

# BMJ Best Practice

## Transtornos de conversão e de sintomas somáticos

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Fundamentos</b>	<b>4</b>
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	5
Fisiopatologia	5
Classificação	6
<b>Prevenção</b>	<b>8</b>
Prevenção primária	8
Prevenção secundária	8
<b>Diagnóstico</b>	<b>9</b>
Caso clínico	9
Abordagem passo a passo do diagnóstico	9
Fatores de risco	14
Anamnese e exame físico	15
Exames diagnóstico	18
Diagnóstico diferencial	19
Critérios de diagnóstico	26
<b>Tratamento</b>	<b>28</b>
Abordagem passo a passo do tratamento	28
Visão geral do tratamento	33
Opções de tratamento	35
Novidades	56
<b>Acompanhamento</b>	<b>57</b>
Recomendações	57
Complicações	57
Prognóstico	58
<b>Diretrizes</b>	<b>59</b>
Diretrizes de tratamento	59
<b>Recursos online</b>	<b>60</b>
<b>Nível de evidência</b>	<b>61</b>
<b>Referências</b>	<b>65</b>
<b>Imagens</b>	<b>74</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>75</b>

## Resumo

- ◇ Transtornos de conversão e de sintomas somáticos são categorizados como sintomas somáticos e transtornos relacionados, anteriormente chamados de transtornos somatoformes.
- ◇ Sintomas somáticos e transtornos relacionados são condições psiquiátricas em que os pacientes apresentam sintomas físicos aflitivos que não são totalmente explicados por outros transtornos médicos, neurológicos ou psiquiátricos, bem como pensamentos, sentimentos ou comportamentos anormais em resposta a esses sintomas. Eles podem resultar de estresse psicológico expresso somaticamente de forma inconsciente (sem consciência), embora a causa subjacente não seja completamente compreendida.
- ◇ Os fatores de risco incluem sexo feminino, história de abuso ou eventos adversos na infância e traços de personalidade com alexitimia (dificuldade de expressar emoções) ou neuroticismo. Sintomas que persistem com um foco externo de controle, e sem consciência da interação psicológica e relacionada ao estresse, podem causar comprometimento funcional e sofrimento consideráveis.
- ◇ O diagnóstico é feito por entrevista clínica, observação comportamental e exame físico sugestivo de causas pseudoneurológicas, e exames para se descartarem causas médicas ou neurológicas. O diagnóstico não deve ser feito puramente com base nos sintomas clinicamente inexplicáveis; em vez disso, ele deve ser baseado em evidências do exame clínico e nos pensamentos, sentimentos e comportamentos anormais do paciente em resposta a sintomas clinicamente inexplicados.
- ◇ O bom relacionamento entre médico e paciente é essencial para o manejo eficaz. O tratamento inclui terapia cognitivo-comportamental e evitação de medicamentos, exames e procedimentos desnecessários. O diagnóstico e o tratamento de condições psiquiátricas comórbidas associadas beneficiam o funcionamento geral e a recuperação.
- ◇ O manejo em longo prazo envolve interromper os fatores perpetuantes, manter o mesmo médico e oferecer estratégias para autoeficácia, tolerância a sofrimentos, enfrentar e modular a interação de ansiedade, estresse e sintomas físicos.

## Definição

Transtornos de conversão e de sintomas somáticos são condições psiquiátricas que se enquadram na categoria de sintomas somáticos e transtornos relacionados do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5). Sintomas somáticos e transtornos relacionados são aqueles com sintomas físicos aflitivos não totalmente explicados por outros transtornos médicos, neurológicos ou psiquiátricos (também conhecidos como somatização).

O transtorno de conversão é caracterizado por deficits da função sensitiva ou motora voluntárias que sugerem condições neurológicas ou médicas, mas, em vez disso, são associados a achados clínicos não compatíveis com tais condições. O transtorno de sintomas somáticos é caracterizado por um ou mais sintomas somáticos aflitivos ou que resultam em perturbação significativa da rotina diária. Para satisfazer os critérios do DSM-5, esses pacientes devem ter pensamentos, sentimentos ou comportamentos relacionados aos sintomas somáticos ou associados a preocupações de saúde em excesso, conforme manifestados por ao menos um dos seguintes: pensamentos desproporcionais e persistentes sobre a gravidade de seus sintomas; níveis de ansiedade acerca de saúde ou sintomas persistentemente altos; excesso de tempo ou energia dedicados a esses sintomas ou problemas de saúde. É importante ressaltar que, mesmo que algum sintoma somático não esteja presente continuamente, o estado sintomático é persistente (geralmente mais de 6 meses).

## Epidemiologia

Uma forte predominância feminina (cerca de 75%) é observada consistentemente em transtorno de conversão e transtorno de sintomas somáticos.<sup>[5] [8] [9] [10]</sup> Uma grande proporção de pacientes (homens e mulheres) também preenche os critérios de outro transtorno psiquiátrico.

### Transtorno de conversão

- A incidência foi estimada em 5 a 22 por 100,000 nas populações dos EUA e da Europa em geral.<sup>[11]</sup>
- Evidências dos EUA e Reino Unido sugerem que aproximadamente 10% dos pacientes encaminhados a clínicas ambulatoriais de neurologia têm somente sintomas clinicamente inexplicados;<sup>1[B]Evidence</sup> que tremor psicogênico, distonia, mioclonia e parkinsonismo ocorrem em 2% a 3% dos pacientes avaliados em clínicas neurológicas especializadas;<sup>2[C]Evidence</sup> que cerca de 20% dos pacientes com epilepsia intratável têm convulsões não epiléticas psicogênicas (CNEPs);<sup>3[B]Evidence</sup> que a CNEP tem uma prevalência nos EUA de 2 a 33 por 100,000;<sup>4[B]Evidence</sup> e que até 18% dos pacientes com epilepsia têm CNEP coexistente.<sup>5[B]Evidence</sup>
- Os sintomas podem se desenvolver em qualquer idade, sendo mais comuns no início e no meio da fase adulta. Embora o transtorno seja geralmente considerado raro na faixa etária pediátrica, um estudo nacional de controle na Austrália relatou uma incidência de 2.3 a 4.2 por 100,000 nas crianças <16 anos de idade.<sup>[16]</sup>
- Evidências sugerem que apenas cerca de 4% dos pacientes com diagnóstico de transtorno de conversão desenvolverão doença neurológica somática.<sup>6[B]Evidence</sup>

### Transtorno de sintomas somáticos

- 10% a 15% dos pacientes de atenção primária apresentam múltiplos sintomas inexplicados que persistem por >2 anos

- A prevalência do transtorno de sintomas somáticos não é conhecida, mas pode estar em cerca de 5% a 7%.<sup>[1]</sup>

## Etiologia

Conflito ou estresse intrapsíquico (emocional/psicológico) crônico e/ou agudo, em combinação com deficits de processamento emocional,<sup>[18]</sup> tendências a evitação ou tabus sociais, culturais ou familiares contra a expressão emocional, parece ser importante na etiologia da somatização.<sup>[19]</sup> Atitudes sociais em que as pessoas que demonstram sofrimento psíquico são menos toleradas que as fisicamente doentes também podem reforçar a somatização.<sup>[20]</sup>

Cognitivamente, distúrbios de atenção e controle por meio de dissociação, atribuição incorreta e interpretação errônea provavelmente contribuem para sintomas de transtorno de conversão e de sintomas somáticos.<sup>[21]</sup>

## Fisiopatologia

### Transtorno de conversão

- O mecanismo de produção dos sintomas é inconsciente e acredita-se amplamente que envolva dissociação.<sup>7[B]Evidence</sup> No entanto, outros fatores psicológicos, sociais e iatrogênicos podem perpetuar os sintomas.
- O mecanismo não está totalmente estabelecido, mas estudos funcionais de neuroimagem sugerem que há disrupções nos circuitos neurais que ligam vontade, movimento e percepção.<sup>[23] [24] 8[C]Evidence</sup> Maior conectividade funcional de regiões límbicas com regiões preparatórias motoras em pacientes com transtorno de conversão pode explicar por que o estresse fisiológico ou psicológico pode desencadear sintomas de conversão.<sup>[26] [27]</sup> É importante notar que o mecanismo da paralisia de conversão não ocorre por meio de inibição consciente, mas parece afetar regiões e circuitos do cérebro envolvidos na autorrepresentação, no controle emocional e processamento emocional e motor.<sup>[28] [29]</sup> A redução na "sinalização autorregressiva (feedforward)" associada à intenção motora pode contribuir para a percepção de sintomas involuntários.<sup>[30]</sup>
- Pacientes com dissociação também apresentam perturbação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, que pode resultar de estresse crônico.<sup>9[B]Evidence</sup>
- Um modelo biopsicossocial envolvendo fatores predisponentes, precipitantes, perpetuantes e desencadeantes é uma conceitualização útil.<sup>[32]</sup>

### Somatização

- Pode surgir de amplificações sensoriais generalizadas de sintomas corporais envolvendo a ínsula.<sup>[33]</sup> Evidências preliminares de neuroimagem sugerem aumento da atividade de regiões límbicas em resposta a estímulos dolorosos.<sup>[34]</sup>
- A amplificação somática pode ocorrer quando os sistemas de citocina do cérebro previamente sensibilizado são reativados por trauma infeccioso ou não infeccioso.<sup>10[C]Evidence</sup>
- As citocinas que agem no cérebro provavelmente estão envolvidas em uma variedade de comportamentos da doença.<sup>[36]</sup> A ativação crônica do sistema imunológico em resposta ao estresse pode sensibilizar a resposta da citocina.
- A sensibilização central pode ter um papel importante na produção dos sintomas e pode ser um modelo fisiopatológico útil para saber como os sintomas se desenvolvem.<sup>[37]</sup>

# Classificação

## Sintomas somáticos e transtornos relacionados do DSM-5

Incluem transtorno de sintomas somáticos, transtorno de ansiedade com doenças, transtorno de conversão, fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, transtorno factício, transtorno factício imposto em outro (transtorno previamente factício por procuração), outro sintoma somático especificado e transtorno relacionado e sintoma somático não especificado e transtorno relacionado.[1]

Anteriormente, os transtornos somatoformes do DSM-IV-TR incluíam transtorno de conversão, transtorno de somatização, transtorno somatoforme não diferenciado, transtorno de dor, hipocondria, transtorno dismórfico do corpo e transtorno somatoforme sem outra especificação.[2]

No DSM-5, o transtorno de somatização foi alterado para transtorno de sintomas somáticos, que apresenta critérios diagnósticos menos rigorosos. Anteriormente, para satisfazer os critérios DSM-IV-TR para um diagnóstico de transtorno de somatização, os sintomas tinham que se iniciar antes dos 30 anos de idade e incluir: quatro sintomas dolorosos (por exemplo, no abdome, costas, articulações, durante a menstruação, durante a relação sexual, durante a micção); dois sintomas GI (por exemplo, náuseas, distensão abdominal, vômitos, diarreia, intolerância alimentar); um sintoma sexual ou reprodutivo sem dor (por exemplo, indiferença sexual, disfunção erétil ou ejaculatória, menstruação irregular, excesso de sangramento menstrual, vômitos durante toda a gestação); e um sintoma pseudoneurológico (por exemplo, comprometimento da coordenação ou do equilíbrio, paralisia, fraqueza localizada, dificuldade na deglutição, nó na garganta, afonia, retenção urinária, alucinações, perda da sensação de toque ou dor, visão dupla, cegueira, surdez, convulsões, amnésia, perda da consciência).

No DSM-IV-TR, o diagnóstico de transtorno de conversão exigia que os sintomas tivessem sido precedidos por conflitos ou estressores na vida do paciente. No DSM-5, não é necessária uma relação temporal entre conflitos ou estressores e sintomas de transtorno de conversão para fazer o diagnóstico.

## Transtorno de conversão (transtorno de sintoma neurológico funcional)

Geralmente monossintomáticos envolvendo o sistema nervoso voluntário. Os sintomas têm aspectos neurológicos; o diagnóstico não requer a exclusão positiva de simulação.[1] Embora a expressão "la belle indifference" (demonstração de aparente falta de preocupação com os sintomas) seja descrita classicamente, muitas vezes os sintomas são aflitivos para o paciente, bem como incapacitantes em termos físicos, sociais e ocupacionais.[3] É comum o transtorno de conversão se apresentar às clínicas especializadas em neurologia com sintomas neurológicos distintos; achados clínicos trazem evidência de incompatibilidade entre o sintoma e as condições neurológicas ou médicas reconhecidas.[1] Ele pode ser subdiagnosticado, devido à preocupação de que causas somáticas não tenham sido percebidas.

## Transtorno de sintomas somáticos

Historicamente, acredita-se que a somatização seja resultado de estresse psicológico expresso somaticamente de modo inconsciente. Muitas vezes, há mínima conscientização de, ou atenção para, emoções ou sentimentos que não sejam de sofrimento em relação aos sintomas somáticos em si. Ele é representado por sintomas físicos persistentes e que podem afetar qualquer sistema de órgãos. Os pacientes com transtorno de sintomas somáticos geralmente buscam tratamento de profissionais de atenção primária.



## Outros sintomas somáticos especificados e transtornos relacionados

Aplica-se a "casos em que há predomínio dos sintomas característicos de sintomas somáticos e transtornos relacionados que causam sofrimento clinicamente significativo ou comprometimento social, ocupacional ou de outras áreas de funcionamento, mas não preenchem todos os critérios de nenhum dos transtornos na classe diagnóstica de sintomas somáticos e transtornos relacionados".[1]

## Sintomas somáticos não especificado e transtornos relacionados

Nesta categoria, "há predomínio de sintomas característicos de sintomas somáticos e transtornos relacionados que causam sofrimento clinicamente significativo ou comprometimento de outras áreas de funcionamento, mas não preenchem todos os critérios de nenhum dos transtornos na classe diagnóstica de sintomas somáticos e transtornos relacionados. A categoria de sintomas somáticos não especificados e transtornos relacionados não deve ser usada, a menos que haja situações decididamente incomuns em que haja informações insuficientes para fazer um diagnóstico mais específico."[1]

## Comorbidades

Os diagnósticos comórbidos típicos incluem transtornos de humor, transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do estresse pós-traumático, transtornos dissociativos, fobias sociais ou específicas, transtornos obsessivo-compulsivos e transtornos de personalidade.[4] [5] [6] Parentes próximos com doença psiquiátrica ou somática grave também são comuns.[4]

## Prevenção primária

Não existem medidas de prevenção primária demonstradas. No entanto, evitar o abuso infantil e traumas no desenvolvimento pode eliminar um importante fator de risco ambiental conhecido para os transtornos de conversão e de somatização. Do mesmo modo, assegurar os vínculos, a validação do sofrimento e a facilitação das habilidades de processamento emocional durante a infância pode prevenir a somatização em resposta à percepção de sintomas físicos.

## Prevenção secundária

Inclui:

- Limitar exames e procedimentos
- Incentivar exercícios físicos graduais
- Incentivar participação gradualmente maior em atividades da vida diária (trabalho, casa, escola)
- Incentivar uma boa higiene do sono.



## Caso clínico

### Caso clínico #1

Uma mulher de 21 anos de idade se apresenta ao pronto-socorro com episódio agudo de espasmos corporais no lado esquerdo após um pequeno acidente no qual ela bateu a cabeça. O exame físico, as investigações laboratoriais e os estudos de imagem estão normais. Nas semanas seguintes, ele começa a ter episódios de movimentos no corpo inteiro. Na semana anterior ao início dos sintomas, seu namorado (para quem ela também trabalhava) terminou o relacionamento, e ela teve um conflito com seus pais. Posteriormente, ela e o namorado se reconciliaram. Não há nenhuma história relatada de abuso, mas há uma dinâmica familiar de altas expectativas em relação à paciente. O exame neurológico e o eletroencefalograma (EEG) durante um episódio típico estão normais.

### Caso clínico #2

Uma mulher casada de 35 anos de idade busca tratamento para dor pélvica. Na análise dos sistemas, ela relata diversos anos de vários sintomas, inclusive problemas gastrointestinais (constipação, dor abdominal, náuseas e vômitos), cefaleias, vulvodinia, fadiga, dores em todo o corpo, parestesias e diversas sensibilidades a fatores ambientais e medicamentos. Ela esteve no pronto-socorro em diversas ocasiões e já tinha sido internada no hospital devido a sintomas gastrointestinais persistentes. Ampla investigação gastrointestinal, exames laboratoriais e laparoscopia para descartar endometriose não foram conclusivos. Ela relata uma infância estressante, com um pai alcoólico e abuso sexual por parte do avô.

