Inah Carolina Galatro Faria Proença

Estudo sobre história de trauma e eventos dissociativos em pacientes com crises não-epilépticas psicogênicas

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de: Psiquiatria
Orientador: Prof. Dr. Renato Luiz Marchetti

São Paulo
2010

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Proença, Inah Carolina Galatro Faria
Estudo sobre história de trauma e eventos dissociativos em pacientes com crises não-epilépticas psicogênicas / Inah Carolina Galatro Faria Proença. -- São Paulo, 2010.
Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de: Psiquiatria.
Orientador: Renato Luiz Marchetti.

Descritores: 1.Transtornos dissociativos 2.Maus-tratos infantis/história 3.Epilepsia 4.Diagnóstico diferencial 5.Convulsões 6.Eletroencefalografia 7.Gravação em vídeo

USP/FM/DBD-409/10

Inah Carolina Galatro Faria Proença

Estudo sobre história de trauma e eventos dissociativos em pacientes com crises não-epilépticas psicogênicas

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de: Psiquiatria
Orientador: Prof. Dr. Renato Luiz Marchetti

São Paulo
2010

DEDICATÓRIA

A meus pais, Ana Maria e Ednir, por me proporcionarem a oportunidade de caminhar com minhas próprias pernas. Além do amor, confiança e força em toda minha vida.

Ao Fernando, companheiro inestimável de todas as horas, pela paciência e compreensão.

À toda minha grande e querida família, pelo respeito, amor e carinho.

Ao querido Prof. Renato Luiz Marchetti, orientador exímio nesta dissertação e em minha vida profissional. Sempre equilibrando direção e carinho. Obrigada pela honra de poder aprender com você.

AGRADECIMENTOS

À todos da família PROJEPSI, Daniela Kurcgant, Danilo Totarelli Borelli, José Gallucci Neto, Liliana Beccaro Marchetti, Mary Ann von Bismark, pelos ensinamentos, apoio e colaboração.

Aos amigos do VEEG, Dr. Luis Henrique Martisn de Castro, Dra. Carmen Lisa Jorge, Dra. Rosa Maria Figueiredo Valério, Dr. Valmir Passarelli e à secretária Màrcia, pela enorme contribuição e amizade.

Ao meu primo-irmão Marcus Vinícius e à querida tia Sueli, sempre disponíveis e me incentivando a caminhar.

Aos meus queridos amigos, Hisanori Nitta, Viviane e Ricardo, Renata e Giovani, Ana Paula e Antonio, Karen e Pável pelo colo nos momentos difíceis.

À amiga Jandira Fusco, pela disponibilidade em me auxiliar na correção da dissertação.

Aos meus sogros, Sônia e Amaury, por suportar nossa ausência nesse últimos anos.

À todos os queridos pacientes que aceitaram gentilmente participar deste estudo, obrigada pela colaboração e aprendizado.

SUMÁRIO

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas
Resumo
Summary

1.INTRODUÇÃO.....1

2.REVISÃO DE LITERATURA.....5
2.1. Diagnóstico de TCNEP.....6
2.1.1. História de Trauma.....9
2.1.2. Dissociação.....10
2.2. Epidemiologia.....13
2.3. Impacto médico, social e econômico.....14

3.JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....16

4.OBJETIVOS.....19
4.1. Geral.....20
4.2. Específicos.....20

5.MÉTODOS.....21
5.1. População do estudo.....22
5.1.1. Grupo Caso.....22
5.1.2. Grupo Controle.....28
5.2. Variáveis do estudo.....30
5.3. Instrumentos de avaliação.....31
5.4. Desenho experimental.....34
5.5. Análise de dados e estatística.....34
5.6. Teste de hipóteses.....35
5.7. Aspectos éticos.....36

6.RESULTADOS.....37
6.1. Sujeitos da pesquisa.....38
6.2. Variáveis sócio-demográficas.....39
6.3. Instrumentos.....42

7.DISCUSSÃO.....44
7.1. Comparação com os dados da literatura.....46
7.2. Limitações do estudo.....55

8.CONCLUSÕES.....57

9.ANEXOS.....59

10.REFERÊNCIAS.....79

LISTA DE ABREVIATURAS

Lista de Abreviaturas

ABIPEME	Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado
APA	American Psychiatric Association
CE	Crises Epilépticas
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10º edição
CNE	Crises não-epilépticas
CNEF	Crises não-epilépticas fisiogênicas
CNEP	Crises não-epilépticas psicogênicas
DAE	Drogas antiepilépticas
DDIS	Dissociative Disorders Interview Schedule
DES	Dissociative Experience Scales
DP	Desvio padrão
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV edição
EEG	Eletroencefalografia
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
QUESI	Questionário Sobre Traumas na Infância
SCID	Structured Clinical Interview for Dissociative Disorder
SPECT	Single photon emission computed tomography
TCNEP	Transtorno de crises não epilépticas psicogênicas
VEEG	Vídeo-eletroencefalograma

RESUMO

Proença ICGF. *Estudo sobre história de trauma e eventos dissociativos em pacientes com crises não-epilépticas psicogênicas* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010. 103p.

INTRODUÇÃO: As crises não-epilépticas psicogênicas são uma condição médica complexa que pode se apresentar como sintomas físicos ou neurológicos porém sem achados orgânicos correspondentes, evidenciando a presença de fatores psicológicos como base dos sintomas. Elas podem ocorrer isoladamente ou se repetir de forma sistemática. Quando se repetem podem estar associadas à baixa auto-estima, perda de emprego, dificuldade nas relações amorosas e sociais. A esta condição clínica denomina-se transtorno de crises não-epilépticas psicogênicas (TCNEP). Dentre os fatores de risco para TCNEP, os mais amplamente estudados são a história de trauma e os fenômenos dissociativos. MÉTODOS: Neste estudo caso-controle, cujos dados foram obtidos entre janeiro de 2003 e setembro de 2009, foram avaliados 20 pacientes portadores de TCNEP e 20 pacientes com epilepsia do lobo temporal, após monitoração prolongada em unidade de vídeo-eletroencefalografia (VEEG). Foram excluídos os sujeitos com associação das duas patologias. Os grupos foram pareados quanto ao gênero, faixa etária, anos de escolaridade formal e classe social. Também foram avaliados: idade de início das crises, idade do diagnóstico, pior frequência de crises e classificação social. Os pacientes responderam também a dois instrumentos estruturados e validados no Brasil, um quanto à história de trauma na infância e adolescência (QUESI), e outro sobre a presença de fenômenos dissociativos (DES) ao longo da vida. RESULTADOS: 1) Não houve diferença significativa do ponto de vista estatístico no que diz respeito ao gênero, faixa etária, classificação social, e frequência de crises; 2) Houve diferença estatisticamente significativa na escolaridade ($p=0,006$); 3) No grupo caso, a idade de início foi superior (22,25 DP 9,19) à do grupo controle (11,62 DP 9,59), $p=0,007$. Assim como a idade do diagnóstico, que foi de 30,79 (DP 11,33) no grupo de pacientes com TCNEP e de 15,97 (DP 9,67) nos pacientes com epilepsia, $p<0,001$; 4) A DES teve valores também estatisticamente significativos, sendo 53,35 (DP 23,15) no grupo com TCNEP e de 22,02 (DP 16,37) no grupo com epilepsia, $p<0,001$. Quanto às subescalas, todas tiveram resultados significativos entre os grupos; 5) O QUESI apresentou também resultados médios significativos, com média de 60,30 (DP 21,75) no grupo de TCNEP e de 45,40 (DP 12,27) no grupo com epilepsia, $p=0,014$, mas somente as subescalas que identificaram a negligência e o abuso emocionais foram estatisticamente significativas ($p=0,013$ e $p=0,014$ respectivamente). CONCLUSÕES: Fenômenos dissociativos e história de trauma na infância são mais frequentes nos pacientes com TCNEP do que nos pacientes com epilepsia. Todavia, em relação à história de trauma, apenas a negligência e o abuso emocionais podem estar associados à TCNEP.

Descritores: Transtornos dissociativos; Maus-tratos infantis/ história; Epilepsia; Diagnóstico diferencial; Convulsões; Eletroencefalografia; Gravação em vídeo.

SUMMARY

Proença ICGF. Trauma history and dissociative events study in patients with psychogenic non-epileptic seizures [Dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2010. 103p.

INTRODUCTION: Psychogenic non-epileptic seizures are a complex medical condition that may present as physical or neurologic symptoms but without corresponding organic findings, suggesting the presence of psychological factors as the basis of symptoms. They can occur alone or recur systematically. When recurrent they can be associated with low self-esteem, loss of employment, difficulty in intimate and other social relationships. This clinical condition is called a psychogenic non-epileptic seizures disorder (PNESD). Among the risk factors for PNESD, the most widely studied are the history of trauma and the presence of dissociative phenomena. METHODS: In this case-control study, with data obtained between January 2003 and September 2009, 20 patients with PNESD and 20 patients with temporal lobe epilepsy were evaluated after monitoring in video-electroencephalography unit. We excluded subjects with a combination of both conditions. The groups were matched for gender, age, length of school education and social class. We also evaluated age of onset, age at diagnosis and worse seizure frequency. Patientes of both groups responded two structured instruments for history of trauma in childhood and adolescence (QUESI) and FOR the presence of dissociative phenomena (DES) throughout life, both valitaded in Brazil. RESULTS: 1) There was no statistical significant difference between both groups regard to gender, age, social status and seizure frequency; 2) There was a statistical significant difference in education ($p = 0.006$); 3) Age of onset and at diagnosis in PNESD group were significantly higher (22.25 SD 9, 19) than the control group (11.62 SD 9.59), $p = 0.007$, as well as age of diagnosis were higher in patients with PNESD (30.79 SD 11.33) than in patients with epilepsy (15.97 SD 9.67), $p <0.001$; 4) DES values were also significantly higher in the PNESD group (53.35 SD 23.15) than control group (22.02 SD 16.37), $p <0.001$. As for the subscales all had significant results between groups; 5) QUESI's results were also significantly higher in the PNESD group (60.30 SD 21.75) than in epilepsy group (45.40 SD 12.27), $p = 0.014$, but only the subscales that identify emotional neglect and emotional abuse were statistical significantly in PNESD group ($p = 0.013$ and $p =0.014$ respectively). CONCLUSIONS: History of childhood trauma and dissociative phenomena are more common in patients with PNESD than in patients with epilepsy. However, in relation to history of trauma, only emotional neglect and emotional abuse may be associated with PNESD.

Descriptors: Dissociative disorders; Child abuse/history; Epilepsy; Diagnosis, differencial; Seizures; Electroencephalography; Video recording.

1 INTRODUÇÃO

1. Introdução

Em medicina, é comum que uma patologia se situe na interface entre duas ou mais especialidades, seja por conta da área topográfica afetada, seja pela dificuldade de ser avaliada por um único especialista. A epilepsia e seus diagnósticos diferenciais são exemplos desta interface.

A epilepsia é uma condição paroxística recorrente, em forma de crises, derivada de alteração do sistema nervoso central que origina descargas elétricas anormais no cérebro (Leppik, 1997). Tais descargas podem ser generalizadas, em todo o córtex cerebral, ou focais, isto é, atingem um pequeno segmento do encéfalo, podendo ou não generalizar secundariamente. Essa variação é responsável por tipos diferentes de crises e pela comum associação com alterações de comportamento antes, durante ou após as crises (Guerreiro, 2000).

Entretanto, desde a Antiguidade, observam-se relatos de indivíduos que apresentam crises sem uma “sequência neurológica” (Gates, 1993; Reuber, 2003), confundindo neurologistas e psiquiatras (Gates, 2000). Estas crises foram extensamente estudadas no século XIX por neuropsiquiatras como Charcot, Janet, Briquet e Freud (Sharpe & Faye, 2006) e foram denominadas primordialmente como pseudoepilepsia. Somente no século XX, década de 80, foi possível diferenciar sua origem da epilepsia. Isto se deveu ao advento do vídeo-eletroencefalograma (VEEG), em que ocorre a avaliação concomitante das crises e das ondas cerebrais, além do seu registro em vídeo (Cragar,

2002). Desta forma, pode-se definitivamente diferenciar as atualmente denominadas crises não epilépticas (CNE) (Marchetti, 2008).

As CNE podem ser causadas por mecanismos fisiológicos ou psíquicos. As primeiras, denominadas CNE fisiogênicas (CNEF), tem como exemplo clínico mais comum a síncope. Já as crises causadas por mecanismos psíquicos, CNE psicogênicas (CNEP), são as manifestações pseudoneurológicas de diferentes transtornos mentais, incluindo mais frequentemente, sintomas dissociativos ou conversivos (Marchetti et al., 2008).

A prevalência de CNEP na população geral varia entre 2 e 33/100.000 (Benbadis & Hauser, 2000). Dois estudos epidemiológicos realizados nesta área indicam que a incidência pode chegar a até 3/100.000 (Sigurdardorttir & Olafsson, 1998; Szaflarski et al, 2000). Segundo Gates (2000), a disparidade nos dados encontrados está relacionada às diferenças metodológicas para o diagnóstico de CNEP. Por exemplo, a presença de um grupo comparativo de pacientes portadores de epilepsia é fator *sine qua non* para maior fidedignidade dos estudos (Cragar, 2002).

As CNEP, segundo vários estudos realizados, estão associadas a alguns fatores de risco: história de trauma ou abuso ao longo da vida, convívio com pessoas portadoras de crises epilépticas, antecedentes de várias hospitalizações ou internações em emergências clínicas e a presença de distúrbios psiquiátricos, além uma importante relação com a presença prévia de outros eventos dissociativos, conversivos ou somatoformes (Dikel et al, 2003; Kurcgant et al, 2000; Marchetti et al, 2008; Cragar, 2002; Reuber, 2003; Fiszman et al, 2004a; Rowan, 2000).

