

Doenças neurológicas funcionais



O que são?

São doenças que se devem a um **problema real com o FUNCIONAMENTO do sistema nervoso**, que interfere com a capacidade do cérebro de receber e enviar sinais apropriadamente. Não são causadas por qualquer dano ou lesão estrutural do sistema nervoso.

“É como ter um problema de software, sem dano no hardware”.

Os sintomas são **incongruentes** (variam ao longo do tempo) e/ou **inconsistentes** (os sintomas não correspondem ao esperado para outras doenças neurológicas). A ideia de que o doente deixa de controlar voluntariamente os seus movimentos (sentido de agência) é outra característica definidora destas doenças.

Historicamente designadas pelos termos “psicogénico”, “psicossomático”, “conversivo”, “dissociativo”, “medicamente inexplicável”.

No Reino Unido,
16% das primeiras
consultas de Neurologia

2ª causa mais
frequente de consulta
de Neurologia, logo
após as
cefaleias/enxaqueca

9% dos
internamentos por
sintomas neurológicos

Que sintomas?

Sintomas motores como **perda de força** num membro, **fadiga** e **movimentos involuntários** como tremor.

Crises não epilépticas psicogénicas

Alterações da sensibilidade (como “**formigueiros**” ou “**dormência**”)

Dor crónica

Alterações da **marcha**

Tonturas

Dificuldades de **concentração** e armazenamento de memórias, vulgo “**esquecimentos**”, etc...

Os sintomas funcionais tipicamente aparecem **subitamente** e **progridem rapidamente**. Podem ter um **curso surto-remissão**, com períodos em que o doente está bem e subitamente tem uma recorrência das queixas.

São **sintomas REAIS** (e não fruto da imaginação), não produzidos ou fingidos e são sentidos de forma genuína.

O doente não precisa de se sentir **stressado**, **deprimido** ou **ansioso** nem de ter uma **infância problemática** ou **situação social adversa** para desenvolver sintomas funcionais.



Podem afetar homens, mulheres e crianças, embora o **diagnóstico seja mais comum em mulheres**.

IMPACTO

Elevado impacto socioeconómico por afetarem populações jovens, profissionalmente ativas.
Sofrimento psicológico e afetação da qualidade de vida.
Avultados gastos em saúde (múltiplas consultas, exames de diagnóstico...).

Qual é a causa? - “Porque me aconteceu isto?”

As doenças neurológicas funcionais têm origem **multifatorial**.

Vários fatores de risco físicos e/ou psicológicos contribuem para o seu aparecimento.

Os eventos de vida stressantes e os maus-tratos são bastante mais comuns nos doentes com perturbações neurológicas funcionais do que noutras doenças neurológicas ou doentes saudáveis, mas não há uma relação causa-efeito estabelecida para todos os doentes.

É comum que outras doenças ou lesões físicas (traumatismos, cirurgias, uma síndrome gripal) desencadeiem os sintomas funcionais ou que os pacientes com sintomas funcionais sofram de outras patologias, pelo que o diagnóstico de uma doença funcional não deve impedir o tratamento das patologias concomitantes.

DIAGNÓSTICO

Baseia-se em **sintomas positivos** procurados pelo médico aquando da história clínica e através do exame objetivo geral e neurológico.

A tentativa de provar a ausência de doença através de múltiplos exames auxiliares (que se revelam negativos ou normais) é errada e desaconselhada.

A existência de psicopatologia concomitante deve ser pesquisada.

“Mente sã, corpo sã”

Alimentar-se adequadamente, praticar **exercício**, **tratar a dor**, **dormir bem** e **relaxar-se** o mais possível (por exemplo, através de meditação ou ioga) são importantes fatores que irão contribuir para que se sinta melhor para enfrentar as atividades e desafios do dia-a-dia.

TRATAMENTO

O passo mais importante do tratamento é a comunicação clara do diagnóstico e o esclarecimento do doente.

O tratamento deve ser multidisciplinar.

Treinar o cérebro para interpretar novamente os sinais de forma correta, evitando que os sintomas atípicos se tornem no “habitual”, trata-se da estratégia mais eficaz.

O seu médico poderá recomendar, por exemplo, **fisioterapia**, **terapia ocupacional** e **terapias cognitivo-comportamentais**.

