NIRALDO DE OLIVEIRA SANTOS

**Efeitos do tratamento psicanalítico em pacientes com
crises não epiléticas psicogênicas**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para a obtenção do
título de Doutor em Ciências

Programa de Neurologia

Orientador: Prof. Dr. Paulo Eurípedes Marchiori

**São Paulo
2013**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Santos, Niraldo de Oliveira

Efeitos do tratamento psicanalítico em pacientes com crises não epilépticas
psicogênicas / Niraldo de Oliveira Santos. -- São Paulo, 2013.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Neurologia.

Orientador: Paulo Eurípedes Marchiori.

Descritores: 1.Transtorno conversivo 2.Psicanálise 3.Resultado de
tratamento 4.Convulsões/terapia 5.Diagnóstico diferencial 6.Terapia psicanalítica
7.Transtorno conversivo/psicologia

USP/FM/DBD-458/13

Para meus pais.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Mara Cristina Souza de Lucia, pelo incentivo constante ao desenvolvimento deste estudo e à prática da Psicanálise no hospital, bem como, pela confiança depositada nestes anos de trabalho em conjunto. Seja na diretoria da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas (IHC) ou na presidência do Centro de Estudos em Psicologia da Saúde (CEPSIC), o estímulo à pesquisa sempre foi um dos marcos fundamentais de seu trabalho.

Ao Prof. Dr. Paulo Eurípedes Marchiori, pela serenidade na transmissão dos conhecimentos durante a orientação deste trabalho, e pela dedicação e pelo cuidado no exercício da Neurologia na Faculdade de Medicina da USP.

Ao Prof. Dr. Fábio Herrmann (in memoriam), pelo entusiasmo e pelas contribuições psicanalíticas dadas em conjunto com a Dra. Mara Cristina de Lucia para a elaboração do programa de atendimento a pacientes com crises não epiléticas psicogênicas.

Às colegas que participaram da coleta de dados da pesquisa Alessandra Santiago, Ana Clara Portela, Berta Hoffmann Azevedo, Cecília Prohaska, Elaine Cristina Guater, Fernanda Sofio e Stella Maris Parreira, pelo empenho e entusiasmo.

À Dra. Gláucia Rosana Guerra Benute, colega de trabalho e incentivadora tenaz, pelas contribuições na banca de qualificação e pelas sugestões valiosas na produção do manuscrito.

Ao Dr. André Brunoni e Dr. Eberval Gadelha Figueredo, também membros da banca de qualificação deste trabalho, pela leitura cuidadosa e pelas sugestões apresentadas.

Aos profissionais da Divisão de Psicologia do ICHC Ana Luiza Zaninotto, Cláudia Laham, Denise Coutinho, Kênia Campanholo, Luciane de Rossi, Solimar Ferrari, Valmari Cristina Aranha, bem como os demais colegas da equipe, pelo trabalho em conjunto.

Aos funcionários da Secretaria da Divisão de Psicologia do ICHC e do CEPSIC, Ângela Maria Rodrigues, Márcia Barbosa Andrade, Maria Helena Costa, Ricardo Fernandes de Oliveira e, em especial, Maria Gambaroto, pela dedicação e pelo carinho.

À Thais do Nascimento Figueira, secretária da pós-graduação em Neurologia, pela atenção, e ao Departamento de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), pela acolhida.

À Eliane Costa Dias e demais colegas do Núcleo de Pesquisas em Psicanálise e Medicina da Clínica Lacaniana de Atendimento e Pesquisas em Psicanálise (CLIPP), pela constante interlocução em Psicanálise.

Aos colegas e amigos Daniela Bezerra, Jovita Carneiro de Lima, Marcus Vinícius Netto e Maria de Fátima Rossini, por compartilharem a paixão pela Psicanálise.

Ao Pedro de Lima Marin, pelo companheirismo e incentivo constantes, bem como a toda a minha família, pela força para a superação dos obstáculos cotidianos.

*“Vejam como gritam as histéricas. Pode-se dizer que é muito barulho por nada.
A epilepsia, muito mais grave, é muito mais silenciosa”.*
Jean-Martin Charcot (1888)

*“A sexualidade é a chave do problema das psiconeuroses, bem como das
neuroses em geral. Quem a desprezar nunca será capaz de abrir essa porta”.*
Sigmund Freud (1905)

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Annelise Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crrestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2^a ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca de Documentação; 2005.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	2
2 REVISÃO DA LITERATURA	7
2.1 As crises não epiléticas psicogênicas na ciência contemporânea	7
2.1.1 História e terminologia.....	7
2.1.2 Diagnóstico e características clínicas.....	9
2.1.3 Custos	16
2.1.4 Tratamento e prognóstico.....	18
2.2 Corpos que convulsionam: da cena histérica em Charcot à palavra em Freud.....	27
3 OBJETIVO	42
4 CASUÍSTICA E MÉTODO	44
4.1 Pacientes.....	44
4.2 O tratamento psicanalítico	45
4.3 Instrumentos.....	46
4.4 Análise quantitativa	48
5 RESULTADOS.....	50
5.1 Apresentação dos dados quantitativos.....	50
5.2 Carlos, 28 anos, e a “labirintite emocional”	59
5.3 Francisco, 47 anos, o amigo do afogado	61
5.4 Ana, 39 anos, “nasci assim, vou morrer assim”	64
6 DISCUSSÃO	66
7 CONCLUSÃO	78
8 ANEXOS	81
ANEXO A - ROTEIRO DE ENTREVISTA INICIAL	81
ANEXO B - ROTEIRO DIAGNÓSTICO.....	82
ANEXO C - ROTEIRO DIAGNÓSTICO.....	83
9 REFERÊNCIAS.....	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEPSIC	Centro de Estudos em Psicologia da Saúde
CID-10	Classificação Internacional das Doenças
CLIPP	Clínica Lacaniana de Atendimento e Pesquisas em Psicanálise
CNEP	Crises não Epilépticas Psicogênicas
DAPP-BQ	<i>Personality Pathology Basic Questionnaire; Dissociative Experience Scale; Screening Test for Somatoform Symptoms)</i>
DCV	Disfunção de Cordas Vocais
EEG	Eletroencefalograma
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HC-FMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
ICHC	Instituto Central do Hospital das Clínicas
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
MMPI	Inventário Multifásico Minnesota de Personalidade
MOS	<i>Medical Outcomes Study</i>
SPECT	<i>Single Photon Emission Computed Tomography</i>
TC	Terapia Comportamental
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
UTI's	Unidades de Terapias Intensivas
vídeo-EEG	Vídeo-eletroencefalograma
WAIS-R	Escala Wechsler de Inteligência para Adultos - Revisado

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição dos pacientes de acordo com sexo e evolução das CNEP.	54
-----------------	---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Fatores clínicos, sociodemográficos e psicológicos associados ao prognóstico de pacientes com diagnóstico de CNEP (compilação de LaFrance Jr. e Devinsky, 2002).	19
-----------------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Dados demográficos dos 37 pacientes incluídos no estudo, coletados antes do início do tratamento.....	45
Tabela 2	Distribuição dos 37 pacientes de acordo com os dados clínicos coletados na entrevista inicial	50
Tabela 3	Distribuição dos 37 pacientes de acordo com o término do tratamento, capacidade de <i>insight</i> , tipo de CNEP e evolução do quadro clínico de CNEP, coletados durante o tratamento e na entrevista de finalização.....	51
Tabela 4	Distribuição dos 37 pacientes de acordo com reação frente ao encaminhamento e evolução do quadro clínico de CNEP.	52
Tabela 5	Distribuição dos 37 pacientes de acordo com término do tratamento e evolução do quadro clínico de CNEP.....	52
Tabela 6	Medidas descritivas para anos de crise de acordo com a evolução do quadro clínico de CNEP.....	53
Tabela 7	Medidas descritivas para anos de crise de acordo com término do tratamento.	53
Tabela 8	Distribuição dos 37 pacientes de acordo com sexo e evolução do quadro clínico de CNEP.....	54
Tabela 9	Distribuição dos 37 pacientes de acordo com sexo e término do tratamento.	55
Tabela 10	Distribuição dos pacientes de acordo com características clínico-demográficas e evolução do quadro clínico de CNEP.	56
Tabela 11	Distribuição dos pacientes de acordo com características clínico-demográficas e término do tratamento.....	57
Tabela 12	Distribuição dos 37 pacientes de acordo com tempo de crise e evolução do quadro clínico de CNEP.....	58
Tabela 13	Distribuição dos 37 pacientes de acordo com tempo de crise e término do tratamento.	58

RESUMO

Santos N. Efeitos do tratamento psicanalítico em pacientes com crises não epiléticas psicogênicas (Tese). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2013.

As crises não epiléticas psicogênicas (CNEP) podem ser definidas como episódios de alteração de movimentos, sensações ou experiência similar à epilepsia causada por processo psicológico e sem associação com descarga elétrica cerebral anormal. Estima-se que o número de casos de pacientes com CNEP seja de 2 a 33 por 100.000 habitantes. O índice de CNEP corresponde ainda a aproximadamente 5% dos pacientes tratados como epiléticos. Os pacientes com CNEP são tratados como possuindo epilepsia refratária, chegando ao limite máximo do tratamento medicamentoso e sem a obtenção de resultados satisfatórios. Objetivos: relatar os efeitos do tratamento psicanalítico individual em pacientes com CNEP. Método: A casuística foi composta por 37 pacientes com diagnóstico prévio de CNEP realizado por meio da monitorização por vídeo-EEG. Foram realizadas sessões individuais de tratamento psicanalítico, com frequência semanal, com duração aproximada de 50 minutos e duração total de 48 sessões em 12 meses. Resultados: Este estudo constatou elevado índice de sucesso no tratamento dos pacientes com CNEP: 29,7% (n=11) de cessação/cura dos sintomas e 51,4% (n=19) redução das crises convulsivas. Foi constatada associação entre cessar ou reduzir as crises e sexo ($p<0,01$), religião ($p<0,01$) e término do tratamento ($p<0,01$). Conclusão: Este estudo apontou a eficácia do tratamento psicanalítico individual realizado com pacientes com CNEP, podendo ser considerada uma forma de assistência essencial para que haja decréscimo ou cessação das crises.

Palavras-chave: crise não epilética psicogênica, transtorno conversivo, psicanálise, tratamento.

Descritores: Transtorno conversivo, Psicanálise, Resultado de tratamento, Convulsões/terapia, Diagnóstico diferencial, Terapia psicanalítica, Transtorno conversivo/psicologia.

ABSTRACT

Santos N. Effects of psychoanalytical treatment in patients with psychogenic non-epileptic seizures. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2013.

Psychogenic non-epileptic seizures (PNES) can be defined as episodes of alteration of movement, feeling or a similar experience to epilepsy caused by a psychological process and with no association with abnormal electrical discharges in the brain. It is estimated that the number of cases of patients with CNEP is from 2 to 33 in 100.000 inhabitants. The number of patients with PNES reaches 5% of those treated as epileptics. Patients with PNES are treated as if they had intractable epilepsy, with unsatisfactory results even after medication treatment is used to its maximum limits. Objectives: to present the effects of individual psychoanalytical treatment in patients with PNES. Methods: The case base was composed of 37 patients with PNES. The diagnosis was reached with video-EEG monitoring. . Psychoanalytical treatment was carried out through 12 months of weekly sessions of around 50-minutes each, in a total of 48 individual sessions. Results: This study found a high success rate in the treatment of PNES patients. 29,7% (n=11) of patients saw cessation or cure of symptoms and 51,4% (n=19) saw a decrease in the number of episodes. There is an association between cessation or decrease in the number of episodes and sex ($p<0,01$), religion ($p<0,01$) and concluding treatment ($p<0,01$). Conclusions: Individual psychoanalytical treatment applied to patients with PNES is considered effective and can be considered as an essential form of assistance for the reduction of cessation of episodes.

Keywords: Psychogenic non-epileptic seizures, Conversion disorder, Psychoanalysis, Treatment.

Descriptors: Conversion disorder, Psychoanalysis, Treatment outcome, Seizure/therapy, Differential diagnosis, Psychoanalytical therapy, Conversion disorder/psychology.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Os sintomas psicogênicos são comuns na Medicina. O corpo humano, habitado por um sujeito, padece tanto daquilo que é concernente ao organismo e suas leis, quanto da maneira particular como cada sujeito habita e faz uso de seu corpo. Esta segunda via, aquela que é diretamente articulada ao simbólico e à maneira como cada sujeito encontra seus modos de satisfação, pode perturbar não somente a forma de pensar e interpretar o mundo, como também é responsável por uma gama de manifestações sintomáticas no corpo, frequentemente acarretando diversos prejuízos ao paciente e àqueles com quem estabelece laços sociais.

É evidente que o discurso da ciência não é o único a atrair sujeitos que sofrem em busca de um tratamento. Estruturalmente, o ser humano em sofrimento formula a sua demanda e a dirige a um outro em quem deposita um saber. Este Outro pode ser um religioso ou um místico, por exemplo. Porém, a procura por um médico ou, de modo ainda mais emblemático, o lugar que o hospital passou a ocupar nas cidades, permite fazer com que ali se concentrem pessoas em busca de um saber para o que de errado acontece com seu corpo, bem como um corpo clínico de profissionais interessados em diagnosticar e propor estratégias para a recuperação da saúde e o bem-estar do paciente.

Dependendo de como este corpo foi afetado, ou seja, de quais funções se mostram prejudicadas em decorrência do quadro clínico, o paciente é, no hospital, inserido em uma especialidade médica para ser mais bem avaliado e tratado. A Neurologia, historicamente, é uma especialidade que recebe a maior parcela de pacientes com sintomas no corpo que têm origem na produção simbólica do sujeito. Ao recebê-lo, a primeira providência a ser tomada é a de proceder uma investigação diagnóstica acurada, para, então, propor o tratamento ou encaminhar o paciente para o profissional mais indicado.

Neste sentido, apesar dos diversos anúncios nas duas últimas décadas, principalmente no meio psicanalítico, do desaparecimento dos sintomas clássicos de conversão, o trabalho do psicanalista no hospital permite o

encontro, não tão raro, com estes casos. Na clínica neurológica, representam 9% dos pacientes admitidos no hospital e, provavelmente, uma maior porcentagem de pacientes que procuram o ambulatório. Sintomas como paralisia, mutismo, desordens visuais, sensoriais, do movimento, do equilíbrio e fenômenos dolorosos representam um desafio no estabelecimento do diagnóstico e tratamento. A exceção se dá para os casos que ingressam no setor com crises semelhantes às epiléticas, em realização de tratamento com anticonvulsivantes por um longo período de tempo, sem a obtenção de melhora do quadro clínico. Frente à suspeita de que estes pacientes poderiam não possuir epilepsia, são encaminhados para o procedimento de investigação por meio do registro das crises em monitoramento por videoeletroencefalograma (vídeo-EEG). Descartada a hipótese de epilepsia, o diagnóstico é certo e o tratamento psicológico é indicado.

O presente estudo se deu por meio de uma parceria estabelecida entre a Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) e o Grupo de Epilepsia da Divisão de Clínica Neurológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) para o encaminhamento e tratamento dos casos. Após a realização do vídeo-EEG nos casos indicados, os pacientes recebiam, dependendo do resultado, a informação de que não possuíam epilepsia e que sua condição poderia ser tratada por um psicólogo. Em virtude de, em um primeiro momento, o diagnóstico ter sido por exclusão do quadro de epilepsia e de inclusão no campo do sofrimento psíquico que acomete o corpo, a nomenclatura utilizada, atualmente, no meio científico, é a de que estes pacientes possuem crises não epiléticas psicogênicas (CNEP).

Pacientes com CNEP, antes do correto diagnóstico – que pode demorar décadas – são tratados como possuindo epilepsia refratária, utilizando doses máximas de medicamentos anticonvulsivantes, com risco de complicações iatrogênicas. Possuem, em média, 6 passagens por unidades de emergência no semestre anterior ao correto diagnóstico (Jirsch *et al.*, 2011) e diversas internações em Unidades de Terapias Intensivas (UTI's), resultando em redundância no diagnóstico por imagem e em testes laboratoriais. Estes fatores

acarretam prejuízos econômicos significativos para o paciente, para a família e para os serviços de saúde.

Os pacientes que ingressaram no programa e concordaram em participar deste estudo foram tratados por meio do método psicanalítico, com sessões individuais, por um período de um ano. Deste modo, o trabalho aqui apresentado diz respeito a um estudo empreendido para analisar os efeitos do tratamento psicanalítico individual em pacientes diagnosticados com CNEP. Evidentemente, não se trata, neste estudo, de comprovar a eficácia do método psicanalítico, demonstrada por Freud no meio acadêmico há mais de um século. Trata-se de apresentar os resultados obtidos por meio do método psicanalítico empregado em um contexto específico – o de pacientes que eram tratados como se possuísem epilepsia e, portanto, instalados no lugar de doentes, consolidando que o tratamento efetivo tem início com o diagnóstico preciso do neurologista e o encaminhamento certo ao tratamento psicológico.

A partir disto, antes da apresentação dos resultados e da discussão do material deste estudo, optou-se por construir dois capítulos teóricos. No primeiro deles: “As crises não epiléticas psicogênicas na ciência contemporânea”, são expostos os achados na literatura científica que colaboram com a construção do panorama em torno das CNEP e dos personagens envolvidos: pacientes, familiares, profissionais e instituições de saúde. O capítulo seguinte “Corpos que convulsionam: da cena histórica em Charcot à palavra em Freud” é dedicado à apresentação da sexualidade nos casos de histeria e a retomada de conceitos psicanalíticos que se articulam ao presente tema.

Quando o paciente é tomado em análise, no caso a caso, com a experiência da associação livre - do lado do paciente, e da interpretação sob transferência - do lado do analista, chega-se a resultados contundentes demonstráveis, tradicionalmente, pelo método da apresentação do caso clínico. Neste estudo, a escolha se deu pela via da apresentação dos efeitos do tratamento psicanalítico em pacientes com CNEP por meio do agrupamento dos achados e construção de indicadores de melhora ou cura das crises conversivas.

A Psicanálise está inserida na cultura e faz parte do arsenal terapêutico também empregado pelos profissionais que atuam em hospitais gerais e de especialidades. Diferente de sua prática em consultório privado, a Psicanálise aplicada à terapêutica nas instituições de saúde se inscreve como um dispositivo que requer, necessariamente, a experiência da interlocução com os demais profissionais que ali atuam. Esta característica faz com que o método psicanalítico, com suas particularidades na forma de tratar da relação dos sujeitos com seus corpos, atue de modo a continuar promovendo, por meio da sua eficácia terapêutica, efeitos incisivos no campo da saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 As crises não epiléticas psicogênicas na ciência contemporânea

2.1.1 História e terminologia

As crises não epiléticas psicogênicas (CNEP) se configuram como um diagnóstico operacional que exclui o diagnóstico de epilepsia, salvo em pacientes que possuem epilepsia e CNEP concomitantemente (Kurcgant, 2010). O fato é que, virtualmente, a manifestação das CNEP pode apresentar, em sua patoplastia, sinais que poderiam estar presentes em todos os tipos de epilepsia (Sackellares, 2004).

Episódios semelhantes a crises epiléticas - mas não epiléticas em sua origem - têm sido descritos historicamente e culturalmente (Goldstein *et al.*, 2000). Nestes casos, o episódio se mostra sem atividade epileptiforme e apoiado em fatores psicológicos (Szaflarski *et al.*, 2003).

Do ponto de vista histórico, as CNEP têm sido consideradas como crises histéricas, no sentido de que seriam manifestações de distúrbios emocionais e não de quadros neurológicos comiciais. A chamada Histeroepilepsia já havia sido descrita em 1888 num verbete da enciclopédia Villaret, de autoria atribuída a Sigmund Freud, de acordo com o editor das obras completas, Edição Standard, James Strachey (1976). Trata-se de uma “epilepsia” de caráter psicogênico na qual a neurose está calcada em uma organização histérica. Tratar-se-ia de uma “epilepsia afetiva”, diferente de uma epilepsia orgânica.

De acordo com Casarotti (1999), o conceito de Histeroepilepsia foi proposto, inicialmente, por Landouzi, em 1846, em um estudo de 276 casos, em que 26 pacientes se apresentavam como “histéricos simples com convulsões epiléticas”. Essas crises de epilepsia histeriforme caracterizavam-

se por breve perda de consciência seguida de manifestações tônicas, entremeadas por movimentos desordenados.

De acordo com Scull (1997), estima-se que as crises não epiléticas psicogênicas possuam, aproximadamente, 15 sinônimos na Língua Inglesa. A problemática do diagnóstico e seu desdobramento, no sentido da etiologia das crises, decorre da dificuldade em se efetuar um diagnóstico *positivo* desses casos, bem como no fato de a doença manifestar-se no corpo, mas com ausência de evidências de acometimento orgânico. O diagnóstico *negativo* refere-se à epilepsia, em virtude da semelhança sintomática da crise com o quadro epilético, recebendo, então, denominações como Histeroepilepsia, pseudoepilepsia, pseudocrises, crises não epiléticas psicogênicas, dentre outras.

Do ponto de vista psiquiátrico, a constância na forma de expressão das CNEP pode apontar para determinados quadros diagnósticos. Na 10^a versão da Classificação Internacional das Doenças (CID-10), da Organização Mundial de Saúde, as CNEP são classificadas como transtornos dissociativos (ou conversivos), mais especificamente, convulsões dissociativas. Na classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2013) da Associação Psiquiátrica Americana, as CNEP podem ser parte integrante do quadro dos Transtornos Dissociativos ou integrar o grupo dos Sintomas Somáticos e Transtornos Relacionados, mais especificamente, na categoria de Transtorno Conversivo (Transtorno de Sintomas Neurológicos Funcionais).