Dentre os fatores de risco, vale ressaltar a história de trauma e a presença de fenômenos dissociativos. Alguns autores acreditam que a revivescência de um trauma passado, isto é, passar por uma determinada situação mais posterior ao trauma inicial pode fazer com que o indivíduo sinta-se igualmente desprotegido, assustado, desamparado, raivoso ou amedrontado em relação à primeira situação de abuso, e pode se constituir como o “gatilho” para o início das CNEP (Sar et al, 2004; Fiszman et al, 2004a).

Também foi descrita uma predisposição a fenômenos dissociativos ao longo da vida em indíviduos com TCNEP. Apesar de não ser um consenso na literatura, alguns autores sugerem que a dissociação possa ocorrer como consequência do trauma precoce (Dikel et al, 2003; Reuber et al, 2003; Alper et al, 1997; Sar et al, 2004).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2. Revisão de Literatura

2.1. Diagnóstico de TCNEP

Como já foi visto anteriormente, as CNEP são uma condição médica complexa com diferenciação difícil da epilepsia. Elas podem se apresentar como sintomas físicos ou neurológicos que sugerem a existência de alterações físicas porém sem os achados orgânicos correspondentes, evidenciando assim, a presença de fatores psicológicos como base dos sintomas (Gram et al, 1993; Gates, 2000).

Epileptologistas experientes conseguem suspeitar de eventos característicos de CNEP em cerca de 80% dos casos (Marchetti et al, 2009). Essa suspeita de CNEP ocorre quando o paciente apresenta ausência completa de resposta terapêutica às drogas antiepilépticas (DAE), ou perda de resposta (escape terapêutico) ou então respostas paradoxais às DAE (pioras ou remissões espontâneas e inesperadas). As CNEP também podem ser consideradas quando há atipia, multiplicidade, inconsistência ou mudança do padrão habitual de crises ou quando estas são desencadeadas por estresse emocional evidente, específico e com relação temporal estreita em relação à ocorrência das crises (Rowan, 2000; Davis, 2004; Dworetzky et al, 2005).

As CNEP podem ocorrer isoladamente ou se repetir sistematicamente. As primeiras não têm impacto na vida do paciente (French, 1993). Já as crises que se repetem acarretam um impacto negativo na vida dos portadores pois

estão associadas à baixa auto-estima, perda de emprego, dificuldade nas relações sociais e amorosas. A esta condição clínica denomina-se transtorno de crises não-epilépticas psicogênicas - TCNEP (Marchetti et al, 2008).

Kurcgant et al., (2000) identificaram que até 87,5% dos casos de TCNEP ocorrem devido a transtornos dissociativos/conversivos e somatoformes. Conforme observado no estudo de Marchetti et al. (2008), que leva em consideração os critérios do DSM-IV, os pacientes com TCNEP podem apresentar os seguintes transtornos mentais: transtorno conversivo, transtorno de somatizacão ou somatoforme sem outra especificação, transtorno dissociativo sem outra especificação e transtorno de estresse pós-traumático.

O diagnóstico de TCNEP não tem *status* nosológico porque se trata apenas de um estágio provisório até que se alcance a real condição médico-psiquiátrica que se apresenta sob esta forma. Como tal terminologia não se ajusta a nenhuma categoria do CID-10 ou do DSM-IV, cada caso deve ser analisado criteriosamente. De acordo com o CID-10, pacientes com TCNEP deverão ser alocados no diagnóstico de convulsões dissociativas (F-44.5). Porém, algumas dificuldades persistem por conta das CNEP causadas por transtorno de somatização, transtorno somatoforme indiferenciado ou transtorno de estresse pós-traumático, pois não há, no CID-10, nenhuma outra possibilidade categorial para TCNEP (Marchetti et al, 2008; Negro Júnior et al, 1999).

Já no DSM-IV, os transtornos mentais com sintomas conversivos e dissociativos, que já foram formalmente denominados fenômenos histéricos, foram separados em transtornos somatoformes (onde são encontrados

conversão, somatização e transtorno somatoforme indiferenciado) e transtornos dissociativos (onde são encontrados os transtornos dissociativos SOE). O transtorno de estresse pós-traumático, que também pode cursar com sintomas dissociativos, está classificado no grupo de transtornos ansiosos. Isto leva à dificuldade classificatória porque o DSM-IV não especifica se pacientes com sintomas dissociativos e transtorno de estresse pós-traumático deveriam ou não receber o diagnóstico adicional de transtorno dissociativo. Além de não deixar claro também se a dissociação presente na TCNEP seria considerada um fenômeno dissociativo ou conversivo (Marchetti et al, 2008; Negro Júnior et al, 1999).

Vários aspectos foram estudados como possíveis fatores de risco ou caracterizadores para TCNEP. Observa-se, por exemplo, maior prevalência em mulheres, história de antecedentes psiquiátricos prévios, história familiar de epilepsia, família disfuncional, presença de história de abuso, convívio com doença prévia (Lesser, 2003). Também deve-se levar em conta funcionamento familiar, status sócioeconômico, idade, raça, sexo, educação e história de abuso ou outros estressores na infância (Sharpe & Faye, 2006).

No que diz respeito ao gênero, a maior parte dos pacientes são mulheres jovens, com menos de 40 anos, podendo constituir até 80% dos casos em alguns estudos (Griffith, 1997).

Sharpe & Faye (2006) associam à TCNEP história de crises inconsistente com história de epilepsia, ineficácia das drogas antiepilépticas (DAE) para o controle das crises, crises refratárias e recorrentes.

Em uma revisão feita por Cragar et al (2002), nove entre doze estudos apontam que pacientes com TCNEP apresentam mais antecedentes psiquiátricos prévios do que os pacientes com epilepsia, assim como maior idade de início das crises e menor resposta às DAE.

Arnold & Privitera (1996) encontraram dados mostrando que 86% dos pacientes com TCNEP haviam sofrido algum tipo de abuso ao longo da vida, contra 33% dos pacientes portadores de epilepsia. A grande maioria dos estudos encontrados observa a história de traumas e sua possível relação com fenômenos dissociativos (Gates, 2000; Reuber, 2005; Kurcgant et al, 2000; Fiszman, 2007; Alper et al, 1997). Para tentar estabelecer uma ligação entre esses dois fatores e TCNEP, é que os observamos mais detalhadamente, como pode ser observado a seguir.

2.1.1. História de Trauma

A literatura sugere que as CNEP começam ou recorrem quando traumas ou eventos da vida adulta fazem relembrar o trauma que ocorreu na infância ou adolescência. Podem ser considerados os traumas de infância, as cirurgias, acidentes, abuso sexual, violência doméstica, negligência física ou emocional, lar ou família disfuncional (Gates, 2000; Grassi-Oliveira et al., 2006; Cragar, 2002; Reuber, 2005).

O abuso sexual na infância é considerado o evento traumático remoto mais frequente e por isso é responsável, direta ou indiretamente, por metade dos casos de CNEP, enquanto o abuso físico se relaciona com cerca de 30%

dos casos. A relação de gênero entre os indivíduos que relatam terem sido abusados é de duas mulheres para um homem (Gates, 2000).

Em vários estudos recentes com pacientes portadores de CNEP, a prevalência da história de trauma ou abuso é maior nestes indivíduos do que no grupo controle somente com epilepsia (Arnold & Privitera, 1996; Rosenberg et al, 2000).

Em uma revisão bibliográfica extensa, foi descrita a frequência aumentada de história de trauma (44 a 100%) e abuso (23 a 77%) em pacientes com CNEP, contra 15 a 40% em grupos controle com pacientes portadores de epilepsia, nos 17 estudos avaliados (Fiszman et al, 2004a). Em função disso, um corpo considerável de conhecimento sustenta que o trauma emocional, em particular o provocado por abuso sexual na infância, é um preditor forte do desenvolvimento de TCNEP (Fiszman, 2007).

2.1.2. Dissociação

O estudo dos fenômenos dissociativos e transtornos mentais associados à dissociação é um dos grandes desafios da psiquiatria. O próprio termo dissociação pode ser entendido de diferentes formas e dar margem a múltiplas interpretações, dependendo do contexto de seu uso (Negro Júnior et al, 1999).

Há quatro perspectivas diferentes pelas quais podemos abordar os fenômenos dissociativos: sintomas, transtornos, mecanismos e vivências.

Segundo o Kaplan & Sadock (1994), podemos definir os sintomas dissociativos como aqueles em que ocorrem perdas da integração normal de

diferentes aspectos fenomenológicos das vivências conscientes: percepção do ambiente, memória, vivência de realidade e de personalidade. Eles causam sofrimento clinicamente significativo, prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida.

Os sintomas dissociativos ocorrem de maneira predominante nos transtornos dissociativos. Tais transtornos podem ser súbitos ou graduais, transitórios ou crônicos. Eles podem se apresentar de diversas maneiras, segundo o DSM-IV: amnésia, quando há incapacidade para recordar informações já armazenadas anteriormente; fuga, ocorre quando há afastamento do lar habitual ou de situações de trabalho e a incapacidade de lembrar de aspectos importantes de suas identidades anteriores; transtorno dissociativo de identidade, presença de duas ou mais personalidades distintas, cada uma das quais determinando o comportamento e as atitudes durante o período em que predomina; despersonalização, alteração persistente e recorrente na percepção de si mesmo, atingindo um grau em que o senso da própria realidade é temporariamente perdido; e transtorno dissociativo sem outra especificação, classificação utilizada para transtornos com aspectos dissociativos mas que não reúnem critérios para os diagnósticos descritos acima (Kaplan & Sadock, 1994).

Já Pierre Janet explica a dissociação como mecanismos dissociativos, isto é, a dissociação como resultado da desintegração de dois ou mais processos mentais. Esse fenômeno não teria origem proposital ou funcional, mas surgiria quando o indivíduo vivencia emoções impactantes (inclusive terror) que levariam ao estreitamento do campo atencional e à desorganização

das funções de integração das informações na consciência. (Negro Júnior et al, 1999; Hart & Friedman, 1989).

Também a dissociação pode ocorrer como uma tendência dentro de um contexto não patológico, segundo Isaac & Chand (2006). A isto eles denominam vivências dissociativas. Tais vivências podem ser parte da expressão de um personalidade primária com predisposição a dissociar sem um gatilho emocional. Sendo assim, os indivíduos com essas características apresentariam maior possibilidade de ter absorção imaginativa ou tendências a fantasiar, além de serem bastante sugestionáveis, facilitando a capacidade de ser hipnotizável (Isaac & Chand, 2006).

Durante as últimas duas décadas, muitas pesquisas foram realizadas evidenciando uma ligação entre dissociação e trauma (Isaac & Chand, 2006). Atualmente, a maioria dos estudos em CNEP aponta para a importante relação com algum tipo de transtorno dissociativo (Marchetti et al, 2009). Reuber & Elger (2003), em uma revisão bibliográfica, verificaram que os transtornos dissociativos são os diagnósticos mais comuns em pacientes com CNEP. Cragar et al. (2002), observaram que em 12 estudos com CNEP, nove descreviam que tais pacientes tinham mais tratamentos psiquiátricos ao longo da vida e maior prevalência de transtornos dissociativos/ conversivos. Isaac & Chand (2006) também avaliaram um estudo que relata a prevalência de transtornos dissociativos em pacientes em geral em cerca de 2,6%. Em um estudo turco, Sar et al (2004) observaram que 47,4% dos pacientes com transtorno conversivo também apresentavam transtorno dissociativo e 90% apresentava algum outro diagnóstico psiquiátrico, segundo a DSM-IV. Em outro estudo,

Marchetti et al (2008) observaram que, de 28 pacientes internados em unidade de VEEG com diagnóstico de TCNEP, 19 apresentavam transtorno dissociativo/ conversivo e cinco apresentavam transtorno de somatização.

Alper et al. (1997), não só encontraram relação direta de CNEP com vivências dissociativas (avaliadas pelo Dissociative Experience Scales - DES) como também observaram que o tipo de vivência de dissociação mais frequente em sua amostra era a despersonalização/desrealização. Esse estudo questiona não só a frequência desses episódios mas também se os tipos de dissociação (despersonalização/desrealização, desatenção, envolvimento imaginativo, amnésia e distorção da realidade) são relevantes para o diagnóstico de CNEP. Na população geral, perder parte de uma conversa é seis vezes mais comum de que não se reconhecer no espelho, porém ambos os itens se correlacionam com altos escores na DES (Alper et al, 1997) .

2.2. Epidemiologia

Os estudos sobre a prevalência de CNEP apontam resultados variáveis, mas de significativa importância clínica. Dos pacientes em atendimento ambulatorial para epilepsia, 5 a 33% apresentam CNEP (Benbadis et al.,1996; Arnold & Pritivera, 1996).

Dos pacientes internados para avaliação por epilepsia refratária, 10 a 58% apresentam CNEP (Bowman, 1998; Sirven & Glosser, 1998; Benbadis & Hauser, 2000).

Cerca de um terço dos pacientes com "*status* epiléptico" refratário apresenta, na realidade, CNEP e, em mais de 75% dos pacientes com CNEP o *status* é recorrente (Reuber, 2003). Segundo Gates (2000), as diferenças entre os estudos podem estar relacionadas às diferenças no tempo de monitorização no VEEG.

2.3. Impacto médico, social e econômico

Martin et al. (1998) estimaram o custo, ao longo da vida de uma pessoa com CNEP, em testes diagnósticos, procedimentos e medicamentos em U$100.000. Também calcularam que entre U$100 a U$900 milhões são gastos anualmente nos EUA com a população de pacientes com CNEP. Vários estudos apontam que o diagnóstico precoce e apropriado das CNEP, seguido por um tratamento adequado, pode levar à remissão em 19 a 52% dos casos ou melhora do quadro em 75 a 95% dos casos, ou seja, uma diminuição expressiva da utilização do sistema de saúde e dos custos envolvidos (Ettinger et al, 1999; Walczak et al, 1995; Silva et al, 1991; Martin et al., 1998).

