

As Crises Não-epilépticas Psicogênicas como Manifestações Clínicas do Transtorno de Estresse Pós-traumático

Adriana Fizman*

Instituto de Psiquiatria da UFRJ

RESUMO

As crises não epilépticas psicogênicas (CNEP) ainda são pouco entendidas. Como não existem critérios clínicos positivos para as CNEP, não há consenso sobre sua definição, assim como não se tem clareza em relação à nosologia de base, à fisiopatologia e ao tratamento apropriado. As CNEP manifestam-se principalmente por sintomas conversivos e dissociativos, os quais estão ligados historicamente a uma doença considerada de origem traumática, a histeria. Recentemente, observou-se que pacientes com CNEP apresentam taxas elevadas de experiências traumáticas, em particular abuso na infância, e de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Estes achados sugerem que a CNEP pode ocorrer como expressão clínica de um padrão de TEPT cuja característica central é a predominância de fenômenos dissociativos e conversivos. Algumas evidências levantam a possibilidade de que este subtipo de TEPT dissociativo/conversivo seja resultante de maus cuidados parentais e disfunção familiar na infância, os quais estão associados a – e, portanto podem causar – sintomas somatoformes, incluindo as CNEP. Limitações metodológicas impedem a confirmação destas hipóteses, sendo necessários desenhos de pesquisa mais fortes, tais como prospectivos e de caso-controle.

Unitermos: crises não-epilépticas psicogênicas, transtorno de estresse pós-traumático, abuso na infância, transtornos dissociativos, transtornos somatomorfos.

ABSTRACT

Psychogenic nonepileptic seizures as clinical manifestations of posttraumatic stress disorder

Psychogenic nonepileptic seizures (PNES) are still poorly understood. Because there are no positive clinical criteria for PNES, there is no consensus about its definition, nor clarity about the underlying nosology, pathophysiology, or the suitable treatment. PNES most commonly occur in the form of conversion and dissociative symptoms, which are historically linked to a trauma-related disease called hysteria. Recently, it has been observed that PNES patients show high rates of traumatic experiences, in particular childhood abuse, and posttraumatic stress disorder (PTSD). This suggests that PNES may arise as a clinical expression of a PTSD pattern whose cardinal feature is the predominance of dissociative and conversion phenomena. Emerging evidence also raise the possibility that the dissociative/conversion subtype of PTSD may occur as a result of poor parental care and family dysfunction, which are associated with – and may therefore cause – somatoform symptoms, including PNES. Methodological limitations do not permit the confirmation of these hypotheses. Stronger research designs are needed, such as prospective and case-control studies.

Key words: psychogenic nonepileptic seizures, posttraumatic stress disorder, childhood abuse, dissociative disorders, somatoform disorders.

* Médica Psiquiatra do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.
Received Nov. 30, 2007; accepted Dec. 14, 2007.

INTRODUÇÃO

As crises não epilépticas psicogênicas (CNEP) são manifestações clínicas súbitas e transitórias na esfera motora, sensorial, autonômica, cognitiva ou comportamental que se assemelham às crises epilépticas, porém supostamente mediadas por “fatores psicológicos”.¹ O diagnóstico das CNEP é feito, não por parâmetros semiológicos, e sim através da exclusão de crises epilépticas pelo vídeo-EEG e de outras condições médicas que provocam “eventos não-epilépticos fisiogênicos”. Dada a inexistência de critérios clínicos positivos para o reconhecimento das CNEP, ainda não se chegou a um consenso sobre sua definição. Portanto, quase nada se sabe a respeito do diagnóstico de base, da fisiopatologia e do tratamento.