Os termos utilizados para descrever as CNEP têm se modificado ao longo dos anos (Dickinson e Looper, 2012). Termos comuns, como histeria e pseudoepilepsia, são, atualmente, percebidos como pejorativos por muitos pacientes (Stone *et al.*, 2003). Em virtude disto, o termo “crises não epiléticas psicogênicas” é comumente usado entre os clínicos; de acordo com uma pesquisa realizada com os profissionais da Sociedade Americana de Epilepsia, o termo “crises não epiléticas” é usado, ao menos, seis vezes mais frequentemente do que qualquer outro termo quando da comunicação do diagnóstico ao paciente (LaFrance Jr. *et al.*, 2008).

Vale a pena citar que a mudança na terminologia adotada mais recentemente, ou seja, “crises não epiléticas psicogênicas” aponta para o fato

de ter havido um deslocamento daquilo que era um diagnóstico de um modo de funcionamento mental, inserido em uma corrente teórica, para uma descrição de um sintoma. De acordo com Kurcgant (2010), a Psiquiatria contemporânea se depara com a construção de categorias nosológicas ateóricas, levando a uma desvalorização da subjetividade do paciente na prática psiquiátrica. Ainda de acordo com a autora, os aspectos simbólicos, fundamentais para a compreensão das crises não epiléticas psicogênicas, são, praticamente, descartados.

Para Schmutz (2013), convulsões dissociativas não constituem um grupo nosológico propriamente dito. Segundo ele, qualquer pesquisa promissora nesta área tem que levar em conta a condição psiquiátrica ou psicodinâmica subjacente; estratégias terapêuticas também têm de se concentrar na morbidade subjacente, tendo as convulsões dissociativas apenas como um sintoma que a acompanha.

2.1.2 Diagnóstico e características clínicas

Para que o encaminhamento do paciente se dê com mais rapidez, evitando tratamentos medicamentosos desnecessários, bem como prejuízos ainda maiores na qualidade de vida dos pacientes acometidos, é fundamental que se estabeleça o correto diagnóstico do paciente. A suspeita do diagnóstico de CNEP pode ser feita a partir das características presentes na história clínica, com um bom valor preditivo, e, atualmente, pode ser confirmada por meio das gravações feitas no exame de videoeletroencefalografia. De acordo com Devinsky *et al.* (2011), embora traços característicos da semiologia ictal possam ajudar a distinguir as crises epiléticas das CNEP, o vídeo-EEG permanece como padrão-ouro para o diagnóstico diferencial.

O registro simultâneo das manifestações clínicas (vídeo) e do eletroencefalograma é indicado para todos os pacientes que apresentam crises convulsivas frequentes, apesar dos medicamentos prescritos (Benbadis *et al.*, 2000). De acordo com Benbadis e LaFrance Jr. (2010), de posse dos

resultados da gravação, aliados a uma boa história neurológica e psiquiátrica, é raro que a questão (CNEP x epilepsia) não possa ser respondida, e o diagnóstico de CNEP pode ser feito com alto grau de confiabilidade.

Partindo do insucesso do tratamento com medicamentos antiepilépticos, bem como a partir de suspeita clínica, o paciente é internado em um quarto equipado com aparelhos de filmagem e de eletroencefalograma (EEG) para que sejam observadas e registradas as crises, caso estas ocorram. De acordo com Mayor *et al.* (2011), em associação com o vídeo-EEG, os pesquisadores por ele entrevistados utilizam algum tipo de método para eliciar uma crise, sendo distribuídos, em sua amostra, com 130 neurologistas, da maneira que segue: hiperventilação (83%), estimulação visual/fótica (79,5%) e sugestão (65,9%); dois entrevistados referiram utilizar situações dos próprios pacientes como gatilhos para desencadear crises durante a monitoração pelo vídeo-EEG. Injeções salinas não foram referidas no estudo de Mayor *et al.* (2011), embora sejam utilizadas como uma via de sugestão para o início de crises pseudoepilépticas em ocasiões nas quais o médico examinador refere se tratar de um medicamento que provoca convulsões.

Observa-se um debate ético em torno das avaliações diagnósticas que utilizam estratégias desencadeadoras das crises, seja em virtude dos prejuízos que eles podem acarretar ao paciente seja no impacto da confiança estabelecida entre o médico e o paciente (Gates, 2001; Benbadis, 2009).

Como exames complementares, os pacientes também são submetidos à ressonância magnética de crânio, SPECT (*Single Photon Emission Computed Tomography*) ictal, SPECT interictal, além de avaliação neuropsicológica, em alguns casos, podendo apresentar resultados que validam, ou não, o diagnóstico de epilepsia, contribuindo com o raciocínio clínico (Kurgant, 2010).

Ainda de acordo com Kurcgant (2010), para o neurologista, a investigação se encerraria no momento da confirmação das CNEP. Porém, o problema das crises não epilépticas psicogênicas permanece:

Muitos destes pacientes viveram cerca de cinco, dez, vinte anos das suas vidas acreditando serem portadores de uma epilepsia de difícil controle. Passaram por dezenas de consultas médicas, realizaram muitos exames

e tomaram várias medicações, inclusive em doses altas, com possíveis efeitos colaterais. Estes pacientes e familiares experimentaram todas as dificuldades, as limitações e os preconceitos relacionados à epilepsia, ao mesmo tempo em que buscaram os seus direitos e benefícios, como portadores de uma doença crônica. Com o esclarecimento do diagnóstico, muitos destes pacientes e familiares têm uma sensação de alívio, mas a grande maioria sente-se desmoralizada, ou com raiva, ou desconfiados do novo diagnóstico. Esta situação se agrava quando o médico neurologista simplesmente dá alta médica para o paciente e o encaminha ao serviço de saúde mental (Kurcgant, 2010, p. 9).

Com a contundência do trecho acima exposto, tem-se uma dimensão da complexidade da transmissão do diagnóstico para os pacientes com CNEP. Thompson *et al.* (2013), em um estudo piloto para avaliar os efeitos de uma intervenção educativa, encontraram 2 pacientes que expressaram, de modo agressivo, sua descrença de que os sintomas eram psicogênicos. Uma das pacientes demonstrou tanto descontentamento que relatou que iria processar o médico que a acompanhava. Outro paciente contou que estava planejando procurar outra clínica para uma segunda opinião. Whitehead *et al.* (2013) também referem que a crença nos fatores orgânicos como responsáveis pelo quadro de CNEP causa forte tensão no paciente quando o médico com quem ele se trata resolve suspender as drogas antiepilépticas ou o encaminha para intervenções psicológicas.

Eventualmente, crises epiléticas e não epiléticas podem coexistir no mesmo indivíduo em até 20% dos casos (Castro, 2007); outros estudos chegam a apontar associação das duas condições em 50% dos casos (Sigurdardottir e Olafsson, 1998; Kurcgant *et al.*, 2000). Tais episódios podem variar em sua etiologia e manifestações. Owczarek & Jedrzejczk (2001) referem a maior incidência de crises mistas (pseudoepilepsia e epilepsia) do que a de crises puramente epiléticas.

De acordo com Perez *et al.* (2000), muitas vezes, com a diminuição da frequência das crises epiléticas, surgem as pseudocrises, com o objetivo de manter o papel de enfermo para o controle da dependência familiar. Abubakr *et al.* (2003) consideram que as dramáticas manifestações das pseudocrises

podem gerar um *status* protegido que confere certos direitos ao paciente e o alivia de algumas obrigações, ou seja, lhe confere alguns ganhos secundários. Simultaneamente, evita-se lidar com os conflitos psíquicos subjacentes. Além disso, a depressão é um achado constante entre esses pacientes; as tentativas de suicídio têm sido relatadas esporadicamente (Kanner *et al.*, 2012).

De acordo com Abubakr *et al.* (2003), as pseudoepilepsias ou CNEP representam uma importante alternativa para a explicação da falha no tratamento de pacientes com diagnóstico de epilepsia de difícil controle. Esses autores referem que, em diferentes séries clínicas, a frequência relativa das CNEP oscilou entre 10% e 40%, com preponderância de mulheres e indivíduos mais jovens. Para Bazil *et al.* (2003), a prevalência estimada é de 1 em 3000, propondo que esse tipo de crise pode representar até 25% de todos os pacientes com diagnóstico de epilepsia refratária ao tratamento medicamentoso. Outros estudos (Wolanczyk & Bryńska, 1998; Owczarek & Jedrzejczak, 2001; Timary *et al.*, 2002; Iriarte *et al.*, 2003; Abubakr *et al.*, 2003) também apontam que cerca de 20% dos pacientes com epilepsia de difícil controle podem ser considerados como possuindo CNEP.

Benbadis & Hauser (2000) referem que, apesar dos pacientes com CNEP representarem aproximadamente entre 10% e 20% dos encaminhamentos dos centros especializados no tratamento de epilepsia, parecendo ser, portanto, relativamente comum para o neurologista, sua prevalência na população geral é difícil de ser calculada. Os autores estimam essa prevalência entre 1:50.000 a 1:3.000 (ou 2 a 33 por 100.000 habitantes), tomando por referência a prevalência da epilepsia de difícil controle.

Bazil *et al.* (2003) enfatizam que as CNEP devem ser tratadas como um problema de saúde pública devido à sua abrangência e a suas implicações. A dificuldade de diagnóstico é apontada por diversos autores, também em virtude da diversidade de manifestação das crises. (Wolanczyk e Bryńska, 1998; Owczarek e Jedrzejczak, 2001; Timary *et al.*, 2002; Bazil *et al.*, 2003; Iriarte *et al.*, 2003).

Harden e Ferrando (2001) discutem se a responsabilidade pela comunicação do diagnóstico e pelo tratamento deveria ser do psiquiatra ou do neurologista, analisando os prós e contras nas duas abordagens.

Müller *et al.* (2002) constatam haver uma tendência de encaminhar pacientes com CNEP para um centro de excelência muito tardiamente (há uma média de 7 anos entre o desencadeamento das crises e o diagnóstico de CNEP) e que este fator é um obstáculo importante para o tratamento; segundo eles, muitos destes pacientes terão longos períodos de tratamento com drogas antiepilépticas para “epilepsia refratária” que complicam a aceitação das crises como não epiléticas.

Em estudo comparativo de 20 pacientes que haviam recebido diagnóstico de CNEP com um grupo-controle buscando investigar sua suscetibilidade à hipnose, tendências dissociativas e estratégias de enfrentamento, Goldstein *et al.* (2000) observaram que os pacientes demonstraram tendência a apresentar maiores pontuações de depressão e crença de controle externo sobre a saúde, com maiores níveis de dissociação e emprego de estratégias de fuga e esquiva.

Outro tema frequentemente associado às CNEP é o abuso sexual na infância (Owczarek e Jedrzejczk, 2001; Prigatano *et al.*, 2002; Bazil *et al.*, 2003). Bazil *et al.* (2003) chegaram a constatar que o abuso sexual e/ou físico foram declarados por 84% dos pacientes. Abubakr *et al.* (2003), levando em conta a patoplastia das CNEP, observaram que somente os pacientes com manifestações motoras durante as crises apresentavam histórias de abuso físico e/ou sexual.

Patidar *et al.* (2013), em estudo realizado com 63 pacientes com CNEP na Índia, constataram que a maioria dos pacientes provinha de famílias nucleares com pobre apoio emocional. O estresse psicológico foi indicado como o fator precipitante em 74,6% dos casos; 17,46% dos pacientes referiram abuso físico e 7,93% relataram ter sofrido abuso sexual. Em relação a este último dado, os autores acreditam que os baixos índices relacionados ao abuso sexual dizem respeito às características da estrutura social do país, do temor relacionado a prejuízos na reputação e às questões legais.

Ettinger *et al.* (1998) observaram que, em mulheres no climatério, a exacerbação das crises no período pré-menstrual associa-se de maneira estatisticamente significativa à epilepsia, podendo ser de utilidade no diagnóstico diferencial.

O diagnóstico de epilepsia, em geral, é mais prevalente em homens devido ao maior índice de lesão cerebral (Bruns e Hauser, 2003). De acordo com Schmitz (2010), há, também, diferenças quanto ao gênero em síndromes epiléticas geneticamente determinadas. Por exemplo, uma preponderância no gênero feminino nos casos de epilepsia mioclônica juvenil e fotossensibilidade (Lu *et al.*, 2008; Janz, 1985). Para Schmitz (2010), não há condição clínica (em Neurologia, Psiquiatria ou em Medicina geral) com uma preponderância feminina tão alta como nos casos de transtornos somatoformes/dissociativos, incluindo pacientes com CNEP. Dados epidemiológicos sugerem um índice de, no mínimo, 3 mulheres para 1 homem. Chama a atenção da autora (Schmitz, 2010) o fato de que, apesar desta diferença na proporção de mulheres com CNEP, poucas pesquisas nesta área têm sido feitas para explorar esta condição.

Schmitz (2010) relembra que, a este respeito, há mais de um século, Freud foi um dos primeiros na Medicina moderna a apontar uma relação entre a histeria e a sexualidade feminina. De acordo com os conceitos freudianos, a histeria é decorrente do recalque na sexualidade feminina, com desejos sexuais (inconscientes) insatisfeitos, conflitos estes articulados a conflitos edípicos que são reativados na vida adulta.

Explicações sociológicas referem a discriminação feminina em várias sociedades: frustração e agressões recalcadas levariam a reações dissociativas devido ao desamparo e raiva (Schmitz, 2010).

Outro fator digno de nota, e que pode estar associado à preponderância de pseudoepilepsia em mulheres, é que o comportamento histérico em geral é socialmente melhor aceito em mulheres do que em homens. Os homens tendem a responder ao estresse com outros comportamentos, tais como agressão e abuso de drogas. Quando os homens desenvolvem sintomatologias somatoformes, estas são, frequentemente, queixas médicas que são socialmente melhor aceitas, tais como dor atípica no peito ou nas costas (Schmitz, 2010, p. 131).

O'Sullivan *et al.* (2007), em estudo com 38 pacientes com CNEP, sendo 15 do sexo masculino (39%), constataram que os homens possuíam crises em

maior frequência, usavam mais drogas antiepilépticas e uma maior intervalo entre o desencadeamento das crises e o correto diagnóstico.

Holmes *et al.* (2001) buscaram descrever algumas diferenças de gênero em pacientes com CNEP em relação àqueles com epilepsia. Utilizando uma bateria neuropsicológica específica para epilepsia, o Inventário Multifásico Minesota de Personalidade (MMPI) e a Escala Wechsler de Inteligência para Adultos – Revisado (WAIS-R), os autores compararam 57 mulheres e 27 homens com mais de 16 anos de idade que haviam recebido diagnóstico de CNEP a partir do exame de vídeo-EEG, com um número igual de pacientes epiléticos, selecionados aleatoriamente. Observaram que os pacientes com diagnóstico de CNEP, de modo geral, apresentavam, comparativamente, início tardio das crises. De modo geral, os homens apresentavam melhor desempenho acadêmico que as mulheres. Os achados mais importantes se deram na área da personalidade: no MMPI, os homens com CNEP mostraram pontuações significativamente mais elevadas nas subescalas de depressão, histeria, hipocondria, psicastenia, e esquizofrenia quando comparados a mulheres com o mesmo diagnóstico, e com homens e mulheres com diagnóstico de epilepsia. Pacientes do sexo masculino com diagnóstico de CNEP apresentaram pior padrão de ajustamento emocional do que mulheres com o mesmo diagnóstico e piores do que os homens com diagnóstico de epilepsia.

No que diz respeito à participação de fatores culturais nas CNEP, Deveci *et al.* (2007), em estudo realizado na Turquia, constataram que, apesar das intensas mudanças sociais ocorridas nas últimas décadas, as mulheres ainda se encontram em uma condição de desvantagem, especialmente em famílias com atitudes conservadoras nas quais as mulheres são limitadas em sua capacidade de autoexpressão. Casamentos arranjados no início da adolescência, interrupção precoce da escolarização e opressão de ordem religiosa são práticas comuns nas áreas rurais da Turquia. Nestes grupos, as CNEP podem ser um modo de assumir algum tipo de controle nas crises familiares quando uma via direta encontra-se bloqueada para a expressão e resolução de conflitos. De acordo com os autores, a fenomenologia dramática da CNEP geralmente interrompe a hostilidade dirigida à paciente e,

frequentemente, cria um clima de apoio entre os membros da família. De acordo com Martinez-Taboas *et al.* (2010), estes fatores fazem com que as CNEP apontem para o transtorno de conversão mais prevalente na população clínica da Turquia. Aproximadamente de 41% a 71% dos pacientes psiquiátricos ambulatoriais (Kologu *et al.*, 2003; Sar *et al.*, 2004) e 31,7% a 44,1% dos pacientes internados (Sar & Sar, 1990; Tezcan *et al.*, 2003) com transtorno conversivo têm a CNEP como o principal sintoma.

Por outro lado, Asadi-Pooya *et al.* (2013), em estudo realizado no Irã com 222 pacientes com CNEP, sendo 129 (69%) do sexo feminino, não foram observadas diferenças demográficas nem quanto às características das crises, sugerindo que, de acordo com os autores, o estilo de vida islâmico tem pouca influência sobre a proporção entre os sexos e nas manifestações clínicas das CNEP quando comparadas aos estudos ocidentais.

2.1.3 Custos

Em termos financeiros, os custos decorrentes das CNEP, quando não diagnosticadas, pode ser equivalente aos custos do tratamento de epilepsia refratária ao longo da vida do paciente (Gene-Cos & Ring, 2005).

Estima-se que 40% dos pacientes com CNEP são admitidos em unidades de terapia intensiva (UTI's) em algum momento do curso da doença (Kanner, 2003a). Jirsch *et al.* (2011) constataram a redução de 50% em passagens em unidades de emergência após o diagnóstico de CNEP ter sido comunicado aos pacientes de sua amostra.

Timary *et al.* (2002) afirmam que pacientes com CNEP passam cerca de dez anos com diagnóstico equivocado. Uma das causas disto é a dificuldade em se estabelecer o diagnóstico correto, uma vez que as crises são muito semelhantes e que, não infrequentemente, o paciente com CNEP apresenta alterações no eletroencefalograma (EEG). O diagnóstico inadequado traz problemas para os pacientes que realizam tratamento farmacológico com drogas antiepilépticas por muitos anos e despesas adicionais ao sistema de

saúde (Gene-Cos & Ring, 2005), pois muitos deles recorrem a auxílio-doença e mesmo aposentadoria por invalidez por estarem convencidos de que estão seriamente e organicamente comprometidos, e que não apresentam condições emocionais e laborativas adequadas.

Existem outros custos socioeconômicos importantes e que são difíceis de quantificar que recaem sobre os pacientes e familiares decorrentes de faltas ao trabalho (quando o paciente consegue algum tipo de trabalho remunerado), desemprego e impacto na qualidade de vida (Reuber, 2008).

Comparativamente, a qualidade de vida de pacientes com diagnóstico de CNEP tende a ser pior que a de pacientes com epilepsia, de acordo com Al Marzooqi *et al.* (2004), quando avaliados pelo *Medical Outcomes Study (MOS) 36-Item Short Form (SF-36)*. Duncan *et al.* (2012) realizaram estudo que indica índices de morte prematura mais elevados em pacientes com CNEP quando comparados à população geral, embora as mortes não sejam relacionadas diretamente à convulsão.

De acordo com Dickinson e Looper (2012), o diagnóstico precoce das CNEP é fundamental para limitar os tratamentos inadequados e potencialmente nocivos, além de reduzir os custos desnecessários associados à doença.

As condições sociais e ocupacionais dos pacientes com CNEP costumam ser empobrecidas, com uma taxa de desemprego de 47% em pacientes com idade entre 18 e 65 anos, conforme observado por O'Sullivan *et al.* (2007). Ainda de acordo com os autores, as taxas de desemprego nos pacientes por eles avaliados foi maior do que aquela citada em uma amostra de pacientes com epilepsia no Reino Unido (22-23%) e foi, aproximadamente, o dobro da taxa anual média de desemprego também no Reino Unido. Além disso, O'Sullivan *et al.* (2007) também constataram que 26% dos pacientes com CNEP de sua amostra não viviam de modo independente. Esta taxa de dependência, a elevada taxa de desemprego, bem como a alta taxa de hospitalizações dos pacientes com CNEP evidenciam o significativo ônus econômico que esta condição apresenta para a sociedade.

Ahmedani *et al.* (2013) realizaram estudo com 24 pacientes para avaliar os custos hospitalares antes e depois do diagnóstico e tratamento para as CNEP. Nos 12 meses precedentes ao diagnóstico de CNEP, houve uma média

de 8.38 entradas em hospitais e um custo de 4.567,01 dólares, enquanto que, nos 12 meses após o diagnóstico e início do tratamento psicológico, a média de visitas caiu para 6.92 e os custos diminuíram para 2.783,77 dólares, chegando a uma redução de, em média, 1.800,00 dólares por paciente. Os autores também referiram que o discreto aumento com os custos do tratamento com saúde mental (aumento, em média, de 51,92 dólares por paciente após o primeiro ano de diagnóstico) é irrisório, uma vez que a psicoterapia e a medicação psiquiátrica (para as comorbidades) estão entre os mais eficazes, de acordo com a literatura.

2.1.4 Tratamento e prognóstico

Para LaFrance Jr. *et al.* (2013), a conduta a ser adotada para o tratamento de pacientes com CNEP deve ser dividida em quatro estágios: a elaboração do diagnóstico, a comunicação da condição clínica ao paciente, o controle das crises e a administração das crises em relação às atividades cotidianas.

Bodde *et al.* (2009), em um estudo de revisão crítica acerca dos principais itens relacionados às CNEP, apontam importantes considerações a respeito do tratamento e prognóstico, embora enfatizem a quantidade limitada de estudos encontrados com enfoque no tratamento.

Estudos de LaFrance Jr. e Devinsky (2002) sugerem que alguns parâmetros podem ser considerados em termos do prognóstico desses pacientes: menor duração das CNEP, sexo feminino e estilo de vida mais independente. Fatores negativos incluem comorbidade neurológica ou psiquiátrica e problemas litigiosos, entre outros. Compilando os estudos voltados para o prognóstico desses pacientes, os autores propõem alguns referenciais, conforme detalhado no Quadro 1.

