




A Terapia Cognitivo-Comportamental como Abordagem Terapêutica nas Crises Não-Epilépticas Funcionais^{a)}

Cognitive Behavioural Therapy as a therapeutic approach for Functional Non-Epileptic Seizures

Sara Castro*, Sara Dehanov*, Tiago Ferreira*, Catarina Oliveira*, Inês Figueiredo*, Carlota Tomé*

RESUMO

Introdução: As crises não-epilépticas funcionais (CNEF) ou convulsões dissociativas correspondem a episódios paroxísticos de alterações do comportamento motor, consciência ou percepção, que se assemelham a crises epilépticas, mas que, no entanto, não são atribuíveis a nenhuma perturbação orgânica neurológica. A psicoterapia é o tratamento de escolha e vários estudos sugerem que intervenções psicoterapêuticas podem reduzir a frequência das convulsões e otimizar o recurso aos serviços de saúde. A Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem sido aplicada em perturbações somatoformes e mais recentemente no tratamento das perturbações de conversão e perturbações dissociativas como as CNEF.


Objectivos: Explorar a aplicabilidade da terapia cognitivo-comportamental no tratamento de pacientes com convulsões dissociativas/ crises não-epilépticas funcionais.

Métodos: Revisão não sistemática da literatura.

Resultados e Conclusões: Pacientes com CNEF frequentemente revelam crenças significativamente distorcidas e desenvolvem padrões comportamentais contraproducentes e repetitivos, com afectos angodepressivos associados. Intervenções cognitivo-comportamentais procuram interromper respostas comportamentais/fisiológicas/cognitivas experienciadas no início da crise, encorajando os pacientes a envolverem-se em actividades antes evitadas, abordando de forma adaptativa, cognições negativas e crenças erróneas relacionadas com o seu estado de saúde, que podem contribuir para a perpetuação das CNEF. Estudos sob metodologia controlada revelaram benefício da TCC ao nível da redução da frequência das CNEF e aumento do período livre sem convulsões. A TCC pode ser útil na gestão de conflitos emocionais, na melhoria de comorbilidades como a ansiedade e a depressão, assim como na recuperação da auto-estima, auto-confiança e sentido de autonomia nos pacientes.

Palavras-Chave: Psicoterapia; Terapia Cognitivo-Comportamental; Crises não-epilépticas.

* Serviço de Psiquiatria, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE ✉ saralimacastro@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-8975-8843>

a) Inspirado na experiência profissional com Perturbações Neurológicas Funcionais, no departamento de Neuropsiquiatria do St George's University Hospital em Londres

Recebido / Received: 23/09/2018 - Aceite / Accepted: 26/12/2018

cas funcionais; Crises não-epilépticas psicogénicas; Perturbação conversiva.

ABSTRACT

Background: Functional non-epileptic seizures (FNES) or dissociative seizures consist in paroxysmal and episodic changes in motor behaviour, consciousness or perception, which resemble epileptic seizures, but are not the result of any organic neurological disturbance. Psychotherapy is the treatment choice and several studies suggest that psychotherapeutic interventions can reduce the frequency of seizures and optimize the use of health services. Cognitive-Behavioural Psychotherapy (CBT) has been applied in somatoform disorders and more recently in the treatment of conversion disorders and dissociative disorders such as FNES.

Aims: To explore the use of cognitive-behavioral therapy in the treatment of patients with dissociative seizures / functional non-epileptic seizures.

Methods: Non-systematic review of the literature.

Results and Conclusions: Patients with FNES present significantly distorted beliefs and develop counterproductive and repetitive behavioural patterns with associated anxious and depressive affects. Cognitive-behavioural interventions seek to disrupt behavioural / physiological / cognitive responses experienced early in the crisis, encouraging patients to engage in previously avoided activities and addressing negative cognitions and erroneous beliefs related to their state of health. Studies

under controlled methodology showed the benefit of CBT in reducing FNES frequency and increasing the free period without seizures. CBT can be useful in the management of emotional conflicts, in the improvement of comorbidities such as anxiety and depression, as well as in the recovery of self-esteem, self-confidence and a sense of autonomy in these patients.

