	43,50±27,67	44,25±27,87	0,899
A1	36,93±24,32	45,31±20,21	0,241
A2	44,00±31,36	56,56±27,49	0,241
A3	49,21±32,33	51,13±30,61	0,950
A4	56,07±28,70	62,38±28,47	0,630
A5	46,14±29,44	50,31±27,54	0,631
A6	50,79±35,06	58,13±33,55	0,587
C1	38,93±27,46	40,13±26,83	1,000
C2	59,79±33,17	41,25±23,63	0,119
C3	47,36±30,67	42,19±28,63	0,411
C4	57,21±26,76	44,69±28,71	0,259
C5	41,57±32,45	38,69±24,01	0,917
C6	50,07±22,78	50,19±23,03	0,850
BSI I	,88±0,69	,98±,65	0,437
BSI II	1,12±0,63	1,68±,87	0,047*
BSI III	,95±0,95	1,27±,84	0,259
BSI IV	1,21±1,07	1,34±,64	0,504
BSI V	1,08±0,95	1,21±,72	0,402
BSI VI	,96±0,69	1,19±,56	0,266
BSI VII	,73±0,86	,59±,69	0,642
BSI VIII	1,00±0,95	1,25±,60	0,173
BSI IX	,76±0,82	,95±,81	0,412
IGS	,97±0,72	1,14±,59	0,339
TSP	26,14±15,87	32,31±12,87	0,243
ISP	1,77±0,51	1,83±,29	0,787

Legenda: \* $p < 0,05$ , NEO N – Domínio do Neuroticismo do NEOPI-R, NEO E – Domínio da Extroversão do NEOPI-R, NEO O - Domínio da Abertura à experiência do NEOPI-R, NEO A Domínio da Amabilidade do NEOPI-R, NEO C- Domínio da Conscienciosidade do NEOPI-R, N1(Ansiedade), N2 (Hostilidade), N3(Depressão), N4(Auto-consciência), N5(Impulsividade), N6(Vulnerabilidade), E1(Acolhimento), E2(Gregariedade), E3(Assertividade), E4(Actividade), E5(Procura de Excitação), E6(Emoções Positivas), O1(Fantasia), O2(Estética), O3(Sentimentos), O4(Acções), O5(Ideias), O6(Valores), A1(Confiança), A2(Rectidão), A3(Altruísmo), A4(Complacência), A5(Modéstia), A6(Sensibilidade), C1(Competência), C2(Ordem), C3(Obediência,Dever), C4(Luta, Realização), C5(Auto-disciplina), C6(Deliberação), BSI I (somatizações), BSI II (obsessões-compulsões), BSI III (sensibilidade interpessoal), BSI IV (depressão), BSI V

(ansiedade), BSI VI (hostilidade), BSI VII (hostilidade), BSI VIII (ideação paranóide), BSI IX (psicoticismo), IGS (Índice Geral de Sintomas), TSP (Total de Sintomas Positivos), ISP (Índice de Sintomas Positivos).

Como podemos observar, apenas se encontraram diferenças estatisticamente significativas ao nível da dimensão II do BSI (Obsessões-Compulsões), com um valor de  $p=0,047$ , sendo que a média é superior no caso do foco epiléptico localizado à esquerda.

Como pretendíamos avaliar a influência da duração da doença no desenvolvimento de traços de personalidade e de psicopatologia, efectuou-se um estudo de correlação entre os resultados dos testes NEOPI-R e BSI e a duração da doença para os dois grupos em estudo. Dado o tamanho reduzido das amostras utilizamos o coeficiente de correlação de Spearman. Os resultados podem ser analisados nas tabelas 4 (Psoríase e Epilepsia, respectivamente).