Quadro 1: Fatores clínicos, sociodemográficos e psicológicos associados ao prognóstico de pacientes com diagnóstico de CNEP (compilação de LaFrance Jr. e Devinsky, 2002).

MELHOR PROGNÓSTICO	PIOR PROGNÓSTICO
Ter amigos atualmente e na infância	Meio social caótico
Início recente das crises (< 1 ano)	Longa duração das CNEP (>2 anos)
<i>Insight</i> sobre a etiologia das CNEP	Paciente com somatização persistente, descrente
Habilidade para expressão emocional	Grave(s) distúrbio(s) de personalidade
Alta motivação para recuperação/cura	Ganho secundário financeiro/psicológico significativo
Independência da ajuda do seguro social	Famílias buscando receber seguro social
Não busca ativamente ajuda do seguro social	Famílias que não acreditam que crises sejam psicológicas
Família que encoraja a autonomia	Pendências legais (litígio)
Precipitador específico/estressor ao início	Ausência de precipitadores óbvios
Inteligência normal	Violência doméstica
Ausência de epilepsia coexistente	Dinâmica familiar ou marital que encoraja dependência
Estilo de vida independente	Incesto ocorrendo
Sexo feminino	Sexo masculino
Criança e adolescente	História extensa de doenças psiquiátricas
Achados normais no EEG	Epilepsia coexistente
Sem tratamento psicoterápico anterior	Extensa história de tratamentos que não deram resultado

Dentre os itens considerados relevantes e associados diretamente com a eficácia na condução do tratamento para estes pacientes, temos: a) a importância da comunicação do diagnóstico e os programas psicoeducativos; b) tratamentos medicamentosos e c) psicoterapia. Apresenta-se, a seguir, dados da literatura acerca destes itens.

Diversos autores (Chabolla *et al.*, 1996; Alsaadi & Marquez, 2005; Farias *et al.*, 2003; LaFrance *et al.*, 2006; Thompson *et al.*, 2013) enfatizam que a explanação do quadro clínico é o primeiro passo para a intervenção. Para Mayor *et al.* (2011), a explanação pode ser acompanhada de um folheto informativo, sugestões de endereços na web ou informações a respeito de grupos de apoio.

Para Aboukasm *et al.* (1998), as pesquisas demonstram que, quando não são fornecidas informações sobre o diagnóstico e tratamento para os pacientes com CNEP, estes não melhoram, podendo inclusive terem seus sintomas agravados.

Goldstein e Mellers (2012) destacam a importância da discussão do diagnóstico sem julgamentos e de modo a evitar confrontos, bem como a

comunicação do diagnóstico também para os familiares, caso o paciente consinta.

Nesta vertente, são discutidos os termos apropriados para a transmissão das informações, o momento de fazê-lo e o profissional mais indicado para tanto. Betts e Boden (1992) sugerem, por exemplo, a utilização do termo “ataque emocional” na comunicação com o paciente.

Para que a explanação do quadro tenha efeitos terapêuticos, os autores enfatizam que é necessário deixar claro para os pacientes que as CNEP, com frequência, dizem respeito a uma incapacidade de lidar com uma experiência traumática. Para Reuber & Elger (2003), simplesmente informar ao paciente que ele não tem epilepsia pode, inclusive, gerar danos e, nestes casos, a apresentação do diagnóstico e sua etiologia não orgânica podem fazer com que alguns pacientes substituam seus sintomas (Ettinger *et al.*, 1999).

Hall-Patch *et al.* (2010), em uma pesquisa realizada a partir da experiência de neurologistas ingleses na comunicação do diagnóstico para 50 pacientes com CNEP (duração média de 5.2 anos), constataram que a frequência das crises foi reduzida a menos da metade em 63% dos casos entre a comunicação do diagnóstico e os 3 meses seguintes, sendo que, em 14% dos casos, houve cessação das crises; contudo, os autores também se depararam com 24% dos casos com sintomas inalterados e a piora das crises em 14% dos casos. Os estudos de Reuber e Elger (2003) e Farias *et al.* (2003) também citam a ocorrência de cessação das CNEP após a comunicação do diagnóstico.

De acordo com Brown *et al.* (2011), apesar da constatação de que alguns pacientes reduzem a frequência ou abandonam as crises após a comunicação do diagnóstico, fica claro que a transmissão do diagnóstico para muitos pacientes, por si só, não é suficiente para fornecer mecanismos para a cessação das crises. Inclusive, de acordo com LaFrance Jr. *et al.* (2013), alguns pacientes podem apresentar um aumento na frequência das crises após receberem o diagnóstico de CNEP ou experienciarem uma exacerbação de outros sintomas psíquicos.

Para LaFrance Jr. *et al.* (2013), a transmissão de informações a respeito do diagnóstico, além da construção de um bom *rapport* com o paciente e sua

família, são as estratégias mais frequentemente recomendadas para aumentar a probabilidade do paciente aderir ao tratamento com o psicólogo ou com o psiquiatra.

Grupos psicoeducativos, que se constituem como uma modalidade de intervenção que inclui a transmissão de informações e estratégias para mudanças de comportamento, foram descritos por Zaroff *et al.* (2004) como um instrumento importante no tratamento de pacientes com CNEP, uma vez que contribuem com o aumento nas estratégias de *coping* e redução dos quadros psicopatológicos associados.

Mayor *et al.* (2011), em um estudo realizado no Reino Unido com 130 profissionais que compõem equipes que tratam de pacientes com CNEP, sendo 65,6% neurologistas, constataram que os medicamentos antiepilépticos eram retirados em 90% dos casos sem epilepsia concomitante. A manutenção de antiepilépticos como estabilizadores do humor era utilizada “raramente” ou “nunca” por 70% dos entrevistados; no que diz respeito à prescrição de antidepressivos, 52% referiram “raramente” ou “nunca” e emprego de antipsicóticos era ainda mais raramente empregado (2%).

Reuber e Elger (2003) enfatizam que, nos casos em que a etiologia das crises está associada à depressão, por exemplo, os pacientes podem responder ao tratamento psicológico ou farmacológico.

Outros tratamentos para as CNEP também referidos na literatura são: *biofeedback* (Levy e Thomas, 2006), hipnose (Moene *et al.*, 1998; Moene *et al.*, 2003), acupuntura (Van Nuenen, 2007) e estimulação magnética transcraniana (Chastan *et al.*, 2009).

Para LaFrance Jr. *et al.* (2012), em pesquisa realizada com neurologistas chilenos (96) e americanos (307), o tratamento psicoterápico foi referido como sendo o mais eficaz para 91% dos profissionais questionados. Mayor *et al.* (2011) referem que, para 93% dos profissionais por eles investigados, a psicoterapia é considerada o tratamento de escolha para os casos de CNEP; por outro lado, aproximadamente 40% dos profissionais admitiram desconhecer os tipos de tratamentos psicológicos disponíveis para os pacientes. Além disso, somente 1/3 dos profissionais encaminha diretamente os pacientes para a psicoterapia ou continua a acompanhá-los até o controle das crises e cessação

dos efeitos colaterais da retirada dos medicamentos antiepilépticos. Ainda de acordo com Mayor *et al.* (2011), alguns especialistas apontam que os pacientes estarão menos propensos a se sentirem abandonados e mais propensos a aceitarem a oferta para o tratamento psicológico se o neurologista continuar a vê-los após a comunicação do diagnóstico de CNEP.

Bodde *et al.* (2009), em um estudo de revisão, apontam a Terapia Comportamental (TC) ou a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) como os métodos mais frequentemente utilizados para o tratamento de pacientes com CNEP. De acordo com os autores, a TC faz uso de relaxamento progressivo, dessensibilização sistemática, exposição e prevenção à resposta para modificar a ansiedade e permitir respostas mais adaptadas.

Reuber & Elger (2003) argumentam que o tratamento psicoterápico tem como objetivo modular os extremos temperamentais, ajudar os pacientes a reconhecerem os sinais precoces das crises ou interromper a progressão dos sintomas. Para eles, a psicoterapia também pode ser dirigida à identificação de estressores e apresentar caminhos alternativos para lidar com os problemas no meio social relacionados à vulnerabilidade pessoal.

Alsaadi e Marquez (2005) também referem que, após a exposição do diagnóstico para o paciente e para a família, o próximo passo é criar uma lista de fatores predisponentes e outra dos fatores mantenedores das crises. Estas listas são usadas para determinar os tratamentos psicoterápicos e medicamentosos indicados.

Mayor *et al.* (2010), em um estudo descrevendo os resultados do tratamento psicoterápico em 47 pacientes com CNEP utilizando o método da Terapia Interpessoal Psicodinâmica, com duração de até 20 sessões, constataram que 20 dos 47 sujeitos (25,5%) não apresentaram convulsões por, pelo menos, um mês ao final das sessões. Doze meses depois, ao receberem um questionário de acompanhamento, somente 7 destes pacientes não apresentaram convulsões neste período. No entanto, outros 5 pacientes que não apresentaram cessação das crises ao final do tratamento deixaram de apresentar convulsões na avaliação de um ano de seguimento.

Prigatano *et al.* (2002) relataram que, em virtude de muitos pacientes serem emocionalmente ou socialmente isolados, muitos deles preferem a

experiência grupal simplesmente porque eles querem saber que não são os únicos com aqueles problemas. Outras vantagens das estratégias grupais foram descritas por LaFrance & Barry (2005), incluindo a possibilidade da utilização de estratégias psicoeducativas, construção de uma rede de apoio, diminuição do isolamento social, bem como a possibilidade de testemunhar manifestações das crises e identificar possíveis causas.

Em estudo de coorte com 164 adultos com diagnóstico de CNEP, Kanner (2003b) procurou descrever a evolução a longo prazo desses pacientes, identificando fatores clínicos e psicológicos associados à evolução e ao prognóstico, a fim de obter novas ideias para o tratamento efetivo dessa população. Dos pacientes contatados para a pesquisa, 66,7% responderam a questionários que investigavam a sintomatologia psicológica, personalidade e evolução (DAPP-BQ: *Personality Pathology Basic Questionnaire; Dissociative Experience Scale; Screening Test for Somatoform Symptoms*). Estes pacientes tinham, em média, 11,9 anos de evolução da doença e 4,1 anos de diagnóstico. Os resultados mostraram que 71,2% dos pacientes continuavam a ter crises e que 56,4% dependiam do seguro social. Esta dependência aumentava com o tempo. A evolução tendia a ser melhor em indivíduos com maior nível educacional, mais jovens à época do diagnóstico e do surgimento das crises, que apresentavam “ataques” menos dramáticos, com menos queixas somáticas adicionais e menores pontuações nas escalas de dissociação. O autor enfatiza a importância de que esses dados sejam utilizados para gerar um perfil individual do paciente que ajude a estabelecer os objetivos e o planejamento do processo psicoterápico.

Alguns estudos (Wolanczyk e Bryńska, 1998; Iriarte *et al.*, 2003) assinalam o uso da TCC para a diminuição das crises. LaFrance Jr. e Devinsky (2002) defendem o tratamento farmacológico paralelo ao psicoterápico para pacientes acometidos por crises mais graves, referindo que, na literatura, são apresentados estudos com a utilização de abordagens psicoterápicas individuais, grupais e familiares.

Para Steckel (apud Pichon–Rivière, 1991), um dos pioneiros no estudo da epilepsia e das CNEP em seus aspectos psicodinâmicos, as CNEP são

curáveis por uma psicoterapia analítica, devendo ser acompanhada de um trabalho educativo.

Apesar da divergência no que se refere à terapêutica e abordagem utilizada, de maneira geral, todas as pesquisas ressaltam a importância do diagnóstico precoce.

A importância de se considerar a representação que o paciente tem de sua doença para o andamento do tratamento também tem sido apontada na literatura. Green *et al.* (2004) apontam os resultados de um estudo qualitativo conduzido com nove pacientes com diagnóstico de CNEP que se utilizou de entrevistas semidirigidas e de cinco eixos de análise dos discursos obtidos: identidade (rótulos e sintomas); causas; consequências; duração e desenvolvimento da doença; controle e/ou cura. Os autores observaram certa confusão dos pacientes acerca de sua experiência, dúvidas sobre a denominação de sua condição e sua causalidade, bem como tendência a considerar a doença de maneira dualista, considerando-a ora como orgânica, ora como psicológica, e solicitando uma explicação física ou biológica para o que ocorria com eles. A ideia de controle ou cura da doença, nesse contexto, parecia distante, e os autores se interrogaram sobre a importância da compreensão da etiopatogenia para um tratamento bem sucedido.

Prigatano *et al.* (2002) realizaram um estudo para investigar a eficácia de uma intervenção psicoterapêutica. Propuseram programa psicoterápico com 2 grupos de pacientes durante 6 meses, com o objetivo de explorar o papel dos aspectos psicológicos na gênese das CNEP e determinar se intervenções psicoterápicas reduziam a frequência das crises. Dos 15 pacientes encaminhados, 9 completaram, pelo menos, 58% das sessões de tratamento. Dessa população, 6 pacientes relataram um declínio na frequência das crises, enquanto 1 relatou aumento nessa frequência. Nenhum dos pacientes atendidos percebia haver solução para seu problema e o fato de terem sido informados de que a doença não era uma verdadeira epilepsia despertava sentimentos associados ao descrédito e suscitava lembranças de que, na infância, teriam sido abusados sexualmente. De acordo com esses autores, a gênese psicológica das crises destes pacientes parece enraizar-se na experiência recorrente de relacionamentos abusivos e/ou de exploração para

os quais não viam solução. É assinalado que o vínculo com os terapeutas tende a ser de difícil estabelecimento em virtude das experiências negativas com os genitores, sendo sugerido que o mesmo profissional envolvido na avaliação do paciente se responsabilize, à medida do possível, por seu tratamento. Os achados deste estudo também sugerem a importância do trabalho terapêutico individual, particularmente no que concerne à discussão da gênese dos sentimentos agressivos e sua relação com as memórias originais. Para os autores, a psicoterapia de grupo só seria recomendada se os pacientes estivessem simultaneamente se submetendo a trabalho individual. Argumentam, ainda, que, apesar do custo do tratamento psicoterápico, esse parece essencial para que haja decréscimo no número das crises.

Em um tratamento psicoterapêutico grupal utilizando um modelo eclético, contendo psicoeducação, técnicas comportamentais e psicanalíticas ao mesmo tempo, Metin *et al.* (2013) realizaram sessões semanais com duração de, aproximadamente, 90 minutos por um período de 12 semanas. Foram incluídos 13 pacientes com CNEP, sendo que 9 deles, que frequentaram as sessões regularmente, foram incluídos no estudo. Os autores utilizaram como critérios de avaliação de eficácia a frequência das crises e constataram que 6 pacientes alcançaram a remissão dos sintomas na reavaliação de um ano após o tratamento e todos os pacientes obtiveram redução de 50% na frequência das crises. Os autores concluíram, ainda, que os pacientes crônicos deveriam ser tratados, posteriormente, com psicoterapia individual.

Schmutz (2013) argumenta contra o tratamento grupal para pacientes com transtornos dissociativos. Para o autor, um paciente polissintomático em um nível borderline, um paciente monossintomático em um nível neurótico, um paciente com estresse pós-traumático e um paciente com dores somatoformes, todos eles com crises dissociativas como um sintoma presente, devem ser, obviamente, tratados de maneira diferentes. “Do ponto de vista psicoterapêutico, não faz o menor sentido agrupar todos estes pacientes com crises dissociativas e tentar aplicar uma psicoterapia uniforme” (Schmutz, 2013, p. 6).

Para LaFrance Jr. *et al.* (2013), quando se analisa a eficácia dos tratamento psicoterápicos para os pacientes com CNEP, é importante levar em

conta que, dada a associação das CNEP com doenças graves e invasivas, como o transtorno de personalidade borderline, o transtorno do estresse pós-traumático e o transtorno de somatização (pelo menos em subgrupos importantes de pacientes), não é de estranhar que muitos deles permanecem sintomáticos. Para os autores, alguns pacientes com CNEP de longa data (e suas famílias) podem ter se tornado dependentes de benefícios relacionados com a saúde associados às crises convulsivas.

A partir da busca na literatura relacionada ao tratamento de pacientes com CNEP, os estudos encontrados dão ênfase à transmissão de informações e a tratamentos comportamentais, com ênfase em estratégias grupais ou com número reduzido de sessões.

Kalogjera-Sackellares (2004), em seu extenso trabalho na vertente psicodinâmica nesta área, forneceu uma visão geral dos principais recursos psicodinâmicos importantes no diagnóstico e tratamento das CNEP, e aponta o trauma como o ponto central. Em sua perspectiva, o trauma pode ser um único evento catastrófico ou o resultado de traumas recorrentes, crônicos. Portanto, a chave para reconhecer, entender e tratar pacientes com CNEP, segundo a autora, é o reconhecimento do papel fundamental do trauma e da resposta ao trauma na psicopatologia desses pacientes. O modelo por ela apresentado baseia-se em três grandes áreas de teoria psicodinâmica: (1) a teoria psicanalítica, (2) a teoria das relações objetais e (3) psicologia do ego. Conceitos fundamentais a partir de cada uma destas áreas são utilizadas para explicar a sintomatologia clínica e para formular abordagens terapêuticas. No livro em que a autora compila os resultados de seu estudo, o método utilizado é o da apresentação de casos clínicos. De acordo com LaFrance Jr. *et al.* (2013), casos tratados com este modelo são descritos, mas não têm sido relatados dados controlados.

Estudos que se propõem a analisar a eficácia do tratamento psicanalítico não são tão numerosos, principalmente na modalidade de tratamento individual, não havendo publicações a este respeito em nosso país. Este fato justifica o desenvolvimento desta pesquisa em um programa de pós-graduação *stricto sensu*, nível doutorado.

2.2 **Corpos que convulsionam: da cena histérica em Charcot à palavra em Freud**

Este capítulo se inicia abordando o fenômeno da Histeroepilepsia, o que hoje se designa “crises não epiléticas psicogênicas”, com o intuito de convidar o leitor para um breve panorama destes casos, situando-os na passagem da demonstração dos ataques, sob hipnose, nas lições de Charcot, ao convite à fala e ao aparecimento de um sujeito no tratamento psicanalítico.

O hospital Salpêtrière, em Paris, na segunda metade do século XIX, era considerado um dos mais avançados centros para o tratamento de pacientes com quadros neurológicos e psiquiátricos. Ali, os pacientes histéricos eram também internados para investigação e tratamento com os recursos disponíveis à época. Os mestres que dali surgiram imprimiram suas marcas no campo do conhecimento científico, na área da Medicina, com uma produção de saber que mostra seu caráter operatório ainda nos dias atuais. Nomes como Jean-Martin Charcot, Joseph Babinsky, Pierre Janet e Alfred Binet foram responsáveis por agrupar, em seu entorno, um grande número de alunos interessados nas recentes descobertas a respeito da mente. Por outro lado, também os pacientes, aqueles cujas mazelas eram interpretadas, na maior parte das vezes, como produção mística ou sobrenatural, também viram nestes mestres dotados de um saber inovador, e nos hospitais nos quais atuavam, o lugar oportuno para dirigir seus pedidos de ajuda. Nota-se, entretanto, que o pedido de ajuda não era, pelo menos até determinada época, enunciado por meio da palavra. Era o próprio corpo, como um “envelope formal”, que se apresentava no cenário clínico com todos os traços importados das grandes crises epiléticas.

Em seus relatos de casos, apresentados no livro “Grande histeria”, Charcot (1889/2003) assim descreveu a crise de um paciente do sexo masculino, recém-admitido no hospital:

Eis o que foi observado, segundo o relato das pessoas do serviço que assistiram aos ataques: todos (três ou quatro) aconteceram por volta de quatro ou cinco horas da tarde; há uma *aura*, o doente se queixa de dor de cabeça,

confusão no espírito e tristeza; sente as têmporas latejarem e terríveis zumbidos nos ouvidos. Tudo isso dura aproximadamente meia hora. Em seguida, caso não tenha se deitado, cai repentinamente, como um bloco. Sobrevêm então as convulsões epileptoides, primeiro tônicas, depois clônicas. Há espuma na boca, mas não mordida na língua ou urinação involuntária. Um ligeiro estertor termina a cena. Depois disso, o doente volta a si muito rapidamente e se levanta, esfregando as mãos e coçando o peito, como se a epiderme fosse a sede de um intenso comichão (Charcot, 1889/2003, p. 62).

Charcot (1889/2003), no relato do caso citado anteriormente, também deixou clara a possibilidade da coexistência entre epilepsia e CNEP:

Trata-se, como os senhores podem ver, da coexistência da histeria e da epilepsia, que em nosso doente vivem de algum modo separadas e sem promiscuidade; combinação que, na nomenclatura há muito tempo utilizada neste hospício, é designada como *histeroepilepsia de crises separadas* (p. 63).

Segundo ele, os ataques reduzidos à fase epileptoide poderiam ser distinguidos do acesso comicial por serem precedidos de uma aura característica, mais ou menos prolongada, em que, seguindo uma regra da qual poderiam existir exceções, a mordida da língua e a urinação involuntária estariam ausentes.

No cenário clínico da época, já era possível constatar que as manifestações não se inseriam no escopo das epilepsias. Apesar de a patoplastia mimetizar fielmente estes quadros, o conhecimento anatomofisiológico afirmava não encontrar correspondentes orgânicos que justificassem os sintomas. Porém, era possível demonstrar que os sintomas poderiam ser deslocados por meio de certos comandos emitidos pelos mestres quando estes pacientes estavam sob o efeito da hipnose.

No centro de uma grande polêmica acerca dos fatores etiológicos responsáveis por estes quadros, estava a sexualidade. Seria um componente orgânico da sexualidade a causa de tais sintomas?