Key-Words: Psychotherapy; Cognitive Behavioural Therapy; Functional non-epileptic seizures; Psychogenic non-epileptic seizures; Conversion disorder

INTRODUÇÃO

As crises não-epilépticas funcionais (CNEF) ou convulsões dissociativas correspondem a episódios paroxístmicos de alterações do comportamento motor, consciência ou percepção, que se assemelham a crises epilépticas, mas que, no entanto, não são atribuíveis a nenhuma perturbação orgânica neurológica, incluindo epilepsia. Uma miríade de terminologias tem sido aplicada a este tipo de patologia, incluindo pseudocrises, convulsões histéricas, crises psicogénicas, crises não-epilépticas, entre outros exemplos¹. O conceito de crises não-epilépticas funcionais ou psicogénicas pode ser encontrado dentro do grande grupo diagnóstico - “Perturbações de Sintomas Somáticos e Perturbações Relacionadas” no DSM-5², sob a designação de “Perturbação de Conversão ou Perturbações Neurológicas Funcionais”. No manual de Classificação Internacional de Doenças-10 (CID-10), estas correspondem ao diagnóstico de “Convulsões Dissociativas” (F44.5)³. Salienta-se que, embora em classificações anteriores os conceitos de “dissociação”

e “conversão” sejam utilizados para referir entidades distintas, em muitos casos, estes são indissociáveis e em classificações mais actuais tendem a equivaler-se, espelhando um mecanismo etiopatogénico semelhante, de natureza funcional.

As CNEF são frequentes na população geral, com uma prevalência estimada de 2 a 33 por 100.000 em estudos internacionais⁴. Estas correspondem a aproximadamente 20% dos pacientes diagnosticados com epilepsia refractária ao tratamento¹. Comparativamente ao equivalente orgânico da epilepsia, as CNEF estão associadas a taxas superiores de sobrecarga sintomática e sofrimento psicológico, consumos e custos mais elevados associados a cuidados de saúde, maior incapacidade a longo-prazo e taxas superiores de desemprego e benefícios financeiros associados ao grau de incapacidade⁵. As CNEF acarretam um prognóstico pobre, com a maioria dos doentes permanecendo sem actividade profissional ou numa situação sócio-económica vulnerável, mesmo com a resolução parcial ou completa das crises⁶.

Embora as características da semiologia ictal ajudem na distinção entre crises epilépticas e convulsões dissociativas, por vezes pode ser necessário recorrer a meios de diagnóstico como o Electroencefalograma (EEG) ou Vídeo-EEG. Este último permanece o padrão-ouro para o diagnóstico de epilepsia e CNEF, com elevada taxa de confiança e fiabilidade⁷. O diagnóstico por norma é transmitido ao paciente por um neurologista, no entanto, um envolvimento precoce durante o período de seguimento de profissionais na área de saúde mental, nomeadamente psiquiatras

e psicólogos, é altamente recomendável^{8,9}. O profissional na área de saúde mental deverá estar familiarizado com perturbações somatoformes e de conversão, de forma a conseguir avaliar adequadamente questões pertinentes relativas à história do desenvolvimento do paciente, antecedentes de abuso ou trauma e outros factores de risco psicossocial. A avaliação psiquiátrica deve abordar o diagnóstico de comorbilidades, o diagnóstico diferencial entre entidades nosológicas distintas, tratamentos psicofarmacológicos e referência para intervenções psicológicas adequadas^{10,11}. Deve ser esclarecida aos pacientes a pertinência da observação por um profissional na área de saúde mental, através da consciencialização de forma empática, dos prováveis contributos psicológicos e psicossociais na génese dos sintomas conversivos. Por outro lado, quando a devolução do diagnóstico é feita de forma pouco clara ou acusatória, utilizando rótulos diagnósticos que podem ser ofensivos para o paciente e colocar em causa a genuinidade dos seus sintomas, a construção de uma futura aliança terapêutica pode ser comprometida. Neurologistas, psiquiatras e psicólogos compreendem as crises psicogénicas neurológicas como uma problemática, em grande parte ou inteiramente “psicológica” e consideram a psicoterapia o tratamento de escolha^{9,12,13}. Nas últimas décadas, vários estudos sugerem que intervenções psicoterapêuticas podem reduzir a frequência de convulsões e otimizar o uso dos serviços de saúde¹⁴⁻¹⁶. Embora a psicoterapia seja o tratamento de primeira-linha^{8,9}, não existe uma concordância clara quanto ao tipo

de psicoterapia que alcançará os melhores resultados em pacientes com CNEF¹⁷. A Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem sido aplicada em perturbações somatoformes, e mais recentemente no tratamento das perturbações de conversão¹⁸⁻²¹. Entre todas as perturbações conversivas, é nas CNEF que a TCC apresenta uma maior evidência de eficácia/aplicabilidade.