**Tabela 4.** Correlação entre os resultados nos testes NEOPI-R e BSI e a duração da doença (Psoríase e Epilepsia)

		Duração Psoríase N=29	Duração Epilepsia N=30
	r	-0,531**	0,049
NEO O	p	0,003	0,799
	r	-0,446*	0,121
E5	p	0,015	0,526
	r	-0,418*	0,109
E6	p	0,024	0,565
	r	-0,606**	0,166
O5	p	<0,001	0,38
	r	-0,405*	0,07
C1	p	0,029	0,713

Legenda: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,005$ ; NEO O - Domínio da Abertura à experiência do NEOPI-R, E5 (Procura de Excitação), E6 (Emoções Positivas), O5(Ideias), C1(Competência),

Analisando os resultados da correlação entre o NEOPI-R e a duração da doença Psoríase, observou-se a existência de uma correlação significativa entre as seguintes variáveis: domínio O (Abertura à Experiência) ( $p=0,003$ ); a faceta E5 (Procura de Excitação) e E6 (Emoções Positivas) do domínio E (Extroversão) com um valor de  $p=0,015$  e  $0,024$  respectivamente, a faceta O5 (Ideias) do domínio O com um valor de  $p=0,000$ , e a faceta C1 (Competência) com um valor de  $p=0,029$ . Todas estas correlações são negativas, sugerindo uma relação inversa entre as variáveis e a duração da doença.

Podemos observar que não existe nenhuma correlação estatisticamente significativa entre os resultados dos testes (NEOPI-R e BSI) e a duração da doença no grupo com Epilepsia. Todos os outros resultados poderão ser consultados na tabela 1 em Anexos.

## DISCUSSÃO

A relação entre epilepsia e o desenvolvimento de características particulares de personalidade assim como a evidência de uma maior prevalência de sintomas psicopatológicos nesta doença tem sido estudada ao longo dos tempos,. Na verdade, existem diversos estudos que descrevem a existência de mais distúrbios de personalidade numa população epiléptica, quando comparada com a população normal,(Swinkels et al, 2003) Em consonância com este estudo, nós observámos que os doentes com epilepsia são efectivamente, menos extrovertidos, e menos proactivos do que a população em geral, pontuando no NEOPI-R, nestes domínios, abaixo do percentil 50. Além disso, quando comparámos os traços de personalidade entre as duas amostras clínicas com doença crónica (doentes com epilepsia ou com psoríase), confirmámos diferenças significativas, sugerindo que a doença crónica neurológica poderá ter uma maior influência no desenvolvimento de traços de personalidade menos positivos. O estudo desenvolvido por Swinkells e colaboradores (2003) comparou doentes com epilepsia e com asma crónica. Também estes autores constaram uma maior prevalência de alterações da personalidade no grupo com epilepsia Estes resultados sugerem que as alterações de personalidade não se deverão apenas à doença crónica *per se*. (Swinkels et al., 2003).

Por outro lado, um estudo realizado por Wilson e colaboradores (2009), mostrou que a idade de início da epilepsia durante a infância determinava tinha um menor impacto a nível do traço de personalidade “Neuroticismo”, do que noutro período do desenvolvimento, como por exemplo na adolescência. Estes resultados sugerem que mais do que a cronicidade da patologia, a etapa da vida em que a doença se começa a manifestar pode determinar o impacto nas características do indivíduo. Processos inerentes à adolescência e à maturidade como o desenvolvimento da personalidade, a crise de identidade, e a afirmação social poderão ter uma influência crucial (Wilson et al, 2009)



No presente estudo, a faceta N3 (Depressão) do domínio do Neuroticismo, verificou-se superior na amostra com Epilepsia (percentil 65,4), por oposição ao percentil 49 no caso da amostra com Psoríase. A mesma situação ocorreu em relação à faceta N6 (Vulnerabilidade), com resultados semelhantes. Estes resultados são sobreponíveis aos obtidos num estudo de Quiske e colaboradores (2000) que demonstrou que a epilepsia temporal por esclerose mesial pode ser compreendida, etiologicamente, como um factor predisponente para o desenvolvimento de alterações do humor nestas epilepsias focais, (Quiske et al., 2000). Contudo esta é apenas uma hipótese, que tem gerado algumas controvérsias na literatura e cujo estudo se encontra ainda em discussão.

No nosso estudo também se observaram diferenças importantes, entre as duas amostras consideradas, ao nível de facetas positivas da personalidade como se verificou nos domínios E4 (Actividade), E6 (Emoções Positivas) e O1 (Fantasia). Aqui, a amostra com psoríase obteve pontuações significativamente superiores às da amostra com epilepsia, o que apoia, uma vez mais, a hipótese que a epilepsia devida a esclerose mesial, está associada a uma menor manifestação de traços de personalidade mais positivos, apresentando um perfil caracterizado por pontuações mais baixas nas dimensões de extroversão e de abertura à experiência, e mais altas nas facetas de depressão e de vulnerabilidade.

