

CZU 616.89:159.9

<https://doi.org/10.52507/2345-1106.2026-1.48>

## CRIZELE FUNCȚIONALE NON-EPILEPTICE (PNES): DE LA MINTE LA CORP — ETIOLOGIE, DIAGNOSTIC ȘI MANAGEMENT PSIHOLOGIC

**SANDULEAC Lidia,**

doctorand, asistent universitar,  
Medic psihiatru, psiholog clinician,  
Universitatea de Studii Europene din Moldova  
[lidia.sanduleac@gmail.com](mailto:lidia.sanduleac@gmail.com)  
<https://orcid.org/0009-0005-6522-5491>

**COJOCARU Aurelia,**

Doctor în psihologie,  
Universitatea de Studii Europene din Moldova  
<https://orcid.org/0000-0002-7001-1907>

### REZUMAT

Crizele funcționale non-epileptice (PNES) reprezintă episoade paroxistice care mimează clinic crizele epileptice, fără activitate epileptiformă cerebrală, clasificate în DSM-5-TR ca tulburare neurologică funcțională de simptom. Entitatea se caracterizează printr-o complexitate biopsihosocială ridicată, implicând vulnerabilități predispozante, precipitanți acuți și factori de perpetuare. Diagnosticul este adesea întârziat cu 7-8 ani față de debutul simptomelor, cu consecințe severe asupra calității vieții, funcționării psihosociale și costurilor sanitare. Terapia psihologică, în special terapia cognitiv-comportamentală (TCC) specifică PNES, reprezintă intervenția cu cel mai solid suport evidențiat. Articolul sintetizează datele actuale privind etiologia, fenomenologia, diagnosticul și managementul psihologic al PNES, cu accent pe ghidul de practică clinică al American Academy of Neurology (2026).

**Cuvinte-cheie:** crize funcționale, PNES, diagnostic, terapie cognitiv-comportamentală, tulburare neurologică funcțională, management psihologic.

## FUNCTIONAL NON-EPILEPTIC SEIZURES (PNES): FROM MIND TO BODY — ETIOLOGY, DIAGNOSIS AND PSYCHOLOGICAL MANAGEMENT

**SANDULEAC Lidia,**

PhD student, Assistant Professor,  
Psychiatrist, Clinical Psychologist,  
University of European Studies of Moldova  
[lidia.sanduleac@gmail.com](mailto:lidia.sanduleac@gmail.com)  
<https://orcid.org/0009-0005-6522-5491>

**COJOCARU Aurelia,**

PhD in Psychology,  
University of European Studies of Moldova  
<https://orcid.org/0000-0002-7001-1907>

## SUMMARY

Functional non-epileptic seizures (PNES) are paroxysmal episodes clinically mimicking epileptic seizures without epileptiform brain activity, classified in DSM-5-TR as functional neurological symptom disorder. The condition is characterized by high biopsychosocial complexity involving predisposing vulnerabilities, acute precipitants, and perpetuating factors. Diagnosis is frequently delayed by 7-8 years from symptom onset, with severe consequences on quality of life, psychosocial functioning, and healthcare costs. Psychological treatment, particularly PNES-specific cognitive-behavioral therapy (CBT), represents the intervention with the most robust evidence base. This article synthesizes current data on the etiology, phenomenology, diagnosis, and psychological management of PNES, with emphasis on the American Academy of Neurology clinical practice guideline (2026).

**Key words:** functional seizures, PNES, diagnosis, cognitive-behavioral therapy, functional neurological disorder, psychological management

### 1.

**Introducere.** Crizele funcționale non-epileptice (PNES — *Psychogenic Non-Epileptic Seizures*), cunoscute și sub denumirile de crize disociative, crize psihogene non-epileptice sau tulburare de conversie cu atacuri/convulsii, reprezintă episoade tranzitorii de alterare a conștiinței sau mișcări involuntare care seamănă cu crizele epileptice sau cu sincopa, dar sunt conceptualizate ca fiind determinate de mecanisme disociative episodice sau alte mecanisme cognitiv-afective [1]. Clasificate în *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition Text Revision* (DSM-5-TR) ca subtip al tulburării neurologice funcționale de simptom (FND), PNES constituie o entitate frecventă și invalidantă [2].

Prevalența estimată este de până la 33 la 100.000 de persoane, cu o incidență anuală de aproximativ 1,4 la 100.000, afectând preponderent adulții tineri cu un raport femei/bărbați de circa 3-4:1 [3, 4]. Dintre pacienții internați în unități de monitorizare epileptică, 10-40% primesc diagnosticul de PNES [3]. Impactul PNES depășește sfera individuală: studiile demonstrează că aceste crize generează consecințe negative comparabile ca amploare cu epilepsia, afectând calitatea vieții, funcționarea psihosocială, costurile sistemului sanitar și mortalitatea [5].