As CNEP acarretam também graves consequências sociais e psicológicas. O paciente e a sua família enfrentam os mesmos problemas que os pacientes portadores de epilepsia: a estigmatização, a baixa escolaridade, o desemprego, as dificuldades no relacionamento interpessoal e a desinserção social (Betts & Dufft, 1993).

Do ponto de vista médico, observa-se cerca de sete anos entre o início das crises e o diagnóstico correto (Reuber et al, 2003). Por conta disso, os

pacientes ficam expostos a procedimentos iatrogênicos, tais como o uso de doses elevadas de DAE (Niedermeyer, 1990), punções venosas, uso de DAE endovenosas e entubação endotraqueal (Lesley & Privitera, 1996; Hovorka et al, 2007).

Assim como nos portadores de epilepsia refratária, nos pacientes com CNEP as crises persistem por anos e não respondem adequadamente às DAE, o que os faz passar por diversos especialistas (Rowan, 2000). Além disso, a comorbidade com transtornos depressivos e ansiosos é alta (Ettinger et al, 1999; Kurcgant et al, 2000) e a qualidade de vida desses pacientes é pior que os pacientes portadores de epilepsia de difícil controle (Szaflarski, 2003).

3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

3. Justificativa do Estudo

O diagnóstico de TCNEP é difícil de ser realizado. O VEEG, considerado o “padrão ouro” para este diagnóstico (Cragar et al, 2002; LaFrance & Devinsky, 2004), é um exame caro, complexo e pouco disponível. Isto leva a uma lacuna diagnóstica de cerca de sete anos, espaço de tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico correto (Reuber et al, 2003).

Esta lacuna proporciona o aumento de exposição a iatrogenias, como o uso de DAE, internações, entubações e outros procedimentos invasivos. Além disso, elevam-se os gastos com saúde e diminuem as chances de trabalho desses indivíduos, com maior impacto econômico. Também é maior a possibilidade de perda das relações familiares, e amorosas, além da diminuição da auto-estima (Ettinger et al, 1999; Hovorka et al, 2007; Martin et al, 1998; Silva et al, 1991).

Porém, existem divergências de opiniões sobre os mais significativos fatores de risco: história de trauma ao longo da vida, seja sexual, físico ou psíquico e a presença de fenômenos dissociativos (Brown, 2005). Suspeita-se que o fato dos estudos terem grande variação metodológica (diferença na quantidade de dias de internação em VEEG, inclusão de pacientes portadores de TCNEP e epilepsia nos grupos caso, por exemplo) pode ser o motivo dos diferentes resultados obtidos e da pouca significância destes (Fiszman et al, 2004a).

Observa-se a escassa literatura nacional sobre o tema, com nenhuma pesquisa avaliando história de trauma e de dissociação em pacientes brasileiros portadores de TCNEP. Também sabe-se da dificuldade de acesso ao VEEG e da alta prevalência de história de violência e vivências dissociativas nos pacientes com TCNEP. Em função disto e para tentar encontrar meios facilitadores para a indicação do VEEG é que houve motivação para o presente estudo.

Para maior fidedignidade dos dados obtidos na atual pesquisa, foram utilizados instrumentos adaptados para o idioma e que quantificam e separam os tipos de trauma ocorridos na infância dos sujeitos da pesquisa e os tipos de fenômenos dissociativos. Além disso, a presença de um grupo controle com pacientes portadores de epilepsia do lobo temporal aumenta a fidedignidade dos dados, uma vez que as vivências dissociativas podem ser facilmente confundidas com os sintomas das crises parciais complexas, características deste tipo de epilepsia (Yacubian apud Costa et al, 1998; Fiszman, 2007). Também foi avaliado se o trauma é um fator diferenciador entre os pacientes com TCNEP e epilepsia do lobo temporal, uma vez que sabe-se da maior prevalência de história de violência nas populações menos favorecidas onde ambos os grupos se encaixam (Fiszman, 2007).

4 OBJETIVOS

4. Objetivos

4.1. Geral

- Observar a frequência de história de trauma na infância e de fenômenos dissociativos ao longo da vida em pacientes com crises não-epilépticas psicogênicas em comparação com o grupo controle de pacientes portadores de epilepsia do lobo temporal.

4.2. Específicos

• Constatar se há diferenças na frequência nos vários tipos de traumas precoces nos grupos estudados, utilizando-se um instrumento adaptado no Brasil, o Questionário sobre história de trauma na infância(QUESI).

• Constatar se há diferenças na frequência dos tipos de dissociação nos grupos estudados. Para tal avaliação foi utilizado um questionário validado no Brasil, a Escala de Experiências Dissociativas (DES).

5 MÉTODOS

5. Métodos

5.1. População do Estudo

Todos os sujeitos foram atendidos no Hospital das Clínicas, um hospital terciário de referência no estado de São Paulo, em parte provenientes do Ambulatório de Epilepsia da Neurologia e do Projeto de Epilepsia e Psiquiatria (PROJEPSI).

5.1.1. Grupo caso

Pacientes do PROJEPSI do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP, diagnosticados com TCNEP, de janeiro de 2003 a setembro de 2009.

- **Critérios de inclusão**
  - Pacientes com diagnóstico de TCNEP
  - Maiores de 18 anos
  - Ambos os sexos
  - Aceitaram participar da pesquisa segundo os termos do consentimento livre e esclarecido (anexo 2)
  - Condições de ler e compreender os inventários que foram utilizados

- **Critérios de exclusão**
  - Não aceitaram participar da pesquisa ou assinar o termo de consentimento
  - Não conseguiram ler ou entender os questionários utilizados
  - Pacientes diagnosticados com epilepsia e TCNEP em associação
  - Menores de 18 anos de idade

- **Diagnóstico de TCNEP pelo vídeo-EEG**

Os pacientes, normalmente encaminhados por outros serviços neurológicos, foram avaliados pelos seguintes motivos nas unidades de VEEG do Instituto de Psiquiatria e do Instituto Central do HCFMUSP: investigação para cirurgia de epilepsia, esclarecimento diagnóstico de epilepsia refratária a tratamento clínico com DAE ou por suspeita de CNE. Todos os pacientes permaneceram internados no vídeo-EEG por períodos variáveis, durante os quais foram realizados os registros simultâneos de comportamento e atividade eletrencefalográfica, com o objetivo de se observar e identificar as crises apresentadas.

A avaliação foi realizada por equipamento digital Bio-logic® Systems Corp, utilizando software Ceegraph PTI vers. 6.72.06. Os eletrodos foram colocados de acordo com o sistema internacional 10-20, com adição de eletrodos zigomáticos e de eletrocardiograma. Foram inicialmente realizados os EEG de base (vigília e sono) e as provas habituais de indução para crises

epilépticas (hiperventilação e fotoestimulação) com os esquemas de DAE habituais mantidos.

Para todos os pacientes em que a monitoração foi indicada por suspeita de CNEP e para aqueles internados por outros motivos, mas nos quais foi verificada a ocorrência de CNEP espontâneas foi realizado o seguinte protocolo sequencial de indução de CNEP:

- Anamnese neuropsiquiátrica: entrevista detalhada sobre a história de crises, de vida e de alterações psiquiátricas. Realizada por psiquiatra experiente na condução de casos com alterações neuropsiquiátricas associadas à epilepsia e CNEP. É realizada de modo a deixar o entrevistado à vontade e garantir o vínculo necessário para a realização dos procedimentos sugestivos discriminados em seguida.

- Vínculo sugestivo: ocorre prioritariamente durante a sugestão simples e a entrevista sugestiva. Nesse momento é estabelecida a ligação afetiva entre entrevistador e entrevistado. A partir desse vínculo, o entrevistador aprofunda seu contato emocional (empatia) com o paciente, que passa a acreditar ser importante para o entrevistador ter uma crise naquele momento e permite que questões emocionais mais importantes sejam exploradas. É importante que seja reforçada a segurança do paciente durante todo o processo.

- Sugestão simples: sugestiona-se o paciente a pensar que ele não está bem. Ocorre normalmente ao final da anamnese neuropsiquiátrica, mas sem direcionamento expresso à sugestão de crises.

- Entrevista sugestiva: acontece em um segundo tempo, em outro dia, após o entrevistador ter ciência de todos os sintomas e ou condições que favorecem o indivíduo a ter crises. A sugestão acontece de maneira mais direta, através de perguntas do tipo "Você está se sentindo mal? Vai ter uma crise?", isto é, o paciente é levado a acreditar que está prestes a ter uma crise enquanto narra episódios emocionalmente intensos.

- Indução hipnótica com sugestões hipnóticas ou pós-hipnóticas: se apesar de todo processo anterior o paciente não apresentar o evento típico, é realizada uma indução hipnótica e, nesse estado, sugestionamos o paciente. Esse processo só ocorre com a permissão expressa do paciente após explicação do processo por parte do psiquiatra. Combina-se, que as resposta positivas das perguntas realizadas pelo entrevistador devem ser respondidas com o levantar do dedo indicador da mão direita, por exemplo. Inicialmente, pede-se para o paciente fechar os olhos, respirar lentamente e prestar atenção na respiração. Esse processo é repetido várias vezes e de maneira monótona, induzido ao transe hipnótico. Em seguida, pede-se ao

paciente para prestar atenção nas batidas do seu coração, avisando que ele deve notar uma diminuição na frequência cardíaca. A confirmação do paciente nos alerta que o mesmo está em um transe mais profundo, momento ideal para a indução de crises não-epilépticas. Então, introduzimos a palavra crise ou as lembranças de crise para que ocorra a indução.

- Infusão endovenosa de placebo (solução salina): ainda assim, se não houver ocorrido nenhuma crise típica, o paciente recebe a infusão de placebo como indutor de crise. Para isso, o entrevistador explica que será administrado um soro que facilita a ocorrência das crises que ele tem. Pede-se para alguma auxiliar de enfermagem a infusão endovenosa de 5ml de soro fisiológico em acesso venoso previamente realizado. Vale ressaltar que essa fase também só acontece se o paciente concordar e que não é falado, em momento nenhum, que a crise que o paciente terá é do tipo epiléptica. O protocolo foi interrompido assim que ocorreu uma CNEP (Figura 1).

Após este procedimento, foram retiradas as DAE, de maneira gradativa, e os registros continuaram para a observação de eventos e ou alterações no EEG por períodos considerados suficientes para a realização dos diagnósticos e para a exclusão do diagnóstico de epilepsia. Em todos os pacientes em que se suspeitou previamente ou se constatou a ocorrência de CNEP espontâneas ou provocadas, a duração típica de internação foi em torno de sete dias,

variando de quatro a quinze dias. A opção por períodos de monitoração mais longos teve como objetivo a verificação da possível ocorrência de descargas ou crise epiléptica (CE) tardias após a retirada completa das DAE.

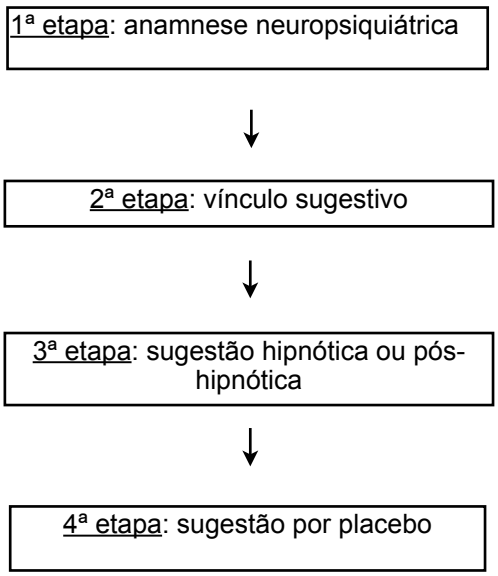

Figura 1. Protocolo de Indução de CNEP.

Um evento provocado por este protocolo foi definido como CNEP quando não foram evidenciadas descargas ou padrões epileptiformes ictais inequívocas antes, durante ou depois da sua ocorrência. Um evento espontâneo ocorrido em qualquer período da monitoração foi definido como CE quando foi acompanhado por descargas ou padrões epileptiformes ictais inequívocos antes, durante ou depois da sua ocorrência. Um evento espontâneo que não preencheu estas condições só foi definido como CNEP quando apresentou semiologia característica e semelhante à CNEP provocada

por indução sugestiva. Todos os eventos registrados foram analisados e apresentados aos familiares, para que fossem confirmados se eram os apresentados no cotidiano dos pacientes (validação clínica).

Os pacientes também foram submetidos a exames neurológico, psiquiátrico, de imagem (ressonância magnética, SPECT interictal e eventualmente ictal) e avaliação neuropsicológica. Após a realização dos diagnósticos foram realizadas as comunicações destes e os encaminhamentos para os devidos tratamentos.

Diagnósticos de CE foram definidos de acordo com a Classificação Internacional de Crises Epilépticas (Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy, 1981). Diagnósticos de síndromes epilépticas foram definidos de acordo com a Classificação Internacional de Síndromes Epilépticas (Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy, 1989). Diagnósticos de transtornos mentais foram definidos de acordo com a DSM-IV (APA, 1994).

5.1.2. Grupo controle

Pacientes portadores de epilepsia do lobo temporal pertencentes ao Ambulatório de Epilepsia do Serviço de Neurologia do HCFMUSP, pareados quanto ao gênero, faixa etária, anos de educação formal e nível sócio-econômico.

- **Critérios de inclusão**
  - Pacientes com diagnóstico de epilepsia do lobo temporal
  - maiores de 18 anos
  - ambos os sexos
  - aceitaram participar da pesquisa segundo os termos do consentimento livre e esclarecido (anexo 2)
  - com condições de ler e compreender os inventários a serem utilizados

- **Critérios de exclusão**
  - não aceitaram participar da pesquisa ou assinar o termo de consentimento
  - não conseguiram ler e/ou entender os questionários utilizados
  - menores de 18 anos de idade
  - outros tipos de epilepsia

- **Diagnóstico de epilepsia do lobo temporal**

Epilepsia de lobo temporal é a forma mais comum de epilepsia parcial em adultos, responsabilizando-se por cerca de 60% dos casos (Yacubian apud Costa et al, 1998). As crises do lobo temporal tendem a seguir uma sequência de eventos relativamente fixa:

1 - de 85% a 93% dos pacientes referem em, pelo menos algumas crises, fenômeno sensorial consciente (aura);

2- reação de parada e fixação do olhar;

3 - automatismos simples, geralmente do tipo oroalimentar e alterações motoras contralaterais;

4 - finalmente ocorrem automatismos complexos ou generalizações secundarias (Yacubian apud Costa et al, 1998).