Não obstante, para muitos pacientes o tratamento farmacológico é a única realidade, apesar da limitada eficácia observada em vários estudos, comparativamente a outro tipo de intervenções²². Estes achados espelham um subaproveitamento ou escassez dos recursos terapêuticos não-farmacológicos. A maior parte dos casos poderá beneficiar de intervenções de natureza não-farmacológica, nomeadamente abordagens psicoterapêuticas integrativas. Lamentavelmente, muitos dos pacientes não são encaminhados, assumidos ou não se envolvem com os cuidados de saúde mental, o que representa uma lacuna substancial nos cuidados de saúde²³. A falha em abordar a dimensão psicológica subjacente poderá explicar a perpetuação dos sintomas e enfatiza a importância desta revisão teórica.

OBJECTIVOS

Explorar a aplicabilidade da terapia cognitivo-comportamental, uma intervenção potencialmente promissora, no tratamento de pacientes com convulsões dissociativas ou crises não-epilépticas funcionais; abordar os conceitos, modelos cognitivo-comportamentais e técnicas de intervenção propostas, assim como a sua eficácia global.

MATERIAL E MÉTODOS

O autor realizou uma revisão não sistemática da literatura através da consulta das bases de dados electrónicas – MEDLINE/PubMed e outras obras relevantes, sem restrição quanto ao ano de publicação. Foram pesquisados estudos escritos em Inglês e Português.

RESULTADOS

Embora a psicoterapia seja a abordagem mais recomendada e validada para o tratamento das CNEF, uma das dificuldades percebidas na definição de estratégias terapêuticas adequadas reside na heterogeneidade das possíveis causas daquela perturbação que pode ser multifactorial, assim como a presença frequente de outras comorbilidades psiquiátricas⁷. O modelo biopsicossocial fornece uma abordagem de avaliação e estrutura sobre a qual é possível a formulação de um plano de tratamento individualizado. Uma lista de problemáticas elencando factores predisponentes, precipitantes e perpetuantes é uma componente chave para a formulação de cada caso clínico²⁴. Estes factores devem ser estabelecidos individualmente. A título de exemplo, um cenário comum encontrado em alguns pacientes é uma história anterior de abuso ou negligência, habitualmente negligência emocional na infância (factor predisponente), uma agressão/lesão traumática na adultícia (factor precipitante) e problemas interpessoais recorrentes (factores perpetuantes)²⁵. Das situações de negligência/abuso na infância salientam-se as de natureza sexual, física ou emocional, assim como, eventos infantis mais quotidianos como o *bullying*^{26,27}.

Como grupo, pacientes com perturbações de conversão representam um desafio para os clínicos. Estes pacientes apresentam, por norma, mais antecedentes de acontecimentos adversos de vida, quando comparados com pacientes diagnosticados apenas com epilepsia, embora, paradoxalmente, apresentem uma maior dificuldade em aceitar que as suas vivências traumáticas possam ser relevantes para a etiologia da perturbação conversiva²⁸. Pacientes com CNEF apresentam simultaneamente um maior *locus* de controlo externo relacionado com a saúde²⁹, estão mais conscientes dos sintomas físicos associados à crise convulsiva e identificam com particular detalhe e especificidade os sintomas característicos de excitação autonómica que precedem a crise, sem contudo reconhecerem possíveis experiências emocionais subjectivas associadas a esses sintomas³⁰. Em concordância com estes achados, num dos estudos consultados, os doentes com CNEF apresentaram, em escalas de auto-preenchimento, uma pontuação elevada de alexitimia³¹.

Embora estejam documentadas várias abordagens terapêuticas no tratamento das CNEF, o foco deste artigo é a psicoterapia cognitivo-comportamental. A TCC é uma das modalidades mais estudadas em psicoterapia para o tratamento das CNEF e pode ser utilizada isoladamente ou em combinação com a terapia farmacológica. A TCC constitui uma forma de psicoterapia auto-limitada no tempo, que visa a consciencialização de pensamentos disfuncionais e respostas comportamentais mal-adaptativas, assim como maximizar a funcionalidade do indivíduo através da aprendizagem de novas estratégias cognitivas e

formas mais saudáveis de resposta comportamental. Este tipo de psicoterapia decorre num contexto terapêutico, no qual o paciente acredita que o terapeuta o irá ajudar e confia que esse objectivo será alcançado, ou seja, em que é estabelecida de forma eficaz uma aliança terapêutica e uma relação profissional de confiança. Existe um racional, um esquema conceptual, que prevê uma explicação plausível para o desconforto (sintoma ou problema) e um procedimento para ajudar o paciente a resolvê-lo.

