

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho

Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica

ALEXANDRE MEDEIROS FERNANDES RODRIGUES

**As Crises Não Epilépticas Funcionais como expressão clínica
do Transtorno de Estresse Pós-Traumático Complexo**

Rio de Janeiro

2024

ALEXANDRE MEDEIROS FERNANDES RODRIGUES

As Crises Não Epilépticas Funcionais como expressão clínica do Transtorno
de Estresse Pós-Traumático Complexo

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Hospital Universitário
Clementino Fraga Filho como
requisito parcial para conclusão da
residência médica em Psiquiatria.

Orientador: Dra. Adriana
Fizman

Rio de Janeiro

2024

ALEXANDRE MEDEIROS FERNANDES RODRIGUES

As Crises Não Epilépticas Funcionais como expressão clínica do Transtorno
de Estresse Pós-Traumático Complexo

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Hospital Universitário
Clementino Fraga Filho como
requisito parcial para conclusão da
residência médica em Psiquiatria.

Orientador: Dra. Adriana
Fizman

BANCA EXAMINADORA:

Dr. Adriana Fizman
Orientadora

Dr. Antonio Leandro Nascimento

Dra. Camilla Pinna

Dra. Carolina Costa

Rio de Janeiro, 28 novembro de 2024.

AGRADECIMENTOS

À toda equipe do serviço de psiquiatria do HUCFF, que ao longo dos últimos anos me receberam como um amigo e me instruíram como mestres. Obrigado pelas oportunidades de aprendizado e crescimento pessoal. Em especial, agradeço pela formação competente que me proporcionaram, e, através disso, pela possibilidade de ajudar ao próximo.

À minha família, por todo o amor, carinho e segurança que me ofereceram ao longo de toda a minha vida, e que me permitiram alcançar tudo em minha vida.

RESUMO

A histeria, situada na delicada interseção entre psique e soma, permanece como um fenômeno relevante na compreensão das manifestações psicossomáticas. Historicamente relacionadas ao conceito de histeria, as crises não epiléticas funcionais (CNEF) são um subtipo de transtorno neurológico funcional marcado por eventos que se parecem com crises convulsivas, porém não relacionadas às anormalidades eletrofisiológicas da epilepsia. Esse transtorno ilustra a interrelação entre traumas complexos e manifestações físicas. Este estudo examinou a relação entre as CNEF e o Transtorno de Estresse Pós-Traumático Complexo (TEPT-C), destacando o papel central do trauma complexo na patogênese dessas condições. O crescente entendimento acerca das CNEF está relacionado às pesquisas sobre trauma complexo, em particular ao trabalho pioneiro de Judith Herman sobre TEPT-C. A visão de Herman ressalta os profundos efeitos psíquicos causados pela exposição prolongada e repetida ao trauma de natureza interpessoal, incluindo alterações na regulação dos afetos, da autopercepção, e nos padrões de relação interpessoal. Essas alterações estão em consonância com os critérios diagnósticos propostos recentemente pelo CID-11 para TEPT-C. A inclusão do TEPT-C como uma entidade diagnóstica própria no CID-11 é um marco para a psicotraumatologia. Essa inclusão reflete um maior entendimento dos pesquisadores acerca dos impactos debilitantes advindos do trauma complexo, que se manifestam tanto em sintomas psíquicos quanto físicos. Diferenças conceituais entre os sistemas diagnósticos foram evidenciadas, especialmente na classificação dos sintomas conversivos e dissociativos: enquanto o CID-11 os enquadra como parte dos transtornos dissociativos, o DSM-5 os trata como categorias distintas. Essas divergências destacam a necessidade de estudos adicionais, dada sua relevância para o diagnóstico, tratamento e qualidade de vida dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Conversão; Crise Não Epilética Funcional; Histeria; Trauma Complexo; Transtorno de Estresse Pós-Traumático Complexo

