

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Terapêuticas do Transtorno Conversivo

Diana Martins de Pinho

up201504932@up.pt

M

2021



Terapêuticas do Transtorno Conversivo

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Diana Martins de Pinho (up201504932)

Aluna do 6º ano profissionalizante de Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº228, 4050-313 Porto

Endereço eletrónico: up201504932@up.pt

Orientadora: Maria Alice Soares Lopes

Professora Catedrática Convidada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Diretora do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental no Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto)


Endereço: maslopes@icbas.up.pt

Porto, 2 de junho de 2021

Assinatura do estudante

Diana Martins de Pinho

Assinatura do orientador

Maria Alice Soares 

Agradecimentos

Começo por manifestar o meu sincero agradecimento à minha orientadora, a Dra. Alice Lopes, por todo o apoio prestado, conselhos transmitidos e por ter fomentado o meu interesse nesta área tão particular.

Gostaria, também, de agradecer aos meus amigos pelo incentivo, preocupação e momentos de descontração, que tanto me ajudaram a encontrar o equilíbrio ao longo deste processo. Um obrigada especial à Malê, à Nokaz, à Lu e ao Afonso por estarem sempre presentes, pela força e ânimo e por me mostrarem o verdadeiro significado de amizade. À Kika, à Rita e à Cátia por serem a minha segunda família do Porto e me apoiarem durante todo o curso. Ao Miguel pelo amor, paciência e pela leveza e alegria que transmite.

Aos meus primos, Ju e Du, pelos conselhos sábios, contribuição nesta dissertação, com críticas construtivas para o seu aperfeiçoamento e, acima de tudo, por me encorajarem a trilhar o meu caminho com confiança e tranquilidade.

Por último, um agradecimento muito especial à minha família, sobretudo aos meus pais e irmã, por sempre acreditarem em mim, pelo apoio incondicional, pela paciência e pela motivação ao longo de toda a minha vida.

Resumo

Introdução: O Transtorno Conversivo caracteriza-se pela presença de sintomas neurológicos na ausência de uma doença estrutural do sistema nervoso conhecida. É um distúrbio psiquiátrico, com interseção nos domínios da psiquiatria e neurologia, no qual conflitos psicológicos atuam como fatores etiológicos da doença, sendo convertidos em sintomas físicos. Está associado a uma marcada incapacidade funcional, com impacto significativo na qualidade de vida dos doentes. Nos últimos anos, tem-se assistido a um interesse crescente nesta patologia. Tal potenciou desenvolvimentos no âmbito do diagnóstico diferencial, etiopatogenia e tratamento, que se revelam fulcrais pela grande incerteza em torno destas componentes.

Objetivo: A presente dissertação pretende rever a literatura existente nos últimos dez anos (*“Scope review”*) relativa ao tratamento do Transtorno Conversivo. Com esta revisão propõe-se alertar a comunidade médica acerca da relevância desta temática, através de uma descrição completa das abordagens terapêuticas atualmente disponíveis. Incluímos, também, a caracterização desta entidade patológica e da sua avaliação diagnóstica.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados Pubmed, Cochrane e APA PsycNet. Utilizaram-se os termos (*MeSH words*): *“conversion disorder”*, *“functional neurological disorder”*, *“somatoform disorders”*, *“neurological unexplained symptoms”*, *“treatment”*, *“psychiatric somatic therapies”*, *“psychological therapies”*. Nesta pesquisa incluíram-se, essencialmente, artigos publicados entre 2010 e 2020 e outras publicações relevantes.

Desenvolvimento: A abordagem terapêutica do Transtorno Conversivo apresenta-se como um desafio para a comunidade médica. Este inicia-se logo no diagnóstico diferencial, o qual deve ser baseado em achados positivos e incluir uma avaliação psiquiátrica detalhada. A sua comunicação ao doente, idealmente pelos médicos que o estabelecerem, prende-se por uma explicação clara da patologia, num ambiente empático e solidário. No que toca ao tratamento, atualmente, ainda não existem *guidelines* consensuais, bem definidas e eficazes, o que contribui para a fixação dos sintomas e insegurança dos profissionais. Este transtorno está associado a um elevado impacto económico, ao uso excessivo de recursos e exames de diagnóstico. Desta forma, é de extrema importância uma avaliação diagnóstica e tratamento precoces.

Conclusões: O conhecimento atual acerca do tratamento do Transtorno Conversivo, proporcionado pelos avanços científicos e ensaios clínicos desenvolvidos até à data, estabelece a combinação de várias intervenções, destacando-se a psicoeducação, a psicoterapia e a fisioterapia, como a forma mais eficaz de abordar estes doentes. Assim, o tratamento multidisciplinar assume-se como terapêutica fundamental, devendo ser sempre privilegiado, sobretudo nos doentes com sintomas de longa duração ou doença crónica e/ou várias comorbilidades.

Palavras-chave: “conversion disorder”; “functional neurological disorder”; “somatoform disorders”; “neurological unexplained symptoms”; “treatment”; “psychiatric somatic therapies”; “psychological therapies”.

Abstract

Introduction: Conversion Disorder is characterized by the presence of neurological symptoms in the absence of a known structural disease of the nervous system. It is a psychiatric disorder, intersecting in the domains of psychiatry and neurology, in which psychological conflicts act as etiological factors of the disease, being converted into physical symptoms. It is associated with a substantial functional disability, with a significant impact on patients' quality of life. In recent years, there has been a growing interest in this pathology. This led to developments in the scope of differential diagnosis, etiopathogenesis and treatment, which are revealed to be pivotal due to the great uncertainty surrounding these components.

Objectives: The present dissertation intends to review the existing literature in the last ten years (Scope review) related to the treatment of Conversion Disorder. This review proposes to alert the medical community about the relevance of this topic, through a complete description of the currently available therapeutic approaches. We also include the characterization of this pathological entity and its diagnostic evaluation.

Methodology: A search was carried out on Pubmed, Cochrane and APA PsycNet databases. The terms (MeSH words) used were: “conversion disorder”, “functional neurological disorder”, “somatoform disorders”, “unexplained neurological symptoms”, “treatment”, “psychiatric somatic therapies”, “psychological therapies”. This research essentially includes articles published between 2010 and 2020 and other relevant publications.

Development: The therapeutic approach of Conversion Disorder presents itself as a challenge for the medical community. This starts immediately in the differential diagnosis, which must be based on positive findings and include a detailed psychiatric evaluation. Its communication to the patient, ideally by the doctors who establish it, includes a clear explanation of the pathology, in an empathetic and supportive environment. Regarding the treatment, currently, there aren't consensual, well-defined and effective guidelines, which contributes to the fixation of symptoms and insecurity of professionals. This disorder implies a high economic impact, excessive use of resources and diagnostic tests. Thus, an early diagnostic evaluation and treatment is extremely important.

Conclusions: The current knowledge about the treatment of Conversion Disorder, provided by scientific advances and clinical trials developed to date, establishes the combination of several interventions, highlighting psychoeducation, psychotherapy and physiotherapy, as the most effective way to approach these patients. Thus, multidisciplinary treatment is assumed to be a fundamental therapy and should always be privileged, especially in patients with long-term symptoms or chronic illness and/or various comorbidities.

Keywords: “conversion disorder”, “functional neurological disorder”, “somatoform disorders”, “neurological unexplained symptoms”, “treatment”, “psychiatric somatic therapies”, “psychological therapies”.

Lista de abreviaturas

CID-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde 10ª Edição

CPNE - Crises Psicogénicas Não Epiléticas

DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais da Associação Americana de Psiquiatria 5ª Edição

ENET - Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea

ETM - Estimulação Transcranial Magnética

iCPRPs - Programas Interdisciplinares de Reabilitação de Dor Crónica

PP - Psicoterapia Psicodinâmica

TCC - Terapia Cognitivo Comportamental

TIPBA - Terapia Interpessoal Psicodinâmica Breve Aumentada

Índice

Agradecimentos	i
Resumo.....	ii
Abstract	iv
Lista de abreviaturas	vi
Introdução.....	1
Metodologia.....	3
Avaliação e diagnóstico.....	5
Abordagem terapêutica	7
Visão geral.....	7
Tratamentos psicológicos.....	8
Terapia Cognitivo Comportamental.....	8
Psicoterapia Psicodinâmica	9
Hipnose	10
Farmacoterapia	11
Fisioterapia.....	12
Abordagem multidisciplinar	13
Estimulação Transcranial Magnética.....	14
Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea	15
Toxina Botulínica	16
Conclusão	18
Referências bibliográficas	20

Introdução

O Transtorno Conversivo, também designado distúrbio neurológico funcional, caracteriza-se pela presença de sintomas neurológicos (motores, sensitivos e/ou de alteração da consciência) na ausência de uma doença estrutural do sistema nervoso conhecida. Esta entidade engloba subtipos patológicos, consoante a função neurológica comprometida, como por exemplo, distúrbios funcionais do movimento, paralisias, parestesias, crises psicogénicas não epiléticas (CPNE) e outros. Em muitos casos, estes sintomas surgem associados a uma característica do humor, designada por “*belle indifférence*”, na qual o doente revela aparente falta de preocupação para com os seus sintomas. Pela sua dificuldade no diagnóstico diferencial e tratamento, apresenta-se como um desafio tanto para os doentes como para o sistema de saúde.¹⁻⁴

Do ponto de vista diagnóstico, trata-se de um distúrbio psiquiátrico incluído nas “Perturbações Somatoformes” na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10)⁵ e nos “Sintomas Somáticos e Perturbações Relacionadas” no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais da Associação Americana de Psiquiatria 5ª edição (DSM-5)³.

