

Crise não epiléptica: eventos paroxísticos de origem psicogênica

Non-epileptic crisis: paroxystic events of psychogenic origin

Crisis no epilépticas: eventos paroxísticos de origen psicogénico

Gabriela Gamba da Silva

Andreia Cristina Pontarolo Lidoino

RESUMO

Este artigo aborda a crise não epiléptica em eventos paroxísticos de origem psicogênica. Nele, discute-se as dificuldades que os profissionais da saúde, responsáveis pelo diagnóstico, possuem ao lidar com indivíduos que apresentam sinais e sintomas epilépticos, mas que por sua vez, não tem relação com a epilepsia. Nesse contexto, o objetivo geral é investigar como se dá o processo de diagnóstico da Crise Psicogênica não Epiléptica (CPNE). Para isso, o procedimento metodológico reportou-se ao uso da pesquisa bibliográfica por meio da coleta de dados de artigos publicados que abrangessem e retratassem a temática direcionada à prática clínica, assim, foram analisadas publicações acadêmicas, selecionadas as de interesse, e por meio da observação foram analisados os dados com intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema. Após a pesquisa, concluiu-se que é necessário que equipes de saúde tenham conhecimento a respeito das características, diagnóstico e tratamento de uma CPNE, para que diante de qualquer ocorrência aparente, busque-se investigar em detalhes o histórico de vida do indivíduo e que esse seja encaminhado para a realização do vídeo-eletroencefalograma, a fim de descartar ou confirmar de maneira correta a investigação e oferecer um tratamento resolutivo.

Palavras-Chave: Crise Psicogênica não Epiléptica, Epilepsia, Vídeo-Eletroencefalograma, Eventos Traumáticos.

ABSTRACT

This article addresses the non-epileptic seizure in paroxysmal events of psychogenic origin. It discusses the difficulties that health professionals, responsible for the diagnosis, have when dealing with individuals who present epileptic signs and symptoms, but which, in turn, are not related to epilepsy. In this context, we investigate the process of diagnosing Non-Epileptic Psychogenic Crisis (NCNE). For this, the bibliographic research was used as a methodological procedure. During this process, data was collected from published articles that covered and portrayed the theme directed to clinical practice, thus, academic publications were analyzed, those of interest were selected, and through observation, the data were analyzed in order to gather the knowledge produced. About the subject. After research, it was concluded that it is necessary for health teams to be aware of the characteristics, diagnosis and treatment of a PNEC, so that, in the face of any apparent occurrence, they seek to investigate, in detail, the individual's life history and that, in sequence, the patient is referred to the video-electroencephalogram, in order to correctly discard or confirm the investigation and offer a resolute treatment.

Keywords: Non-Epileptic Psychogenic Crisis, Epilepsy, Video-Electroencephalogram, Traumatic Events.

RESUMEN

Este artículo aborda la crisis no epiléptica en eventos paroxísticos de origen psicógeno. Discute las dificultades que los profesionales de la salud, responsables por el diagnóstico, tienen al tratar con individuos que presentan signos y síntomas epilépticos, pero que, a su vez, no están relacionados con la epilepsia. En este contexto, investigamos el proceso de diagnóstico de Crisis Psicógenas No Epilépticas (NCFE). Para ello, se utilizó como procedimiento metodológico la investigación bibliográfica. Durante este proceso, se recogieron datos de artículos publicados que cubrían y retrataban la temática dirigida a la práctica clínica, así, se analizaron publicaciones académicas, se seleccionaron las de interés y, a través de la observación, se analizaron los datos para recoger el conocimiento producido. Sobre el tema. Luego de la investigación, se concluyó que es necesario que los equipos de salud conozcan las características, el diagnóstico y el tratamiento de una PNEC, para que, ante cualquier aparente ocurrencia, busquen investigar, en detalle, la historia de vida del individuo. y que, en secuencia, se remita al paciente al video-electroencefalograma, con el fin de descartar o confirmar correctamente la investigación y ofrecer un tratamiento resolutivo.

Palabras clave: Crisis Psicógenas no Epilépticas, Epilepsia, Video-Electroencefalograma, Eventos Traumáticos.