ABSTRACT

Hysteria, situated at the delicate intersection between psyche and soma, remains a relevant phenomenon in understanding psychosomatic manifestations. Historically linked to the concept of hysteria, Functional Non-Epileptic Seizures (FNES) are a subtype of functional neurological disorder characterized by events resembling seizures but not associated with the electrophysiological abnormalities of epilepsy. This disorder illustrates the interplay between complex trauma and physical manifestations. This study examined the relationship between FNES and Complex Post-Traumatic Stress Disorder (C-PTSD), emphasizing the central role of complex trauma in the pathogenesis of these conditions. The growing understanding of FNES is closely tied to research on complex trauma, particularly the pioneering work of Judith Herman on C-PTSD. Herman's perspective highlights the profound psychological effects caused by prolonged and repeated exposure to interpersonal trauma, including alterations in affect regulation, self-perception, and patterns of interpersonal relationships. These changes align with the diagnostic criteria recently proposed by the ICD-11 for C-PTSD. The inclusion of C-PTSD as a distinct diagnostic entity in the ICD-11 marks a milestone for psychotraumatology. This recognition reflects a deeper understanding among researchers of the debilitating impacts of complex trauma, which manifest in both psychological and physical symptoms. Conceptual differences between diagnostic systems have been noted, particularly regarding the classification of conversion and dissociative symptoms. While the ICD-11 categorizes these symptoms as part of dissociative disorders, the DSM-5 treats them as distinct categories. These divergences underscore the need for further studies, given their significance for diagnosis, treatment, and patient quality of life.

KEYWORDS: Conversion; Functional Non-Epileptic Seizure; Hysteria; Complex Trauma; Complex Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 2 - Exemplo de tabela comparativa para distinção entre epilepsia e histeria	16
Figura 3 - Ataque histérico masculino exemplificado pelo "arco de círculo"	17
Figura 4 - Atitudes do segundo período de clonismo, segundo Richer	17
Figura 5 – Trecho do Table of Contents para DSM 5	20
Figura 6 - Trecho do Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders	21
Figura 7 - Sinal de Hoover	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID	Classificação internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNEF	Crises Não Epiléticas Funcionais
CNEP	Crises Não Epiléticas Psicogênicas
DESNOS	Disorder of extreme stress not otherwise specified
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSO	Disturbances of Self Organization
EPCACE	Enduring Personality Change after Catastrophic Event
SCIDIII-R	Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TEPT-C	Transtorno de Estresse Pós-Traumático Complexo
Vídeo-EEG	Vídeo Eletroencefalograma

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	12
2.	A HISTÓRIA DA HISTERIA	14
3.	A HISTERIA DE CONVERSÃO NAS CLASSIFICAÇÕES PSIQUIÁTRICAS	18
a.	O DIAGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS CONVERSIVOS	19
b.	CRISES NÃO EPILÉPTICAS FUNCIONAIS: SUA NOMENCLATURA E DIAGNÓSTICO	22
4.	AS CRISES NÃO EPILÉPTICAS FUNCIONAIS COMO EXPRESSÃO CLÍNICA DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO COMPLEXO	23
a.	TRAUMA COMPLEXO, TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO E A EVOLUÇÃO DO CONSTRUTO DIAGNÓSTICO	23
b.	AS CRISES NÃO EPILÉPTICAS FUNCIONAIS COMO EXPRESSÃO CLÍNICA DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO COMPLEXO	26
5.	CONCLUSÃO	28

1. INTRODUÇÃO

As crises não epiléticas funcionais (CNEF) são eventos autolimitados de alteração em resposta ao ambiente, emoções, movimentos e comportamento que se parecem com crises epiléticas, porém não associados a descargas epiléticas no eletroencefalograma (ASADI-POOYA et al., 2020). As CNEF são categorizadas pelo DSM 5 com um subtipo de transtorno conversivo (transtorno de sintoma neurológico funcional) com ataques e convulsões (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022).

As CNEF são relacionadas historicamente com o conceito de histeria, tendo sido estudadas ao longo de pelo menos dois milênios (SINGER, 1951). No final do século XIX a histeria era a doença mais debatida entre os neurologistas da Europa. O rigor anatomoclínico aplicado por Charcot na Salpêtrière na busca por diferenciar a epilepsia da histeria ressaltou suas manifestações clínicas (TRILLAT, 1991), enquanto Freud enfatizou o papel do trauma reprimido e do conflito emocional nas manifestações conversivas (FREUD, 1895). As perspectivas históricas foram a base teórica para os conceitos atuais dos transtornos conversivos, incluindo a CNEF, que hoje são considerados interações complexas entre sofrimento psíquico e sintomas físicos.