No estudo de sintomas psicológicos através do BSI, observou-se que a amostra com epilepsia apresentou um perfil dominante em sintomatologia, nomeadamente em sintomas do tipo Obsessivo Compulsivo, Depressivo e Psicótico, bem como em todos os índices gerais, o IGS, o TSP e o PSDI. Estes resultados são corroborados pela literatura, principalmente pelos trabalhos desenvolvidos por Andres Kanner, nos quais a depressão é considerada a comorbidade mais frequente na epilepsia, (Kanner, 2003a). Em três estudos analisados por Kanner, foi sugerido que a taxa de depressão é superior em doentes com epilepsia relativamente a outras patologias neurológicas, (Metcalf et al., 1988; Dodrill et al, 1986; Post

et al., 1991) . Apesar de Kanner não concluir que a epilepsia é causa directa da depressão, defende a hipótese que a elevada taxa de concomitância das duas patologias pode ser o resultado de um distúrbio bioquímico comum(Kanner, 2003a). Por exemplo, a redução da actividade serotoninérgica e noradrenérgica reconhecida na depressão,(Schildkraut, 1995), é também apontada como um desencadeante ou de agravamento de crises epilépticas (Jobe et al., 1999). Mais recentemente Quiske e colaboradores corroboraram estes mesmos resultados em doentes com ELT e particularmente nas formas com Esclerose Mesial. Estes autores estudaram 60 doentes com EM confirmada por Ressonância Magnética, utilizando o Inventário de depressão de Beck e constataram que estes doentes com obtinham pontuações significativamente mais elevadas na escala depressão,(Kanner, 2003b; Quiske et al., 2000). Os trabalhos de Gilliam e Kanner, inserem-se na mesma linha de investigação e trouxeram novas evidências acerca da relação entre disfunção do lobo temporal e severidade da depressão(Kanner, 2003b). Foram estudados 33 doentes com ETL refractária através de espectroscopia de prótons por ressonância magnética(1 HMRS) do lobo temporal observando-se uma correlação significativa entre a severidade da 1 HMRS e Depressão ( $r = .45, p < 0.01$ ). Relativamente à psoríase, e devido à sua cronicidade, também tem sido estudada a prevalência de sintomatologia psicológica, sendo de salientar o trabalho de Colombo e colaboradores (2010), que num estudo longitudinal constataram que cerca de 46% dos indivíduos com psoríase sofriam de distúrbios psicopatológicos menores (stresse diário, disfunção social, ansiedade ligeira, e insónia), e cerca de 11% de sintomas maiores (sintomas obsessivo-compulsivos, depressão, ansiedade e, psicoticismo, ideação suicida, somatizações, ideação paranóide). Os nossos resultados não são no entanto concordantes com este estudo, pois obtivemos valores semelhantes aos da população normal, tanto no caso do NEO-PI-R como do BSI.

Ao comparar os resultados do BSI nos doentes com esclerose mesial esquerda e direita, observámos diferenças significativas no sintoma “Obsessões e Compulsões”, obtendo os doentes com EM esquerda valores superiores. A predominância de distúrbios depressivos associados às escleroses mesiais esquerdas tem sido amplamente descrita na literatura (Shukla et al., 1979; Perini et al, 1984).. No que diz respeito à sintomatologia obsessiva-compulsiva, os nossos achados estão em consonância com diversos estudos que se têm debruçado sobre esta relação, (Kroll et al, 1993;Devinsky, 2003; Kaplan, 2010). Na verdade, já desde os trabalhos de Tizard (1962), que se observou que a epilepsia do lobo temporal estava associada a traços de personalidade com características obsessivas, sugerindo que determinados tipos de epilepsia, entre as quais as do lobo temporal, eram responsáveis pelo desenvolvimento de determinadas psicopatologias. Também os trabalhos de Waxman e Geschwind caracterizaram os doentes com epilepsia do lobo temporal, independentemente da lateralização do foco epiléptico, com marcados traços obsessivos de personalidade, destacando-se a hiperreligiosidade, hipergrafia e a hiposexualidade, entre outros.(Waxman et al, 1975) Apesar de alguns estudos sugerirem que há uma relação mais robusta entre epilepsia do lobo temporal com foco à direita e esta sintomatologia (Jenike et. al, 1984;Garber, et al.,1989), outros constataam uma ausência de relação entre lateralização do foco epiléptico e o desenvolvimento de sintomatologia obsessiva (Schmitz et al., 1997;, Geschwind, 2009). A questão se o desenvolvimento de psicopatologia é uma comorbilidade ou uma relação causal da epilepsia continua sem resposta e a carecer continuada investigação.