Estima-se que a sua prevalência seja elevada, no entanto, pela complexidade do diagnóstico e incertezas na sua definição, há uma carência de estudos e dados epidemiológicos objetivos da população geral.⁶⁻⁹ Ainda assim, verifica-se alguma consistência entre certos estudos, os quais apontam para uma incidência anual de 4 a 12 por 100000 habitantes. Estes números serão ainda mais elevados nas populações de doentes psiquiátricos ou neurológicos.^{10,11} Trata-se de uma patologia mais prevalente nas mulheres e em indivíduos de classe socioeconómica baixa, iniciando-se e manifestando-se, sobretudo, nas populações jovens em idade profissional.⁹⁻¹²

Atualmente, o seu prognóstico mantém-se desfavorável, sendo vários os fatores contributivos.^{9,11,13-17} A duração dos sintomas funcionais é o pior preditor de prognóstico. Tal resulta de um diagnóstico e tratamento tardios que conduzem à fixação dos sintomas, pelo que se revela imperativo um diagnóstico diferencial precoce de forma a evitar a cronicidade da doença.^{14,18-22} Os ganhos secundários (benefícios económicos pela incapacidade associada ou outros de natureza relacional interpessoal), a incerteza no diagnóstico pelo doente e, ainda, a presença de outras comorbilidades psiquiátricas e fatores psicossociais, atuam, também, como elementos negativos, que favorecem o estabelecimento dos sintomas e a resistência ao

tratamento.^{10,11,17,23,24} Pelo contrário, os estudos revelam que um diagnóstico precoce e aceitação do mesmo pelo doente, curta duração sintomática, idade jovem, boa saúde física, vida social ativa, evicção de fatores de *stress* e tratamento otimizado são bons preditores de prognóstico.^{11,14,24-26}

Associadas sobretudo à doença funcional crónica, destacam-se várias problemáticas, nomeadamente, a presença de comorbilidades, taxas de desemprego elevadas e maior impacto monetário, na saúde e vida social dos doentes.^{12,27-29} A mais importante é, sem dúvida, a incapacidade funcional resultante dos sintomas “neurológicos”, a qual se repercute substancialmente na qualidade de vida.^{2,9,12,16,19,25,30-34} Para além disso, estudos revelam que um grande número de doentes com Transtorno Conversivo apresenta patologia psiquiátrica comórbida, predominantemente, perturbação de ansiedade, de personalidade e depressão.^{9,24,25,30,35,36} Destacam, ainda, níveis elevados de morbilidade relacionados com intervenções médico-cirúrgicas desnecessárias.^{17,24}

No que diz respeito à etiopatogenia do Transtorno Conversivo, são, ainda, desconhecidos os mecanismos que conduzem à instalação e aparecimento da patologia.^{11,17,24,37} Foi no final do século XIX, graças aos estudos de Sigmund Freud e Jean-Martin Charcot, que se assistiu a um interesse no estudo destas síndromes. Em 1895, Freud e Breuer publicam os “Estudos sobre a Histeria” em que descrevem 5 casos por eles estudados.³⁸ Surgiu o termo “conversão”, o qual remete para a transformação de um conflito/*trigger* emocional num sintoma físico, sem que o indivíduo tenha consciência ou intenção de o produzir. É neste pressuposto que assenta o modelo psicológico, sendo o mais relevante e precursor o modelo psicanalítico. Considera-se que conflitos psicológicos - eventos traumáticos na infância, abuso físico/emocional e negligência, conflitos sexuais, intrapessoais ou interpessoais - adquirem um papel central como fatores etiológicos da doença, sendo manifestados fisicamente e atuando assim como “escapatória”/mecanismo de evasão para o real problema.^{1,8,11,15,37} De facto, cada vez mais estudos recentes revelam que doentes com sintomas funcionais reportam mais episódios de abuso físico/sexual, trauma psicológico ou negligência na infância, em comparação com indivíduos saudáveis ou com doenças do movimento orgânicas.³⁰

Para além deste, existem outros modelos etiopatogénicos, que ao contrário do anterior, dão menor relevância a fatores psicológicos como origem exclusiva da doença. A recente evolução científica nas áreas da neurobiologia e neuroimagem tem moldado o conhecimento acerca da origem do Transtorno Conversivo, apresentando-o como uma doença com alterações nos circuitos neuronais, do âmbito da neurologia e psiquiatria.^{11,15,17,24,34,39} Sucintamente, estes novos modelos

de base neurobiológica são, em grande parte, sustentados por achados em estudos funcionais neuroimagiológicos, que revelaram uma hipoativação das áreas cerebrais ligadas ao sintoma conversivo específico e uma alteração na ativação do sistema límbico bem como alterações da perfusão cerebral.^{11,34,40-42} Em última instância, aspira-se a um modelo integrativo, que defenda uma origem multifatorial e que contemple tanto os fatores psicológicos como os neurobiológicos, numa estrutura biopsicossocial.^{41,43}

Ao contrário do que seria expectável, a abordagem terapêutica do Transtorno Conversivo permanece, ainda hoje, incerta. Tal resulta de uma exiguidade de ensaios clínicos randomizados e, portanto, de evidência científica que suporte qual/quais formas de tratamento serão as mais adequadas.^{6,8,21,31,32,39,44} A inexistência de *guidelines* consensuais e bem definidas contribui para a insegurança dos profissionais de saúde na abordagem destes doentes, para o uso excessivo de recursos de saúde e exames de diagnóstico e, como já referido, para a fixação e cronicidade dos sintomas funcionais.^{13,24,29,45}

Todos estes fatores (prevalência, perfil crónico da doença, inexistência de *guidelines* de tratamento e etiopatogenia incerta) favorecem o impacto económico substancial e elevados custos para os serviços de saúde que esta doença acarreta.^{8,19,21,27}

Nos últimos anos, tem-se assistido a um interesse crescente no Transtorno Conversivo, grande parte devido à sua prevalência significativa, marcada incapacidade que condiciona e custos associados. Tal potenciou mais investigação na área, nomeadamente, no que diz respeito à sua etiopatogenia e abordagem terapêutica.^{39,46}

A presente dissertação pretende rever a literatura existente nos últimos dez anos (“*Scope review*”) relativa ao tratamento do Transtorno Conversivo. Com esta revisão propõe-se alertar a comunidade médica acerca da relevância desta temática, através de uma descrição completa das abordagens terapêuticas atualmente disponíveis. Incluímos, também, a caracterização desta entidade patológica e da sua avaliação diagnóstica.

Metodologia

Para a realização desta dissertação, procedeu-se à revisão da literatura mais atual (“*Scope review*”) acerca da abordagem terapêutica do Transtorno Conversivo. Para tal, entre setembro de

2020 a abril de 2021, foi conduzida uma pesquisa pelos termos (*MeSH words*) “conversion disorder”, “functional neurological disorder”, “somatoform disorders”, “neurological unexplained symptoms”, “treatment”, “psychiatric somatic therapies”, “psychological therapies”, nas plataformas PubMed, Cochrane e APA PsycNet. Em primeira instância, selecionaram-se artigos de investigação originais dos últimos dez anos, os quais foram analisados na íntegra. No entanto, pela insuficiência de dados acerca de certas modalidades terapêuticas e panorama geral da patologia, foram, também, incluídos artigos de revisão e artigos prévios a 2010.