Considera-se cada vez mais que as CNEF são desencadeadas por traumas graves interpessoais e repetidos (traumas complexos) (FISZMAN et al., 2004), a ponto de as CNEF serem vistas como manifestação clínica do Transtorno de Estresse Pós-Traumático Complexo (TEPT-C) (HINGRAY et al., 2017). O diagnóstico de TEPT-C foi elaborado pela primeira vez por Judith Herman para descrever alterações comportamentais complexas em vítimas de múltiplos traumas interpessoais prolongados em situações onde escapar é difícil ou impossível. Este diagnóstico inclui alterações na regulação dos afetos, da consciência, da autopercepção, do relacionamento com os outros e do sistema de crenças, além de percepções distorcidas do abusador (HERMAN, 1992a).

A inclusão do TEPT-C no CID-11 é um marco no campo da psicotraumatologia. O CID-11 engloba os fenômenos conversivos em sua

sessão sobre transtornos dissociativos, além de prever manifestações conversivas/dissociativas no TEPT-C (OMS, 2019). Enquanto as primeiras edições do DSM respeitavam a tradicional relação entre sintomas dissociativos e conversivos, a partir de sua terceira edição esses fenômenos foram alocados em sessões diferentes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980), o que pode ter contribuído para a negligência do estudo dos sintomas conversivos e sua relação com o trauma. Este trabalho descreve a história da histeria, a histeria de conversão nas classificações psiquiátricas, o diagnóstico dos transtornos conversivos pela neurologia, o diagnóstico e a nomenclatura das CNEF, o constructo de TEPT-C e finalmente defende a hipótese de que as CNEF podem constituir a manifestação mais visível de um transtorno de base grave resultante de traumas repetidos na infância. Ou seja, as CNEF podem ser a “ponta do iceberg” do TEPT-C. Reconhecer a CNEF como uma expressão clínica de TEPT-C traz implicações importantes para o seu diagnóstico e o seu tratamento.

2. HISTÓRIA DA HISTERIA

As primeiras descrições da histeria são atribuídas aos antigos egípcios. Em 1900 a.c., os papiros de Kahun identificavam o útero como um animal dotado de autonomia e atribuíam à sua movimentação pelo corpo feminino a causa dos sintomas. Hipócrates, em 500 A.C., foi o primeiro a usar o termo histeria. O médico grego a mencionou em sua obra *Tratados Hipocráticos (Corpus Hippocraticum)* na seção que trata sobre as doenças da mulher. A palavra deriva do grego “*hystera*”, que significa útero. O médico grego enfatizou as diferenças entre os movimentos da epilepsia, causados por uma desordem do cérebro, e aqueles da histeria, causados pelos movimentos uterinos anormais (SINGER, 1951). A noção de que as manifestações seriam causadas pelo “útero errante” (*wondering womb*) limita os sintomas ao sexo feminino. (TASCA et al., 2012)

No mundo grego, o adoecimento mental feminino estava relacionado à falta de vida sexual normal. Para Platão, a mulher encerrava em seu ventre um “animal que não tem alma”. Na sua obra *Timeu* consta que o útero é como um ser vivo, possuído do desejo de fazer crianças. Quando a matriz uterina permanece estéril, ela se irrita, especialmente em virgens, viúvas, solteiras ou mulheres estéreis. O útero “mau”, não satisfeito, não só produz gases tóxicos, mas se move pelo corpo, gerando transtornos, como ansiedade, sensação de sufocamento, tremores e às vezes convulsões e paralisias. Por essa razão, esta obra de Platão sugere que viúvas ou mulheres não casadas devam encontrar um par e viver uma vida sexual satisfatória dentro do casamento. (STERPELLONE, 2002)