### Outras apresentações

Também há casos de pacientes do sexo masculino, de meia-idade e mais velhos, com transtornos de conversão, sintomas somáticos e transtornos relacionados, embora isso seja menos comum. É importante notar que esses transtornos podem coexistir com outras condições clínicas e neurológicas. Experiências traumáticas anteriores relacionadas à saúde (por exemplo, infarto do miocárdio, câncer) em um paciente com ansiedade alta acerca de doenças estão associadas ao desenvolvimento de somatização.[7]

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

É importante estabelecer uma conexão com os pacientes, demonstrando-se interesse e preocupação genuínos;[47] também é vital um exame físico e neurológico completo buscando-se evidência de sinais fisiológicos ou pseudoneurológicos. É necessária avaliação para condições psiquiátricas comórbidas associadas, pois o tratamento dessas comorbidades beneficia o funcionamento global e a recuperação. Devem-se considerar os diagnósticos diferenciais completos, incluindo explicações biológicas, psicológicas e sociais. Os transtornos de conversão ou de sintomas somáticos devem ser incluídos nos diagnósticos diferenciais antes de se proceder com a investigação, e não após exames médicos para descartar outros problemas clínicos. Deve-se explicar que os resultados normais dos exames não significam que nada está errado, mas que outras doenças preocupantes foram descartadas ou que, às vezes, podem ser encontradas anormalidades que são clinicamente insignificantes. Os exames médicos são usados de

maneira conscienciosa, mas, à apresentação inicial, os pacientes devem receber testes laboratoriais para descartar os diagnósticos diferenciais somáticos. Por outro lado, como a maioria dos sintomas clínicos não explicáveis são autolimitados, há evidências de que um período de vigilância ativa por quatro semanas antes de se solicitar exames laboratoriais seja viável e limite o estresse e os custos associados a resultados falso-positivos.[48] A avaliação neuropsicológica geralmente inclui testes cognitivos e de personalidade, mas não é necessária para todos os pacientes.

## Fatores históricos

Prestar atenção a como os pacientes relatam suas histórias ajudará a orientar o diagnóstico e apontará para fatores de risco comuns de alexitimia (dificuldade de identificar e descrever sentimentos)<sup>14[B]Evidence</sup> e neuroticismo (tendências para vivenciar afetos negativos e sofrimento ao longo da vida).<sup>15[B]Evidence</sup> Problemas de processamento emocional são típicos de ambos os transtornos, seja por conta de uma incapacidade de reconhecer as emoções ou de uma tendência a suprimir e evitar emoções, ou devido a alto neuroticismo e reatividade emocional.

- O médico deve considerar se os pacientes descrevem sintomas específicos em detalhes ou se eles se concentram em como os sintomas têm afetado sua qualidade de vida.
- A apresentação de pacientes com somatização pode ser vaga, dramática ou estranha.[20]

Também é importante questionar sobre estressores recentes e remotos, além de transtornos relacionados a trauma.

- Estressores recentes que são fatores precipitantes típicos do transtorno de conversão incluem sofrimento psíquico, excesso de trabalho, fadiga, traumas menores ou acidentes e a morte de entes queridos. Contudo, um conflito ou um estressor precipitante claro precedendo o início dos sintomas nem sempre está aparente, não sendo mais necessário para fazer o diagnóstico de transtorno de conversão.[1]
- Em ambos os transtornos, os sintomas podem ser perpetuados por falta de diagnóstico concreto, excesso de exames que aumentem os focos somáticos e ganho secundário, como ganho monetário por meio de auxílio-invalidez, licença do trabalho ou proteção por membros da família ou amigos. A combinação desses fatores predisponentes, precipitantes e perpetuantes pode causar dificuldade contínua no manejo e na resolução do transtorno.[49] [50] [32]
- História de abuso sexual ou físico (ocorrendo geralmente na infância) é relatada com frequência em casos de transtorno de conversão e transtorno de sintomas somáticos (50% a 75% dos pacientes).[38] [39] [40]
- Traumas sofridos na infância foram associados a transtorno de conversão e transtorno de sintomas somáticos.[39] [41] Testemunhar violência doméstica pode ser mentalmente prejudicial à estabilidade posterior da saúde mental,<sup>11[B]Evidence</sup> e a exposição a agressão verbal pode estar associada até mesmo a anormalidades na integridade dos tratos da substância branca.<sup>12[C]Evidence</sup> Evidências também sugerem uma associação entre transtorno de conversão e disfunção familiar instigada pela mãe.<sup>13[C]Evidence</sup>
- O trauma pode induzir transtorno do estresse pós-traumático, transtorno dissociativo e/ou transtorno do estresse agudo, que podem estar associados ao transtorno de sintomas somáticos ou de conversão.

O transtorno de sintomas somáticos pode começar sem nenhum precipitante isolado, e os pacientes demonstram vários comportamentos típicos da doença. Isto inclui comportamento em resposta à indisposição que visa a aliviar sintomas de doenças e isso resulta em concentração da atenção em doenças (por exemplo, consultar médicos ou ir a prontos-socorros, evitar fatores ambientais percebidos

como desencadeantes e ajustar o estilo de vida para se prevenir contra doenças. Há excesso de tempo e energia dedicados a sintomas somáticos ou a problemas de saúde. Embora qualquer dado sintoma somático possa não estar presente continuamente, o estado sintomático é persistente (geralmente >6 meses). Um subconjunto de pacientes com transtorno de sintomas somáticos apresenta sintomas predominantemente dolorosos (previamente chamados de transtorno de dor).

Muitos pacientes com transtornos de conversão ou de sintomas somáticos também têm queixas cognitivas: por exemplo, esquecimento de conversas inteiras, uso não intencional de palavras erradas, esquecimento de como fazer atividades ou tarefas básicas que deveriam saber, perda da capacidade de realização de multitarefas e problemas de memória de curto prazo.

Também é necessário avaliar comorbidades. Os diagnósticos comórbidos típicos incluem transtornos de humor, transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do estresse pós-traumático, transtornos dissociativos, fobias sociais ou específicas, transtornos obsessivo-compulsivos e transtornos de personalidade.[4] [5] [6] Transtornos afetivos e de ansiedade também podem apresentar sintomas somáticos. Parentes próximos com doença psiquiátrica ou somática grave também são comuns.[4]

Em toda a história, é importante que os médicos reconheçam a realidade de características aflitivas dos sintomas e evitem quaisquer declarações ao paciente sugerindo que os sintomas são "tudo coisas da sua cabeça". Mesmo quando o diagnóstico é apresentado com cuidado, alguns pacientes respondem com raiva, humilhação ou sofrimento.

## Exame

A diferenciação entre sinais neuropsicológicos e sinais pseudoneurológicos ajuda os médicos a determinar qual exame específico é necessário. Em geral, distúrbios funcionais do movimento (psicogênicos) revelam variabilidade na amplitude e na frequência dos movimentos, movimentos inconsistentes, direção e padrão variáveis dos movimentos, sugestibilidade, distraibilidade, supressão e resistência ativa a movimentos passivos.[49]

Crises não epiléticas psicogênicas diferem clinicamente das crises epiléticas, nas quais os episódios têm duração prolongada (>5 minutos), podem ser assíncronas com qualidade de parar/iniciar e podem envolver arqueamento das costas, propulsão pélvica, gagueira, fechamento forçado das pálpebras, movimentos motores descontrolados, movimentos da cabeça de um lado a outro, fala por sussurro ou voz infantil, ou choro.[51] Diferentemente da epilepsia, geralmente há um fator desencadeante emocional ou de dor e agravamento paradoxal com tratamento farmacológico para epilepsia. Os eventos nunca são testemunhados ou ocorrem somente na presença de público. Monitoramento contínuo com videoeletroencefalograma (VEEG) pode ser útil para estabelecer um diagnóstico de crises não epiléticas psicogênicas quando episódios típicos são capturados.

Pistas para uma etiologia funcional (psicogênica) incluem:

- Distribuição dos deficits motores ou sensoriais que não estão em conformidade com nenhuma distribuição nervosa, de raiz, troncular ou central (por exemplo, demarcação acentuada no ombro ou na virilha, "separando a linha média")
- Sensação de fraqueza (ao testar a força motora, ocorre colapso súbito após vários segundos de resistência total)

- Achados inconsistentes no exame físico (por exemplo, fraqueza intensa nas pernas no teste de força em pacientes que deambulam, ou pacientes "cegos" que podem evitar obstáculos ao caminhar)
- Falsos achados sensoriais (divisão sensorial da linha média e lateralização do diapasão)
- Sinal de Hoover (extensão involuntária da perna pseudoparalisada quando a perna não afetada é flexionada contra resistência)
- Pseudoclônus
- Espasmo de convergência
- Sintomas de distração
- Paralisia inconsistente
- Movimentos motores do tipo convulsão generalizada sem perda de consciência
- Movimentos bizarros
- Astasia-abasia (capacidade paradoxal de usar as pernas normalmente, exceto na posição ortostática ou ao caminhar)
- Queixas cognitivas desproporcionais em relação à possível explicação neurológica ou médica dos sintomas.

Transtornos pseudoneurológicos e neurológicos podem coexistir, e pacientes diagnosticados com transtorno de conversão podem desenvolver transtornos neurológicos posteriormente. Portanto, se surgirem novos sintomas, será necessária a repetição de exames neurológicos. Do mesmo modo, no transtorno de somatização, visitas regulares e breves ao mesmo clínico geral são preferíveis a investigações e intervenções desnecessárias.

## Exames laboratoriais

Quando os pacientes apresentam inicialmente novos sintomas físicos, exames laboratoriais são necessários para descartar possíveis condições médicas ou neurológicas. O diagnóstico de transtorno de sintomas somáticos ou de conversão só é feito se não houver nenhuma condição médica ou neurológica que possa explicar os sintomas manifestos. Portanto, é importante fazer uma investigação adequada para descartar tais causas. Se os exames laboratoriais já tiverem sido realizados e não houver nenhuma alteração nos sintomas, geralmente não será necessário repeti-los.

No transtorno de conversão estabelecido, não é necessário repetir e esgotar todas as avaliações médicas quando há evidência clara de transtornos pseudoneurológicos (e nenhuma outra indicação de condições neurológicas) no exame neurológico. No entanto, como os transtornos neurológicos podem coexistir ou se desenvolver posteriormente, pode ser necessário repetir as avaliações laboratoriais se surgirem novos sintomas. No transtorno de sintomas somáticos, investigações e intervenções desnecessárias também devem ser evitadas.

## Instrumentos de rastreamento

O Questionário sobre a Saúde do(a) paciente (PHQ-9), a Avaliação sobre Transtorno de Ansiedade Generalizada (GAD-7) e o PHQ-15 são medidas breves e bem validadas para detectar e monitorar depressão, ansiedade e somatização.<sup>[52]</sup>

Também existem vários inventários focados nos sintomas e desenvolvidos para capturar objetivamente construtos ou sintomas psicológicos específicos. Esses incluem o Inventário de Depressão de Beck 2 (BDI-II), o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS).<sup>[53] [54] [55]</sup> Esses são questionários breves de autoavaliação criados para capturar detalhes de experiências de construtos psicológicos isolados, como depressão, ansiedade ou alexitimia. Os Níveis da Escala

de Consciência Emocional (LEAS) foram desenvolvidos para medir a habilidade e a capacidade de consciência emocional de uma pessoa.[56]

## Testes psicológicos e de personalidade

Se os médicos estiverem interessados em obter perfis de personalidade de seus pacientes ou se a necessidade de encaminhamento para avaliação psiquiátrica for incerta, podem ser solicitados testes psicológicos. Eles podem revelar traços psicológicos ou de psicopatologia que talvez contribuam para os sintomas ou possam ser úteis para abordar no tratamento. Eles podem dar suporte ao diagnóstico de sintomas somáticos ou transtornos relacionados, embora o diagnóstico não possa ser feito puramente com base no teste psicológico. É necessária uma consulta com um psicólogo ou neuropsicólogo para realizar testes psicológicos e de personalidade. Embora esses testes não possam confirmar o diagnóstico, eles podem ser úteis para formular hipóteses positivas sobre os possíveis fatores contribuintes psicológicos ou de personalidade para o desenvolvimento do transtorno de sintomas somáticos ou de conversão. Testes psicológicos padronizados fornecem informações descritivas sobre características de personalidade específicas que podem ser úteis no tratamento, sobre a presença ou ausência de psicopatologia (por exemplo, depressão, ansiedade) e sobre os níveis atuais do funcionamento cognitivo.

Uma avaliação neuropsicológica abrangente é útil quando os pacientes apresentam queixas cognitivas e há incerteza quanto aos fatores psicológicos estarem ou não contribuindo para os sintomas. Ela também é útil se existe preocupação com um diagnóstico diferencial (por exemplo, epilepsia) que pode apresentar achados cognitivos. A avaliação neuropsicológica abrangente fornece análise detalhada sobre as habilidades cognitivas atuais, comparação das habilidades em referência a grupos-controle normais ajustados por idade e informações sobre pontos cognitivos fortes e fracos. Os achados típicos são função cognitiva normal ou padrões de anormalidades cognitivas inespecíficas que diferenciam de doença neurológica. 16[B]Evidence Esses achados cognitivos podem estar relacionados a vários fatores, entre eles alguma história neurológica relevante (por exemplo, história de traumatismo cranioencefálico, dificuldade de aprendizagem ou transtorno de déficit da atenção), psicopatologia ou sofrimento psíquico, efeitos do medicamento e até o nível de envolvimento em tarefas durante a avaliação em si. 17[B]Evidence

As ferramentas de avaliação da personalidade comumente usadas pelos psicólogos incluem o Inventário Multifásico da Personalidade de Minnesota 2 (MMPI-2),[60] o Inventário de Avaliação da Personalidade (PAI)[61] e o Inventário Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III).[62] Estes são questionários de autoavaliação preenchidos pelos pacientes e interpretados por psicólogos com treinamento em avaliação padronizada. Essas avaliações devem ser observadas como complementos a uma entrevista psiquiátrica clínica abrangente e outras informações médicas e históricas, já que nenhum indicador é 100% sensível ou 100% específico para o transtorno de conversão ou transtorno de sintomas somáticos.[63]

Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medida estudada com mais frequência.</li> <li>• Desenvolvido para capturar psicopatologia importante, mas também pode sugerir traços de transtorno de personalidade.</li> <li>• Padrão V de conversão: escores elevados nas escalas 1 (hipocondria) e 3 (histeria) com um escore relativamente menor na escala 2 (depressão).</li> <li>• Elevações na escala 1 e 3 sugerem componentes funcionais para os sintomas, e a ausência de elevação sugere maior probabilidade de causa médica.</li> <li>• Os diagnósticos mais comuns de pacientes psiquiátricos com elevações neste padrão são de transtornos somatoformes e transtornos de dor.</li> </ul>
Inventário de Avaliação de Personalidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvido para capturar psicopatologia importante, mas também pode sugerir traços de transtorno de personalidade.</li> <li>• A escala primária de interesse é a escala de queixas somáticas e suas subescalas: conversão, somatização e preocupação com problemas de saúde.</li> <li>• A elevação na escala geral de queixas somáticas, e talvez nos padrões de elevações nas subescalas (conversão mais elevada que preocupação com problemas de saúde), é mais prevalente nas crises não epiléticas psicogênicas (CNEP) que na epilepsia.</li> </ul>
Inventário Clínico Multiaxial de Millon III	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tem como objetivo capturar uma patologia do transtorno de personalidade com alguma avaliação de outros transtornos psiquiátricos.</li> </ul>

#### Ferramentas de avaliação de personalidade

Criado pelo BMJ Evidence Centre com base na contribuição do autor

## Fatores de risco

### Fortes

#### história de abuso sexual ou físico

- Frequentemente relatada em casos de transtorno de conversão e transtorno de sintomas somáticos (50% a 75% dos pacientes), ocorrendo geralmente na infância.[\[38\]](#) [\[39\]](#) [\[40\]](#)

#### história de infância instável

- Traumas sofridos na infância foram associados a transtorno de conversão e transtorno de sintomas somáticos.[\[39\]](#) [\[40\]](#) [\[41\]](#) Testemunhar violência doméstica pode ser mentalmente prejudicial à estabilidade posterior da saúde mental,[11\[B\]Evidence](#) e a exposição a agressão verbal pode estar associada até mesmo a anormalidades na integridade dos tratos da substância branca.[12\[C\]Evidence](#) Evidências também sugerem que, entre pacientes com transtorno de conversão, sintomas dissociativos cognitivos e somáticos maiores estão associados à disfunção maternal (mas não paterna).[13\[C\]Evidence](#)

#### história de transtornos relacionados a trauma

- O transtorno do estresse pós-traumático, o transtorno dissociativo e o transtorno do estresse agudo estão associados à conversão e à somatização.