Cu toate acestea, marea majoritate a persoanelor cu PNES nu beneficiază de tratament bazat pe dovezi, din cauza stigmatizării, a comunicării deficitare între neurologi și clinicienii de sănătate mintală, a accesului limitat la psihoterapie și a lipsei de familiarizare cu această afecțiune [1]. Prezentul articol sintetizează datele actuale privind etiologia, fenomenologia, diagnosticul și managementul psihologic al PNES, cu accent pe ghidul AAN 2026 [1].

## 2. ETIOLOGIE ȘI FACTORI DE RISC.

### 2.1. Modelul biopsihosocial

PNES sunt conceptualizate ca rezultat al unei complexități biopsihosociale ridicate, implicând o gamă de vulnerabilități predispozante, precipitanți acuți și factori de perpetuare [1, 6]. Crizele funcționale nu implică simularea intenționată a simptomelor și nu trebuie confundate cu malingering-ul sau tulburarea factice, mult mai rare [2]. Această precizare este esențială atât pentru atitudinea clinică, cât și pentru relația terapeutică.

### 2.2. Factori predispozanți și evenimente de viață adverse

Evenimentele de viață adverse constituie un factor de risc major: leziuni fizice anterioare sau prezente, boli,

neglijare, abuz fizic, emoțional sau sexual [1]. Studiile arată că experiențele adverse sunt de 3-5 ori mai frecvente la persoanele cu FND față de populația generală și de două ori mai frecvente față de alte tulburări psihiatrice [7]. Prevalența PTSD în PNES variază între 38% și 64% [5].

Studiul lui Ristić et al. [8] pe 24 de pacienți cu PNES a identificat drept triggeri principali: abuzul psihic intrafamiliar (26%), decesul unui membru al familiei (22%), abuzul fizic și divorțul (13%). La 39% nu s-a putut identifica un eveniment stresant definit — explicabil prin caracterul cronic al PNES și pierderea relevanței triggerilor inițiali în timp [8].

### 2.3. Comorbidități psihiatrice

Tulburările psihiatrice — inclusiv tulburări ale dispoziției, anxioase și PTSD — coexistă la o frecvență ridicată cu PNES [1]. Depresia este cel mai frecvent diagnostic asociat, cu o prevalență medie de 31% și rate cumulative pe durata vieții de 36-80% [5]. Studiul lui Turner et al. [9] a constatat că 100% din pacienții cu PNES aveau un diagnostic psihiatric, comparativ cu 52% din cei cu epilepsie. Tulburările de personalitate din Clusterul B (borderline, histrionic) sunt mai frecvente la pacienții cu PNES decât la cei cu epilepsie [9, 10].

## 3. FENOMENOLOGIA CLINICĂ A PNES.

### 3.1. Caracteristici clinice esențiale

Spectrul clinic al PNES este larg, incluzând stări care mimează sincopa, criza tonico-clonică generalizată, crizele parțiale sau statusul epileptic [8]. Variabilitatea clinică este definitorie: Ristić et al. [8] au documentat-o la 58,3% din pacienți. Elementele semiologice cu valoare diferențiativă față de epilepsie includ: durata mai lungă a episodului; pierderea aparentă a conștiinței cu rezistență activă la examinare (87,5%); convulsii bilaterale asincrone sau mișcări pelviene (54,2%); absența elementelor tipice epileptice — mușcarea limbii (4,2%), incontinența (8,3%), leziunile postictale; modulabilitatea crizei prin sugestie; prezența unui trigger psihologic identificabil în peste 60% din cazuri [8].

### 3.2. Clasificarea psihiatrică

Din perspectiva DSM, tulburarea de conversie reprezintă cel mai frecvent substrat al PNES — criteriu îndeplinit de 70,8% din pacienți în studiul Ristić et al. [8]. Alte entități includ tulburarea de somatizare (8,3%), tulburarea somatoformă nediferențiată (4,2%), tulburarea factice și tulburările disociative. La 8,3% din cazuri nu s-a putut stabili un diagnostic psihiatric conform DSM-IV [8].

## 4. DIAGNOSTICUL PNES.

#### 4.1. Standardul de aur și ierarhia diagnostică

Video-EEG (VEEG) cu înregistrarea unui episod tipic rămâne standardul de aur pentru diagnosticul definit al PNES [1, 11]. Ghidul AAN 2026 [1] definește niveluri de certitudine diagnostică: PNES definite (VEEG cu episod tipic fără activitate epileptiformă ictală); PNES clinic stabilite (anamneza + semiologie + EEG ambulator + video separat); PNES probabile (anamneza + semiologie + EEG intercritic). Videoclipurile pe smartphone, revizuite de neurolog, facilitează diagnosticul în majoritatea cazurilor [1].