As crenças gregas acerca do “útero errante” espalharam-se pela Europa, e no período medieval (sécs. V a XV) misturaram-se a conceitos religiosos. A ausência de textos ocidentais sobre histeria neste período reflete a transição dum fenômeno mórbido natural para um acontecimento de ordem sobrenatural (MANDROU 1980; EWEN, 1993). As manifestações históricas, antes atribuídas a causas físicas (útero) e curadas por médicos, apareceram “em vítimas de humor melancólico” como os efeitos de punição divina ou de possessão diabólica. A estas manifestações opunham-se orações e exorcismos por eclesiásticos. Casos singulares de histeria em que não havia

perturbação do humor e sim a suspeita dum pacto voluntário com forças demoníacas eram taxados de bruxaria. A voluntariedade da bruxa era vista como “alta traição” e, portanto, seu tratamento não poderia ser outro que não a fogueira. O livro O Martelo das Feiticeiras (*Malleus Maleficarum*), de 1494, é o exemplo mais marcante do período da demonologia psiquiátrica. O documento cita alterações comportamentais e do pensamento atribuídos à feitiçaria, como convulsões, amnesia, insensibilidade à dor, déficits sensório-motores, e movimentos involuntários. (NICHOLAS; SPANOS, 1979; WHITLOCK; HYNES, 1978)

Franz Anton Mesmer, sucessor imediato dos padres exorcistas da idade média, foi um médico alemão que contribuiu para a mudança da concepção da histeria de uma doença demoníaca para uma doença neurológica a ser estudada e tratada pela medicina. Mesmer desenvolveu o conceito de “magnetismo animal”, ou “mesmerismo”, que utilizava a hipnose para tratar e curar doenças. (TRILLAT, 1991)

Em 1775 Anton Mesmer propôs uma teoria que contrapôs as ideias medievais, em particular as do mais famoso exorcista do século XVIII, o padre Johann Joseph Gassner (TRILLAT, 1991). Mesmer assistiu a algumas das demonstrações de Gassner e concluiu que seus resultados eram devidos ao “magnetismo animal”. Para Mesmer, a atração gravitacional de planetas impactaria fluídos invisíveis no ser humano, e sua má distribuição no sistema orgânico seria responsável por todos os tipos de doenças. Através da aplicação de gestos e toques no corpo adoecido, os fluidos poderiam ser reajustados. (MESMER, 2016). A teoria do magnetismo animal foi o precursor da hipnose, termo criado por Braid em 1843 caracterizado por um estado mental de atenção fixa e alta sugestionabilidade. Este autor observou que o estado hipnótico reproduzia as manifestações da histeria em sujeitos sãos. (TRILLAT, 1991)

No último terço do século XIX, quando a histeria foi a doença mais debatida entre os neurologistas europeus, a hipnose foi amplamente utilizada para, não somente provocar sintomas de histeria nos pacientes, como para tratá-los. O neurologista mais famoso do estudo da histeria foi Jean-Martin Charcot no hospital Salpêtrière. Na busca por entender a natureza das manifestações histéricas, Charcot aplicou o mesmo rigor utilizado para

descrever outras doenças neurológicas, como o tabes e a esclerose em placas, para compilar os dados semiológicos da epilepsia e da “histeroepilepsia” ou “grande histeria”. Charcot descreveu essas duas enfermidades como “as duas grandes neuroses da época”. O termo neurose foi cunhado pelo médico escocês William Cullen para designar patologias do sistema nervoso não decorrentes de lesão localizada ou relacionadas a patologia febril. Charcot descreveu a histeria e a epilepsia como “lesões dinâmicas do sistema nervoso central, sem substrato anatomopatológico”. A partir de 1870, Charcot montou um quadro clínico da histeria para diferenciá-la da epilepsia. (TRILLAT, 1991).

Charcot distinguiu quatro fases para o ataque histérico: (1) a aura (exemplificada pela dor ovariana) , (2) o ataque, ou fase epileptoide, marcada por grito, palidez, perda de consciência, e queda seguida de rigidez muscular, (3) a fase clônica ou “clonesca”, representada pelos grandes movimentos, contorções de caráter intencional, gesticulações teatrais que imitavam as paixões, pavores, medo, ou ódio (4) a fase resolutive, marcada por soluços, choros e risos.