Vale lembrar que, em torno destes quadros clínicos, circulavam nomeações como histeria, Histeroepilepsia, dentre outras, e o próprio termo

“histeria” - que, em sua origem, contém a palavra útero, por muito tempo, esteve associado a um quadro tipicamente feminino.

Foi com Charcot que esta associação passou a ser questionada, ampliando o campo das manifestações e a inserindo em um contexto apartado do gênero: “Seja qual for a solução a que se chegue, somos, desde agora, levados para bem longe da ideia que nossos predecessores tinham a respeito da histeria, enxergando nela tão-somente uma ‘sufocação uterina’” (Charcot, 1889/2003, p. 58).

É o próprio Charcot, em suas lições, quem chama a atenção para a imperícia no ato de tratar a Histeroepilepsia de modo cirúrgico. Para ele, tratava-se de um grande equívoco derivado de interpretações de sua própria construção teórica:

Devo responder a um médico de Nova Iorque que me acusa de ser a causa das mais espantosas desordens por ter dito que as histéricas sofriam dos ovários. Segundo ele, vários cirurgiões se puseram a retirar ovários para curar a histeria. Seria o horror da desolação. Jamais disse semelhante parvoíce. Esse colega se engana sobre meu estado mental. (...) jamais afirmei que os ovários eram a causa da histeria (Charcot, 1887/2003, p. 21).

Neste período, o jovem neurologista vienense, então com 29 anos, resolve passar o ano letivo de 1885 na Salpêtrière, para ser aluno de Charcot e se aproximar do fenômeno clínico que iria causar seu desejo de saber.

Anos antes, Freud havia estabelecido uma profícua parceria profissional com seu colega Breuer e, juntos, haviam compartilhado informações e impasses no tratamento de pacientes com sintomas histéricos. Breuer já fazia uso do método da hipnose como uma via de oferecer a possibilidade da recordação da cena/momento inaugural em que a paciente teria vivido algo que, do ponto de vista do afeto, seria insuportável à consciência.

A publicação do livro “Estudos sobre a histeria” (1893-1895), de Breuer e Freud, só ocorreu 13 anos depois do emblemático encontro, em 1880, entre Breuer e a paciente Berta Pappenheim (cujo pseudônimo utilizado nas publicações foi Anna O).

De acordo com Ernest Jones (1989), naquela ocasião, Josef Breuer (1842-1925) já gozava de alta reputação em Viena, tanto como médico com grande clínica, como por realizações científicas, enquanto Sigmund Freud (1856-1939) tinha acabado de se graduar em Medicina.

A Srta. Anna O., então com 21 anos de idade, apresentava um quadro clínico exuberante: dores de cabeça, estrabismo, perturbações da visão, paresia dos músculos do pescoço, contratura e anestesia da extremidade superior direita, impossibilidade de falar em sua língua materna, dentre outros. Breuer empregou um tratamento exaustivo, com 2 sessões diárias em domicílio. As discussões clínicas entre Breuer e Freud a respeito do tratamento de Anna O. - principalmente a constatação de que a resolução do sintoma se dava com a recordação do momento de sua origem, fizeram com que houvesse um maior interesse por parte deles em investigar os fenômenos articulados ao afeto e sua expressão corporal isolada da consciência:

Esses achados – de que, no caso dessa paciente, os fenômenos histéricos desapareciam tão logo o fato que os havia provocado era reproduzido em sua hipnose – tornaram possível chegar-se a uma técnica terapêutica que nada deixava a desejar em sua coerência lógica e sua aplicação sistemática (Breuer, 1893, p. 70).

O trabalho era praticamente artesanal, levando-se em conta a quantidade de sintomas presentes no caso:

Cada sintoma individual nesse caso complicado era considerado de forma isolada; todas as ocasiões em que tinha surgido eram descritas na ordem inversa, começando pela época em que a paciente ficara acamada e retrocedendo até o fato que levava à sua primeira aparição. Quando este era descrito, o sintoma era eliminado de maneira permanente (Breuer, 1893, p. 70).

Em seu relato, Breuer (1893) comenta a nomeação que a própria paciente havia dado ao seu método: “*talking cure*” (cura pela palavra) ou “*chimney-sweeping*” (limpeza de chaminé), dando início, de algum modo, à importância que a palavra passaria a ocupar no tratamento psicanalítico.

De acordo com Peter Gay (1989), quando de sua viagem a Paris em 1885, Freud tentou despertar o interesse de Charcot para o caso de Anna O. “mas o ‘grande homem’, provavelmente convencido de que seus próprios pacientes eram suficientemente extraordinários, mostrou-se indiferente” (p. 75). Diante da grande quantidade de pacientes histéricos na Salpêtrière, Freud pôde se beneficiar da vasta experiência obtida como aluno de Charcot. Ao regressar a Viena em 1886, a grande maioria de seus pacientes no consultório era constituída de histéricos. Inicialmente, utilizava-se como estratégias de tratamento os métodos correntemente recomendados: hidroterapia, eletroterapia, massagens e a cura pelo repouso, de Weir Mitchell, passando pela sugestão hipnótica e pelo método catártico (Stachey, 1996).

Porém, mais do que observar as manifestações sintomáticas dos histéricos, possuía maior interesse em poder escutar o que estes pacientes tinham a dizer a respeito do que lhes acontecia. A aposta de que o paciente portava um saber sobre a própria doença, além de conferir dignidade a estes, abria o caminho para a descoberta do inconsciente.

Foi por este motivo que, de acordo com Gay (1989), Anna O. era considerada por Freud como uma paciente exemplar; afinal, ela conseguiu realizar sozinha grande parte do trabalho de imaginação/reconstrução sobre a origem de seus sintomas:

Considerando a importância que Freud aprenderia a atribuir ao dom de escutar do analista, é muito cabível que um paciente tenha contribuído para a formação da teoria psicanalítica quase tanto quanto seu terapeuta Breuer ou, nesse sentido, o teórico Freud. Breuer alegou, um quarto de século depois, e com razão, que seu tratamento de Bertha Pappenheim continha ‘a célula germinativa da Psicanálise’. Mas foi Anna O. quem fez descobertas importantes, e haveria de ser Freud, e não Breuer, quem as cultivaria com afinco, até lhe renderem uma colheita rica e insuspeitada (Gay, 1989, p. 75).

É no relato do caso da Sra. Emmy Von N., atendida por Freud em 1888 e publicado também nos “Estudos sobre a histeria” (1893-1895) que encontramos, pela primeira vez, a referência à associação livre de ideias como o método que ficaria consagrado como a via de acesso ao inconsciente:

Aproveitei também a oportunidade para lhe perguntar por que ela sofria de dores gástricas e de onde provinham (...). Sua resposta, dada a contragosto, foi que não sabia. Pedi-lhe que se lembrasse até amanhã. Disse-me então, num claro tom de queixa, que eu não devia continuar a perguntar-lhe de onde provinha isso ou aquilo, mas que a deixasse contar-me o que tinha a dizer (Freud, 1893-1895, p. 95).

Segundo Strachey (1996), nos anos que se seguiram à publicação de “Estudos sobre a histeria”, Freud abandonou, cada vez mais, a técnica da sugestão deliberada e passou a confiar no fluxo de “associações livres” do paciente. Ao continuar o exercício da escuta, Freud se deparou com alguns obstáculos, como a resistência à livre associação, bem como a transferência amorosa do paciente para com o analista.

No texto “A história do movimento psicanalítico”, de 1914, Freud expõe largamente sobre a incapacidade de Breuer para lidar com a “transferência sexual” que Anna O. lhe dirigiu de modo enfático, levando à interrupção do tratamento. Portanto, sintomas que afetavam o corpo sem correspondente etiológico no organismo, advindos de uma *cena traumática inconsciente*, recordados por meio da *associação livre*, não sem uma certa quantidade de *resistência*, passando pela *transferência* e pela *interpretação* do analista, dentre outros conceitos, permitiram a Freud uma via para a construção da teoria psicanalítica. Estava aberto o caminho para a “Interpretação dos sonhos”, texto publicado em 1900. Neste texto, considerado verdadeiramente a obra inaugural da Psicanálise, Freud demonstrou cuidadosamente a lógica particular presente na formação do sonho (que possui a mesma estrutura do sintoma psíquico) e a chave para sua interpretação por meio da palavra.

Afinal, se, para Charcot (1888/2003, p. 25), a histeria era consequência de uma “lesão cortical”, “não orgânica”, “(era) uma lesão dinâmica”; se, para Babinski, a histeria apontava para uma “autossugestão”, “pitiatismo” ou simulação, a teoria freudiana marca sua diferença radical ao descrever a existência de um corpo investido de prazer (corpo erógeno) que se sobrepõe ao organismo, formando uma junção nem sempre harmoniosa.

A este respeito, Freud, no texto “A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão” de 1910, deixa claro não ser possível

avançar neste ponto sem considerar o conceito de inconsciente e que, no caso das perturbações psicogênicas da visão, as pessoas histericamente cegas só o são no que diz respeito à consciência, pois, inconscientemente, elas veem:

O paciente histérico fica cego, não em consequência de uma ideia auto-sugestiva de que ele não pode ver, mas como resultado de uma dissociação entre os processos inconscientes e conscientes no ato de ver; sua ideia de que não vê é a *expressão* bem fundada da condição psíquica e não sua *causa* (Freud, 1910a, p. 222).

É neste ponto que Freud atribui a origem da vida psíquica a uma interação entre forças que favorecem ou inibem uma à outra. Segundo ele, se, em qualquer circunstância, um grupo de ideias permanece no inconsciente, por meio da repressão, esta pode, em determinadas circunstâncias, não ser totalmente eficaz. Estas falhas da repressão constituem, segundo Freud, a *precondição* para a formação dos sintomas.

As forças presentes no psiquismo, Freud nomeou de pulsões, e demonstrou que nem sempre estas são compatíveis entre si, fazendo com que seus interesses possam entrar em conflito:

Do ponto de vista de nossa tentativa de explicação, uma parte extremamente importante é desempenhada pela inegável oposição entre as pulsões que favorecem a sexualidade, a consecução da satisfação sexual, e as demais pulsões que têm por objetivo a autopreservação do indivíduo – as pulsões do Eu (Freud, 1910a, p. 223).

Para Freud (1910a), a civilização se origina às custas da supressão, restrição e transformações da pulsão sexual, dirigindo-se para objetivos mais elevados. Por outro lado, segundo ele, as neuroses são derivadas das maneiras diversas em que esses processos de transformação das pulsões sexuais malogram. O Eu se sente ameaçado pelas exigências das pulsões sexuais e os desvia por meio da repressão. Esta, no entanto, nem sempre produz o resultado esperado, levando à formação de substitutos, os sintomas neuróticos.

Ainda neste texto (Freud, 1910a), é possível ter acesso a uma rica “cartografia corporal”; Freud alerta para o fato de que, tanto as pulsões sexuais quanto as pulsões do Eu possuem os mesmos órgãos e sistemas de órgãos à sua disposição. A partir desta perspectiva, todas as funções corporais estariam duplicadas: por um lado, a função da manutenção da vida e perpetuação da espécie (pulsões do Eu) e, por outro, a obtenção de prazer (pulsões sexuais):

A boca serve tanto para beijar como para comer e para falar; os olhos percebem não só alterações no mundo externo, que são importantes para a preservação da vida, como também as características dos objetos que os fazem ser escolhidos como objetos de amor – seus encantos. (...) este princípio não pode deixar de provocar consequências patológicas, caso as duas pulsões fundamentais estejam desunidas e caso o Eu mantenha a repressão da pulsão sexual componente em questão (Freud, 1910a, p. 225).

Freud vai além e diz que essa relação de um órgão com uma dupla exigência sobre ele - sua relação com o Eu consciente e com a sexualidade reprimida - pode ser encontrada de maneira ainda mais evidente nos órgãos motores, quando estes são acometidos por uma aumento, uma inflação do fator erógeno em detrimento das pulsões do Eu (ou de autoconservação).

Portanto, pode-se perceber que a sexualidade como um fator determinante nos casos de histeria tornou-se um tema emblemático na teoria psicanalítica, embora Freud tenha sido enfático ao transmitir à comunidade científica a diferença entre a sexualidade e a genitalidade. No texto “Psicanálise silvestre” (1910b), Freud desmistifica a noção equivocada de que os sintomas histéricos seriam a consequência de uma vida desprovida do ato sexual ou do orgasmo; aliás, foi exatamente Freud quem pagou o preço por ter ampliado a noção de sexualidade nos humanos, inserindo-a na vida infantil de modo a causar grande estardalhaço no meio acadêmico e social de sua época: “a Psicanálise é comumente censurada por haver estendido o conceito do que é sexual muito além de sua posição vulgar” (Freud, 1910b, p. 234).

Em síntese, o termo “conversão” é, para Freud, o correlativo de uma concepção econômica; o fator erógeno desligado da representação reprimida é

transformado, convertido, em energia de inervação. Vale a pena destacar, por conseguinte, que o que especifica os sintomas de conversão é sua significação simbólica: eles exprimem, pelo corpo, representações reprimidas. De acordo com Laplanche e Pontalis (1998), nos sintomas corporais, há representações recalçadas que “falam”, embora sua forma de expressão seja modificada pelos mecanismos de condensação e deslocamento, aqueles mesmos apresentados longamente por Freud em seu texto “A interpretação dos sonhos”, de 1900.

Tais mecanismos inconscientes também se apresentam na vida cotidiana (sob a forma de lapsos, chistes e esquecimentos de nomes próprios), como demonstrado em seu texto “A psicopatologia da vida cotidiana”, (Freud, 1901), contendo inúmeros exemplos do próprio fundador da Psicanálise, produto de sua autoanálise.

O que Freud descobre, segundo Tourinho (2001), é que as histéricas sofrem daquilo que não sabem (conscientemente) e que esse sofrimento é tão verdadeiro quanto qualquer sofrimento decorrente de um corte no corpo feito sem anestesia, e que essa “doença” quer dizer alguma coisa.

Em “Fragmentos da análise de um caso de histeria” (1905), texto que ficou mais conhecido como “o caso Dora”, Freud já havia, de fato, consolidado e publicado os textos a respeito da lógica da formação dos processos inconsciente e já havia apresentado à comunidade científica a chave para o estudo destes acontecimentos, bem como seu tratamento. Freud, já em suas notas preliminares ao relato do caso, diz:

Se é verdade que a causação das enfermidades histéricas se encontra nas intimidades da vida psicosexual dos pacientes, e que os sintomas histéricos são a expressão de seus mais secretos desejos recalçados, a elucidação completa de um caso de histeria estará fadada a revelar essas intimidades e denunciar esses segredos (1905, p. 19).

Também a respeito do método utilizado, Freud deixa claro ter abandonado o trabalho que partia dos sintomas para esclarecê-los um após o outro:

Desde então, abandonei essa técnica por achá-la totalmente inadequada para lidar com estrutura mais fina da neurose. Agora deixo que o próprio paciente determine o tema do trabalho cotidiano, e assim parto da superfície que seu inconsciente ofereça a sua atenção naquele momento. (...) a nova técnica é muito superior à antiga, e é incontestavelmente a única possível (1905, p. 23).

Dora, que apresentava, segundo Freud, uma “*petite hystérie*” (p. 33) possuía um conjunto exuberante de sintomas, como dispneia, tosse nervosa, afonia, enxaquecas, depressão, insociabilidade histérica, *taedium vitae*, entre outros (Freud, 1905, p. 33). Neste relato de caso clínico, minuciosamente detalhado, Freud já aponta para a importância do desejo nos casos de histeria (e, por que não dizer, na condição humana?), ao tempo em que faz do quadro de histeria uma posição subjetiva/discursiva (de agir contra o seu desejo), podendo esta se apresentar mesmo na ausência dos sintomas corporais:

Eu tomaria por histérica, sem hesitação, qualquer pessoa em quem uma oportunidade de excitação sexual despertasse sentimentos preponderante ou exclusivamente desprazerosos, fosse ela ou não capaz de produzir sintomas somáticos (Freud, 1905, p. 37).

Foi também no relato do caso Dora que Freud alertou, pela primeira vez, para a importância de se considerar, em alguns casos, a doença como um “meio de vida” e citou o ganho primário (consciente) e secundário (inconsciente), como lucros que podem ser retirados do sintoma histérico:

(...) o adoecimento poupa uma operação psíquica, emerge como a solução economicamente mais cômoda em caso de conflito psíquico (é a “fuga para a doença”), ainda que, na maioria das vezes, depois se revele de maneira inequívoca a inoportunidade dessa saída (Freud, 1905, p. 50).

O tema do ganho secundário com a doença é extremamente importante de ser levado em conta em todo tratamento e é frequentemente citado como interferindo direta ou indiretamente na resposta às terapêuticas propostas, principalmente nas instituições de saúde, e é correntemente citado nos artigos

científicos a respeito dos pacientes com crises não epiléticas psicogênicas, independente do referencial teórico adotado.

Abelhauser (2010) questiona a estranha razão que leva esses pacientes, que parecem não tirar benefício algum, procurarem reconhecimento na condição de doentes e a prejudicar, para tal, tão seriamente o corpo. Segundo o autor, a estranha conduta prova ser necessária para um “equilíbrio” subjetivo, pois se servem do corpo, *atacando-o*, para fazer surgir a incompletude que, ao ser reconhecida pelo outro, se revela indispensável ao seu funcionamento subjetivo, indispensável à procura de seu ser.

Jacques Lacan (1901-1981), no texto “O lugar da Psicanálise na Medicina”, de 1966, discorre a respeito da ruptura entre a demanda e o desejo quando um paciente busca tratamento:

Quando o doente é enviado ao médico ou quando o aborda, não digam que ele espera pura e simplesmente a cura. Ele põe o médico à prova de tirá-lo de sua condição de doente, o que é totalmente diferente, pois isto pode implicar que ele está totalmente preso à ideia de conservá-la. Ele vem às vezes nos pedir para autenticá-lo como doente. (Lacan, 1966/2001, p. 10).

Receber um paciente nesta posição convoca o psicanalista – e, por que não dizer, também o médico, a operar uma transformação ética da demanda, que consiste em indicar ao sujeito a parte que ele tem na produção (inconsciente) e na preservação de sua condição de sofrimento. A operação preliminar nestes casos consiste em abrir, no sujeito, uma interrogação sobre a causa do seu sofrimento que não torne a se fechar imediatamente, “mas que mobilize uma verdadeira, e própria, busca heurística da verdade” (Recalcati, 2004, p. 5).

A repressão sexual, frequentemente apontada como responsável pelo aparecimento da histeria, tem hoje um impacto muito menor do que aquele observado na Era Vitoriana. Este fato levou à crença da erradicação desta condição. A este respeito, Quinet (2003, p. 15) comenta:

Não é totalmente verdade que hoje em dia não se encontram mais as “histéricas de Charcot”. O ataque histérico epileptiforme continua tão comum que, na Neurologia, ganhou o nome de “pseudocrise”; as conversões histéricas povoam os ambulatórios clínicos e, algumas vezes, ainda chegam à mesa cirúrgica (...).

Portanto, de acordo com Herrmann (2004), itens da psicopatologia raramente desaparecem sem deixar vestígios. Podem ser alteradas a patoplastia e a frequência, mas não o desaparecimento do quadro.

Levando-se em conta que tanto os histéricos da época do Charcot (século XIX) quanto os de hoje endereçaram seu sofrimento a pessoas ou instituições que, reconhecidamente, têm grande interesse na produção do saber/conhecimento, o que isto nos diz acerca do desejo na histeria?

A grande contribuição de Lacan às concepções da histeria foi tê-la considerado uma das formas de relacionamento humano, ou seja, um tipo de laço social, um discurso que ele designou como “fazer desejar”. Nesta perspectiva, Lacan (1969-1970/1992) aponta que o sujeito histérico possui uma capacidade própria de colocar o outro para trabalhar, fazer o outro desejar. Desejar o quê? Saber. Assim, foram as histéricas de Freud que causaram seu desejo de saber, permitindo, com isso, a própria teoria psicanalítica como produto. O sujeito histérico procura um mestre que tenha interesse em saber o que ele oculta em segredo, colocando-se como enigma para o outro decifrar. Convoca o mestre para produzir um saber sobre sua própria sexualidade, para, em um momento oportuno, apontar, também no mestre, a sua impotência, seu próprio furo diante do sexual.

Torna-se evidente que, considerar a histeria como um discurso não desconsidera o sofrimento nem transforma a histeria numa forma de produção artística (como fizeram os surrealistas). É verdadeiramente um perigo¹ dirigir seu corpo-enigma para que o mestre/médico possa lhe dizer algo ou produzir

¹ Evidencia-se, aqui, o fator inconsciente presente no mimetismo dos pacientes com CNEP, diferente da “intencionalidade” instintiva encontrada no mundo natural. De acordo com Gianetti (2005), o mimetismo no mundo animal gravita em torno de duas estratégias básicas: a) o engano por ocultamento: consistindo em desaparecer, em não se fazer notar, em induzir o outro organismo a não perceber o que lá está; b) o engano por desinformação ativa, que consistiriam em induzir um organismo a ver coisas, a formar imagens deturpadas, a perceber algo que não está lá. Nos dois casos, o mimetismo visaria à defesa, a proteção do organismo.

algum saber. Afinal, de posse de tantos recursos presentes no meio médico atual, dificilmente um paciente histérico que ingressa em uma unidade de emergência sai de lá sem que uma série de exames tenham sido feitos (alguns invasivos) uma nomeação diagnóstica tenha sido aventada ou alguma medicação tenha sido prescrita.

Na Psicanálise contemporânea, Lacan ficou conhecido pelo seu retorno aos conceitos freudianos, tendo contribuído sobremaneira para o emprego da Psicanálise em locais cujas características não favorecem o “controle” do *setting* de um consultório de Psicanálise tradicional.