A presença de atividade epileptiforme no EEG ictal ou interictal, definida por ponta e ondas agudas *sharp* e complexos ponta-onda confirma o diagnóstico de epilepsia do lobo temporal. A presença de atividade lenta difusa ou focal, ocasionalmente observada em traçados anormais, não tem o mesmo potencial epileptogênico destes grafoelementos de forma isolada e devem estar associadas à história clínica consistente para a confirmação deste diagnóstico (De Paola apud Costa et al, 1998).

Todos os pacientes do grupo controle tiveram seu diagnóstico validado também pela monitorização em VEEG, não tendo sido considerados os casos com associação de TCNEP e epilepsia ou de epilepsia multifocal.

5.2. Variáveis do estudo

- Dados pessoais e demográficos: coleta de dados pessoais através de um formulário contendo itens como idade, sexo, naturalidade e procedência, escolaridade, idade de início e de diagnóstico das crises (epilépticas ou não-epilépticas) e pior frequência de crises.

5.3. Instrumentos de Avaliação

- Escala avaliação sócio-econômica segundo ABIPEME - Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado (anexo 2);

- Questionário Sobre Traumas na Infância (QUESI – anexo 3): um instrumento heteroaplicável, criado por Bernsteisn & Fink (1997), onde o respondedor graduou a freqüência de 28 assertivas relacionadas com situações ocorridas na infância e adolescência em uma escala Likert de cinco pontos. A variação de pontos totais vai de 28 a 140, e os mesmos são computados de acordo com a resposta, segundo a adaptação transcultural no Brasil por Grassi-Oliveira et al (2006). Pode-se dividir o questionário em seis partes (Scher et al, 2001):

  - ✓ Negligência física (questões 1, 2, 4, 6, 26): relaciona–se com a ausência de cuidados que devem ser prestados às crianças em geral, principalmente nas questões relacionadas à higiene, alimentação e saúde.
  - ✓ Negligência emocional (questões 5, 7, 13, 19, 28): deixar de apoiar ou acolher a criança quando necessário.

- ✓ Abuso físico (questões 9, 11, 12, 15, 17): situações relacionadas a espancamento e outros tipos de agressão física.
- ✓ Abuso sexual (questões 20, 21, 23, 24, 27): qualquer tipo de violência sofrida no aspecto sexual: estupro, felação, ameaças, assistir materiais audiovisuais com conteúdos sexuais.
- ✓ Abuso emocional (questões 3,8,14,18, 25): avalia a vivência de situações relacionadas à falta de amor, humilhações, xingamentos, desmoralizações.
- ✓ Tendência a minimizar (questões 10, 16 e 22): essas questões avaliam a tendência do respondedor a minimizar ou negar situações de trauma ou abuso sofridos na infância.

- Escala de Experiências Dissociativas (DES – anexo 4): instrumento usado mundialmente para rastrear e quantificar os fenômenos dissociativos, criado por Bernsteisn & Putnam (1986). Neste questionário, o respondedor pontua de 0 a 10 a frequência com que os episódios citados ocorrem ou já ocorreram em sua vida, segundo a adaptação transcultural no Brasil por Fiszman et al (2004b). Também é heteroaplicável e de fácil compreensão. Apesar de a escala não dever ser utilizada como instrumento diagnóstico, o escore de 30 é considerado o ponto de corte acima do qual se pode

identificar os pacientes com transtornos dissociativos. Numa investigação dos autores da DES, 74% dos pacientes com transtorno dissociativo de identidade e 80% daqueles com outro transtorno dissociativo foram corretamente identificados por este ponto de corte. Neste estudo, 63% dos pacientes que apresentaram o escore acima de 30 e não apresentavam transtorno dissociativo de identidade tinham outro transtorno dissociativo ou transtorno de estresse pós- traumático. A DES, portanto, pode ser usada como um instrumento gerador de casos suspeitos de apresentarem transtornos dissociativos. No presente estudo, os dados foram obtidos excluindo-se os momentos de TCNEP ou crises epilépticas. Foram avaliados os eventos dissociativos de maneira quantitativa e qualitativa. Estes podem ser vistos segundo a divisão do DES utilizada por Alper et al (1997), como descrito abaixo:

- ✓ Despersonalização/desrealização (questões 11, 12, 13, 16, 22, 27, 28): questões que se relacionam com alteração da percepção da realidade ou de si mesmo.
- ✓ Amnésia por falta de atenção (questões 2, 3, 20, 24, 25, 26): questões que se relacionam com falha na capacidade de resgatar lembranças como consequência de falha no foco atencional.
- ✓ Envolvimento imaginativo-absortivo (questões 10, 14, 15, 17, 18, 21): questões que se relacionam com a absorção da atenção e/ou a sensação de reviver

determinado fato ou situação tão intensamente como na situação original.

✓ Amnésia (questões 4, 5, 6, 7, 8, 9): questões que se relacionam com falha na capacidade de resgatar lembranças sem falha no foco atencional.

✓ Distorção da realidade (questões 1, 19, 23): questões que se relacionam com alteração na percepção do que está ao seu redor.

5.4. Desenho Experimental

Estudo observacional, do tipo caso-controle, com pareamento entre os grupos por sexo, idade, escolaridade e nível sócio-econômico.

5.5. Análise de Dados e Estatística

Para a comparação entre as proporções encontradas das variáveis categoriais dos grupos foi utilizado o teste de associação pelo qui-quadrado.

Foi feita uma regressão logística com grupo como variável dependente e sexo, mediana do QUESI e do DES e efeito de interação entre DES e QUESI como variáveis independentes.

As estatísticas das variáveis contínuas apresentadas foram o intervalo de variação (IV), a média, o desvio padrão (DP). As estatísticas das variáveis categoriais apresentadas foram a proporção (%).

Uma hipótese nula foi rejeitada quando $P < 0,050$. Nestes casos foi usada a expressão estatisticamente significante para se qualificar o resultado. Quando $0,049 < P < 0,10$, foi afirmado que houve tendência para a rejeição da hipótese nula, porém o resultado não foi estatisticamente significante.

Para a comparação das variáveis contínuas foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney U (estatística U).

5.6. Teste de Hipóteses

As principais hipóteses nulas aventadas foram:

1- Não há diferença estatisticamente significativa na proporção, intensidade e tipo de trauma entre o grupo de sujeitos e o de controles portadores de epilepsia do lobo temporal.

2- Não há diferença estatisticamente significativa na intensidade e tipo de experiências dissociativas entre o grupo de sujeitos e o de controles portadores de epilepsia do lobo temporal.

5.7. Aspectos Éticos

O estudo foi conduzido a partir da aprovação pelo comitê de ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) e também baseado nas recomendações estabelecidas na Declaração de Helsinki de 1964, conforme emenda em Tóquio (1975), Veneza (1983) e Hong-Kong (1989) (Anexo 1). Todos os sujeitos participantes leram e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido sobre os propósitos da pesquisa (Anexo 2).

6 RESULTADOS

6. Resultados

6.1. Sujeitos da pesquisa

Dos 46 pacientes diagnosticados com TCNEP durante a internação no vídeo-EEG, um não aceitou participar da pesquisa e dois foram excluídos: um por ser menor de idade e o outro por ser analfabeto. Vinte e três não foram localizados pois seus contatos estavam desatualizados. Restaram então vinte indivíduos no grupo caso que efetivamente participaram da pesquisa (Figura 2). Destes, cinco são do sexo masculino (25%) e quinze do feminino (75%). A idade média foi de 33,20 (DP 11,97) anos de idade.

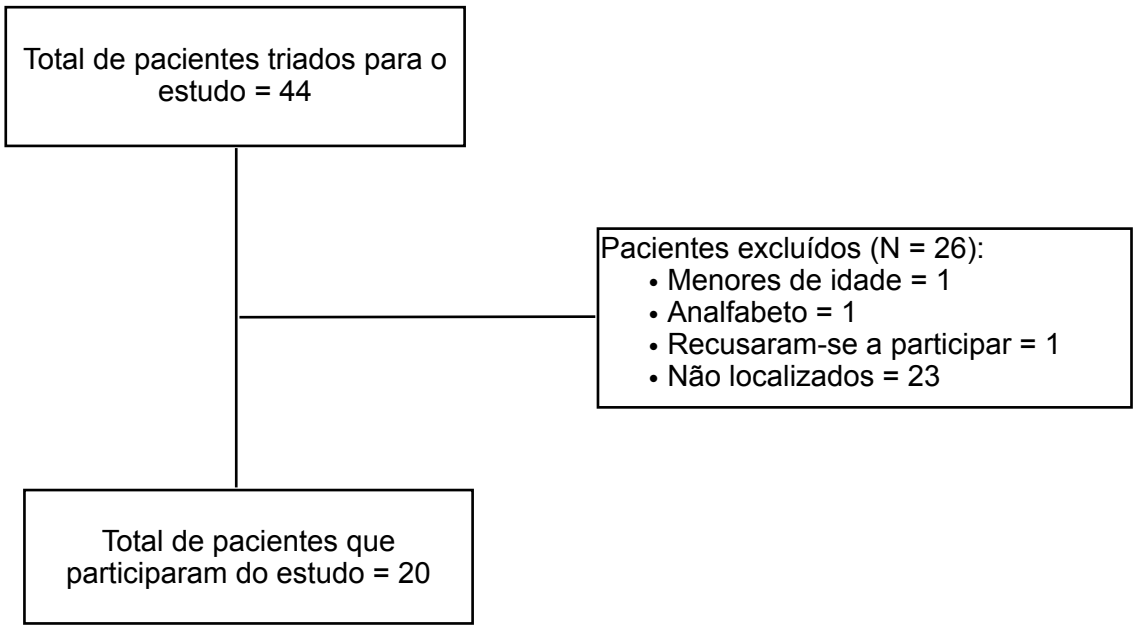

Figura 2. sujeitos participantes da pesquisa.

Entre os pacientes do grupo controle, portadores de epilepsia do lobo temporal, não houve recusas e buscou-se um pareamento com o grupo caso, ao menos parcial. A distribuição de gênero foi de sete sujeitos do sexo masculino (35%) e treze do feminino (65%). Neste grupo, a idade média foi de 34,65 (DP 9,58) anos.

6.2. Variáveis sócio-demográficas

As variáveis sócio-demográficas globais de todos os sujeitos incluídos nesta pesquisa encontram-se abaixo, na tabela 1.

Em média, o grupo de TCNEP apresentou 10,13 (DP 2,44) anos de educação formal. No grupo controle, a escolaridade média foi de 12,20 (DP 2,07) anos de educação formal.

A distribuição dos índices de classe social, segundo a classificação da ABIPEME, foi quatro pacientes na classe A, quatro na B e doze na classe C. Nenhum dos pacientes desse grupo pertencia às classe D ou E. Já no grupo controle, a distribuição dos índices de classe social no grupo de pacientes com epilepsia foi oito pacientes na classe B, nove na classe C e três na classe D. Nenhum dos pacientes desse grupo pertencia às classe A ou E. A comparação da proporção de sujeitos entre os grupos segundo a classificação social utilizada pode ser visualizada no gráfico 2.

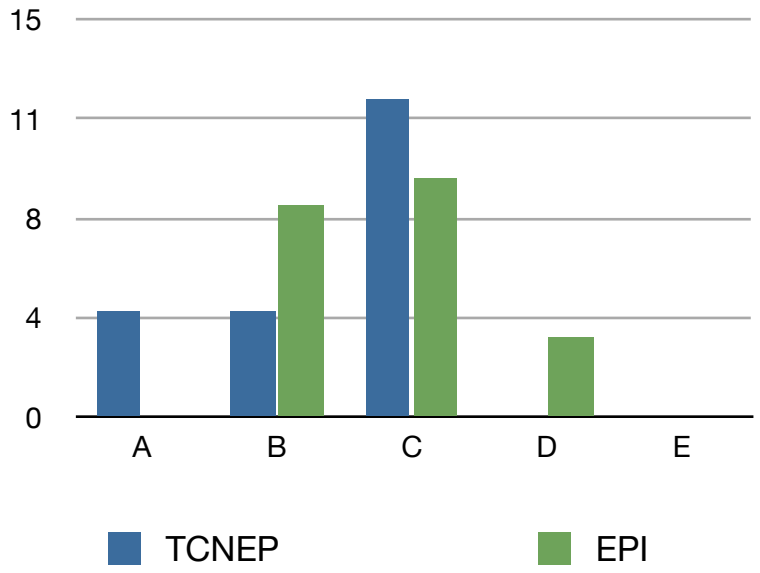

Gráfico 2 - Distribuição dos sujeitos de cada grupo por classificação social.

A idade de início das crises no grupo de TCNEP variou de 13 a 40 anos, sendo em média aos 22,25 anos (DP 9,19). O diagnóstico de TCNEP ocorreu, em média aos 30,79 (DP 11,33) anos de idade, sendo cerca de 8,10 anos depois do início das crises.

A idade de início das crises epilépticas variou de menos de um ano a 29 anos de idade, sendo em média de 11,62 (DP 9,59) anos de idade. O diagnóstico de epilepsia ocorreu, em média, aos 15,97 (DP 9,67), sendo cerca de 5,50 anos depois do início das crises.

A frequência de crises no pior período do transtorno no grupo caso, variou de 3 a 350 crises por semana, com média de 64,57 crises/semana (DP 88,65). A frequência de crises no pior período do transtorno no grupo controle, variou de menos de uma a 70 crises por semana, com média de 24,24 crises/ semana (DP 15,60).