A nossa última análise constou num estudo de correlação entre os valores obtidos através das ferramentas (NEO-PI-R e BSI) e a duração da doença, no sentido de averiguar se a cronicidade promoveria uma maior incidência de sintomas psicopatológicos, ou teria alguma influência no desenvolvimento dos traços de personalidade. Os resultados obtidos mostraram a existência desta relação, apenas no grupo com Psoríase. Verificou-se que quanto mais longa

a duração da doença, menor a pontuação no domínio O da personalidade (abertura à experiência) e nas facetas E5(Procura de Excitação), E6(Emoções Positivas), O5 (Ideias), e C1(Competência). Ao longo do tempo de convivência com a doença, os indivíduos tornaram-se mais cautelosos, menos alegres, menos curiosos e a sentirem-se menos eficazes. No global são indivíduos que vêm diminuído o seu lado mais proactivo, e apreciam menos a experiência por si própria. O facto de não termos observado qualquer correlação entre cronicidade da epilepsia e o desenvolvimento de psicopatologia ou traços de personalidade reforçar a hipótese de ser a patologia (esclerose mesial) e a disfunção do sistema límbico o factor crítico no desenvolvimento de psicopatologia (Quiske et al., 2000; Kanner, 2003b), tendo a cronicidade um papel menos relevante nesta relação. Por outro lado, na amostra com psoríase o papel da psicopatologia parece estar mais associado à cronicidade da doença

.Por fim, é importante salientar que a relação entre os distúrbios psiquiátricos e epilepsia, apesar de muito estudada, continua a ser um assunto polémico e actual. Uma questão fulcral que não foi analisada especificamente neste estudo, é a relação complexa entre os dois tipos de manifestações e se se tratará de uma relação uni ou bidirecional. A este propósito referem-se dois estudos com conclusões superficialmente contraditórios. Num primeiro estudo efectuado em crianças e adolescentes com e sem epilepsia, verificou-se que a comorbilidade psicológica era significativamente superior no grupo com doença neurológica, afectando cerca de 40-50% dos pacientes (Pellock, 2004). Em contrapartida, no estudo de Hesdorffer e colaboradores (2000), incidindo em adultos (idade superior aos 55 anos) com e sem epilepsia e constatou-se a prevalência de depressão major, precedendo a primeira crise epiléptica era 3,7 vezes superior à da população controlo. A célebre afirmação de Hipócrates "Os melancólicos ordinariamente tornam-se epilépticos, e os epilépticos melancólicos" (Kanner, 2009), é bem demonstrativa dessa ambiguidade e uma sugestão implícita no sentido da

bidirecionalidade. Passados 24 séculos podemos afirmar que mantém a sua actualidade e deverá servir de tema e de estímulo para trabalhos a desenvolver no futuro.

## CONCLUSÃO

O impacto dos distúrbios psicopatológicos, e de determinados traços de personalidade, na qualidade de vida de um doente epilético, pode ter consequências nefastas e pode nomeadamente alterar a resposta ao tratamento farmacológico e/ou cirúrgico das crises epiléticas. (Kanner, 2009). Desta forma, é importante que a equipa que acompanha estes doentes esteja atenta a estes sintomas de forma a poder realizar um tratamento mais direccionado e multidisciplinar, com a colaboração de outros especialistas, neste caso psiquiatras e psicólogos, que poderão realizar uma correcta avaliação psiquiátrica do doente com epilepsia. É necessário que os sintomas psicológicos sejam compreendidos como parte integrante da doença e não apenas como uma resposta reactiva mal adaptativa a uma condição de fragilidade, (Kanner, 2003a)

Este estudo apresenta como principais pontos negativos o facto de ter incidido numa amostra relativamente pequena (n=30 com epilepsia e n=29 com psoríase), e por ter consistido num protocolo de avaliação moroso que possivelmente possa ter fatigado alguns participantes. Salienta-se, também, como desvantagem a variabilidade inter-individual (estrato sócio-cultural, escolaridade, reserva cognitiva e humor no momento de avaliação) de cada participante e cujas diferenças possam ter influenciado a interpretação de cada individuo nas respostas às escalas.