INTRODUÇÃO

A Crise Psicogênica não Epiléptica - CPNE é determinada por episódios de alteração súbita ou gradual do comportamento, movimento, sensação ou consciência, semelhantes à convulsão, não fictícia que se apresentam por meio de expressões motoras, sensoriais e psicológicas, que por sua vez, não são ocasionadas por descargas epilépticas irregulares, mas que possuem relação com um provável sofrimento mental. A partir disso, a possibilidade de ocorrer a confusão no diagnóstico é comum, uma vez que a falta de investigações aprofundadas por parte dos profissionais e informações incompletas do paciente, referente seus sintomas, dificultam o diagnóstico.

A CPNE foi denominada por neurologistas da idade contemporânea, logo após a inserção do vídeo-eletroencefalograma (EEG) em centros de epilepsias. A partir desse marco, por volta de 1964, Liske e Forster originaram o termo pseudo-convulsões, que também significaria tais eventos sem alterações iguais a da epilepsia, que poderiam ser observados por meio do EEG^{1,2}. Em conseqüente, surgiram diferentes vocábulos, porém, os mais utilizados de forma científica são "convulsões não epilépticas psicogênicas", e "dissociação", os quais são

vistos como métodos de defesas que auxiliam o usuário a lidar com traumas, assim, a CPNE também compreende que situações traumáticas geram dissociação mental.

Sobretudo, tremores, movimentos de flexões e extensões, ausência de respostas, desmaios, e postura tônica, são reflexos de uma CPNE, com notável modificação no nível de consciência, porém, que não retrata anormalidade no EEG. Há ainda, uma relatividade e variações nos perfis de personalidade de cada indivíduo portador da crise, os quais, além das dificuldades que enfrentam em lidar com seus problemas do cotidiano, possuem maior tendência em sofrer de ansiedade, depressão, transtornos e, pós-traumas.

Apesar da possibilidade de confusão nos diagnósticos, existem várias maneiras de diferenciar a epilepsia da CPNE, como também é possível que o indivíduo seja diagnosticado com os dois tipos de crises, o que torna mais desafiador chegar a uma conclusão fidedigna do caso. Entretanto, as principais causas que as diferem estão baseadas na duração dos episódios e no resultado do EEG, no qual, o tratamento adequado para CPNE requer acompanhamento e terapia, evitando assim, a indicação farmacológica, a fim de, contribuir para com a qualidade de vida e cessar até mesmo por completo as crises.

Portanto, a descoberta da CPNE é um desafio, visto que não se encontra muitos estudos nessa área a respeito do que vem a ser seu diagnóstico preciso, para assim, diferenciá-la das demais epilepsias. Além dos sintomas parecidos que podem levar alguns especialistas a uma não detecção fidedigna, tal crise afeta cerca de 20% a 30% dos pacientes atendidos em centros de epilepsia, o que demonstra a importância de ser investigada³.

Um diagnóstico equivocado induz a administração de anticonvulsivantes no meio intra-hospitalar e, ainda, a indicação para o consumo diário domiciliar, o que pode causar como consequência, o surgimento de danos ao paciente. Dado que, anticonvulsivantes não tratam a CPNE, pois a mesma requer um tratamento com a atenção voltada ao estado mental do portador, com a finalidade do mesmo, conseguir enfrentar e lidar com os problemas diários.

Desse modo, estudos acadêmicos se fazem necessários, pois geram dados e destacam alertas para as possíveis consequências que desencadeiam a CPNE e, as dificuldades mais comuns em diagnosticá-la. O diferencial no diagnóstico e tratamento corretos podem gerar melhor qualidade de vida aos pacientes. Entretanto, são informações que auxiliam na busca para capacitar os profissionais que devem nortear a família e o portador adequadamente a respeito do assunto, de forma que os tranquilize e solucione a questão, a fim de amenizar a apreensão e sentimento de incapacidade diante dos fatos, sinais e sintomas.

Este artigo parte da seguinte problemática: Quais as dificuldades que os profissionais da saúde responsáveis pelo diagnóstico possuem ao lidar com indivíduos que apresentam sinais e sintomas epilépticos, mas que por sua vez, não possui relação com a epilepsia? Com base nisso, esta pesquisa tem como objetivo geral investigar como se dá o processo de diagnóstico da CPNE. Em continuidade, os objetivos específicos são: identificar as características da CPNE, descrever como ocorre o diagnóstico, destacar o que a difere da Epilepsia e ainda, analisar as formas de tratamentos dos portadores de CPNE.