Avaliação e diagnóstico

Os distúrbios neurológicos funcionais estão na interseção da psiquiatria e neurologia. A avaliação adequada deste grupo de doentes sobrepõe-se a ambas as especialidades e exige a comunicação e colaboração entre os especialistas, de forma a garantir concordância no diagnóstico e plano terapêutico.^{6,9,15,36} Um estudo, dedicado à avaliação do impacto de consultas conjuntas de psiquiatria e neurologia versus cuidados gerais, relatou uma melhoria significativa nos sintomas funcionais e melhores resultados na avaliação da saúde mental dos doentes, em comparação com o grupo de controlo.⁴⁷

Esta, que seria a abordagem ideal dos doentes com Transtorno Conversivo, na prática, não tem sido aplicada, verificando-se discordâncias entre qual ou quais especialidades deveriam acolher estes doentes bem como uma escassa comunicação entre os especialistas, o que terá contribuído para a baixa taxa de recuperação funcional que caracteriza estes doentes.^{9,15,36,48} Porém, nos últimos anos, assistiu-se a um contorno deste paradigma, dando-se os primeiros passos para uma nova colaboração essencial entre neurologia e psiquiatria.⁴⁷

Os avanços na definição e diagnóstico do Transtorno Conversivo também se traduziram em novos critérios, presentes no *DSM-5*. Estes definem um diagnóstico realizado com base em achados positivos. No entanto, deve demonstrar-se, através do exame neurológico e manobras específicas, uma função fisiológica preservada e, portanto, que o sintoma neurológico é incompatível com uma doença neurológica estrutural/orgânica.³

Adicionalmente, segundo estes critérios, o diagnóstico de Transtorno Conversivo já não requer a identificação da característica do humor "*belle indifférence*" nem de psicopatologia associada.³ Ainda assim, a avaliação psiquiátrica revela-se fundamental, pois a identificação de fatores psicológicos e/ou de comorbilidades psiquiátricas, comuns neste grupo de doentes, será determinante para o diagnóstico e deverá alterar a abordagem, tratamento e prognóstico.^{6,8,9,17,48}

Uma correta avaliação primária pressupõe, ainda, a exclusão de doenças médicas. É importante reconhecer a possibilidade de outras comorbilidades concomitantes. Porém, o recurso a métodos de diagnóstico deverá ser limitado. O seu uso excessivo torna-se improdutivo, caro e poderá causar lesões iatrogénicas no doente.^{8,9,17,36}

Uma vez estabelecido o diagnóstico, o passo seguinte será a sua comunicação ao doente e se necessário, aos seus familiares/cuidadores. Trata-se de uma etapa fulcral e delicada, que exige clareza, assertividade e empatia por parte do médico ou médicos (psiquiatra e neurologista) que estabeleceram o diagnóstico (idealmente).^{9,13,46,49} O doente deve ser recebido num ambiente solidário e os seus sintomas validados. É de extrema importância uma explicação detalhada do diagnóstico, pela educação do doente acerca do Transtorno Conversivo e dos sinais clínicos/testes neurológicos utilizados para o estabelecer.^{6,8,9,13,17,36} Assim, o doente acreditará no seu diagnóstico, de que se trata de um distúrbio real, com possibilidade de reversão.^{9,22,32}

A compreensão e aceitação do diagnóstico de Transtorno Conversivo torna-se, na prática, um pré-requisito para a adesão ao tratamento e sucesso das estratégias adotadas. Caso o oposto se verifique, é muito pouco provável que o doente retire quaisquer benefícios do tratamento, contribuindo para uma longa duração dos sintomas e da doença.^{15,17,22,32,46}

De facto, a comunicação clara do diagnóstico pode ser, por si só, terapêutica para alguns doentes.^{9,32,50} Estudos realizados em indivíduos com CPNE revelaram que aqueles sujeitos a sessões de psicoeducação demonstraram uma maior aceitação do diagnóstico e adesão à terapêutica bem como uma redução no impacto social e laboral condicionado pela doença.^{51,52} Associa-se, ainda, uma vantagem económica, na medida em que uma abordagem inicial completa, poderá exigir menos recursos terapêuticos, reduzindo assim os custos associados ao tratamento.⁶

Em suma, uma avaliação diagnóstica precisa e oportuna contribui para uma abordagem terapêutica precoce e, conseqüentemente, para uma redução da severidade do sintomas e possível resolução antes da sua fixação e cronicidade.⁸

Abordagem terapêutica

Visão geral

Como já mencionado anteriormente, na atualidade, a abordagem terapêutica do Transtorno Conversivo permanece, ainda, um desafio para a comunidade médica.^{19,20,39} Tal prende-se, sobretudo, com a ausência de *guidelines* bem definidas e de um tratamento *gold-standard*.^{8,16,17,29,37,44,53}

Ao longo dos anos, foram sendo desenvolvidos ensaios-clínicos com o intuito de avaliar o benefício e eficácia de variadas intervenções. Inicialmente, apostou-se sobretudo nas terapêuticas monodisciplinares, nomeadamente, na psicoterapia, na farmacoterapia e na hipnoterapia.^{8,16,17} Mais tarde, a fisioterapia emergiu como uma das formas de intervenção potencialmente mais efetivas, sobretudo nas doenças funcionais do movimento.^{16,17,39,53} Nos últimos anos, outras intervenções menos convencionais tornaram-se alvo de um interesse crescente, como terapêuticas auxiliares.^{17,54} Estas incluem a Estimulação Transcranial Magnética, a Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea, a aplicação de toxina botulínica e, ainda, a realidade virtual e *entrainment*. Estas últimas são apenas apresentadas nesta componente introdutória pela falta de ensaios clínicos até à data. De referir, ainda, que a acupuntura terá sido alvo de investigação, sobretudo para tratamento de dor e de comorbilidades psiquiátricas (ansiedade, depressão e stress-pós traumático) de doentes com Transtorno Conversivo, no entanto, não foi comprovado cientificamente o seu benefício.⁵⁵

Hoje em dia, considera-se que a combinação de várias intervenções, destacando-se a psicoeducação, a psicoterapia e a fisioterapia, será a forma mais eficaz de abordar estes doentes.^{17,22,29,53} Efetivamente, a abordagem multidisciplinar assume-se como terapêutica fundamental, especialmente nos doentes com sintomas de longa duração ou doença crónica e/ou várias comorbilidades.^{8,17,20,50}

Apesar de todas estas opções terapêuticas, os resultados a longo prazo revelam-se, em muitos casos, insatisfatórios.^{50,53} A forma de evitar esta tendência será, sempre, um diagnóstico e tratamento atempados, bem como um acompanhamento contínuo dos doentes, sustentado numa relação médico-doente significativa, em que os elementos psicológicos sejam compreendidos e abordados.^{8,9,53}

Tratamentos psicológicos

Os tratamentos psicológicos, nomeadamente, a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e a Psicoterapia Psicodinâmica (PP), foram das primeiras modalidades terapêuticas a serem alvo de investigação. Os diversos ensaios clínicos desenvolvidos neste âmbito comprovaram o seu benefício e eficácia, pelo que se tornaram um pilar fundamental no tratamento do Transtorno Conversivo.
6,15,17,56,57

Estas duas formas de psicoterapia têm como fundamento etiopatológico teorias psicológicas, apresentando como foco comum e central o processamento anormal das emoções. Por conseguinte, com o recurso a estas abordagens, o doente é incentivado a expor emoções e pensamentos, de forma a modificar padrões cognitivos e emocionais prejudiciais e, assim, alcançar uma diminuição ou remissão sintomática.¹

As psicoterapias, ainda que assentem em fundamentos e técnicas aplicadas transversalmente a todos os doentes, apresentam uma importante capacidade de adaptação a cada indivíduo, de forma a garantir uma terapêutica mais dirigida às suas necessidades e, portanto, eficaz. Assim, envolvem, geralmente, sessões individuais com um psicoterapeuta, como se verificou na maioria dos ensaios clínicos.^{1,6,43,44,58}

Certos investigadores defendem outro método, a terapia em grupo, cuja eficácia terá sido validada em vários ensaios clínicos focados no tratamento das CPNE. Esta apresenta outras vantagens em relação às sessões individuais: acredita-se que a experiência em grupo/interação entre os participantes poderá facilitar a disseminação e captação da informação e promover a normalização dos problemas e sua aceitação, a aprendizagem de mecanismos de *coping* e a redução do isolamento social, estabelecendo-se uma rede de suporte entre os intervenientes.^{51,59} Para além disso, os custos associados são inferiores aos das sessões individuais, o que permite uma extensão do tratamento a indivíduos de classes socioeconómicas baixas.⁵¹

Terapia Cognitivo Comportamental

A Terapia Cognitivo Comportamental dedica-se à identificação e alteração de padrões cognitivos disfuncionais e à promoção de mudanças positivas nos comportamentos e emoções dos indivíduos.^{15,60,61} Para tal, inclui variadas estratégias destacando-se a psicoeducação, o

reconhecimento de *triggers*, a mudança de padrões de pensamento e comportamento associados aos sintomas e, ainda, o treino de comunicação assertiva, de gestão de *stress* e de controlo sintomático.^{9,17,61}

Ensaio clínicos randomizados comprovaram a eficácia da TCC no tratamento de CPNE e de distúrbios motores funcionais. Para além do seu papel na redução da frequência dos sintomas, observaram-se melhorias no funcionamento psicossocial dos doentes, associadas a progressos nas estratégias de *coping*, redução da ansiedade e distúrbios depressivos comórbidos, bem como redução das despesas na saúde.^{43,44,62}