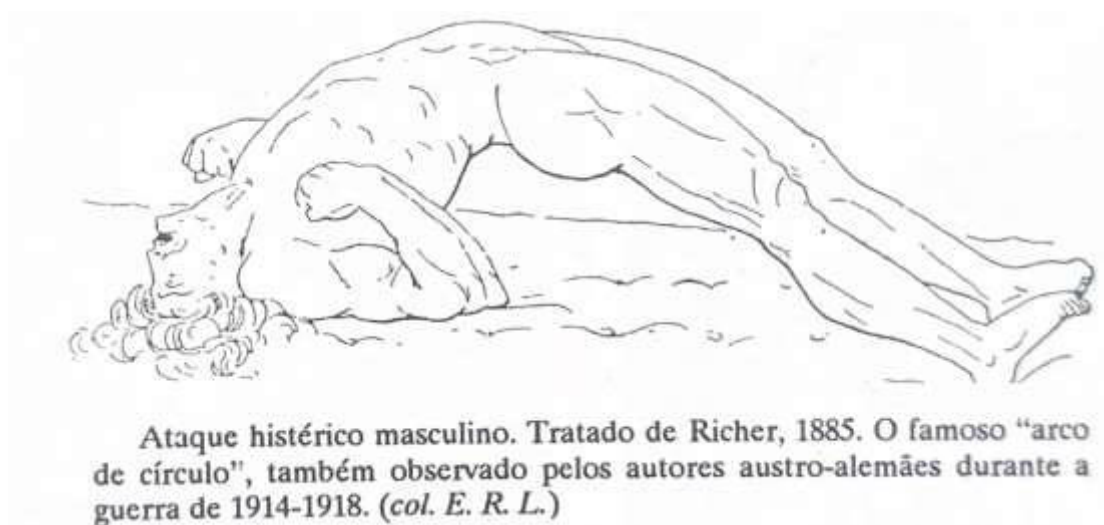
Os sucessores de Charcot elaboraram tabelas comparativas para auxiliar no diagnóstico diferencial entre histeria e epilepsia. Em 1881 Richer sistematizou os ensinamentos de Charcot. Para os casos de crises isoladas, a referência às tabelas era o suficiente para direcionar o diagnóstico. Nos casos mais delicados de apresentações combinadas com crises histéricas e epiléticas, Richer salientou alguns elementos que podiam auxiliar na diferenciação. No caso da histeria, as gesticulações com grandes movimentos de circundação, flexão, extensão, cruzamentos de braços e pernas com certa lentidão chamavam a atenção. As torções axiais que imobilizavam o corpo em posturas em arco de círculo acentuavam ainda mais a diferença. Em casos em que o ataque histérico era composto unicamente por agitações clônicas, Richer ainda indicou que a distinção poderia ser feita pela compressão ovariana ou pela aplicação de correntes elétricas que interromperiam imediatamente o desenvolvimento do ataque histérico. (TRILLAT,1991)

Figura 2 - Exemplo de tabela comparativa para distinção entre epilepsia e histeria

HISTÓRIA DA HISTERIA	
EPILEPSIA	HISTERIA
Os ataques aparecem quase sempre sem uma causa apreciável, eles surgem sem motivo aparente.	Os ataques, que não ocorrem a intervalos muito aproximados, têm quase sempre uma causa apreciável.
Os ataques jamais ocorrem tão freqüentemente, nem a intervalos tão regulares, como o fazem os ataques histéricos.	Nos únicos casos em que os ataques ocorrem, seja várias vezes por dia, seja todos os dias, seja em épocas fixas, não há causa apreciável.
O epigástrico nunca é o ponto de partida; existe, por vezes, uma aura que comumente tem sua sede nos membros.	O ataque quase sempre tem um ponto de partida, seja primitivo, seja secundário e, na maioria dos casos, esse ponto é o epigástrico. Nos casos raros, em que o estômago não é a sede das primeiras indisposições, estas partem, seja do encéfalo, seja dos membros.
O desmaio é instantâneo e não é precedido por uma aura, a não ser em alguns casos raros.	Alguns instantes antes do desmaio, há sempre indisposições: um globo histérico e a estrangulação.
O epilético cai subitamente em meio a ocupações que lhe oferecem o maior interesse.	O histérico, antes de cair, tem tempo de encontrar um abrigo.
A convulsão é uma espécie de tétano, que não se assemelha aos movimentos que ocorrem no estado fisiológico.	As convulsões se referem à mímica das paixões, das sensações ou dos atos cotidianos da vida.
Há sempre espuma na boca.	Raramente há espuma na boca.
O fim do ataque não tem nada de particular, o doente parece somente acordar.	O ataque termina por soluços, choros e, em alguns casos muito raros, pelo sono; depois vêm as urinas características.
Após o ataque há por vezes uma cefaléia, que dura somente algumas horas, e mais nenhuma outra indisposição.	Após o ataque há sempre 24 horas de cefaléia, indisposição e fadiga nos membros.
O ataque dura muito pouco tempo, de dez a doze minutos no máximo.	O ataque tem uma longa duração, pelo menos um quarto de hora.