METODOLOGIA DA PESQUISA

Optou-se para o desenvolvimento deste estudo, a metodologia de pesquisa bibliográfica, com coleta de dados de artigos publicados que abrangessem e retratassem a temática direcionada a prática clínica, de forma a analisar as publicações de interesse, selecionar, observar, descrever e classificar dados com intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema. Os artigos foram selecionados com sustentação em consulta às bases de dados da *National Library of Medicine (Medline/via PubMed)*.

A pesquisa bibliográfica ou qualitativa é desenvolvida por meio de estudos e anotações resultantes de pesquisas já existentes descritas em livros, artigos, revistas, teses e outros. A descrição torna-se fundamento dos temas que serão pesquisados e, assim, o investigador realiza a análise e o estudo através da colaboração dos autores passados⁴. Conforme Minayo (2014)⁵:

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. (MINAYO, 2014, p. 57)

Em consequente, a pesquisa bibliográfica tem como objetivo esclarecer a problemática por meio de referências expostas em livros, artigos, dissertações e teses, nas quais busca-se entender e averiguar as cooperações existentes do passado e atualidade a respeito do assunto⁶. Desse modo, a metodologia infiltra como estratégia científica, a análise, a qual advém de separar as partes e dar ênfase as mais importantes⁷. Análogo a isso, Boccato (2006)⁸ expõe que:

A pesquisa bibliográfica busca a resolução de um problema (hipótese) por meio de referenciais teóricos publicados, analisando e discutindo as várias contribuições

científicas. Esse tipo de pesquisa trará subsídios para o conhecimento sobre o que foi pesquisado, como e sob que enfoque e/ou perspectivas foi tratado o assunto apresentado na literatura científica. Para tanto, é de suma importância que o pesquisador realize um planejamento sistemático do processo de pesquisa, compreendendo desde a definição temática, passando pela construção lógica do trabalho até a decisão da sua forma de comunicação e divulgação. (BOCCATO, 2006, p. 266)

Dessa forma, a pesquisa bibliográfica, de fato, trouxe subsídios para o conhecimento sobre a CPNE, delineando como assunto é apresentado na literatura científica. Também foi realizado o planejamento sistemático desse processo da pesquisa, compreendendo a definição dessa temática, a sua construção lógica e, enfim, a formas de comunicação e divulgação. Isso posto, após o levantamento dos dados, foi realizado a sistematização dos mesmos, estabelecendo relações pertinentes e necessárias para a análise crítica e discussão dessa relação, com base em teorias concernentes.

DEFINIÇÃO E CARACTERÍSTICAS DA CRISE PSICOGÊNICA NÃO EPILEPTICA

Existem dois tipos de episódios de convulsões não epiléticas, a convulsão fisiológica não epilética e, a convulsão psicogênica não epilética. Ao se tratar da questão fisiológica, significa o próprio evento epilético ocasionado por um desalinhamento sistêmico paroxístico, como por exemplo, hipoglicemia, aura de enxaqueca, intoxicações, distúrbios e ataques isquêmicos transitórios. Entretanto, a convulsão psicogênica não epilética não possui ligação com atividades cerebrais, mas é ocasionada devido algum sofrimento ou questão mental⁹.

Portanto, denomina-se CPNE, situações em que o indivíduo tem por meio do corpo manifestações que retratam convulsões epiléticas, mas que não há relação com a atividade ligada à epilepsia. Logo, embora qualquer idade pode ser acometida por tal crise, o índice tem foco frequente no sexo feminino com idade de 20 a 30 anos⁹.

É possível restringir de maneira etiológica a CPNE a quatro protótipos. O primeiro baseado nos pressupostos de Freud¹⁰ (1893-1895), tendo como afirmação que a CPNE se manifesta de forma física devido o estresse emocional. O segundo protótipo é idealizado por Moore e Baker¹¹ (1997), no qual analisaram que, a CPNE é resultado do comportamento aprendido e do condicionamento operante, ou seja, a relação entre o comportamento e sua consequência.

Em consequente, os outros dois protótipos mais atualizados, voltaram-se aos mecanismos de dissociações. Assim, Bowman¹² (2006) relatou que, a CPNE sucede lembranças dissociativas ou atribuições da mente instituídas por questões traumáticas. Para Baslet¹³ (2011), CPNE é decorrente de uma resposta dissociativa aguda a uma intimidação ou a uma condição de elevada excitação, e mesmo assim, não se encontrou um protótipo que retrata todos, mas cada um explica de forma parcial a crise.

