

CASO CLÍNICO

Personalidade, epilepsia, homicídio

Gustavo Barros¹José Cássio do Nascimento Pitta²

Recebido: 24/9/2003 Aceito: 6/10/2003

RESUMO

Os autores descrevem o caso de uma mulher com antecedente de epilepsia que assassinou seu marido tentando estabelecer um nexos causal entre os fatos.

Unitermos: Transtorno de personalidade; Epilepsia; Homicídio.

ABSTRACT**Personality, epilepsy, homicide**

The authors describe the case of a woman with epilepsy who murdered her husband and discusses the connections between the facts.

Keywords: Personality disorder; Epilepsy; Murder.

História clínica

Identificação

M.H.G., 50 anos, sexo feminino, branca, viúva há três semanas, 4ª série do 1º grau, católica, natural e procedente de São Paulo, SP, auxiliava a cunhada na confecção de objetos artesanais.

Queixa e duração

“Matei meu marido”, há três semanas.

História pregressa da moléstia atual

Paciente refere que estava bem até julho de 2002 quando, após a separação da filha, passou a sentir-se “deprimida e irritada” (*sic*). A paciente relata que em

dezembro de 2002 ficou decepcionada, pois a irmã, a quem é apegada, viajou para passar o Natal com o ex-marido. M.H. ficou muito triste e perdeu a vontade de comemorar as festas, chegando a dizer para a irmã: “Às vezes fico pensando bobagem, dá vontade de detonar tudo” (*sic*). Desde janeiro de 2003, passava boa parte do dia deitada, “olhando para o teto da casa” (*sic*).

Em 22 de janeiro de 2003, a paciente e seu marido levaram sua filha para tratar uma depressão na Federação Espírita. M.H. recebeu um “passe” e foi-lhe dito que “o importante era ter paz na vida, que deveria haver paz nas casas” (*sic*). No dia seguinte, procurou insistentemente seus familiares (irmãs, irmãos etc.) para conversar, embora sem um assunto específico. Foi à casa dos pais, onde encontrou o revólver do irmão. Ao voltar para casa, viu o marido deitado na cama. Ele percebeu sua presença, mas não a olhou diretamente. A paciente

¹ Residente em Psiquiatria do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

² Docente do Departamento de Psiquiatria, UNIFESP – EPM.

Endereço para correspondência:

Rua Botucatu, 740, 3º andar – Vila Clementino

São Paulo, SP – CEP 04023-900

Fone: (0xx11) 5579-2828

E-mail: gustavobarros@ig.com.br

disse: “P, eu vou te dar paz”. Ainda sem olhá-la, ele teria respondido: “É você?”. Ela confirmou: “É... Adeus, P...”. Ele ainda respondeu: “Adeus, M!”. Depois disso, a paciente disparou quatro tiros no marido – “ele ficou revirando o corpo” (*sic*). Perguntada sobre o que sentiu após os disparos, conta que se assustou com o barulho (“Fiquei quatro dias com dificuldade de escutar”). Ela diz que pensou em se matar, mas desistiu quando viu a foto da filha e da neta, pois não queria deixá-las sozinhas. Refere que ligou para o irmão contando o que havia feito; ele foi para a casa dela. Ao chegar, viu o corpo e começou a passar mal. M.H. teria dito: “C., não vai me aprontar uma dessas, não vai morrer também, hein?”. Em outro momento, repreendeu-o: “C., não fale alto porque os vizinhos podem escutar”. Após o episódio, permaneceu com familiares, que a levaram à Delegacia, onde assinou um depoimento – “Não entendi... Fiz um favor pro P., só ajudei ele a subir um degrau, ele estava sofrendo tanto... Não achei que fosse dar tanta confusão” (*sic*). Nos dias que se seguiram, contava sem parar a história, com indiferença e sem demonstrar emoção. Os irmãos a levaram para um atendimento psiquiátrico, sendo recomendada internação.

Antecedentes pessoais

Clínicos

Refere hepatite infecciosa aos 2 anos, alergia à penicilina, suspeita recente de hipertireoidismo (US: nódulo; PAAF normal), internações por hérnia de hiato, litíase renal, pneumonias e asma. Nega outras patologias clínicas.

Neurológicos

História de crises convulsivas tipo tônico-clônicas generalizadas, ocasionalmente com liberação esfinteriana e mordedura de língua, com pós-ictal durando até três horas, desde os 18 anos, segundo a irmã.