#### 4.2. Evaluarea clinică

Anamneza detaliată obținută atât de la pacient, cât și de la martori, analiza semiologiei crizelor și examinarea fizică ictală (când fezabilă) contribuie la diagnosticul precis [1]. Testele de laborator (prolactina serică, lactatul, creatinkinaza) au rate semnificative de rezultate fals-pozitive și fals-negative și nu pot fi utilizate izolat pentru diferențierea față de epilepsie [1].

#### 4.3. Întârzierile diagnostice — o problemă sistemică

Diagnosticul PNES este întârziat în medie cu 7-8 ani față de debutul simptomelor [1, 12]. Consecințele sunt grave: tratament antiepileptic nejustificat (în medie 2,4 ani în studiul Ristić et al. [8], cu 20% primind 2 sau mai multe antiepileptice), iatrogenezie, costuri crescute și prognostic rezervat. Confirmarea diagnosticului prin video-EEG reduce costurile de îngrijire — de la 4.567 USD/pacient/an pre-diagnostic la 2.783 USD/pacient/an post-diagnostic [5]. Ghidul AAN 2026 [1] recomandă (Nivel B) includerea PNES în diagnosticul diferențial inițial al oricărui pacient cu episoade de tip crize sau sincopă.

### 5. CONSECINȚELE PNES ASUPRA CALITĂȚII VIEȚII ȘI FUNCȚIONĂRII.

Crizele funcționale generează consecințe negative comparabile ca amploare cu epilepsia [5]. Dimensiunile principale afectate sunt:

- **Consecințe sociale și ocupaționale:** Rata de angajare este scăzută (aproximativ 1 din 3 persoane); dependența de prestații de stat este crescută. Restricțiile de condus, dificultățile educaționale, problemele maritale și afectarea calității relațiilor interpersonale sunt frecvente [5]. Partenerii persoanelor cu PNES pot experimenta și ei rate crescute de subocupare profesională [5].

- **Deteriorarea cognitivă:** Pacienții raportează deteriorare cognitivă mai mare față de controalele sănătoase, deși de obicei mai puțin severă față de epilepsie. Diagnosticul precoce se asociază cu îmbunătățire cognitivă la un an, în special în domenii de limbaj și funcții executive [5].

- **Mortalitatea:** Studii din Australia, Danemarca și Scoția arată rate de mortalitate de 2,5-3,2 ori mai mari față de populația generală, comparabile cu mortalitatea din epilepsie. Riscul este maxim la adulții tineri (18-29 ani) și la cei cu tulburări de uz de substanțe. Cauzele de deces includ: malignități (18%), boli cardiovasculare (16%), otrăvire accidentală (9%), boli respiratorii (7%) și suicid (7%) [5].

### 6. MANAGEMENTUL PSIHOLOGIC AL PNES.

#### 6.1. Principii generale de management

Ghidul AAN 2026 [1] stabilește cu Nivel B de evidență recomandări clare privind principiile de management: colaborarea neurolog-psihiatru/psiholog; comunicare respectuoasă, empatică și non-stigmatizantă a diagnosticului; furnizarea unui label diagnostic specific cu rațiunea sa; decizie terapeutică partajată (shared decision making); asigurarea continuității îngrijirii.

Abordarea multidisciplinară — implicând neurologie, psihiatrie, psihologie clinică și asistență socială — reprezintă modelul ideal [3]. Integrarea echipei multidisciplinare facilitează tranziția fluidă de la evaluare la tratament și asigură un mesaj consistent din partea tuturor clinicienilor [3]. Modelul clinic de la Michigan Medicine, descris de Beimer și LaFrance [3], demonstrează fezabilitatea operațională și financiară a unei astfel de clinici specializate.

#### 6.2. Intervențiile psihologice — evidențe

Ghidul AAN 2026 [1] sintetizează datele a 12 studii de Clasa II-III. Intervențiile psihologice studiate includ: CBT specific PNES, terapia neurocomportamentală (NBT), terapia de reantrenare și control (ReACT), terapia comportamentală, interviul motivațional, psihoeducația de grup și terapia de grup centrată pe corp (CORDIS).

Rezultatele principale demonstrează că intervențiile psihologice [1]: cresc posibil probabilitatea de libertate față de crize (RR = 1,87; IC 95%: 1,36–2,56; I<sup>2</sup> = 3%); reduc posibil frecvența crizelor (SMD = –0,81; IC 95%: –1,58 la –0,05); îmbunătățesc posibil calitatea vieții (SMD = 0,37; IC 95%: 0,16–0,57); ameliorează posibil funcționarea psihosocială (SMD = –0,44 pe WSAS); reduc posibil anxietatea (SMD = –0,68; IC 95%: –1,30 la –0,07).