**sexo feminino**

- Em transtorno de conversão e transtorno de sintomas somáticos, observa-se consistentemente uma forte predominância feminina (cerca de 75%).[\[5\]](#) [\[8\]](#) [\[9\]](#) [\[10\]](#)

**alexitimia**

- Evidências sugerem uma ligação entre somatização e dificuldade de identificar e descrever sentimentos.[14\[B\]Evidence](#)

**neuroticismo**

- Evidências sugerem uma ligação entre somatização e uma tendência de vivenciar afeto negativo e sofrimento ao longo da vida.[15\[B\]Evidence](#)

**Fracos****relações anteriores ruins entre médico e paciente**

- Médicos que demonstram falta de empatia ou compreensão sendo excessivamente indiferentes ou que, por outro lado, contribuem para alarmar com base nos sintomas, supervalorizando os resultados de exames ou sugerindo novos sintomas,[\[20\]](#) podem perpetuar ou aumentar os sintomas.

## Anamnese e exame físico

**Principais fatores de diagnóstico****comportamento não convencional durante a anamnese (comum)**

- A apresentação de pacientes com somatização pode ser vaga, dramática ou estranha.[\[20\]](#)

**problemas de processamento emocional (comum)**

- Típicos em ambos os transtornos, seja por conta de uma incapacidade de se reconhecer as emoções ou de uma tendência a se suprimir e evitar emoções; ou devidos a neuroticismo e reatividade emocional altos. Evidências sugerem ligações entre a somatização e a alexitimia (dificuldade em identificar e descrever sentimentos);[14\[B\]Evidence](#) a somatização e deficits na teoria da mente afetiva (a capacidade de se conhecer o conteúdo emocional da mente de outra pessoa);[\[18\]](#) e a somatização e o neuroticismo (tendências de se vivenciar afeto negativo e sofrimento ao longo da vida).[15\[B\]Evidence](#)

**estressores recentes da vida (comum)**

- Fatores precipitantes típicos incluem sofrimento psíquico, excesso de trabalho, fadiga, traumas menores ou acidentes e a morte de entes queridos. Em ambos os transtornos, os sintomas podem ser perpetuados por falta de diagnóstico concreto, excesso de exames que aumentam os focos somáticos e ganho secundário, como ganho monetário por meio de auxílio-invalidez, licença do trabalho ou proteção por membros da família ou amigos.

**estressores remotos da vida (comum)**

- Fatores de risco típicos para ambos os transtornos e, às vezes, são fatores precipitantes. Os exemplos incluem história de abuso sexual/físico,[11\[B\]Evidence](#) e história de infância instável (testemunhar violência doméstica, exposição a agressão verbal, disfunção familiar).[\[38\]](#) [\[39\]](#) [\[40\]](#) [\[42\]](#) [\[43\]](#) [\[41\]](#) [12\[C\]Evidence](#)



**vários comportamentos típicos da doença (comum)**

- Os pacientes demonstram comportamento em resposta à indisposição com intenção de aliviar os sintomas da doença, e isso resulta em concentrar a atenção na doença (por exemplo, consultar o médico ou ir ao pronto-socorro, evitar fatores desencadeantes ambientais percebidos da doença e ajustar o estilo de vida para se prevenir contra a doença).

**deficits neurológicos incomuns (comum)**

- A distribuição dos deficits motores ou sensoriais que não estão em conformidade com nenhuma distribuição nervosa, de raiz, troncular ou central (por exemplo, demarcação acentuada no ombro ou na virilha, "separando a linha média") pode indicar etiologias funcionais (psicogênicas).

**sensação de fraqueza (comum)**

- Ao testar a força motora, um colapso súbito após vários segundos de resistência total pode indicar etiologias funcionais (psicogênicas).

**achados inconsistentes do exame físico (comum)**

- Por exemplo, fraqueza intensa nas pernas no teste de força em pacientes que deambulam; pacientes que se dizem cegos, mas conseguem evitar obstáculos ao caminhar. Podem indicar etiologias funcionais (psicogênicas).

**falsos achados sensoriais (comum)**

- Podem se apresentar como anestesia, parestesia, cegueira, visão em túnel, diplopia, triplópia, distúrbios olfativos, surdez, divisão sensorial da linha média e lateralização do diapasão. Podem indicar etiologias funcionais (psicogênicas).

**sintomas de distração (comum)**

- Sintomas que diminuem durante o exame físico quando a atenção é voltada para outra atividade (por exemplo, um tremor que para quando se solicita que o paciente caminhe ou realize uma tarefa cognitiva) podem indicar etiologias funcionais (psicogênicas).

**paralisia inconsistente (comum)**

- Fraqueza que varia conforme o momento, principalmente quando uma atividade espontânea é melhor que uma realizada durante o exame físico. Pode indicar etiologias funcionais (psicogênicas).

**movimentos motores do tipo convulsão generalizada sem perda de consciência (comum)**

- As crises não epiléticas psicogênicas diferem clinicamente das crises epiléticas, nas quais os episódios podem ser assíncronos e envolver arqueamento das costas, gagueira ou movimentos da cabeça de um lado a outro.[51] Geralmente há um fator desencadeante emocional ou de dor e agravamento paradoxal com medicamentos anticonvulsivantes. Os eventos podem nunca ser testemunhados ou ocorrer somente na presença de público.

**movimentos bizarros (comum)**

- Movimentos erráticos, descontrolados e incomuns fora dos limites definidos de um distúrbio do movimento orgânico podem indicar etiologias funcionais (psicogênicas).

**anormalidades da marcha (comum)**

- Astasia-abasia (capacidade paradoxal de usar as pernas normalmente, exceto na posição ortostática ou ao caminhar), marcha colapsante e marcha não econômica podem indicar etiologias funcionais (psicogênicas).

### **distúrbios funcionais (psicogênicos) do movimento (comum)**

- Distonias aparentes que revelam variabilidade na amplitude e na frequência dos movimentos; movimentos inconsistentes; direção e padrão variável dos movimentos; sugestionabilidade; distraibilidade; supressão; e resistência ativa a movimentos passivos. Tremores e tiques também sugerem etiologias funcionais (psicogênicas).<sup>[49]</sup>

## **Outros fatores de diagnóstico**

### **queixas cognitivas (comum)**

- Com frequência, muitos pacientes com transtorno de sintomas somáticos ou de conversão também esquecem conversas inteiras, fazem uso não intencional das palavras erradas, esquecem como fazer atividades ou tarefas básicas que deveriam saber, perdem a capacidade de realizar multitarefas e vivenciam problemas de memória de curto prazo.

### **sinal de Hoover (comum)**

- Extensão involuntária da perna pseudoparalisada quando a perna não afetada é flexionada contra resistência. Pode indicar etiologias funcionais (psicogênicas).

### **distúrbio da fala (comum)**

- Afonia,<sup>[64]</sup> disfonia, gagueira e síndrome do sotaque estrangeiro podem indicar etiologias funcionais (psicogênicas).

### **distúrbio de deglutição (comum)**

- Transtorno conversivo (uma sensação de preenchimento no pescoço ou dificuldade na deglutição) e disfagia podem indicar etiologias funcionais (psicogênicas).

### **pseudoclônus (incomum)**

- Flexão e extensão errática e irregular no tornozelo. Diferentemente do clônus orgânico, pode indicar etiologias funcionais (psicogênicas).

### **espasmo de convergência (incomum)**

- Convergência intermitente ou excessiva dos olhos quando é solicitado que os pacientes observem um objeto pode indicar etiologias funcionais (psicogênicas).

## Exames diagnóstico

### Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
<b>exames laboratoriais</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Na apresentação inicial, todos os pacientes devem passar por exames laboratoriais para descartar possíveis condições médicas ou neurológicas. Talvez seja necessária a repetição de avaliações laboratoriais quando surgirem novos sintomas.</li> <li>No transtorno de conversão estabelecido, não é necessário repetir e esgotar todas as avaliações médicas quando há evidência clara de transtornos pseudoneurológicos (e nenhuma outra indicação de condições neurológicas) no exame neurológico.</li> </ul>	<b>normal</b>
<b>eletroencefalograma (EEG)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoramento contínuo com videoeletroencefalograma (VEEG) pode ser útil para estabelecer um diagnóstico de crises não epiléticas psicogênicas quando episódios típicos são capturados.</li> </ul>	<b>normal</b>

### Exames a serem considerados

Exame	Resultado
<b>testes neuropsicológicos abrangentes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fornecer avaliação detalhada sobre as habilidades cognitivas atuais, comparação das habilidades em referência a grupos-controle normais ajustados por idade e informações sobre pontos cognitivos fortes e fracos. Os achados típicos são função cognitiva normal ou padrões de anormalidades cognitivas inespecíficas que diferenciam de doença neurológica.<sup>16[B]Evidence</sup> Estes podem estar relacionados a vários fatores, entre eles alguma história neurológica relevante (por exemplo, história de traumatismo cranioencefálico, dificuldade de aprendizagem ou transtorno de déficit da atenção), psicopatologia ou sofrimento psicológico, efeitos do medicamento e até o nível de envolvimento em tarefas durante a avaliação em si.<sup>17[B]Evidence</sup></li> </ul>	<b>função cognitiva normal ou anormalidades cognitivas inespecíficas</b>
<b>teste padronizado de personalidade</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fornecer informações descritivas sobre características de personalidade específicas que podem ser úteis para direcionar o tratamento e medir objetivamente a presença ou ausência de psicopatologia (por exemplo, depressão, ansiedade).</li> <li>As ferramentas de avaliação da personalidade comumente usadas pelos psicólogos incluem o Inventário Multifásico da Personalidade de Minnesota 2 (MMPI-2),<sup>[60]</sup> o Inventário de Avaliação da Personalidade (PAI)<sup>[61]</sup> e o Inventário Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III).<sup>[62]</sup> Estes são questionários de autoavaliação preenchidos pelos pacientes e interpretados por psicólogos com treinamento em avaliação padronizada. Tais avaliações complementam uma entrevista psiquiátrica clínica abrangente e outras informações médicas e históricas, já que nenhum indicador é 100% sensível ou 100% específico a transtorno de sintomas somáticos ou de conversão.<sup>[63]</sup></li> </ul>	<b>traço de transtorno mental, traço de transtorno de personalidade, hipocondria, depressão, histeria, ansiedade, somatização, transtorno de dor ou problema de saúde</b>

Exame	Resultado
<b>inventários focados em sintomas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Desenvolvidos para capturar objetivamente os sintomas ou construtos psicológicos, cognitivos ou físicos específicos. Incluem: Inventário de Depressão de Beck 2 (BDI-II), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Escala de Alexitimia de Toronto (TAS), Questionário sobre a saúde do paciente (PHQ)-9, Generalised Anxiety Disorder Assessment (GAD)-7, PHQ-15.[52] [53] [54] [55] Esses são questionários breves de autoavaliação criados para capturar detalhes de experiências de construtos psicológicos isolados, como depressão, ansiedade, foco somático ou alexitimia. Os Níveis da Escala de Consciência Emocional (LEAS) foram desenvolvidos para medir a habilidade e a capacidade de consciência emocional de uma pessoa.[56]</li> </ul>	<b>características de depressão, ansiedade ou alexitimia</b>

## Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Transtorno bipolar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Queixas físicas ocorrem unicamente no contexto de sintomas vegetativos ou sintomas maníacos associados ao transtorno do humor. Delírios somáticos também podem estar associados à fase maníaca ou depressiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista clínica estruturada.</li> </ul>
<b>Transtorno esquizoafetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Queixas físicas ocorrem unicamente no contexto de sintomas vegetativos ou sintomas maníacos associados ao transtorno do humor. Delírios somáticos também podem estar associados à fase maníaca ou depressiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista clínica estruturada.</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Transtorno de pânico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ataques de pânico por um período de 1 mês e preocupações associadas a suas implicações. Os ataques de pânico envolvem o início súbito de intensos sintomas físicos e cognitivos de ansiedade que podem ser desencadeados por estímulos específicos ou ocorrer inesperadamente. Transtorno conversivo (uma sensação de preenchimento no pescoço ou dificuldade na deglutição) ou vertigem podem, às vezes, estar associados a ataques de pânico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista clínica estruturada.</li> </ul>
<b>Transtorno de ansiedade generalizada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pelo menos 6 meses de preocupação excessiva com problemas, provocando sofrimento ou incapacidade. A ansiedade não se limita às características de outro transtorno mental nem é um resultado do abuso de substâncias ou de uma condição clínica geral. Pelo menos 3 sintomas (ou 1 para crianças) estão presentes na maior parte do tempo: inquietação ou nervosismo, fácil fadigabilidade, baixa concentração, irritabilidade, tensão muscular ou perturbações do sono.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista clínica estruturada.</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Esquizofrenia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicose (ou seja, delírios, alucinações), discurso desorganizado, sintomas negativos (por exemplo, embotamento afetivo, avolição, anedonia, deficit de atenção ou empobrecimento discursivo e de linguagem) ou comportamento estereotipado (comportamento repetitivo sem finalidade) que ocorram pelo menos por 1 mês e estejam associados a um período mínimo de 6 meses de declínio funcional. Delírios somáticos (falsas crenças fixas que não pertencem ao histórico cultural do paciente) ocorrem frequentemente como parte da doença.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista clínica estruturada.</li> </ul>
<b>Transtorno de ansiedade de doença</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No mínimo 6 meses de preocupação com ter ou adquirir uma doença grave, muitas vezes com base em uma interpretação equivocada dos sintomas corporais. Embora o medo geralmente persista apesar da tranquilização, esses pacientes buscam reassseguramento ou evitam cuidados clínicos, enquanto os que têm transtorno de sintomas somáticos buscam confirmação da doença. Diferentemente do transtorno de sintomas somáticos, não há sintomas somáticos ou são de intensidade apenas leve. Se outra condição médica (ou risco de apresentar uma condição médica) está presente, a preocupação com a doença é excessiva ou desproporcional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista clínica estruturada. The Health Anxiety Inventory.[65]</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Transtorno dismórfico corporal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupação com aparência física; os pacientes acreditam fortemente ter uma anormalidade ou um defeito na aparência, sobre os quais eles são excessivamente autovigilantes; geralmente submetem-se a procedimentos estéticos com resultados pouco satisfatórios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista clínica estruturada.</li> </ul>
<b>Transtorno factício</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os pacientes simulam, produzem deliberadamente ou exageram seus sintomas físicos. Isso pode ocorrer com a intenção de assumir o papel de doente, mas o comportamento enganador fica evidente mesmo na ausência de recompensas externas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista clínica estruturada. Evidência de real simulação, falsificação ou produção intencional da doença por parte do paciente.</li> </ul>
<b>Simulação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os pacientes fabricam ou exageram conscientemente os sintomas de transtornos mentais ou físicos para obter ganho secundário (por exemplo, compensação financeira, evitar o trabalho ou serviço militar, obter remédios, ficar dispensado de ir à escola, ou atrair atenção ou simpatia). Diferentemente de pacientes com sintomas somáticos e transtornos relacionados, eles muitas vezes não cooperam durante a avaliação diagnóstica. Geralmente associada ao transtorno de personalidade antissocial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista clínica estruturada. Bateria neuropsicológica, como avaliação computadorizada do viés da resposta e teste de simulação da memória. Há discrepância significativa entre a doença declarada e a aparência ou o comportamento fora do consultório do médico.</li> </ul>



Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Transtorno dissociativo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Embora o transtorno de conversão possa ser conceituado como uma forma de dissociação, um transtorno dissociativo também pode incluir períodos de distanciamento de experiências subjetivas ou do mundo ao redor, as quais são vivenciadas como "irreais" ou "fora" de si; períodos dos quais o paciente não consegue se lembrar; estados de fuga; ou <math>\geq 2</math> estados de personalidade distintos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista clínica estruturada.</li> </ul>
<b>Transtorno depressivo maior</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A depressão geralmente apresenta-se com queixas somáticas, principalmente em culturas nas quais o transtorno mental carrega um forte estigma. Sintomas típicos incluem tontura, fadiga, dor e sensações de pressão interna. Um transtorno depressivo deve ser considerado se essas queixas somáticas estiverem no contexto de outros sintomas de depressão, como distúrbio do sono e de apetite, baixa concentração, falta de interesse ou motivação e/ou pensamentos de suicídio. A depressão psicótica também pode incluir delírios somáticos, que devem ser diferenciados de um transtorno de sintomas somáticos primário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista clínica estruturada.</li> </ul>
<b>Epilepsia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>História familiar positiva. Infecção ou trauma prévio do sistema nervoso central (SNC). Eventos prévios de convulsão. Sintomas neurológicos focais (antes ou depois da convulsão). Deficit neurológico focal. Sensação ou experiência premonitória. Hemiparesia temporária. Afasia temporária.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EEG: atividade epileptiforme ou anormalidade localizada, focal.</li> <li>TC/RNM: pode revelar evidências de lesão estrutural ou outro processo que tenha causado a convulsão.</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Disfonia espasmódica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fala tensa ou ofegante. Fadiga vocal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Laringoscopia por fibra ótica: atraso anormal entre o início das atividades elétrica e acústica.</li> <li>Estroboscopia: adução ou abdução involuntárias da prega vocal durante uma fala conectada.</li> </ul>
<b>Distonia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contração simultânea dos músculos agonistas e antagonistas. Dor muscular. Aparência de agravamento de distonia com ação. Blefaroespasma. Torcicolo cervical. Espasmo da mão. Espasmo do pé. Torção da parte do corpo afetada. Gesto antagonista (truque sensorial).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsividade ao levodopa: positiva se houver melhora clínica.</li> </ul>
<b>Doença de Parkinson</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Frequentemente unilateral. Rigidez. Bradicinesia. Tremor de repouso. Instabilidade postural. Hipomímia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ensaio clínico com agente dopaminérgico: mostra melhora nos sintomas.</li> <li>Teste olfatório: hiposmia ou anosmia.</li> </ul>
<b>Parkinsonismo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamento com possíveis efeitos adversos extrapiramidais. Bradicinesia. Rigidez. Alterações cognitivas. Disfunção autonômica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melhora com remoção do medicamento com possíveis efeitos adversos extrapiramidais.</li> </ul>
<b>Esclerose múltipla</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Distúrbio visual em um olho. Fenômenos sensoriais peculiares. Arrastamento ou batimento do pé. Câibras nas pernas. Fadiga. Polaciúria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>RNM cranioencefálica: hiperintensidades na substância branca periventricular, as imagens mais sensíveis são de recuperação da inversão atenuada por fluidos (FLAIR) sagitais. RNM da medula espinhal: lesões desmielinizantes na medula espinhal, particularmente na medula espinhal cervical; detecção de diagnóstico alternativo, como espondilose cervical.</li> </ul>
<b>Acidente vascular cerebral (AVC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Início súbito de dormência unilateral, fraqueza, confusão ou alterações visuais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>RNM/TC cranioencefálica: alterações isquêmicas ou hemorrágicas.</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Demência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perda progressiva da função cognitiva, geralmente em vários domínios, o que pode prejudicar atividades da vida diária. Ocasionalmente, pacientes com demência também podem ter delírios somáticos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Teste neuropsicométrico: alterações cognitivas relacionadas a demência e padrões de disfunção cognitiva.</li> <li>TC/RNM cranioencefálica: lesão cerebrovascular com demência vascular.</li> </ul>
<b>Doença infecciosa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Febre. Contato infeccioso ou viagem recente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contagem de leucócitos, proteína C-reativa e VHS: elevados.</li> </ul>
<b>Doença autoimune</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Predisposição genética. Desregulação imunológica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudos de anticorpos e antígenos: positivos.</li> </ul>
<b>Endocrinopatia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Crescimento anormal. Perda ou ganho de peso. Fadiga. Oscilações de humor. Libido alterada. Poliúria. Polidipsia. Medicamento com corticosteroide.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Painel eletrolítico, cortisol, hormônio adrenocorticotrópico (ACTH), glicose, testes de função tireoidiana, triglicerídeos, colesterol: podem estar anormais.</li> </ul>
<b>Envenenamento por metais pesados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>História de exposição industrial ou ambiental. Pode apresentar neuropatia, hipertensão, dor abdominal, sintomas psiquiátricos, gota, erupção cutânea.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exame de metais pesados na urina: positivo.</li> </ul>
<b>Deficiência de vitaminas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desnutrição. Ausência de exposição solar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemograma completo e perfil de vitaminas: anormais.</li> </ul>
<b>Doença celíaca</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>História familiar positiva. Diarreia. Distensão abdominal. Dor abdominal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemograma completo: Hb reduzida.</li> <li>Título de transglutaminase IgA-tecidual: elevado.</li> <li>Título de anticorpos antiendomísio: elevado.</li> </ul>
<b>Intolerância à lactose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sintomas após a ingestão de produtos lácteos. Diarreia. Distensão. Ulceração oral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ensaio de eliminação da lactose alimentar: remissão dos sintomas.</li> <li>Teste de hidrogênio no ar expirado: hidrogênio expirado &gt;20 ppm após carga de lactose e sintomas de intolerância.</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pirose. Hérnia de hiato. Regurgitação ácida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ensaio com inibidor da bomba de prótons: melhora dos sintomas.</li> <li>EDA: esofagite (erosão, ulcerações, estenoses) ou esôfago de Barrett.</li> </ul>
<b>Síndrome paraneoplásica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Malignidade. Neurologia focal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>TC/RNM: evidência de neoplasia/metástases; presença de anticorpos paraneoplásicos.</li> </ul>

## Critérios de diagnóstico

### Critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5), para o diagnóstico de transtorno de conversão (transtorno de sintoma neurológico funcional)[1]

- A. O paciente apresenta  $\geq 1$  sintoma de alteração voluntária na função sensitiva ou motora.
- B. Achados clínicos fornecem evidência de incompatibilidade entre o sintoma e as condições neurológicas ou médicas reconhecidas.
- C. O sintoma ou deficit não é mais bem explicado por outro distúrbio médico ou transtorno mental.
- D. O sintoma ou deficit causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo nas áreas social, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento ou justifica avaliação médica.

Especifique o tipo de sintoma ou deficit como:

- Com fraqueza ou paralisia
- Com movimento anormal (por exemplo, tremor, movimento distônico, mioclonia, anormalidades da marcha)
- Com sintomas de deglutição
- Com sintomas de fala (por exemplo, disfonia, fala indistinta)
- Com ataques ou convulsões
- Com anestesia ou perda de memória
- Com sintoma sensitivo especial (por exemplo, distúrbio olfativo ou de audição)
- Com sintomas mistos.

Especifique se:

- Episódio agudo: sintomas presentes por menos de 6 meses
- Persistente: sintomas presentes por 6 meses ou mais.

Especifique se:

- Com estressor psicológico (especifique o estressor)

- Sem estressor psicológico.

## **Critérios do DSM-5 para o diagnóstico de transtorno de sintomas somáticos<sup>[1]</sup>**

A. O paciente apresenta um ou mais sintomas somáticos aflitivos ou que resultam em perturbação significativa da vida diária.

B. Pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos relacionados aos sintomas somáticos ou problemas de saúde associados, que se manifestam como pelo menos um dos seguintes:

1. Pensamentos desproporcionais e persistentes sobre a seriedade dos sintomas de um indivíduo
2. Níveis de ansiedade persistentemente altos sobre saúde ou sintomas
3. Excesso de tempo e energia dedicados a esses sintomas ou problemas de saúde.

C. Embora qualquer sintoma somático talvez não esteja presente continuamente, o estado de ser sintomático é persistente (geralmente acima de 6 meses).

Especifique se

- Com dor predominante (anteriormente transtorno de dor): este especificador serve para indivíduos cujos sintomas somáticos envolvem predominantemente dor.

Especifique se

- Persistente: uma evolução persistente é caracterizada por sintomas graves, comprometimento acentuado e longa duração (mais de 6 meses).

Especifique a intensidade atual

- Leve: somente um dos sintomas dos critérios B é preenchido.
- Moderada: dois ou mais dos sintomas especificados nos critérios B são preenchidos.
- Grave: dois ou mais dos sintomas especificados nos critérios B são preenchidos. Além disso, há várias queixas somáticas (ou um sintoma somático muito grave).

## Abordagem passo a passo do tratamento

Os médicos de atenção primária devem adotar uma abordagem de tratamento escalonada e centrada no paciente[66] ao prestarem atendimento, dependendo do perfil de risco do paciente.[47] [67] Muitas vezes, o manejo do transtorno de sintomas somáticos e de conversão envolve o encaminhamento a psiquiatras ou psicoterapeutas de ligação consultivos; encaminhamento a terapeutas físicos, ocupacionais ou fonoaudiólogos conforme necessário; e, quando indicado, uso criterioso de tratamentos de doença somática, depressão ou ansiedade. É necessária uma abordagem multidisciplinar integradora para todos os pacientes. Visitas breves regulares aos médicos de atenção primária (para transtorno de sintomas somáticos) e neurologistas (para transtorno de conversão) devem ser agendadas para avaliar o progresso, manter a relação terapêutica, evitar abandono e excesso de exames/procedimentos. Após o diagnóstico, consulta psiquiátrica seguida por contato telefônico semanal também pode ser benéfico para o desfecho.[68] Deve-se enfatizar que, muitas vezes, o objetivo é um bom manejo, em vez de cura.

### Psicoterapia

A psicoterapia é a base do tratamento para a maioria dos pacientes. Foram demonstrados benefícios com terapia cognitivo-comportamental (TCC),[69] [70] [71] [72] autoajuda orientada com base na TCC,[73] [74] treinamento com TCC em grupo,[75] terapia cognitiva baseada na atenção plena,[76] [77] psicoterapia dinâmica de curta duração,[78] [79] [80] treinamento de re-atribuição e[81] psicoterapia interpessoal psicodinâmica potencializada.[82] [83] Na prática, geralmente são usadas abordagens psicoterapêuticas ecléticas, mas há evidências limitadas, [84] [85] e são necessários mais ensaios clínicos randomizados e controlados de maior duração (>12 meses).[85] [86] A psicoterapia eclética inclui uma combinação de TCC, terapia de atenção plena, psicoterapia interpessoal, psicoterapia dinâmica breve e psicoterapia geral. A psicoterapia eclética envolve:

- Ter conhecimento sobre os mecanismos e padrões psicológicos (por exemplo, entre o físico e o emocional; e entre relações e sintomas atuais ou passados)
- Compreender e reconhecer relações interpessoais problemáticas
- Desenvolver maneiras de expressar e processar emoções efetivamente
- Desenvolver uma nova relação com os sintomas que envolva aceitação, conscientização sem julgamento dos sintomas e da dinâmica dos sintomas, e autocompaixão, em vez de tentar controlar os sintomas somáticos
- Criar estratégias para reconhecer e resolver conflitos
- Usar estratégias cognitivas e comportamentais como mudar pensamentos desadaptativos, estratégias de relaxamento e tratar os sintomas (o tipo de TCC varia para cada grupo).

Pacientes com transtorno de sintomas somáticos requerem intervenção com consulta psiquiátrica, bem como psicoterapia eclética. A intervenção com consulta psiquiátrica envolve:

- Agendar consultas regulares em vez de agendar consultas conforme a necessidade
- Realizar exames físicos breves em cada visita, concentrando-se nas áreas de desconforto
- Evitar procedimentos diagnósticos desnecessários, tratamentos invasivos e internações hospitalares
- Evitar explicações como "Seus sintomas estão todos em sua cabeça".

Pacientes com transtorno de sintomas somáticos podem se beneficiar de terapia psicossomática multimodal breve (TPMB),[87] geralmente administrada por fisioterapeutas com um interesse no transtorno de sintomas somáticos. A TPMB apresenta uma abordagem individualizada para empoderar

os pacientes para cuidarem de sua saúde e seus sintomas físicos. As modalidades usadas na TPMB incluem:

- Psicoeducação
- Terapia de relaxamento
- Atenção plena
- Abordagens cognitivo-comportamentais
- Terapia de ativação

Pacientes que não respondam às terapias iniciais (psicoterapia eclética e/ou farmacoterapia) podem se beneficiar de outra modalidade de psicoterapia. Outra modalidade de psicoterapia envolve:

- Administrar psicoterapia psicodinâmica
- Administrar terapia familiar[88] - reconhecer dilemas inexprimíveis (a supressão de um conflito que surge de eventos familiares, sociais ou políticos devida à crença de que eles devem permanecer ocultos das principais pessoas envolvidas) e interromper o reforço do cônjuge a comportamentos relacionados a doenças[89]
- Administrar terapia em grupo
- Administrar terapia comportamental dialética - usando treinamento in vivo, lições de casa e grupos de habilidades para ajudar os pacientes a lidar com mudanças rápidas de emoções e reações problemáticas a estímulos emocionais (principalmente trauma ou comorbidade com transtorno de personalidade borderline)[90]
- Administrar terapia de intenção paradoxal (incentiva o paciente a enfrentar deliberadamente o comportamento indesejado)
- Administrar dessensibilização e reprocessamento por meio dos movimentos oculares (principalmente com transtorno do estresse pós-traumático comórbido).

## Transtorno de conversão: sem transtorno depressivo ou de ansiedade comórbido

A TCC neste grupo envolve:18[B]Evidence

- Incentivar a psicoeducação sobre a conexão entre mente e corpo e a atribuição de causas psiquiátricas ou psicológicas, em vez de causas puramente neurológicas ou médicas para os sintomas
- Incentivar o aprendizado para identificar conexões de humor-cognição-ambiente, pensamentos automáticos, pensamento catastrófico e interpretações equivocadas somáticas
- Incentivar o reconhecimento de fatores desencadeantes associados a sintomas físicos
- Incentivar o treinamento em comunicação saudável e a busca de apoio
- Incentivar o reconhecimento de emoções e maneiras de lidar com elas
- Incentivar o treinamento em técnicas de relaxamento
- Incentivar a capacidade de lidar com estresses externos da vida
- Incentivar a capacidade de lidar com conflitos e estresses internos.

Pacientes tratados com psicoterapia eclética (inclusive TCC) também podem se beneficiar dos seguintes tratamentos adjuvantes:

- Hipnose: qualquer paciente com transtorno de conversão pode se beneficiar do aprendizado da auto-hipnose como ferramenta para controle dos sintomas.



- Biofeedback: ajuda os pacientes a influenciar as funções corporais involuntárias e automáticas (por exemplo, ondas cerebrais, pressão arterial, frequência cardíaca, tensão muscular, temperatura da pele, atividade das glândulas sudoríparas) e compreender melhor a conexão entre mente e corpo medindo as funções corporais, usando informações sobre como essas funções contribuem para a tensão/estresse corporal e incorporando um treinamento de relaxamento; é pouco provável a cura dos sintomas do transtorno de conversão se outras modalidades de tratamento não forem usadas em conjunto.
- Benzodiazepínicos: são usados para alívio em curto prazo dos sintomas agudos de conversão e geralmente são administrados no momento dos sintomas agudos de transtorno de conversão, junto com a sugestão de que o paciente recuperará a função em resposta ao tratamento. Há evidências de baixa qualidade de que as terapias farmacológicas sejam efetivas comparadas ao placebo no tratamento de sintomas clinicamente inexplicados, com nenhuma classe de antidepressivo ou suplemento natural sendo superior a outra; portanto, os benefícios precisam ser ponderados em relação aos seus efeitos adversos.[\[93\]](#) [19\[C\]Evidence](#)

Pacientes que não se beneficiam da psicoterapia eclética (inclusive TCC) também podem ser tratados com outras modalidades de psicoterapias.

## Transtorno de conversão: com transtorno depressivo ou de ansiedade comórbido

Este grupo requer psicoterapia eclética (inclusive TCC e/ou psicoterapia interpessoal psicodinâmica potencializada)[\[82\]](#) com encaminhamento para um psicólogo ou psiquiatra consultor,[20\[C\]Evidence](#) associada a terapia rotineira para a depressão ou ansiedade comórbidas.

A TCC neste grupo envolve:[18\[B\]Evidence](#)

- Incentivar a psicoeducação sobre a conexão entre mente e corpo e a atribuição de causas psiquiátricas ou psicológicas, em vez de causas puramente neurológicas ou médicas para os sintomas
- Incentivar a identificação de conexões de humor-cognição-ambiente, pensamentos automáticos, pensamento catastrófico e interpretações equivocadas somáticas
- Incentivar o reconhecimento de fatores desencadeantes associados a sintomas físicos
- Incentivar o treinamento em comunicação saudável e a busca de apoio
- Incentivar o reconhecimento de emoções e maneiras de lidar com elas
- Incentivar o treinamento em técnicas de relaxamento
- Incentivar a capacidade de lidar com estresses externos da vida
- Incentivar a capacidade de lidar com conflitos e estresses internos.

As opções de tratamento farmacológico para depressão ou ansiedade comórbida incluem inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs), principalmente para transtornos de ansiedade; inibidores da recaptação de serotonina-noradrenalina (IRSNs), principalmente para síndromes de dor coexistentes; antidepressivos tricíclicos; mirtazapina; ou bupropiona.

Pacientes tratados com psicoterapia eclética (inclusive TCC) também podem se beneficiar dos seguintes tratamentos adjuvantes:

- Hipnose
- Treinamento de biofeedback: haverá benefícios adicionais para ajudar os pacientes com ansiedade ou depressão a controlar os sintomas de ansiedade ou insônia

- Benzodiazepínicos para alívio em curto prazo de sintomas agudos de conversão.