Numa esfera mais prática e adaptável ao quotidiano dos indivíduos, foram desenvolvidos manuais de autoajuda baseados na TCC, já aplicados no tratamento de psicopatologias como a ansiedade e depressão.^{6,11,60,63} Os estudos desenvolvidos nesta área reportaram resultados promissores, tendo-se verificado uma redução importante na sobrecarga dos sintomas e uma melhoria na capacidade funcional dos doentes.^{9,11,60}

Recentemente, um grupo de investigadores, baseados nos estudos anteriormente citados, desenvolveu uma nova abordagem terapêutica, que alia os manuais de autoajuda com telemedicina. Esta terá sido testada num ensaio clínico, dirigido a CPNE, que incluiu 12 sessões individuais de TCC, baseadas nestes manuais, por videochamada. Os resultados foram positivos, observando-se uma redução na frequência das CPNE e nos sintomas comórbidos (ansiedade e depressão) e uma melhoria significativa na qualidade de vida e funcionamento dos doentes.⁶³

Estas duas ferramentas apresentam-se como soluções interessantes quando surgem obstáculos ao acesso presencial a cuidados terapêuticos. O formato dos manuais de autoajuda possibilita uma fonte de informação constante, podendo os doentes recorrer aos mesmos sempre que desejarem, sem necessidade de contactar os seus médicos.^{6,9,60,63}

Psicoterapia Psicodinâmica

A Psicoterapia Psicodinâmica assenta nas teorias psicanalíticas, centrando-se nas experiências iniciais de vida do doente, nomeadamente, na sua dinâmica familiar, traços de personalidade e acontecimentos marcantes. O seu foco será, primeiramente, trabalhar/analisar com o doente os conflitos intra e interpessoais e fenómenos conscientes ou inconscientes, com

origem na infância. Estes podem desempenhar um papel preponderante na ocorrência de alterações no processamento cognitivo/emocional que, por sua vez, poderão causar os seus sintomas funcionais. A fase posterior prende-se com a resolução destes conflitos psicológicos, através do desenvolvimento de novos padrões de pensamento e estratégias, que contribuirão para a redução sintomática.^{47,58,59,64}

Um estudo retrospectivo, desenvolvido para avaliar a eficácia desta psicoterapia em 30 indivíduos com distúrbio funcional do movimento, relatou uma melhoria sintomática em 60% dos doentes. Para além disso, verificou que naqueles com melhores resultados, os fatores precipitantes foram identificados e a maioria mostrou-se recetiva ao diagnóstico.⁵⁸

Ainda neste domínio, destaca-se a Terapia Interpessoal Psicodinâmica Breve Aumentada (TIPBA) especialmente desenvolvida e adaptada para a abordagem do Transtorno Conversivo. Trata-se de uma versão amplificada da PP que inclui elementos da TCC, tais como, a exposição e comunicação das emoções e técnicas de relaxamento, e da Terapia Somática de Trauma, a qual envolve técnicas de controlo da excitação autonómica, identificação de *triggers* e processamento de memórias traumáticas. Assim, a TIPBA dedica-se à otimização do processamento emocional, ao aumento do controlo sintomático, à alteração de perceções acerca da doença e ao encorajamento da independência e autocuidado, de forma a aumentar a qualidade de vida do doente.^{1,65,66}

A sua aplicação em doentes com Transtorno Conversivo revelou-se promissora, conforme observado em dois estudos prospetivos. Estes reportaram benefícios significativos no processamento emocional dos doentes após a terapia, com melhoria simultânea na qualidade de vida e compreensão dos mecanismos de doença e, ainda, uma redução sintomática considerável.^{1,65}

Hipnose

O recurso a hipnose no tratamento do Transtorno Conversivo data da segunda metade do século XIX.^{15,32,67,68} Psiquiatras de renome dessa época, como Charcot, Freud e Janet, ao aplicarem esta modalidade no tratamento dos seus doentes, constataram a existência de semelhanças entre o desenvolvimento dos sintomas conversivos e da resposta hipnótica. Mais tarde, avanços nas técnicas de neuroimagem, vieram provar esta hipótese, ao mostrarem a existência de redes neuronais comuns a ambos. Tal fundamentou a formulação de teorias acerca da etiopatogenia do

Transtorno Conversivo, as quais defendem que estas semelhanças sugerem mecanismos que justificam o benefício da hipnose no tratamento desta entidade.^{32,67,68}

A hipnose consiste na indução de um estado de concentração receptiva no indivíduo (semelhante a um estado de transe), seguindo-se uma possibilidade de sugestão hipnótica, com o objetivo de produzir alterações específicas em pensamentos, sentimentos, percepções, expectativas, atitudes e comportamentos.^{8,15,67} A sugestão na hipnose trata-se da expressão verbal de comandos/ordens que representam ideias ou imagens relativas ao efeito desejado. Estas mudanças induzidas pela sugestão serão experienciadas de forma involuntária e, neste caso, direcionadas para a redução/eliminação dos sintomas funcionais.⁶⁷

No que diz respeito ao Transtorno Conversivo, não existe evidência científica que suporte a eficácia da hipnoterapia, sendo escassos os estudos dedicados a esta matéria nos últimos 20 anos.^{2,8,20,67}

Certos autores defendem que a hipnose poderá atuar ou como uma terapia auxiliar a outras modalidades terapêuticas, nomeadamente, psicoterapia, fisioterapia e terapia ocupacional, ou como uma das componentes de uma abordagem multidisciplinar. Independentemente disso, deverá incluir sempre uma avaliação rigorosa dos sintomas funcionais do doente, integrando os fatores precipitantes e de manutenção (caso existam).⁶⁷

Farmacoterapia

Atualmente, a farmacoterapia é a principal forma de intervenção médica na maioria das doenças. Contrariando esta tendência, verifica-se uma escassez de estudos focados na avaliação da sua eficácia no tratamento do Transtorno Conversivo, justificando os poucos avanços nesta área.^{9,15,32}

A ambiguidade nos achados dos ensaios clínicos realizados com sertralina apenas ou em combinação^{35,69,70}, juntamente com a ausência de evidência comprovada, obriga a que o recurso a fármacos seja cauteloso e bem ponderado. Alguns autores desaconselham a administração de fármacos dirigidos ao tratamento dos sintomas funcionais, como por exemplo antiepiléticos para as CPNE, privilegiando outras terapêuticas como primeira abordagem.^{15,17}

Porém, de ressaltar que o uso de psicofármacos, nomeadamente, antidepressivos e ansiolíticos, poderá ser importante e eficaz no tratamento de comorbilidades psiquiátricas dos doentes com Transtorno Conversivo, tais como, depressão, ansiedade, dor e insónia.^{9,15,17,32,35}

Fisioterapia

Atualmente, a fisioterapia assume um papel major na abordagem terapêutica do Transtorno Conversivo, sobretudo do subtipo motor.^{2,11,13,16,17,19,33,49,71} Os estudos desenvolvidos nos últimos 10 anos suportam a eficácia e benefício do seu recurso em indivíduos com distúrbio motor funcional, demonstradas pela melhoria significativa na sintomatologia, capacidade funcional e qualidade de vida dos doentes.^{16,19,22,45,71}

Ainda que a sua importância tenha sido reconhecida, não existiam, na literatura, recomendações uniformizadas para o seu uso no tratamento dos doentes com Transtorno Conversivo, ficando a cargo de cada fisioterapeuta a escolha do método mais apropriado.^{19,49} Um inquérito realizado a fisioterapeutas do Reino Unido, em 2012, constatou que a maioria atendia doentes com sintomas neurológicos funcionais. Na generalidade, os fisioterapeutas mostraram-se interessados no tratamento destes doentes e convictos de que a fisioterapia é apropriada para a sua abordagem. No entanto, os mesmos reportaram falta de apoio por parte dos colegas não-fisioterapeutas, estruturas inadequadas e conhecimento insuficiente acerca da patologia.⁷²

A necessidade de uniformização de técnicas de fisioterapia eficientes no tratamento do Transtorno Conversivo impulsionou um grupo de fisioterapeutas, neurologistas e neuropsiquiatras, com longa experiência na área, a desenvolver recomendações consensuais.⁴⁹ Trata-se de recomendações baseadas na literatura existente e na experiência dos profissionais de saúde, sujeitas a alterações sempre que novas evidências surgirem. O seu propósito é servir de base para estudos posteriores e auxiliar os fisioterapeutas a planear tratamentos individualizados consoante os sintomas de cada indivíduo. Nestas recomendações, os autores apresentaram, um modelo patofisiológico, de cariz biopsicossocial, no qual acreditam que o tratamento (desde a referenciação até à alta) deva ser baseado. Advogam que a fisioterapia pode contribuir para a normalização das crenças acerca da doença, redução da atenção autodirigida ao movimento e quebra dos padrões de movimento habituais anormais, por reprogramação motora. A mudança de comportamentos maladaptativos relacionados com a sintomatologia é realizada num ambiente/contexto positivo e

livre de julgamentos. Para além disso, é defendida uma abordagem multidisciplinar, que envolva educação, psicoterapia, terapia ocupacional, terapia da fala, hipnose, farmacoterapia e reabilitação motivacional. No entanto, recomendam que, no tratamento dos doentes com incapacidade física, a fisioterapia e a psicoeducação apresentem um papel central.⁴⁹