Pacientes	Grupo	Sexo	Idade	Anos educa-ção formal	Idade de início (em anos)	Idade no diagnósti-co (em anos)	Pior fre-quência de crises (por semana)	Classifica-ção social
1	CNEP	m	28	10	22	26	7	C
2	CNEP	m	24	9	15	23	35	B
3	CNEP	f	30	13	14	27	7	C
4	CNEP	f	27	9	13	26	18	C
5	CNEP	m	41	11	26	30	25	B
6	CNEP	f	22	9	15	21	70	C
7	CNEP	f	23	11	17	21	35	C
8	CNEP	f	48	5	35	45	7	C
9	CNEP	f	19	11	18	19	140	B
10	CNEP	m	23	11	17	23	4	A
11	CNEP	f	55	11	40	54	21	B
12	CNEP	f	53	9	15	49	11	C
13	CNEP	f	49	10	40	46	154	A
14	CNEP	f	24	11	18	19	350	C
15	CNEP	f	39	13	25	38	91	C
16	CNEP	f	42	10	17	37	21	C
17	CNEP	f	44	4	40	43	14	C
18	CNEP	f	18	10	16	17	210	A
19	CNEP	f	29	15	20	27	70	A
20	CNEP	m	25	11	22	25	3	C
1	EPI	m	30	11	20	20	7	C
2	EPI	m	47	15	23	26	21	B
3	EPI	m	37	11	29	29	21	C
4	EPI	m	28	11	<1	1	32	B
5	EPI	m	44	11	11	11	14	C
6	EPI	f	26	11	18	<1	21	C
7	EPI	f	45	15	11	11	<1	B
8	EPI	f	28	11	14	21	28	D
9	EPI	f	24	11	<1	15	28	B
10	EPI	m	58	11	18	23	28	B
11	EPI	f	32	11	<1	7	42	C
12	EPI	f	22	11	9	9	21	B
13	EPI	f	27	11	2	15	4	B
14	EPI	f	26	11	5	5	42	D
15	EPI	f	45	9	2	6	70	C
16	EPI	f	42	15	2	30	35	B
17	EPI	f	40	15	25	25	21	C
18	EPI	f	33	15	<1	12	21	D
19	EPI	f	29	16	23	23	9	C
20	EPI	m	30	12	18	30	20	C

Tabela 1 - Distribuição de todos os participantes da pesquisa quanto aos dados sócio-demográficos.

6.3. INSTRUMENTOS

Os resultados obtidos da escala DES e subscalas para o grupo caso e controle, são encontrados na tabela 2. Houve diferença estatisticamente significante entre os grupos caso e controle na média total da DES, sendo os valores de 53,35 (DP 23,15) no grupo de TCNEP e de 22,02 (DP 16,37) no grupo controle (p<0,001), assim como em todas as subescalas, como pode ser observado abaixo, na tabela 2.

	TCNEP Média (DP)	**Epilepsia** Média (DP)	***P* valor**
TOTAL DES	53,35 (23,15)	22,02 (16,37)	p<0,001*
Distorção da Realidade	5,10 (1,80)	2,13 (1,47)	P<0,001*
Falta de Atenção	5,88 (2,61)	2,95 (2,20)	P=0,001*
Amnésia	4,55 (2,48)	1,69 (2,10)	p<0,001*
Absorção	5,38 (2,17)	2,92 (2,29)	p=0,002*
Despersonalização/ Desrealização	5,61 (2,96)	1,41 (1,73)	P<0,001*

Tabela 2. Média das respostas das subescalas da DES, nos grupos estudados.

* Valores estatisticamente significativos, considerando p menor ou igual a 0,05.

Já no questionário sobre história de trauma na infância, os escores foram de 60,30 (DP 21,75) no grupo de TCNEP e 45,40 (DP 12,27) no grupo de portadores de epilepsia, em média, sendo estatisticamente significante

(p=0,014). Ressalta-se que as subescalas sobre negligência emocional e abuso emocional foram as estatisticamente significativas, com p=0,013 e p=0,014, respectivamente. As outras subescalas foram marginalmente significativas.

	TCNEP Média (DP)	**Epilepsia** Média (DP)	***P* valor**
TOTAL QUESI	60,30 (21,75)	45,40 (12,27)	p=0,014*
Negligência Física	9,60 (3,32)	7,90 (2,85)	p=0,096
Negligência Emocional	12,55 (5,44)	8,65 (3,99)	p=0,013*
Abuso Físico	9,40 (5,84)	6,80 (2,29)	p=0,144
Abuso Emocional	12,65 (5,84)	8,45 (3,62)	p=0,014*
Abuso Sexual	7,50 (3,47)	6,30 (3,08)	p=0,123
Tendência a Minimizar	8,60 (3,25)	7,30 (2,01)	p=0,081

Tabela 2. Média das respostas das subescalas do QUESI, nos grupos estudados.

* Valores estatisticamente significativos, considerando p menor ou igual a 0,05.

7 DISCUSSÃO

7. DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado a partir de um desenho experimental observacional, do tipo caso-controle, com pareamento entre os grupos por sexo, idade, escolaridade e nível sócio-econômico. Este desenho de estudo pode ser considerado como mais confiável, principalmente para patologias pouco prevalentes, como a TCNEP (Sharpe &Faye, 2006).

Para compor o grupo caso, foram utilizados sujeitos com diagnóstico de TCNEP, após extensa avaliação neurológica e psiquiátrica por monitoração em VEEG, excluindo os pacientes com associação de TCNEP e epilepsia. Já para o grupo controle, foram utilizados sujeitos portadores de epilepsia do lobo temporal, excluindo os pacientes com associação das duas patologias. Essa escolha baseou-se pela semelhança das crises epilépticas do tipo parcial complexa com fenômenos dissociativos (Fiszman, 2007) e também com a intenção de diferenciar os dois diagnósticos, TCNEP e epilepsia quanto à possíveis fatores de risco. A inclusão no grupo de CNEP de pacientes com crises mistas (CNEP em associação com epilepsia) significa um atraso nas pesquisas de distinção, não somente clínica, mas também etiológica, entre os dois tipos de crises (Fiszman, 2007).

Para minimizar as diferenças entre os grupos que pudessem interferir na frequência, principalmente, dos eventos dissociativos e da história de trauma, o pareamento ocorreu quanto ao sexo, escolaridade e nível sócio-econômico (Sharpe & Faye, 2006). Fiszman et al (2004b) observaram a importância do

pareamento quanto ao sexo, devido a maior incidência de abuso sexual em mulheres.

Também foram avaliados a idade de início das crises e a do diagnóstico, maior frequência de crises no pior período das doençãs, e as respostas de dois instrumentos, a DES e o QUESI. O uso de instrumentos para avaliar a frequência de fenômenos dissociativos e de história de trauma foi útil para quantificar ambos, facilitando a comparação entre os grupos.

Os resultados obtidos mostraram o pareamento da amostra e a maior prevalência de fenômenos dissociativos e de história de trauma nos pacientes com TCNEP, o que corrobora os achados da literatura para o assunto.

7.1. Comparação com os dados da literatura

A proporção no gênero dos pacientes com TCNEP foi de 25% homens e 75% mulheres. Observa-se que este dado é compatível com a literatura encontrada, de maior proporção de pacientes do sexo feminino apresentando TCNEP (Alper et al, 1997, Lawton et al, 2008, Salmon et al, 2003, Baslet et al, 2010, Goldstein & Mellers, 2006, Dikel et al, 2003, McGonigal et al, 2002, Mazza et al, 2007, Baillés et al, 2004, Selkirk et al, 2008). Fiszman et al (2004), em uma revisão, observaram maior proporção de mulheres nos amostras, tendo visto inclusive alguns trabalhos que só avaliaram grupos femininos.

Devido ao pareamento da amostra, a proporção no grupo controle de pacientes com epilepsia é semelhante (35% de homens e 65% de mulheres).

Neste caso, essa proporção não pode ser extrapolada para a população geral. Ressalta-se a importância de parear as amostras, pois existem diferenças já descritas na maior frequência de alguns tipos de abuso (sexual, por exemplo) em pacientes do sexo feminino (Sharpe & Faye, 2006; Fiszman et al, 2004a; Cragar et al, 2002).

Como os grupo foram pareados, o tempo de educação formal foi semelhante sendo de 10,13 (DP 2,44) anos de educação formal no grupo de TCNEP e de 12,20 (DP 2,07) anos no grupo controle.

A distribuição dos índices de classe social, segundo a classificação da ABIPEME, também foi semelhante entre os grupos caso e controle. A maioria dos sujeitos de ambos os grupo foi classificada entre as classes B e C. Apesar de não ter significância estatística (p=0,565), observa-se que o grupo de TCNEP tem alguns indivíduos na classe A, enquanto no outro grupo não. Isto poderia ser explicado se considerarmos que ocorre maior comprometimento cognitivo no grupo com epilepsia do lobo temporal além do início mais precoce das crises, conforme descrito a seguir. Vale ressaltar que, em nenhuma das amostras foram observados indivíduos de classe social E. Como a amostra foi pareada esse achados sugerem que esse perfil seja do tipo de pacientes atendidos no HCFMUSP.

Observou-se que o início das crises ocorre mais tardiamente no grupo de TCNEP, 22,25 (DP 9,19) anos, do que no grupo de epilepsia, 11,62 (DP 9,59) anos, sendo estatisticamente significativo (p=0,007). Esses achados correspondem aos descritos em uma revisão em que Cragar et al (2002)

observaram em 16 estudos que a idade de início de TCNEP variou entre 23 e 25 anos.

A diferença na idade do diagnóstico também foi estatisticamente significativa (p<0,001), sendo de 30,79 (DP 9,19) anos no grupo de TCNEP e de 11,62 (DP 9,59) no grupo de epilepsia. À diferença entre o início das crises e a idade do diagnóstico chamamos lacuna diagnóstica. Tal lacuna foi maior para o grupo de TCNEP com 8,10 anos contra 5,50 anos no grupo de epilepsia. Estes dados são comparáveis aos encontrados na literatura. Reuber et al (2003) observaram 7,2 anos de diferença entre o início e o diagnóstico de TCNEP. Esse espaço de tempo é importante se consideramos, por exemplo, o custo de um paciente com TCNEP ainda sem diagnóstico e com intensa utilização dos recursos de saúde. Como já citado anteriormente, nos EUA o custo de um indivíduo com TCNEP ao longo da vida é de US$100.000,00 (Martin et al, 1998). Além da grande possibilidade de exposição desse indivíduos a iatrogenias ao longo desse percurso.

Na averiguação da frequência de crises, observou-se que os pacientes com TCNEP apresentam muito mais crises do que os pacientes com epilepsia, porém os resultados são marginalmente significativos, do ponto de vista estatístico (p=0,495). A frequência de crises no pior período, por semana, foi de 64,57 (DP 88,65) no grupo de TCNEP e de 24,25 (DP 15,59) no grupo com epilepsia. Os valores mínimos e máximos também são maiores no primeiro grupo (3 a 350 crises por semana) se comparado com os dados obtidos do grupo controle (menos de uma a 70 crises por semana). Diferente dos estudos encontrados, que consideraram a frequência média das crises ao longo da

TCNEP, optamos por avaliar a frequência de crises no pior período. Isso gerou grande dispersão dos resultados no grupo de TCNEP, o que pode ser observado pelo DP de 88,65. É possível que essa diferença entre os valores mínimos e máximos do grupo caso seja responsável pelo resultado à margem da significância estatítstica. Baillés et al (2004), encontraram frequência média de 10,55 crises por mês em pacientes com TCNEP. Mazza et al (2009) também observaram maior frequência de crises nos pacientes com TCNEP do que no grupo controle com epilepsia, porém o número de crises referidas pelos pacientes ao longo de seis meses foi inferior ao obtido na atual pesquisa, 8,2 (DP 8,1) nos pacientes com TCNEP e 6,8 (DP 7,5) no grupo com epilepsia. Pacientes com TCNEP podem apresentar quadros de estados de mal não epilépticos, o que acarreta maior número de hospitalizações e exposição a uso de DAE endovenosa (Ettinger & Kanner, 2007).

Os pacientes com TCNEP tiveram mais experiências dissociativas, o que foi confirmado pelos resultados da DES. A média do grupo caso foi de 53,35 (DP 23,15) e a do controle, 22,02 (DP 16,37). Esse resultado é estatisticamente significante ($p<0,01$).

Os resultados encontrado correspondem aos da literatura. Prueter et al (2002) obtiveram média na DES no grupo somente com TCNEP de 32. Dikel et al (2003) observaram valores finais da DES maiores que 20 em todos os 17 pacientes com CNEP avaliados contra 8 dos 34 controles com epilepsia. Em outro estudo, os valores da DES em pacientes com TCNEP obteve média de 24,86 (DP 16,54) enquanto os do grupo de epilepsia foram de 14,45 (DP 10,21) (Goldstein & Mellers, 2006). Porém, vale ressaltar a diferença entre os

valores da atual pesquisa e os da literatura. Na presente pesquisa, os questionários foram aplicados por entrevistador único, que conhecia os pacientes e se posicionou ao lado durante a realização para esclarecimentos mínimos e solicitados das questões mais complexas de ambos os instrumentos, porém sem interferir nas respostas. É possível que tal aplicação seja responsável pelos resultados mais expressivos, uma vez que pode ter ocorrido maior compreensão das situações propostas pela DES. Também o fato do grupo controle ter somente TCNEP pode ter elevado as respostas, uma vez que no estudo de Dikel et al (2003) os pacientes com associação de TCNEP e epilepsia foram incluídos no grupo de TCNEP. A isso se explica pelo fato de que, em casos de indivíduos com ambas as crises, a presença de epilepsia pode ser considerada o maior fator de risco para o aparecimento de TCNEP, independente de outras variáveis (Fiszman, 2007).