Do ponto de vista psiquiátrico, as CNEP correspondem a uma das entidades nosológicas do DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, 4ª revisão).² Na grande maioria dos casos, as CNEP são classificadas como transtornos conversivos³ – perda súbita do controle das funções motoras ou sensoriais – ou como transtornos dissociativos⁴⁻⁶ – alterações de memória ou consciência (amnésia/fuga), identidade (despersonalização) ou percepção do ambiente (desrealização). Os fenômenos conversivos e dissociativos estão ligados historicamente ao conceito de histeria,^{7,8} até 1980, eram considerados pelo DSM-II variantes de um transtorno único, a neurose histérica.⁹

Apesar de o papel das experiências traumáticas na gênese da histeria ser reconhecido desde os escritos de Janet, Freud e Breuer,^{7,8} somente na década de 80 ressurgiu o interesse na dissociação como uma resposta ao trauma. Nesta época, o DSM-III criou uma categoria isolada para os transtornos dissociativos, separando-os dos conversivos, sendo estes incluídos na categoria geral de transtornos somatomorfos.¹⁰ A partir da partição da neurose histérica, o seu “componente psíquico” (dissociação) vem ganhando destaque crescente nas investigações sobre trauma emocional e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), ao passo que o seu “componente físico/neurológico” (conversão) permanece pouco estudado.

O TEPT COM MANIFESTAÇÕES DISSOCIATIVAS E CONVERSIVAS

O diagnóstico de TEPT pelo DSM-IV tem como característica central a reação ao evento traumático por meio de sintomas de três dimensões psicopatológicas: intrusão de recordações do evento traumático (revivências), evitação de estímulos a ele associados e presença persistente de sintomas de hiperestimulação autonômica.¹¹ Apesar de tais dimensões não enfatizarem os sintomas dissociativos, taxas muito elevadas de dissociação são encontradas em pacientes com TEPT.¹²⁻²⁰ Além disso, uma

meta-análise confirmou que a dissociação como reação aguda ao evento traumático é um dos principais preditores de TEPT subsequente.²¹ Os indivíduos que dissociam no momento do trauma podem desenvolver um padrão de TEPT em que lembranças mínimas do trauma provocam revivências dissociativas.²² Achados recentes de estudos clínicos, de psicofisiologia e de neuroimagem sugeriram a existência de dois subtipos psicobiológicos distintos de TEPT, um com predomínio de intrusão/hiperestimulação e outro, primariamente dissociativo.²³ É bastante provável que no TEPT dissociativo também predominem sintomas conversivos, em função das evidências ressuscitando a noção de que a dissociação e a conversão constituem de fato aspectos da mesma condição clínica.^{24,25}

AS CNEP COMO EXPRESSÃO CLÍNICA DE TEPT RESULTANTE DE ABUSO NA INFÂNCIA

Sendo as CNEP em sua maioria expressas através de conversão/dissociação, é possível que em pelo menos uma boa parte dos pacientes tenha como diagnóstico de base o subtipo de TEPT acima mencionado cujos sintomas cardinais sejam dissociativos/conversivos. De fato, um corpo considerável de conhecimento sustenta que o trauma emocional, em particular abuso sexual na infância, é um preditor forte do desenvolvimento de CNEP. Uma revisão sistemática concluiu que pacientes com CNEP apresentam taxas significativamente mais elevadas de trauma, abuso físico e/ou sexual e TEPT do que grupos de controle de pacientes com epilepsia.²⁶ Entre os artigos revistos, Rosemberg et al.²⁷ encontraram diagnóstico de TEPT pelo DSM-IV significativamente maior em 8 pacientes com CNEP do que em 27 pacientes com epilepsia refratária ($p < ,001$). Mesmo com uma amostra tão pequena, a ocorrência de CNEP e de abuso sexual na infância predisseram corretamente o diagnóstico de TEPT em 86% dos casos ($p < ,001$). Tais achados foram corroborados por uma meta-análise recente de 14 estudos,²⁸ onde a probabilidade da ocorrência de abuso sexual na infância em pacientes com CNEP mostrou-se quase três vezes maior do que em grupos de controle, a maioria de pacientes epilépticos ($p < ,001$).