Na generalidade, verifica-se que as descrições dos programas de reabilitação fisioterapêutica contemplam princípios semelhantes entre si e as recomendações consensuais acima descritas.^{9,15,17,19,32,33,45,61 15,22,45}

Abordagem multidisciplinar

O conhecimento atual acerca do tratamento do Transtorno Conversivo pressupõe uma abordagem terapêutica multidisciplinar como opção mais eficaz.^{8,15,29,31,47,49,61,73,74}

Os programas multidisciplinares consistem, na maioria dos casos, em psicoterapia aliada a reabilitação funcional, podendo ser realizados numa clínica especializada ou num hospital geral, em ambulatório ou internamento. Tal como o nome indica, o tratamento é desenvolvido por uma equipa, na maioria dos casos, constituída por neurologistas, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais (podendo ainda contemplar outras áreas de intervenção consoante o programa e os doentes).^{2,8,13,29,31,36,75,76} Ao facilitarem a comunicação entre os especialistas e permitirem uma gestão integrada e mais eficiente do indivíduo, têm maior probabilidade de sucesso.^{29,36}

Os tratamentos multidisciplinares seguem um modelo biopsicossocial e, como tal, são sempre individualizados e adaptados aos sintomas e comorbilidades médicas e psiquiátricas do doente.^{15,73} Estes programas partilham objetivos comuns, tais como: avaliação multidisciplinar, para confirmação do diagnóstico; educação do doente acerca do diagnóstico; tratamento com recurso a psicoterapia e reabilitação física e ocupacional.^{15,36,46,47}

Os benefícios do tratamento multidisciplinar foram já comprovados em vários ensaios clínicos. Os doentes com Transtorno Conversivo que participaram em programas de reabilitação demonstraram redução dos sintomas conversivos e das comorbilidades psiquiátricas e melhorias significativas na sua capacidade funcional e qualidade de vida, a longo prazo.^{2,13,31,36,75,76}

Ainda neste domínio, destacam-se os estudos desenvolvidos para avaliar a eficácia de programas de reabilitação para a dor crónica em doentes com Transtorno Conversivo. Teorias que relacionam as duas patologias defendem semelhanças entre os perfis psicológicos de doentes com síndromes de dor crónica e de doentes com Transtorno Conversivo, nomeadamente, pela presença de comorbilidades psicopatológicas, como depressão e stress pós-traumático. Adicionalmente, apontam para elevada frequência de doentes com Transtorno Conversivo que apresentam dor crónica.⁸ Com base nestas teorias, um grupo de investigadores conduziu um ensaio clínico de forma a testar o impacto de Programas Interdisciplinares de Reabilitação de Dor Crónica (*iCPRPs*), já estabelecidos e de eficácia comprovada, em doentes com Transtorno Conversivo.⁷⁷ Estes programas visam reestabelecer o funcionamento normal dos doentes com dor crónica refratária de origem não oncológica, através de uma intervenção física, médica e psicológica, desenvolvida por uma equipa multidisciplinar.⁷⁸⁻⁸¹ Em relação ao ensaio clínico, este reportou resultados extremamente positivos, tendo-se verificado uma melhoria significativa nos sintomas funcionais, bem como uma diminuição no uso de medicação (opióides e benzodiazepinas), na incapacidade e nos níveis de ansiedade, depressão e *stress* dos doentes. Estas observações clínicas sugerem o potencial benefício da utilização dos *iCPRPs* no tratamento de doentes com Transtorno Conversivo.⁷⁷

De facto, atualmente, já se encontram no ativo algumas clínicas multidisciplinares especializadas no tratamento do Transtorno Conversivo.^{13,36,46} Os fundamentos dos programas de reabilitação para a dor crónica (que já se encontram estabelecidos e mais comumente disponíveis para os doentes) poderão ser transponíveis e adaptados para as intervenções multidisciplinares destinadas ao Transtorno Conversivo.⁷⁷

Estimulação Transcranial Magnética

Nos últimos anos, outras modalidades terapêuticas têm suscitado interesse nos investigadores. Destas, destaca-se a Estimulação Transcranial Magnética (ETM), cujo potencial terapêutico se revela promissor, sobretudo para o subtipo motor do Transtorno Conversivo.^{8,11,15,32,37,39,54}

A EMT trata-se de um método seguro e não invasivo, capaz de induzir alterações na excitabilidade e conexão cerebrais. A longo prazo, estas mudanças podem gerar potenciação ou

depressão corticais que, por sua vez, podem conduzir a uma normalização da função cerebral.^{15,21,25,32,37} Em termos práticos, as sessões de EMT consistem na aplicação de estímulo, único ou repetitivo, sobre o córtex motor que, por sua vez, irá produzir movimento do membro afetado por ativação muscular.^{39,50,53,54}

A literatura atual revela que os mecanismos terapêuticos da EMT permanecem, ainda, incertos. A dúvida persiste se serão devido a neuromodulação cortical ou a um efeito cognitivo comportamental.^{17,25,32,39,54} Relativamente à primeira, vários autores sugerem que o restabelecimento da conectividade cerebral normal, pela ativação do córtex motor suprimido, será o responsável pela melhoria sintomática.^{39,50,82} Por outro lado, outros autores defendem que a duração do estímulo utilizado na EMT, na abordagem do Transtorno Conversivo, é insuficiente para produzir estas alterações no cérebro a longo prazo. Como tal, sugerem outras causas prováveis, nomeadamente, a reaprendizagem motora e a sugestão, a qual resulta da observação, pelo doente, da execução de um movimento normal, induzida pelo estímulo durante a sessão. Estes efeitos cognitivo comportamentais levarão a mudanças nas crenças e expectativas acerca da doença, auxiliando amplamente na recuperação do doente.^{21,54}

Atualmente, ainda não há evidência científica robusta que suporte a EMT como terapêutica eficaz. Dos estudos desenvolvidos, verifica-se uma heterogeneidade considerável em termos de qualidade, população alvo, metodologia e resultados avaliados. Não é, então, possível retirar conclusões acerca de que método levará a que a EMT, se eficaz, exerça um efeito terapêutico.^{8,32,37,53,83} Para contornar este obstáculo, os autores consideram que os achados positivos dos diversos ensaios clínicos devem servir de impulso para futuros estudos, de maiores dimensões e qualidade.^{15,37,53}

Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea

Outro método correlativo ao anterior já investigado trata-se da Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea (ENET). Este método pressupõe a emissão de impulsos elétricos de baixa voltagem sob a pele, de forma a estimular os nervos subjacentes. O seu mecanismo de ação e parâmetros ideais de utilização ainda não são totalmente conhecidos, porém, estudos sugerem que a ENET é responsável pela modulação da transmissão sensorial e motora no sistema nervoso central.^{24,84}

Na atualidade, a ENET é amplamente utilizada no tratamento de dor aguda ou crónica associada a várias doenças, cirurgia e parto. Adicionalmente, tem sido avaliado o seu efeito no tratamento de distúrbios do movimento, como distonia, tremor, mioclonia e discinesia, com alguns resultados positivos já demonstrados. Pelo seu efeito analgésico, acredita-se que poderá ser profícua no tratamento da dor incapacitante presente em doentes com Transtorno Conversivo, surgindo como alternativa à farmacoterapia usual.^{24,84}

Com base nestas evidências, um grupo de investigadores dedicou-se ao estudo dos efeitos da ENET em 19 doentes com distúrbio motor funcional. Verificaram-se melhorias significativas na incapacidade, persistência e magnitude dos sintomas. Para além disso, nos doentes com uma melhoria superior a 50% após a primeira sessão, constatou-se, aos 7 meses de *follow-up*, a ausência de movimentos anormais que se traduziu numa remissão quase completa ou completa em cerca de um quarto dos doentes.²⁴

Até à data, os estudos realizados nesta área revelam-se insignificantes em número, tratando-se de um método pouco explorado no que diz respeito ao tratamento do Transtorno Conversivo. No entanto, a ENET apresenta-se como uma potencial alternativa na abordagem desta doença, pelo que considero relevante a sua menção nesta dissertação.