Medicamentos, como **antidepressivos**, poderão estar recomendados em alguns pacientes, mas é importante salientar que **não há tratamentos rápidos e milagrosos**, pelo que a decisão de iniciar ou descontinuar medicação deve ser decidida com o seu médico, tendo em mente que a **resposta varia de pessoa para pessoa**.

“E se o diagnóstico estiver errado e eu tiver uma doença grave?”

É natural que se sinta preocupado, principalmente porque não há nenhum tipo de exame ou teste sanguíneo que possa fazer o diagnóstico.

No entanto, o neurologista que diagnostica uma doença funcional estará bem familiarizado com as possíveis doenças neurológicas que possam explicar os seus sintomas, como também com as características positivas dos sintomas funcionais. Mesmo que por vezes surjam erros, a taxa de falsos diagnósticos neste grupo de doenças é mais reduzida do que para as outras doenças neurológicas, rondando os 4% a 5 anos.

De salientar que algumas pessoas podem ter dois diagnósticos - uma doença neurológica e sintomas funcionais que se sobrepõem – por exemplo, 10% das pessoas que têm crises não epilépticas psicogénicas também têm epilepsia (mas 90% não têm).

Psicólogo? - **“Mas eu não estou maluco”**

Em pelo menos 13% dos pacientes, a terapia cognitivo-comportamental é particularmente útil.

“Há dias em que me sinto pior...”

Isto pode acontecer, nomeadamente: em momentos de maior fadiga, maior sofrimento ou quando está a pensar conscientemente sobre o movimento.

No caso de sintomas como fraqueza ou perturbação do movimento há um problema na forma como o **cérebro está a enviar mensagens para o corpo.**

Sintomas como “dormência” e dor devem-se a um problema na forma como o **cérebro está a receber mensagens do corpo.**

Há processos no sistema nervoso que atuam como “pequenos botões de volume de som”. Quando alguém tem dor crónica estes “botões” estão ligados num nível mais alto, aumentando a **sensibilidade da pessoa à dor.**

Fatores como **vulnerabilidade genética, preocupação excessiva** com os sintomas e **insatisfação** com o trabalho ou **conflitos familiares** podem precipitar e perpetuar os sintomas.

Os **sintomas funcionais são comuns** - o doente não é estranho ou diferente por os sentir.



Links para consulta:
www.neurosintomaspt.org
fndhope.org

Dicas para lidar com este diagnóstico:

Compreender esta situação pode levar o seu tempo. Não há uma doença estrutural, mas também não está a imaginar os seus sintomas.

Explique o diagnóstico aos seus familiares e amigos mais próximos.

É natural que as pessoas nunca tenham ouvido falar da sua situação e por isso vão questionar se é “real”.

Haverá sempre tentação para atribuir os seus sintomas a ansiedade e depressão.

Devido à variabilidade dos sintomas, típica nestas doenças os doentes com “dias bons” podem pensar que por vezes estão a imaginar os sintomas (mesmo quando não se sentem bem).

Lembre-se, os seus sintomas são reais, mesmo que o façam sentir que não o são!

A RETER

Os sintomas são **genuínos** - você não os está a imaginar!

Não é culpa sua o facto de sentir estes sintomas.

O diagnóstico é baseado em achados positivos, não na normalidade dos exames, nem em sintomas psiquiátricos ou “traumas psicológicos”.

Os sintomas são potencialmente **reversíveis**.

No entanto, não há tratamentos rápidos e milagrosos pelo que o processo de recuperação e envolvimento vai requerer **esforço** da sua parte.

Com o tempo os seus sintomas vão tornar-se menos intrusivos e vai poder começar a sentir-se melhor.

Referências bibliográficas:

1. Araújo R, Santana I. Doenças funcionais/psicogénicas em Neurologia - Síndromes clínicas e diagnóstico pela positiva. Sinapse. 2018;18(1):35-49.
2. Espay AJ, Aybek S, Carson A, et al. Current Concepts in Diagnosis and Treatment of Functional Neurological Disorders. JAMA Neurol. 2018;75(9):1132–1141.
3. Edwards M, Bhatia K. Functional (psychogenic) movement disorders: merging mind and brain. Lancet Neurol. 2012;11:250–60.
4. Stone J, Carson A. Functional Neurologic Symptoms: Assessment and Management. Neurologic Clinics. 2011;29(1):1–18.