Diante de achados tão consistentes, é necessário estar alerta para um erro metodológico grave: muitos estudos não excluíram de sua amostra de CNEP os pacientes que tinham comorbidade com epilepsia. A inclusão no grupo de CNEP de pacientes com crises mistas (CNEP + crises epilépticas) significa um atraso nas pesquisas de distinção, não somente clínica, mas também etiológica, entre os dois tipos de crises. Como a prevalência de CNEP em pacientes epilépticos varia entre 20% e 60%⁶ e a de epilepsia entre pacientes com CNEP foi estimada em 10% a 50%,²⁹ é sabido que a epilepsia por si só, e não o trauma emocional, é o principal fator de risco para o desenvolvimento de CNEP.

Portanto, é presumível que o papel etiológico do trauma emocional seja mais expressivo para os pacientes com CNEP “pura” do que para aqueles com crises mistas. As poucas investigações comparando CNEP pura com crises epiléticas ou CNEP pura com crises mistas corroboraram esta possibilidade. Alper et al.³⁰ encontraram prevalência de história de abuso na infância significativamente maior em 132 pacientes com CNEP pura (38%) do que em 169 pacientes com epilepsia (20%, $p < ,001$). No estudo de Akyuz et al.,³¹ 38 mulheres com CNEP pura tinham prevalências significativamente mais elevadas de abuso físico e sexual na infância (78.8% e 33.3%, respectivamente) do que 33 mulheres com epilepsia (16.7% e 6.7%, respectivamente). Recentemente, D’Alessio e cols.⁶ encontraram taxas mais elevadas de TEPT pelo DSM-IV em pacientes com CNEP (7/24) do que no grupo misto (1/19). Portanto, estes achados parecem apontar para o TEPT como uma variável importante de associação entre trauma, sobretudo abuso sexual na infância, e alguns casos de CNEP. Ou seja, diante de um paciente com CNEP, a presença de história de abuso sexual na infância deve fazer com que o clínico suspeite de TEPT como o mais provável diagnóstico de base das CNEP.

Deve-se atentar, no entanto, para as várias limitações metodológicas, que impediram a confirmação da hipótese acima. Além do erro já mencionado de não separar CNEP pura de crises mistas, a maioria dos estudos utilizou corte transversal ao invés de desenhos de pesquisa destinados a avaliar causalidade, como o de caso controle. Entre os outros problemas metodológicos, destacam-se a utilização do vídeo-EEG para o diagnóstico de apenas alguns casos de CNEP e não para a amostra toda, os tamanhos pequenos das amostras e a falta de instrumentos padronizados para aferir, trauma, abuso e TEPT. Além disso, poucos estudos parearam por sexo a composição dos grupos de CNEP e de controle. Como consequência deste problema, a prevalência mais elevada de mulheres entre os pacientes com CNEP (entre 64 e 100%) do que entre os controles (em torno de 50%) contribuiu fortemente para os achados de índices mais elevados de trauma, abuso e TEPT no primeiro grupo.

ABUSO NA INFÂNCIA E SOMATIZAÇÃO COMO MARCADORES DE DISFUNÇÃO FAMILIAR

Além dos transtornos conversivos, os outros transtornos somatomorfos, sobretudo dor crônica e somatização, foram descritos em pacientes com CNEP. Kuyk et al.¹ encontraram prevalência mais elevada de transtornos somatomorfos – sem levar em consideração os conversivos – em pacientes com CNEP pura do que em pacientes com crises mistas. Em um grupo de veteranos de guerra do sexo masculino,³² aqueles com CNEP pura apresentaram maiores taxas de TEPT (14/22) e de dor somatomorfa (19/22)

do que aqueles com epilepsia (3/28 e 13/26), sendo que as diferenças atingiram significância estatística ($p < ,001$).