Toxina Botulínica

A toxina botulínica é, hoje, aplicada como método terapêutico em indivíduos com distúrbios neurológicos severos do movimento, como distonia e tiques. Tal motivou certos investigadores a transporem o seu uso para o tratamento de doentes com a mesma sintomatologia, mas de origem funcional.^{18,70,74} Estes autores consideraram que esta substância poderia proporcionar remissão sintomática em doentes com baixa incapacidade ou auxiliar na redução sintomática de formas focais severas, sendo, nestes casos, utilizada como terapêutica adjuvante de outras intervenções, nomeadamente, psicoterapia e reabilitação física.^{18,74}

Salientam-se dois ensaios clínicos prospetivos relativos a esta temática.^{18,74} Um dos estudos avaliou a eficácia e segurança do uso de toxina botulínica versus placebo, a anteceder sessões de TCC, em doentes com distonia funcional. Todos os doentes mostraram reduções na severidade e duração dos sintomas e incapacidade associada, independentemente da substância administrada.

Assim, apenas a TCC terá sido eficaz nesta abordagem.⁷⁴ Em relação ao outro estudo, um grupo de doentes com tremores/espasmos funcionais crónicos recebeu injeções ou com toxina botulínica ou com placebo. No fim do tratamento, verificou-se que 60% de todos os doentes apresentaram melhoria clínica, não tendo sido encontradas diferenças significativas entre os dois grupos.¹⁸

Verifica-se, portanto, que estes dois estudos não conseguiram demonstrar vantagens no recurso a toxina botulínica. Ainda assim, os autores salientam a importância da realização de investigações adicionais que avaliem os possíveis benefícios desta substância em doentes com distúrbio motor funcional.^{18,74}

Conclusão

O Transtorno Conversivo é uma doença comum e incapacitante marcada por uma complexidade diagnóstica e terapêutica. Porém, através de uma abordagem precoce, multidisciplinar, empática e precisa associada à colaboração, aceitação e empenho do doente na sua recuperação, poderá ser possível a reversão dos sintomas funcionais.^{11,15,17}

A evolução do conhecimento científico e tecnológico proporcionou alguns progressos importantes no que diz respeito à compreensão dos mecanismos da doença e fatores neurobiológicos associados, à definição e estabelecimento do diagnóstico e à investigação de várias opções terapêuticas como potenciais abordagens eficazes.

No entanto, o conhecimento atual acerca do Transtorno Conversivo revela-se parco, sendo necessário prosseguir com investigações futuras na área. A questão de maior urgência continua a ser o diagnóstico e tratamento precoces. Portanto, é fundamental o desenvolvimento de mais ensaios clínicos randomizados (com protocolos terapêuticos e resultados a avaliar bem definidos e possíveis de replicar), a monitorização a longo prazo dos doentes, a educação dos profissionais de saúde acerca da patologia e, ainda, a otimização de fatores associados à adesão ao tratamento.^{11,17,30,85}

Em relação a este último tópico, verifica-se que os obstáculos ao tratamento poderão ser suficientes para impedir um progresso na recuperação dos doentes, mesmo com um plano terapêutico eficaz. Esses obstáculos podem envolver várias dimensões, destacando-se: a recusa do diagnóstico, a falta de apoio psicossocial, as despesas associadas ao tratamento, a carência e dificuldade no acesso a programas de reabilitação e clínicas especializadas e limitações associadas à psicoterapia.^{8,15,19,71} Na verdade, esta modalidade terapêutica e a doença mental surgem, muitas vezes, associadas a estigma. Noutros casos, o doente pode não ser capaz de compreender de que forma *triggers* psicológicos podem originar sintomas físicos ou, até mesmo, apresentar amnésia em relação a episódios traumáticos prévios, passíveis de estar na origem do Transtorno Conversivo. Tudo isto pode comprometer a adesão terapêutica e o benefício da psicoterapia.^{56,58}

A inexistência de *guidelines* que sustentem a abordagem adotada conduz a uma atmosfera de insegurança nos profissionais de saúde. Esta será acentuada nos casos em que os sintomas são

refratários ao tratamento. Estas circunstâncias podem levar à frustração do médico responsável, gerando dificuldades na relação médico-doente.

Pretendo frisar a importância do reconhecimento, compreensão e aceitação desta patologia pela comunidade médica em geral. Ainda que o Transtorno Conversivo seja, essencialmente, do âmbito da neurologia e psiquiatria, um doente com sintomas funcionais continua a poder apresentar outro tipo de patologia, pelo que os seus sintomas, globalmente, devem ser sempre validados e encarados com respeito. Penso que a máxima da perspetiva biopsicossocial, a qual defende que o doente tem de ser visto como “um todo”, deve ser precisamente aplicada neste tipo de doenças com componente físico e psicogénico. No futuro, espero que haja uma quebra destas barreiras de definição e segregação da mente e corpo, de forma que possamos ter uma visão mais integrada e completa do ser humano.

Finalmente, devemos enfatizar a necessidade de consultas multidisciplinares dedicadas a esta patologia, onde se incluam todos os profissionais que poderão ter responsabilidades na avaliação, tratamento e recuperação do doente: neurologistas, psiquiatras, psicólogos e fisioterapeutas.

Referências bibliográficas

1. Williams, I.A., S. Howlett, L. Levita, M. Reuber. Changes in Emotion Processing following Brief Augmented Psychodynamic Interpersonal Therapy for Functional Neurological Symptoms. *Behav Cogn Psychother*. 2018; 46(3): p. 350-366.
2. Jordbru, A., L. Smedstad, O. Klungsj r, E. Martinsen. Psychogenic gait disorder: A randomized controlled trial of physical rehabilitation with one-year follow-up. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2014; 46(2): p. 181-187.
3. American Psychiatric Association. Somatic Symptom and Related Disorders. In: A.P. Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. Arlington, VA: A.P. Association; 2013.
4. Stone, J., R. Smyth, A. Carson, C. Warlow, M. Sharpe. La belle indifférence in conversion symptoms and hysteria: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2006; 188: p. 204-209.
5. World Health Organization. *ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: tenth revision*. 2nd ed: W.H. Organization.; 2004.
6. Goldstein, L.H., J.D.C. Mellers. Chapter 46 - Psychologic treatment of functional neurologic disorders. In: M. Hallett, J. Stone, and A. Carson. *Handbook of Clinical Neurology*. Amsterdam: M. Hallett, J. Stone, and A. Carson; 2016.
7. Carson, A.J., R. Brown, A.S. David, R. Duncan, M.J. Edwards, L.H. Goldstein et al. Functional (conversion) neurological symptoms: research since the millennium. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 2012; 83(8): p. 842-850.
8. Tsui, P., A. Deptula, D.Y. Yuan. Conversion Disorder, Functional Neurological Symptom Disorder, and Chronic Pain: Comorbidity, Assessment, and Treatment. *Current Pain and Headache Reports*. 2017; 21(6): p. 29.
9. Mary A. O'Neal, M.D., M.D. Gaston Baslet. Treatment for Patients With a Functional Neurological Disorder (Conversion Disorder): An Integrated Approach. *American Journal of Psychiatry*. 2018; 175:4(4): p. 307-314.
10. Carson, A., A. Lehn. Epidemiology. In: M. Hallett, J. Stone, and A. Carson, Editors. *Handbook of Clinical Neurology*. 2016/10/11. Amsterdam: M. Hallett, J. Stone, and A. Carson, Editors; 2016.
11. Feinstein, A. Conversion Disorder. *Continuum (Minneapolis)*. 2018; 24(3, Behavioral neurology and psychiatry): p. 861-872.
12. Carson, A., J. Stone, C. Hibberd, G. Murray, R. Duncan, R. Coleman et al. Disability, distress and unemployment in neurology outpatients with symptoms 'unexplained by organic disease'. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 2011; 82(7): p. 810-813.