No entanto, após a CPNE, acontece uma alteração de respostas automáticas que é vista como involuntária e não desejada, mas é motivada pelas experiências dos usuários que relembram as convulsões. Ou seja, indivíduos saudáveis conseguem lidar com emoções negativas do dia a dia, já aqueles que possuem a crise psicogênica mostram anormalidade frente aos gatilhos emocionais e produzem respostas comportamentais que retratam os ataques parecidos com convulsões.

DIAGNÓSTICO DA CRISE PSICOGÊNICA NÃO EPILEPTICA

Na investigação tanto médica quanto psiquiátrica, há motivo de suspeitar-se de CPNE quando o histórico de vida do paciente envolve mecanismos psicológicos. Logo, para a psiquiatria há algumas formas de definir a crise, como o DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) – IV e o CID (Código Internacional de Doenças) - 10/11, que caracterizam a conversão e os distúrbios dissociativos e, o DSM – 5 que discorre sobre as patologias neurológicas funcionais³.

De fato, os pacientes tendem a ter outras sintomatologias, como por exemplo, depressão, ansiedade e principalmente, traumas e transtorno de estresse pós-traumático. Desse modo, o diagnóstico da CPNE é indispensável, visto que, a sua não identificação pode ocasionar danos ao usuário por meio das altas doses de medicamentos anticonvulsivantes administrados no ato em que se suspeita de epilepsia. A priori, a epilepsia e a CPNE possuem diversos sinais e sintomas diferentes, como mostra a seguinte tabela 01¹⁴:

Tabela 01: Diferenças entre Crise Psicogênica Não Epiléptica e Crise Epiléptica.

Manifestações	Crise Psicogênica Não Epiléptica	Crise Epiléptica
Aura	Menos frequente	Mais frequente
Duração dos eventos ictais	>10 minutos	<70 segundos (<2 minutos para convulsões tônico-clônicas)
Padrões de convulsão	Padrões espaciais não estereotipados, menos organizados,	Progressão estereotipada e organizada

	variáveis ritmicidade e amplitude de movimentos	
Descobertas clínicas	Movimentos assíncronos dos membros, atividade clônica fora de fase, movimentos de agitação rítmicos com episódios de inatividade, movimentos laterais da cabeça, movimentos pélvicos, distônicos, postura corporal, fechamento dos olhos durante o evento	Adução bilateral e rotações externas dos membros seguidas de extensão tônica de todos os quatro membros, produção de movimentos clônicos espasmódicos antes do deslocamento ictal
Vocalização	Presente não só no início do evento, pode oscilar, persistir e estar presente, com diferentes intensidades de tom, durante todo o curso do episódio ictal	No início das convulsões
Sintomas subjetivos	Menos frequente	Mais frequente
Incontinência urinária	Menos frequente	Mais frequente
Ocorrência à noite	Menos frequente	Mais frequente
Autolesão Ictal	Menos frequente	Mais frequente

Fonte: Elaborado por ANZELLOTTI et al., (2020), adaptado pelo autor.

A descoberta da CPNE pode surgir por meio da associação de dados, como o histórico do indivíduo, análises do EEG e vídeo caseiro. Para um diagnóstico determinado, sugere-se quatro afirmações, as quais podem ser consideradas possível, provável, clinicamente estabelecida ou documentada¹⁴:

- **Possível CPNE**: casos em que uma testemunha ou o paciente relata eventos ictal, e o EEG interictal é normal. Um EEG interictal anormal também pode ser consistente com um diagnóstico de possível CPNE.
- **CPNE Prováveis**: os casos em que os eventos ictal com um indicativo semiológico de CPNE são testemunhados por um médico especialista ou avaliados por gravação de vídeo-EEG que também não indicam atividade epileptiforme ictal. Situações em que falta a observação do início do episódio do ictal ou a avaliação é feita por um médico que não tem experiência em avaliações ictal tornam a CPNE "provável".
- **CPNE clinicamente estabelecida**: casos em que um especialista em epilepsia testemunha os episódios, e os achados semióticos e objetivos são compatíveis com a CPNE. Isso inclui situações em que, por exemplo, há resistência à abertura dos olhos, a interação com o paciente durante o episódio é possível, pois mantém algum nível de consciência e responsividade parcial, ou o episódio ictal cessa à medida que o médico convence o paciente a interrompê-lo. Nenhuma atividade epileptiforme no EEG interictal ou ictal pode ser encontrada.
- **CPNE documentadas**: casos em que o diagnóstico produzido por um especialista em epilepsia levando em conta a semiologia típica da CPNE e nenhuma atividade epileptiforme relacionada ao EEG é encontrada em qualquer fase do evento ictal, ou antes e depois dele. (ANZELLOTTI, 2020, p. 8)