Originalmente desenvolvida como um tratamento para perturbações de ansiedade e depressão, a TCC tem vindo a ser aplicada numa vasta gama de perturbações psiquiátricas, incluindo as perturbações somatoformes, como a síndrome de fadiga ou dor crónica^{18,32}. Posteriormente, abordagens comportamentais e cognitivas para convulsões dissociativas foram também investigadas^{30,33}. Dado que 80% dos pacientes com CNEF apresentam antecedentes de sintomas não medicamente explicados e dada a evidência da TCC no tratamento das perturbações somatoformes, parece razoável e legítimo reflectir sobre a aplicabilidade da TCC nas CNEF²². Pacientes com CNEF compartilham um grande número de características com pacientes afectos de perturbações somatoformes tais como: incapacidade e sofrimento consideráveis, fortes atribuições a doença física, evitamento de actividades e historial de incompatibilidade ou procura reiterada do parecer de vários médicos²⁹. Técnicas cognitivas e comportamentais convencionais podem ser utilizadas para lidar com o sofrimento e evitamento. Deary e seus colaboradores descreveram um modelo

cognitivo-comportamental de compreensão das perturbações somatoformes¹⁸. Com base neste modelo, abordagens cognitivo-comportamentais gerais, incluindo o desenvolvimento de uma formulação individualizada do paciente, também podem ser aplicadas nos casos de CNEF. Estas enfatizam a necessidade de mitigar círculos viciosos de incapacidade, extinguindo factores de manutenção das crises como o comportamento evitante no presente, e sempre que possível, desconstruindo sequelas cognitivas de experiências traumáticas na infância (as quais são prevalentes ao longo de todo o espectro de perturbações somatoformes). Não existe um modelo psicopatológico único e amplamente aceite para as convulsões dissociativas e foram descritos distintos modelos etiológicos como ponto de partida para tratamentos individualizados de pacientes com CNEF³³. Entre estes, pode ser encontrado, a título de exemplo, o modelo da Teoria de Aprendizagem para explicar o surgimento, a manutenção e a eliminação dos sintomas. Segundo este modelo, o sintoma de conversão é encarado como um comportamento aprendido e as características psicocomportamentais típicas de pacientes com estas patologias são mantidas através de um condicionamento clássico e operante²¹. Teorias sobre condicionamento clássico oferecem uma base explicativa para a emergência de sintomas como reacções de medo a estímulos neutros, sendo que, quebras da associação estímulo-resposta podem ser realizadas através de intervenções comportamentais destinadas à extinção das respostas condicionadas. Por outro lado, segundo o paradigma operante, os efeitos de um com-

portamento podem determinar a diminuição ou aumento de uma determinada resposta. Os comportamentos de evitamento/fuga ao diminuírem a carga ansiogénica de eventos subsequentes, podem reforçar a tendência para essa resposta ser repetida. Assim, qualquer “ganho secundário” de uma convulsão pode reforçar a probabilidade de repetição das crises. Partindo da teoria da aprendizagem e aplicando-a a pacientes com CNEF, foi constatado que a prevenção do medo pode ser relevante para o tratamento desta patologia. Características particulares das CNEF sugerem que estas técnicas cognitivo-comportamentais específicas podem ser úteis. A natureza paroxística das convulsões dissociativas e dos sintomas de excitação autonómica associados convidam à analogia com a perturbação de pânico. Pacientes com convulsões dissociativas falham em relatar estados de ansiedade subjectiva, embora cerca de 60% dos casos descreva sintomas somáticos (hiperventilação, hiperexcitabilidade, palpitações, toracalgia, entre outros)¹⁰. O termo dissociativo implica um estado de estreitamento da consciência psicologicamente mediado. Neste contexto, as CNEF podem representar respostas dissociativas à excitação, ocorrendo em contexto de circunstâncias particularmente dolorosas, assustadoras ou intoleráveis. Assim, um modelo explicativo plausível para as crises dissociativas, ou pelo menos parcialmente explicativo, é que em alguns casos estas possam representar uma resposta dissociativa a um estado de hiperexcitabilidade, e que o desenvolvimento da crise permite manter reprimidas memórias, cognições e emoções dolorosas ou intoleráveis¹.

Vários autores destacaram o papel do evitamento como uma característica importante na perpetuação das CNEF. O comportamento de evitamento agorafóbico associado às convulsões é aproximadamente três vezes mais comum em pacientes com CNEF do que em pacientes com epilepsia³⁰. Com base nesses achados, Goldstein e Mellers descreveram um modelo explicativo para as CNEF no qual as convulsões são vistas como uma resposta dissociativa, com o comportamento de evitamento/fuga actuando como um importante factor de manutenção das crises.