Fonte: TRILLAT, 1991

Figura 3 - Ataque histérico masculino exemplificado pelo "arco de círculo"



Fonte: TRILLAT, 1991

Figura 4 - Atitudes do segundo período de clonismo, segundo Richer



Fonte: TRILLAT, 1991

Charcot não mediu esforços para submeter a histeria ao método anatomoclínico e manter esta doença no campo da neurologia. No entanto, Charcot não conseguiu explicar por que os sintomas histéricos não obedeciam a distribuição anatômica dos nervos. Ele passou a afirmar que a paralisia histérica dos membros apresentada por um paciente não era

decorrente de lesão física, e sim correspondia às expectativas do paciente em relação aos efeitos de uma lesão. Ou seja, a paralisia histérica era produzida pelo pensamento (“ideias”). O uso da hipnose demonstrou que era possível implantar no paciente a ideia da perda do uso de um membro, confirmando, portanto, que a histeria era produzida – e também sanada – por uma ideia do próprio paciente ou a ele fornecida pelo médico.

Sigmund Freud entre 1885 e 1886 passou pela Salpêtrière. Para Freud, a paralisia histérica do braço devia-se a uma alteração da ideia do braço e era desencadeada por memórias traumáticas. Freud afirmou que, se a concepção do braço estava ligada a uma representação (ideia) – associada ao trauma – de grande valor afetivo, o “Eu” (ego) conseguia neutralizar a representação inaceitável ao separá-la do afeto (“soma de excitação”). Através do processo de “conversão”, a representação desvitalizada passava para o inconsciente, e o afeto liberado passava para a inervação corporal, “convertendo-se” nas paralisias e anestésias (FREUD, 1895).

Muito antes de Freud, Pierre Janet havia sido apontado por Charcot como o chefe do departamento psicológico da Salpêtrière (BÜHLER; HEIM, 2011). Na sua dissertação de 1889, intitulada “O automatismo psicológico” (*L’automatisme psychologique*), Pierre Janet chamou de “dissociação” o processo pelo qual as memórias traumáticas formavam novas esferas de consciência separadas (dissociadas) da consciência principal. Apesar de “subconscientes”, estas ideias continuariam a influenciar as percepções, os estados emocionais e o comportamento, sob a forma de “automatismos” (VAN DER HART; FRIEDMAN, 1989). Nas últimas décadas, as teorias sobre a conversão e dissociação foram determinadas pelo pensamento freudiano e seus derivativos, enquanto os trabalhos de Pierre Janet caíram no esquecimento.

3. A HISTERIA DE CONVERSÃO NAS CLASSIFICAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

Os termos cunhados por Freud e Janet, conversão e dissociação, respectivamente, consagraram-se na psiquiatria e foram incorporados à classificação oficial da Associação Psiquiátrica Americana desde 1952, com a criação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). No DSM, a histeria era dividida em dois tipos: o conversivo e o dissociativo. Enquanto o tipo conversivo englobava os sintomas “somáticos” da histeria, isto é, aqueles que afetam as funções motora ou sensitiva/sensorial voluntárias (ex., paralisia, anestesia, cegueira), o tipo dissociativo incluía os sintomas “psíquicos” da histeria, que se manifestam por ruptura dos processos mentais (amnésia, despersonalização, desrealização, fuga e transtorno dissociativo de identidade). (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1952) Na edição seguinte, o DSM-II (1968), a categoria diagnóstica de neurose histérica incluía tanto os sintomas conversivos quanto os dissociativos. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1968)