Ao fazer do seu ensino uma retomada dos principais conceitos freudianos, a saber, inconsciente, repetição, transferência e pulsão e, ao convocar os psicanalistas à revisão do que de fato importa no tratamento psicanalítico, passou a questionar os padrões rígidos que foram associados ao processo de análise (várias sessões semanais – tornando acessível apenas a uma classe economicamente favorecida, longa duração do tratamento, o uso indispensável do divã, a formalidade do analista, dentre outros). A este respeito, Gueguén explicita:

O fato de haver análise não depende nem de sua duração, nem do lugar, nem do ritual, mas sim do tipo de operação que se efetua sobre o gozo, graças aos poderes da fala: para nós, o enquadre é feito para servir à análise, e não que a análise seja feita para servir ao enquadre. Isso quer dizer que não há obstáculo para que a Psicanálise aplicada se pratique em lugares diferentes do consultório do analista, por exemplo, na instituição (Gueguén, 2007, p. 18-19).

Ao dar ênfase à rigorosa função adotada pelo praticante da Psicanálise quando do encontro com o paciente (sem *standard*, mas com rigor), o ensino de Lacan abriu uma possibilidade para o emprego da Psicanálise nas instituições públicas de saúde, renovando o desejo de Freud de fazer com que a Psicanálise tivesse seu alcance ampliado e, mais uma vez, oferecendo a escuta para que os pacientes, quando dispostos a fazerem uso da experiência da fala, utilizem este meio como uma proposta de tratamento.

Freud preconizava um futuro no qual a sociedade descobriria que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos que a tuberculose (Freud, 1918/1996). Diante de tais condições, no futuro conjecturado em 1918 por Freud, instituições passariam a contratar psicanalistas para o tratamento gratuito daqueles que “provavelmente (...) estão menos prontos para partilhar suas neuroses que os ricos, porque a vida dura que os espera após a recuperação não lhes oferece atrativos, e a doença dá-lhes um direito a mais à ajuda social” (Freud, 1918/1996, p. 181).

Após a retomada destes pontos, fica evidente que as crises conversivas, mais especificamente aquelas que se apresentam mimetizando quadros epiléticos e hoje envoltas em uma terminologia mais ampla - crises não epiléticas psicogênicas, continuam produzindo desafios e, não por acaso, aparecem em maior número na clínica neurológica de um hospital-escola de alta complexidade.

Sua presença marcante, na maior parte das vezes, exuberante e dispendiosa, convoca os profissionais das equipes nomeadas multidisciplinares para o trabalho. Em si mesmo, o ato de diagnosticar as CNEP (com seu efeito nomeador que insere a condição clínica no âmbito do psíquico) já exige sofisticação e sensibilidade do médico quando de sua realização e transmissão. Encaminhar o paciente para o tratamento psicanalítico também deve ser considerado como um ato clínico.

Este trabalho apresenta, a seguir, dados colhidos a partir da análise cuidadosa dos pacientes encaminhados com crises não epiléticas psicogênicas. Quantos pacientes incluídos no estudo suportaram perder a cifra de satisfação inconsciente que seus sintomas acarretavam? Trata-se, portanto, de avaliar os efeitos do tratamento psicanalítico e poder, a partir disso, convocar à interlocução os profissionais da saúde envolvidos nesta problemática.

3 OBJETIVO

3 OBJETIVO

Relatar os efeitos do tratamento psicanalítico individual em pacientes com crises não epiléticas psicogênicas.

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

Trata-se de estudo prospectivo longitudinal, tendo sido o projeto e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovados pelo comitê de ética em pesquisas da instituição (CapPesq nº 383/04).

4.1 Pacientes

A casuística foi composta por todos os pacientes encaminhados para tratamento psicanalítico ambulatorial, consecutivamente, no período de 2004 a 2007, pelo Grupo de Epilepsia de hospital terciário universitário.

Todos os pacientes encaminhados possuíam diagnóstico de CNEP realizado por meio da monitorização por vídeo-EEG. Os profissionais que realizaram o vídeo-EEG comunicaram o diagnóstico ao paciente e recomendaram a suspensão do uso de anticonvulsivantes, exceto nos casos de pacientes que possuíam epilepsia e CNEP concomitantemente.

Dos 48 pacientes encaminhados, 11 pacientes (2 do sexo masculino e 9 do sexo feminino) não aceitaram o diagnóstico de CNEP e o tratamento psicanalítico, tendo sido excluídos deste estudo. Deste modo, os dados apresentados dizem respeito a 37 pacientes, sendo 27% (n=10) com diagnóstico de epilepsia e CNEP concomitantemente.

A tabela 1 apresenta as características demográficas dos 37 pacientes que participaram do estudo.

Tabela 1 - Dados demográficos dos 37 pacientes incluídos no estudo, coletados antes do início do tratamento.

Número de pacientes	n=37
Idade, anos	
Mediana (Q1 – Q3)	32 (22 – 43)
Mínimo – Máximo	11-59
Anos de crise	
Mediana (Q1 – Q3)	8 (2 – 17)
Mínimo - Máximo	0,4 – 45
Estado Civil	
Casado	15 (40,6%)
Solteiro/separado	22 (59,4%)
Religião	
Budista	2 (5,4%)
Católico	13 (35,2%)
Espírita	8 (21,6%)
Evangélico	7 (18,9%)
Não declarou	7 (18,9%)

4.2 O tratamento psicanalítico

O método psicanalítico consiste em uma via de investigação do psiquismo e, ao mesmo tempo, uma forma de tratamento dos processos mentais. Os pacientes procuram ou são encaminhados para um tratamento psicanalítico porque possuem sofrimento relacionado à subjetividade, com consequências no corpo ou na forma de estabelecer laços sociais, tendo o sintoma como o protótipo da expressão do sofrimento. A Psicanálise toma o sintoma numa perspectiva mais ampla de investigação e, por meio da associação livre do paciente, busca fazer com que o paciente perceba qual a função do sintoma, ou seja, o que se encontra por trás dele.

Este processo está articulado aos conceitos fundamentais da Psicanálise como a noção de “sintoma manifesto”, que surgem à consciência, mas possui uma vertente que aponta para um conflito inconsciente. A formação do sintoma, por meio dos mecanismos descritos por Freud como os de deslocamento e condensação, são considerados como formações de compromisso entre o consciente e o inconsciente e que visam, apesar dos prejuízos à vida do paciente, reduzir a angústia associada ao conteúdo do conflito reprimido para o inconsciente.

Deste modo, o tratamento psicanalítico, ao permitir que se estabeleça uma relação de confiança entre o paciente e o psicanalista, oferece uma via, por meio da palavra, pela qual o paciente inicia um processo investigativo ao retomar pontos fundamentais de sua história (vvida ou fantasiada), com a finalidade de localizar os modos particulares do funcionamento de sua subjetividade, alcançando, com isso, outros meios de lidar com o desejo e os modos de obtenção de satisfação.

Do lado do analista, escutar o paciente sem julgamentos prévios, por meio da “atenção flutuante”, permite apontar os paradoxos presentes no discurso do paciente, utilizando-se, também, estratégias de clarificação e interpretação, bem como a formulação de hipóteses, sempre baseadas nos conteúdos trazidos pelo próprio paciente durante as sessões.

Especificamente nos casos de pacientes que apresentam sintomas conversivos, a busca pelos fatores inconscientes e relacionados ao sintoma é a via utilizada para permitir que o conflito, ao ser tornado consciente, encontre outra via simbólica para sua manifestação, pela palavra, principalmente, tornando desnecessária a descarga violenta da agressividade no corpo.

4.3 Instrumentos

Para a análise do material presente nas sessões psicanalíticas, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- a) Roteiro de Entrevista Inicial, com o objetivo de coletar informações como: idade; estado civil; escolaridade; ocupação; religião; renda pessoal e renda familiar; frequência das crises; tempo do início das crises; o que o paciente acreditava causar as crises; prejuízos decorrentes das crises; reação frente ao encaminhamento para tratamento psicanalítico; expectativas quanto ao tratamento. Roteiro para elaboração de diagnóstico psicanalítico: modos como o paciente se posiciona frente a situações geradoras de angústia;

estratégias defensivas; recursos simbólicos; o sintoma como “formação de compromisso” entre as forças conscientes e inconscientes;

- b) Sessões de entrevistas Diagnósticas: Foram realizadas entre 3 e 4 entrevistas preliminares para elaboração do diagnóstico psicanalítico;
- c) Sessões de atendimento psicanalítico: consultas de atendimento clínico individual com frequência semanal, com duração aproximada de 50 minutos, face a face e duração total de 48 sessões em 12 meses;
- d) Roteiro de Entrevista de Finalização: aplicada ao término do tratamento, com o objetivo de investigar: dificuldades e facilidades em seguir o tratamento; o que mudou após o tratamento; frequência e intensidade das crises comparadas ao início do tratamento;
- e) Prontuário psicanalítico: no qual constam as anotações específicas a respeito da evolução do tratamento.

Os dados clínicos dos atendimentos foram coletados de acordo com o referencial psicanalítico, por meio de relatos clínicos de sessões. As sessões não foram gravadas para não interferir no resultado dessas. A transcrição dos atendimentos foi realizada a partir da memória das sessões. Esses dados foram sistematicamente discutidos em reuniões clínicas com a profissional responsável pelo projeto, com o objetivo de sistematizar a organização do material coletado e possibilitar maior rigor na identificação e classificação das características dos sujeitos, bem como a consecução dos objetivos propostos.

Foram selecionados três recortes de casos clínicos a partir do prontuário psicanalítico. Estes dados visam permitir ao leitor uma maior aproximação do universo subjetivo dos pacientes com CNEP, facilitando, assim, a interpretação dos dados quantitativos.

4.4 Análise quantitativa

Os casos clínicos foram tomados em suas particularidades e tratados individualmente. No entanto, para a apresentação dos resultados de modo quantitativo, foram criados indicadores para avaliação pré e pós-tratamento psicanalítico.

Para este estudo, a redução na frequência das crises diz respeito à quantidade igual ou inferior a 50%, sendo este dado obtido na entrevista presencial ao final do programa ou na última sessão em que o paciente compareceu antes do seu desligamento.

O tratamento dos dados foi realizado por um profissional da área de Estatística. Os resultados encontram-se apresentados na forma de médias, medianas, desvios-padrão, frequências absolutas e relativas. Para as tabelas 2x2, foi utilizado o teste exato de Fisher e o teste não paramétrico de Mann Whitney. Para comparar resultados em mais do que dois grupos, utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Foi adotado como nível de significância o valor 0,05 ($\alpha=5\%$). Com isso, níveis descritivos (p) inferiores a esse valor serão considerados significativos ($p<0,05$).

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Apresentação dos dados quantitativos

A seguir, são apresentados os dados quantitativos agrupados a partir do tratamento psicanalítico dos 37 pacientes incluídos no estudo.

De acordo com a Tabela 2, pode-se observar que o diagnóstico de pseudoepilepsia foi o mais frequente, com 73% dos casos. Também pode ser observado que o tempo de crise variou de 5 meses a 45 anos, com mediana igual a 8 anos. Mais de 60% dos pacientes associaram algo ao surgimento das crises. Quanto à reação frente ao encaminhamento, observou-se que a maioria dos pacientes, aproximadamente 49%, apresentou rejeição à etiologia psicológica. Para a maioria dos pacientes, a “doença” atrapalhava na vida profissional. A maioria dos pacientes (65%) não era beneficiária do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Tabela 2 - Distribuição dos 37 pacientes de acordo com os dados clínicos coletados na entrevista inicial.

Dados clínicos	n (%)
Diagnóstico	
CNEP	27 (73,0%)
CNEP + Epilepsia	10 (27,0%)
Anos de crise	
Mediana (Q1 – Q3)	8 (2 – 17)
Mínimo - Máximo	0,4 - 45
Associa evento à etiologia das crises.	
Sim	24 (64,9%)
Não	13 (35,1%)
Reação ao encaminhamento	
Rejeição à etiologia psicológica	18 (48,7%)
Aceitação	12 (32,4%)
Indiferente	7 (18,9%)
Prejuízos sociais	
Sim	22 (59,5%)
Não	15 (40,5%)
Prejuízos afetivos	
Sim	20 (54,1%)
Não	17 (45,9%)
Prejuízos profissionais	
Sim	15 (40,5%)
Não	22 (59,5%)
Recebe auxílio do INSS	
Sim	13 (35,1%)
Não	24 (64,9%)

De acordo com a Tabela 3, aproximadamente 51% dos pacientes não terminaram o tratamento e 73% dos pacientes produziram *insights* no decorrer das sessões. Quanto à classificação das CNEP, observou-se que as mais frequentes foram a do desenvolvimento, com 54%. A CNEP pós-traumáticas foram observadas em 46% dos casos. Cerca de 51% dos pacientes relataram que houve redução das crises após o tratamento.

Tabela 3 - Distribuição dos 37 pacientes de acordo com o término do tratamento, capacidade de *insight*, tipo de CNEP e evolução do quadro clínico de CNEP, coletados durante o tratamento e na entrevista de finalização.

Dados clínicos	n (%)
Terminou tratamento	
Sim	18 (48,6%)
Não	19 (51,4%)
Insight no decorrer do tratamento	
Sim	27 (73,0%)
Não	10 (27,0%)
Tipo de CNEP	
Do desenvolvimento	20 (54,1%)
Pós-traumática	17 (45,9%)
Evolução do quadro de CNEP	
Não reduziu frequência das crises.	7 (18,9%)
Cessação das crises	11 (29,7%)
Redução das crises	19 (51,4%)

De acordo com a Tabela 4, pode-se observar que, entre os pacientes com rejeio etiologia psicolgica e ao encaminhamento para tratamento psicanaltico, aproximadamente 44% deles apresentaram reduo nas crises; entre os que reagiram positivamente etiologia psicolgica e ao encaminhamento, aproximadamente 67% deles apresentaram reduo nas crises, sendo que somente um paciente relatou no ter apresentado reduo nessas. J entre os que tiveram reao indiferente etiologia e ao encaminhamento, a maioria dos pacientes apresentou reduo nas crises (43%). Por meio da Generalizao do Teste Exato de Fisher, pode-se observar que no houve associao estatisticamente significativa entre reao frente ao encaminhamento e melhora das crises ($p=0,628$). interessante observar que, entre os 12 pacientes com reao positiva ao encaminhamento, 92% deles apresentaram reduo ou trmino das crises; entre os 7 pacientes com reao indiferente ao encaminhamento, aproximadamente 86% deles apresentaram reduo ou trmino das crises, e, entre os 18 pacientes com reao negativa ao encaminhamento, 72% deles apresentaram reduo ou trmino das crises.

Comparando-se essas porcentagens, mais uma vez, não foi observada associação estatisticamente significativa entre melhora das crises e reação frente ao encaminhamento (Generalização do Teste Exato de Fisher – $p=0,556$).

Tabela 4 - Distribuição dos 37 pacientes de acordo com reação frente ao encaminhamento e evolução do quadro clínico de CNEP.

Reação ao encaminhamento	Evolução do Quadro Clínico de CNEP			Total
	Cessou	Reduziu	Não reduziu	
Rejeição	5 (27,8%)	8 (44,4%)	5 (27,8%)	18 (100,0%)
Aceitação	3 (25,0%)	8 (66,7%)	1 (8,3%)	12 (100,0%)
Indiferente	3 (42,9%)	3 (42,9%)	1 (14,3%)	7 (100,0%)
Total	11 (29,7%)	19 (51,4%)	7 (18,9%)	37 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fischer – $p=0,628$

De acordo com a Tabela 5, pode-se observar que, entre os 18 pacientes que terminaram o tratamento, todos eles relataram que houve redução (50%) ou cessação das crises (50%). Já entre os 19 pacientes que não terminaram o tratamento, 37% deles relataram que não houve redução das crises e somente 2 pacientes (11%) relataram término das crises. Por meio da Generalização do Teste Exato de Fisher, observou-se associação estatisticamente significativa entre término do tratamento psicanalítico e melhora das crises ($p=0,003$).

Tabela 5 - Distribuição dos 37 pacientes de acordo com término do tratamento e evolução do quadro clínico de CNEP.

Término do Tratamento	Evolução do Quadro Clínico de CNEP			Total
	Cessou	Reduziu	Não reduziu	
Não	2 (10,5%)	10 (52,6%)	7 (36,8%)	19 (100,0%)
Sim	9 (50,0%)	9 (50,0%)	-	18 (100,0%)
Total	11 (29,7%)	19 (51,4%)	7 (18,9%)	37 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fischer – $p=0,003$

De acordo com a Tabela 6, pode-se observar que a maior mediana do tempo de crise foi observada entre os pacientes que apresentaram redução das crises (12 anos). Já entre aqueles que apresentaram término das crises ou

não redução das crises, a mediana do tempo de crises foi de 5 e 4 anos, respectivamente. Independente da categoria da melhora de crises, observou-se uma alta variabilidade do tempo de crises.

Tabela 6 - Medidas descritivas para anos de crise de acordo com a evolução do quadro clínico de CNEP.

Anos de crise	Evolução do Quadro Clínico de CNEP		
	Cessou	Reduziu	Não reduziu
Média	10,6	12,5	9,6
Desvio-Padrão	13,3	11,2	11,6
Mediana	5,0	12,0	4,0
1º Quartil	1	2	1
3º Quartil	17	18	23
Mínimo	0,4	1	0,5
Máximo	45	41	29
Nº obs.	11	19	7

Teste Kruskal Wallis – $p=0,539$

De acordo com a Tabela 7, pode-se observar que a mediana do tempo de crise entre pacientes que terminaram o tratamento psicanalítico foi maior do que a observada entre os pacientes que não terminaram o tratamento. Entretanto, mais uma vez, observa-se alta variabilidade para tempo de crises nos dois grupos avaliados, sendo que o grupo que terminou o tratamento apresentou variabilidade maior do que a apresentada pelo grupo que não terminou o tratamento.

Tabela 7 - Medidas descritivas para anos de crise de acordo com término do tratamento.

Anos de crise	Término Tratamento	
	Não	Sim
Média	7,8	15,2
Desvio-Padrão	8,1	13,7
Mediana	4,0	16,0
1º Quartil	2	2
3º Quartil	12	23
Mínimo	0,5	0,4
Máximo	29	45
Nº obs.	19	18

Teste Kruskal Wallis – $p=0,150$

De acordo com a Tabela 8, pode-se observar que, apesar de haver um número maior de pacientes do sexo feminino, comparando-se as porcentagens observadas em cada um dos sexos, verifica-se que, entre os homens, o mais frequente foi a cessação/cura das crises enquanto que, entre as mulheres, o mais frequente foi a redução das crises. Essa diferença foi detectada do ponto de vista estatístico, ou seja, houve associação significativa entre sexo e melhora das crises ($p=0,003$). A Figura 1 apresenta descritivamente os resultados acima.

Tabela 8 - Distribuição dos 37 pacientes de acordo com sexo e evolução do quadro clínico de CNEP.

Sexo	Evolução do Quadro Clínico de CNEP			Total
	Cessou	Reduziu	Não reduziu	
Feminino	5 (17,2%)	18 (62,1%)	6 (20,7%)	29 (100,0%)
Masculino	6 (75,0%)	1 (12,5%)	1 (12,5%)	8 (100,0%)
Total	11 (29,7%)	19 (51,4%)	7 (18,9%)	37 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fischer – $p=0,003$

Figura 1 - Distribuição dos pacientes de acordo com sexo e evolução das CNEP.

De acordo com a Tabela 9, pode-se observar que, entre as 29 mulheres, 41% delas terminaram o tratamento, enquanto, entre os 8 homens, 75% deles terminaram o tratamento. Apesar de ser observada uma maior porcentagem de homens que terminaram o tratamento do que entre as mulheres, o teste estatístico não foi capaz de detectar diferença estatisticamente significativa entre essas duas porcentagens ($p=0,124$).

Tabela 9 - Distribuição dos 37 pacientes de acordo com sexo e término do tratamento.

Sexo	Término Tratamento		Total
	Não	Sim	
Feminino	17 (58,6%)	12 (41,4%)	29 (100,0%)
Masculino	2 (25,0%)	6 (75,0%)	8 (100,0%)
Total	19 (51,4%)	18 (48,6%)	37 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fischer – $p=0,124$

De acordo com a Tabela 10, pode-se observar que, com exceção da variável religião, não houve nenhuma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis avaliadas ($p>0,05$). Para religião, pode-se observar que, entre os 6 pacientes que não declararam, 57% deles relataram que não houve redução das crises; já entre os 30 pacientes que declararam alguma religião, verificou-se que 53% deles apresentaram redução nas crises e 37% deles apresentaram término das crises. Ou seja, houve uma maior proporção de pacientes sem redução nas crises entre aqueles que não declararam ter religião do que entre os que declararam ter religião ($p=0,008$).

Tabela 10 - Distribuição dos pacientes de acordo com características clínico-demográficas e evolução do quadro clínico de CNEP.