## ANEXOS

Tabela 1: Correlação entre os resultados nos testes NEOPI-R e BSI e a duração da doença  
(Psoríase e Epilepsia)

		Duração Psoríase N=29	Duração Epilepsia N=30
NEO N	r	0,104	-0,174
	p	0,590	0,359
NEO E	r	-0,340	0,264
	p	0,071	0,158
NEO O	r	-0,531**	0,049
	p	0,003	0,799
NEO A	r	0,016	-0,167
	p	0,934	0,379
NEO C	r	-0,169	0,11
	p	0,381	0,564
N1	r	0,203	-0,168
	p	0,291	0,374
N2	r	0,056	0,042
	p	0,774	0,826
N3	r	0,049	-0,133
	p	0,803	0,483
N4	r	0,008	-0,212
	p	0,968	0,26
N5	r	0,038	-0,207
	p	0,844	0,273
N6	r	0,18	-0,137
	p	0,351	0,47
E1	r	-0,239	0,018
	p	0,212	0,924
E2	r	-0,268	0,296
	p	0,16	0,112
E3	r	0,004	0,248
	p	0,983	0,186
E4	r	0,083	0,167
	p	0,669	0,377
E5	r	-,446*	0,121
	p	0,015	0,526
E6	r	-,418*	0,109
	p	0,024	0,565
O1	r	-0,353	0,012
	p	0,06	0,948
O2	r	-0,207	0,1
	p	0,282	0,599
O3	r	-0,225	-0,032
	p	0,241	0,866
O4	r	-0,366	0,035

	<i>p</i>	0,051	0,855
	<i>r</i>	-0,606**	0,166
O5	<i>p</i>	0	0,38
	<i>r</i>	-0,289	-0,148
O6	<i>p</i>	0,128	0,436
	<i>r</i>	0,089	-0,062
A1	<i>p</i>	0,647	0,745
	<i>r</i>	-0,034	-0,082
A2	<i>p</i>	0,861	0,666
	<i>r</i>	-0,223	-0,05
A3	<i>p</i>	0,245	0,794
	<i>r</i>	-0,025	-0,073
A4	<i>p</i>	0,898	0,703
	<i>r</i>	0,222	-0,231
A5	<i>p</i>	0,247	0,22
	<i>r</i>	-0,014	0,026
A6	<i>p</i>	0,945	0,89
	<i>r</i>	-0,405*	0,07
C1	<i>p</i>	0,029	0,713
	<i>r</i>	0,123	0,064
C2	<i>p</i>	0,524	0,736
	<i>r</i>	-0,143	0,146
C3	<i>p</i>	0,458	0,441
	<i>r</i>	-0,054	0,14
C4	<i>p</i>	0,781	0,462
	<i>r</i>	-0,237	0,225
C5	<i>p</i>	0,216	0,232
	<i>r</i>	0,021	-0,051
C6	<i>p</i>	0,912	0,787
	<i>r</i>	0,174	-0,174
BSI I	<i>p</i>	0,368	0,357
	<i>r</i>	0,118	-0,298
BSI II	<i>p</i>	0,543	0,11
	<i>r</i>	-0,164	-0,323
BSI III	<i>p</i>	0,394	0,082
	<i>r</i>	-0,095	-0,252
BSI IV	<i>p</i>	0,622	0,179
	<i>r</i>	-0,062	-0,261
BSI V	<i>p</i>	0,751	0,164
	<i>r</i>	-0,102	-0,273
BSI VI	<i>p</i>	0,599	0,144
	<i>r</i>	0,183	-0,18
BSI VII	<i>p</i>	0,341	0,34
	<i>r</i>	-0,201	-0,126
BSI VIII	<i>p</i>	0,295	0,507
	<i>r</i>	0,156	-0,346
BSI IX	<i>p</i>	0,42	0,061
	<i>r</i>	0,024	-0,294
IGS	<i>p</i>	0,901	0,115



