

# Neurologia:

DIAGNÓSTICOS, TRATAMENTOS E CIRURGIAS

EDIÇÃO IV

## Capítulo 7

### CRISES NÃO EPILÉPTICAS PSICOGÊNICAS

Bruna Carolina Gonzaga De Araujo<sup>1</sup>  
Isadora Carla Santos Bernardino<sup>1</sup>  
Viviane Lozano Espasandines<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Discente - Medicina da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO/Afya)

<sup>2</sup>Docente - Gastroenterologia/Prática Médica da Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO/Afya) e Propedêutica/Clínica médica da Universidade Estácio de Sá (IDOMED)

*Palavras- Chave:* Convulsões psicogênicas não epilêpticas; Transtorno conversivo; Epilepsia.

## INTRODUÇÃO

As crises não epiléticas psicogênicas (CNEPs) manifestam-se de maneira súbita com alterações motoras, sensoriais, autonômicas e/ou comportamentais, semelhantes visualmente à episódios epiléticos, possuindo, entretanto, origem psicológica e ausência de alterações elétricas ao eletroencefalograma (EEG), assim como justificativas estruturais e orgânicas para a sua ocorrência (ASADI-POOYA *et al.*, 2019; PAOLA, 2022). Em virtude da similaridade clínica entre as CNEPs e as crises epiléticas (CE), torna-se complexa a realização do diagnóstico, dificultado pela concomitância de ambas as condições clínicas em 5-50% dos indivíduos, tornando desafiador a diferenciação e o manejo terapêutico (BROWN & REUBER, 2016; ASADI-POOYA *et al.*, 2019; MARCHETTI & PROENÇA, 2019; WALTHER *et al.*, 2020; LANZILLOTTI *et al.*, 2021; JONES & RICKARDS, 2021).

Quanto às características epidemiológicas, observa-se maior prevalência no sexo feminino, com início entre 15 e 30 anos de idade e atraso diagnóstico médio de 7 a 8 anos (PEREZ & LAFRANCE, 2016; BROWN & REUBER, 2016; MARCHETTI & PROENÇA, 2019; WALTHER *et al.*, 2020; HUFF *et al.*, 2024). Nesse contexto, nota-se em estudos prévios, a correlação do histórico de exposição a eventos potencialmente traumáticos, como abusos emocionais, físicos e/ou sexuais e negligência, sobretudo, na infância, com o desenvolvimento e manifestação dos episódios de natureza psicogênica. Entretanto, apesar da possível associação, não se trata de fatores determinantes para o surgimento das crises (BROWN & REUBER, 2016; JONES & RICKARDS, 2021; MARCHETTI & PROENÇA, 2019; HUFF *et al.*, 2024).

Estima-se que cerca de 20-30% dos indivíduos diagnosticados com Epilepsia apresentam, na realidade, CNEPs, fazendo com que o reconhecimento e tratamento, sejam realizados de maneira tardia e equivocada, em razão do ínfimo conhecimento por parte dos profissionais da saúde acerca da neurobiologia e das manifestações clínicas das crises psicogênicas, comprometendo a suspeita diagnóstica (ASADI-POOYA *et al.*, 2019; PAOLA, 2022).

O diagnóstico é realizado através da execução do vídeo-eletroencefalograma (VEEG), considerado padrão-ouro para a identificação e confirmação diagnóstica, que possibilita a análise elétrica cerebral durante a ocorrência dos episódios paroxísticos descritos pelo paciente e seus familiares, contribuindo para a exclusão de causas médicas clinicamente semelhantes (PEREZ e LAFRANCE, 2016; LANZILLOTTI *et al.*, 2021; HUFF *et al.*, 2024).

## MÉTODO

Este estudo consiste em uma revisão narrativa da literatura realizada no período de agosto de 2023 a junho de 2024. O levantamento bibliográfico foi feito utilizando-se artigos científicos indexados nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *National Library of Medicine - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (NLM/MEDLINE), *European Journal of Epilepsy e ScienceDirect*, associado a pesquisa em acervos digitais, livros de neurologia, psiquiatria e neuropsiquiatria. A seleção dos materiais foi efetuada empregando-se os descritores: Crises não epiléticas psicogênicas, Crises não epiléticas e CNEP, na língua portuguesa e em seus correspondentes em inglês e espanhol. Os critérios de inclusão foram: artigos e estudos nos idiomas inglês, português e espanhol, publicados no período de 2014 a

2024 que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos de todos os tipos disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos e conteúdos que não contemplaram o objetivo do estudo e publicado no período anterior ao descrito.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Definição

As CNEPs tratam-se de episódios súbitos, involuntários e autolimitados que se apresentam com manifestações clínicas motoras, mentais, sensoriais, comportamentais e/ou autonômicas, similarmente às visualizadas em quadros epilépticos, entretanto, na ausência de atividades de padrão epileptiforme visualizadas em CE. Apesar do ínfimo conhecimento acerca da neurobiologia deste transtorno, postula-se que sua ocorrência esteja relacionada a mecanismos psicológicos de defesa, gerados inconsciente e involuntariamente, em resposta à experiências de natureza traumática ou conflituosa vivenciadas pelo indivíduo, levando à conversão do sofrimento psíquico em sinais e sintomas físicos (PEREZ & LAFRANCE, 2016; BROWN & REUBER, 2016; ASADI-POOYA *et al.*, 2019; MARCHETTI & PROENÇA, 2019; WALTHER *et al.*, 2020; LANZILLOTTI *et al.*, 2021; JONES & RICKARDS, 2021; PAOLA, 2022).

Nesse contexto, não há consenso acerca da nomenclatura e definição da CNEPs pelas contemporâneas nosografias psiquiátricas. Diversas nomenclaturas foram atribuídas a esses episódios ao longo do tempo, apregoados, em sua maioria, de forma depreciativa e inadequada, como: “histeria”, “epilepsia histérica”, “crises não-epilépticas”, “pseudo-crisis”, “pseudo-crisis psicogênicas”, “crises psicogênicas”, “ataques não-epilépticos psicogênicos”, entretanto, o termo “crises não epilépticas psicogênicas” é

o mais utilizado na literatura científica atual. Além das divergências concernentes a nomenclatura, na psiquiatria, a definição para CNEPs não se encontra claramente estabelecida, ora classificada pela 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e 10/11ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) como transtornos conversivos e dissociativos, ora como transtornos neurológicos funcionais pela 5ª edição do DSM (BROWN & REUBER, 2016; MARCHETTI & PROENÇA, 2019; LANZILLOTTI *et al.*, 2021; HUFF *et al.*, 2024).