	Evolução do Quadro Clínico de CNEP			p-valor
	Cessou (n=11)	Reduziu (n=19)	Não reduziu (n=7)	
Diagnóstico				>0,999 [#]
CNEP	14 (51,9%)	8 (29,6%)	5 (18,5%)	
CNEP + Epilepsia	3 (30,0%)	5 (50,0%)	2 (20,0%)	
Prejuízos sociais				0,408 [#]
Não	3 (20,0%)	8 (53,3%)	4 (26,7%)	
Sim	8 (36,4%)	11 (50,0%)	3 (13,6%)	
Prejuízos afetivos				0,454 [#]
Não	7 (41,2%)	7 (41,2%)	3 (17,6%)	
Sim	4 (20,0%)	12 (60,0%)	4 (20,0%)	
Prejuízos profissionais				0,295 [#]
Não	5 (22,7%)	11 (50,0%)	6 (27,3%)	
Sim	6 (20,0%)	8 (53,3%)	1 (6,7%)	
Insight no decorrer do tratamento				0,884 [#]
Não	2 (20,0%)	6 (60,0%)	2 (20,0%)	
Sim	9 (33,3%)	13 (48,1%)	5 (18,5%)	
Tipo de CNEP				>0,999 [#]
Do desenvolvimento	6 (30,0%)	10 (50,0%)	4 (20,0%)	
Pós-traumática	5 (29,4%)	9 (52,9%)	3 (17,6%)	
Recebe Auxílio do INSS				0,902 [#]
Não	7 (29,2%)	13 (54,2%)	4 (16,7%)	
Sim	4 (30,8%)	6 (46,2%)	3 (23,1%)	
Religião				0,008 [#]
Declarou	11 (36,7%)	16 (53,3%)	3 (10,0%)	
Não declarou	-	3 (42,9%)	4 (57,1%)	
Idade (anos)				0,929 ^{##}
Mediana (Q1-Q3)	32 (14 – 47)	28 (21-43)	36 (24-43)	
Mín - Máx	11 - 59	13 - 58	18 - 45	

Generalização do Teste Exato de Fisher/ ## Teste Kruskal-Wallis

De acordo com a Tabela 11, pode-se observar que não houve nenhuma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis avaliadas ($p>0,05$). Para religião, observou-se associação marginalmente significativa com término do tratamento ($p=0,090$). Ou seja, apesar de haver uma maior porcentagem de pacientes com término do tratamento entre aqueles que declararam ter religião (57%) quando comparada à porcentagem observada entre os que não

declararam religião (14%), o teste estatístico não foi capaz de detectar diferença estatisticamente significativa entre essas duas porcentagens, apresentando apenas resultado marginalmente significativo.

Tabela 11 - Distribuição dos pacientes de acordo com características clínico-demográficas e término do tratamento.

	Terminou tratamento.		p-valor
	Não (n=19)	Sim (n=18)	
Diagnóstico			>0,999 [#]
CNEP	14 (51,9%)	13 (48,1%)	
CNEP + Epilepsia	5 (50,0%)	5 (50,0%)	
Associa evento à etiologia das crises.			0,823 [#]
Não	7 (53,8%)	6 (46,2%)	
Sim	12 (50,0%)	12 (50,0%)	
Reação ao encaminhamento			>0,999 ^{##}
Rejeição à etiologia	6 (50,0%)	6 (50,0%)	
Aceitação	4 (57,1%)	3 (42,9%)	
Negativa	9 (50,0%)	9 (50,0%)	
Prejuízos sociais			0,842 [#]
Não	8 (53,3%)	7 (46,7%)	
Sim	11 (50,0%)	11 (50,0%)	
Prejuízos afetivos			0,630 [#]
Não	8 (47,1%)	9 (52,9%)	
Sim	11 (55,0%)	9 (45,0%)	
Prejuízos profissionais			0,842 [#]
Não	11 (50,0%)	11 (50,0%)	
Sim	8 (53,3%)	7 (46,7%)	
Insight no decorrer do tratamento			>0,999 [#]
Não	5 (50,0%)	5 (50,0%)	
Sim	14 (51,9%)	13 (48,1%)	
Tipo de CNEP			0,254 [#]
Do desenvolvimento	12 (60,0%)	8 (40,0%)	
Pós-traumática	7 (41,2%)	10 (58,8%)	
Recebe Auxílio do INSS			0,248 [#]
Não	14 (58,3%)	10 (41,7%)	
Sim	5 (38,5%)	8 (61,5%)	
Religião			0,090 [#]
Declarou.	13 (43,3%)	17 (56,7%)	
Não declarou.	6 (85,7%)	1 (14,3%)	
Idade (anos)			0,799 ^{###}
Mediana (Q1-Q3)	29 (24- 40)	32 (21 – 45)	
Mín – Máx	13 - 58	11 - 59	

Generalização do Teste Exato de Fisher/ ## Teste Kruskal-Wallis/

Teste Mann-Whitney

De acordo com a Tabela 12, pode-se observar que não foi verificada associação estatisticamente significativa entre tempo de crise e melhora das crises (p=0,902).

Tabela 12 - Distribuição dos 37 pacientes de acordo com tempo de crise e evolução do quadro clínico de CNEP.

Tempo de crise	Evolução do Quadro Clínico de CNEP			Total
	Cessou	Reduziu	Não reduziu	
< 2 anos	3 (37,5%)	3 (37,5%)	2 (25,0%)	8 (100,0%)
2 a 15 anos	5 (29,4%)	9 (52,9%)	3 (17,6%)	17 (100,0%)
> 15 anos	3 (25,0%)	7 (58,3%)	2 (16,7%)	12 (100,0%)
Total	11 (29,7%)	19 (51,4%)	7 (18,9%)	37 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fischer – $p=0,902$

Para a Tabela 13, observa-se que, entre aqueles que apresentavam tempo de crise menor do que 2 anos, metade deles terminaram o tratamento, enquanto que a outra metade não terminou o tratamento. Entre os 17 pacientes com tempo de crise entre 2 e 15 anos, observou-se que, aproximadamente, 71% deles não terminaram o tratamento. Já entre aqueles com tempo de crise maior do que 15 anos, o mais frequente foi o término do tratamento (75%). Por meio da Generalização do Teste Exato de Fisher, observou-se associação marginalmente significativa entre as duas variáveis indicando uma tendência de que houve uma maior porcentagem de pacientes que terminaram o tratamento entre aqueles com tempo de crise maior do que 15 anos, do que a observada entre pacientes com tempo de crise entre 2 a 15 anos.

Tabela 13 - Distribuição dos 37 pacientes de acordo com tempo de crise e término do tratamento.

Tempo de crise	Término Tratamento		Total
	Não	Sim	
< 2 anos	4 (50,0%)	4 (50,0%)	8 (100,0%)
2 a 15 anos	12 (70,6%)	5 (29,4%)	17 (100,0%)
> 15 anos	3 (25,0%)	9 (75,0%)	12 (100,0%)
Total	19 (51,4%)	18 (48,6%)	37 (100,0%)

Generalização do Teste Exato de Fischer – $p=0,060$

Os trechos dos casos clínicos dispostos a seguir têm a finalidade de convocar o leitor para uma aproximação do fenômeno das CNEP tal como estas se apresentaram no tratamento psicanalítico, principalmente no que diz respeito à relação do sujeito com sua doença.

5.2 Carlos, 28 anos, e a “labirintite emocional”

Carlos, nível universitário, separado, trabalhando como analista financeiro, iniciou o tratamento relatando que suas crises se iniciaram há, aproximadamente, 2 anos, quando estava em disputa judicial com a primeira ex-esposa pelo direito de ver a filha. Nesta ocasião, Carlos passou a sentir náuseas e tonturas, parecendo, segundo ele, sintomas de labirintite. Nessa época, as crises só aconteciam quando ele estava descansado, como quando voltava do trabalho antes de dormir, ou quando acordava para ir trabalhar, jamais acontecendo durante o trabalho.

Sempre que aconteciam as crises, Carlos recorria ao Pronto-Socorro, em que, após várias passagens, um dos médicos de plantão o reconheceu e achou estranha a frequência com que o paciente apresentava os mesmos sintomas. Esse médico solicitou que Carlos realizasse exames para descartar labirintite e, frente ao resultado negativo, propôs que poderia se tratar de uma “labirintite emocional”.

Meses depois, iniciou-se o que Carlos considerou ser uma segunda fase das crises. Seu primeiro filho com a segunda esposa havia nascido há 15 dias e, subitamente, segundo ele, acordou e começou a se sentir fraco e desmaiou. A partir deste momento, nas crises, passou a ter desmaios e ataques nomeados por ele de “convulsivos”, em que começava a se debater, a língua ficava “grossa” (sic) e ele não conseguia mantê-la dentro da boca.

Carlos passou por muitas internações, sendo que, por quatro vezes, foi internado na UTI; uma destas internações teve duração de 4 dias.

O paciente ainda relatou, cuidadosamente, suas sensações antes e após as crises. Antes das crises, havia sinais que as faziam ser passíveis de previsão: faltava o ar, o coração batia mais forte (parecendo que queria “sair do peito” - sic), faltavam as forças e a cabeça parecia que pesava mais do que o resto do corpo.

Havia aprendido com uma enfermeira vizinha dele, conforme relatou, técnicas para tentar evitar as crises, mas, em alguns momentos, isso não era possível. Essas técnicas, entretanto, o ajudaram a não ser internado tantas

vezes. Após a crise, faltavam-lhe forças nos braços e nas pernas e, frequentemente, perdia a fala, “a voz não vem”. Em alguns casos, Carlos levava algum tempo para retomar tais habilidades, tendo ficado algumas vezes sob observação médica para descartar a possibilidade de sequelas.

Carlos foi submetido ao exame com vídeo-EEG e o médico o diagnosticou como tendo crises de origem psicogênica. A partir deste fato, e com o início do tratamento psicanalítico, o paciente considerou ter iniciado uma segunda etapa na busca pelo entendimento de sua doença. Passou a se questionar sobre o que poderia ter provocado tamanho prejuízo em sua vida, uma vez que não encontrava nenhum trauma. Dizia possuir muitos problemas a serem enfrentados, mas jamais havia parado sua vida em função de nenhum deles.

Contou que, 7 meses antes, havia se afastado da empresa em que trabalhava por razão de sua doença, uma vez que havia trabalhado apenas 15 dias no mês anterior ao afastamento. Desde então, fazia perícias junto ao INSS que não o liberavam para retornar ao trabalho.

Antes de ser submetido ao procedimento de vídeo-EEG e ser encaminhado para o tratamento psicanalítico, Carlos havia sido encaminhado para avaliação psiquiátrica. Relatou que, quanto a essa experiência, considerava-a desanimadora, tendo procurado 3 psiquiatras e abandonado o tratamento com todos. Discordava dos tratamentos propostos.

Conforme citado anteriormente, sua primeira crise havia ocorrido por ocasião da separação conjugal com a primeira esposa, seguida de disputa judicial pelo direito de ver a filha. Na ocasião do seu tratamento psicanalítico, já tendo ganhado a ação, referia como um grande problema a relação conturbada e a falta de sintonia entre ele e a mãe de sua filha.

Com o início das crises, Carlos alegou ter havido uma reaproximação com sua mãe, que passou a se preocupar muito com sua doença. Considerava que as crises uniram sua família e que, pela primeira vez, estava se comunicando, dividindo histórias e experiências na busca do que poderia tê-lo abalado tanto. Com a doença, referiu também ter passado a conversar mais intimamente com o pai e com o tio, o que acreditava ter favorecido também a eles.

Ao falar de sua vida anterior ao adoecimento, comentou ter crescido em uma casa em que as pessoas não sabiam e não se importavam com o que as

outras estavam sentindo. Também ele, pelo que contava, possuía grande dificuldade em expressar suas emoções ou dividir com outros suas angústias. Relatou não ter conseguido tratar nenhuma de suas duas ex-esposas como companheiras ou confidentes, pois jamais havia precisado buscar ninguém para conversar ou compartilhar algo sobre si. Quando contou algumas coisas para elas, entretanto, sentiu-se traído por ambas por terem mencionado o assunto com outras pessoas. Confessou, durante a sessão, não ter sido bom marido para nenhuma das esposas, embora não conseguisse explicar o motivo.

Assim que passou a cogitar a possibilidade de sua doença ser “emocional”, falou a respeito com os colegas de trabalho. De acordo com Carlos, os colegas comentaram achá-lo muito ansioso. Ele, por sua vez, não se reconhecia com esta característica. Descreveu-se como um “tratorzão”, que jamais parou para pensar sobre suas ações. Considerava o banheiro e o espelho os seus melhores amigos, pois era onde poderia chorar ou chutar.

Entre a primeira e a segunda sessão, chamou a atenção a mudança drástica em sua forma de se vestir. No primeiro encontro, trajava bermuda e camiseta, enquanto que, no segundo, compareceu de terno e gravata, comunicando seu retorno ao trabalho.

Já no início do tratamento, além do retorno ao trabalho, passou a referir mudanças em sua maneira de ser, afirmando que, pela primeira vez em sua vida, havia passado a pensar sobre o que lhe acontecia e sua maneira de ser no mundo. Conta, também, com certa alegria, ter sido elogiado no trabalho por executar atividades com maior cautela e qualidade.

Carlos levou seu tratamento até o final, apesar de suas crises terem cessado por completo já no início do tratamento.

5.3 Francisco, 47 anos, o amigo do afogado

O paciente possuía história de crises de difícil controle que duravam 17 anos. Foi submetido ao exame com vídeo-EEG, apresentou 14 crises típicas

sem correlação eletrográfica, induzidas com injeção de soro fisiológico e abolidas com placebo, confirmando o diagnóstico de crises não epiléticas psicogênicas.

Casado, pai de 3 filhos, nível fundamental de escolaridade, foi aposentado logo após o aparecimento da doença. De acordo com os dados registrados no relatório da unidade de monitorização por vídeo-EEG, seu quadro clínico se iniciou com episódio de febre alta e as pernas “ficaram fracas”. Quando estava sendo levado do trabalho para o hospital pela esposa, apresentou perda de consciência, e abalos nos membros superiores e inferiores. Havia ficado internado, tendo realizado exames e sendo diagnosticado com pneumonia, mas também recebeu fenobarbital (antiepilético). Neste período, fazia uso de álcool diariamente.

Durante as crises, ficava subitamente com os olhos parados e arregalados; em alguns momentos, mastigava e ficava com as mãos rígidas e acreditava movimentar mais a mão esquerda. Não sabia referir exatamente se ficava consciente ou não, nem a duração dos episódios. As crises ocorriam sempre durante o dia e podiam ser desencadeadas quando era contrariado. A piora das crises havia se dado no último ano antes do tratamento psicanalítico.

Francisco esteve por 10 vezes na UTI, ficando, em média, 3 dias, sendo que sua última internação havia se dado 3 meses antes do ingresso no tratamento psicanalítico. Em uma destas internações, chegou a ficar 9 dias desacordado (em “coma” – sic). Relatou ter mais de uma crise por semana. Sentia dores de cabeça, dormia e comia mal. Às vezes, para se distrair, relatou que ouvia música e tocava bateria.

Alegava ter medo de sair de casa; ficava sentado, sem vontade de fazer as coisas. Irritava-se facilmente, principalmente com a família. Relatou possuir pensamentos negativos com grande frequência, o que lhe causava medo de andar de carro e de sair de casa. Seus pensamentos eram sobre morte e se relacionavam, principalmente, com um amigo que havia morrido afogado em uma pescaria, cena que foi presenciada por Francisco; ele viu quando o amigo foi retirado da água. Teve que ir fazer o boletim de ocorrência, ir até ao Instituto Médico Legal e também foi o responsável por contar a notícia à família do amigo. Dizia que a vida havia mudado depois da morte do amigo. Lembrava,

também, das pessoas se jogando do Edifício Joelma, quando do incêndio deste. Relatou que, por vezes, teve vontade de sumir.

Incomodava-o imensamente ser acusado pela família do amigo como responsável pelo afogamento; dizia que a família deste amigo não o tratava mais como antes. Tinha medo de que fizessem algo contra ele.

Antes, gostava muito de pescar. Após o ocorrido, havia ficado com alguns medos, principalmente de água. Contou que, antes de se aposentar, ocorreu uma enchente onde trabalhava e que sentiu muito medo. Dizia achar que iria morrer, que não estava aguentando mais estar tão doente e ter que tomar tantos remédios.

Sua família o poupava de comunicar determinados acontecimentos, como a notícia de um tio que estava em estado terminal ou a informação de que a mãe dele estava doente. Acreditavam que tais notícias poderiam desencadear suas crises.

Francisco, durante os atendimentos, apresentava-se como um homem emotivo. Demonstrava ser bastante afetivo, principalmente com sua família. Com o decorrer do tratamento, depois de relatar inúmeras vezes o episódio do afogamento do amigo, começou a ampliar seu discurso. Estabelecia associações entre seus sintomas e os acontecimentos vividos; alguns meses após o início do tratamento, quase não falava da “doença” e, quando o fazia, utilizava o verbo no passado e explicitava seu desejo de esquecer o acontecido. Quando os familiares perguntavam sobre suas crises e seu estado de saúde, dizia que aquilo havia ficado para trás e que estava “bom”.

Iniciou uma atividade profissional autônoma (carretos) e não possuía mais o medo de sair de casa, tampouco o de dirigir o automóvel. Passou a aceitar convites para viajar, e havia voltado a ir à praia e a pescar, tendo abandonado por completo suas crises.

5.4 Ana, 39 anos, “nasci assim, vou morrer assim”

Ana possuía um histórico de epilepsia desde a infância e CNEP, sendo que estas últimas duravam 4 anos quando do início do tratamento psicanalítico. Possuía escolaridade em nível fundamental, e estava aposentada pelo INSS e era do lar. Durante suas “crises de nervoso”, não perdia a consciência; via e ouvia tudo o que estava acontecendo, embora não conseguisse falar. Ficava paralisada. Considerava a “crise de nervoso” com intensidade leve, quando comparada com a epiléptica.

Quando foi questionada a respeito do que acreditava causar suas “crises de nervoso”, comentou que acreditava ser devido ao “sistema da família”; dizia ter nascido assim e que iria morrer assim. Além disso, acreditava que era devido à reforma interminável de sua casa e também uma forma de mostrar insatisfação quanto ao modo de ser do esposo, que falava “sim” para tudo.

A primeira CNEP foi descrita pela paciente como consequência de ter presenciado, em frente à sua casa, o espancamento de um morador de rua. Na ocasião, havia convocado o marido para intervir, sendo este também agredido pelos “meninos” na rua. Contou que, quando viu seu esposo ferido, ficou paralisada, teve a crise e não conseguia falar.

Alegou que tinha comparecido às entrevistas psicanalíticas a contragosto. Não via solução para seus problemas. Dizia ter certeza de que não iria mudar, pois acreditava ter herdado dos pais aquele comportamento.

Embora reconhecesse que suas crises representavam um problema em sua vida, não parecia disposta a abrir mão destas. O tratamento foi encerrado durante as entrevistas iniciais, ocasião em que a paciente alegou que sua ida às sessões, bem como os questionamentos ali presentes, provocavam um grande desconforto. Alegou ter comparecido às sessões porque havia sido uma solicitação do médico.

Ana foi informada de que poderia retomar o tratamento em outro momento, se assim o desejasse. Apesar da oferta, Ana não mais retornou às sessões.

6 DISCUSSÃO

Apesar das inúmeras mudanças ocorridas na contemporaneidade, principalmente com o advento da globalização, a cultura ocidental passou por inúmeras transformações que culminaram com uma maior liberdade na expressão da subjetividade e nos modos de viver a sexualidade. Porém, apesar de alguns profissionais envolvidos com a saúde mental, inclusive psicanalistas, referirem o desaparecimento dos casos de conversão histérica que mimetizam epilepsia, estas se mantêm de modo emblemático no cenário médico e, principalmente, na clínica neurológica.

Pacientes com CNEP, atualmente, têm, basicamente, 3 destinos no que diz respeito às possibilidades de endereçamento de suas crises: o não estabelecimento do correto diagnóstico, levando aos tratamentos iatrogênicos; o diagnóstico de CNEP, a recusa do tratamento e da manutenção da condição de “epiléptico” e, por fim, a aceitação do diagnóstico e do tratamento pela via da palavra. Vale a pena lembrar que o recurso do vídeo-EEG foi inserido na prática do diagnóstico diferencial no campo da neurologia como um recurso tecnológico capaz de evidenciar, também por meio da sugestão, mais uma vez, a força dos efeitos conversivos no corpo.

A realização do vídeo-EEG é um ato clínico que, apesar de alguns pesquisadores questionarem as consequências éticas da utilização da sugestão para a provocação das crises durante o procedimento, configura-se como uma importante estratégia para retirar o paciente de um emaranhado sintomático e de tantos prejuízos decorrentes do diagnóstico equivocado de epilepsia. Porém, o momento de diagnosticar as CNEP, longe de marcar um fim, convoca o paciente a ocupar uma nova posição frente ao seu quadro clínico. E este pode ou não acatar a nova condição, aceitar ou não o encaminhamento para o tratamento fora do escopo medicamentoso.

Para que o tratamento psicanalítico em pacientes com crises não epiléticas psicogênicas seja empreendido e, portanto, obtenha resultados, é necessário que haja, em um primeiro momento, este ato separador, porém, ao

mesmo tempo, acolhedor. É somente por meio deste corte simbólico, que compreende o diagnóstico de CNEP e sua cuidadosa comunicação, que se pode oferecer ao paciente a possibilidade de ingresso no dispositivo psicanalítico.

Decorre daí uma primeira consequência do ato que separa o quadro clínico de epilepsia do de CNEP: é a exclusão da categoria de doença orgânica e a imediata inclusão do sujeito na problemática por ele apresentada, implícita no encaminhamento.

Como foi possível observar a partir dos dados relatados, nem todos os pacientes encaminhados para o programa concordaram em participar do tratamento psicanalítico. A correlação existente entre CNEP *versus* meio ambiente (adaptação ao sintoma) *versus* função do médico serve como fundamento para analisar as dificuldades e resistências apresentadas por 22,9% (n=9) dos pacientes ao ingresso no tratamento oferecido neste programa. Estas recusas precisam ser entendidas dentro do contexto a que estes sujeitos se encontram expostos: anos de diagnóstico de “epilepsia”, tratamento medicamentoso, crises intensas e, subitamente, diagnóstico de CNEP.