TSP	r	-0,117	-0,333
	p	0,545	0,072
ISP	r	0,302	-0,141
	p	0,112	0,457

Legenda: \*\* as variáveis estão correlacionadas., r- coeficiente de correlação de Spearman NEO N – Domínio do Neuroticismo do NEOPI-R, NEO E – Domínio da Extroversão do NEOPI-R, NEO O - Domínio da Abertura à experiência do NEOPI-R, NEO A Domínio da Amabilidade do NEOPI-R ,NEO C- Domínio da Conscienciosidade do NEOPI-R, N1(Ansiedade), N2 (Hostilidade), N3(Depressão), N4(Auto-consciência), N5(Impulsividade), N6(Vulnerabilidade), E1(Acolhimento), E2(Gregariedade), E3(Assertividade), E4(Activdade), E5(Procura de Excitação), E6(Emoções Positivas), O1(Fantasia), O2(Estética), O3(Sentimentos), O4(Acções), O5(Ideias), O6(Valores), A1(Confiança), A2(Rectidão), A3(Altruísmo), A4(Complacência), A5(Modéstia), A6(Sensibilidade), C1(Competência), C2(Ordem), C3(Obediência,Dever), C4(Luta, Realização), C5(Auto-disciplina), C6(Deliberação). BSI I (somatizações), BSI II (obsessões-compulsões), BSI III (sensibilidade interpessoal), BSI IV (depressão), BSI V (ansiedade), BSI VI (hostilidade), BSI VII (hostilidade), BSI VIII (ideação paranóide), BSI IX (psicoticismo), IGS (Índice Geral de Sintomas), TSP (Total de Sintomas Positivos), ISP (Índice de Sintomas Positivos).

Tabela 2: Estatística descritiva para as pontuações do BSI na população em geral e numa amostra emocionalmente perturbada.

	População geral	População Emocionalmente Perturbada
BSI I	0,573±0,916	1,355±1,004
BSI II	1,290±0,878	1,924±0,925
BSI III	0,958±0,727	1,597±1,033
BSI IV	0,893±0,722	1,828±1,051
BSI V	0,942±0,766	1,753±0,940
BSI VI	0,894±0,784	1,411±0,904
BSI VII	0,418±0,663	1,02±0,929
BSI VIII	1,063±0,789	1,532±0,850
BSI IX	0,668±0,614	1,403±0,825
IGS	0,835±0,480	1,43±0,705
TSP	26,993±11,724	37,349±12,166
ISP	1,561±0,385	2,111±0,595

Legenda: BSI I (somatizações), BSI II (obsessões-compulsões), BSI III (sensibilidade interpessoal), BSI IV (depressão), BSI V (ansiedade), BSI VI (hostilidade), BSI VII (hostilidade), BSI VIII (ideação paranóide), BSI IX (psicoticismo), IGS (Índice Geral de Sintomas), TSP (Total de Sintomas Positivos), ISP (Índice de Sintomas Positivos).

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar a minha profunda gratidão.

À Senhora Professora Doutora Isabel Santana, orientadora , por me ter dado a oportunidade de realizar este trabalho, pelos ensinamentos guardados na memória, e pela disponibilidade e apoio com que me orientou.

À Dra Catarina Cunha, por toda a disponibilidade constante e atenta, e pela maneira como co-orientou este trabalho de uma forma muito próxima e muito presente.

Ao Senhor Professor Doutor Américo Figueiredo, pela disponibilidade em permitir que eu frequentasse o serviço de Dermatologia dos HUC, no sentido de recolher os dados da amostra com psoríase.

À Dra. Margarida Gonçalo e ao Dr. Hugo Ferreira do serviço de Dermatologia dos HUC pela preciosa e pronta colaboração ao longo deste trabalho.

A todos eles, o meu sincero obrigada, pelo tempo que me concederam das suas preciosas e preenchidas agendas.

A todos quantos me ajudaram e apoiaram ao longo da minha caminhada.