CBT specific PNES — singurul tip de intervenție cu mai multe studii disponibile — crește posibil probabilitatea de libertate față de crize (RR = 1,76; IC 95%: 1,10–2,80) și îmbunătățește posibil funcționarea psihosocială [1]. Implicarea familiei și a rețelei de suport social în tratamentul psihologic este recomandată cu Nivel B [1].

#### 6.3. Intervențiile farmacologice — limitări și riscuri

Nu există dovezi suficiente care să susțină utilizarea sertralinei sau a diazepamului în PNES [1]. Ghidul AAN 2026 recomandă explicit (Nivel B): neadministrarea de benzodiazepine sau antiepileptice pacienților cu PNES fără epilepsie concomitentă; reducerea treptată a medicamentelor antiepileptice la pacienții cu PNES fără epilepsie; evitarea administrării de benzodiazepine în urgență pentru crizele funcționale prelungite (risc de intubare și iatrogenezie) [1].

Coexistența PNES și epilepsiei — prezentă la până la 20% din adulți și 30-40% din copii cu PNES — impune evaluarea VEEG a tuturor tipurilor de episoade pentru diferențierea și tratamentul adecvat al fiecărui tip de criză [1].

**Concluzii.** Crizele funcționale non-epileptice reprezintă o entitate clinică frecventă, invalidantă și frecvent subdiagnosticată, aflată la intersecția neurologiei și psihiatriei. Etiologia multifactorială — implicând vulnerabilități psihologice, traume de viață, comorbidități psihiatrice și factori biologici — impune o abordare clinică integrativă, biopsihosocială.

Diagnosticul precoce, bazat pe evaluarea semiologică riguroasă și confirmarea prin video-EEG, rămâne prioritatea clinică principală, dat fiind că întârzierile diagnostice de 7-8 ani perpetuează suferința și risipa de resurse. Comunicarea diagnosticului în mod empatic și respectuos constituie temelia relației terapeutice și a aderenței la tratament.

Terapia psihologică — în special CBT specific PNES — reprezintă intervenția de elecție. Abordarea

multidisciplinară oferă cel mai cuprinzător cadru de evaluare și tratament. Evitarea prescrierii nejustificate de antiepileptice și benzodiazepine, eliminarea stigmatizării și asigurarea continuității îngrijirii sunt piloni esențiali ai managementului corect. Cercetările viitoare trebuie să se concentreze pe biomarkeri diagnostici, optimizarea intervențiilor psihoterapeutice și dezvoltarea unor modele de îngrijire accesibile la nivel global.

#### Referințe bibliografice:

1. Tolchin B., Goldstein L.H., Reuber M., Stone J., Perez D.L., LaFrance W.C. Jr. et al. Management of Functional Seizures Practice Guideline Executive Summary. Report of the AAN Guidelines Subcommittee. *Neurology*, 2026; 106: e214466.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*. 5th ed., Text Revision. American Psychiatric Association Publishing; 2022.
3. Beimer N.J., LaFrance W.C. Jr. Evaluation and Treatment of Psychogenic Nonepileptic Seizures. *Neurologic Clinics*, 2022; 40: 799–820.
4. Benbadis S.R., Allen Hauser W. An estimate of the prevalence of psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure*, 2000; 9(4): 280–281.
5. Asadi-Pooya A.A., Brigo F., Tolchin B., Valente K.D. Functional seizures are not less important than epilepsy. *Epilepsy & Behavior Reports*, 2021; 16: 100495.
6. LaFrance W.C. Jr., Devinsky O. Treatment of nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 2002; 3(5 Suppl): 19–23.
7. Ludwig L., Pasman J.A., Nicholson T. et al. Stressful life events and maltreatment in conversion (functional neurological) disorder: systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 2018; 5(4): 307–320.
8. Ristić A.J., Petrović I., Vojvodić N., Janković S., Sokić D. Fenomenologia și baza psihiatrică a crizelor psihogene non-epileptice. *Srpski Arhiv za Celokupno Lekarstvo*, 2004; 132(1-2): 22–27.
9. Turner K., Piazzini A., Chiesa V. et al. Patients with epilepsy and patients with psychogenic non-epileptic seizures: Video-EEG, clinical and neuropsychological evaluation. *Seizure*, 2011; 20: 706–710.
10. Goldstein L.H., Robinson E.J., Mellers J.D.C. et al. Cognitive behavioural therapy for adults with dissociative seizures (CODES): a randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 2020; 7(6): 491–505.
11. LaFrance W.C. Jr., Baker G.A., Duncan R., Goldstein L.H., Reuber M. Minimum requirements for the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures: a staged approach. *Epilepsia*, 2013; 54(11): 2005–2018.
12. Reuber M., Fernández G., Bauer J., Helmstaedter C., Elger C.E. Diagnostic delay in psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology*, 2002; 58(3): 493–495.