Deste modo, aquilo que parecia de responsabilidade do médico neurologista, o controle dos sintomas ou a cura, torna-se de responsabilidade do paciente, é subjetivo, psicológico. Seria possível acreditar que, após anos de tratamento medicamentoso e de tanto sofrimento a cura do sintoma é mesmo de responsabilidade do sujeito que sofre? Como comunicar para a família, que também sofre, que não se trata de disfunção orgânica, mas de produção de sintoma psíquico? Estaria agora o sujeito mentindo, fingindo, forjando a convulsão? Mais do que isso, poderia estar “louco”? Acuado e sem entender direito o que pode estar acontecendo, o paciente nega a oferta para tratamento, não necessariamente por ser psicanalítico, mas por estar inserido em um campo ainda difuso, que parece incoerente com tanto sofrimento. Assim, não basta diagnosticar. É necessário também outro ato por parte da equipe que o trata, que é o de acolher as dificuldades e dúvidas, ao mesmo tempo em que também autoriza a busca do tratamento adequado. Vale a pena lembrar que, na maioria dos casos, observa-se outro complicador: o

neurologista que faz o vídeo-EEG não é o mesmo que trata do paciente. Ao ser redirecionado ao médico de origem, o paciente pode levar consigo inúmeras inquietações e desconfianças, caso o diagnóstico não tenha sido comunicado de modo favorável.

Decorre daí que o vínculo terapêutico entre neurologista e paciente contribui para que o paciente aceite ou não o diagnóstico de CNEP (Patidar *et al.*, 2013) e compreenda que a possibilidade de ajuda, mais do que isso, o tratamento e a cura, decorrem do auxílio de outro profissional. Neste momento, a compreensão do que é psicogênico e as consequências implícitas advindas da reação dos familiares, da diferenciação do que é inconsciente e do que é voluntário, podem levar o paciente a aceitar o diagnóstico e se tratar com o psicanalista.

Por outro lado, quando o diagnóstico não pode ser aceito, inicia-se um processo de busca por outros serviços que reproduzam erroneamente o diagnóstico de epilepsia. Como é sabido, Howell *et al.* (1989) relatam que 50% dos pacientes admitidos no serviço de emergência da Inglaterra que chegam com diagnóstico de epilepsia não têm a doença. Estes pacientes possuem alto risco para comorbidades iatrogênicas uma vez que, ao apresentarem uma crise e serem levados aos serviços de emergência, apesar de terem CNEP, serão recorrentemente diagnosticados equivocadamente como tendo epilepsia (Kanner, 2008).

Vale a pena ressaltar a importância que tem a consulta médica realizada pelo neurologista quando este recebe um paciente com o quadro sugestivo de CNEP antes da confirmação do diagnóstico. O modo de conduzir a investigação a respeito da manifestação das crises (na tentativa de localizar as especificidades da epilepsia) pode colaborar, de modo significativo, com uma forma de “aprendizagem” de como uma crise deve ser para que esta seja considerada uma crise epilética. Muitas vezes, portanto, na ausência do recurso de vídeo-EEG ou da experiência no atendimento destes pacientes, a busca pelo estabelecimento do diagnóstico diferencial acaba por contribuir com o mimetismo entre CNEP e epilepsia.

Os estudos científicos têm mostrado que o período de latência entre a manifestação dos sintomas e o diagnóstico correto de CNEP é de 7,2 anos

(Reuber *et al.*, 2002). Além disso, $\frac{3}{4}$ dos pacientes com CNEP são tratados com anticonvulsivantes (Reuber & Elger, 2003). No estudo atual, a média de tempo para o correto diagnóstico foi semelhante àsquelas encontradas na literatura (tabela 1), possivelmente por ser tratar de uma amostra que incluía, principalmente, pacientes advindos de outros hospitais e serviços de saúde que não possuíam o recurso do vídeo-EEG. O correto diagnóstico se deu mediante o ingresso no Grupo de Epilepsia de nossa instituição, que é considerado um centro de excelência e possuir, em seu corpo clínico, profissionais preocupados em identificar as causas para o insucesso nos tratamentos e as demais incoerências presentes nos quadros de CNEP quando comparados aos de epilepsia.

A primeira providência ao se constatar a CNEP é propiciar a compreensão e a aceitação do paciente ao diagnóstico (Kanner, 2008). Para tanto, o diagnóstico de CNEP deve ser dado em ambiente de confiança, reconhecendo as crises e o sofrimento decorrente delas, com encaminhamento preciso, mas propiciando amparo, com seguimento ambulatorial a longo prazo, evitando-se, também, o recomeço do uso das drogas antiepiléticas, que podem ser reintroduzidas inadvertidamente em prontos-socorros.

Mesmo dentre os pacientes que iniciaram o tratamento, uma parcela considerável (tabela 2) recebeu o convite para o tratamento psicanalítico de modo contrariado 18 (48,7%), o que também pode ser inferido como uma ruptura no estilo de tratamento recebido até aquele momento. A reação negativa ao início do tratamento não se mostrou estatisticamente significativa quando analisados os efeitos do tratamento (tabela 4), permitindo concluir que a relação de confiança estabelecida entre o paciente e o psicanalista (relação transferencial) foi capaz de superar a reação negativa inicialmente experimentada.

Os altos índices de sucesso no tratamento de pacientes com CNEP relatados neste estudo (tabela 3) – tendo levado à cura das crises em 29,7% (n=11) e a significativa redução destas em 51,4% (n=19) – expõem, de modo contundente, a eficácia do método psicanalítico no tratamento individual de pacientes com CNEP.

Além disso, apesar de nossa amostra possuir alguns fatores considerados de pior prognóstico, como a cronicidade da doença, com mediana igual a 8 anos, 35% dos pacientes recebendo auxílio financeiro do INSS e 27% possuindo diagnóstico concomitante de CNEP e epilepsia (tabelas 6, 7 e 10), os resultados obtidos com o método psicanalítico quanto à cessação ou diminuição das crises são superiores àqueles apresentados por Mayor *et al.* (2010) utilizando a terapia interpessoal psicodinâmica, na modalidade de tratamento individual, e maiores também do que os resultados encontrados por Prigatano *et al.* (2002), na modalidade de tratamento grupal, uma vez que estes últimos não observaram cessação dos sintomas nos 15 pacientes tratados, apenas o declínio na frequência das crises.

Ainda nesta vertente, vale a pena resgatar os resultados obtidos por alguns pesquisadores no tratamento de pacientes com CNEP, tornando ainda mais expressivos os achados do estudo atual. Prigatano *et al.* (2002) relataram diminuição das crises em 66,6% (n=5) dos pacientes que concluíram o tratamento psicológico (n=9) e indicaram o aumento da frequência das crises em 11,1% (n=1). Em estudo realizado por Macdade e Brown (1992), a partir de um programa terapêutico com 16 pacientes, com duração de 12 semanas em média, os autores constataram cessar das crises em 9 (56,2%) pacientes. King *et al.* (1982) trataram 14 pacientes e relataram entre cessação e melhora das crises efetividade em 79%.

Quando comparados os resultados dos estudos descritos anteriormente com os resultados apresentados neste trabalho – 81,1% de cessação ou redução das CNEP, a efetividade do tratamento torna-se evidente. Assim, apesar dos custos envolvidos em tratamentos psicanalíticos/psicológicos serem considerados altos, tornam-se, no tratamento ao paciente com CNEP, diminutos se considerados os anos de diagnóstico equivocado, a assistência em ambulatórios neurológicos, às idas e vindas a prontos-socorros, e o alto custo da medicação utilizada. Mais do que isso, os custos sociais, profissionais e pessoais decorrente da atividade do sintoma. Por este prisma, o custo do tratamento psicanalítico e o tempo de 48 sessões é irrisório, objetivo e assertivo.

No que diz respeito ao término do tratamento, os pacientes que frequentaram as 48 sessões (tabela 5) obtiveram resposta terapêutica favorável quanto à redução 9 (50%) ou cessação das crises 9 (50%), com significância estatística. Levar o tratamento até seu final implica em uma superação das dificuldades no empreendimento da tarefa analítica, bem como um indicador de que o desejo de saber sobre o enigma presente no sintoma – enigma sobre a sexualidade e os modos de satisfação pulsionais, supera os ganhos secundários paradoxais trazidos com a instalação na condição de doente. Aponta, portanto, para o encontro singular entre um sujeito que sofre e precisa falar de si, e um profissional capacitado para auxiliá-lo no encontro com sua subjetividade, seu inconsciente (Schmutz, 2013).

Shapiro e Teasell (2004) consideram, no que diz respeito às CNEP, uma condição aguda quando os sintomas se iniciaram há menos de 2 meses e crônicos após 6 meses de duração. Em relação ao longo tempo de crises que os pacientes desta amostra possuíam (tabelas 6 e 7), vale a pena destacar que, apesar da cronicidade do quadro clínico ser insistentemente apontada como um indicador de pior prognóstico no tratamento, o resultado do tratamento psicanalítico se mostrou independente, quando comparados os pacientes com históricos diferentes para o tempo de crise (tabela 12). Este dado faz com que seja possível concluir que o tratamento psicanalítico, ao convocar o sujeito a investigar e tratar do que lhe acontece no corpo e na vida, reatualiza na sessão os acontecimentos vividos de modo independente da sua cronologia, confirmando a afirmação freudiana de que o inconsciente é atemporal (Freud, 1900).

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre idade dos pacientes, estado civil e tempo de crise *versus* término do tratamento.

No que diz respeito ao gênero, a presença em maior número de pacientes mulheres é proporcional ao que a literatura observa nos casos de CNEP (Schmitz, 2010). Apesar do que foi apontado na compilação realizada por LaFrance Jr e Devinsky (2002) quanto ao pior prognóstico no gênero masculino, no estudo atual, apenas 1 (12,5%) deles permaneceu com a condição inalterada no que diz respeito às crises, sendo o mais frequente o

término das crises 6 (75%), com significância estatística por meio do Teste Exato de Fischer (tabela 8 e figura 1). Dentre as mulheres, o resultado mais frequente foi a redução das crises 18 (62,1%). De acordo com Alonso e Fuks (2004), no homem, está menos em jogo o enigma da imagem do corpo do que na mulher; na histeria masculina, evidenciam-se, em maior intensidade, os fatores relacionados à honra ou desonra associadas ao narcisismo – que, nos pacientes deste estudo, foram manifestados, além das CNEP, sob a forma de taquicardias e crises de ansiedade. Deste modo, observa-se, também, uma delimitação mais coesa da problemática histeria nos homens, favorecendo sua circunscrição diagnóstica, o que permite uma maior assertividade na direção do tratamento, que é proporcional a uma menor dificuldade em “abrir mão” do sintoma. Questiona-se se as CNEP estariam, para as mulheres, como uma das insígnias que visam aplacar o enigma do feminino, apontando, assim, seu valor fálico. Em caso afirmativo, a sexualidade feminina se mantém na cena clínica, ainda na contemporaneidade e para além de Freud, com seu aspecto enigmático. Vale lembrar que, no estudo aqui discutido, menos da metade das mulheres 12 (41,4%) frequentaram as sessões até o término do tratamento (tabela 9), fato que também pôde ser ilustrado nos trechos do caso clínico da paciente Ana.

Possuir maior facilidade para a construção de *insights* no decorrer do tratamento, bem como a associação do surgimento das crises a algum evento de vida considerado traumático (CNEP pós-traumática) pelo paciente não foram fatores que contribuíram de modo significativo com os efeitos do tratamento (tabela 10). Para os pacientes atendidos, ainda quando não havia um registro claro de um acontecimento cujo impacto negativo ou positivo foi associado como a causa do surgimento das crises, a própria ocorrência das crises possuía um efeito marcante em suas vidas. A respeito da capacidade de produzir *insights*, este é um indicador que depende da percepção do analista frente ao que ocorre durante as sessões; além disso, é também no intervalo destas sessões que o paciente pode estabelecer conexões (conscientes ou inconscientes) entre o que foi falado/tratado e o que lhe acontece, nem sempre retomando-o nas sessões subsequentes.

Quando analisadas as demais características clínico-demográficas e o efeito do tratamento, houve associação estatisticamente significativa entre sucesso do tratamento psicanalítico em pacientes que declararam possuir religião: 11 (36,7%) cessaram as crises e 16 (53,3%) tiveram a frequência reduzida (tabela 10). Também foi observado resultado marginalmente significativo entre possuir religião e ter concluído o tratamento (tabela 11). Giannetti (2010, p. 31), citando o biólogo Francis Crick, comenta que “a experiência religiosa seria, no fundo, uma pequena embriaguez convulsiva de que padecem, em graus variáveis, os cérebros sujeitos a descargas elétricas anormais (...)”. Vale a pena lembrar que, historicamente, transe e possessões foram associados a quadros epilépticos ou pseudoepilépticos, evidenciando a marca de um corpo alienado, possuído por um Outro. Pode-se pensar que possuir religião permite aos sujeitos algum tipo de dialetização do sintoma, uma vez que alguma relação simbólica se estabelece entre aquele que sofre e sua crença de que algo pode modificar sua condição para além das intervenções puramente orgânicas. Quando há a certeza inequívoca da organicidade das crises, convocar o sujeito a se questionar, em análise, sobre sua participação na formação dos sintomas se mostra uma tarefa muito mais árida.

Esta dialetização do sintoma, não pela via da religião, mas pela transformação dele em uma pergunta sobre o próprio ser, é o que pôde ser observado no recorte do caso do paciente Carlos. Com ele, é possível observar como, no decorrer do tratamento, o ingresso do paciente no dispositivo psicanalítico e o desejo de saber a respeito de seu quadro clínico puderam propiciar uma via de tratamento de seus conflitos e uma nova forma de estabelecer laços sociais, dispensando a função das CNEP como via intermediária.

O caso de Francisco ilustra bem a capacidade de deslocamento do sintoma conversivo e o modo singular de se inserir na cena médica. Em seu histórico de tratamentos, Francisco havia chegado a ingressar em um hospital com paralisia e se locomovia em cadeira de rodas. Chegou a receber, de fato, o diagnóstico de Esclerose Múltipla. Com o avanço das investigações, o paciente desloca a paralisia dos membros e passa a apresentar as CNEP. Após o diagnóstico correto e o ingresso no tratamento psicanalítico, sendo

tratada a culpa paralisante impressa com o afogamento do amigo, o paciente obteve resultados contundentes – retirando-o dos riscos iatrogênicos, bem como promovendo mudanças consistentes a respeito de sua qualidade de vida.

O surgimento do sintoma conversivo pode se dar como consequência do impacto entre o esperado (expectativa) e o inesperado no psiquismo. Este aspecto fica claramente evidenciado nos casos de pacientes com CNEP, particularmente na histórica clínica de Ana. Ao convocar o marido para a demonstração de sua força física, Ana esperava que seu marido mostrasse seu poder fálico, sua agressividade. Na verdade, o inesperado é que o marido se mostra o mesmo de antes – um fraco. A tensão decorrente da cena em que o marido foi agredido se converte em uma paralisia, uma imobilização em seu corpo, uma via paradoxal de esconder e revelar sua própria agressividade. Este caso também aponta para o fato de que a via aberta anteriormente pela epilepsia pode ser utilizada como uma forma de descarga pulsional por meio das CNEP.

Incluir pacientes com quadros mistos de epilepsia e CNEP neste estudo parecia, em um primeiro momento, uma via um tanto arriscada, já que o principal indicador de efeitos do tratamento dizia respeito à cessação ou redução das crises. Porém, o que foi evidenciado confirmou a hipótese prévia dos próprios neurologistas que encaminharam os pacientes deste estudo, bem como a descrição de Charcot (2003) a respeito da não promiscuidade entre as crises epiléticas e as psicogênicas, sendo esta diferença facilmente percebida pelos próprios pacientes, como relatado por eles durante o tratamento psicanalítico.

Além do fato de não ter sido observada diferença estatisticamente significativa entre o grau de eficácia quando comparados os pacientes com quadros mistos (epilepsia e CNEP) e aqueles apenas com CNEP, o tratamento destes pacientes permitiu, a partir da retomada do conceito freudiano de *complacência somática* (Freud, 1901-1905; Freud, 1910a), a construção de uma teoria a respeito desta via privilegiada de manifestação das CNEP em pacientes epiléticos.

Ao investigar o modo privilegiado de manifestação do sintoma conversivo em determinado órgão ou conjunto de órgãos, Freud (1901-1905; 1910a)

constrói a hipótese da existência de uma via aberta, previamente, por uma doença orgânica, facilitando a descarga pulsional por esta via (ou órgão) em um momento posterior.

Até onde posso ver, todo sintoma histérico requer a participação de ambos os lados (o psíquico e o somático). Não pode ocorrer sem a presença de uma certa *complacência somática* fornecida por algum processo normal ou patológico no interior de um órgão do corpo ou com ele relacionado (Freud, 1901-1905, p. 48-49).

Sendo assim, a coexistência de epilepsia e CNEP, para além dos ganhos secundários frequentemente apontados, aponta também uma especificidade no que diz respeito à dinâmica e economia psíquicas. Ou seja, mesmo nos casos em que as crises epiléticas foram tratadas e curadas (algumas delas por meio de cirurgia, inclusive), pode-se dizer que fica no paciente um registro, uma impressão, uma via complacente propícia à descarga pulsional, caminho pelo qual o produto do conflito intrapsíquico se manifesta, promovendo o que conhecemos como a via dupla do sintoma: catarse por um lado e inúmeros prejuízos por outro.

Fato semelhante foi demonstrado em trabalho realizado anteriormente (Santos, 2005) em que foi empregado o método psicanalítico para o tratamento de pacientes com disfunção de cordas vocais (DCV) mimetizando asma. Também entre os pacientes que possuíam asma concomitante à DCV, a via privilegiada da manifestação dos conflitos inconscientes já estava aberta anteriormente pela doença orgânica:

Teríamos de observar essas condições como a parte constitucional da disposição para adoecer de perturbações psicogênicas e neuróticas. Este é o fator ao qual, quando aplicado à histeria, dei o nome provisório de 'submissão somática' (Freud, 1910a, p. 227).

Portanto, independente de se tratar de pacientes com CNEP ou com histórico concomitante de epilepsia e CNEP, a via de manifestação das crises conversivas pode ser entendida como uma forma de reagir ao inesperado, ao supressivo, ao impossível de suportar – sendo o sintoma conversivo um modo

de sobrevivência possível e uma tentativa de equilíbrio do psiquismo; os custos generalizados provenientes desta condição convocam os profissionais da saúde para um ato clínico e ético, que é o devido encaminhamento do problema para o tratamento.

Diante da oferta do tratamento psicanalítico, tendo sido superadas as dificuldades e resistências, parte integrante deste processo, a cura das crises não epiléticas psicogênicas se mostra como trazendo efeitos para além da eliminação dos sintomas; trata-se de uma forma privilegiada de encontrar outros modos de satisfação, sempre pela via do corpo, além de promover novas possibilidades de inscrição nos laços sociais, familiares e profissionais.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

Este estudo apontou a eficácia do tratamento psicanalítico individual realizado com pacientes com CNEP, devendo ser considerada uma forma de assistência essencial para que haja decréscimo ou cessação das crises.

Os prejuízos decorrentes do quadro de CNEP, que envolvem tanto pacientes e familiares quanto as instituições públicas de saúde e, mais notadamente, os riscos iatrogênicos a que estes pacientes estão expostos, permitem constatar que os custos decorrentes do tratamento psicanalítico se tornam irrisórios, fazendo com que sua indicação seja precisa.

Além disso, não se pode desconsiderar o sofrimento subjetivo do próprio paciente que formula seu pedido de ajuda ao médico. O tratamento psicanalítico, ao apostar no saber sobre o sintoma como estando do lado do paciente, estimula-o a construir hipóteses e empreender um trabalho investigativo a respeito das manifestações sintomáticas, faz com que, necessariamente, este se responsabilize pela sua parcela na formação dos sintomas e encontre novas estratégias de satisfação.

Em síntese, a partir da teoria e do método psicanalíticos, o estudo atual permitiu condensar o mecanismo das CNEP no cenário clínico atual na seguinte equação: o encontro do sujeito com algo que pôde ser elevado à categoria de traumático – o impossível de suportar/nomear – levando à descarga de agressividade pela via corporal – a “solução” paradoxal (equilíbrio psíquico) – o sintoma como enigma e demanda de ajuda dirigidos ao Outro. Esta equação insere, necessariamente, os sintomas histéricos manifestados nas CNEP como dependentes de alguém que os acolha e que lhes possa dar consequências. Uma abertura para intervenções éticas no campo da saúde.

Acreditamos, diante do exposto, que os dados aqui apresentados são suficientes para que a psicanálise seja (re)apresentada no contexto da saúde atual como um método eficaz no tratamento de pacientes com pseudoepilepsia:

O sofrimento intenso do paciente com pseudoepilepsia – que tem seu corpo como palco de uma manifestação que, em curto-circuito, evidencia o que não é novidade – a constante conexão entre subjetividade e organismo, convoca novamente os profissionais da área da saúde para o debate a respeito do inconsciente na cena médica, deixando claro que, aquém ou além da tecnologia, a subjetividade se manifesta e pede para ser escutada e tratada (De Lucia & Santos, 2012, p. xx).

8 ANEXOS

ANEXO A

ROTEIRO DE ENTREVISTA INICIAL

Entrevistador(a): _____ Data: _____ Protocolo nº: _____

Idade: _____ Est. Civil: _____ Escolaridade: _____

Ocupação: _____ Religião: _____ Praticante? _____

Renda pessoal: _____ Renda Familiar: _____

RF: Quantas pessoas? _____ Quantas pessoas vivem com RF?

1) Com que frequência o(a) sr (a) tem tido crises “epilépticas” ultimamente:

- ☐ 1 ou 2 ao mês
- ☐ 1 ou 2 por quinzena
- ☐ 1 ou 2 por semana
- ☐ 1 ou 2 por dia
- ☐ não tenho tido crise nos dois últimos meses.

2) Há quanto tempo o(a) senhor(a) tem essas crises?

3) O(a) sr(a) acredita que seu problema (as crises) de saúde é grave? Por que?

4) O que, a seu ver, causa esse problema?

5) Do seu ponto de vista, em que esse problema lhe atrapalha?

6) O(a) sr(a) associa a ocorrência das crises a algum tipo de fato ou situação em sua vida? Caso positivo, descreva que tipo de situação.