Pacientes que não se beneficiam da psicoterapia eclética (inclusive TCC) e da terapia antidepressiva podem ser tratados com outras modalidades de psicoterapia. Se estas não forem eficazes, pode-se tentar o uso de antipsicóticos atípicos. Se as estratégias de potencialização não forem eficazes, pode-se considerar eletroconvulsoterapia (ECT) ou estimulação magnética transcraniana (EMTr) repetitiva. Há evidências limitadas que dão suporte ao uso de antipsicóticos atípicos,<sup>[95] [96] [97] [98]</sup> ECT<sup>[99] [100] [101]</sup> ou EMTr<sup>[102] [103] [104]</sup> para transtorno de conversão. No entanto, quando transtornos de humor ou ansiedade estão presentes, esses tratamentos podem ser benéficos para tratar a comorbidade clínica.

## Transtorno de sintomas somáticos: sem transtorno depressivo ou de ansiedade comórbido

Este grupo requer psicoterapia eclética (inclusive TCC, terapia de atenção plena e/ou psicoterapia dinâmica de curta duração)<sup>[71] [78]</sup> e intervenção com consulta psiquiátrica.<sup>21[B]Evidence</sup>

A TCC neste grupo envolve:

- Reduzir a estimulação fisiológica por meio de técnicas de relaxamento
- Aprimorar a regulação da atividade por meio do aumento de exercícios e de atividades prazerosas e significativas
- Atividades de ritmo
- Aumentar a conscientização de emoções
- Modificar crenças disfuncionais
- Aprimorar a comunicação de pensamentos e emoções
- Reduzir o reforço do cômulo ao comportamento da doença.

Pacientes tratados com psicoterapia eclética (inclusive TCC) também podem se beneficiar dos seguintes tratamentos adjuvantes:

- Exercícios físicos graduais: os pacientes são gentilmente apresentados aos exercícios, aumentando-se apenas gradualmente o nível de esforço físico diário; o objetivo é começar com períodos bem curtos de exercícios, como caminhada ou natação, até o ponto tolerável e, a cada semana, tentar aumentar a quantidade de exercícios visando a aumentar a tolerância e a capacidade; potencialmente, qualquer paciente pode se beneficiar.<sup>[107] 22[B]Evidence</sup>
- Treinamento em biofeedback: o objetivo é compreender melhor a conexão entre mente e corpo, além de aprender maneiras de uso do treino de relaxamento; potencialmente, qualquer paciente pode se beneficiar, especialmente aqueles com queixas geniturinárias e/ou gastrointestinais, que aprenderão a relaxar esses sistemas de órgãos.
- Desenvolver uma nova relação com os sintomas que envolva aceitação, conscientização sem julgamento dos sintomas e da dinâmica dos sintomas, e autocompaixão, em vez de tentar controlar os sintomas somáticos.

Quando a psicoterapia eclética (inclusive TCC) e a intervenção com consulta psiquiátrica não forem efetivas, pode-se tentar a terapia antidepressiva (com antidepressivos tricíclicos, IRSNs, IRSRs, mirtazapina ou bupropiona), principalmente nos casos de síndromes com dor ou vômitos cíclicos.<sup>23[B]Evidence</sup> Mesmo se dor ou vômitos cíclicos não forem os sintomas-alvo primários, há evidências de baixa qualidade de que as terapias farmacológicas sejam efetivas comparadas com placebo no tratamento de sintomas clinicamente inexplicados, sem nenhuma classe de antidepressivo ou

suplemento natural sendo superior à outra; portanto, os benefícios precisam ser ponderados em relação aos seus efeitos adversos.[93] 19[C]Evidence

## Transtorno de sintomas somáticos: com transtorno depressivo ou de ansiedade comórbido

Este grupo requer psicoterapia eclética (inclusive TCC, terapia de atenção plena e/ou psicoterapia dinâmica de curta duração)[78] [110] com intervenção com consulta psiquiátrica[105] 21[B]Evidence e terapia antidepressiva para depressão ou ansiedade comórbida.

A TCC neste grupo envolve:24[A]Evidence

- Reduzir a estimulação fisiológica por meio de técnicas de relaxamento
- Aprimorar a regulação da atividade aumentando exercícios e atividades prazerosas e significativas
- Atividades de ritmo
- Aumentar a conscientização de emoções
- Modificar crenças disfuncionais
- Aprimorar a comunicação de pensamentos e emoções
- Reduzir o reforço do cônjuge ao comportamento da doença.

Pacientes tratados com psicoterapia eclética (inclusive TCC) também podem se beneficiar dos seguintes tratamentos adjuvantes:

- Exercícios físicos graduais[107] 22[B]Evidence
- Treinamento em biofeedback: o objetivo é compreender melhor a conexão entre mente e corpo, além de aprender maneiras de usar o treinamento de relaxamento; potencialmente, qualquer paciente pode se beneficiar, especialmente aqueles com queixas geniturinárias e/ou gastrointestinais, que aprenderão a relaxar esses sistemas de órgãos; haverá benefícios adicionais para ajudar pacientes com ansiedade ou depressão a controlar os sintomas de ansiedade ou insônia.
- Desenvolver uma nova relação com os sintomas que envolva aceitação, conscientização sem julgamento dos sintomas e da dinâmica dos sintomas, e autocompaixão, em vez de tentar controlar os sintomas somáticos.

As opções de tratamento farmacológico para depressão ou ansiedade comórbida incluem ISRSs (principalmente para transtornos de ansiedade); IRSNs (principalmente com dor predominante); antidepressivos tricíclicos; mirtazapina; ou bupropiona.

Pacientes que não se beneficiam da psicoterapia eclética (inclusive TCC) e da terapia antidepressiva podem ser tratados com outras modalidades de psicoterapia. Medicamentos antipsicóticos atípicos podem ser testados em pacientes que não respondem a outra modalidade de psicoterapia. Quando transtornos de humor ou ansiedade estão presentes, esses medicamentos podem oferecer benefício para tratar a comorbidade clínica. Se a insônia for proeminente, um agente mais sedativo ao deitar, como a quetiapina, pode ser selecionado. Se o ganho de peso for uma preocupação, pode ser preferível usar aripiprazol ou ziprasidona.

## Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo		( resumo )
transtorno de conversão		
<ul style="list-style-type: none"> <li>sem transtorno depressivo ou ansiedade comórbida</li> <li>com transtorno depressivo ou ansiedade comórbida</li> </ul>	1a	psicoterapia eclética
	adjunto	hipnose
	adjunto	treinamento em biofeedback
	adjunto	benzodiazepínico
	2a	outra modalidade de psicoterapia
	1a	psicoterapia eclética
	mais	antidepressivos
	adjunto	hipnose
	adjunto	treinamento em biofeedback
	adjunto	benzodiazepínico
	2a	outra modalidade de psicoterapia
	mais	antidepressivos
	3a	antipsicótico atípico
	4a	eletroconvulsoterapia (ECT) ou estimulação magnética transcraniana (EMTr) repetitiva
transtorno de sintomas somáticos		
<ul style="list-style-type: none"> <li>sem transtorno depressivo ou ansiedade comórbida</li> </ul>	1a	psicoterapia eclética
	mais	intervenção com consulta psiquiátrica
	adjunto	exercícios físicos graduais
	adjunto	treinamento em biofeedback
	2a	antidepressivos
	3a	outra modalidade de psicoterapia

Agudo		( resumo )	
■	com transtorno depressivo ou ansiedade comórbida	1a	psicoterapia eclética
		mais	intervenção com consulta psiquiátrica
		mais	antidepressivos
		adjunto	exercícios físicos graduais
		adjunto	treinamento em biofeedback
		2a	outra modalidade de psicoterapia
		mais	antidepressivos
		3a	antipsicótico atípico

## Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

### Agudo

#### transtorno de conversão

■ sem transtorno depressivo ou ansiedade comórbida

1a

#### psicoterapia eclética

» Inclui uma combinação de terapia cognitivo-comportamental (TCC), terapia de atenção plena, psicoterapia interpessoal e psicoterapia geral. Para este grupo, a TCC envolve a psicoeducação sobre a conexão entre mente e corpo e a atribuição de causas psiquiátricas ou psicológicas, em vez de causas puramente neurológicas ou médicas para os sintomas; o aprendizado para identificar conexões de humor-cognição-ambiente, pensamentos automáticos, pensamento catastrófico e interpretações equivocadas somáticas; o reconhecimento de fatores desencadeantes associados a sintomas físicos; o treinamento em comunicação saudável e a busca de apoio; o reconhecimento de emoções e maneiras de lidar com elas; treinamento de relaxamento; a capacidade de lidar com estresses externos da vida; e a capacidade de lidar com conflitos e estresses internos.<sup>18[B]</sup>[Evidence](#)

adjunto

#### hipnose

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Qualquer paciente com transtorno de conversão pode se beneficiar aprendendo auto-hipnose como ferramenta para controlar os sintomas.

adjunto

#### treinamento em biofeedback

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Ajuda os pacientes a influenciar funções corporais involuntárias e automáticas (por exemplo, ondas cerebrais, pressão arterial, frequência cardíaca, tensão muscular, temperatura da pele, atividade das glândulas sudoríparas) e melhor compreender a conexão entre mente e corpo medindo as funções corporais, usando informações sobre como essas funções contribuem para a tensão e o estresse corporal, e incorporando treinamento de relaxamento. É pouco provável curar pacientes dos sintomas de transtorno de

## Agudo

### adjunto

conversão se outras modalidades de tratamento não forem usadas em conjunto.

#### benzodiazepínico

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **lorazepam**: 1-2 mg por via oral/intravenosa em dose única, repetir em 30-60 minutos se não houver resposta

#### Opções secundárias

» **diazepam**: 5-10 mg por via oral/intravenosa em dose única, repetir em 30-60 minutos se não houver resposta

» Pode ser usado para alívio em curto prazo de sintomas agudos de conversão. Geralmente é administrado no momento do sintoma agudo de transtorno de conversão, junto com a sugestão de que o paciente recuperará a função em resposta ao tratamento.

### 2a

#### outra modalidade de psicoterapia

» Pacientes que não respondam às terapias iniciais (psicoterapia eclética e/ou farmacoterapia) podem se beneficiar de outra modalidade de psicoterapia, incluindo a psicoterapia psicodinâmica; terapia familiar (reconhecendo os dilemas inexprimíveis[89] e interrompendo o reforço pelo cômulo de comportamentos relacionados a doenças); terapia em grupo; terapia comportamental dialética (particularmente com transtorno de personalidade limítrofe comórbido ou trauma);[90] terapia de intenção paradoxal (incentiva o paciente a enfrentar deliberadamente o comportamento indesejado); e dessensibilização e reprocessamento por meio dos movimentos oculares (particularmente com transtorno do estresse pós-traumático comórbido). Como alternativa, há alguma evidência do benefício de entrevistas sobre medicamentos para facilitar a ab-reação no transtorno de conversão resistente ao tratamento.[112]

### 1a

#### psicoterapia eclética

» Inclui uma combinação de terapia cognitivo-comportamental (TCC), terapia de atenção plena, psicoterapia interpessoal e psicoterapia geral. Para este grupo, a TCC envolve a psicoeducação sobre a conexão entre mente e corpo e a atribuição de causas psiquiátricas

- **com transtorno depressivo ou ansiedade comórbida**



## Agudo

ou psicológicas, em vez de causas puramente neurológicas ou médicas para os sintomas; o aprendizado para identificar conexões de humor-cognição-ambiente, pensamentos automáticos, pensamento catastrófico e interpretações equivocadas somáticas; o reconhecimento de fatores desencadeantes associados a sintomas físicos; o treinamento em comunicação saudável e a busca de apoio; o reconhecimento de emoções e maneiras de lidar com elas; treinamento de relaxamento; e a capacidade de lidar com estresses externos da vida; a capacidade de lidar com conflitos e estresses internos.<sup>18[B]</sup>[Evidence](#)

### mais antidepressivos

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» [sertralina](#): 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

OU

» [citalopram](#): 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

OU

» [fluoxetina](#): 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia administrados em 1-2 doses fracionadas

OU

» [fluvoxamina](#): 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia administrados em 2 doses fracionadas

OU

» [paroxetina](#): 10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 50 mg/dia

OU

## Agudo

» **duloxetina**: 20-30 mg/dia por via oral inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

**OU**

» **venlafaxina**: 37.5 mg/dia por via oral (liberação imediata ou liberação prolongada) administrados em 1-2 doses fracionadas inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

**OU**

» **escitalopram**: 5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

**OU**

» **desvenlafaxina**: 50 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 100 mg/dia

### Opções secundárias

» **nortriptilina**: 10 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 100 mg/dia administrados em 1-4 doses fracionadas

**OU**

» **amitriptilina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia administrados em 1-4 doses fracionadas

**OU**

» **desipramina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia administrados em 1-4 doses fracionadas

**OU**

» **imipramina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia administrados em 1-4 doses fracionadas

**OU**

## Agudo

» **doxepina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia administrados em 1-4 doses fracionadas

**OU**

» **bupropiona**: 150 mg por via oral (liberação sustentada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 400 mg/dia administrados em 2 doses fracionadas

**OU**

» **mirtazapina**: 15 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 45 mg/dia

» Opções farmacológicas para depressão ou ansiedade comórbida incluem inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSs), principalmente para transtornos de ansiedade; inibidores da recaptção de serotonina-noradrenalina (IRSNs), principalmente para síndromes de dor coexistentes; antidepressivos tricíclicos (ADTs); mirtazapina; ou bupropiona.

» Os ISRSs incluem sertralina, citalopram, fluoxetina, paroxetina, escitalopram e fluvoxamina.

» Os IRSNs incluem venlafaxina, desvenlafaxina e duloxetine.

» Os ADTs incluem nortriptilina, amitriptilina, desipramina, imipramina e doxepina.

» As doses devem ser baixas no início e aumentadas gradualmente de acordo com a resposta.

### adjunto **hipnose**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Qualquer paciente com transtorno de conversão pode se beneficiar aprendendo auto-hipnose como ferramenta para controlar os sintomas.

### adjunto **treinamento em biofeedback**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Ajuda os pacientes a influenciar funções corporais involuntárias e automáticas (por exemplo, ondas cerebrais, pressão arterial,

## Agudo

frequência cardíaca, tensão muscular, temperatura da pele, atividade das glândulas sudoríparas) e melhor compreender a conexão entre mente e corpo medindo as funções corporais, usando informações sobre como essas funções contribuem para a tensão e o estresse corporal, e incorporando treinamento de relaxamento. É pouco provável curar pacientes dos sintomas de transtorno de conversão se outras modalidades de tratamento não forem usadas em conjunto. Haverá benefícios adicionais para ajudar pacientes com ansiedade ou depressão a controlar sintomas de ansiedade ou insônia.

### adjunto **benzodiazepínico**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **lorazepam**: 1-2 mg por via oral/intravenosa em dose única, repetir em 30-60 minutos se não houver resposta

#### Opções secundárias

» **diazepam**: 5-10 mg por via oral/intravenosa em dose única, repetir em 30-60 minutos se não houver resposta

» Pode ser usado para alívio em curto prazo de sintomas agudos de conversão. Geralmente é administrado no momento do sintoma agudo de transtorno de conversão, junto com a sugestão de que o paciente recuperará a função em resposta ao tratamento.

### 2a **outra modalidade de psicoterapia**

» Pacientes que não respondam às terapias iniciais (psicoterapia eclética e/ou farmacoterapia) podem se beneficiar de outra modalidade de psicoterapia, incluindo a psicoterapia psicodinâmica; terapia familiar (reconhecendo os dilemas inexprimíveis<sup>[89]</sup> e interrompendo o reforço pelo cônjuge de comportamentos relacionados a doenças); terapia em grupo; terapia comportamental dialética (particularmente com transtorno de personalidade limítrofe comórbido ou trauma);<sup>[90]</sup> terapia de intenção paradoxal (incentiva o paciente a enfrentar deliberadamente o comportamento indesejado); e dessensibilização e reprocessamento por meio dos movimentos oculares (particularmente com transtorno do estresse pós-traumático comórbido).