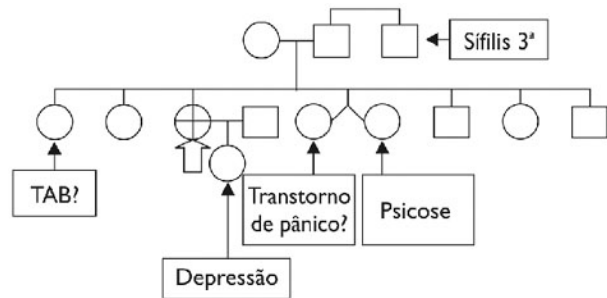
Já consultou vários neurologistas e fez TC de crânio e EEGs, todos normais (*sic*); já usou vários anticonvulsivantes, ultimamente em uso de fenobarbital 100 mg VO 12/12 h. A última crise ocorreu há 6 meses da internação, presenciada pela filha.

Psiquiátricos

Família relata “isolamento” até os 20 anos – tinha poucos amigos e não conversava muito com os irmãos. Entre 16 e 19 anos refere “anorexia e bulimia” (*sic*): episódios de vômitos, restrição alimentar e variação de peso (entre 45 kg e 90 kg), com “desmaios” e várias internações. Foi tratada com psicotrópicos e psicoterapia. Aos 25 anos, refere período de “isolamento e depressão” após a segunda gestação – complicada por

hemorragia que necessitou de transfusão de sangue e cursou com endometrite –, com duração de um ano, caracterizado por dificuldades para cuidar da filha recém-nascida. Aos 41 anos, após saber da gravidez da filha, apresentou “mutismo” – não falava com ninguém – e “desespero” por um mês. Aos 49 anos, um psiquiatra receitou-lhe antidepressivos, mas ela não os usou.

Antecedentes familiares



Resumo da história de vida

M. nasceu de PN, sendo a terceira filha de uma prole de oito. Natural de São Paulo – capital, logo mudou para o interior. Seu pai era comerciante e sua mãe, dona de casa. Relata ter sido uma criança quieta, tímida e sem contato social. Seus pais eram unidos e tinham um bom relacionamento. Lembra que se relacionava melhor com o pai. Conta que aos 5 anos sofreu um “trauma”: perdeu-se da família durante um temporal, foi levada para um bar (talvez por amigos do seu pai) e, até hoje, não gosta de ficar sozinha em temporais. Aos 7 anos, mudou-se com a irmã para a casa dos avós em São Paulo, sendo cuidada por uma tia. Aos 8 anos, viu sua tia e seu tio fazendo sexo, ficou horrorizada e, sempre que ia para a Igreja, rezava para que seu tio não levasse sua tia para o inferno. Até hoje se ressent de a tia nunca lhe ter explicado que sexo era uma “coisa normal”. Na adolescência, chegou a pesar 90 kg, quando começou a apresentar episódios de vômitos, restrição alimentar e variação de peso que quase a levaram à inanição, sendo internada várias vezes – “bulimia e anorexia” (*sic*) – emagreceu até 45 kg, desmaiando frequentemente. Teve o primeiro namorado aos 16 anos. Conta que sua primeira relação sexual foi muito dolorida e que, a partir daí, detesta sexo. Engravidou aos 24 anos, foi abandonada pelo namorado e resolveu abortar. Aos 25 anos, engravidou novamente, seu pai aceitou a situação, mas após algum tempo ela e o namorado romperam definitivamente. O parto teve intercorrências: hemorragia e

infecção pós-parto. Refere “depressão pós-parto” – dificuldades para cuidar da filha recém-nascida. Seu pai apegou-se à neta, mas logo a paciente mudou para a casa da irmã, onde cuidava da filha e do sobrinho. Aos 26 anos, foi trabalhar em uma confecção de roupas, onde conheceu seu futuro marido. Começaram a namorar, tentaram morar juntos, mas a paciente incomodava-se porque ele bebia muito, e então se separaram, mas ele a visitava todos os dias. Desde os 18 anos, a paciente tinha “desmaios” com tremores, abalos e sialorréia, principalmente durante o sono. Cita que teve uma crise dentro de um ônibus, ficando desaparecida durante horas – “havia perdido a memória”. Muitas vezes, era encontrada caída, até embaixo do chuveiro. Em crises de “ausência” (*sic*), segundo os familiares, saía pela rua, não respondendo aos chamados. A família não buscava ajuda médica, pois entendia tratar-se da manifestação de um espírito. Somente aos 27 anos, após uma crise na qual os familiares pensaram que ela tivesse morrido, levaram-na a um hospital, sendo diagnosticada epilepsia. Embora os exames não evidenciassem alterações, sempre que ela chegava aos hospitais os médicos diziam-lhe tratar-se de crise convulsiva. A paciente conta que seu marido aceitava sua filha “como se fosse dele” e se relacionava bem com ela, o mesmo não acontecendo com a paciente, que não gostava do jeito delicado dela (“eu sou bruta”). Aos 41 anos, quando soube da gravidez da filha, então com 16 anos, suas “crises convulsivas” se intensificaram. Segundo os relatos, quando a paciente sofre pressões seu comportamento altera-se – passava dias brava, deprimida, sem falar, tomar banho, comer e dormir, olhando para o teto, ou então cantando sem parar. Há dois anos, a paciente, o marido, a filha e o genro resolveram morar juntos. A paciente ressalta que sempre detestou sexo (“tanto os outros namorados quanto P. eram meus amigos, não eram como maridos”). Relata que passava por dificuldades – “pneumonia, depressão e pânico” –, o marido continuava bebendo, a filha quase morreu de uma hemorragia (mioma) e o genro ficou doente (indo embora da casa). Em 21 de janeiro de 2003, o marido a procurou “para transar” – o que faziam, em média, uma vez por mês –, e ela lhe disse: “P., não faça isso, você sabe que eu não gosto, tenho nojo de você”. No dia seguinte, procurou a Federação Espírita, onde sua filha recebeu atendimento para depressão, e nesse local teria ouvido falar que “as pessoas e as casas precisavam de paz”. No dia seguinte, procurou insistentemente seus parentes, pois queria conversar. Seu marido teria lhe dito que queria dar uma virada de 180° na vida, isso após uma reunião do AA, em que ouviu um depoimento de um rapaz que havia matado o pai, o que o abalou muito. No dia 23 matou seu marido.