Aproximadamente 10% dos indivíduos que tem CPNE também possuem epilepsia, o que dificulta o diagnóstico¹⁵. Portanto, o que se procura em pacientes que possuem os dois diagnósticos são, comorbidades psiquiátricas que se relacionam com a epilepsia, a ocorrência

de uma convulsão, na qual segue a CPNE e, o aparecimento de sintomas em pessoas que estão se recuperando da epilepsia com a finalidade de chamar a atenção do cuidador¹⁶. Apesar da difícil descoberta e poucos estudos a respeito do duplo diagnóstico, o mesmo deve ser considerado quando indivíduos com epilepsia apresentam tipos não esperados de convulsões voltados às características e frequências¹⁴.

Ainda, para o diagnóstico adequado, é ideal o uso da monitorização ampliada do EEG (que fornece o registro do diferencial entre a voltagem dentre locais do cérebro durante determinado tempo) no momento em que acontece a crise. Entretanto, algumas convulsões não mostram irregularidades no devido momento, durante o monitoramento do EEG, ou pode também, haver ocultações de informações pelos movimentos, o que dificulta a distinção entre epilepsia e CPNE^{17,18}.

Quando isso ocorre, é preciso haver uma análise de dados como o histórico do indivíduo, narração daqueles que presenciou o fato, investigações clínicas, e o EEG ictal (durante a crise) e interictal (período entre convulsões)^{17,18}. Um meio que auxilia no diagnóstico da CPNE é o vídeo caseiro, quando gravado por um familiar a ocorrência da crise, visto que, torna possível a averiguação e procura por sinais que a diferencia da epilepsia, e que caracteriza a crise não epiléptica.

Em resumo, um diagnóstico fidedigno é feito quando, a história de vida do paciente é adaptável a CPNE, os sinais e sintomas estabelecem associação à CPNE quando avaliados e correlacionado-os com o EEG e as crises não possuem padrões rítmicos em todas as fases (antes, durante e após o ocorrido). Uma norma significativa e que representa 85% de acerto para a CPNE, é a denominada “2 s”, quando ao menos dois EEG realizados mostram resultados normais, em companhia de dois episódios de crises a cada sete dias e, resistência à duas drogas antiepilépticas¹⁹.

FORMAS DE TRATAMENTOS PARA PORTADORES DE CRISE PSICOGÊNICA NÃO EPILEPTICA

No âmbito dos atendimentos e análises voltados à CPNE, devido a falta de pesquisas sobre tomadas de decisões adequadas, o encaminhamento dos pacientes quando recebidos nos atendimentos básico e hospitalar, é realizado para que se direcionem à especialistas em convulsão epiléptica. Sobretudo, o tratamento por meio de fármacos não é indicado, visto que

a CPNE não responde a medicação e não causa sequelas diretas, podendo assim, ser tratada por meio de interferências verbais e comportamentais²⁰.

O tratamento farmacológico (antidepressivos e ansiolíticos) pode ocorrer quando há outras intercorrências e diagnósticos além da CPNE, dado que, indivíduos com tal crise são suscetíveis a terem outros tipos de transtornos, ansiedade e/ou depressão, assim, há a prescrição de medicamentos para melhor controle dos sintomas. Em continuidade, o tratamento mental, volta-se para diversos tipos de terapias, como por exemplo, a analítica cognitiva, psicodinâmica, interpessoal, hipnoterapia e familiar, além da necessidade de acompanhamento e monitoramento²¹. Caso não tratada, a CPNE pode debilitar o sistema cerebral e assim, reestabelecer as incitações de estresses, tornando-as constantes, o que pode resultar em um problema clínico crônico com difícil restauração²².

Para Toffa²³ (2020), “Independentemente do nível de certeza no diagnóstico da CPNE, é importante posteriormente encaminhar o paciente para acompanhamento epiléptico e neuropsiquiátrico.” De fato, o encaminhamento à especialistas facilita a descoberta e promove com mais facilidade a investigação de epilepsia associada, a fim de tratar o quanto antes.

Após o diagnóstico, o tratamento pode ser dividido em três partes. A primeira etapa está voltada à comunicação da descoberta. O diálogo empático e positivo, pode ser realizado para com o paciente na presença de familiares como forma de método para melhor entendimento. O artigo “Convulsões psicogênicas não epiléticas em crianças e adolescentes: Parte II – explicações às famílias, tratamento e desfechos em grupo”, descreve um exemplo de abordagem do médico para com a família e uma paciente chamada Mary²²:

Deve estar muito aliviado por Mary não ter convulsões epiléticas e que ela não tenha nenhuma doença cerebral desagradável. Mary tem convulsões não epiléticas, que são causadas por estresse. Tem havido muita pesquisa sobre esses tipos de convulsões nos últimos 10 anos. Agora os pesquisadores têm algumas hipóteses muito boas sobre o que pode estar acontecendo. Parece que o cérebro é muito sensível aos efeitos do estresse. Agora, quando digo "estresse", quero dizer qualquer evento que o corpo ache estressante – doença, lesão ou sofrimento emocional causado por eventos estressantes da vida ou por trauma. Agora, no caso de Mary, parece que [os estressores restados na história da família] ativaram seu sistema de estresse – incluindo sistemas de estresse em seu cérebro. Sabemos que seu sistema de estresse é ativado porque seu corpo está sinalizando isso de várias maneiras: [identificar os sintomas relacionados ao estresse sofridos pela criança, como dor, aumento da frequência respiratória, aumento da frequência cardíaca]. Parece que o sistema de estresse da Mary foi ligado, mas não está desligando como deveria. Convulsões não epiléticas são apenas outro tipo de sintoma de estresse. Mary também é uma menina, e ela é pós-pubertal. Todos esses transtornos relacionados ao estresse são mais comuns em meninas porque os hormônios sexuais femininos também ativam o sistema de estresse. (KOZLOWSKA *et al*, 2018, p. 166)

De fato, as respostas de defesa do corpo são antecipadas por alterações na excitação. Assim, a CPNE pode ser desencadeada por meio da elevação súbita na excitação cortical, o que leva uma suspensão funcional (dissociação) de áreas cerebrais que atuam juntas²². Com base nisso, o artigo “Convulsões psicogênicas não epiléticas em crianças e adolescentes: Parte II – explicações às famílias, tratamento e desfechos em grupo” também ressalta explicações caso a família queira entender a respeito do assunto com mais exatidão²²:

As partes mais novas do cérebro (o córtex) são muito sensíveis ao estresse e podem ser interrompidas pelo estresse e por hormônios do estresse (catecolaminas e opioides endógenos). Quando a função cerebral é interrompida, as partes do cérebro que processam excitação e emoções – regiões de processamento de emoções – tornam-se hiperativas, e parecem interromper programas motor-sensoriais e causar todos os tipos de sintomas motores e sensoriais estranhos. No caso de Mary, ela tem [descrever todos os sintomas funcionais motores e sensoriais sofridos pela criança]. Às vezes, quando há aumentos repentinos na excitação, o cérebro estressado é empurrado para o limite de sua capacidade. Quando isso acontece, as partes mais antigas do cérebro (o tronco cerebral), que geralmente são controladas pelo córtex, podem sair do controle, nesse caso Mary pode ter uma convulsão não epilética. Sabemos que você nunca ouviu falar de convulsões não epiléticas antes, mas vemos crianças e adolescentes com convulsões não epiléticas o tempo todo. Vimos algumas crianças que se apresentaram como Mary. Há muitos nomes diferentes para essas convulsões não epiléticas, então vou escrever todos para você. Por favor, tenha cuidado se você procurá-los na Internet, porque adultos com essa condição não se importam muito bem, enquanto as crianças fazem muito bem – então você não quer ler coisas na Internet que não se aplicam a Mary. Para tratar Mary, precisaremos ajudá-la a aprender a lidar com o estresse e como regular melhor a resposta de seu corpo e cérebro ao estresse. Isso pode ser difícil no início, e até mesmo os adultos acham difícil de fazer. Mas nós realmente tivemos muito sucesso com as crianças, e também precisaremos trabalhar com sua família e a escola de Mary para tentar gerenciar os problemas complicados que você levantou. (KOZLOWSKA *et al*, 2018, p. 166)

Em sequência, a segunda parte está ligada à intervenção terapêutica aguda, como análises psiquiátricas, o que se deve levar em consideração que, somente 5% dos pacientes não possuem transtornos e estressores²⁴. Com base na estratégia de tratamento, ainda, medicamentos anticonvulsivantes devem ser interrompidos, exceto se o indivíduo tenha apresentado efeitos benéficos ao uso¹⁷.

Logo, a parte final volta-se às medidas de intervenções de longo período, que compreendem psicoterapia e fármacos para outras comorbidades psicológicas¹⁷. Dentre a psicoterapia e a terapia cognitivo-comportamental, a última citada possui mais eficácia^{25,26}. Além dessas, a terapia psicodinâmica também pode contribuir de forma significativa para com o tratamento da CPNE^{27,28}.

CONCLUSÃO

De fato, é evidente que a crise convulsiva pode ser confundida com a crise psicogênica devido as semelhanças entre si. Desse modo, apesar da chance de um indivíduo ser acometido por ambas, pode haver o repasse de diagnóstico e tratamento errôneos, os quais podem causar danos graves ao portador como: efeitos adversos de medicamentos anticonvulsivantes, continuidade dos eventos e qualidade de vida prejudicada.

Sobretudo, é necessário que equipes de saúde tenham conhecimento a respeito da tomada de decisões e de momentos em que deve suspeitar de CPNE. Assim, diante de qualquer ocorrência aparente, é papel do profissional buscar investigar detalhadamente o histórico de vida do indivíduo e encaminhá-lo para a realização do EEG, a fim de descartar ou confirmar de maneira correta o diagnóstico e oferecer um tratamento resolutivo.

Depressão, ansiedade, traumas e transtorno de estresse pós-traumático são capazes de acompanhar ou desencadear a CPNE. Portanto, quando houver a ocorrência da crise, é necessário que familiares observem a duração e frequência, além de procurar por comorbidades mentais e situações de sofrimento do cotidiano do portador, a fim de ajudá-lo a lidar com tais problemas.

Acredita-se que ao realizar esta pesquisa foi possível expor por meio deste artigo questões pertinentes de análise a respeito dos sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento da CPNE. Logo, a resolução do problema acontece quando identificada a crise e tratada adequadamente, assim, é possível que haja a formação de vínculo entre paciente e familiares quando revisto possíveis traumas e aprimorado tentativas em superá-los, facilidade e conhecimento em tomada de decisões dos familiares diante dos episódios, redução de gastos, melhor qualidade de vida e engajamento no meio social do indivíduo, e ainda, a possibilidade de descontinuidade dos episódios epilépticos de origem psicogênica.

REFERÊNCIAS

1. LISKE, E.; FORSTER, Francis M. **Pseudoseizures a problem in the diagnosis and management of epileptic patients**. Neurology, Minneápolis, v. 14, n. 41, p. 41, 1964.

2. GOODWIN, Jean; GROSS, Meir. **Pseudoseizures and Incest**. American Journal of Psychiatry, v. 153, 1979.
3. LANZILLOTTI, Alejandra Inés, et al. **Updated Review on the Diagnosis and Primary Management of Psychogenic Nonepileptic Seizure Disorders**. Neuropsychiatric Disease and Treatment, Buenos Aires, v. 17, p. 1825-1838, 2021.
4. SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. Cortez, São Paulo, p. 1-274, 2013.
5. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª edição. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.
6. CERVO, Amado Luiz, et al. **Metodologia Científica**. Pearson Prentice Hall, São Paulo, 2007.
7. DEMO, Pedro. **Metodologia do Conhecimento Científico**. Atlas, São Paulo, 2013.
8. BOCCATO, Vera Regina Casari. **Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação**. Rev. Odontol. Univ. Cidade São Paulo, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 265-274, 2006.
9. JR, William Curt Phillip Lafrance, et al. **Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: A staged approach**. Epilepsia: Official Journal of the International League Against Epilepsy, v. 54, n. 11, p. 2005-2018, 2013.
10. BREUER, Josef; FREUD, Sigmund. **Studies on hysteria (1893-1895)**. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, v. 2, 1955.
11. MOORE, Pascale M.; BAKER, Gus A. **Non-epileptic attack disorder: a psychological perspective**. Elsevier, Liverpool, v. 6, p. 429-434, 1997.
12. BOWMAN, Elizabeth. **Why Conversion Seizures Should Be Classified as a Dissociative Disorder**. Psychiatric Clinics of North America, v. 29, n. 1, p. 185-211, 2006.

13. BASLET, Gaston. **Psychogenic non-epileptic seizures: A model of their pathogenic mechanism.** Elsevier, v. 20, n. 1, p. 1-13, 2011.
14. ANZELLOTTI, Francesca, et al. **Psychogenic Non-epileptic Seizures and Pseudo-Refractory Epilepsy, a Management Challenge.** Frontiers in Neurology: Epilepsy, v. 11, n. 461, p. 1-14, 2020.
15. LABINER, David M., et al. **Essential services, personnel and facilities in specialized epilepsy centers-revised 2010 guidelines.** Epilepsia, Minneapolis, v. 51, n. 11, p. 2322-2333, 2010.
16. KUTLUBAEV, Mansur A., et al. **Dual diagnosis of epilepsy and psychogenic nonepileptic seizures: systematic review and meta-analysis of frequency, correlates and outcomes.** Epilepsy e Behavior, v. 89, p. 70-78, 2018.
17. JR, William Curt Phillip Lafrance, et al. **Management of psychogenic nonepileptic seizures.** Psychiatric Disorders in Epilepsy, Rhode Island, v. 54, p. 53-67, 2013.
18. DAVIS, Bradley John. **Predicting nonepileptic seizures utilizing seizure frequency, EEG, and response to medication.** European Neurology, v. 51, n. 3, 2004.
19. CUTHILL, Fiona M.; ESPIE, Colin A. **Sensitivity and specificity of procedures for the differential diagnosis of epileptic and non-epileptic seizures: A systematic review.** Seizure, v. 14, p. 293-303, 2005.
20. JUNGILLIGENS, Johannes, et al. **Misdiagnosis of prolonged psychogenic non-epileptic seizures as status epilepticus: epidemiology and associated risks.** Journal of Neurology, Neurosurg, and Psychiatry, Alemanha, v. 92, p. 1341-1345, 2021.
21. MARTLEW, Jayne, et al. **Psychological and behavioural treatments for adults with non-epileptic attack disorder.** Cochrane Database of Systematic Reviews, Nova Jersey, p. 1-43, 2014.
22. KOZLOWSKA, Kasia, et al. **Psychogenic non-epileptic seizures in children and adolescents: Part II – explanations to families, treatment, and group outcomes.** Clinical Child Psychology and Psychiatry, Westmead/Austrália, v. 23, n. 1, p. 160-176, 2018.

23. TOFFA, Dènahin Hinnoutondji, et al. **The first-line management of psychogenic non-epileptic seizures (PNES) in adults in the emergency: a practical approach.** Acta Epileptologica, v. 2, n. 7, p. 1-11, 2020.
24. WITGERT, Mariana E., et al. **Frequency of panic symptoms in psychogenic nonepileptic seizures.** Epilepsy Behavior, v. 6, 2005.
25. GOLDSTEIN; Laura Hilary, et al. **Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures.** Neurology, Londres, v. 74, p. 1986-1994, 2010.
26. MAYOR, Rebecca, et al. **Long-term outcome of brief augmented psychodynamic interpersonal therapy for psychogenic nonepileptic seizures: seizure control and health care utilization.** Full-Length Original Research 1169, Sheffield, v. 51, n. 7, p. 1169-1176, 2010.
27. CONWILL, Martin, et al. **CBT-based group therapy intervention for nonepileptic attacks and other functional neurological symptoms: a pilot study.** Epilepsy e Behavior, v. 34, p. 68-72, 2014.
28. WISEMAN, Hannah, et al. **A multicenter evaluation of a brief manualized psychoeducation intervention for psychogenic nonepileptic seizures delivered by health professionals with limited experience in psychological treatment.** Epilepsy e Behavior, v. 63, p. 50-56, 2016.