## Agudo

### mais antidepressivos

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

**OU**

» **citalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

**OU**

» **fluoxetina**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia administrados em 1-2 doses fracionadas

**OU**

» **fluvoxamina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia administrados em 2 doses fracionadas

**OU**

» **paroxetina**: 10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 50 mg/dia

**OU**

» **duloxetina**: 20-30 mg/dia por via oral inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

**OU**

» **venlafaxina**: 37.5 mg/dia por via oral (liberação imediata ou liberação prolongada) administrados em 1-2 doses fracionadas inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

**OU**

**Agudo**

» **escitalopram**: 5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

**OU**

» **desvenlafaxina**: 50 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 100 mg/dia

**Opções secundárias**

» **nortriptilina**: 10 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 100 mg/dia administrados em 1-4 doses fracionadas

**OU**

» **amitriptilina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia administrados em 1-4 doses fracionadas

**OU**

» **desipramina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia administrados em 1-4 doses fracionadas

**OU**

» **imipramina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia administrados em 1-4 doses fracionadas

**OU**

» **doxepina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia administrados em 1-4 doses fracionadas

**OU**

» **bupropiona**: 150 mg por via oral (liberação sustentada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 400 mg/dia administrados em 2 doses fracionadas

**OU**

## Agudo

» **mirtazapina**: 15 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 45 mg/dia

» Opções farmacológicas para depressão ou ansiedade comórbida incluem inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs), principalmente para transtornos de ansiedade; inibidores da recaptação de serotonina-noradrenalina (IRSNs), principalmente para síndromes de dor coexistentes; antidepressivos tricíclicos (ADTs); mirtazapina; ou bupropiona.

» Os ISRSs incluem sertralina, citalopram, fluoxetina, paroxetina, escitalopram e fluvoxamina.

» Os IRSNs incluem venlafaxina, desvenlafaxina e duloxetina.

» Os ADTs incluem nortriptilina, amitriptilina, desipramina, imipramina e doxepina.

» As doses devem ser baixas no início e aumentadas gradualmente de acordo com a resposta.

### 3a antipsicótico atípico

#### Opções primárias

» **aripiprazol**: 2 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 15 mg/dia

OU

» **ziprasidona**: 20 mg por via oral duas vezes ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 160 mg/dia

OU

» **quetiapina**: 25 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 400 mg/dia administrados em 1-3 doses fracionadas

#### Opções secundárias

» **olanzapina**: 2.5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 10 mg/dia

OU



## Agudo

» **risperidona**: 0.5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 4 mg/dia administrados em 1-2 doses fracionadas

» Pode ser usado se medidas psicoterapêuticas e antidepressivas não forem eficazes. Se a insônia for proeminente, um agente mais sedativo ao deitar, como a quetiapina, pode ser selecionado. Se o ganho de peso for uma preocupação, pode ser preferível usar aripirazol ou ziprasidona.

» As doses devem ser baixas no início e aumentadas gradualmente de acordo com a resposta.

### 4a **eletroconvulsoterapia (ECT) ou estimulação magnética transcraniana (EMTr) repetitiva**

» Se as estratégias de potencialização não forem eficazes, pode-se considerar ECT ou EMTr. Há evidências limitadas que dão suporte ao uso de ECT[99] [100] [101] ou EMTr[102] [103] [104] para transtorno de conversão. No entanto, quando transtornos de humor ou ansiedade estão presentes, esses tratamentos podem ser benéficos para tratar a comorbidade clínica.

## transtorno de sintomas somáticos

### ■ **sem transtorno depressivo ou ansiedade comórbida**

#### 1a **psicoterapia eclética**

» Inclui uma combinação de terapia cognitivo-comportamental (TCC), terapia de atenção plena e/ou psicoterapia dinâmica breve, psicoterapia interpessoal, treinamento de reatribuição e psicoterapia geral. Para este grupo, a TCC envolve reduzir a estimulação fisiológica por meio de técnicas de relaxamento; aprimorar a regulação da atividade por meio do aumento de exercícios e de atividades prazerosas e significativas; atividades de ritmo; aumentar a conscientização de emoções; modificar crenças disfuncionais; aprimorar a comunicação de pensamentos e emoções; e reduzir o reforço do cônjuge ao comportamento da doença.

#### mais **intervenção com consulta psiquiátrica**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Envolve agendar consultas regulares em vez de agendar consultas conforme a necessidade; conduzir exames físicos breves em cada visita concentrando-se nas áreas de

## Agudo

desconforto; evitar procedimentos diagnósticos desnecessários, tratamentos invasivos e internações hospitalares; e evitar explicações como "Seus sintomas estão todos em sua mente".<sup>21</sup>[B]Evidence

### adjunto **exercícios físicos graduais**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Os pacientes são gentilmente apresentados aos exercícios com o aumento gradual do nível de esforço físico diário; o objetivo é iniciar com períodos bem curtos de exercícios, como caminhada ou natação, até o ponto tolerável e, a cada semana, tentar aumentar a quantidade de exercícios visando a aumentar a tolerância e a capacidade; potencialmente, qualquer paciente pode se beneficiar.<sup>22</sup>[B]Evidence

### adjunto **treinamento em biofeedback**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» O objetivo é compreender melhor a conexão entre mente e corpo, além de aprender maneiras de usar o treinamento de relaxamento. Potencialmente, qualquer paciente pode se beneficiar, especialmente aqueles com queixas geniturinárias e/ou gastrointestinais, que aprenderão a relaxar esses sistemas de órgãos.

### 2a **antidepressivos**

#### **Opções primárias**

» **duloxetina**: 20-30 mg/dia por via oral inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

**OU**

» **venlafaxina**: 37.5 mg/dia por via oral (liberação imediata ou liberação prolongada) administrados em 1-2 doses fracionadas inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

**OU**

» **desvenlafaxina**: 50 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 100 mg/dia

**OU**

» **nortriptilina**: 10 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar de

**Agudo**

acordo com a resposta, máximo de 100 mg/dia administrados em 1-4 doses fracionadas

**OU**

» **amitriptilina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia administrados em 1-4 doses fracionadas

**Opções secundárias**

» **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

**OU**

» **citalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

**OU**

» **fluoxetina**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia administrados em 1-2 doses fracionadas

**OU**

» **fluvoxamina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia administrados em 2 doses fracionadas

**OU**

» **paroxetina**: 10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 50 mg/dia

**OU**

» **escitalopram**: 5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

**OU**

» **desipramina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia administrados em 1-4 doses fracionadas

## Agudo

OU

» **imipramina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia administrados em 1-4 doses fracionadas

OU

» **doxepina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia administrados em 1-4 doses fracionadas

OU

» **bupropiona**: 150 mg por via oral (liberação sustentada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 400 mg/dia administrados em 2 doses fracionadas

OU

» **mirtazapina**: 15 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 45 mg/dia

» Quando a psicoterapia eclética (incluindo terapia cognitivo-comportamental) e a intervenção com consulta psiquiátrica não forem eficazes, a terapia antidepressiva (com antidepressivos tricíclicos, IRSNs, ISRSs, mirtazapina ou bupropiona) pode ser testada independentemente da presença de sintomas depressivos, principalmente nos casos de síndromes de dor e do vômito cíclico.<sup>23[B]</sup>**Evidence** Se estas não forem eficazes, pode-se tentar outras modalidades de psicoterapia.

» IRSNs, nortriptilina e amitriptilina são usados como primeira linha para focar os sintomas de dor crônica.

» Os ISRSs incluem sertralina, citalopram, fluoxetina, paroxetina, escitalopram e fluvoxamina.

» Os IRSNs incluem venlafaxina, desvenlafaxina e duloxetina.

» Os ADTs incluem nortriptilina, amitriptilina, desipramina, imipramina e doxepina.

## Agudo

■ com transtorno depressivo ou ansiedade comórbida

» As doses devem ser baixas no início e aumentadas gradualmente de acordo com a resposta.

**3a outra modalidade de psicoterapia**

» Pacientes que não respondam às terapias iniciais (psicoterapia eclética e/ou farmacoterapia) podem se beneficiar de outra modalidade de psicoterapia, incluindo a psicoterapia psicodinâmica; terapia familiar (reconhecendo os dilemas inexprimíveis<sup>[89]</sup> e interrompendo o reforço pelo cônjuge de comportamentos relacionados a doenças); terapia em grupo; terapia comportamental dialética (particularmente com transtorno de personalidade limítrofe comórbido ou trauma);<sup>[90]</sup> terapia de intenção paradoxal (incentiva o paciente a enfrentar deliberadamente o comportamento indesejado); e dessensibilização e reprocessamento por meio dos movimentos oculares (particularmente com transtorno do estresse pós-traumático comórbido).

**1a psicoterapia eclética**

» Inclui uma combinação de terapia cognitivo-comportamental (TCC),<sup>24[A]Evidence</sup> terapia de atenção plena e/ou psicoterapia dinâmica breve, psicoterapia interpessoal, treinamento de reatribuição e psicoterapia geral. Para este grupo, a TCC envolve reduzir a estimulação fisiológica por meio de técnicas de relaxamento; aprimorar a regulação da atividade aumentando exercícios e atividades prazerosas e significativas; atividades de ritmo; aumentar a conscientização das emoções; modificar crenças disfuncionais; aprimorar a comunicação dos pensamentos e emoções; e reduzir o reforço do cônjuge a comportamentos relativos a doenças.

**mais intervenção com consulta psiquiátrica**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Envolve consulta a um psiquiatra e uma carta para encaminhamento ao médico, sugerindo consultas regulares, em vez de agendar consultas conforme a necessidade; conduzir exames físicos breves em cada visita concentrando-se nas áreas de desconforto; evitar procedimentos diagnósticos desnecessários, tratamentos invasivos e internações hospitalares; e evitar explicações como "Seus sintomas estão todos em sua mente".<sup>[106] 21[B]Evidence</sup>

## Agudo

### mais antidepressivos

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

**OU**

» **citalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

**OU**

» **fluoxetina**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia administrados em 1-2 doses fracionadas

**OU**

» **fluvoxamina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia administrados em 2 doses fracionadas

**OU**

» **paroxetina**: 10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 50 mg/dia

**OU**

» **duloxetina**: 20-30 mg/dia por via oral inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

**OU**

» **venlafaxina**: 37.5 mg/dia por via oral (liberação imediata ou liberação prolongada) administrados em 1-2 doses fracionadas inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

**OU**

## Agudo

» **escitalopram**: 5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

**OU**

» **desvenlafaxina**: 50 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 100 mg/dia

### Opções secundárias

» **nortriptilina**: 10 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 100 mg/dia administrados em 1-4 doses fracionadas

**OU**

» **amitriptilina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia administrados em 1-4 doses fracionadas

**OU**

» **desipramina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia administrados em 1-4 doses fracionadas

**OU**

» **imipramina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia administrados em 1-4 doses fracionadas

**OU**

» **doxepina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia administrados em 1-4 doses fracionadas

**OU**

» **bupropiona**: 150 mg por via oral (liberação sustentada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 400 mg/dia administrados em 2 doses fracionadas

**OU**



## Agudo

» **mirtazapina:** 15 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 45 mg/dia

» Opções farmacológicas para depressão ou ansiedade comórbida incluem inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs), principalmente para transtornos de ansiedade; inibidores da recaptação de serotonina-noradrenalina (IRSNs), principalmente para síndromes de dor coexistentes; antidepressivos tricíclicos (ADTs); mirtazapina; ou bupropiona.

» Os ISRSs incluem sertralina, citalopram, fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina e escitalopram.

» Os IRSNs incluem venlafaxina, desvenlafaxina e duloxetina.

» Os ADTs incluem nortriptilina, amitriptilina, desipramina, imipramina e doxepina.

» As doses devem ser baixas no início e aumentadas gradualmente de acordo com a resposta.

### adjunto **exercícios físicos graduais**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Os pacientes são gentilmente apresentados aos exercícios com o aumento gradual do nível de esforço físico diário; o objetivo é iniciar com períodos bem curtos de exercícios, como caminhada ou natação, até o ponto tolerável e, a cada semana, tentar aumentar a quantidade de exercícios visando a aumentar a tolerância e a capacidade; potencialmente, qualquer paciente pode se beneficiar.<sup>22[B]Evidence</sup>

### adjunto **treinamento em biofeedback**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» O objetivo é compreender melhor a conexão entre mente e corpo, além de aprender maneiras de usar o treinamento de relaxamento. Potencialmente, qualquer paciente pode se beneficiar, especialmente aqueles com queixas geniturinárias e/ou gastrointestinais, que aprenderão a relaxar esses sistemas de órgãos. Há benefícios adicionais para ajudar pacientes com ansiedade ou depressão a controlar sintomas de ansiedade ou insônia.

### 2a **outra modalidade de psicoterapia**

## Agudo

» Pacientes que não respondam às terapias iniciais (psicoterapia eclética e/ou farmacoterapia) podem se beneficiar de outra modalidade de psicoterapia, incluindo a psicoterapia psicodinâmica; terapia familiar (reconhecendo os dilemas inexprimíveis<sup>[89]</sup> e interrompendo o reforço pelo cônjuge de comportamentos relacionados a doenças); terapia em grupo; terapia comportamental dialética (particularmente com transtorno de personalidade limítrofe comórbido ou trauma);<sup>[90]</sup> terapia de intenção paradoxal (incentiva o paciente a enfrentar deliberadamente o comportamento indesejado); e dessensibilização e reprocessamento por meio dos movimentos oculares (particularmente com transtorno do estresse pós-traumático comórbido).

### mais antidepressivos

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **sertralina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia

#### OU

» **citalopram**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 40 mg/dia

#### OU

» **fluoxetina**: 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia administrados em 1-2 doses fracionadas

#### OU

» **fluvoxamina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia administrados em 2 doses fracionadas

#### OU

» **paroxetina**: 10 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 50 mg/dia

**Agudo****OU**

» **duloxetina**: 20-30 mg/dia por via oral inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 60 mg/dia

**OU**

» **venlafaxina**: 37.5 mg/dia por via oral (liberação imediata ou liberação prolongada) administrados em 1-2 doses fracionadas inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia

**OU**

» **escitalopram**: 5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

**OU**

» **desvenlafaxina**: 50 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 100 mg/dia

**Opções secundárias**

» **nortriptilina**: 10 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 100 mg/dia administrados em 1-4 doses fracionadas

**OU**

» **amitriptilina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia administrados em 1-4 doses fracionadas

**OU**

» **desipramina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 200 mg/dia administrados em 1-4 doses fracionadas

**OU**

» **imipramina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia administrados em 1-4 doses fracionadas

**OU**

## Agudo

» **doxepina**: 25 mg por via oral uma vez ao dia ao deitar inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 300 mg/dia administrados em 1-4 doses fracionadas

**OU**

» **bupropiona**: 150 mg por via oral (liberação sustentada) uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 400 mg/dia administrados em 2 doses fracionadas

**OU**

» **mirtazapina**: 15 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 45 mg/dia

» Opções farmacológicas para depressão ou ansiedade comórbida incluem inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSs), principalmente para transtornos de ansiedade; inibidores da recaptção de serotonina-noradrenalina (IRSNs), principalmente para síndromes de dor coexistentes; antidepressivos tricíclicos (ADTs); mirtazapina; ou bupropiona.

» Os ISRSs incluem sertralina, citalopram, fluoxetina, paroxetina e fluvoxamina.

» Os IRSNs incluem venlafaxina e duloxetina.

» Os ADTs incluem nortriptilina, amitriptilina, desipramina, imipramina e doxepina.

» As doses devem ser baixas no início e aumentadas gradualmente de acordo com a resposta.

### 3a antipsicótico atípico

#### Opções primárias

» **aripiprazol**: 2 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 15 mg/dia

**OU**

» **ziprasidona**: 20 mg por via oral duas vezes ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 160 mg/dia

**OU**

**Agudo**

» **quetiapina**: 25 mg por via oral (liberação imediata) uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 400 mg/dia administrados em 1-3 doses fracionadas

**Opções secundárias**

» **olanzapina**: 2.5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 10 mg/dia

**OU**

» **risperidona**: 0.5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 4 mg/dia administrados em 1-2 doses fracionadas

» Pode ser testado em pacientes que não respondem a outra modalidade de psicoterapia. Quando transtornos de humor ou ansiedade estão presentes, esses medicamentos podem oferecer benefício para tratar a comorbidade clínica. Se a insônia for proeminente, um agente mais sedativo ao deitar, como a quetiapina, pode ser selecionado. Se o ganho de peso for uma preocupação, pode ser preferível usar aripiprazol ou ziprasidona.

» As doses devem ser baixas no início e aumentadas gradualmente de acordo com a resposta.

## Novidades

### Estimulação magnética transcraniana repetitiva

A estimulação magnética transcraniana repetitiva (EMTr) é um procedimento não invasivo aprovado para tratar a depressão. Estão surgindo evidências substanciais de que ela também pode ser uma modalidade útil na dor crônica,[113] e há relatos de caso de sucesso no transtorno de conversão,[102] [103] [104] bem como no transtorno do estresse pós-traumático.[114] É necessária mais pesquisa sobre o uso de EMTr com transtorno de sintomas somáticos e de conversão para determinar se ela será uma ferramenta valiosa para pacientes com transtornos de sintomas somáticos e relacionados.