7) Qual foi sua reação quando foi encaminhado para um tratamento psicológico? (Sua reação quando lhe disseram que suas crises tinham relação com problemas emocionais?)

8) Quais suas expectativas em relação a esse tratamento?

9) Há algum comentário que o(a) senhor(a) gostaria de fazer?

ANEXO B

ROTEIRO DIAGNÓSTICO

- Escuta do paciente no que diz respeito às formas como o mesmo se posiciona frente às situações geradoras de angústia;
- O modo como o posicionamento do sujeito inclui ou não modalidades defensivas com maior utilização de recursos simbólicos, metáforas, mecanismos de defesa mais ou menos elaborados;
- Avaliar o surgimento de sintomas – como algo que serve à economia psíquica como “formação de compromisso” entre as forças conscientes e inconscientes;
- Avaliar o modo como estes sintomas se manifestam no corpo e quais as consequências disso nas relações estabelecidas;
- Observar se as formações sintomáticas podem ser causadoras de ganhos secundários inconscientes;
- Analisar se a expressão dos conteúdos inconscientes seguem as leis do recalque, descritas na psicanálise como retornando para a consciência sob a forma de “formações do inconsciente” – por ex.: lapsos, chistes, sonhos, etc. e como estas formações são apresentadas na sessão analítica;
- O estabelecimento da transferência, como o que se dá de forma particularizada, oferece indícios importantes para a concepção do diagnóstico.

ANEXO C**ROTEIRO DE ENTREVISTA DE FINALIZAÇÃO**

Protocolo nº: _____ Data: _____

- 1) Em sua opinião, o que foi mais difícil de seguir nesse tratamento?
- 2) Em sua opinião, o que foi mais fácil de seguir nesse tratamento?
- 3) No que esse tratamento lhe ajudou?
- 4) No que esse tratamento lhe atrapalhou?
- 5) O que mudou em sua vida após esse tratamento?
 - a. Para melhor
 - b. Para pior
- 6) Que expectativas você tinha no começo do tratamento e que não foram atingidas?
- 7) Com que frequência o(a) sr (a) tem tido crises epiléticas ultimamente:
☐ 1 ou 2 ao mês
☐ 1 ou 2 por quinzena
☐ 1 ou 2 por semana
☐ 1 ou 2 por dia
☐ não tenho tido crise nos dois últimos meses. _____
- 8) Pelo que se recorda, em relação à frequência de suas crises, comparativamente ao período anterior a esse tratamento, elas:
☐ Permanecem iguais
☐ Aumentaram em número
☐ Diminuíram em número
☐ Não sabe avaliar
- 9) Pelo que se recorda, em relação à intensidade e desconforto das crises, elas
☐ Permanecem iguais
☐ Aumentaram em intensidade ou desconforto
☐ Diminuíram em intensidade ou desconforto
☐ Não sabe avaliar
- 10) Há algum outro comentário que o(a) senhor(a) gostaria de fazer

9 REFERÊNCIAS

9 REFERÊNCIAS

Abelhauser AA. O corpo é a alma. *A Peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*. 2010; 2(2):303-12.

Abubakr A, Kablinger A, Caldito G. Psychogenic Seizures: Clinical Features and Psychological Analysis. *Epilepsy Behav*. 2003 March;4:241-5.

Aboutasm A, Mahr G, Gahry BR, Thomas A, Barkley GL. Retrospective analysis of the effects of psychotherapeutic interventions on outcomes of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*. 1998;39:470-3.

Ahmedani BK, Osborne J, Nerenz DR, Haque S, Pietrantonio L, Mahone D, Smith BJ. Diagnosis, costs, and utilization for psychogenic non-epileptic seizures in a US health care setting. *Psychosomatics*. 2013;54(1):28-34.

Al Marzooqi SM, Baker GA, Reilly J, Salmon P. The perceived health status of people with psychological derived non-epileptic attack disorder and epilepsy: a comparative study. *Seizure*. 2004;13(2):71-5.

Alonso SL, Fuks M. *Histeria*. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2004.

Alsaadi TM, Maquez AV. Psychogenic nonepileptic seizures. *Am Fam Physician*. 2005;72:849-56.

American Psychiatric Association. *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5*. Library of Congress, 2013.

Asadi-Pooya AA, Emami M, Emami Y. Gender differences in manifestations of psychogenic non-epileptic seizures in Iran. *J Neurol Sci*. 2013;332:66-8.

Bazil CW, Legros B, Kenny E. Sleep structure in patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav.* 2003 April;4:395-8.

Benbadis SR, Hauser WA. An estimate of psychological non-epileptic seizures. *Seizures.* 2000;9:280-1.

Benbadis SR, Tatum IV, Wo Vale FL. When drugs don't work: an algorithmic approach to medically intractable epilepsy. *Neurology.* 2000;55(12):1780-4.

Benbadis SR. Provocative techniques should be used for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav.* 15:106-109; discussion. 2009;115-8.

Benbadis SR, LaFrance Jr WC. Clinical features and the role of vídeo-EEG monitoring. In: Steven C. Shcachter & W. Curt LaFrance, Jr. *Gates and Rowan's nonepileptic seizures.* 3rd ed. Cambridge University Press, 2010.

Betts T, Boden S. Diagnosis, management and prognosis of a group of 128 patients with non-epileptic attack disorder. Part I. *Seizure.* 1992;1:19-26.

Boddle NMG, Brooks JL, Baker GA, Boon PAJM, hendriksen JGM, Mulder OG, Aldenkamp AP. Psychogenic non-epileptic seizures - definition, etiology, treatment and prognostic issues: a critical review. *Seizure.* 2009;18:543-53

Breuer J Srta Anna O. *Freud S: estudos sobre a histeria.* Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v. II.

Brown RJ, Syed TU, Benbadis S, LaFrance WC, Jr, Reuber M. Psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav.* 2011;22:85-93.

Bruns J, Hauser WA. The epidemiology of traumatic brain injury: a review. *Epilepsia.* 2003;44(10):2-10.

Casaroti H. Histoire du diagnostique différentiel des crises «Hystériques» et épileptiques. *Évolution Psychiatrique*. 1999; 64: 511-30.

Castro LHM. Epilepsia: atualização no diagnóstico e tratamento. In: Miotto EC, Lucia MCS, Scaff M (Org.). *Neuropsicologia e as interfaces com a neurociência*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.

Chabolla DR, Krahn LE, SO, EL, Rummans TA. Psychogenic non-epileptic seizures: Mayo symposium on epilepsy. Part II. *Mayo Found Med Educ Res*. 1996;71:493-500.

Charcot J-M. *Grande histeria*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Rios Ambiciosos; 2003.

Chastan N, Parain D, Verin E, Weber J, Faure MA, Marie JP. Psychogenic aphonia: spectacular recovery after motor cortex transcranial magnetic stimulation. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*. 2009;80(1):94.

De Lucia MCS, Santos NO. Pseudoepilepsia e monitorização por videoeletroencefalograma: quando a tecnologia evidencia o inconsciente. In: Miotto EC, De Lucia MCS, Scaff M (Org.). *Neuropsicologia clínica*. São Paulo: Roca; 2012.

Deveci A, Taskin O, Dinc G, Yilmaz H, Demet MM, Erbay-Dundar P, Kaya E, Ozmen E. Prevalence of pseudoneurologic conversion disorder in an urban community in Manisa, Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42:857-64.

Devinsky O, Gazzola D, Lafrance Jr WC. Differentiating between nonepileptic and epileptic seizures. *Nat Rev Neurol*. 2011;7:210-20.

Dickinson P, Looper KJ. Psychogenic nonepileptic seizures: a current overview. *Epilepsia*. 2012;53(10):1679-89.

Duncan R, Oto M, Wainman-Leffey J. Mortality in a cohort of patients with psychogenic non-epileptic seizures. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2012;83(7):761-2.

Ettinger AB, Weisbrot DM, Devinsky O. Patient reporting of seizures exacerbation near the time menses helps distinguish epileptic from nonepileptic seizures. *J Epilepsy*. 1998;11:332-4.

Ettinger AB, Devinsky O, Weisbrot DM, Ramakrishna RK, Goyal A. A comprehensive profile of clinical, psychiatric, and psychosocial characteristics of patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*. 1999;40(9):1292-8.

Farias ST, Thieman C, Alsaadi TM. Psychogenic nonepileptic seizures: acute change in event frequency after presentation of the diagnosis. *Epilepsy Behav*. 2003;4:424-9.

Freud S. [1893-1895] *Estudos sobre a histeria*. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v. II.

Freud S. [1900] *A interpretação dos sonhos*. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v. IV.

Freud S. [1901] *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana*. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v. VI.

Freud S. [1901-1905] *Fragmentos da análise de um caso de histeria*. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v. VII.

Freud S. [1905] *Os chistes e sua relação com o inconsciente*. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v. VIII.

Freud S. [1910a] *A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão*. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v. XI.

Freud S. [1910b] *Psicanálise silvestre*. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v. XI.

Freud S. [1914] *A história do movimento psicanalítico*. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v. XIV.

Freud S. [1918] *Linhas de progresso na terapia psicanalítica*. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v. XVII.

Gay P. *Freud: uma vida para nosso tempo*. São Paulo. Companhia das Letras; 1989.

Gates JR. Provocative testing should not be used for nonepileptic seizures. *Arch Neurol*. 2001;58:2065-6.

Gene-Cos N, Ring HA. Making sense of non-epileptic seizures. *Epileptic Disord*. 2005;7:123-30.

Giannetti E. *Auto-engano*. São Paulo: Companhia das Letras; 2005.

Giannetti E. *A ilusão da alma: biografia de uma ideia fixa*. São Paulo: Companhia das Letras; 2010.

Goldstein LH, Frew C, Mellers J, Mitchell-O'Malley S, Oakley D. Dissociation, hypnotizability, coping styles and health locus of control: characteristics of pseudoseizure patients. *Seizure*. 2009;19:314-22.

Goldstein LH, Mellers JDC. Recent developments in our understanding of the semiology and treatment of psychogenic nonepileptic seizures. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2013;13:436-44.

Green A, Payne S, Barnitt R. Illness representations among people with non-epileptic seizures attending a neuropsychiatry clinic: a qualitative study based on the self-regulation model. *Seizure*. 2004;13(5):331-9.

Guèguen PG. Quatro pontuações sobre a psicanálise aplicada. In: *Pertinências da psicanálise aplicada*. Trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2007.

Hall-Patch L, Brown R, House A, Howlett S, Kemp S, Lawton G, Mayor R, Smith P, Reuber M; NEST collaborators. Acceptability and effectiveness of a strategy for the communication of the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*. 2010;51:70-8.

Harden CL, Ferrando S. Delivering the diagnosis of psychogenic pseudoseizures: should the neurologist or the psychiatrist be responsible?. *Epilepsy Behav*. 2001;2:519-23.

Herrmann F. Pesquisa psicanalítica. *Cienc Cult*. 2004;56(4):25-8.

Holmes MD, Dodrill CB, Bachtler S, Wilensky AJ, Ojeman LM, Miller JW. Evidence that emotional maladjustment is worse in men than in women with psychogenic non-epileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2001;2:568-73.

Howell SJ, Owen L, Chadwick DW. Pseudostatus epilepticus. *Q J Med.* 1989;71:507-19.

Iriarte J, Parra J, Urrestarazu E, Kuyk J. Controversies in the Diagnosis and Management of Psychogenic Pseudoseizures. *Epilepsy Behav.* 2003;4:354-9.

Jirsch JD, Ahmed SN, Maximova K, Gross DW. Recognition of psychogenic nonepileptic seizures diminishes acute care utilization. *Epilepsy Behav.* 2011;22(2):304-7.

Jones E. *A vida e a obra de Sigmund Freud*. vols.1 e 2. Rio de Janeiro: Imago; 1989.

Kalogjera-Sackellares D. *Psychodynamics and psychotherapy of pseudoseizures*. Crown House Publishing, United Kingdom, 2004.

Kanner AM. More controversies on the treatment of psychogenic pseudoseizures: an addendum. *Epilepsy Behav.* 2003a;4:360-4.

Kanner AM. Psychogenic nonepileptic seizures are bad for your health. *Epilepsy Curr.* 2003b;3(5):181-2.

Kanner AM. Editorial. Is the neurologist's role over once the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizure is made? No! *Epilepsy Behav.* 2008;12:1-2.

Kanner AM, Schachter SC, Barry JJ, Hersdorffer DC, Mula M, Trimble M, Hermann B, Ettinger AE, Dunn D, Caplan R, Ryvlin P, Gilliam F. Depression and epilepsy, pain and psychogenic non-epileptic seizures: clinical and therapeutic perspectives. *Epilepsy Behav.* 2012;24:169-81.

King DW, Gallagher BB, Murvin AJ, Smith DB, Marcus DJ, Hartlage LC. Pseudoseizures: diagnostic evaluation. *Neurology.* 1982;32:18-23.

Kologlu M, Atmaca M, Tezcan E, Gecici O, Bulut S. Sociodemographic and clinical characteristics of patients with conversion disorder in Eastern Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38:88-93.

Kurcgant D, Marchetti RL, Marques AH, Marchetti LB. Crises pseudoepilépticas – diagnóstico diferencial. *Jornal Brasileiro de Epilepsia e Neurofisiologia Clínica*. 2000;6(1):13-8.

Kurcgant D. *Uma visão histórico-crítica do conceito de crise não-epiléptica psicogênica*. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva, 2010.

Lacan J. (1966). *O lugar da psicanálise na medicina*. Opção Lacaniana – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise. 2001;32.

Lacan J. (1969-1970). *O avesso da psicanálise. O seminário*. Livro 17. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 1992.

Lafrance Jr WC, Devinsky O. Treatment of non-epileptic Seizures. *Epilepsy Behav*. 2002 Aug;3:S19-23.

Lafrance Jr WC, Rusch MD, Macham JT. What is “treatment as usual” for nonepileptic seizures? *Epilepsy Behav*. 2008;12:388-94.

Lafrance Jr WC, Marinis AJ, Webb AF, Machan JT, Rusch MD, Kanner AM. Comparing standard medical care for nonepileptic seizures in Chile and the United States. *Epilepsy Behav*. 2012;25:224-9.

Lafrance Jr WC, Reuber M, Goldstein LH. Management of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*. 2013;54(1):53-67.

Lafrance WC, Barry JJ. Update on treatments of psychological nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2005;7:364-74.

LaFrance WC, Alper K, Babcock D, Barry JJ, Benbadis S, Caplan R, Gates J, Jacobs M, Kanner A, Martin R, Rundhaugen L, Stewart R, Vert C. Nonepileptic seizures treatment workshop summary. *Epilepsy Behav.* 2006;8:451-61.

Laplanche J, Pontalis JB. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes; 1988.

Levy JK, Thomas M. Biofeedback therapy for psychogenic movement disorders. *Psychogenic Movement Disorders*. 2006;343(abstract).

Lu Y, Waltz S, Stenzel K, Muhle H, Stephani U. Photosensitivity in epileptic syndromes of childhood and adolescence. *Epileptic Disord.* 2008;10(2):136-43.

McDade G, Brown SW. Non-epileptic seizures: management and predictive factors of outcome. *Seizures*. 1992;1:7-10.

Martínez-Taboas A, Lewis-Fernández R, Sar V, Agarwal AL. Cultural aspects of psychogenic nonepileptic seizures. In: Gates and Rowan's *Nonepileptic seizures*. 3rd ed. Steven C. Shcachter & W. Curt LaFrance, Jr. Published by Cambridge University Press; 2010.

Mayor R, Howlett S, Gruenenwald R, Reuber M. Long-term outcome of brief augmented psychodynamic interpersonal therapy for psychogenic nonepileptic seizures: seizure control and health care utilization. *Epilepsia*. 2010;51:1169-76.

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;21:402-6.

Metin SZ, Ozmen M, Metin B, Talasman S, Yeni SN, Ozkara C. Treatment with group psychotherapy for chronic psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav.* 2013;28:91-4.

Moene FC, Hoodguin KA, Van DR. The inpatient treatment of patients suffering from (motor) conversion symptoms: a description of eight cases. *Int J Clin Exp Hypn*. 1998;46(2):171-90.

Moene FC, Spinhoven P, Hoogduin KA, van Dyck R. A randomized controlled clinical trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor type. *Int J Clin Exp Hypn*. 2003;51(1):29-50.

Müller T, Merschhemke M, Dehnicke C, Sanders M, Meencke HJ. Improving diagnostic procedure and treatment in patients with non-epileptic seizures (NES). *Seizure*. 2002;11:85-9.

Organização Mundial da Saúde. *CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde*. 10ª revisão. Porto Alegre, Artes Médicas; 1993.

O'Sullivan SS, Spillane E, McMahon EM, Sweeney BJ, Galvin RJ, McNamara B, Cassidy EM. Clinical characteristics and outcome of patients diagnosed with psychogenic nonepileptic seizures: a 5-year review. *Epilepsy Behav*. 2007;11:77-84.

Owczarek K, Jedrzejczk J. Patients with coexistent psychogenic pseudoepileptic and epileptic seizures: a psychological profile. *Seizure*. 2001;10:566-69.

Patidar Y, Gupta M, Khwaja GA, Chowdhury D, Batra A, Dasgupta A. Clinical profile of psychogenic non-epileptic seizures in adults: a study of 63 cases. *Ann Indian Acad Neurol*. 2013;16(2):157-62.

Perez AG, Imaz FT, Adán CM. Epilepsia y psiquiatria. *Atención Primaria*. 2000;26(10):703-10.

Pichon-Rivière E. Patogênese e dinâmica da epilepsia. [1944]. In: Pichon-Rivière. *Psiquiatria, uma nova problemática*. São Paulo, Martins Fontes; 1991.

Prigatano GP, Stonnington C, Fisher R. Psychological Factors in the Genesis and Management of Nonepileptic Seizures: Clinical Observations. *Epilepsy Behav.* 2002;3:343-9.

Quinet A. Apresentação. In: Charcot J-M. *A grande histeria*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Rios Ambiciosos; 2003.

Recalcati M. *A questão preliminar na época do outro que não existe*. Latusa Digital. 2004;1(7).

Reuber M, Fernández G, Baur J, Helmstaedter C, Elger C. Diagnostic delay in psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology*. 2002;58(3):493-5.

Reuber M, Elger CE. Psychogenic nonepileptic seizures: review and update. *Epilepsy Behav.* 2003;4:2015-6.

Reuber M. Psychogenic nonepileptic seizures: answers and questions. *Epilepsy Behav.* 2008;12:622-35.

Sackellares J. Psychodynamics and psychotherapy of pseudoseizures (Foreword). In: Kalogjera-Sackellares D. *Psychodynamics and psychotherapy of pseudoseizures*. Crown House Publishing, United Kingdom. 2004.

Santos NO. *Sintoma e satisfação pulsional: estudo psicanalítico em pacientes com disfunção de pregas vocais mimetizando asma*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2005.

Sar I, Sar V. Symptom frequencies of conversion disorder. *J Uludag Univ Fac Med.* 1990;17:67-74.

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.

Schmitz B. Psychogenic nonepileptic seizures: why women? IN: Gates and Rowan's. *Nonepileptic seizures*, 3rd ed. Steven C. Shachter & W. Curt LaFrance, Jr. Published by Cambridge University Press; 2010.

Schmutz M. Dissociative seizures - a critical review and perspective. *Epilepsy Behav*. 2013;29(3):449-56.

Scull DA. Pseudoseizures or non-epileptic seizures (NES): 15 synonyms. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1997;62(2):200.

Shapiro AP, Teasell RW. Behavioural interventions in the rehabilitation of acute x. chronic non-organic (conversion/factitious) motor disorders. *Br J Psychiatry*. 2004;185:140-6.

Sogirdardprttor KR, Olafsson E. Incidence of psychogenic seizures in adults: a population-based study in Iceland. *Epilepsia*. 1998;39:749-52.

Stratchey J. [1893-1895] Editorial: Estudos sobre a histeria. In: Freud S. Edição *Standard das obras completas*. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v. II.

Stratchey J. [1936] Editorial: Dostoievski e o parricídio. In: Freud, S. Edição *Standard das obras completas*. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v. XV.

Stone J, Campbell K, Sharma N, Carson A, Warlow CP, Sharpe M. What should we call pseudoseizures? The patient's perspective. *Seizure*. 2003;12:568-72.

Szaflarski JP, Hughes C, Szaflarski M, Ficker DM, Cahill WT, Li M, Privitera MD. Quality of life in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*. 2003;44(2):236-42.

Tezcan E, Atmaca M, Kuloglu M, Gecici O, Buyukbayram A, Tutkun H. Dissociative disorders in Turkish in patients with conversion disorder. *Compr Psychiatry*. 2003;44:324-30.

Thompson N, Connelly L, Peltzer J, Nowack WJ, Hamera E, Hunter E. Psychogenic nonepileptic seizures: a pilot study of a brief educational intervention. *Perspect Psychiatr Care*. 2013;49:78-83.

Timary P, Fouchet P, Sylin M, Inriets JP, De Barsy T, Lefèbvre A, Van R. Non-epileptic seizures: delayed diagnosis in patients presenting with electroencephalographic (EEG) or clinical signs of epileptic seizures. *Seizure*. 2002;11:193-7.

Tourinho MLT. *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

Van Nuenen BF, Wohigemuth M, Wong Chung RE, Abdo WF, Bloem BR. Acupuncture for psychogenic movement disorders: treatment or diagnostic tool? *Mov Disord*. 2007;22(9):1353-5.

Whitehead K, Kandler R, Reuber M. Patients' and neurologists' perception of epilepsy and psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*. 2013;54(4):708-17.

Wolanczyk T, Bryńska A. Psychogenic seizures in obsessive-compulsive disorder with poor insight: a case report. *Pediatr Neurol*. 1998;18 (1):85-6.

Zaroff C, Myers L, Barr W, Luciano D, Devinsky O. Group psychoeducation as treatment for psychological nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2004;5(4):587-92.