## BIBLIOGRAFIA

- Barry, J., Lembke, A., & Huynh, N. (2001). Affective disorders in epilepsy. In A. Ettinger & A. Kanner (Eds.), *Psychiatric issues in epilepsy: a practical guide to diagnosis and treatment*. (pp. 45-72). Lippincott Williams and Wilkins.
- Brandt, J., Seidman, L. J., & Kohl, D. (1985). Personality characteristics of epileptic patients: a controlled study of generalized and temporal lobe cases. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 7(1), 25-38. doi:10.1080/01688638508401240
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. G. & L. A. M. Simões, C. Machado (Ed.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (pp. vol.III págs 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Costa, P. T. J., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO personality inventory (NEO-PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment. Assessment resources. PAR. Retrieved from [http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Revised+NEO+Personality+Inventory+\(NEO-PI-R\)+and+NEO+Five-Factor+\(NEO-FFI\)+Inventory+Professional+Manual.#3](http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Revised+NEO+Personality+Inventory+(NEO-PI-R)+and+NEO+Five-Factor+(NEO-FFI)+Inventory+Professional+Manual.#3)
- Devinsky, O. (2003). Psychiatric comorbidity in patients with epilepsy: implications for diagnosis and treatment. *Epilepsy & behavior : E&B*, 4 Suppl 4, S2-10. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14654422>
- Dodrill, C. B., & Batzel, L. W. (1986). Interictal behavioral features of patients with epilepsy. *Epilepsia*, 27 Suppl 2, S64-76. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3720714>
- Garber, H. J., Ananth, J. V., Chiu, L. C., Griswold, V. J., & Oldendorf, W. H. (1989). Nuclear magnetic resonance study of obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, 146(8), 1001-5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2750970>
- Geschwind, Norman. (2009). Personality changes in temporal lobe epilepsy. *Epilepsy & behavior : E&B*, 15(4), 425-33. Elsevier Inc. doi:10.1016/j.yebeh.2009.04.030
- Hauser, W., & DC, H. (2001). Psychosis, depression and epilepsy: epidemiologic considerations. In E. AB & A. Kanner (Eds.), *Psychiatric issues in epilepsy: a practical guide to diagnosis and treatment*. (pp. 7-18). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Jenike, M. A., & Brotman, A. W. (1984). The EEG in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 45(3), 122-4. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6698944>

- Jobe, P. C., Dailey, J. W., & Wernicke, J. F. (1999). A noradrenergic and serotonergic hypothesis of the linkage between epilepsy and affective disorders. *Critical reviews in neurobiology*, 13(4), 317-56. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11028680>
- Kanner, A. M. (2003a). Depression in epilepsy: prevalence, clinical semiology, pathogenic mechanisms, and treatment. *Biological Psychiatry*, 54(3), 388-398. doi:10.1016/S0006-3223(03)00469-4
- Kanner, A. M. (2003b). Depression in epilepsy: a frequently neglected multifaceted disorder. *Epilepsy & Behavior*, 4, 11-19. doi:10.1016/j.yebeh.2003.10.004
- Kanner, A. M. (2009). Psychiatric issues in epilepsy: the complex relation of mood, anxiety disorders, and epilepsy. *Epilepsy & behavior : E&B*, 15(1), 83-7. Elsevier Inc. doi:10.1016/j.yebeh.2009.02.034
- Kaplan, P. W. (2010). Clinical research. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 241-248.
- Kroll, L., & Drummond, L. M. (1993). Temporal lobe epilepsy and obsessive-compulsive symptoms. *The Journal of nervous and mental disease*, 181(7), 457-8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8320551>
- Lima, M. P., & Simões, A. (2000). *NEO-PI-R Manual Profissional*. (CEGOC, Ed.) (1st ed., pp. 17-30). Lisboa.
- Marcangelo, M. J., & Ovsiew, F. (2007). Psychiatric aspects of epilepsy. *The Psychiatric clinics of North America*, 30(4), 781-802. doi:10.1016/j.psc.2007.07.005
- Metcalfe, R., Firth, D., Pollock, S., & Creed, F. (1988). Psychiatric morbidity and illness behaviour in female neurological in-patients. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 51(11), 1387-90. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1032807&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Pellock, J. M. (2004). Managing behavioral and cognitive problems in children with epilepsy. *Journal of child neurology*, 19 Suppl 1, S73-4. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15526972>
- Perini, G. I., Tosin, C., Carraro, C., Bernasconi, G., Canevini, M. P., Canger, R., Pellegrini, A., et al. (1996). Interictal mood and personality disorders in temporal lobe epilepsy and juvenile myoclonic epilepsy. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 61(6), 601-5. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=486655&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Perini, G., & Mendius, R. (1984). Depression and anxiety in complex partial seizures. *The Journal of nervous and mental disease*, 172(5), 287-90. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6425454>