Exame neurológico

Vigil, orientada no tempo e no espaço, fala fluente e coerentemente. Nervos cranianos sem alterações. Sem déficit motor ou sensitivo. Reflexos normoativos e simétricos. Provas cerebelares normais. Marcha e equilíbrio sem alterações. Tonus e trofismo normais.

Exame psíquico

A paciente apresentava-se adequadamente trajada, com leve descuido, estabelecia bom contato, com atitude ativa e colaborativa. Durante toda a entrevista, permaneceu lúcida e sem qualquer evidência de alteração do campo da consciência. Orientada globalmente, sem alterações da atenção voluntária e espontânea. A memória de fixação e evocação não apresentava prejuízos significativos. A linguagem e a inteligência não se encontravam prejudicadas. Pensamento sem alterações de curso ou forma, mas com conteúdo repetitivo, detalhista e prolixo. Não foram identificadas idéias delirantes. Sem alterações sensoperceptivas. Humor eutímico, com certa indiferença afetiva e falta de modulação ética. Psicomotricidade e volição sem alterações. Pragmatismo preservado. Crítica com prejuízo moral.

Exames complementares

Hemograma/eletrolitos/função renal, hepática e tireoidianas normais.

VDRL, hepatite B e C: não-reagente.

RM do encéfalo: normal.

EEG em vigília, sonolência e sono espontâneo evidenciando surtos de ondas teta na região temporal esquerda.

Testes neuropsicológicos: evidências de alterações graves da memória para evocação verbal e reconhecimento; déficit cognitivo importante, concentrado na fluência verbal fonética, concentração e organização mental.

Hipóteses diagnósticas (DSM-IV)

Eixo I	310.1	Alteração da personalidade devido à epilepsia, tipo instável.
Eixo II	V71.09	Nenhum diagnóstico.
Eixo III	G40	Epilepsia.
Eixo IV		Circunstâncias familiares – problema de relacionamento com cônjuge ou parceiro; Dificuldades de gerenciamento da própria vida – habilidades

sociais inadequadas, não classificadas em outros locais;

Circunstâncias psicossociais – problemas relacionados a outras circunstâncias legais;

História pessoal de doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos;

História pessoal de trauma psicológico, não classificada em outros locais.

Eixo V AGF: 70 (na admissão).

Hipóteses diagnósticas (CID-10)

F07.8 Outros transtornos de personalidade e de comportamento decorrentes de doença, tensão ou disfunção cerebral.

G40 Epilepsia.

Conduta e evolução

A paciente permaneceu internada em enfermaria psiquiátrica de hospital geral por 44 dias, nos quais se

tentou a formulação de hipóteses diagnósticas que auxiliassem o entendimento de seu comportamento.

Durante a internação, foi atendida por uma equipe multidisciplinar – psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais. Além do trabalho individual com a paciente, também sua família foi envolvida no tratamento.

Em discussão com a interconsulta da neurologia e o ambulatório de epilepsia, constatou-se que a história clínica caracterizava crises generalizadas tônico-clônicas. Pela ocorrência destas preferencialmente durante o sono, e pelo fato de o EEG mostrar alterações no hemisfério esquerdo, supõe-se se tratar de epilepsia parcial com generalização secundária. Porém, faz-se a ressalva de que o alentecimento da atividade elétrica no hemisfério esquerdo não é específico de epilepsia.

Em discussão com a neurologia, optou-se pela substituição do fenobarbital 200 mg/dia por ácido valpróico 1.000 mg/dia e pela introdução de olanzapina 10 mg/dia.

Atualmente a paciente está sendo acompanhada no programa de egressos da enfermaria de psiquiatria.