No único estudo de caso-controle encontrado, Salmon et al.³³ compararam 81 pacientes com CNEP com um grupo de 81 epiléticos pareados por sexo e idade, excluindo-se os casos de crises mistas. Foram aplicados questionários específicos para aferir tendência à somatização atual, história de abuso sexual, físico e psicológico na infância, padrões de cuidado parental e funcionamento familiar. Observou-se que um número significativamente maior de pacientes com CNEP do que aqueles com epilepsia relatou abuso sexual, físico e psicológico na infância. Estes tipos de abuso correlacionaram-se entre si, mas o psicológico foi o único preditor independente de CNEP. Observou-se ainda que a relação forte entre abuso psicológico e CNEP foi na verdade explicada por maus cuidados parentais e disfunção familiar. Além disso, a tendência à somatização, significativamente maior no grupo de CNEP do que no de epilepsia, teve papel importante como mediadora da relação entre disfunção familiar e CNEP.

Em outras palavras, os achados de Salmon et al.³³ sugeriram que a associação freqüentemente observada na literatura entre abuso sexual na infância e CNEP talvez seja mediada pela relação de CNEP com abuso psicológico. Além disso, o abuso psicológico pode ser um marcador de disfunção familiar e maus cuidados parentais, os quais podem gerar manifestações somatomorfas, entre elas a própria CNEP.

Pode-se concluir, portanto, que, apesar dos vários problemas de método, os estudos aqui revistos sugerem que, num subgrupo de pacientes, as CNEP surgem como expressão clínica de um padrão de TEPT em que preponderam os sintomas dissociativos/conversivos. O TEPT com tais características pode estar associado à tendência geral à somatização e ser resultante de maus cuidados parentais e abusos na infância ocorridos em ambiente familiar disruptivo. Para testar estas hipóteses, as investigações futuras deverão conter amostras grandes e desenhos de pesquisa mais fortes, como os prospectivos e os de caso-controle. Além disso, à medida que se elucidarem os mecanismos fisiopatológicos do TEPT dissociativo/conversivo, estratégias terapêuticas eficazes serão desenvolvidas e poderão ser testadas em pacientes com CNEP.

REFERÊNCIAS

1. Kuyk J, Swinkels WA, Spinhoven P. Psychopathologies in patients with nonepileptic seizures with and without comorbid epilepsy: How different are they? *Epilepsy Behav.* 2003;4:13-18.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington, DC; 1994.
3. Marchetti RL, Kurcgant D, Neto JG, Von Bismark MA, Marchetti LB, Fiore LA. Psychiatric diagnoses of patients with psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure.* 2007.
4. Kuyk J, Vandyck R, Spinhoven P. The case for a dissociative interpretation of pseudoepileptic seizures. *J Nerv Ment Dis.* 1996;184:468-74.

5. Bowman ES, Markand ON. Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizure subjects. *Am J Psychiatry*. 1996; 153:57-63.
6. D'Alessio L, Giagante B, Oddo S, Silva WW, Solis P, Consalvo D et al. Psychiatric disorders in patients with psychogenic non-epileptic seizures, with and without comorbid epilepsy. *Seizure*. 2006;15: 333-9.
7. Van Der Kolk BA, Van Der Hart O. Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *Am J Psychiatry*. 1989;146:1530-1540.
8. Merskey H. The analysis of hysteria: understanding conversion and dissociation. Second Edition Ed. London: The Royal College of Psychiatrists; 1995.
9. Silverstein ML, Warren RA, Harrow M, Grinker RR, Sr., Pawelski T. Changes in diagnosis from DSM-II to the research diagnostic criteria and DSM-III. *Am J Psychiatry*. 1982;139:366-8.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III). Washington, DC: 1980.
11. Figueira I, Mendlowicz M. [Diagnosis of the posttraumatic stress disorder]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25 Suppl 1:12-16.
12. Bremner JD, Southwick S, Brett E, Fontana A, Rosenheck R, Charney DS. Dissociation and posttraumatic-stress-disorder in vietnam combat veterans. *Am J Psychiatry*. 1992;149:328-32.
13. Bremner JD. Acute And Chronic Responses To Psychological Trauma: Where Do We Go From Here? *Am J Psychiatry*. 1999;156: 349-51.
14. Carlier IVE, Lamberts RD, Fouwels AJ, Gersons BPR. PTSD in relation to dissociation in traumatized police officers. *Am J Psychiatry*. 1996;153:1325-8.
15. Dancu CV, Riggs DS, Hearstikeda D, Shoyer BG, Foa EB. Dissociative experiences and posttraumatic stress disorder among female victims of criminal assault and rape. *J Trauma Stress*. 1996;9:253-67.
16. Dikel TN, Fennell EB, Gilmore RL. Posttraumatic stress disorder, dissociation, and sexual abuse history in epileptic and nonepileptic seizure patients. *Epilepsy Behav*. 2003;4:644-50.
17. Hyer LA, Albrecht JW, Boudewyns PA, Woods MG, Brandsma J. Dissociative experiences of vietnam veterans with chronic posttraumatic-stress-disorder. *Psychol Rep*. 1993;73:519-30.
18. Macleod AD. Posttraumatic stress disorder, dissociative fugue and a locator beacon. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999;33:102-4.
19. O'Toole BI, Marshall RP, Schureck RJ, Dobson M. Combat, dissociation, and posttraumatic stress disorder in Australian Vietnam Veterans. *J Trauma Stress*. 1999;12:625-40.
20. Spitzer C, Effler K, Freyberger HJ. Posttraumatic stress disorder, dissociation, and self-destructive behavior in borderline patients. *Z Psychosom Med Psychother*. 2000;46:273-85.
21. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychol Bull*. 2003;129:52-73.
22. Bremner JD. Acute and chronic responses to psychological trauma: Where Do we go from here? *Am J Psychiatry*. 1999;156: 349-51.
23. Fiszman A, Marques-Portella C, Volchan E, Mendlowicz MF, I. Subtipo dissociativo de TEPT – Evidências a favor dessa hipótese. In: Mello M, Bressan R, Andreoli S, Mari J, editors. *Transtorno de estresse pós-traumático. Diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Barueri: Manole; 2006.
24. Sar V, Akyuz G, Kundakci T, Kiziltan E, Dogan O. Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry*. 2004;161:2271-6.
25. World Health Organization. The CID-10 Classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: The Royal College of Psychiatrists; 1992.
26. Fiszman A, Alves-Leon SV, Nunes RG, D'Andrea I, Figueira I. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in patients with psychogenic nonepileptic seizures: A critical review. *Epilepsy Behav*. 2004;5:818-25.
27. Rosenberg HJ, Rosenberg SD, Williamson PD, Wolford GL. A comparative study of trauma and posttraumatic stress disorder prevalence in epilepsy patients and psychogenic nonepileptic seizure patients. *Epilepsia*. 2000;41:447-52.
28. Sharpe D, Faye C. Non-epileptic seizures and child sexual abuse: A critical review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2006;26:1020-40.
29. Benbadis SR, Agrawal V, Tatum WO. How many patients with psychogenic nonepileptic seizures also have epilepsy? *Neurology*. 2001;57:915-7.
30. Alper K, Devinsky O, Perrine K, Luciano D, Vazquez B, Pacia S et al. Dissociation in epilepsy and conversion nonepileptic seizures. *Epilepsia*. 1997;38:991-7.
31. Akyuz G, Kugu N, Akyuz A, Dogan O. Dissociation and childhood abuse history in epileptic and pseudoseizure patients. *Epileptic Disord*. 2004;6:187-92.
32. Dworetzky BA, Packard AS, Paz J, Schauble B, Shanahan CW, Bromfield EB. Characteristics of nonepileptic seizures in male veterans. *Neurology*. 2002;58:A214-A215.
33. 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;65:695-700.

Endereço para correspondência:

Adriana Fiszman
 Av. das Américas, 3333 sala 1018 – Barra da Tijuca
 CEP 22601-003, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
 E-mail: afiszman@rio.com.br