13. Glass, S.P., N. Matin, B. Williams, J. Mello, C.D. Stephen, S.S. Young et al. Neuropsychiatric Factors Linked to Adherence and Short-Term Outcome in a U.S. Functional Neurological Disorders Clinic: A Retrospective Cohort Study. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2018; 30(2): p. 152-159.
14. Gelauff, J., J. Stone. Prognosis of functional neurologic disorders. In: J.S. M. Hallett, and A. Carson, Editors. *Handbook of Clinical Neurology*. 2016/10/11. Amesterdão: J.S. M. Hallett, and A. Carson, Editors; 2016.
15. LaFaver, K. Treatment of Functional Movement Disorders. *Neurologic Clinics*. 2020; 38(2): p. 469-480.
16. Nielsen, G., M. Buszewicz, F. Stevenson, R. Hunter, K. Holt, M. Dudzic et al. Randomised feasibility study of physiotherapy for patients with functional motor symptoms. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2017; 88(6): p. 484-490.
17. Espay, A.J., S. Aybek, A. Carson, M.J. Edwards, L.H. Goldstein, M. Hallett et al. Current Concepts in Diagnosis and Treatment of Functional Neurological Disorders. *JAMA Neurol*. 2018; 75(9): p. 1132-1141.
18. Dreissen, Y.E.M., J.M. Dijk, J.M. Gelauff, E. Zoons, D. van Poppelen, M.F. Contarino et al. Botulinum neurotoxin treatment in jerky and tremulous functional movement disorders: a double-blind, randomised placebo-controlled trial with an open-label extension. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2019; 90(11): p. 1244-1250.
19. Czarnecki, K., J.M. Thompson, R. Seime, Y.E. Geda, J.R. Duffy, J.E. Ahlskog. Functional movement disorders: successful treatment with a physical therapy rehabilitation protocol. *Parkinsonism Relat Disord*. 2012; 18(3): p. 247-251.
20. Moene, F.C., P. Spinhoven, K.A. Hoogduin, R. van Dyck. A randomised controlled clinical trial on the additional effect of hypnosis in a comprehensive treatment programme for in-patients with conversion disorder of the motor type. *Psychother Psychosom*. 2002; 71(2): p. 66-76.
21. Garcin, B., E. Roze, F. Mesrati, E. Cognat, E. Fournier, M. Vidailhet et al. Transcranial magnetic stimulation as an efficient treatment for psychogenic movement disorders. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2013; 84(9): p. 1043-1046.
22. Nielsen, G., L. Ricciardi, B. Demartini, R. Hunter, E. Joyce, M.J. Edwards. Outcomes of a 5-day physiotherapy programme for functional (psychogenic) motor disorders. *J Neurol*. 2015; 262(3): p. 674-681.
23. Dallochio, C., M. Tinazzi, F. Bombieri, N. Arno, R. Erro. Cognitive Behavioural Therapy and Adjunctive Physical Activity for Functional Movement Disorders (Conversion Disorder): A Pilot, Single-Blinded, Randomized Study. *Psychother Psychosom*. 2016; 85(6): p. 381-383.
24. Joseph Ferrara, M.D., M.D. William Stamey, P.D. Adriana M. Strutt, M.D. Octavian R. Adam, M.D. Joseph Jankovic. Transcutaneous Electrical Stimulation (TENS) for Psychogenic

- Movement Disorders. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2011; 23:2.
25. Shah, B.B., R. Chen, M. Zurowski, L.V. Kalia, C. Gunraj, A.E. Lang. Repetitive transcranial magnetic stimulation plus standardized suggestion of benefit for functional movement disorders: an open label case series. *Parkinsonism Relat Disord*. 2015; 21(4): p. 407-412.
 26. Espay, A.J., M.J. Edwards, G.D. Oggioni, N. Phielipp, B. Cox, H. Gonzalez-Usigli et al. Tremor retraining as therapeutic strategy in psychogenic (functional) tremor. *Parkinsonism Relat Disord*. 2014; 20(6): p. 647-650.
 27. Edwards, M.J., R.A. Adams, H. Brown, I. Pareés, K.J. Friston. A Bayesian account of 'hysteria'. *Brain*. 2012; 135(Pt 11): p. 3495-3512.
 28. McKenzie, P., M. Oto, A. Russell, A. Pelosi, R. Duncan. Early outcomes and predictors in 260 patients with psychogenic nonepileptic attacks. *Neurology*. 2010; 74(1): p. 64-69.
 29. Yam, A., T. Rickards, C.A. Pawlowski, O. Harris, N. Karandikar, M.V. Yutsis. Interdisciplinary rehabilitation approach for functional neurological symptom (conversion) disorder: A case study. *Rehabil Psychol*. 2016; 61(1): p. 102-111.
 30. Kranick, S., V. Ekanayake, V. Martinez, R. Ameli, M. Hallett, V. Voon. Psychopathology and psychogenic movement disorders. *Mov Disord*. 2011; 26(10): p. 1844-1850.
 31. McCormack, R., J. Moriarty, J.D. Mellers, P. Shotbolt, R. Pastena, N. Landes et al. Specialist inpatient treatment for severe motor conversion disorder: a retrospective comparative study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2013; 85(8): p. 895-900.
 32. Gelauff, J.M., Y.E. Dreissen, M.A. Tijssen, J. Stone. Treatment of functional motor disorders. *Curr Treat Options Neurol*. 2014; 16(4): p. 286.
 33. Nielsen, G., J. Stone, M.J. Edwards. Physiotherapy for functional (psychogenic) motor symptoms: a systematic review. *J Psychosom Res*. 2013; 75(2): p. 93-102.
 34. Bullock, K., A.S. Won, J. Bailenson, R. Friedman. Virtual Reality-Delivered Mirror Visual Feedback and Exposure Therapy for FND: A Midpoint Report of a Randomized Controlled Feasibility Study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2020; 32(1): p. 90-94.
 35. LaFrance, W.C., G.I. Keitner, G.D. Papandonatos, A.S. Blum, J.T. Machan, C.E. Ryan et al. Pilot pharmacologic randomized controlled trial for psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology*. 2010; 75(13): p. 1166-1173.
 36. Jacob, A.E., C.A. Smith, M.E. Jablonski, A.R. Roach, K.M. Paper, D.L. Kaelin et al. Multidisciplinary clinic for functional movement disorders (FMD): 1-year experience from a single centre. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2018; 89(9): p. 1011-1012.

37. Pollak, T.A., T.R. Nicholson, M.J. Edwards, A.S. David. A systematic review of transcranial magnetic stimulation in the treatment of functional (conversion) neurological symptoms. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2014; 85(2): p. 191-197.
38. Freud, S. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud Volume II: Estudos sobre a Histeria (1893-1899). Rio de Janeiro:Imago; 2019.
39. Taib, S., F. Ory-Magne, C. Brefel-Courbon, Y. Moreau, C. Thalamas, C. Arbus et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation for functional tremor: A randomized, double-blind, controlled study. *Mov Disord*. 2019; 34(8): p. 1210-1219.
40. Voon, V., C. Brezing, C. Gallea, R. Ameli, K. Roelofs, W.C. LaFrance, Jr. et al. Emotional stimuli and motor conversion disorder. *Brain*. 2010; 133(Pt 5): p. 1526-1536.
41. Hallett, M. The most promising advances in our understanding and treatment of functional (psychogenic) movement disorders. *Parkinsonism Relat Disord*. 2018; 46 Suppl 1(Suppl 1): p. S80-S82.
42. Burke, M.J., O. Ghaffar, W.R. Staines, J. Downar, A. Feinstein. Functional neuroimaging of conversion disorder: the role of ancillary activation. *Neuroimage Clin*. 2014; 6: p. 333-339.
43. Espay, A.J., S. Ries, T. Maloney, J. Vannest, E. Neefus, A.K. Dwivedi et al. Clinical and neural responses to cognitive behavioral therapy for functional tremor. *Neurology*. 2019; 93(19): p. e1787-e1798.
44. Goldstein, L.H., E.J. Robinson, J.D.C. Mellers, J. Stone, A. Carson, M. Reuber et al. Cognitive behavioural therapy for adults with dissociative seizures (CODES): a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*. 2020; 7(6): p. 491-505.
45. Dallochio, C., C. Arbasino, C. Klersy, E. Marchioni. The effects of physical activity on psychogenic movement disorders. *Mov Disord*. 2010; 25(4): p. 421-425.
46. Aybek, S., S.C. Lidstone, G. Nielsen, L. MacGillivray, C.L. Bassetti, A.E. Lang et al. What Is the Role of a Specialist Assessment Clinic for FND? Lessons From Three National Referral Centers. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2020; 32(1): p. 79-84.
47. Hubschmid, M., S. Aybek, G.E. Maccaferri, O. Chocron, M.M. Gholamrezaee, A.O. Rossetti et al. Efficacy of brief interdisciplinary psychotherapeutic intervention for motor conversion disorder and nonepileptic attacks. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015; 37(5): p. 448-455.
48. Kranick, S.M., T. Gorrindo, M. Hallett. Psychogenic movement disorders and motor conversion: a roadmap for collaboration between neurology and psychiatry. *Psychosomatics*. 2011; 52(2): p. 109-116.
49. Nielsen, G., J. Stone, A. Matthews, M. Brown, C. Sparkes, R. Farmer et al. Physiotherapy for functional motor disorders: a consensus recommendation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2015; 86(10): p. 1113-1119.