## Recomendações

### Monitoramento

É necessária uma abordagem multidisciplinar integradora para todos os pacientes. Visitas breves regulares aos médicos de atenção primária (para transtorno de sintomas somáticos) e neurologistas (para transtorno de conversão) devem ser agendadas para avaliar o progresso, manter a relação terapêutica, evitar abandono e excesso de exames ou procedimentos. É importante manter uma postura terapêutica e de suporte, bem como monitorar a ideação suicida em resposta a sintomas persistentes para os quais não haja diagnóstico médico, ou em resposta ao novo diagnóstico.

### Instruções ao paciente

Ao apresentar o diagnóstico aos pacientes, deve-se explicar que o estresse e os fatores psicológicos são conhecidos por causarem alterações fisiológicas e sintomas físicos, e que, geralmente, o objetivo é um bom controle, em vez da cura. Os pacientes também devem ser conscientizados sobre a importância da adesão ao tratamento psicoterapêutico e farmacoterapêutico. Textos de autoajuda<sup>[119]</sup> usados juntamente com orientação de profissionais de saúde podem ser benéficos.<sup>[73]</sup> Os pacientes também podem ser direcionados a sites de suporte. [\[National Fibromyalgia and Chronic Pain Association\]](#) [\[Functional and dissociative neurological symptoms: a patient's guide\]](#) [\[Functional disorders\]](#)

## Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>depressão</b>	<b>variável</b>	<b>alta</b>
Uma comorbidade comum de transtornos de sintomas somáticos e de conversão. <sup>[118]</sup>		
<b>ansiedade</b>	<b>variável</b>	<b>alta</b>
Uma comorbidade comum de transtornos de sintomas somáticos e de conversão.		
<b>ideação suicida</b>	<b>variável</b>	<b>média</b>
O tratamento eficaz do transtorno mental desempenha um papel importante na prevenção do suicídio. É importante manter uma postura terapêutica e de suporte e monitorar a ideação suicida em resposta a sintomas persistentes para os quais não haja diagnóstico médico, ou em resposta ao novo diagnóstico.		
<b>uso/abuso de substâncias</b>	<b>variável</b>	<b>média</b>
O abuso ou a dependência de substâncias pode se desenvolver quando os pacientes tentam tratar seus sintomas (principalmente a dor). Entre os exemplos, estão o uso de medicamentos para dor com opioides de prescrição para controlá-la e o uso de bebidas alcoólicas para lidar com sintomas crônicos ou para suprimir emoções.		



## Prognóstico

### Transtorno de conversão

- Entre 50% e 90% dos pacientes com transtorno de conversão apresentam remissão dos sintomas em curto prazo após tranquilização, mas até 25% desses respondentes apresentam recidiva ou desenvolvem novos sintomas de conversão ao longo do tempo.[115]
- Depois que os estressores agudos remitem, alguns pacientes com transtorno de conversão apresentam prognóstico favorável.
- Indicadores de prognóstico favorável para pacientes com transtorno de conversão incluem início agudo dos sintomas, precipitação por um evento estressante bem definido, boa saúde pré-mórbida e ausência de comorbidades psiquiátricas ou neurológicas.
- Pacientes com transtornos de personalidade, doenças somáticas concomitantes, comorbidade psiquiátrica, apresentação subaguda e tremor ou subtipos de crises não epiléticas psicogênicas têm um prognóstico mais desfavorável.

### Transtorno de sintomas somáticos

- As taxas de remissão relatadas variam de muito baixas (<10%)[116] a uma recuperação de 50% dentro de 1 ano.[117]
- Pacientes com muitos sintomas somáticos, ansiedade ou depressão, idade avançada ou comprometimento acentuado tiveram maior probabilidade de apresentar sintomas persistentes.[117]

## Pacientes não diagnosticados

Pacientes que permanecem não diagnosticados podem ser submetidos a exames médicos, procedimentos ou internações hospitalares desnecessários e em excesso. Eles também podem receber medicamento desnecessário e em excesso, além de apresentar efeitos adversos desnecessariamente.

## Pacientes que não aderem ao tratamento

A não adesão às estratégias de manejo é um risco, inclusive de ambivalência no encaminhamento da saúde mental e falha ao usar tratamentos psicoterapêuticos. Se o encaminhamento da saúde mental for recusado, o foco deve ser nos cuidados de suporte, o que limita exames e procedimentos e incentiva a reabilitação, atribuindo-se os sintomas a causas relacionadas a estresse.

## Manejo em longo prazo

O manejo em longo prazo envolve interromper fatores perpetuantes, minimizar exames e procedimentos desnecessários, evitar a visita a diversos médicos e incentivar níveis mais elevados de processamento emocional.

## Diretrizes de tratamento

### Europa

#### Management of patients with physical and psychological problems in primary care: a practical guide

**Publicado por:** Royal College of General Practitioners; Royal College of Psychiatrists

**Última publicação em:** 2009

## Recursos online

1. [National Fibromyalgia and Chronic Pain Association](#) (*external link*)
2. [Functional and dissociative neurological symptoms: a patient's guide](#) (*external link*)
3. [Functional disorders](#) (*external link*)

## Nível de evidência

1. Sintomas neurológicos no transtorno de conversão: há evidências de qualidade moderada de que 11% dos novos encaminhamentos a clínicas ambulatoriais de neurologia apresentam sintomas clinicamente inexplicados.[12]  
**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
2. Sintomas neurológicos no transtorno de conversão: há evidências de baixa qualidade de que 2% a 3% dos pacientes com distúrbios do movimento têm distúrbio do movimento psicogênico.[13]  
**Nível de evidência C:** Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
3. Sintomas neurológicos no transtorno de conversão: há evidências de qualidade moderada de que a prevalência de crises não epiléticas psicogênicas entre pacientes encaminhados a centros terciários de epilepsia para convulsões intratáveis está estimada em pelo menos 20%.[14]  
**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
4. Sintomas neurológicos no transtorno de conversão: há evidências de qualidade moderada de que as crises não epiléticas psicogênicas ocorram na população geral com uma prevalência estimada de 2 a 33 por 100,000.[14]  
**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
5. Sintomas neurológicos no transtorno de conversão: há evidências de qualidade moderada de que a concomitância de crises não epiléticas psicogênicas com epilepsia seja de 10% a 18%.[15]  
**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
6. Sintomas neurológicos no transtorno de conversão: há evidências de qualidade moderada de que, após um acompanhamento mediano de 5 anos, 4% de 1466 pacientes com sintomas sensitivos e motores clinicamente inexplicados desenvolveram uma doença neurológica que pode ter explicado seus sintomas.[17]  
**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

7. Fisiopatologia do transtorno de conversão: há evidências de qualidade moderada de que o transtorno de conversão deve ser reclassificado como transtorno dissociativo no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5).[\[22\]](#)  
**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
8. Fisiopatologia do transtorno de conversão: há evidências de baixa qualidade de que existem mecanismos biológicos para a histeria (transtorno de conversão).[\[25\]](#)  
**Nível de evidência C:** Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
9. Fisiopatologia do transtorno de conversão: há evidências de qualidade moderada de um padrão distinto de desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal nos transtornos dissociativos.[\[31\]](#)  
**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
10. Fisiopatologia do transtorno de conversão: há evidências de baixa qualidade da presença de vias de comunicação do sistema imunológico para o cérebro, responsáveis por sintomas do grupo de sintomas somáticos associados à inflamação e transtornos relacionados (anteriormente denominados transtornos somatoformes).[\[35\]](#)  
**Nível de evidência C:** Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
11. Fatores de risco para transtornos de conversão e somatização: há evidências de qualidade moderada de que maus tratos na infância, incluindo o testemunho de agressão materna e exposição a agressão verbal, podem ser deletérios, em termos de desenvolvimento, para a estabilidade da saúde mental do adulto.[\[42\]](#)  
**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.
12. Fatores de risco para somatização e transtorno de conversão: há evidências de baixa qualidade de que a exposição a abuso verbal parental pode estar associada à alteração da integridade das vias neurais, com implicações para desenvolvimento da linguagem e a psicopatologia.[\[43\]](#)  
**Nível de evidência C:** Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.
13. Fatores de risco para transtorno de conversão: há evidências de baixa qualidade de que traumas na infância estejam associados ao transtorno de conversão, e entre os pacientes com transtorno de conversão, a disfunção parental por parte da mãe (não do pai) está associada a escores

mais elevados na Escala de Experiências Dissociativas e no Questionário de Dissociação Somatoforme.[39]

**Nível de evidência C:** Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

14. Fatores de risco para transtorno de conversão: há evidências de qualidade moderada de uma associação entre a alexitimia geral e o relato de sintomas somáticos.[44] [45]

**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

15. Fatores de risco para transtorno de conversão: há evidências de qualidade moderada de uma associação entre a somatização e o neuroticismo.[46]

**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

16. Avaliação neuropsicológica: há evidências de qualidade moderada de que estressores graves e o transtorno do estresse pós-traumático estejam associados a etiologias psicológicas e orgânicas.[57]

**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

17. Avaliação neuropsicológica: há evidências de qualidade moderada de que a psicopatologia está associada a todos os domínios cognitivos, exceto a função executiva, e de que anormalidades cognitivas podem ser causadas por uma complexa interação entre fatores biológicos e psicológicos.[57] [58] [59]

**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

18. Eficácia da TCC: há evidências de qualidade moderada de que a TCC é uma modalidade de tratamento eficaz para o transtorno de conversão.[70] [91] [92] [72]

**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

19. Tratar clinicamente os sintomas inexplicados no transtorno de conversão: há evidências de baixa qualidade de que as terapias farmacológicas são eficazes quando comparadas com placebo no tratamento dos sintomas clinicamente inexplicados, com nenhuma classe de antidepressivo ou suplemento natural sendo superior à outra.[93]

**Nível de evidência C:** Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

20. Eficácia da psicoterapia: há evidências de baixa qualidade de que a psicoterapia ajustada individualmente para os pacientes com sintomas neurológicos funcionais está associada à melhora dos sintomas, ao bem-estar emocional e à qualidade de vida.[\[94\]](#)

**Nível de evidência C:** Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

21. Melhora dos sintomas mediante intervenção com consulta psiquiátrica e cartas de consulta para auxiliar os profissionais de atenção primária: há evidências de qualidade moderada de que a intervenção com consulta psiquiátrica leva à melhora funcional e ao alívio dos sintomas.[\[105\]](#) [\[106\]](#)

**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

22. Eficácia de exercícios físicos graduais adjuvantes: há evidências de qualidade moderada de que tratamentos não farmacológicos que envolvem a participação ativa dos pacientes (por exemplo, exercício) são mais eficazes que aqueles que envolvem medidas físicas passivas (por exemplo, injeções, operações).[\[108\]](#)

**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

23. Eficácia da medicação antidepressiva: há evidências de qualidade moderada de que os antidepressivos são eficazes para pacientes com sintomas clinicamente inexplicados.[\[109\]](#)

**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

24. Eficácia da TCC no transtorno de somatização com comorbidades: há evidências de alta qualidade de que a TCC é uma modalidade de tratamento eficaz para o transtorno de somatização com depressão ou ansiedade.[\[91\]](#) [\[111\]](#) [\[109\]](#)

**Nível de evidência A:** Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.



## Artigos principais

- Nowak DA, Fink GR. Psychogenic movement disorders: aetiology, phenomenology, neuroanatomical correlates and therapeutic approaches. *Neuroimage*. 2009;47:1015-1025.
- Baslet G. Psychogenic non-epileptic seizures: a model of their pathogenic mechanism. *Seizure*. 2011;20:1-13. [Texto completo](#)
- Reuber M. The etiology of psychogenic non-epileptic seizures: toward a biopsychosocial model. *Neurol Clin*. 2009;27:909-924.
- Yunus MB. Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. *Semin Arthritis Rheum*. 2008;37:339-352.
- Kleinstauber M, Withhöft M, Hiller W. Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2011;31:146-160.
- Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom Med*. 2007;69:881-888.
- Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet*. 2007;369:946-955.
- Sumathipala A. What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? A critical review of previous intervention studies. *Psychosom Med*. 2007;69:889-900.

## Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
3. Stone J, Zeman A, Sharpe M. Functional weakness and sensory disturbance. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002;73:241-245. [Texto completo](#)
4. Binzer M, Andersen PM, Kullgren G. Clinical characteristics of patients with motor disability due to conversion disorder: a prospective control group study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1997;63:83-88. [Texto completo](#)
5. Ford CV, Folks DG. Conversion disorders: an overview. *Psychosomatics*. 1985;26:371-374, 380-383.
6. Lazare A. Current concepts in psychiatry: conversion symptoms. *N Engl J Med*. 1981;305:745-748.

7. McKenzie PS, Oto M, Graham CD, et al. Do patients whose psychogenic non-epileptic seizures resolve, 'replace' them with other medically unexplained symptoms? Medically unexplained symptoms arising after a diagnosis of psychogenic non-epileptic seizures. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2011;82:967-969. [Texto completo](#)
8. Barsky AJ, Peekna HM, Borus JF. Somatic symptom reporting in women and men. *J Gen Intern Med*. 2001;16:266-275. [Texto completo](#)
9. Tomasson K, Kent D, Coryell W. Somatization and conversion disorders: comorbidity and demographics at presentation. *Acta Psychiatr Scand*. 1991;84:288-293.
10. Guz H, Doganay Z, Ozkan A, et al. Conversion and somatization disorders: dissociative symptoms and other characteristics. *J Psychosom Res*. 2004;56:287-291.
11. Akagi J, House A. The epidemiology of hysterical conversion. In: Halligan PW, Bass CM, Marshall JC, eds. *Contemporary approaches to the study of hysteria*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2001:73-87.
12. Carson AJ, Ringbauer B, Stone J, et al. Do medically unexplained symptoms matter? A prospective cohort study of 300 new referrals to neurology outpatient clinics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2000;68:207-210. [Texto completo](#)
13. Factor SA, Podskalny GD, Molho ES. Psychogenic movement disorders: frequency, clinical profile, and characteristics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1995;59:406-412. [Texto completo](#)
14. Benbadis SR, Allen Hauser W. An estimate of the prevalence of psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure*. 2000;9:280-281.
15. Krumholz A, Ting T. Coexisting epilepsy and nonepileptic seizures. In: Kaplan PW, Fisher RS, eds. *Imitators of epilepsy*. New York, NY: Demos Medical Publishing; 2005:261-276.
16. Kozłowska K, Nunn KP, Rose D, et al. Conversion disorder in Australian pediatric practice. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:68-75.
17. Stone J, Smyth R, Carson A, et al. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and "hysteria". *BMJ*. 2005;331:989. [Texto completo](#)
18. Stonnington CM, Locke DE, Hsu CH, et al. Somatization is associated with deficits in affective theory of mind. *J Psychosom Res*. 2013;74:479-485.
19. Katon W, Kleinman A, Rosen G. Depression and somatization: a review: part I. *Am J Med*. 1982;72:127-135.
20. Noyes R Jr, Holt CS, Kathol RG. Somatization: diagnosis and management. *Arch Fam Med*. 1995;4:790-795.
21. Brown RJ. The cognitive psychology of dissociative states. *Cogn Neuropsychiatry*. 2002;7:221-235.