Levando-se em conta os subtipos de dissociação propostos por Alper et al (1997), observa-se que em todas as cinco subescalas (despersonalização/ desrealização, amnésia por falta de atenção, amnésia, absorção imaginativa e distorção da realidade) os resultados foram estatisticamente significativos (p valor entre 0,02 e menor do que 0,01). Esses resultados são comparáveis com os encontrados na literatura, apesar de somente o estudo do Alper et al (1997) ter utilizado essa subdivisão e ter metodologia semelhante ao estudo atual.

Alper et al (1997) analisaram os resultados da DES em 132 pacientes com TCNEP e 169 pacientes com crises epilépticas do tipo parciais complexas, ambos os grupos passaram por avaliação em VEEG e foram sugestionados com administração de placebo. Além de alguns dados sócio-demográficos e da

presença de abuso ao longo da vida, foram analisados os resultados totais da DES e foi proposta uma divisão em subescalas, tendo sido as questões agrupadas conforme a descrição dos fenômenos dissociativos: despersonalização/desrealização, amnésia por falta de atenção, envolvimento imaginativo-absortivo, amnésia e distorção da realidade, como já foi descrito anteriormente.

Alper et al (1997) observaram que a subescala de despersonalização/ desrealização teve altos escores no grupo de TCNEP, independente do resultado total do DES, tendo diferença significativa em relação ao grupo controle somente com crise parcial complexa (p=0,005). Esse resultado foi mais importante nos pacientes com TCNEP que relataram história de abuso na infância. Ainda segundo Alper et al (1997), não houve diferença estatisticamente significativa na comparação entre os grupos no que diz respeito ao envolvimento imaginativo- absortivo (p=0.279). O fator amnésia teve maiores escores no grupo com epilepsia sendo marginalmente significativo (p=0,056), mas deve-se levar em conta a maior perda de memória nesse grupo, além dos próprios sintomas de crise parcial complexa . Não houve diferença entre os grupos nos fatores amnésia por falta de atenção (p=0,972) e distorção da realidade (p=0,413).

A maior diferença metodológica entre o estudo de Alper et al (1997) e a presente pesquisa é o fato de nesta não terem sido considerados os momentos de crises de TCNEP e de epilepsia na aplicação da DES. Isto significa que os valores encontrados para o acontecimento de fenômenos dissociativos e suas subdivisões foram os que ocorreram em outros momentos da vida do sujeito e

pode explicar o porquê da diferença encontrada entre as pesquisas citadas, uma vez que todas as subescalas da DES foram estatisticamente significativas no atual estudo contra apenas despersonalização/desrealização e amnésia no estudo de Alper et al (1997).

Embora a DES seja um instrumento que identifica fenômenos dissociativos e pode indicar a presença de um transtorno, não deve ser utilizada para a realização desse diagnóstico pois o transtorno dissociativo é algo episódico, enquanto o traço dissociativo pode persistir ao longo da vida (Lawton et al, 2008). Em uma revisão sistemática de estudos europeus, Sar (2006) observou que a maior parte dos pacientes que pontuaram de maneira significativa na DES tiveram o diagnóstico de transtorno dissociativo validado por outro instrumento, como o Structured Clinical Interview for Dissociative Disorder (SCID) e o Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS).

Em relação ao QUESI, os resultados foram estatisticamente significativos, sendo de 60,30 (DP 21,74) no grupo de TCNEP e de 45,40 (DP 12,27) no grupo de epilepsia (p=0,014). Apesar da quantidade de estudos sobre trauma e TCNEP, não há consenso na literatura sobre essa relação. Van Merode et al (1997), examinaram uma amostra de 62 individuos entre 1947 e 1993, e em apenas 18 dos 47 casos femininos e nenhum entre os 15 masculinos sofreram incesto ou estupro. Também a historia de abuso foi encontrada na minoria da amostra no estudo de Devisnky & Thacker (1995).

É possível dividirmos os traumas avaliados no QUESI entre negligência física, negligência emocional, abuso físico, emocional e sexual, como já foi definido neste estudo. A importância dessa definição é para evitar não ampliar

demais o conceito de abuso na infância (Briere, 1992 apud Sharpe & Faye, 2006).

Apesar do abuso sexual ser o mais estudado na literatura encontrada (Sharpe & Faye, 2006; Fiszman et al, 2004; Cragar et al, 2002), na presente pesquisa tanto a negligência emocional quanto o abuso emocional foram os únicos estatisticamente significativos com p=0,013 e p=0,014, respectivamente.

O fato do abuso sexual não ter sido significativo do ponto de vista estatístico (p=0,183) pode estar relacionado com as diferenças metodológicas para apuração da presença de história de trauma entre os artigos encontrados. Em muitos estudos, a história de violência foi obtida de maneira quantitativa, isto é, com uma pergunta objetiva cujas únicas possibilidades de respostas foram sim ou não (Mazza et al, 2009; Alper et al, 1997; Selkirk et al, 2008; Sharpe & Faye, 2006). O QUESI avalia o trauma de maneira qualitativa e as repostas são pontuadas de acordo com a frequência atribuída a cada uma. Logo, a um paciente que tenha sofrido abuso sexual uma vez foi atribuída nota dois, contra nota um para aquele que nunca sofreu abuso. É possível que essa subjetividade na obtenção dos dados sobre trauma seja um dos mecanismos responsáveis pela diferença entre este estudo e muitos já citados da literatura.

Outro fator associado á essa diferença foram os resultados das questões associadas à tendência a minimizar. Apesar de marginalmente significante (p=0,086), o grupo com TCNEP pontuou mais nesse quesito. Isso no leva ao fato do grupo tender a diminuir a intensidade ou as consequências do abuso sofrido mais veementemente do que o grupo com epilepsia.

Dikel et al (2003), em um estudo comparativo entre pacientes com CNEP e epilepsia, encontrou que todos os pacientes com CNEP haviam sofrido algum tipo de trauma antes do início das crises. Também são levantadas as hipóteses de que as famílias de crianças abusadas tendem a ter relação conjugal disfuncional e uma pobre relação afetiva com os filhos (Fergusso et al, 1996; Kendler et al, 2000).

A presença de um trauma na infância pode levar a um comportamento afetivo desorganizado ou inseguro, o que pode aumentar a predisposição a dissociação na vida adulta (Sar, 2006). Também podem ficar sequelas psíquicas das situações violentas vivenciadas ao longo da vida. Uma definição compreensiva de trauma psíquico é a perda da coesão do mundo interno, externo e entre eles, criando uma quebra nesse momento da vida (Sar, 2006).

Sharpe & Faye (2006) observaram em um dos artigos citados em sua revisão que apenas um quarto das crianças expostas a traumas severos desenvolverão alterações psicopatológicas quando adultas, e a emergência destas mudanças após o trauma pode ser influenciada não só pelas características individuais e mas também pela severidade do abuso sofrido. Quando o ambiente familiar é controlado, a relação entre abuso e CNEP tende a ter sua magnitude diminuída (Ferguson et al, 1996; Kendler et al, 2000).

7.2. Limitações do Estudo

Em função da patologia estudada ser pouco prevalente na população geral, o número total de pacientes avaliados foi pequeno. Para evitar um viés de seleção, optou-se por estudar todos os pacientes internados no VEEG avaliados pelos psiquiatras do PROJEPSI a participar do estudo. Por conta disso, não foi possível randomizar a amostra e o avaliador não era cego para os diagnósticos. A coleta dos dados foi realizada com cuidade para evitar que o entrevistador interferisse nas respostas, ao que se chama viés do entrevistador (Pope and Hudson, 1995).

Um outro problema a ser considerado foi o viés de recordação , tendo em vista que o QUESI se refere aos períodos de infância e adolescência. Isso ocorre porque o estado mental do indivíduo pode afetar suas lembranças, reconstruindo aspectos do pasado para explicar situações presentes (Bartlett, 1932 apud Sharpe & Faye, 2006). Segundo Eisen & Carson (1998), dissociação está relacionada a sugestionabilidade e propensão a fantasias.

Em função do QUESI ser um questionário estruturado e que utiliza várias questões para avaliar um tipo de trauma, observamos uma diferença metodológica para obtenção dos dados referentes à história de trauma em relação à literatura encontrada. A subjetividade do QUESI pode ter interferido nos resultados, de modo a minimizar os resultados referentes ao abuso sexual, abuso físico e negligência física. De acordo com Mullin (1996), a entrevista psiquiátrica é um método mais confiável do que questionários para a

verificação de história de trauma pois pode ajudar o paciente a dar um elaborar melhor a situação.

8 CONCLUSÕES

8. CONCLUSÕES

Do que nos foi dado observar e do estudo bibliográfico que fizemos, chegamos às seguintes conclusões:

1. Os fenômenos dissociativos são mais frequentes nos pacientes com TCNEP em comparação com o grupo portador de epilepsia.

2. Não houve predominância de um subtipo de dissociação relacionado à presença de TCNEP, pois todos foram mais frequentes em relação ao grupo controle.

3. História de trauma também foi mais frequente no grupo com TCNEP, em relação ao grupo com epilepsia.

4. Houve maior frequência de história de abuso emocional e negligência emocional, porém devido à subjetividade do questionário aplicado (QUESI) não se pode generalizar esses resultados sem a utilização conjunta de um método mais objetivo e que quantifique o trauma.

9 ANEXOS

9. Anexos

9.1. Declaração de Helsinki

Associação Médica Mundial - 1964 - 1996

Adotada na 18a. Assembléia Médica Mundial, Helsinki, Finlândia (1964), alterada na 29a. Assembléia, em Tóquio, Japão (1975), 35a. em Veneza, Itália (1983), 41a. em Hong Kong (1989) e 48a. Sommerset West/África do Sul

Introdução

É missão do médico salvaguardar a saúde do povo. O conhecimento e consciência dele ou dela são devotados ao cumprimento desta missão.

A Declaração de Genebra da Associação Médica Mundial vincula o médico com o mundo. "A saúde de meu paciente será a minha principal consideração" e o Código Internacional de Ética Médica declara que "Qualquer ato ou Conselho que possa vir a reduzir a resistência física ou mental de um ser humano só poderá ser usado em seu interesse".

A finalidade da pesquisa médica envolvendo seres humanos deve ser o aperfeiçoamento do diagnóstico, procedimentos terapêuticos e profiláticos e a compreensão da etiologia e da patologia da doença.

Na prática médica atual, a maioria dos diagnósticos, procedimentos terapêuticos e profiláticos envolve riscos. Isto se aplica "a fortiori" à pesquisa biomédica.

O processo médico baseia-se na pesquisa a qual em última análise deve alicerçar-se em parte em experiência envolvendo seres humanos.

No campo da pesquisa biomédica, uma distinção fundamental deve ser feita entre a pesquisa médica na qual o objetivo é essencialmente o diagnóstico ou a terapêutica para um paciente e a pesquisa médica, cujo objeto essencial é puramente científico e sem um valor direto diagnóstico ou terapêutico para a pessoa sujeita à pesquisa.

Deve ser tomado um cuidado especial na condução de pesquisa que possa afetar o meio ambiente e ainda o bem estar dos animais utilizados para a pesquisa deve ser respeito.

Devido ao fato de que é essencial que os resultados de experiências de laboratório sejam aplicados aos seres humanos para maior conhecimento científico, e a fim de amenizar o sofrimento da humanidade, a Associação Médica Mundial elaborou as seguintes recomendações como um guia para todo médico na pesquisa biomédica envolvendo seres humanos. Elas devem ser revistas no futuro. Deve-se acentuar que os padrões conforme delineados são apenas um guia para os médicos de todo o mundo. Os médicos não estão isentos de responsabilidades criminais, civis e éticas segundo as leis de seus próprios países.

I - Princípios básicos

1 A pesquisa biomédica que envolve seres humanos deve estar de acordo com os princípios científicos geralmente aceitos e basear-se tanto na

experimentação, adequadamente conduzida com animais ou em laboratório, como no conhecimento profundo da literatura científica.

2 O planejamento e a execução de qualquer procedimento experimental que envolve seres humanos devem ser claramente formulados em protocolo experimental (projeto de pesquisa) a ser encaminhado para consideração, comentários e orientação a um comitê independente do pesquisador e do patrocinador, este comitê deve estar de acordo com as leis e regulamentos do país no qual a pesquisa irá se desenvolver.

3 A pesquisa biomédica que envolve seres humanos deve ser conduzida apenas por pessoal com qualificação científica e sob a supervisão de um médico com competência clínica. A responsabilidade sobre o ser humano deve recair sempre sobre a pessoa com qualificação médica e nunca sobre o indivíduo submetido à pesquisa, mesmo que esse indivíduo tenha dado seu consentimento.

4 A pesquisa biomédica que envolve seres humanos só pode ser conduzida com legitimidade quando a importância do objetivo for proporcional ao risco inerente ao trabalho.

5 Todo projeto de pesquisa biomédica que envolve seres humanos deve ser precedido por uma avaliação cuidadosa dos riscos previsíveis e dos possíveis benefícios, tanto para o indivíduo submetido à experimentação como para os outros. Os interesses do indivíduo devem prevalecer sobre os interesses da ciência e da sociedade.

6 Deve ser sempre respeitado o direito do indivíduo submetido à pesquisa em preservar a sua integridade. Devem ser tomadas todas as precauções para respeitar a privacidade do indivíduo e minimizar o dano que a pesquisa possa causar à sua integridade física e mental e à sua personalidade.

7 Os médicos devem evitar comprometer-se em projetos de pesquisa que envolvem o uso de seres humanos, a menos que estejam convencidos de que os riscos envolvidos são previsíveis. Os médicos devem interromper qualquer pesquisa se observarem que os riscos são maiores do que os possíveis benefícios.

8 Na publicação dos resultados da pesquisa, o médico é obrigado a preservar a precisão dos resultados. Não devem ser aceitos para publicação os relatos de experimentos que não estejam em conformidade com os princípios estabelecidos nesta Declaração.