50. Chastan, N., D. Parain. Psychogenic paralysis and recovery after motor cortex transcranial magnetic stimulation. *Mov Disord.* 2010; 25(10): p. 1501-1504.
51. Chen, D.K., A. Maheshwari, R. Franks, G.C. Trolley, J.S. Robinson, R.A. Hrachovy. Brief group psychoeducation for psychogenic nonepileptic seizures: a neurologist-initiated program in an epilepsy center. *Epilepsia.* 2014; 55(1): p. 156-166.
52. Thompson, N., L. Connelly, J. Peltzer, W.J. Nowack, E. Hamera, E.E. Hunter. Psychogenic nonepileptic seizures: a pilot study of a brief educational intervention. *Perspect Psychiatr Care.* 2013; 49(2): p. 78-83.
53. Pick, S., J. Hodsoll, B. Stanton, A. Eskander, I. Stavropoulos, K. Samra et al. Trial Of Neurostimulation In Conversion Symptoms (TONICS): a feasibility randomised controlled trial of transcranial magnetic stimulation for functional limb weakness. *BMJ Open.* 2020; 10(10): p. e037198.
54. Garcin, B., F. Mesrati, C. Hubsch, T. Mauras, I. Iliescu, L. Naccache et al. Impact of Transcranial Magnetic Stimulation on Functional Movement Disorders: Cortical Modulation or a Behavioral Effect? *Front Neurol.* 2017; 8: p. 338.
55. Kawakita, K., K. Okada. Acupuncture therapy: mechanism of action, efficacy, and safety: a potential intervention for psychogenic disorders? *BioPsychoSocial Medicine.* 2014; 8:4.
56. Tolchin, B., G. Baslet, J. Suzuki, S. Martino, H. Blumenfeld, L.J. Hirsch et al. Randomized controlled trial of motivational interviewing for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia.* 2019; 60(5): p. 986-995.
57. Hingray, C., W. El-Hage, R. Duncan, D. Gigineishvili, K. Kanemoto, W.C. LaFrance, Jr. et al. Access to diagnostic and therapeutic facilities for psychogenic nonepileptic seizures: An international survey by the ILAE PNES Task Force. *Epilepsia.* 2018; 59(1): p. 203-214.
58. Sharma, V.D., R. Jones, S.A. Factor. Psychodynamic Psychotherapy for Functional (Psychogenic) Movement Disorders. *J Mov Disord.* 2017; 10(1): p. 40-44.
59. Metin, S.Z., M. Ozmen, B. Metin, S. Talasman, S.N. Yeni, C. Ozkara. Treatment with group psychotherapy for chronic psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav.* 2013; 28(1): p. 91-94.
60. M. Sharpe, M., M. J. Walker, M. C. Williams, P. J. Stone, M. J. Cavanagh, P. G. Murray et al. Guided self-help for functional (psychogenic) symptoms: A randomized controlled efficacy trial. *Neurology.* 2011.
61. Richardson, M., M. Kleinstäuber, D. Wong. Nocebo-Hypothesis Cognitive Behavioral Therapy (NH-CBT) for Persons With Functional Neurological Symptoms (Motor Type): Design and Implementation of a Randomized Active-Controlled Trial. *Frontiers in neurology.* 2020; 11.

62. Goldstein, L.H., T. Chalder, C. Chigwedere, M.R. Khondoker, J. Moriarty, B.K. Toone et al. Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: A pilot RCT. *Neurology*. 2010; 74(24).
63. LaFrance, W.C., Jr., W.L.N. Ho, A. Bhatla, G.L. Baird, H.H. Altalib, L. Godleski. Treatment of psychogenic nonepileptic seizures (PNES) using video telehealth. *Epilepsia*. 2020; 61(11): p. 2572-2582.
64. Kompoliti, K., B. Wilson, G. Stebbins, B. Bernard, V. Hinson. Immediate vs. delayed treatment of psychogenic movement disorders with short term psychodynamic psychotherapy: randomized clinical trial. *Parkinsonism Relat Disord*. 2014; 20(1): p. 60-63.
65. Mayor, R., S. Howlett, R. Grunewald, M. Reuber. Long-term outcome of brief augmented psychodynamic interpersonal therapy for psychogenic nonepileptic seizures: seizure control and health care utilization. *Epilepsia*. 2010; 51(7): p. 1169-1176.
66. Howlett, S., M. Reuber. An augmented model of brief psychodynamic interpersonal therapy for patients with nonepileptic seizures. *Psychotherapy (Chic)*. 2009; 46(1): p. 125-138.
67. Deeley, Q. Hypnosis as therapy for functional neurologic disorders. In: J.S. M. Hallett, and A. Carson, Editors. *Handbook of Clinical Neurology*. 2016/10/11. Amsterdam: J.S. M. Hallett, and A. Carson, Editors; 2016.
68. Moene, F.C., P. Spinhoven, K.A. Hoogduin, R. van Dyck. A randomized controlled clinical trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor type. *Int J Clin Exp Hypn*. 2003; 51(1): p. 29-50.
69. Nicholson, T.R., S. Aybek, T. Craig, T. Harris, W. Wojcik, A.S. David et al. Life events and escape in conversion disorder. *Psychol Med*. 2016; 46(12): p. 2617-2626.
70. Cocco, A., A. Albanese. Recent developments in clinical trials of botulinum neurotoxins. *Toxicon*. 2018; 147: p. 77-83.
71. Maggio, J.B., J.P. Ospina, J. Callahan, A.L. Hunt, C.D. Stephen, D.L. Perez. Outpatient Physical Therapy for Functional Neurological Disorder: A Preliminary Feasibility and Naturalistic Outcome Study in a U.S. Cohort. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2020; 32(1): p. 85-89.
72. Edwards, M.J., J. Stone, G. Nielsen. Physiotherapists and patients with functional (psychogenic) motor symptoms: a survey of attitudes and interest. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2012; 83(6): p. 655-658.
73. Demartini, B., A. Batla, P. Petrochilos, L. Fisher, M.J. Edwards, E. Joyce. Multidisciplinary treatment for functional neurological symptoms: a prospective study. *J Neurol*. 2014; 261(12): p. 2370-2377.

74. Vizcarra, J.A., J.R. Lopez-Castellanos, A.K. Dwivedi, D.A. Schmerler, S. Ries, A.J. Espay. OnabotulinumtoxinA and cognitive behavioral therapy in functional dystonia: A pilot randomized clinical trial. *Parkinsonism Relat Disord.* 2019; 63: p. 174-178.
75. Richardson, M., G. Isbister, B. Nicholson. A Novel Treatment Protocol (Nocebo Hypothesis Cognitive Behavioural Therapy; NH-CBT) for Functional Neurological Symptom Disorder/Conversion Disorder: A Retrospective Consecutive Case Series. *Behav Cogn Psychother.* 2018; 46(4): p. 497-503.
76. Saifee, T.A., P. Kassavetis, I. Parees, M. Kojovic, L. Fisher, L. Morton et al. Inpatient treatment of functional motor symptoms: a long-term follow-up study. *J Neurol.* 2012; 259(9): p. 1958-1963.
77. Jimenez, X.F., A. Aboussouan, J. Johnson. Functional Neurological Disorder Responds Favorably to Interdisciplinary Rehabilitation Models. *Psychosomatics.* 2019; 60(6): p. 556-562.
78. Stanos, S. Focused Review of Interdisciplinary Pain Rehabilitation Programs for Chronic Pain Management. *Current Pain and Headache Reports.* 2012; 16(2): p. 147-152.
79. Scheman, J., K. Hadlandsyth, L. Cummings, E. Benzel. Successful treatment of lumbar stenosis-related disability in a comprehensive chronic pain rehabilitation program. *World Spinal Column Journal.* 2015; 6(2): p. 75-78.
80. Aboussouan, A., K. Martincin, K. Huffman. (534) Chronic pelvic pain is effectively treated in an interdisciplinary chronic pain rehabilitation program. *The Journal of Pain.* 2016; 17(4, Supplement): p. S108.
81. Zheng, Y., S.J. Tepper, E.C. Covington, M. Mathews, J. Scheman. Retrospective outcome analyses for headaches in a pain rehabilitation interdisciplinary program. *Headache.* 2014; 54(3): p. 520-527.
82. Nicholson, T.R.J., V. Voon. Transcranial magnetic stimulation and sedation as treatment for functional neurologic disorders. In: J.S. M. Hallett, and A. Carson, Editors. *Handbook of Clinical Neurology.* 2016/10/11. Amestardão: J.S. M. Hallett, and A. Carson, Editors; 2016.
83. Nicholson, T.R., A. Carson, M.J. Edwards, L.H. Goldstein, M. Hallett, B. Mildon et al. Outcome Measures for Functional Neurological Disorder: A Review of the Theoretical Complexities. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2020; 32(1): p. 33-42.
84. Johnson, M.I. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) as an adjunct for pain management in perioperative settings: a critical review. *Expert Rev Neurother.* 2017; 17(10): p. 1013-1027.
85. Ganslev, C.A., O.J. Storebo, H.E. Callesen, R. Ruddy, U. Sogaard. Psychosocial interventions for conversion and dissociative disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020; 7: p. CD005331.