- Post, R. M., Altshuler, L. L., Ketter, T. A., Denicoff, K., & Weiss, S. R. (1991). Antiepileptic drugs in affective illness. Clinical and theoretical implications. *Advances in neurology*, 55, 239-77. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2003410>
- Quiske, a, Helmstaedter, C., Lux, S., & Elger, C. E. (2000). Depression in patients with temporal lobe epilepsy is related to mesial temporal sclerosis. *Epilepsy research*, 39(2), 121-5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10759300>
- Rein, A. G. (1998). [Temporal mesial sclerosis syndrome in epilepsy]. *Neurología (Barcelona, Spain)*, 13(3), 132-44. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9608221>
- Robertson, M. M., Trimble, M. R., & Townsend, H. R. (n.d.). Phenomenology of depression in epilepsy. *Epilepsia*, 28(4), 364-72. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3622412>
- Russo, P. A. J., Ilchef, R., & Cooper, A. J. (2004). Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *The Australasian journal of dermatology*, 45(3), 155-9; quiz 160-1. doi:10.1111/j.1440-0960.2004.00078.x
- Schiffer, R. B., & Babigian, H. M. (1984). Behavioral disorders in multiple sclerosis, temporal lobe epilepsy, and amyotrophic lateral sclerosis. An epidemiologic study. *Archives of neurology*, 41(10), 1067-9. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6477214>
- Schildkraut, J. J. (1995). The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence. 1965. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 7(4), 524-33; discussion 523-4. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8555758>
- Schmitz, E. B., Moriarty, J., Costa, D. C., Ring, H. A., Ell, P. J., & Trimble, M. R. (1997). Psychiatric profiles and patterns of cerebral blood flow in focal epilepsy: interactions between depression, obsessionality, and perfusion related to the laterality of the epilepsy. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 62(5), 458-63. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=486849&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Shukla, G. D., Srivastava, O. N., Katiyar, B. C., Joshi, V., & Mohan, P. K. (1979). Psychiatric manifestations in temporal lobe epilepsy: a controlled study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 135, 411-7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/120210>
- Stefansson, S. B., Olafsson, E., & Hauser, W. A. (1998). Psychiatric morbidity in epilepsy: a case controlled study of adults receiving disability benefits. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 64(2), 238-41. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2169938&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Swinkels, W A M, Duijsens, I. J., & Spinhoven, P. (2003). Personality disorder traits in patients with epilepsy. *Neurology*, 1311(03), 587-594. doi:10.1016/S1059

- Swinkels, Wilhelmina A M, van Emde Boas, W., Kuyk, J., van Dyck, R., & Spinhoven, P. (2006). Interictal depression, anxiety, personality traits, and psychological dissociation in patients with temporal lobe epilepsy (TLE) and extra-TLE. *Epilepsia*, 47(12), 2092-103. doi:10.1111/j.1528-1167.2006.00808.x
- Swinkels, W. a M., Kuyk, J., van Dyck, R., & Spinhoven, P. (2005). Psychiatric comorbidity in epilepsy. *Epilepsy & behavior : E&B*, 7(1), 37-50. doi:10.1016/j.yebeh.2005.04.012
- Tizard, B. (1962). The personality of epileptics: a discussion of the evidence. *Psychological bulletin*, 59, 196-210. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13921425>
- Waxman, S. G., & Geschwind, N. (1975). The interictal behavior syndrome of temporal lobe epilepsy. *Archives of general psychiatry*, 32(12), 1580-6. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1200777>
- Wells, K. B., Golding, J. M., & Burnam, M. A. (1988). Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *The American journal of psychiatry*, 145(8), 976-81. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2969199>
- Wilson, S. J., Wrench, J. M., McIntosh, A. M., Bladin, P. F., & Berkovic, S. F. (2009). Personality development in the context of intractable epilepsy. *Archives of neurology*, 66(1), 68-72. doi:10.1001/archneurol.2008.532