9 Em qualquer pesquisa com seres humanos, cada participante em potencial deve ser adequadamente informado sobre as finalidades, os métodos, os benefícios esperados, os possíveis riscos e sobre o desconforto que a pesquisa possa trazer. O participante em potencial deve ser informado de que tem plena liberdade para se abster de participação na pesquisa e de que é livre para suspender o consentimento sobre sua participação a qualquer momento. O médico deve obter então o consentimento informado, dado de forma livre e preferentemente por escrito.

10 Na obtenção de consentimento informado para projeto de pesquisa, o médico deve ser particularmente cuidadoso com o indivíduo que, de alguma

forma, dependa dele ou possa ter concordado sob pressão. Nesse caso, o consentimento informado deve ser obtido por um médico que não esteja envolvido na pesquisa e que seja completamente independente nesse relacionamento oficial.

11 No caso de incapacidade legal, o consentimento informado deve ser dado pelo responsável, estabelecido segundo a legislação do país. Se a capacidade física e mental tornar impossível obter consentimento informado ou se o participante for menor de idade, a permissão dada por um parente responsável substitui a do participante, de acordo com a legislação de cada país.

Sempre que a criança for de fato capaz de dar seu consentimento, este deve ser obtido em acréscimo àquele fornecido pelo seu guardião legal.

12 O projeto de pesquisa deve sempre conter uma declaração sobre as considerações éticas envolvidas e indicar se foram cumpridos os princípios enunciados na presente Declaração.

II - Pesquisa médica combinada com cuidados profissionais (Pesquisas clínicas)

1 O médico deve ser livre para usar novo método de diagnóstico ou terapia no tratamento de pessoas doentes se, de acordo com o seu julgamento, este novo método trouxer a esperança de salvar a vida, restabelecer a saúde ou aliviar o sofrimento.

2 Os possíveis benefícios, riscos e desconfortos de um novo método devem ser contrabalançados com as vantagens dos melhores métodos correntes de diagnóstico e terapia.

3 Em qualquer estudo médico deve ser garantido o melhor método corrente de diagnóstico e terapia para cada paciente - incluindo os do grupo-controle, se houver esse grupo no estudo. Isto não exclui o uso de placebos inertes em estudos onde não existam métodos diagnósticos ou terapêuticos comprovados.

4 O fato de um paciente se recusar a participar de uma pesquisa nunca deve interferir no relacionamento médico-paciente.

5 Se o médico considerar que é fundamental não obter consentimento informado, as razões específicas para este propósito devem ser explicadas no protocolo do experimento para conhecimento da comissão independente (artigos I.1 e I.2).

6 O médico pode combinar pesquisa médica com cuidados profissionais, com o objetivo de adquirir novos conhecimentos médicos, somente se a pesquisa médica seja justificada pelo potencial valor diagnóstico ou terapêutico para o paciente.

III - Pesquisa biomédica não-terapêutica envolvendo seres humanos - (Pesquisa biomédica não-clínica)

1 Na aplicação puramente científica da pesquisa médica conduzida em ser humano, é dever do médico permanecer como protetor da vida e da saúde da pessoa na qual a pesquisa está sendo realizada.

2 Os participantes devem ser voluntários, sejam pessoas saudáveis ou pacientes, nestes o delineamento experimental não deve estar relacionado à sua doença.

3 O pesquisador ou a equipe de pesquisa devem interromper a pesquisa se julgarem que a continuação possa ser prejudicial ao participante.

4 Na pesquisa com seres humanos, as considerações sobre o bem-estar dos participantes da pesquisa devem prevalecer sobre os interesses da ciência e da sociedade.

9.2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE ....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : ..... SEXO : .M F

DATA NASCIMENTO: ...../...../.....

ENDEREÇO ..... Nº ..... APTO: .....

BAIRRO:.....CIDADE .....

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....) .....

2.RESPONSÁVEL LEGAL .....

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.) .....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :.....SEXO: M F

DATA NASCIMENTO.: ...../...../.....

ENDEREÇO: ..... Nº ..... APTO: .....

BAIRRO:..... CIDADE: .....

CEP: ..... TELEFONE: DDD (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Estudo sobre história de trauma e eventos dissociativos em pacientes com crises não-epilépticas psicogênicas

PESQUISADOR: Renato Luiz Marchetti

CARGO/FUNÇÃO: médico psiquiatra INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 42.325

UNIDADE DO HCFMUSP: Instituto de Psiquiatria – Projeto de Epilepsia e Psiquiatria (PROJEPSI)

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO

RISCO BAIXO RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como conseqüência imediata ou tardia do estudo)

4.DURAÇÃO DA PESQUISA : 24 meses

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

1. justificativa e os objetivos da pesquisa: Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa quem tem como objetivo identificar a presença de história de trauma em pacientes diagnosticados com crises não-epilépticas psicogênicas. A importância deste estudo é que, na grande maioria dos casos, o impacto das crises não-epilépticas acaba sendo muito intensa, pois a mesma pode ser tratada erroneamente como epilepsia por anos e o indivíduo poderá ser submetido a procedimentos médicos desnecessários por tal erro diagnóstico. Infelizmente no Brasil ainda não existem estudos nessa área. Desta forma, identificar a presença de história de trauma e avaliar se a mesma pode ou não ser fator de risco para o aparecimento de crises não-epilépticas psicogênicas é de fundamental importância para um tratamento mais adequado e menos doloroso ao paciente que o apresenta.

2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais: Ao participar deste estudo você será convidado a responder um questionário a respeito da presença de qualquer tipo de trauma em algum momento de sua vida, principalmente na infância, e outro sobre experiências dissociativas ao longo da ida. Fará parte da pesquisa uma classificação sócio-econômica e coleta de dados pessoais. O tempo necessário para a realização da entrevista e do questionário será de, aproximadamente, 1 hora e meia.

3. desconfortos e riscos esperados: Este estudo não irá expor o participante a nenhum tipo de risco. Não será necessário realizar qualquer tipo de exame invasivo ou tomar qualquer tipo de droga.

4. benefícios que poderão ser obtidos: Com este estudo você estará ajudando a identificar se a presença de história de trauma é significante para quem tem crises não epilépticas psicogênicas no Brasil. Além disto, você poderá obter um tratamento específico para o seu diagnóstico, de acordo com seu médico e sua vontade.

5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo: Não haverá.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.

2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.

3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.

5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

V - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 200 .

_____ _____

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

9.3. DADOS DEMOGRÁFICOS E PESSOAIS

RGHC: DATA:

SEXO: Masculino ( ) Feminino ( )

DATA DE NASCIMENTO: IDADE ATUAL:

NATURALIDADE:

ESCOLARIDADE (marcar os anos de escolaridade formal):

Analfabeto ( )

Ensino Fundamental Incompleto ( )

Ensino Fundamental completo ( )

Ensino Médio Incompleto ( )

Ensino Médio Completo ( )

Superior Incompleto ( )

Superior Completo ( )

Pós-graduação ( )

IDADE DE INÍCIO DAS CRISES:

IDADE DO DIAGNÓSTICO:

FREQUÊNCIA DE CRISES (PIOR FASE):

DIAGNÓSTICOS (TCNEP ou EPILEPSIA):

CLASSIFICAÇÃO SOCIAL PELA ABIPEME

A – A sua casa tem? NÃO SIM

			1	2	3	4	5	6 ou +
Televisão			2	4	6	8	10	12
Empregada Mensalista			6	12	18	24	24	24
Rádio			1	2	3	4	5	6
Banheiro			2	4	6	8	10	12
Aspirador de Pó			5	5	5	5	5	5
Máquina de Lavar			2	2	2	2	2	2
Automóvel de Passeio			4	8	16	16	16	16

TOTAL

B – Qual a instrução do chefe da família?

Sem instrução/ Primário Incompleto	0
Primário Completo/ Ginásio Incompleto	1
Ginásio Completo/ Colegial Incompleto	3
Colegial Completo/ Superior Incompleto	5
Superior Completo	10

TOTAL

TOTAL GERAL:_____

9.4. Questionário sobre história de trauma na infância (QUESI)

Enquanto eu crescia…	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Eu não tive o suficiente para comer.					
2. Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.					
3. As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo “estúpido (a)”, “preguiçoso (a)” ou “feio (a)”.					
4. Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.					
5. Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.					
6. Eu tive que usar roupas sujas.					
7. Eu me senti amado (a).					
8. Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.					
9. Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.					
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.					
11. Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.					
12. Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.					
13. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.					
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.					
15. Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.					
16. Eu tive uma ótima infância					
17. Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.					
18. Eu senti que alguém da minha família me odiava.					
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.					
20. Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.					
21. Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.					
22. Eu tive a melhor família do mundo.					
23. Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.					
24. Alguém me molestou.					
25. Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.					
26. Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.					
27. Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.					
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.					

9.4. Escala de Experiências Dissociativas (DES)

INSTRUÇÕES

Este questionário contém 28 perguntas sobre experiências que você pode ter no seu dia-a-dia. Nós estamos interessados no quanto você tem essas experiências quando você não está sob efeito de álcool ou drogas.

Para responder a essas perguntas, por favor, circule um número para mostrar o quanto a situação descrita na pergunta ocorre com você. Circule o "0" se a situação nunca acontece. Circule o "10" se ela sempre acontece. Se ela acontece às vezes, mas não sempre, circule o número de "0" a "10" que melhor indique o quanto a situação ocorre com você.

1. Algumas pessoas, às vezes, estão dirigindo ou passeando de carro ou ônibus ou metrô e, de repente, percebem que não se lembram do que aconteceu durante toda ou parte da viagem. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Algumas pessoas, às vezes, estão escutando alguém falar e, de repente, percebem que não ouviram parte ou tudo do que foi dito. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Algumas pessoas, às vezes, estão num lugar e não sabem como chegaram lá. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Algumas pessoas, às vezes, dão-se conta de estarem vestidas com roupas que não lembram ter colocado. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Algumas pessoas, às vezes, encontram objetos novos entre suas coisas que não lembram ter comprado. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Algumas pessoas, às vezes, são abordadas por outras pessoas que elas não conhecem e que as chamam por outro nome ou insistem que já encontraram com elas antes. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Algumas pessoas, às vezes, sentem-se como se estivessem ao lado delas próprias ou observando a si mesmas. Ou seja, elas realmente se vêem como se estivessem olhando para outra pessoa. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Algumas pessoas são informadas de que elas, às vezes, não reconhecem amigos ou membros da família. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Algumas pessoas não se lembram de alguns eventos importantes de suas vidas (por exemplo, um casamento ou formatura). Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Algumas pessoas, às vezes, são acusadas de mentir quando elas acham que não mentiram. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Algumas pessoas, às vezes, olham-se no espelho e não se reconhecem. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Algumas pessoas, às vezes, sentem que as outras pessoas, as coisas e o mundo em volta delas não são reais. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Algumas pessoas, às vezes, sentem que seu corpo não parece pertencer a elas. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Algumas pessoas, às vezes, recordam um acontecimento passado tão nitidamente ou intensamente que elas sentem como se estivessem revivendo este acontecimento. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Algumas pessoas, às vezes, ficam em dúvida se algumas coisas realmente aconteceram com elas ou se elas apenas sonharam com estas coisas. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. Algumas pessoas, às vezes, estão num lugar bem conhecido, mas acham que nunca estiveram ali antes. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17. Algumas pessoas estão assistindo à televisão ou a um filme e ficam tão envolvidas com a história que não percebem os acontecimentos ao seu redor. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. Algumas pessoas ficam tão envolvidas numa fantasia ou sonhando acordadas que sentem como se isto estivesse realmente acontecendo com elas. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. Algumas pessoas, às vezes, são capazes de não sentir dor. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. Algumas pessoas, às vezes, ficam sentadas olhando para o nada, pensando em nada, e não percebem a passagem do tempo. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. Algumas pessoas, às vezes, quando estão sozinhas, falam em voz alta consigo mesmas. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. Algumas pessoas, às vezes, sentem-se como se fossem duas pessoas diferentes, porque mudam muito seu comportamento de uma situação para outra. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23. Algumas pessoas, em algumas situações, são capazes de fazer com muita facilidade aquilo que normalmente seria difícil para elas (por exemplo, esportes, trabalho, situações sociais, etc.). Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

24. Algumas pessoas, às vezes, ficam em dúvida se fizeram alguma coisa ou só pensaram ter feito aquela coisa (por exemplo, não saber se elas enviaram uma carta ou apenas pensaram em enviál-a). Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

25. Algumas pessoas encontram evidências de terem feito coisas que elas não se lembram de ter feito. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26. Algumas pessoas, às vezes, encontram papéis escritos, desenhos ou notas entre as suas coisas que elas provavelmente fizeram, mas não conseguem se lembrar de ter feito. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

27. Algumas pessoas, às vezes, ouvem vozes dentro de suas cabeças que falam para elas fazerem coisas ou comentam sobre coisas que elas estão fazendo. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

28. Algumas pessoas, às vezes, ao olhar ao redor, sentem como se tudo estivesse embaçado, de tal forma que as pessoas e as coisas parecem estar longe ou pouco nítidas. Circule um número para mostrar o quanto isto ocorre com você.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10 REFERÊNCIAS

10. Referências

- Alper K, Devinsky O, Perrine K, Vazquez B, Pacia S, Rhee E. Dissociation in epilepsy and conversion nonepileptic seizures. *Epilepsia*, 1997, 38(9): 991-997.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* 4rd ed. Washington, DC, American Psychiatric Association 1994.
- Arnold, LM, Pritivera, MD. Psychopathology and trauma in epileptic and psychogenic seizure patients. *Psychosomatics,* 1996; 37: 438-443.
- Baillés E, Pintor L, Fernandez-Egea E, Torres X, Matrai S, de Pablo J, Arroyo S. Psychiatric disorders, trauma, and MMPI profile in a Spanish sample of nonepileptic seizure patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 2004 Jul-Aug; 26(4):310-5.
- Baslet G, Roiko A, Prensky E. Heterogeneity in psychogenic nonepileptic seizures: Understanding the hole psychiatric and neurological factors. *Epilepsy & Behavior*, 2010; 17: 236-241.
- Benbadis SR, Hauser AW. An estimate of the prevalence of psychogenic non-epileptic seizures. *Seizures,* 2000; 9: 280-281.
- Benbadis SR, Lancman ME, King LM, Swanson SJ. Preictal pseudosleep: a new finding in psychogenic seizures. *Neurology,* 1996; 47:63-67.
- Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. J Nerv Ment Dis 1986;174:727–35.