Pacientes com CNEF exibem hipersensibilidade ao medo quando comparados com pacientes com epilepsia. Medo da próxima convulsão e medo do desconhecido (futuro, consequências de convulsões, impacto na família) são frequentemente relatados por pacientes com CNEF. A percepção do medo, por sua vez, desencadeia uma activação do sistema nervoso autónomo e um aumento dos sintomas somáticos que são interpretados como evidência da ameaça de uma nova crise (ou vivência de ameaça sem objecto), frequentemente acompanhada de comportamentos de evitamento e/ou segurança. O modelo de medo-evitamento tem sido utilizado em TCC e poderá ter um impacto importante nos processos disfuncionais de aprendizagem que estão presentes nas CNEF.

O modelo de medo-evitamento incorpora todas essas características e fornece uma justificação para a aplicação de técnicas de TCC associadas tradicionalmente ao tratamento da perturbação de pânico e agorafobia²¹, destacando-se destas, o poder da reconstrução cognitiva, uma vez que a emoção e o compor-

tamento são frutos da forma como o indivíduo interpreta o mundo. A terapia cognitiva pode actuar em três grandes níveis: pensamentos automáticos, crenças intermédias (aprendidas e somadas ao longo da vida) e crenças centrais desenvolvidas durante etapas muito precoces, geralmente absolutistas ou generalistas, ideias e conceitos enraizados sobre o próprio, as pessoas e o mundo. Vieses sistemáticos no processamento de informação são comuns em doentes com CNEF e outras perturbações conversivas. Em pacientes deprimidos, tais crenças podem levar, por exemplo, à negligência das relações interpessoais ou à desistência precoce de objectivos pessoais importantes. Por outro lado, pacientes ansiosos podem apresentar uma tendência para a catastrofização, levando ao evitamento de actividades importantes e recompensadoras. O sistema de crenças mal-adaptativas conduz a padrões de comportamento que reforçam as suas crenças “negativas”, causando sofrimento adicional e uma sensação mantida de desesperança e irremediabilidade que poderá beneficiar de uma intervenção clínica.

Paralelamente à terapia cognitiva, podem ser implementadas várias técnicas comportamentais. Estas incluem a exposição, com posterior prevenção de resposta (por exemplo, fuga ou evitamento), reforço positivo e negativo, relaxamento muscular e treino da respiração, técnicas de auto-monitorização, auto-regulação e melhoramento de competências sociais.

Apesar dos modelos teóricos descritos e das técnicas de intervenção cognitivo-comportamental propostas para o tratamento desta condição, existem poucos estudos controlados randomizados com placebo para as CNEF,

que analisem a eficácia da TCC³⁴. Vários grupos relataram o uso da TCC em ensaios não randomizados, em *case-reports* e séries de casos individuais. Antes de 2004, apenas estavam disponíveis relatos de casos de TCC utilizados no tratamento de CNEF³⁵. Em 2007, uma revisão da Cochrane identificou 608 referências para o tratamento não farmacológico das CNEF, e apenas 3 estudos preencheram os critérios para um estudo controlado randomizado. Dois constituíam ensaios de hipnose e um de terapia comportamental^{7,36}. Estes estudos incluíam tanto intervenções individuais como de grupo e variavam nos critérios de inclusão e exclusão (inclusão ou não de epilepsia como comorbilidade). Alguns estudos não controlados relatam uma redução de pelo menos 50% nas convulsões³⁶. Dois grupos de pesquisa, no entanto, avaliaram a TCC mais sistematicamente. O primeiro estudo piloto aberto foi publicado em 2004 e comprovou o benefício de uma intervenção TCC de 12 sessões em pacientes com CNEF¹. Treze dos 16 pacientes que completaram o estudo apresentaram uma redução de pelo menos 50% na frequência das convulsões. Aos 6 meses de acompanhamento, 7 dos 16 pacientes estavam livres de crises. Devido ao impacto da depressão e da ansiedade na população de CNEF, foi desenhado um estudo para examinar o efeito da TCC na redução das CNEF e dos sintomas comórbidos³⁷. Um manual de TCC para CNEF foi desenvolvido a partir de um protocolo sobre TCC para epilepsia para abordar questões fundamentais em pacientes com CNEF. LaFrance modificou, testou e implementou uma TCC estruturada, como uma psicoterapia de curto prazo e

orientada no tempo presente, dirigida para pacientes com CNEF, que aborda distorções cognitivas e promove mudanças comportamentais. Este programa de TCC inicia-se com a auto-monitorização das convulsões (através do preenchimento de um diário das crises que permita ter acesso a cognições e crenças erróneas primárias ou secundárias às convulsões). Durante as sessões, a terapia enfatiza estratégias para reconquistar o domínio e controlo das crises e inclui o treino de competências de identificação e comunicação saudáveis, a compreensão do papel da psicofarmacologia, a realização de análise comportamental funcional e análise de potenciais factores desencadeantes.

O tratamento envolve abordar as conexões entre factores ambientais e cognições, pensamentos automáticos (representações cognitivas esquemáticas e enraizadas sobre si mesmo) e interpretações erróneas somáticas. Goldstein e colaboradores também publicaram recentemente resultados de um ensaio piloto randomizado controlado de TCC³⁸. A TCC foi comparada com os cuidados médicos *standard* (CMS) utilizando a mesma intervenção de 12 sessões de TCC. Os CMS correspondiam a um acompanhamento neuropsiquiátrico ambulatorio que não incluía a TCC. Sessenta e seis pacientes foram randomizados para receber TCC juntamente CMS ou apenas os CMS com objetivos de reduzir a frequência mensal de CNEF e melhorar o funcionamento psicossocial. As estratégias de tratamento envolviam manobras psicoeducativas sobre como interromper as respostas comportamentais/fisiológicas/cognitivas experienciadas no início da crise, encorajando-os a envolverem-se em ati-

vidades que evitavam e abordando, de forma adaptativa, cognições negativas e crenças errôneas relacionadas com a saúde/doença que poderiam contribuir para a perpetuação das CNEF, assim como a baixa auto-estima, baixo auto-conceito e emocionalidade negativa. Dos 64 pacientes que completaram o estudo piloto, o grupo que recebeu TCC apresentou uma maior probabilidade de redução na frequência das convulsões dissociativas e de estar livre de crises durante um período de 3 meses de *follow-up*. Dezasseite pacientes completaram o estudo inicial de 21 participantes. Dezasseis dos 21 participantes obtiveram uma redução de 50% na frequência de crises e 11 dos 17 participantes tiveram resolução completa de suas convulsões até o término do tratamento. Juntamente com a melhoria nas CNEF, houve também uma melhoria significativa nas pontuações médias de depressão, ansiedade, sintomas de somatização, qualidade de vida, funcionamento familiar e psicossocial³⁹. Actualmente, encontra-se decorrer o estudo CODES – *Cognitive Behavioural Therapy for Dissociative (Non- Epileptic) Seizures* – um estudo randomizado controlado, multicêntrico, que envolve diferentes serviços em Inglaterra e que compara a eficácia do uso da TCC em doentes com CNEF, comparativamente aos cuidados médicos padronizados. Este estudo teve início em Junho de 2014 e tem a duração estimada de 50 meses⁴⁰. O *outcome* primário avaliado é a frequência de crises. *Outcomes* secundários incluem a gravidade das convulsões, nível de sofrimento psicológico e funcionamento psicossocial, qualidade de vida, o uso de serviços de saúde, custo-efectividade e eventos adversos.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Embora a base fisiopatológica das CNEF não tenha sido ainda estabelecida, há mais de um século de literatura médica sobre a sua etiologia e potenciais mecanismos e o interesse nesta entidade nosológica está longe de se extinguir. A maioria dos exames objectivos neurológicos não evidencia todos os factores que podem ser relevantes para a etiologia e manutenção das crises, daí a importância do envolvimento de profissionais na área de saúde mental. Quando a transmissão do diagnóstico é feita de forma clara, não pejorativa e positiva pelos clínicos, esta pode facilitar o estabelecimento de uma ponte para o tratamento psiquiátrico/psicológico e o seu encaminhamento. Frequentemente, existem erros no diagnóstico correcto das CNEF e atrasos na referenciação aos serviços de saúde mental, o que está associado a um pior prognóstico. Durante um longo período de tempo, os pacientes são submetidos a repetidos procedimentos de diagnóstico por vezes invasivos e mantêm-se sob terapêutica antiepiléptica com risco cumulativo iatrogénico. Uma proporção significativa dos pacientes são apenas medicados sem terem acesso a uma avaliação psiquiátrica e psicológica adequada, no entanto, não existe evidência de que a eficácia da terapia farmacológica seja superior à da TCC, e não devem ser negligenciados os seus potenciais efeitos adversos, nomeadamente teratogénicos, dado que a maioria dos pacientes pertence ao género feminino e a uma faixa etária correspondente à idade fértil. Um modelo explicativo plausível para as CNEF defende que estas podem representar uma resposta dissociativa a um estado de hiperexcitabilidade perante

circunstâncias ameaçadoras ou intoleráveis, acompanhada de respostas comportamentais de evitamento, as quais actuam como um importante factor de manutenção das crises. Pacientes com CNEF frequentemente relatam crenças distorcidas com o desenvolvimento de padrões comportamentais contraproducentes, repetitivos e frequentemente inconscientes, com afectos angodepressivos associados. Uma intervenção psicoterapêutica pode ser útil no alívio da emocionalidade negativa e estigma associados às crises, de forma a auxiliar os pacientes a lidar com o *stress* psicossocial associado à precipitação de convulsões, conflitos emocionais, ansiedade e depressão, melhorando, assim, a auto-estima e auto-confiança, desenvolvendo o sentido de autonomia, e reduzindo o impacto a nível social e profissional. A escassa evidência científica disponível apoia o uso da TCC no tratamento das CNEF e como estas podem responder favoravelmente a intervenções específicas direccionadas a factores predisponentes, precipitantes e perpetuantes. A literatura sobre o tema é escassa, mas é possível arrecadar novos *insights* que apoiam a aplicabilidade desta terapia em pacientes com CNEF. Com uma melhor compreensão da etiologia das CNEF, tratamentos específicos podem ser direccionados quer para o tratamento das crises quer para outros factores subjacentes à génese e perpetuação dos sintomas conversivos.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests:*

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

The authors have declared no competing interests exist.

Fontes de Financiamento / *Funding:*

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

The authors have declared no external funding was received for this study.

Bibliografia / *References*

1. Goldstein LH, Deale AC, Mitchell-O'Malley SJ, Toone BK, Mellers JD. An evaluation of cognitive behavioral therapy as a treatment for dissociative seizures: a pilot study. *Cogn Behav Neurol.* 2004;17(1):41-9.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington: American Psychiatric Publishing; 2013.
3. World Health Organisation. The ICD -10 classification of mental and behavioural disorders: clinical Descriptions and diagnostic guidelines. Geneva. World Health Organisation; 1992.
4. Benbadis SR, Agrawal V, Tatum WO. How many patients with psychogenic nonepileptic seizures also have epilepsy? *Neurology.* 2001; 57:9151; 57
5. Carson A, & Lehn A. Handbook of Clinical Neurology: Functional Neurologic Disorders Vol 139. Elsevier; 2016. p. 47-60.
6. Krumholz A, Niedermeyer E. Psychogenic seizures: A clinical study with follow-up data. *Neurology.* 1983;33:498-33:4
7. Hopp JL, La France WC Jr. Cognitive-Behavioural Therapy for Psychogenic Neurological Disorders. *Neurologist.* 2012;8:364-8:36
8. LaFrance WC Jr, Rusch MD, Machan JT. What is at is t is t is Machan JT nonepileptic seizures? *Epilepsy Behav.* 2008;12:388-394.
9. Mayor R, Smith PE, Reuber M. Management of patients with nonepileptic attack disorder in

- the United Kingdom: a survey of health care professionals. *Epilepsy Behav.* 2011;21:402–21:4
10. Wittgert ME, Wheless JW, Breier JI. Frequency of panic symptoms in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav.* 2005;6:174–6:17
 11. Reuber M. Psychogenic nonepileptic seizures: answers and questions. *Epilepsy Behav.* 2008;12:622–12:62
 12. Whitehead K, Reuber M. Illness perceptions of neurologists and psychiatrists in relation to epilepsy and nonepileptic attack disorder. *Seizure.* 2012;21:104–21:1
 13. LaFrance WC Jr, de Marinis AJ, Frank WA, Machan, JT, Rusch MD, Kanner AM,. Comparing standard medical care for nonepileptic seizures in Chile and the United States. *Epilepsy Behav.* 2012;25: 224: 224
 14. Rusch MD, Morris GL, Allen L, Lathrop L. Psychological treatment of nonepileptic events. *Epilepsy Behav.* 2001;2: 277: 277
 15. Zaroff CM, Myers L, Barr BW, Luciano D, Devinsky O. Group psychoeducation as treatment for psychological nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav.* 2004;5:587–5:58
 16. Barry JJ, Wittenberg D, Bullock KD, Michaels JB, Classen CC, Fisher RS. Group therapy for patients with psychogenic nonepileptic seizures: a pilot study. *Epilepsy Behav.* 2008;13:624–13:6
 17. Reuber M, Howlett S, Kemp S. Psychologic treatment of patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Expert Rev Neurother.* 2005;5:737–5:73
 18. Deary V, Chalder T, Sharpe M. The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: a theoretical and empirical review. *Clin Psychol Rev.* 2007;27:781–27:7
 19. Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom Med.* 2007;69, 8817;69,
 20. Price JR, Mitchell E, Tidy E, Hunot V. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;3:CD001027.
 21. LaFrance WC Jr, Bj. La H. Designing Treatment Plans Based on Etiology of Psychogenic Nonepileptic Seizures. In: W. Curt. LaFrance, Jr and S. C. Schachter, editors. *Treatment Considerations for Psychogenic Nonepileptic Seizures.* Cambridge University Press; 2010. p. 283-299.
 22. Bowman ES, Markand ON. Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *Am J Psychiatry.* 1996;153:5757ch
 23. Howlett S, Grunewald RA, Khan A, Reuber, M. Engagement in psychological treatment for functional neurological symptoms ptoms iers and solutions. *Psychotherapy (Chic).* 2007;44:354–44:3
 24. LaFrance WC Jr, Devinsky O. Treatment of nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav.* 2002;3:19–3:1
 25. LaFrance WC Jr, Reuber M, Goldstein LH. Management of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia.* 2013; 54(1):53 54(
 26. Roelofs K, Spinhoven P, Sandijck P, Moene FC, Hoogduin KA. The impact of early trauma and recent *life-events* on symptom severity in patients with conversion disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2005; 193:508y tra
 27. Salmon P, Al-Marzooqi SM, Baker G, Reilly J. Childhood family dysfunction and associated abuse in patients with nonepileptic seizures: towards a causal model. *Psychosom Med.* 2003;65:695–65:6

28. Binzer M, Stone J, Sharpe M. Recent onset pseudoseizures: etiology. *Seizure*. 2004;13:146-13,1
29. Stone J, Binzer M, Sharpe M. Illness beliefs and locus of control. A comparison of patients with pseudoseizures and epilepsy. *J Psychosom Res*. 2004;57:541-57:5
30. Goldstein LH, Mellers JD. Ictal symptoms of anxiety, avoidance behaviour, and dissociation in patients with dissociative seizures. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006; 77:616 ; 77:6
31. Tojek TM, Lumley M, Barkley G, Mahr G, Thomas, A. Stress and other psychosocial characteristics of patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Psychosomatics*. 2010; 41:221. 201
32. Kroenke K, Swindle R. Cognitive-behavioural therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. *Psychother Psychosom*. 2000;69:205-69:2
33. Brown RJ, Trimble MR. Dissociative psychopathology, non-epileptic seizures, and neurology. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2000;69:285-69:
34. Baker GA, Brooks JL, Goodfellow L, Bodde N, Aldenkamp A. Treatments for non-epileptic attack disorder. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2007;2: CD006370.
35. Chalder, T. Non-epileptic attacks: a cognitive behavioral approach in a single case with a four year follow-up. *Clin Psy Psychother*. 1996;3:291-3:29
36. Goldstein LH, Mellers JD. Recent developments in our understanding of the semiology and treatment of psychogenic nonepileptic seizures. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2012;12:436-12:4
37. LaFrance WC Jr, Miller, I.W., Ryan, C.E., Blum, A.S., Solomon, D.A., Kelley, J.E., Keitner, G.I. Cognitive behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2009;14:591-14:5
38. Goldstein LH, Chalder T, Chigwedere C, Khondoker MR, Moriarty J, Toone BK et al. Cognitive-behavioural therapy for psychogenic nonepileptic seizures: a pilot RCT. *Neurology*. 2010;74:1986-74:19
39. Goldstein LH, LaFrance Jr WC, Chigwedere C, Mellers JDC, Chalder T. Cognitive behavioural treatments. In: Schachter SC, LaFrance Jr WC, editors. *Gates and Rowan's Non-epileptic Seizures*. 3rd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. p. 281s Non
40. Goldstein LH, Mellers JD, Landau S, Stone J, Carson A, Medford N, et al. Cognitive behavioural therapy vs standardised medical care for adults with Dissociative non-Epileptic Seizures (CODES): a multicentre randomised controlled trial protocol. *BMC Neurology*. 2015;15:98.