22. Brown RJ, Cardena E, Nijenhuis E, et al. Should conversion disorder be reclassified as a dissociative disorder in DSM V? *Psychosomatics*. 2007;48:369-378.
23. Nowak DA, Fink GR. Psychogenic movement disorders: aetiology, phenomenology, neuroanatomical correlates and therapeutic approaches. *Neuroimage*. 2009;47:1015-1025.
24. Baslet G. Psychogenic non-epileptic seizures: a model of their pathogenic mechanism. *Seizure*. 2011;20:1-13. [Texto completo](#)
25. Black DN, Seritan AL, Taber KH, et al. Conversion hysteria: lessons from functional imaging. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2004;16:245-251.
26. Voon V, Brezing C, Gallea C, et al. Emotional stimuli and motor conversion disorder. *Brain*. 2010;133:1526-1536.
27. van der Kruijs SJ, Bodde NM, Vaessen MJ, et al. Functional connectivity of dissociation in patients with psychogenic non-epileptic seizures. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2012;83:239-247. [Texto completo](#)
28. Cojan Y, Waber L, Carruzzo A, et al. Motor inhibition in hysterical conversion paralysis. *Neuroimage*. 2009;47:1026-1037.
29. Ejareh Dar M, Kanaan RA. Uncovering the etiology of conversion disorder: insights from functional neuroimaging. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:143-153. [Texto completo](#)
30. Voon V, Gallea C, Hattori N, et al. The involuntary nature of conversion disorder. *Neurology*. 2010;74:223-228.
31. Simeon D, Knutelska M, Yehuda R, et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in dissociative disorders, post-traumatic stress disorder, and healthy volunteers. *Biol Psychiatry*. 2007;61:966-973. [Texto completo](#)
32. Reuber M. The etiology of psychogenic non-epileptic seizures: toward a biopsychosocial model. *Neurol Clin*. 2009;27:909-924.
33. Geisser ME, Strader Donnell C, Petzke F, et al. Comorbid somatic symptoms and functional status in patients with fibromyalgia and chronic fatigue syndrome: sensory amplification as a common mechanism. *Psychosomatics*. 2008;49:235-242.
34. Browning M, Fletcher P, Sharpe M. Can neuroimaging help us to understand and classify somatoform disorders? A systematic and critical review. *Psychosom Med*. 2011;73:173-184. [Texto completo](#)
35. Dimsdale JE, Dantzer R. A biological substrate for somatoform disorders: importance of pathophysiology. *Psychosom Med*. 2007;69:850-854.
36. Dantzer R, Kelley KW. Twenty years of research on cytokine-induced sickness behavior. *Brain Behav Immun*. 2007;21:153-160. [Texto completo](#)

37. Yunus MB. Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. *Semin Arthritis Rheum.* 2008;37:339-352.
38. Fiszman A, Alves-Leon SV, Nunes RG, et al. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in patients with psychogenic nonepileptic seizures: a critical review. *Epilepsy Behav.* 2004;5:818-825.
39. Roelofs K, Keijsers GP, Hooqduin KA, et al. Childhood abuse in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry.* 2002;159:1908-1913.
40. Spitzer C, Barnow S, Gau K, et al. Childhood maltreatment in patients with somatization disorder. *Aust N Z J Psychiatry.* 2008;42:335-341.
41. Schulte IE, Petermann F. Familial risk factors for the development of somatoform symptoms and disorders in children and adolescents: a systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2011;42:569-583.
42. Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, et al. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *Am J Psychiatry.* 2003;160:1453-1460. [Texto completo](#)
43. Choi J, Jeong B, Rohan ML, et al. Preliminary evidence for white matter tract abnormalities in young adults exposed to parental verbal abuse. *Biol Psychiatry.* 2009;65:227-234.
44. De Gucht V, Heiser W. Alexithymia and somatisation: quantitative review of the literature. *J Psychosom Res.* 2003;54:425-434.
45. Mattila AK, Kronholm E, Jula A, et al. Alexithymia and somatization in general population. *Psychosom Med.* 2008;70:716-722.
46. De Gucht V. Stability of neuroticism and alexithymia in somatization. *Compr Psychiatry.* 2003;44:466-471.
47. Joint Working Group of the Royal College of General Practitioners and the Royal College of Psychiatrists. The management of patients with physical and psychological problems in primary care: a practical guide. January 2009. <http://www.rcgp.org.uk/> (last accessed 27 Sep 2016). [Texto completo](#)
48. van Bokhoven MA, Koch H, van der Weijden T, et al. The effect of watchful waiting compared to immediate test ordering instructions on general practitioners' blood test ordering behaviour for patients with unexplained complaints; a randomized clinical trial (ISRCTN55755886). *Implement Sci.* 2012;7:29. [Texto completo](#)
49. Hallet M, Cloninger CR, Fahn S, et al. Psychogenic movement disorders: neurology and neuropsychiatry. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
50. Hurwitz TA. Somatization and conversion disorder. *Can J Psychiatry.* 2004;49:172-178.
51. Abubakr A, Kablinger A, Caldito G. Psychogenic seizures: clinical features and psychological analysis. *Epilepsy Behav.* 2003;4:241-245.

52. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32:345-359.
53. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale - I: item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res*. 1994;38:23-32.
54. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JD. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale - II: convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res*. 1994;38:33-40.
55. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. The 20-item Toronto Alexithymia Scale - IV: reliability and factorial validity in different languages and cultures. *J Psychosom Res*. 2003;55:277-283.
56. Lane RD, Quinlan DM, Schwartz GE, et al. The Levels of Emotional Awareness Scale: a cognitive-developmental measure of emotion. *J Pers Assess*. 1990;55:124-134.
57. Binder LM, Campbell KA. Medically unexplained symptoms and neuropsychological assessment. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2004;26:369-392.
58. Drane DL, Williamson DJ, Stroup ES, et al. Cognitive impairment is not equal in patients with epileptic and psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*. 2006;47:1879-1886. [Texto completo](#)
59. Locke DE, Berry DT, Fakhoury TA, et al. Relationship of indicators of neuropathology, psychopathology, and effort to neuropsychological results in patients with epilepsy or psychogenic non-epileptic seizures. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2006;28:325-340.
60. Hathaway SR, McKinley. *MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: manual for administration and scoring*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press; 1989.
61. Morey LC. *Personality assessment inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1991.
62. Millon T. *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II: manual for the MCM-II*. Minneapolis, MN: National Computer Systems; 1994.
63. Cragar DE, Schmitt FA, Berry DT, et al. A comparison of MMPI-2 decision rules in the diagnosis of nonepileptic seizures. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2003;25:793-804.
64. Schuster JP, Mouchabac S, LeStrat Y, et al. Hysterical mutism. *Encephale*. 2011;37:339-344.
65. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, et al. The health anxiety inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med*. 2002;32:843-853.
66. van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, Keuter EJ, et al. Presentation of the Multidisciplinary Guideline Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS) and Somatoform Disorder in the Netherlands: disease management according to risk profiles. *J Psychosom Res*. 2012;72:168-169. [Texto completo](#)

67. Stewart M, Brown JB, Weston WW, et al. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995.
68. Drane DL, LaRoche SM, Ganesh GA, et al. A standardized diagnostic approach and ongoing feedback improves outcome in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav.* 2016;54:34-39. [Texto completo](#)
69. Goldstein LH, Chalder T, Chigwedere C, et al. Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: a pilot RCT. *Neurology.* 2010;74:1986-1994.
70. LaFrance WC Jr, Miller IW, Ryan CE, et al. Behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav.* 2009;14:591-596.
71. van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC, et al. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(11):CD011142. [Texto completo](#)
72. LaFrance WC Jr, Baird GL, Barry JJ, et al; NES Treatment Trial (NEST-T) Consortium. Multicenter pilot treatment trial for psychogenic nonepileptic seizures: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2014;71:997-1005. [Texto completo](#)
73. Sharpe M, Walker J, Williams C, et al. Guided self-help for functional (psychogenic) symptoms: a randomized controlled efficacy trial. *Neurology.* 2011;77:564-572. [Texto completo](#)
74. Hedman E, Axelsson E, Görling A, et al. Internet-delivered exposure-based cognitive-behavioural therapy and behavioural stress management for severe health anxiety: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2014;205:307-314. [Texto completo](#)
75. Zonneveld LN, van Rood YR, Timman R, et al. Effective group training for patients with unexplained physical symptoms: a randomized controlled trial with a non-randomized one-year follow-up. *PLoS One.* 2012;7:e42629 [corrected in: *PLoS One.* 2013;8]. [Texto completo](#)
76. Fjorback LO. Mindfulness and bodily distress. *Dan Med J.* 2012;59:B4547. [Texto completo](#)
77. Fjorback LO, Arendt M, Ornbøl E, et al. Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes: randomized trial with one-year follow-up. *J Psychosom Res.* 2013;74:31-40.
78. Abbass A, Kisely S, Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Psychother Psychosom.* 2009;78:265-274.
79. Erceg-Hurn DM. Psychodynamic therapy for somatic disorder meta-analysis raises more questions than answers. *Psychother Psychosom.* 2011;80:182-183.
80. Abbass AA, Kisely SR, Town JM, et al. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(7):CD004687. [Texto completo](#)
81. Morriss RK, Dowrick C, Salmon P, et al. Cluster randomised controlled trial of training practices in reattribution for medically unexplained symptoms. *Br J Psychiatry.* 2007;191:536-542. [Texto completo](#)



82. Mayor R, Howlett S, Grünewald R, et al. Long-term outcome of brief augmented psychodynamic interpersonal therapy for psychogenic nonepileptic seizures: seizure control and health care utilization. *Epilepsia*. 2010;51:1169-1176.
83. Sattel H, Lahmann C, Gundel H, et al. Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2012;200:60-67.
84. Kleinstauber M, Witthöft M, Hiller W. Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2011;31:146-160.
85. Martlew J, Pulman J, Marson AG. Psychological and behavioural treatments for adults with non-epileptic attack disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(2):CD006370. [Texto completo](#)
86. Kisely SR, Campbell LA, Yelland MJ, et al. Psychological interventions for symptomatic management of non-specific chest pain in patients with normal coronary anatomy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(6):CD004101. [Texto completo](#)
87. Wortman MS, Lucassen PL, van Ravesteijn HJ, et al. Brief multimodal psychosomatic therapy in patients with medically unexplained symptoms: feasibility and treatment effects. *Fam Pract*. 2016;33:346-353.
88. Schade N, Torres P, Beyebach M. Cost-efficiency of a brief family intervention for somatoform patients in primary care. *Fam Syst Health*. 2011;29:197-205.
89. Griffith JL, Polles A, Griffith ME. Pseudoseizures, families, and unspeakable dilemmas. *Psychosomatics*. 1998;39:144-153.
90. Wagner AW, Rizvi SL, Harned MS. Applications of dialectical behavior therapy to the treatment of complex trauma-related problems: when one case formulation does not fit all. *J Trauma Stress*. 2007;20:391-400.
91. Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom Med*. 2007;69:881-888.
92. LaFrance WC Jr, Barry JJ. Update on treatments of psychological nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav*. 2005;7:364-374.
93. Kleinstäuber M, Witthöft M, Steffanowski A, et al. Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(11):CD010628. [Texto completo](#)
94. Reuber M, Burness C, Howlett S, et al. Tailored psychotherapy for patients with functional neurological symptoms: a pilot study. *J Psychosom Res*. 2007;63:625-632.
95. Prigatano GP, Stonnington CM, Fisher RS. Psychological factors in the genesis and management of nonepileptic seizures: clinical observations. *Epilepsy Behav*. 2002;3:343-349.
96. Drake ME Jr, Pakalnis A, Phillips BB. Neuropsychological and psychiatric correlates of intractable pseudoseizures. *Seizure*. 1992;1:11-13.

97. Marazziti D, Dell'Osso B. Effectiveness of risperidone in psychogenic stiff neck. *CNS Spectr*. 2005;10:443-444.
98. Persinger MA. Seizure suggestibility may not be an exclusive differential indicator between psychogenic and partial complex seizures: the presence of a third factor. *Seizure*. 1994;3:215-219.
99. Dabholkar PD. Use of ECT in hysterical catatonia: a case report and discussion. *Br J Psychiatry*. 1988;153:246-247.
100. Daniel WF, Crovitz HF. ECT-induced alteration of psychogenic amnesia. *Acta Psychiatr Scand*. 1986;74:302-303.
101. Edwards JG. Electroconvulsive therapy in the treatment of bizarre psychogenic movements. *Br J Psychiatry*. 1969;115:1065-1067.
102. Chastan N, Parain D, Verin E, et al. Psychogenic aphonia: spectacular recovery after motor cortex transcranial magnetic stimulation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2009;80:94.
103. Geraldles R, Coelho M, Rosa MM, et al. Abnormal transcranial magnetic stimulation in a patient with presumed psychogenic paralysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2008;79:1412-1413.
104. Schonfeldt-Lecuona C, Connemann BJ, Spitzer M, et al. Transcranial magnetic stimulation in the reversal of motor conversion disorder. *Psychother Psychosom*. 2003;72:286-288.
105. Smith GR Jr, Monson RA, Ray DC. Psychiatric consultation in somatization disorder: a randomized controlled study. *N Engl J Med*. 1986;314:1407-1413.
106. Hoedeman R, Blankenstein AH, van der Feltz-Cornelis CM, et al. Consultation letters for medically unexplained physical symptoms in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(12):CD006524.
107. Larun L, Brurberg KG, Odgaard-Jensen J, et al. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Apr 25;4. [Texto completo](#)
108. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. *Lancet*. 2007;369:946-955.
109. Sumathipala A. What is the evidence for the efficacy of treatments for somatoform disorders? A critical review of previous intervention studies. *Psychosom Med*. 2007;69:889-900.
110. Bernardy K, Füßer N, Köllner V, et al. Efficacy of cognitive-behavioral therapies in fibromyalgia syndrome: a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *J Rheumatol*. 2010;37:1991-2005.
111. Allen LA, Woolfolk RL, Escobar JI, et al. Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2006;166:1512-1518. [Texto completo](#)
112. Poole NA, Wuerz A, Agrawal N. Abreaction for conversion disorder: systematic review with meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2010;197:91-95. [Texto completo](#)



113. Rosen AC, Ramkumar M, Nguyen T, et al. Noninvasive transcranial brain stimulation and pain. *Curr Pain Headache Rep.* 2009;13:12-17. [Texto completo](#)
114. Grisaru N, Amir M, Cohen H, et al. Effect of transcranial magnetic stimulation in posttraumatic stress disorder: a preliminary study. *Biol Psychiatry.* 1998;44:52-55.
115. Hafeiz HB. Hysterical conversion: a prognostic study. *Br J Psychiatry.* 1980;136:548-551.
116. Robins LN, Regier DA, eds. *Psychiatric disorders in America.* New York, NY: Free Press; 1991:220-257.
117. Bass CM, Murphy MR. Somatization disorder: critique of the concept and suggestions for future research. In: Bass CM, ed. *Somatization: physical symptoms and psychological illness.* Oxford, UK: Blackwell; 1990.
118. Zwaigenbaum L, Szatmari P, Boyle MH, et al. Highly somatizing young adolescents and the risk of depression. *Pediatrics.* 1999;103:1203-1209.
119. Williams C, Smith S, Sharpe M, et al. *Overcoming functional neurological symptoms: a five areas approach.* Boca Raton, FL: CRC Press; 2011.

## Imagens

Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medida estudada com mais frequência.</li> <li>• Desenvolvido para capturar psicopatologia importante, mas também pode sugerir traços de transtorno de personalidade.</li> <li>• Padrão V de conversão: escores elevados nas escalas 1 (hipocondria) e 3 (histeria) com um escore relativamente menor na escala 2 (depressão).</li> <li>• Elevações na escala 1 e 3 sugerem componentes funcionais para os sintomas, e a ausência de elevação sugere maior probabilidade de causa médica.</li> <li>• Os diagnósticos mais comuns de pacientes psiquiátricos com elevações neste padrão são de transtornos somatoformes e transtornos de dor.</li> </ul>
Inventário de Avaliação de Personalidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvido para capturar psicopatologia importante, mas também pode sugerir traços de transtorno de personalidade.</li> <li>• A escala primária de interesse é a escala de queixas somáticas e suas subescalas: conversão, somatização e preocupação com problemas de saúde.</li> <li>• A elevação na escala geral de queixas somáticas, e talvez nos padrões de elevações nas subescalas (conversão mais elevada que preocupação com problemas de saúde), é mais prevalente nas crises não epiléticas psicogênicas (CNEP) que na epilepsia.</li> </ul>
Inventário Clínico Multiaxial de Millon III	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tem como objetivo capturar uma patologia do transtorno de personalidade com alguma avaliação de outros transtornos psiquiátricos.</li> </ul>

**Figura 1: Ferramentas de avaliação de personalidade**

*Criado pelo BMJ Evidence Centre com base na contribuição do autor*

## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Mar 21, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

### // Autores:

---

**Cynthia Stonnington, MD**

Associate Professor of Psychiatry  
Mayo Clinic, Scottsdale, AZ

DIVULGAÇÕES: CS is an author of a number of references cited in this monograph.

---

**Erika Driver-Dunckley, MD**

Associate Professor of Neurology  
Mayo Clinic, Scottsdale, AZ

DIVULGAÇÕES: EDD declares that she has no competing interests.

---

**Katherine H. Noe, MD, PhD**

Assistant Professor of Neurology  
Mayo Clinic, Scottsdale, AZ

DIVULGAÇÕES: KHN is a board member of the Epilepsy Foundation of Arizona.

---

**Dona Locke, PhD**

Associate Professor of Psychology  
Mayo Clinic, Scottsdale, AZ

DIVULGAÇÕES: DL declares that she has no competing interests.

### // Colegas revisores:

---

**Allan House, MD**

Professor of Liaison Psychiatry  
Director, Leeds Institute of Health Sciences, Leeds, UK

DIVULGAÇÕES: AH declares that he has no competing interests.

---

**Glen L. Xiong, MD**

Assistant Clinical Professor  
Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Department of Internal Medicine, University of California, Davis, Sacramento, CA

DIVULGAÇÕES: GLX may receive royalties as a co-editor of a book entitled Lippincott's Primary Care Psychiatry. He has no other competing interests.

---

**Seth Powsner, MD**

Professor of Psychiatry and Emergency Medicine  
Yale School of Medicine, Yale-New Haven Hospital, New Haven, CT

DIVULGAÇÕES: SP declares that he has no competing interests.