### Etiologia e fisiopatologia

A etiologia e fisiopatologia das crises psicogênicas é pouco compreendida. Postula-se que a gênese e manutenção dos episódios seja resultante da complexa interação de componentes genéticos, biológicos, psicológicos, ambientais e sociais, não havendo consenso etiológico em virtude da considerável heterogeneidade de apresentações e comorbidades, sobretudo psiquiátricas, presentes em indivíduos com CNEPs (BROWN & REUBER, 2016; LANZILLOTTI *et al.*, 2021; PAOLA, 2022; HUFF *et al.*, 2024). Sabidamente, os eventos paroxísticos de natureza psicogênica mimetizam quadros epilépticos, não havendo, porém, justificativas epileptiformes para sua ocorrência (LI *et al.*, 2015; MARCHETTI & PROENÇA, 2019; CARLSON, 2023).

Acredita-se que os episódios sejam respostas comportamentais involuntárias e inconscientes desencadeadas por um mecanismo psicológico de defesa diante de cenários traumáticos ou conflitantes, onde a angústia emocional e psíquica é expressa através de sinais e sintomas físicos (BROWN & REUBER, 2016; MARCHETTI & PROENÇA, 2019; LANZILLOTTI *et al.*, 2021; CARLSON, 2023; HUFF *et al.*,

2024). De maneira geral, acredita-se que a exposição contínua a eventos estressores, assim como a acontecimentos agudos e significativamente impactantes, relaciona-se com o início e a manutenção das crises (BROWN & REUBER, 2016).

Nesse contexto, diversos fatores são relevantes para a gênese e precipitação das CNEPs, entre eles: exposição à episódios traumáticos, abuso psicológico, físico ou sexual, negligência emocional, convívio familiar disfuncional, contato pessoal ou profissional com indivíduos com Epilepsia, presença de doenças neurológicas e experiências de transe de natureza social ou religiosa (MARCHETTI & PROENÇA, 2019; HUFF *et al.*, 2024). Dessa forma, estudos evidenciaram que a vivência traumática, de qualquer natureza, se caracteriza como o principal fator predisponente para o desenvolvimento das CNEPs (BROWN & REUBER, 2016; MARCHETTI & PROENÇA, 2019; LANZILLOTTI *et al.*, 2021; JONES & RICKARDS, 2021). Cabe destacar, porém, que o histórico de traumas durante a infância não é obrigatório, tendo em vista a ocorrência de crises psicogênicas em indivíduos com ausência deste fator de risco. Postula-se que eventos dessa natureza tornem o indivíduo vulnerável ao desenvolvimento das crises psicogênicas, mas não sejam um fator determinante para o seu surgimento (BROWN & REUBER, 2016; JONES & RICKARDS, 2021).

Além disso, diversos estudos realizaram, em busca dos componentes etiológicos, exames de neuroimagem funcional e estrutural que evidenciaram anormalidades no sistema límbico, incluindo córtices pré-frontal, cíngulo e insular, giros hipocampais, para-hipocampais e amígdala, associado a alterações e integrações funcionais anormais entre circuitos neurais cerebrais, implicando em déficits na regulação

emocional, controle executivo e cognitivo, assim como em redes sensorio-motoras em pacientes com CNEPs (LI *et al.*, 2015; PEREZ & LAFRANCE, 2016; SZAFIARSKI & LAFRANCE, 2018; HUFF *et al.*, 2024).

### **Quadro clínico**

As crises de origem psicogênica constituem um grupo heterogêneo do ponto de vista semiológico, apresentando expressões clínicas variáveis com a ausência de sinais e sintomas patognomônico que possibilitem o reconhecimento e a confirmação diagnóstica com base apenas na análise visual das crises. Cabe ressaltar, que a presença comórbida de condições psiquiátricas e/ou neurológicas, tornam sua apresentação clínica mais complexa e diversificada (PEREZ & LAFRANCE, 2016; LANZILLOTTI *et al.*, 2021; HUFF *et al.*, 2024).

Nesse contexto, estudos evidenciaram achados semiológicos que, embora inespecíficos, sugerem a origem psicogênica das crises, como: ataques hipercinéticos/hipermotores (movimentação de membros e troncos), ataques distônicos axiais (extensão ou flexão do tronco), irresponsividade, movimentos lado a lado da cabeça, longa duração, postura distônica prolongada ou opistótono, movimentos em báscula do quadril, não envolvimento da musculatura facial, presença de choro copioso e oclusão ocular durante as crises, ausência de cianose, modificação dos movimentos na presença do examinador, desencadeamento de crises por sugestão, sensações somáticas incomuns e alucinações (auditivas, visuais ou olfativas) (MARCHETTI & PROENÇA, 2019; JAFARI *et al.*, 2020; LANZILLOTTI *et al.*, 2021). Além disso, a ocorrência de lesões durante os episódios, como mordedura de língua, queda, traumas e perda do controle esfinteriano, embora mais frequentes em CE, também podem ser visualizadas, eventualmente, em CNEPs (MARCHETTI & PROENÇA, 2019;

LANZILLOTTI *et al.*, 2021). Adicionalmente, os pacientes com crises psicogênicas relatam, por vezes, sintomas dissociativos, como desrealização (fragmentação da experiência interna do mundo exterior) e/ou despersonalização (fragmentação e compartimentalização da auto-percepção e do esquema corporal) (PEREZ &

LAFRANCE, 2016). Portanto, em virtude do amplo espectro de apresentações clínicas, em sua maioria, pouco específicas, a análise detalhada e concomitante das características clínicas e históricas de cada paciente possibilita melhor reconhecimento e caracterização das CNEPs (**Quadro 7.1**).