- Betts T, Duffy N. Treatment of non-epileptic attack disorder (pseudoseizures) in the community. In: Pseudo-epileptic seizures. Briston, Wrightson Biomed Pub; 1993; 109-21.
- Bowman ES. Pseudoseizures. *The Psych Clin of North America,* 1998; 21: 649-657.
- Brown R J, Schrag A, Trimble, MR. Dissociation, childhood interpersonal trauma, and family functioning in patients with somatization disorder. *Am J Psychiatry*, 2005; 162:899-905.
- Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia,* 1981;22:489-501.
- Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. Proposal for revised classification of epilepsies and epileptic syndromes. *Epilepsia,* 1989;30(4):389-99.
- Cragar DE. Use of motivational testing as a tool in the diagnosis of psychogenic non-epileptic seizures. In: Cragar DE, Berry DT, Fakhoury TA, Cibula JE, Schmitt FA. A review of diagnostic techniques in the differential diagnosis of epileptic and nonepileptic seizures. *Neuropsychol Rev*, 2002; 12(1):31-64.
- Cragar DE, Berry DT, Fakhoury TA, Cibula JE, Schmitt FA. A review of diagnostic techniques in the differential diagnosis of epileptic and nonepileptic seizures. *Neuropsychol Rev*, 2002; 12(1):31-64.
- Davis BJ. Predicting nonepileptic seizures utilizing seizure frequency, EEG, and response to medication. *Eur Neurol*, 2004;51(3):153-6.

- De Paola L. O eletroencefalograma e as epilepsias, In: Costa da Costa J et al Fundamentos Neurobiológicos das epilepsias - Aspectos clínicos e cirúrgicos - vol 1. Lemos-editorial, 1998.
- Devinsky O, Thacker K. *Nonepileptic seizures. Neurol Clin*, 1995; 13(2):299-319.
- Dikel, TN, Fennell EB, Gilmore RL. Posttraumatic stress disorder, dissociation, and sexual abuse history in epileptic and nonepileptic seizure patients. *Epilepsy & Behavior 4* (2003): 644-650.
- Dworetzky BA, Strahonja-Packard A, Shanahan CW, Paz J, Schauble B, Bromfield EB. Characteristics of male veterans with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*, 2005; 46(9):1418-22.
- 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: 1292-8.
- Ettinger AB, Kanner AM. Psychiatric Issues of Epilepsy: A Practical Guide to Diagnosis and Treatment. 2nd ed. Ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
- Ferguson SM. A community response to child neglect: Position paper for the coalition for action to prevent child abuse and neglect. Minneapolis, MN, 1996.
- Fiszman A, Alves-Leon SV, Nunes RG, D'Andrea I, Figueira I. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in patients with psychogenic nonepileptic seizures: a critical review. *Epilepsy & Behavior*, 2004a; 5(6): 818-25.

- Fiszman, A; Cabizuca, M; Lanfredi, C; Figueira, I. Adaptação transcultural para o português do instrumento Dissociative Experiences Scale para rastrear e quantificar os fenômenos dissociativos. *Rev Bras de Psiq* (São Paulo), 2004b; v. 26, p. 164-173.
- Fiszman A. As crises não epilépticas psicogênicas como manifestações clínicas do transtorno de estresse pós-traumático. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2007; 13(4, Suppl 1):32-35.
- French, J. The use of suggestion as a provocative test in the diagnosis of psychogenic non-epileptic seizures. In: Gates JR, Rowan AJ, editors. Non-epileptic seizure. Boston: Butterworth-Heinemann; 1993. P.101-109.
- Gates JR, Erdhal P. Classification of non-epileptic events. In:Gates JR, Rowan AJ, editors. Non-epileptic seizures. Boston: Butterworth–Heinemann; 1993. p. 21–30.
- Gates JR. Epidemiology and classification of non-epileptic events. In: Gates JR, Rowan AJ, eds. Non-epileptic seizures. 2ª ed. Boston, Butterworth-Heinemann; 2000: 3-14.
- Goldstein LH, Mellers JDC. Ictal symptoms of anxiety, avoidance behavior, and dissociation in pacients with dissociative seizures. *J Neural Neurosurg Psychiatric* 2006;77:616-621.
- Gram L, Schmidt D. Innovative designs of controlled clinical trials in epilepsy. *Epilepsia,* 1993; 34 (7), 1-6.
- Grassi-Oliveira R, Stein LM, Pezzi JC. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. *Saúde Pública,* 2006; 40 (2): 249-55.

- Griffith JL. Pseudoseizures: evaluation and treatment. Medscape Mental Health[serial online]1997;2(4). Disponível em: http://www.medscape.com/Medscape/psychiatry/journal/1997/v02.n04/mh3094.griffith/mh.
- Guerreiro CAM, Guerreiro MM, Cendes F, Lopes-Cendes 1 ed. Epilepsia. Sao Paulo: Lemos, 2000.
- Hart V. Psychogenic nonepileptic seizures as clinical manifestations of posttraumatic stress disorder. *Dissociation* 1989; 2(1): 3-16.
- Hovorka J, Nezádal T, Herman E, Nemcovä I, Bajacek M. Psychogenic non-epileptic seizures, prospective clinical experience: diagnosis, clinical features, risk factors, psychiatric comorbidity, treatment outcome. *Epileptic Disord*, 2007; 9 (1): 52-8.
- Isaac M, Chand PK. Dissociative and conversion disorders: defining boundaries. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19:61-66.
- Kanner AM. Is the neurologist's role over once the diagnosis of psychologenic nonepileptic seizures is made? No! *Epilepsy & Behavior,* 12 (2008) 1-2.
- Kaplan HI, Sadock BJ, GREBB JA. Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.
- Kendler KS, Wade TD. The relationship between social support and major depression: cross-sectional, longitudinal, and genetic perspectives. *J Nerv Ment Dis.* 2000; 188(5): 251-8.

- Kurcgant D, Marchetti RL, Marques AH, Marchetti LB. Crises pseudoepilépticas – diagnóstico diferencial. *BJECN*, 2000; 6 (1): 13-18.
- LaFrance WC, Devinsky, O. The treatment of psychogenic nonepileptic seizures: historical perspectives and future directions. *Epilepsia*, 2004; 45 (suppl. 2): 15-21.
- Lawton G, Baker GA, Brown RJ. Comparison of two types of dissociation in epileptic and nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior* 13 (2008):333-36.
- Leppik L. Contemporary Diagnosis and management of the patient with epilepsy. 1997. In: Cragar DE, Berry DT, Fakhoury TA, Cibula JE, Schmitt FA. A review of diagnostic techniques in the differential diagnosis of epileptic and nonepileptic seizures. *Neuropsychol Rev*, 2002; 12(1): 31-64.
- Lesley MA, Pritivera MD. Psychopathology and trauma in epileptic and psychogenic patients. *Psychosomatics*, 1996; 37: 438-443.
- Lesser RP. Treatment and outcome of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Currents*, Vol 3 (6) 2003: 198-200.
- Marchetti RL, Kurcgant D, Gallucci Neto J, Bismark MA, Marchetti LB, Fiore LA. Psychiatric diagnoses of patiensts with non-epileptic seizures. *Seizure*, 2008; 17, 247-253.
- Marchetti RL, Kurcgant D, Gallucci Neto J, Bismark MA, Marchetti LB, Fiore LA. Evaluating Patients With Suspected Nonepileptic Psychogenic Seizures. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 2009: 21:3.
- Marchetti RL, Werneck de Castro AP, Kurcgant D, Gallucci Neto J, Cremonese E. Transtornos mentais associados à epilepsia. *Rev. psiquiatr. Clín*, 2005; 32 (3).

- Martin RC, Gilliam FG, Kilgore M, Faught E, Kuzniecky R. Improved health care resource utilization following video-EEG-confirmed diagnosis of nonepileptic psychogenic seizures. *Seizure*, 1998; 7(5):385-90.
- Mazza M, Marca GD, Martini A, Scoppetta M, Vollono C, Valenti MA, Vaccario ML, Bria P, Mazza S. Non-epileptic seizures (NES) are predicted by depressive and dissociative symptoms. *Epilepsy Research* 84 (2009), 91-96.
- McGonigal A, Oto M, Russel AJC, Greene J, Duncan R. Outpatient video EEG recording in the diagnosis of non-epileptic seizures: a randomised controlled trial of simple suggestion techniques. *J Neurol Neurosurg* Psychiatry 2002, (72) 549–551.
- Mullen, PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse and Neglect*, 1996 (*20),* 7–21.
- Negro Júnior PJ, Palladino-Negro P, Louzã MR. Dissociação e transtornos dissociativos: modelos teóricos. *Rev. Bras. Psiquiatr, 1999;* 21 (4).
- Niedermeyer E. The epilepsies: diagnosis and management. *Baltimore, Urban & Schwarzwnberg*, 1990: 251-256.
- Prueter C, Schultz-Venrath U, Rimpau W. dissociative and associated psychopathological symptoms in patients with epilepsy, pseudoseizures, and both seizures forms. *Epilspsia* 2002; 43(2):188-192.
- Reuber M. Psychogenic nonepileptic seizures: etilogy, treatment and prognosis. Schweiz. Arch. *Neurol Psychiatr*, 2005; 156 (2): 47-57.
- Reuber M. Elger CE. Psychogenic nonepileptic seizures: review and update. *Epilepsy Behav*, 2003; 4(3): 205-216.

- Reuber M, House AO, Pukrop R, Bauer J, Elger CE. Somatization, dissociation and general psychopathology in patients with psychogenic non-epileptic seizures. *Epilepsy Res,* 2003; 57 (3): 159-167.
- Rosenberg H J, Rosenberg S D, Williamson P D, Wolford G L. A comparative study of trauma and postraumatic stress disorder prevalence in epilepsy patients and psychogenic nonepileptic seizure patients. Epilepsia, 2000; 41: 447-452. In: Cragar DE, Berry DT, Fakhoury TA, Cibula JE, Schmitt FA. A review of diagnostic techniques in the differential diagnosis of epileptic and nonepileptic seizures. *Neuropsychol Rev*, 2002; 12(1):31-64.
- Rowan AJ. Diagnosis of Non-Epileptic Seizures. In: Gates JR, Rowan AJ, editors. *Non-Epileptic Seizures*. 2ª ed. Boston, Butterworth-Heinemann; 2000: 15-30.
- Salmon P, Al-Marzooqi SM, Baker G, Reilly J. Childhood family dysfunction and associated abuse in pacients with nonepileptic seizures: towards a causal model. *Psychosomatic Medicine* 2003; 65:695-700.
- Sar V, Akyüz G, Kundakçı T, Kızıltan E, Do˘gan O. Childhood Trauma, Dissociation, and Psychiatric Comorbidity in Patients With Conversion Disorder. *Am J Psychiatry,* 2004; 161: 2271–2276.
- Sar V. The scope of dissociative disorders: an international perspective. *Psychiatr Clin N Am* 29 (2006): 227-244.
- Selkirk M, Duncan R, Oto M, Pelosi A. Clinical differences between patients with nonepileptic seizures who report antecedent sexual abuse and those who do not. *Epilepsia* 2008; 49(8):1446-1450.

- Sharpe D, Faye C. Non-epileptic seizures and child sexual abuse: a critical review of the literature. *Clinical Psychology Review* 26 (2006): 1020-1040.
- Sher CD, Stein MB, Asmundson GJG, McCreary DR, Forde DR. The Chilhood Trauma Questionnaire in a Community Sample: Psychometric Properties and Normative Data. *Journal of Traumatic Stress, 2001; 14(4).*
- Sigurdardorttir KR, Olafsson E. Incidence of psychogenic seizures in adults: a population-based study in Iceland. *Epilepsia*, 1998; 39: 749-752.
- Silva W, Giagante B, Saizar R, et al. Clinical features and prognosis of nonepileptic seizures in a developing country. *Epilepsia* 2001;42:398-401.
- Sirven JL, Glosser DS. Psychogenic nonepileptic seizures: theoretic and clinical considerations. *Neuropsych Neuropsychol Behav Neurol*, 1998; 11: 225-235.
- Szaflarski JP, Hughes C, Szaflarski M, Ficker DM, Cahill WT, Li M, Privitera MD. Quality of life in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*, 2003; 44: 236-242.
- Szaflarski JP, Ficker DM, Cahill WT, Privitera MD. Four-year incidence of psychogenic nonepileptic seizures in adults in Hamilton County, OH. Neurology, 2000; 55: 1561-3.
- Syed TU, Arozullah AM, Loparo KL, Jamasebi R, Suciu GP, Griffin C, Mani R, Syed I, Loddenkemper T, Alexopoulos AV. A self-administered screening instrument for psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology*, 2009;72:1646-1652.

- Tojec TM, Lumley M, Barkley G, Mahr G, Thomas A. Stress and other psychosocial characteristics of pacients with psychogenic nonepileptic seizures. *Psychosomatics* 2000; 41(3):221-226.
- Van Merode T, Twellaar M, Kotsopoulos IA, Kessels AG, Merckelbach H, de Krom MC, Knottnerus JA. Psychological characteristics of patients with newly developed psychogenic seizures. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2004;75(8):1175-7.
- Yacubian EMT. Contribuição da semiologia das crises parcias ao diagnóstico topográfico das epilepsias. In: Costa da Costa J et al Fundamentos Neurobiológicos das epilepsias - Aspectos clínicos e cirúrgicos - vol 1 Lemos-editorial, 1998.
- Walczak TS, Papacostas S, Williams DT, Scheuer ML, Lebowitz N, Notarfrancesco A. Outcome after diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia,* 1995; 36: 1131-7.
- World Health Organization. The CID-10 Classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: The Royal College of Psychiatrists; 1992.

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo