

Manejo Não-Farmacológico da Epilepsia: Ferramentas para Viver Bem com Epilepsia

Laura Bruna Gomes de Araújo

Graduanda do Curso de Psicologia da Faculdade União das Américas (Uniamérica).

laurabgaraujo@gmail.com

Palavras-chave

Autocontrole de crises convulsivas
Autocontrole percebido
Locus de controle da saúde
Qualidade de vida

Resumo:

O presente artigo discorre acerca do manejo não-farmacológico da epilepsia, trazendo informações úteis aos pacientes e familiares interessados numa abordagem integral do indivíduo com epilepsia, rumo a uma vida qualitativa com hábitos saudáveis e otimizadores da autonomia para lidar com esta condição neurológica crônica. Apresenta-se, para tanto, os *fatores precipitadores* e *sinais preditores* ou *sintomas-alerta* mais comumente estudados em artigos recentes, além de conceitos como Autocontrole Percebido (ACP), Locus de Controle da Saúde (LCS) e Qualidade de Vida (QDV) relacionados à evitação e controle de crises epiléticas e suas consequências, finalizando com ferramentas facilitadoras do mapeamento e registro de padrões e do autoconhecimento fundamental ao tratamento autônomo e integral da epilepsia.

Artigo recebido em: 10.03.2015.

Aprovado para publicação em: 06.05.2015.

INTRODUÇÃO

A *epilepsia* é uma condição neurológica crônica caracterizada pela presença não-provocada de duas ou mais crises convulsivas ao longo do período de vida. Existem diversos tipos de epilepsia e suas etiologias nem sempre são claras, podendo ter origem genética ou serem adquiridas ao longo da existência.

Segundo Paraksha e Katewa (2014, p. 1073) “cerca de 20-40% dos pacientes recém-diagnosticados tornam-se refratários ao tratamento” e, de acordo com KOTWAS et al. (2016, p. 157), “dentre os pacientes com epilepsia, até 30% das crises tornam-se refratárias à medicação independente da administração ótima dos tratamentos farmacológicos”.

Para estes tipos de epilepsia refratária recomenda-se, portanto, o tratamento não-farmacológico, *complementar*, da epilepsia, em conjunto com o tratamento farmacológico. Tais tratamentos não-farmacológicos podem ser benéficos não apenas para pacientes com epilepsia refratária mas também com bom controle de crises convulsivas por meio da medicação, não obstante uma desordem de caráter orgânico, a epilepsia envolve diversos fatores *psicogênicos* envolvidos no desencadeamento das crises convulsivas.

Crises epiléticas não controladas (por exemplo, durante a infância) podem resultar em altas taxas de mortalidade, acidentes, prejuízos cognitivos e psiquiátricos, baixa auto-estima, níveis aumentados de ansiedade, depressão, estigmatização e isolamento social, e morte súbita inexplicável em epilepsia. Logo, o tratamento não-farmacológico, juntamente com o tratamento farmacológico é indicado para pacientes com epilepsias refratárias / farmacoresistentes (PARAKH & KATEWA, 2014, p. 1073).

O objetivo deste artigo é, portanto, discorrer acerca destes fatores ambientes e psicogênicos que podem desencadear crises epiléticas, bem como de sinais endógenos antecedentes à ocorrência das mesmas, os quais, correlacionados com temas atuais no estudo do autocontrole das crises epiléticas, podem dar maior autonomia no manejo da epilepsia pela pessoa interessada.

METODOLOGIA

A metodologia de pesquisa e escrita deste artigo foi uma revisão bibliográfica dos artigos mais atuais que correlacionam a epilepsia e as contribuições da psicologia no manejo e autocontrole de crises epiléticas. Para isso, na primeira seção trazemos o conceito de manejo não-farmacológico na epilepsia e sua aplicação.

Na segunda seção, trazemos conceitos e ferramentas atualmente estudados como fundamentais para que o indivíduo com epilepsia mapeie e registre padrões de ocorrências convulsivas correlacionados com suas situações de vida e estados íntimos *precipitadores* de crises convulsivas, bem como os *sinais* que a predizem.

Na terceira seção, abordamos a importância das habilidades de *prevenção*, *evitação* e *autocontrole* de crises convulsivas, além dos aspectos biopsicossociais envolvidos nestas habilidades.

Por fim, na quarta seção são elencados alguns dos recursos atualmente disponíveis para o manejo não-farmacológico da epilepsia, tais como a psicoterapia, as terapias complementares e a neurocirurgia.

SEÇÃO I – MANEJO NÃO-FARMACOLÓGICO DA EPILEPSIA

O *manejo ou tratamento não-farmacológico* da epilepsia é uma proposta de intervenção integral no tratamento do ser humano com epilepsia interessado em assumir autonomia frente à sua saúde. Envolve a autopesquisa, a promoção de hábitos e condições de vida saudáveis e adequadas ao quadro epilético específico da pessoa, a qual passa a aprender a lidar com sua condição neurológica.

SEÇÃO II - FATORES PRECIPITADORES E SINAIS PREDITORES DE CRISES CONVULSIVAS

Sendo uma condição neurológica crônica constituída de descargas eletroquímicas epileptiformes, a epilepsia tem uma multiplicidade de causas para suas crises convulsivas, as quais, embora ocorram espontaneamente, podem ser precipitadas por uma série de fatores *endógenos* e *exógenos* (BALAMURUGAN et al., 2013, p. 743).

Deste modo, nas fases iniciais do diagnóstico, a pessoa com epilepsia frequentemente não reconhece o mecanismo de funcionamento de sua doença ou condição neurológica, o que a leva a ser pega de surpresa com a “imprevisibilidade” de suas crises convulsivas.

A imprevisibilidade das crises convulsivas é um dos aspectos mais incapacitantes da epilepsia quando refratária (ou seja, quando mesmo após ótima aplicação dos medicamentos antiepiléticos, a pessoa continua a ter crises convulsivas). É, de fato, a razão para elevados riscos de acidentes maiores ou mortes, sentimentos de perda de controle, dificuldades psicossociais e demonstra a necessidade do tratamento a longo prazo da epilepsia (KOTWAS et al., 2016, p. 157).

O acompanhamento individualizado, humanizado e educativo do neurologista é de crucial importância para que juntos, paciente, médico e família, possam começar a entender *o que é a epilepsia*, como o paciente veio a desenvolver esta condição neurológica e, como esta se relaciona com o histórico de vida deste paciente em específico.

Este conhecimento leva o paciente à entender como seus hábitos de vida podem estar impactando ou favorecendo o desencadeamento de crises epiléticas, através do que chamamos de *fatores desencadeadores*, ou seja, “aqueles que precedem o acontecimento de uma crise epilética” (BALAMURUGAN et al., 2013, p. 743).

Tabela 1 – Fatores desencadeadores de crises epiléticas

Fator desencadeante	Nº de crises anteriores (%)	Nº de crises posteriores (%)
Redução na dose medicamentosa	41	19
Ingestão de álcool	21	9
Trabalho aritmético (operações matemáticas)	0	0
Comidas cafeínas	8	9
Mudanças na medicação	10	12
Constipação	9	7
Tomadas de decisões	12	10
Reflexões profundas	15	36
Telas eletrônicas	30	8
Stress emocional	181	166
Excitamento ou choque	28	16
Fadiga	94	102
Febre	39	43
Luzes oscilantes	0	0
Refeições pesadas	9	0
Atividade física pesada	33	29
Banho quente	0	0
Alta humidade	8	4
Hiperventilação	26	24
Leitura intensa	0	0
Ouvir música	0	0
Som alto	6	0
Menstruação	16	24
Refeições perdidas	81	77
Medicações perdidas	192	185
Variação do ciclo da lua	8	0
Drogas exageradas	13	22
Dor	32	27
Combinação com outras drogas (que não as anti-epiléticas)	25	0
Brigas	12	16
Atividade sexual	13	0
Sono	70	28
Privação de sono	120	133
Fumar	26	26
Dieta específica fora do usual	0	0
Vômito/diarreia/suadeira	8	18
Mudanças climáticas	19	185

Na tabela 1, vemos alguns tipos de fatores observados como desencadeadores de crises epiléticas em estudo com 405 pacientes entrevistados por BALAMURUGAN et al. (2013, p. 743).

Ponto interessante neste estudo realizado por BALAMURUGAN (2013, p. 744), é que destes 405 pacientes, 86,9% relataram reconhecer no mínimo 1 e no máximo 10 fatores desencadeadores de suas crises epiléticas.

Já os pesquisadores FERLISI & SHORVON (2014, p. 101) entrevistaram 104 pacientes, os quais relataram os seguintes 14 fatores relacionados ao desencadeamento de suas crises convulsivas:

1. Estresse (80%);
2. Privação de sono (70%);
3. Fadiga (69%);
4. Ciclo Menstrual (49%);
5. Emoções (42%);
6. Álcool (25%);
7. Doenças em Geral (25%);
8. Febre (22%);
9. Estímulo visual (21%);
10. Dor (19%);
11. Mudanças na dieta/alimentação (13%);
12. Atividade sexual (9%);
13. Outras drogas (7%);
14. Outros (5%).

Neste estudo, FERLISI & SHORVON (2014, p. 101) relataram que 97% dos pacientes reconheceram pelo menos 1 fator precipitador, sendo que 28% relatou ter 100% de suas crises desencadeadas por algum fator precipitador. Dentre estes pacientes, os fatores mais relatados foram crises durante o sono (31%), estresse (24%) e privação do sono (21%).

Estudos com populações de pessoas com epilepsias generalizadas mostram que até 91% dos pacientes com epilepsia pode identificar pelo menos um fator precipitante de crises epiléticas. (FERLISI & SHORVON, 2014, p. 101).

Os benefícios do reconhecimento de fatores que precipitam, eliciam e/ou desencadeiam as crises epiléticas, levando em consideração a especificidade de cada indivíduo ou grupos de indivíduos epiléticos pode contribuir para a *evitação* e a *prevenção* de crises convulsivas repentinas, muitas vezes resultantes de acidentes.

O reconhecimento destes fatores pode interagir benéficamente junto com a medicação, quando o indivíduo com epilepsia passa a evitar os estímulos nocivos que potencialmente podem causar suas crises epiléticas (BALAMURUGAN et al., 2013, p. 743).

As pesquisas qualitativas de tais fatores amplia o senso de contribuição e empoderamento dos indivíduos com epilepsia ao ajudar os pesquisadores a melhor compreenderem a patofisiológica por trás de crises epiléticas e o desenvolvimento de ferramentas não-farmacológicas eficazes para o manejo da epilepsia, agindo em áreas que a medicação não consegue atuar. (FERLISI & SHORVON, 2014, p. 101, 104; BALAMURUGAN et al., 2013, p. 743).

Além dos fatores precipitadores, muitos pacientes com epilepsia relatam determinados “sintomas-alerta” ou *sinais pré-ictais* que podem ser usados para antecipação e auto-controle de crises epiléticas.

Apesar da imprevisibilidade das crises epiléticas, muitos pacientes reportam conseguir **prever antecipadamente** a ocorrência de uma crise epilética. Usando certos “sintomas-alerta” (auras, pródromos), pacientes podem adotar certos comportamentos para evitar prejuízos maiores durante ou após uma crise, ou ainda implementar estratégias cognitivas e emocionais espontâneas para tentar controlar a própria crise (KOTWAS et al., 2016, p. 157).

Os *sinais pré-ictais* ou *sintomas-alerta* são características semiológicas subjetivas e podem constituir diversos aspectos clínicos relevantes, embora muitas vezes sutis para o paciente que ainda não implementa a auto-pesquisa e o autoconhecimento como uma ferramenta de manejo não-farmacológico de sua epilepsia. Eles podem ser:

... mudanças sensoriais, comportamentais, cognitivas, emocionais como mudanças de humor, fadiga, distúrbios do sono, dores de cabeça, sintomas gastrointestinais, mudanças no apetite e alteração de voz; são específicas para cada indivíduo e podem preceder crises convulsivas desde alguns segundos ou minutos antes até dois dias **antes** da ocorrência de uma crise epilética e podem durar de 30 minutos até uma hora (KOTWAS et al., 2016, p. 157 e 158).

Sendo o órgão mediador de todo comportamento humano e, partindo do pressuposto básico de todos os comportamentos afetam as conexões elétricas e bioquímicas do cérebro, alguns comportamentos podem imprimir padrões de disparo neuronais patogênicos, demonstrando a intrínseca relação entre os padrões de vida levados pelo indivíduo, o modo como ele encara essas situações de vida e o estado neuronal, fisiológico, do cérebro. Tudo o que fazemos altera parcialmente nosso comportamento cerebral, e se tivermos isso em mente, repensaremos as prioridades da vida diária, o que se torna vital no caso de pessoas com epilepsia.

O contrário também pode ser verdadeiro: à medida que observamos mudanças em nossos comportamentos, sejam os evidentes, “extrapsíquicos”, ou as manifestações subjetivas, endógenas, como mudanças de humor, fadiga, padrões de pensamentos que não nos é comum, pode-se inferir que alguma alteração neurofisiológica pode estar sendo iniciada e pode, convergentemente no futuro (caso não seja implementada nenhuma ação contrária), culminar no desencameamento de crises convulsivas.

Quando a sinapse “descontrolada” (com padrão neurofisiológico patogênico, alterado, desorganizado, desequilibrado ou “fora de hora”) é enviada, outras células neuronais respondem ao erro enviando outros sinais anormais. Se um número suficiente de células começarem a enviar a mesma mensagem errada, o resultado que se dá é uma convulsão (crise convulsiva ou epilética) (SHAPIRO & KARCESI, 2015, p. 103).

Um exemplo clássico de sintoma-alerta ou *senal pré-ictal* bem conhecido é a aura epilética, as quais já são, em si, “a primeira característica semiológica de uma crise convulsiva” e pode ser experienciada por volta de 45 a 65% das pessoas com epilepsia parcial, por exemplo. A aura epilética tem a vantagem de alertar o paciente sobre uma crise iminente e sinaliza a necessidade de adoção de um comportamento seguro, significativo para a redução de acidentes (KOTWAS et al., 2016, p. 159).

Segundo este autor (2016, p. 158), *outros sinais pré-ictais* incluem:

- 1. Modificações neurocognitivas** (como o *deja-vú*);
- 2. Mudanças emocionais** (somatossensoriais, olfatórias, gustatórias, auditivas e visuais); ou

3. Características viscerano-anatômicas (sensações epigástricas, de opressão retroesternal e taquicardia).

O cruzamento dos dados entre os fatores precipitadores mapeados e os sinais pré-ictais são importantes aliados para a **prevenção, evitação** e o **auto-controle** de crises convulsivas, como veremos na seção abaixo.

Algumas ferramentas para o mapeamento de fatores precipitadores e sinais pré-ictais envolvem o uso de **diários** onde se registra a ocorrência, os locais/contextos e a duração das crises epiléticas, de modo a buscar padrões (a serem evitados ou controlados). Há, também, atualmente, muitos aplicativos para aparelhos eletrônicos onde se pode fazer o registro tanto de crises convulsivas, quanto dos padrões de sono e do humor da pessoa, gerando gráficos que podem ser correlacionados nesta auto-pesquisa.

Os pacientes interessados podem refletir sobre as seguintes questões orientadoras de sua auto-pesquisa, como sugere SHAPIRO & KARCESKI (2015, p. 103):

1. O que aconteceu imediatamente antes, durante e depois da crise convulsiva?
2. Quão frequentemente as crises convulsivas ocorrem?
3. Há algum sinal de aviso?
4. A pessoa lembra de alguma coisa sobre a crise convulsiva?

SEÇÃO III – PREVENÇÃO, EVITAÇÃO E CONTROLE DE CRISES CONVULSIVAS

Como anteriormente mencionado, o mapeamento de *fatores precipitadores* e o reconhecimento de *sinais pré-ictais* são importantes aliados no manejo não-farmacológico da epilepsia. Estas duas ferramentas permitem às pessoas com epilepsia a implementar estratégias para prevenir, evitar ou controlar suas crises mas, primeiramente, vejamos a diferença entre estas três abordagens:

1. **Prevenir.** A *prevenção* diz respeito à profilaxia, à ações otimizadas que não permitem com que se instale um padrão neurofisiológico epileptogênico.
2. **Evitar.** A *evitação* diz respeito à ações e precauções (tardias ou planejadas) que podem ser tomadas pela pessoa com epilepsia durante a iminência de uma crise convulsiva. Envolvem ações como, por exemplo, deitar ou sentar (se perceber que pode cair), tomar água, avisar alguém antes da crise, etc., e tem como objetivo diminuir os potenciais danos secundários (causados em decorrência da convulsão).
3. **Controle.** Alguns pacientes com epilepsia relatam conseguir controlar suas crises epiléticas mesmo *durante* a ocorrência destas. O *auto-controle* de crises epiléticas, bem como a aplicação exitosa das alternativas acima mencionadas depende de fatores como *Auto-Controle Percebido (ACP)*, *Local de Controle da Saúde (LCS)* e *Vulnerabilidade Emocional (VE)*, assim como pode impactar a *Qualidade de Vida* das pessoas com epilepsia.

Vulnerabilidade Emocional (VE): a *vulnerabilidade emocional* é a sensibilidade particular ao **estresse** como um fator precipitador de crises em pessoas com epilepsia. Aparentemente, pacientes que relatam altos níveis de estresse são mais predispostos a serem capazes de predizer suas crises convulsivas do que pacientes com níveis baixos de estresse (KOTWAS et al., 2016, p. 158).

Autocontrole Percebido (ACP): o *autocontrole percebido* é um constructo psicológico definido como a crença individual de que as capacidades e ações de um indivíduo podem influenciar o ambiente, sua situação ou o resultado almejado, e está ligada à habilidade de controlar voluntariamente as crises convulsivas. O ACP deriva dos conceitos de *autoeficácia* e *locus de controle*. É construído pela experiência e facilitado pelo aprendizado (KOTWAS et al., 2016, p. 159).

O uso de certas estratégias de controle de crises convulsivas está conectado ao grau de consciência da suscetibilidade à estas: quanto mais os pacientes estão conscientes do risco de iminência de uma crise, mais eles tendem a usar estratégias para tentar controlá-las. Assim, a experiência de percepção de sintomas-alerta antes de uma crise convulsiva está diretamente conectada à ideia de que estas podem ser voluntariamente controladas (KOTWAS et al., 2016, p. 159).

Autoeficácia: a *autoeficácia* refere-se à percepção subjetiva das próprias capacidades para realizar uma ação ou atingir um objetivo (KOTWAS et al., 2016, p. 159).

Locus de Controle (LOC): o *locus de controle* é uma avaliação *a priori* do que determina o sucesso ou a falha de uma ação baseada no próprio *self* (LOC interno) ou em fatores externos (LOC externo). O LOC impacta o Autocontrole Percebido acerca do que acontece com um indivíduo. **Quando o LOC concerne ao sucesso ou à falha de uma ação pró-saúde, usa-se o termo *Locus de Controle da Saúde (LCS)*** (do inglês *Health Locus of Control – HLC*). Este é um determinante para os comportamentos que uma pessoa adotará a respeito de sua saúde e ao grau de auto-controle percebido em relação à esta (KOTWAS et al., 2016, p. 159).

Pessoas com epilepsia podem implementar certas estratégias para prevenir, evitar ou controlar suas crises epiléticas, por exemplo, as três exemplificadas a seguir:

1. Estratégias comportamentais: preparam para as consequências de uma crise (sentar ou deitar, avisar alguém). Elas também dizem respeito à adoção de um estilo de vida focado na prevenção da ocorrência de crises (com hábitos como: não fumar ou beber álcool, ter um sono regular); envolvem, ainda, a tentativa de para a crise em si ou o seu fator precipitador (beber água, respirar ar puro, respirar profundamente) (KOTWAS et al., 2016, p. 159).

2. Estratégias cognitivas: tendem a ser estratégias de controle. Consistem em concentrar intensamente ou focar a atenção em outras coisas, de modo a controlar a crise. 20 a 56% dos pacientes que experienciam *sinais pré-ictais* usam estes sintomas para tentar controlar suas crises. Dentre estes pacientes, 70% acreditam que suas estratégias são eficazes (KOTWAS et al., 2016, p. 159).

3. Estratégias emocionais: consiste em relaxar, pensar positivamente e adotar um estado emocional neutro. Tendem a ser usadas com maior frequência por pacientes que tem um senso geral de consciência da iminência de uma crise (exemplo: eventos estressantes) do que pacientes com um senso mais imediato de consciência (exemplo: auras). Pacientes que relatam crises desencadeadas pelo estresse frequentemente reportam (57%) tentativas para relaxar de modo a prevenir ou parar suas crises e 88% destes acreditam que seu método pode reduzir a frequência das crises (KOTWAS et al., 2016, p. 159).

É importante notar que o tipo de estratégia utilizada pela pessoa com epilepsia se dá proporcionalmente à janela de tempo entre o mapeamento de fatores precipitadores e o reconhecimento de sinais pré-ictais, sendo que os primeiros tendem à ser temporalmente mais distantes de uma crise epilética do que os segundos.

SEÇÃO IV - RECURSOS PARA O MANEJO NÃO-FARMACOLÓGICO DA EPILEPSIA

Pessoas com epilepsia interessadas no manejo não-farmacológico de suas epilepsias podem complementar seus tratamentos com muitos recursos. Eis 12 deles:

1. Acupuntura;
2. Dieta cetogênica;

3. Estimulação Cerebral Profunda;
4. Estimulação do Nervo Vago;
5. Estimulação Transcranial Magnética;
6. Exercícios físicos;
7. Grupos de apoio social;
8. Higiene do sono;
9. Psicoterapia focada no manejo do estresse e da ansiedade;
10. Mindfulness;
11. Neurocirurgia;
12. Neurofeedback;

Estudos recentes demonstram a eficácia do uso da psicoterapia acompanhada da prática de Mindfulness (Atenção Plena) no autocontrole de crises epiléticas.

A Terapia com Mindfulness (TM) é uma forma popular de psicoterapia que foca em estar ativamente no momento presente. A TM encoraja a aceitação não-julgamentosa de pensamentos correntes e sensações corporais. Ao fazer isso, os indivíduos são mais capazes de reduzir o sofrimento emocional acompanhado destes sentimentos. A TM tem demonstrado um amplo escopo de benefícios à saúde, incluindo um melhor manejo da dor e do estresse, da saúde mental e das funções cognitivas.

A TM foi aplicada em pacientes com epilepsia que sofriam com algum grau de depressão, para avaliar o impacto em sua qualidade de vida geral, já que esta é uma população mais predisposta a ter depressão e ansiedade devido ao medo da ocorrência inesperada, entre outros fatores que impactam a vida da pessoa com epilepsia, além do significativo isolamento social devido aos preconceitos com a “doença”.

“A depressão, ansiedade e o medo afetam a qualidade de vida destas pessoas. Uma baixa qualidade de vida pode complicar o tratamento da epilepsia, o que, por sua vez, pode levar à piora da epilepsia” (SHAPIRO & KARCESKI, 2015, p. 101).

O estudo instruiu os pacientes quanto ao uso da **aceitação** como mecanismo de enfrentamento para seus distúrbios relacionados com as crises epiléticas além de encorajá-los a aplicar as técnicas de respiração e relaxamento diariamente. Se comparados ao grupo que recebia apenas suporte social, observou-se diminuições significativas quanto à preocupação com possíveis crises epiléticas e aumento nos níveis de energia, melhorias na memória (indicativo da performance intelectual), além de terem a frequência das crises epiléticas reduzidas, um aprimoramento no bem-estar e na saúde mental mesmo no período pós-interventivo.

Os pacientes foram treinados a reconhecer e aceitar, ao invés de evitar seus sentimentos associados com as crises convulsivas, ao modo do medo e do desconforto. Ao aceitar esses sentimentos, os pacientes puderam reduzir seus níveis gerais de ansiedade e melhorar sua habilidade de reter informações. Tais achados sugerem que a TM pode ser particularmente útil para pacientes com epilepsia que também tem ansiedade (SHAPIRO & KARCESKI, 2015, p. 101).

Em outro estudo acerca da eficácia do Mindfulness como ferramenta para controle e prevenção/evitação de crises epiléticas, Thompson et al. (2015, p. 304) verificaram que 32 a 48% de pessoas com epilepsia experimentam algum grau de depressão e investigou a eficácia do mindfulness para prevenção de episódios depressivos maiores nestas pessoas, com intervenções via web ou telefone.

Segundo THOMPSON et al. (2015, p. 305), as sete atividades foram desenvolvidas para ampliar:

1. O conhecimento acerca da depressão em pessoas com epilepsia;

2. O monitoramento, desafio e mudança de pensamentos;
3. O enfrentamento e relaxamento;
4. A atenção e o mindfulness;
5. O foco no prazer;
6. A importância do reforço;
7. prevenção de recaídas.

Os resultados encontrados demonstraram a eficácia da terapia cognitivo-comportamental em conjunto com a aplicação de *mindfulness* na prevenção de recaídas ser superior aos resultados advindos de medicações antidepressivas em pessoas com epilepsia (THOMPSON et al., 2015, p. 305).

CONCLUSÃO

A epilepsia é uma das condições neurológicas crônicas mais comuns em todo o mundo e está muito presente nos países em desenvolvimento como o Brasil. Não obstante a grande demanda de atendimento a estes pacientes, verifica-se poucos profissionais (sendo o número de profissionais qualificados e a infraestrutura para tratar a epilepsia são ainda menores)..

Apesar de ser uma patologia física, neurológica, a epilepsia tem um caráter psicogênico e ambiental bastante presente, em que parece haver uma vulnerabilidade maior quanto aos estados emocionais e uma relação destes com os padrões de disparos eletrofisiológicos e hormonais gerados por estes em pessoas com epilepsia. Logo, a psicoterapia e o uso de técnicas complementares para o manejo de crises epiléticas se faz úteis no tratamento já que são ferramentas com bom custo-benefício, fácil aplicação e bons resultados cientificamente avaliados.

Com este estudo, buscamos deixar à disposição de pessoas com epilepsia e profissionais interessados os conceitos mais atuais sobre o manejo não-farmacológico e complementar da epilepsia, enfatizando a necessidade do acompanhamento com profissionais médicos qualificados, o uso ótimo da medicação disponível e também o interesse e estudo pessoal desta condição neurológica crônica, correlacionado com a auto-pesquisa dos padrões de disparo de crises epiléticas individuais, de forma a tratar integralmente o ser humano com epilepsia.

REFERÊNCIAS

- BALAMURUGAN, E et al. Perceived trigger factors of seizures in persons with epilepsy. **Revista Seizure**, Elsevier, n. 22, páginas: 743-747, 2013. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23806632>>. Acesso em: 30/03/2016.
- BECKER, C. et al. Predicting and Treating Stress-Induced Vulnerability to Epilepsy and Depression. **American Neurological Association**, vol. 78, n. 01, páginas: 128-136, 2015. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25869354>>. Acesso em: 30/03/2016.
- FERLISI, M. & SHORVON, S. Seizure precipitants (triggering factors) in patients with epilepsy. **Revista Epilepsy & Behavior**, n. 33, páginas: 101-105, 2014. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24632482>>. Acesso em: 30/03/2016.
- KOTWAS, I. et al. Self-control of epileptic seizures by nonpharmacological strategies. **Revista Epilepsy & Behavior**, n. 55, páginas: 157-164, 2016. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26780213>>. Acesso em: 30/03/2016.

KWON, OY. & PARK, SP. Interictal fatigue and its predictors in epilepsy patients: A case-control study. **Revista Seizure**, n. 34, páginas: 48-53, 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26723014>>. Acesso em: 30/03/2016.

PARAKH, M. & KATEWA, V. Non-Pharmacologic Management of Epilepsy. **Indian J Pediatr**, vol. 81, n. 10, páginas: 1073-1080, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24997144>>. Acesso em: 30/03/2016.

SHAPIRO, SD. & KARCESKI, S. Mindfulness Therapy and Seizures. **American Academy of Neurology**, páginas: 101-102, 2015. Disponível em: <<http://www.neurology.org/content/85/13/e101.full.pdf+html>>. Acesso em: 30/03/2016.

THOMPSON, N. & PATEL, A. et al. Expanding the Efficacy of Project UPLIFT: Distance Delivery of Mindfulness-Based Depression Prevention to People With Epilepsy. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, vol. 83, n. 02, páginas: 304-313, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25495361>>. Acesso em: 30/03/2016.