**Quadro 7.1** Características clínicas e históricas que sugerem CNEPs

Características clínicas	Características históricas
Capacidade do observador de modificar a atividade motora do paciente	Transtornos psiquiátricos associados (muitas vezes múltiplos)
Comportamento de evitação durante convulsões	Ondas de convulsões ou pseudoestado de mal epilético recorrente que levam a múltiplas visitas ao pronto-socorro ou hospitalizações
Movimentos assíncronos dos membros	Alta frequência de convulsões
Mudança na sintomatologia	História de abuso sexual ou físico
Olhos fechados durante convulsões ou resistência à abertura das pálpebras	Diversos sintomas físicos inexplicados
Postura distônica (incluindo opistótono)	Falta de preocupação ou uma resposta emocional excessiva ou exagerada
Gatilho emocional/situacional para o início da convulsão	Sem histórico de lesões por convulsões
Ictal chorando	Ausência de resposta a medicamentos antiepiléticos ou aumento paradoxal de convulsões com tratamento com medicamentos anti-epiléticos
Se houver mordedura da língua, geralmente a ponta	Experiência pessoal, familiar ou profissional com epilepsia
Atividade motora intermitente ou crescente e decrescente	Convulsões ocorrem apenas na presença de outras pessoas ou quando o paciente está sozinho
Início gradual dos ataques	
Progressão não fisiológica	
Atividade convulsiva com duração > 2 ou 3 minutos	
Movimentos pélvicos rítmicos	
Movimentos fora de fase	
Movimentos laterais da cabeça	

Fonte: adaptado e traduzido de Jafari *et al.*, 2020.

### **Diferenciação entre crises não epilépticas psicogênicas e crises epilépticas**

A epilepsia é uma doença neurológica definida por qualquer uma das seguintes condições: duas crises não provocadas ocorrendo em um intervalo inferior a 24h; uma crise não provocada (única) e a probabilidade de recorrência estimada em 60%; a confirmação de uma síndrome epiléptica. Trata-se, portanto, de uma condição médica comum em que os episódios, raramente, são presenciados no ambiente ambulatorial, semelhante às CNEPs. As duas condições clínicas cursam, invariavelmente, com episódios paroxísticos, caracterizados por alteração ou perda de consciência associada a manifestações comportamentais diversas. Portanto, em virtude da difícil diferenciação diagnóstica, inúmeros estudos foram realizados em busca de características que possibilitem o reconhecimento da origem dos episódios apresentados (JARAMILLO-JIMENEZ *et al.*, 2019; MARCHETTI & PROENÇA, 2019; BEIMER & LAFRANCE, 2022).

Nesse contexto, os principais discriminadores clínicos e semiológicos entre CE e CNEPs,

em eventos com apresentação motora predominante, foram descritos. Notou-se que as crises de origem psicogênica possuíam dados sugestivos, que divergiam dos visualizados em episódios epilépticos, favorecendo a suspeição diagnóstica, entre eles: início gradual e progressão não fisiológica das crises, atividade motora descontínua, movimentos fora de fase dos membros, movimentos de lado a lado da cabeça, duração prolongada, postura distônica prolongada ou opistótono, movimentos em báscula do quadril, não envolvimento da musculatura facial, choro copioso ictal, ausência de cianose, movimentos modificados por examinador, manutenção dos olhos fechados durante o episódio, a ocorrência de crises induzidas por sugestão e pós-recordação ictal de informações do período de crise (PEREZ & LAFRANCE, 2016; JARAMILLO-JIMENEZ *et al.*, 2019; MARCHETTI & PROENÇA, 2019; BEIMER & LAFRANCE, 2022). Dessa forma, a avaliação sistemática destes sinais em pacientes com CNEP e controles com CE elucidou características semiológicas ictais e clínicas como objeto de apoio para diferenciação diagnóstica (**Quadro 7.2**) (HUFF *et al.*, 2024).

**Quadro 7.2** Características semiológicas ictais e clínicas de diferenciação diagnóstica

Características clínicas e Semiologia Ictal	CNEPs	CE
<b>Idade de início</b>	Todas as idades, sendo mais comum entre 15 a 20 anos	Todas as idades, mas mais comum em crianças, na faixa etária dos 20 anos e após os 50 anos
<b>Sexo</b>	Predominância feminina (3:1)	Nenhuma diferença aparente de acordo com o sexo
<b>Aura</b>	Menos frequente	Mais frequente
<b>Duração dos eventos motores ictais</b>	Frequentemente > 10 minutos	1-2 minutos
<b>Observações clínicas</b>	Movimentos assíncronos dos membros Atividade clônica fora de fase Agitação rítmica intercalada com períodos de inatividade  Movimentos laterais da cabeça Impulso pélvico Postura corporal distônica Olhos fechados durante o ictus Apresentam proteção dos braços durante queda	Adução bilateral e rotação externa dos membros, seguida por extensão tônica dos quatro membros e movimentos espasmódicos clínicos subsequentes  Olhos abertos durante o ictus Não protegem o rosto durante as quedas
<b>Grito ictal e outras vocalizações</b>	Pode estar presente no início do ictal, persistir ou flutuar; Choro ou gritos são comuns.	Ocorre com o início das crises
<b>Sintomas subjetivos</b>	Menos frequentes	Mais frequentes
<b>Incontinência urinária durante o ictus</b>	Menos frequente ou raro	Mais frequente
<b>Autolesão ictal (por exemplo, morder a língua)</b>	Menos frequente  Mordidas de língua costumam ocorrer na linha média	Mais frequentes  As mordidas de língua, geralmente, ocorrem na face lateral da língua
<b>Início noturno</b>	Menos frequente	Mais frequente

**Fonte:** adaptado e traduzido de Huff *et al.*, 2024.

Adicionalmente, foram descritos dados pouco prevalentes em pacientes epiléticos e altamente sugestivos de CNEPs, são eles: frequência elevada de crises, ausência de resposta ao tratamento, mudanças frequentes na semiologia das crises, fatores desencadeantes de cunho emocional, episódios nunca testemunhadas por circunstâncias, preocupação excessiva ou descaso paradoxal com as crises, antecedentes de abuso, procedência de ambiente conflituoso

familiar ou conjugal, contato prévio com indivíduos com epilepsia, antecedentes de admissões emergenciais com sintomas indefinidos, história de tratamento psiquiátrico e/ou de múltiplos procedimentos invasivos (PICK *et al.*, 2016; JARAMILLO-JIMENEZ *et al.*, 2019; MARCHETTI & PROENÇA, 2019; ANZELLOTTI *et al.*, 2020).

Ademais, quando analisados de maneira detalhada, os indivíduos que apresentam crises

psicogênicas possuem estilo de comunicação característico, pouco objetivo, com inconsistências factuais, não demonstrando esforço para realizar descrições detalhadas dos sintomas, podendo apresentar resistência ou negar conhecimento acerca dos episódios quando questionados, além de expressiva teatralidade e dramaticidade nos relatos. Em contrapartida, pacientes epiléticos esforçam-se para fornecer relatos detalhados acerca da sintomatologia e ocorrência dos quadros, ocultando os desdobramentos negativos relacionados a sua ocorrência (BROWN e REUBER, 2016; PICK *et al.*, 2016; ANZELLOTTI *et al.*, 2020; SLOCUM, 2021). Além disso, indivíduos com CNEPs buscam constantemente aceitação e compartilhamento, relatando rejeição e incompreensão por pessoas próximas, amigos, cônjuges e familiares (MARCHETTI & PROENÇA, 2019).

De maneira geral, o VEEG é realizado em casos de dúvida diagnóstica, facilitando a documentação simultânea da apresentação clínica das crises e dos achados eletroencefalográficos. Indivíduos que apresentam episódios paroxísticos na ausência de descargas elétricas cerebrais anormais são diagnosticados com CNEPs (BARONI *et al.*, 2018; PICO *et al.*, 2020). Entretanto, os eletrodos superficiais, localizados no couro cabeludo, podem não identificar descargas ictais geradas em eventos epiléticos específicos dificultando a distinção apesar do uso do VEEG. Nesse contexto, se houver a suspeita da concomitância clínica de episódios psicogênicos e epiléticos, pode-se realizar, embora controverso, a indução de crises por intermédio de técnicas de hiperventilação, estimulação fótica, privação de sono, sugestão, uso de solução salina intravenosa ou de algodões embebidos em álcool (PEREZ e LAFRANCE, 2016; MARCHETTI & PROENÇA, 2019; BORA *et al.*, 2021; HUFF *et al.*, 2024).

Por fim, as análises de testes laboratoriais, apesar da limitada utilidade e reduzido valor pragmático, também foram abordadas em diversos estudos em busca de instrumentos que facilitem a diferenciação diagnóstica. Notou-se aumento dos níveis séricos de prolactina e da enzima creatina quinase pós-ictal em CE, mantidos inalterados após episódios psicogênicos (PEREZ & LAFRANCE, 2016; HUFF *et al.*, 2024). Associadamente, observou-se aumento basal do cortisol em indivíduos com CNEPs quando comparados a pacientes epiléticos (JAFARI *et al.*, 2020; HUFF *et al.*, 2024). Dessa forma, apesar das divergências laboratoriais visualizadas, a avaliação de fatores hormonais e enzimáticos ainda apresentam utilidade discriminativa limitada, sem demonstrações suficientemente consistentes para a diferenciação dessas condições clínicas (MARCHETTI & PROENÇA, 2019; HUFF *et al.*, 2024).

### **Diagnóstico**

As manifestações clínicas das CNEPs assemelham-se significativamente com eventos epiléticos, dificultando a realização precoce e assertiva do diagnóstico (ASADI-POOYA *et al.*, 2019; LANZILLOTTI *et al.*, 2021). Dessa forma, cerca de 20 a 30% dos indivíduos adultos com diagnóstico de Epilepsia de difícil controle, podem, na realidade, não apresentar nenhum componente epilético na gênese das crises (PAOLA, 2022). Nesse contexto, nota-se atraso significativo de 7 a 8 anos, em média, entre o início das crises e a comunicação assertiva do diagnóstico, causando a exposição iatrogênica dos pacientes a procedimentos e tratamentos direcionados, equivocadamente, a CE (MARCHETTI e PROENÇA, 2019; LANZILLOTTI *et al.*, 2021; PAOLA, 2022; HUFF *et al.*, 2024). Além disso, a maior familiaridade, principalmente, por parte dos médicos neurologistas, com protocolos de identificação, diag-

nóstico e tratamento de eventos epilépticos contribui para a elevada taxa de equívocos no reconhecimento das crises psicogênicas (PAOLA, 2022). Adicionalmente, os custos financeiros demandados para a oferta dos cuidados de saúde a pacientes com CNEPs ainda não diagnosticados ou diagnosticados erroneamente é substancial, onerando o sistema de saúde e elevando as taxas de desemprego e incapacidade funcional (PEREZ & LAFRANCE, 2016; JAFARI *et al.*, 2020).

Nesse contexto, o processo de elucidação diagnóstica conta com a coleta minuciosa dos dados clínicos durante a anamnese, abordando sistematicamente os fatores precipitantes, os estados prodrômicos, a duração e evolução das crises, os fatores de melhora e piora, assim como a presença ou não de sintomas pós-ictal (MARCHETTI & PROENÇA, 2019; HUFF *et al.*, 2024). Arelado a isso, urge a exclusão de causas médicas que cursam com manifestações clínicas similares, principalmente, as de origem epileptogênica (MARCHETTI & PROENÇA, 2019; LANZILLOTTI *et al.*, 2021; HUFF *et al.*, 2024). Cabe reforçar que a realização isolada do EEG não fornece informações suficientes para a distinção diagnóstica em virtude da coexistência de CNEPs e CE em alguns indivíduos e, também, pela possibilidade da liberação de descargas epilépticas que não são captadas por eletrodos localizados no couro cabeludo, aumentando a complexidade do quadro (BROWN & REUBER, 2016; MARCHETTI & PROENÇA, 2019; JAFARI *et al.*, 2020; LANZILLOTTI *et al.*, 2021; CARLSON, 2023; HUFF *et al.*, 2024) Logo, a realização do VEEG é essencial para a diferenciação das crises, possibilitando a monitorização da atividade elétrica cerebral e comportamental durante os episódios (PEREZ & LAFRANCE, 2016; LANZILLOTTI *et al.*, 2021; MARCHETTI e PROENÇA, 2019).

Entretanto, apesar do aumento significativo do reconhecimento das CNEPs nos últimos anos com o advento do VEEG, o seu diagnóstico continua sendo um desafio, sobretudo pelo elevado custo e reduzida acessibilidade ao exame (MARCHETTI & PROENÇA, 2019; LANZILLOTTI *et al.*, 2021). Vale ressaltar que, apesar da sua realização, dúvidas diagnósticas podem existir, considerando a ocorrência de crises com manifestações subjetivas e a frequência reduzida de episódios, tornando a internação para monitorização em ambiente hospitalar a longo prazo inviável (PEREZ & LAFRANCE, 2016; HUFF *et al.*, 2024). Nesse contexto, uma ferramenta útil é a validação clínica das crises por intermédio da apresentação dos episódios registrados durante a realização do VEEG para observadores externos familiarizados com a condição clínica do paciente, para que haja análise e confirmação da similaridade das crises monitoradas com as apresentadas e relatadas previamente (MARCHETTI & PROENÇA, 2019).

Adicionalmente, diversos estudos abordaram o uso de biomarcadores como instrumento de confirmação e diferenciação diagnóstica, evidenciando que indivíduos com CNEPs, não apresentam aumento nos níveis de prolactina e outros hormônios, como o do crescimento e o liberador de tireotrofina, como visualizado em indivíduos epilépticos. Além disso, possuem hipercortisolismo basal, correlacionando-se positivamente com eventos traumáticos prévios e vigilância constante à possíveis ameaças. Associadamente, a dosagem sérica da enzima creatina quinase demonstrou utilidade diagnóstica discriminativa, porém limitada, encontrando-se elevada em epilépticos e inalteradas em pacientes com CNEPs. De maneira comparativa, a análise dos biomarcadores é menos dispendiosa se comparada à realização do VEEG, entre-

tanto, apesar de amplamente discutida na literatura, ainda possui limitado valor pragmático (JAFARI *et al.*, 2020; HUFF *et al.*, 2024).

Além disso, indivíduos com crises psicogênicas podem apresentar comorbidades psiquiátricas e/ou neurológicas (LI *et al.*, 2015; PEREZ & LAFRANCE, 2016). Logo, além da diferenciação com quadros epiléticos, o profissional de saúde deve estar atento à realização da exclusão de outros transtornos, como o factício, por exemplo, onde há escolha na manifestação das crises, modificando significativamente a condução do caso, sobretudo, do ponto de vista terapêutico. De maneira geral, os indivíduos com síndromes factícias se opõem, majoritariamente, à realização do VEEG, não apresentando crises ao serem submetidos à monitorização ou as apresentam apenas em períodos que não estão sendo monitorados (MARCHETTI & PROENÇA, 2019).

Por fim, o diagnóstico preciso das CNEPs requer experiência, habilidade e abordagem colaborativa e multidisciplinar entre neurologistas, psiquiatras, psicólogos e demais profissionais da saúde, em virtude da diversidade de apresentações clínicas e das limitações relacionados ao uso do VEEG e dos biomarcadores na formulação diagnóstica, tornando a realização precoce e assertiva desafiadora (PEREZ & LAFRANCE, 2016; JAFARI *et al.*, 2020).

### **Tratamento**

O conhecimento acerca das medidas terapêuticas eficazes para CNEPs é reduzido e, embora diversas hipóteses tenham sido levantadas, poucas evidências relacionadas à efetividade clínica foram descritas. Isto reflete a complexidade dos fatores causais envolvidos no surgimento e manutenção das crises, evidenciando a amplitude de questões psicológicas e psiquiátricas individuais que permeiam cada diagnóstico.

Sendo, portanto, de extrema relevância o conhecimento da formulação causal específica das crises de cada paciente a fim de direcionar e individualizar as intervenções terapêuticas psicossociais (MARCHETTI & PROENÇA, 2019; JAFARI *et al.*, 2020; HUFF *et al.*, 2024). Logo, em virtude da pluralidade de apresentações e fatores desencadeantes das CNEPs, faz-se necessária a abordagem multidisciplinar, contando com profissionais médicos (neurologistas e psiquiatras), psicólogos e enfermeiros, a fim de ofertar o tratamento assertivo e de qualidade a esses pacientes (HUFF *et al.*, 2024).

Nesse sentido, os profissionais de saúde apresentam relevância significativa nas etapas iniciais da abordagem terapêutica pela responsabilidade em realizar a apresentação do diagnóstico ao paciente e seus familiares (HUFF *et al.*, 2024). Tendo em vista o histórico médico envolto de erros e iatrogenias, a comunicação de um novo diagnóstico pode gerar irritabilidade e frustração (JAFARI *et al.*, 2020). Dessa forma, a abordagem empática, enfatizando a natureza real e involuntária dos sintomas, apesar da gênese psicológica, contribui significativamente para diminuição e, eventualmente, remissão total das crises, sendo considerada, em alguns estudos, a primeira etapa do tratamento de indivíduos com CNEPs (MARCHETTI & PROENÇA, 2019; JAFARI *et al.*, 2020; LANZILLOTTI *et al.*, 2021; HUFF *et al.*, 2024). Logo, ao comunicar o laudo definitivo, o profissional deve transmitir ao paciente sobre a ausência de epilepsia, caso não haja concomitância clínica, e apresentar de maneira clara, o novo diagnóstico (MARCHETTI & PROENÇA, 2019). Em cenários onde a comunicação é realizada de forma inadequada o paciente pode evoluir com piora do quadro, cursando com aumento na frequência das crises, manifestações mais dramáticas e, eventualmente, com

tentativas de autoextermínio, sendo recomendado, portanto, o uso de estratégias que facilitem a comunicação e aceitação diagnóstica

(**Quadro 7.3**) (MARCHETTI & PROENÇA, 2019; HUFF *et al.*, 2024)

**Quadro 7.3** Estratégias para a comunicação do diagnóstico de CNEPs

Escolha um local tranquilo para conversar com o paciente e seus familiares, estabelecendo com eles uma relação terapêutica.
Procure dar uma conotação positiva para a ausência de epilepsia, o que inclui o fim do uso das medicações antiepilépticas e dos seus efeitos colaterais.
Ao comunicar o diagnóstico de CNEPs, dê ênfase à natureza médica do problema. Isso facilita a aceitação do novo diagnóstico.
Comunique os aspectos positivos do diagnóstico de CNEPs, o que inclui a menor necessidade de intervenções médicas urgentes e a possibilidade de cura.
Esteja preparado para lidar com as emoções dos pacientes e familiares decorrentes da comunicação do novo diagnóstico. Pode ocorrer alívio e esperança, mas, também, revolta, pelos diagnósticos equivocados anteriores; culpa e vergonha, às vezes, diante dos médicos e familiares, indiferença ou dúvidas sobre o novo diagnóstico.
Convide o paciente para o tratamento. Estimule o paciente para o desafio do controle de CNEPs. Encoraje o paciente para mudanças.

**Fonte:** adaptado de Marchetti & Proença, 2019.

Em virtude da alta prevalência de diagnósticos equivocados de CE, muitos pacientes são submetidos a medidas terapêuticas desnecessárias e prejudiciais. Logo, o tratamento não se restringe à remissão e controle das crises, mas também, à redução de iatrogenias, tendo em vista a parcela significativa de indivíduos expostos a altas doses de drogas anticonvulsivantes por um longo período (MARCHETTI & PROENÇA, 2019). Portanto, mediante o diagnóstico seguro de CNEPs, deve-se suspender gradualmente os medicamentos utilizados, exceto em casos de concomitância clínica com Epilepsia (MARCHETTI & PROENÇA, 2019; LANZILLOTTI *et al.*, 2021; HUFF *et al.*, 2024). Além disso, na presença de comorbidades psiquiátricas, deve ser estabelecida a terapia medicamentosa adequada, se necessária, e o acompanhamento psicológico, abrangendo integralmente os diagnósticos apresentados pelo paciente (JAFARI *et al.*, 2020; LANZILLOTTI *et al.*, 2021; HUFF *et al.*, 2024).

De maneira geral, não há consenso literário acerca do tratamento ideal para essa condição. No entanto, notou-se resposta positiva ao estabelecimento de intervenções psicoterápicas, sendo elencada como medida prioritária no tratamento de pacientes com CNEPs, contribuindo expressivamente para redução da frequência e gravidade das crises (ASADI-POOYA *et al.*, 2019; MARCHETTI & PROENÇA, 2019; LANZILLOTTI *et al.*, 2021; CARLSON, 2023). Possivelmente, sua efetividade associa-se a instituição de estratégias de enfrentamento, permitindo a ressignificação de eventos traumáticos e abusos prévios, fornecendo ao indivíduo suporte e ferramentas psicoemocionais (MARCHETTI & PROENÇA, 2019; JAFARI *et al.*, 2020; JONES & RICKARDS, 2021; LANZILLOTTI *et al.*, 2021). Deve-se, durante o acompanhamento psicológico, auxiliar o paciente no reconhecimento dos fatores relacionados a precipitação dos episódios, recomendando o uso do “diário das crises”, que possibilita o registro

de eventos anteriores à ocorrência dos episódios, apontando possíveis fatores desencadeantes. Contribuindo, então, para a delimitação de medidas terapêuticas individuais, através da abordagem pontual de agentes causais específicos, possibilitando a modificação das respostas diante da vivência de eventos psicoemocionais de gatilho previamente elucidados (MARCHETTI & PROENÇA, 2019; JAFARI *et al.*, 2020). Associado a isso, verificou-se que a terapia familiar produziu resultados positivos, tendo em vista a prevalência de relações conflituosas e disfuncionais no contexto familiar de indivíduos com CNEPs (MARCHETTI & PROENÇA, 2019; LANZILLOTTI *et al.*, 2021). Sabidamente, o acesso à psicoterapia é limitado, dificultando a manutenção e suporte adequado a uma das principais ferramentas terapêuticas (ASADI-POOYA *et al.*, 2019). Além disso, a orientação, por parte dos psicoterapeutas, de técnicas de relaxamento, meditação ou respiração são úteis como resposta alternativa às crises, possibilitando ao paciente o acesso a recursos terapêuticos próprios, aumentando a sensação de controle sobre os episódios (MARCHETTI & PROENÇA, 2019; JAFARI *et al.*, 2020).

Adicionalmente, a psicoeducação é relevante no tratamento dos pacientes com CNEPs em razão da dificuldade, por parte do indivíduo e seus familiares, em compreender e aceitar o diagnóstico. Dessa forma, propostas de intervenção com o intuito de promover a compreensão das crises, por intermédio de módulos educativos que abordem e reforcem a origem psicogênica e a natureza involuntária dos episódios, reduzem a culpabilização do paciente e a hostilização por parte dos familiares (MARCHETTI & PROENÇA, 2019; HUFF *et al.*, 2024). Cabe destacar que a aceitação do diagnóstico pela família impacta positivamente a

resposta desses indivíduos ao tratamento, uma vez que familiares que responsabilizam ou hostilizam, por desconhecimento, o paciente pela ocorrência dos episódios, podem impactar desfavoravelmente o curso das CNEPs, tornando-se, portanto, fundamental para o tratamento e prognóstico do quadro, a orientação familiar e de indivíduos de convívio próximo ao paciente (MARCHETTI & PROENÇA, 2019).

Diante disso, o principal objetivo do tratamento é a cessação total das crises, sempre que possível. Entretanto, há risco de recaídas, que geram frustração e questionamentos acerca da efetividade do tratamento, colocando em risco a sua continuidade. Logo, é imprescindível que o profissional esteja capacitado para lidar com as recidivas das crises, buscando recuperar, em conjunto com o paciente, a sequência de acontecimentos prévios, abordando-os de forma empática e atenciosa. Vale destacar que um bom vínculo médico-paciente aumenta a adesão e manutenção das medidas terapêuticas. Por fim, torna-se evidente que o fracasso do tratamento, na grande maioria dos casos, relaciona-se ao ínfimo conhecimento dessa condição clínica, afetando a formulação diagnóstica e dificultando, conseqüentemente, a instituição de planos terapêuticos eficazes e individualizados (MARCHETTI & PROENÇA, 2019).

## Discussão

As CNEPs são eventos que cursam com alterações do movimento, sensações ou experiências subjetivas que mimetizam, por vezes, episódios epiléticos. Na ausência, entretanto, de descargas elétricas cerebrais de padrão ictal, possuindo etiologia neuropsiquiátrica complexa. Com ocorrência, majoritariamente, em mulheres jovens (SANTOS, 2014; PAOLA, 2017; KNOCHENHAUER *et al.*, 2021).

Sabidamente, o surgimento das CNEPs relaciona-se com a ocorrência prévia de eventos traumáticos, onde, em virtude da ausência de recursos psicológicos, o paciente é impossibilitado de elaborar e lidar com tais experiências, gerando significativo estresse psíquico e emocional, expressos, inconsciente e involuntariamente, por manifestações físicas (SANTOS, 2014; KNOCHENHAUER *et al.*, 2021; LANZILLOTTI *et al.*, 2021). Entretanto, a ausência do relato de traumas físicos ou emocionais é insuficiente para descartar a hipótese diagnóstica de CNEPs. Além disso, a pesquisa de fatores sensíveis relacionados a traumas e abusos prévios, torna a coleta e apuração dos dados um desafio. Portanto, o uso do autorrelato pode limitar o acesso a informações, em virtude do desconforto gerado, assim como da possível omissão de condições de abuso e/ou trauma considerados de menor gravidade pelo paciente (JONES & RICKARDS, 2021).

Ademais, a apresentação clínica das CNEPs é variável, não havendo sinais e sintomas patognomônicos em sua manifestação. Além disso, a possível concomitância com comorbidades psiquiátricas, como transtornos depressivos ou ansiosos, e/ou neurológicas, como epilepsia, amplia as formas de apresentação das crises (LANZILLOTTI *et al.*, 2021; OZKAN *et al.*, 2023). Entretanto, estudos associam maior relação de ocorrência de CE durante o sono em relação às CNEPs (OZKAN *et al.*, 2023). Portanto, baseando-se apenas nas manifestações semiológicas das crises, em virtude dos aspectos similares com eventos epiléticos, a diferenciação e confirmação diagnóstica na prática clínica torna-se complexa (LANZILLOTTI *et al.*, 2021). Em decorrência da subjetividade dos sintomas e da alteração do nível de consciência

no momento das crises, a coleta de dados relacionados a sua manifestação é desafiadora, dificultando a descrição assertiva e clara dos episódios.

O diagnóstico das CNEPs tem como instrumento padrão-ouro o VEEG e, embora dispendioso, é recomendado para indivíduos que apresentam convulsões frequentes apesar do uso de drogas anticonvulsivantes. No entanto, o monitoramento por vídeo-EEG está disponível apenas em grandes centros de saúde, dificultando o acesso populacional (SANTOS, 2014; OZKAN *et al.*, 2023). É importante ressaltar que apesar da confiabilidade empregada à realização desse exame, os eletrodos localizados em couro cabeludo podem não captar alguns estímulos específicos presentes na ocorrência de determinadas apresentações de CE (JAFARI *et al.*, 2020). Vale destacar que indivíduos com CNEPs são propensos à sugestão, logo, informar ao paciente sobre a finalidade do VEEG pode provocar crises (OZKAN *et al.*, 2023).

O tratamento das CNEPs inicia-se com a comunicação empática, elucidativa e acolhedora do novo diagnóstico pelos profissionais de saúde, contribuindo para a aceitação diagnóstica. Associadamente, realiza-se o desmame gradual das drogas anticonvulsivantes utilizadas e/ou iniciação de medicamentos para o tratamento de distúrbios comórbidos. Além disso, torna-se imprescindível o acompanhamento psicoterápico, a fim de abordar as questões psicológicas e emocionais relacionadas à ocorrência das crises, ajudando o paciente a lidar com fatores estressantes, alterando padrões de pensamento e ensinando novos comportamentos diante de eventos deflagradores das crises (PAOLA, 2017; KNOCHENHAUER *et al.*, 2021; UHLMANN & SCHMID, 2023). De maneira geral, o conhecimento atual sobre a evolução a longo prazo das CNEPs é pouco preciso.

Entretanto, estudos afirmam que significativa parcela de indivíduos que cursam com crises de origem psicogênica apresentam melhora na frequência das crises ao decorrer dos anos, atribuindo como fator contribuinte a psicoterapia, interrupção ou mudança de medicação, estratégias de redução de estresse e apoio de amigos, familiares ou parcerias (UHLMANN & SCHMID, 2023).

## CONCLUSÃO

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão bibliográfica da literatura médica acerca das crises psicogênicas, considerando os mecanismos fisiopatológicos pouco elucidados, a variedade de apresentações e manifestações clínicas, além dos critérios diagnósticos e medidas terapêuticas. A realização de pesquisas voltadas a compreensão das CNEPs,

assim como de sua neurobiologia, é escassa, havendo poucos estudos que abordem sua etiologia e fisiopatologia. Em virtude disto, nota-se ínfimo conhecimento por parte dos profissionais de saúde, especialmente da classe médica, acerca deste transtorno e dos possíveis critérios de diferenciação diagnóstica com CE, contribuindo para o reconhecimento tardio e o estabelecimento de medidas terapêuticas iatrogênicas. Urge, portanto, o aprimoramento e aprofundamento dos estudos relacionados às CNEPs a fim de possibilitar a elucidação da neurobiologia dessa condição clínica, assim como dos seus critérios diagnósticos e terapêuticos. Afetando positivamente o nível de conhecimento e domínio dos profissionais de saúde e elevando, por fim, o grau de suspeição diagnóstica. Possibilitando, dessa forma, a oferta assertiva e precoce do diagnóstico e a instituição de medidas terapêuticas adequadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANZELLOTTI, F. *et al.* Psychogenic Non-epileptic Seizures and Pseudo-Refractory Epilepsy, a Management Challenge. *Frontiers in Neurology*, v. 11, 2020. doi: 10.3389/fneur.2020.00461.
- ASADI-POOYA, A. A. *et al.* Natural history of patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Seizure*, v. 66, p. 22-25, 2019. doi: 10.1016/j.seizure.2019.02.006.
- BARONI, G. *et al.* Neuropsychiatric features of the coexistence of epilepsy and psychogenic nonepileptic seizures. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 111, p. 83-88, 2018. doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.05.014.
- BEIMER, N. J. & LAFRANCE, W. C. Evaluation and Treatment of Psychogenic Nonepileptic Seizures. *Neurologic Clinics*, set. 2022. doi: 10.1016/j.ncl.2022.03.017.
- BORA, İ. *et al.* The evaluation of psychogenic non-epileptic seizures (PNES) cases with saline injection method in video-EEG monitorization unit. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 79, n. 11, p. 957-962, 2021. doi: 10.1590/0004-282X-ANP-2020-0546.
- BROWN, R. J. & REUBER, M. Psychological and psychiatric aspects of psychogenic non-epileptic seizures (PNES): A systematic review. *Clinical Psychology Review*, v. 45, p. 157-182, 2016. doi: 10.1016/j.cpr.2016.01.003.
- CARLSON, C. A. Psychogenic Nonepileptic Seizures High Mortality Rate Is a “Wake-Up Call.” *Journal of personalized medicine*, v. 13, n. 6, p. 892892, 2023. doi: 10.3390/jpm13060892.
- HUFF, J.S. *et al.* Psychogenic Nonepileptic Seizures. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441871/>. Acesso em: 21 mar. 2024.
- JAFARI, A. *et al.* Psychogenic Non-Epileptic Seizures; a Narrative Review. *Archives of Academic Emergency Medicine*, v. 8, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7286438/>. Acesso em: 31 mai. 2024.
- JARAMILLO-JIMÉNEZ, E. *et al.* Crisis psicógenas no epilépticas y crisis epilépticas: pistas para un diagnóstico diferencial. *Hallazgos de un estudio colombiano. Revista de Neurología*, v. 69, n. 04, p. 145, 2019. doi: 10.33588/rn.6904.2018442.
- JONES, L. L. & RICKARDS, H. History of abuse and psychogenic nonepileptic seizures: A systematic review. *Seizure*, v. 92, p. 200-204, 2021. doi: 10.1016/j.seizure.2021.09.009.
- KNOCHENHAUER, A. *et al.* Guias sobre crises não epilépticas psicogênicas para pacientes e médicos. *Bol Curso Med UFSC*, v. 7, n. 2, 2021. doi: 10.32963/bcmufsc.v8i1.5238.
- LANZILLOTTI, A. I. *et al.* Updated Review on the Diagnosis and Primary Management of Psychogenic Nonepileptic Seizure Disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, v. 17, p. 1825-1838, 2021. doi: 10.2147/NDT.S286710.
- LI, R. *et al.* Altered regional activity and inter-regional functional connectivity in psychogenic non-epileptic seizures. *Scientific Reports*, v. 5, n. 1, 2015. doi: 10.1038/srep11635.
- MARCHETTI, R.L. & PROENÇA, I.C.G.F. *Manual Prático de Neuropsiquiatria da Epilepsia*. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
- ÖZKAN, H. *et al.* Latency of epileptic and psychogenic nonepileptic seizures. *Arquivos De Neuro-psiquiatria*, v. 81, n. 07, p. 641-646, 2023. doi: 10.1055/s-0043-1768160.
- PAOLA, L. DE. *Crises não epilépticas psicogênicas: delineamento e validação de um instrumento diagnóstico breve*. [s.l.: s.n.]. Tese (Doutorado em Medicina Interna e Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/handle/1884/48950>. Acesso em: 12 jun. 2024.
- PAOLA, L. DE. Psychogenic nonepileptic seizures: facts, emotions, and money. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 80, n. 11, p. 1081-1082, 2022. doi: 10.1055/s-0042-1760107.
- PEREZ, D. L. & LAFRANCE, W. C. Nonepileptic seizures: an updated review. *CNS Spectrums*, v. 21, n. 3, p. 239-246, 2016. doi: 10.1017/S109285291600002X.
- PICK, S. *et al.* Emotion and dissociative seizures: A phenomenological analysis of patients’ perspectives. *Epilepsy & Behavior*, v. 56, p. 5-14, 2016. doi: 10.1016/j.yebeh.2015.12.010.

PICO, M. M. A. *et al.* La experiencia de pacientes con crisis no epilépticas psicógenas: marcos interpretativos y de acción. *Psicologia USP*, v. 31, 2020. doi: 10.1590/0103-6564e190159.

SANTOS, N. DE. O. *et al.* Psychogenic non-epileptic seizures and psychoanalytical treatment: results. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 60, n. 6, p. 577-584, 2014. doi: 10.1590/1806-9282.60.06.018.

SLOCUM, R. B. Breaking the Spell: Narrative Medicine Applications for Psychogenic Nonepileptic Seizures (PNES). *Seizure*, 2021. doi: 10.1016/j.seizure.2021.01.017.

SZAFLARSKI, J. P. & LAFRANCE, W. C. Psychogenic Nonepileptic Seizures (PNES) as a Network Disorder -Evidence from Neuroimaging of Functional (Psychogenic) Neurological Disorders. *Epilepsy Currents*, v. 18, n. 4, p. 211-216, 2018. doi: 10.5698/1535-7597.18.4.211.

UHLMANN, C. & SCHMID, P. Long-term course of psychogenic nonepileptic seizures: Who gets seizure-free, has better functional level and higher health-related quality of life? *Epilepsy & Behavior*, v. 148, p. 109463-109463, 2023. doi: 10.1016/j.yebeh.2023.109463.

WALTHER, K. *et al.* Psychosocial long-term outcome in patients with psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure*, v. 83, p. 187-192. doi: 10.1016/j.seizure.2020.09.014.