Em 1980, O DSM-III excluiu por completo os termos histeria e neurose. O construto de histeria foi desmembrado e distribuído em categorias diagnósticas diferentes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980). O DSM-IV (1995) e, posteriormente, o DSM 5 (2013) mantiveram os transtornos dissociativos separados dos conversivos, os quais estão classificados na categoria geral de transtornos somatoformes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Vários autores manifestaram-se contra a classificação do DSM 5 e defenderam o retorno dos transtornos conversivos junto com os transtornos dissociativos em edições futuras do DSM (PULLIN; WEBSTER; HANSTOCK, 2014; ROSS, 2015; VAN DER HART et al., 2001; WESTERHOF et al., 2000). Estes autores apontaram para os achados de correlações elevadas entre os transtornos dissociativos e os conversivos, os níveis elevados de trauma emocional reportados em ambos os transtornos e a posição de que a conversão e a dissociação compartilham os mesmos processos psicobiológicos. Pelo DSM 5, os transtornos conversivos englobam sintomas

motores e sensoperceptivos que mimetizam uma doença neurológica. Considerando que a definição de dissociação do DSM 5 prevê alterações da percepção, da representação corporal e do controle motor, faz sentido a defesa da junção dos transtornos conversivos com os transtornos dissociativos (ROSS, 2015).

Diferentemente do DSM 5, a classificação da Organização Mundial de Saúde, o Código Internacional de Doenças (CID) leva até hoje em consideração a conexão histórica entre dissociação e conversão em termos clínicos e fisiopatológicos e classifica os transtornos conversivos dentro da categoria geral de transtornos dissociativos (OMS, 2019).

Figura 5 – Trecho do Table of Contents para DSM 5

Dissociative Disorders

Dissociative Identity Disorder

Dissociative Amnesia

Depersonalization/Derealization Disorder

Other Specified Dissociative Disorder

Unspecified Dissociative Disorder

Somatic Symptom and Related Disorders

Somatic Symptom Disorder

Illness Anxiety Disorder

Conversion Disorder (Functional Neurological Symptom Disorder)

Psychological Factors Affecting Other Medical Conditions

Factitious Disorder

Other Specified Somatic Symptom and Related Disorder

Unspecified Somatic Symptom and Related Disorder

Fonte: (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013)

Figura 6 - Trecho do Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders

Dissociative disorders		365
6B60	Dissociative neurological symptom disorder	366
6B61	Dissociative amnesia	373
Trance disorder and possession trance disorder		377
6B62	Trance disorder	378
6B63	Possession trance disorder	378
6B64	Dissociative identity disorder	382
6B65	Partial dissociative identity disorder	387
6B66	Depersonalization-derealization disorder	391
6B6Y	Other specified dissociative disorder	395
6B6Z	Dissociative disorder, unspecified	395

Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2019

a. O DIAGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS CONVERSIVOS

Apesar de os transtornos conversivos pertencerem às classificações psiquiátricas, o diagnóstico somente pode ser realizado pelos neurologistas, através da anamnese e do exame neurológico. Em neurologia, os transtornos conversivos são denominados transtornos funcionais. Por este motivo, o termo transtorno conversivo é seguido pelo nome “transtorno de sintoma neurológico funcional” entre parênteses no DSM 5. Os transtornos conversivos/funcionais diagnosticados em centros de neurologia incluem, entre tantos outros, crises não epiléticas funcionais, transtornos psicogênicos do movimento (p.ex., tremor, distonia, movimentos hiperkinéticos, parkinsonismo psicogênico, alterações da marcha), perda ou diminuição da força (p.ex., paralisia, paresia), perda sensitiva de qualquer modalidade (p.ex., anestesia, analgesia), perda sensorial (p.ex., surdez), alterações da fala (p.ex., afasia, disfonia), alterações da deglutição (p.ex., disfagia, “globus hystericus”), transtornos do equilíbrio e condições neuro-oftálmicas (p.ex., ptose, cegueira, constrição do campo visual).

O diagnóstico dos fenômenos conversivos não é de exclusão, e sim inclui testes neurológicos que revelam inconsistências e incongruências em

relação às doenças neurológicas, fornecendo sinais específicos do diagnóstico de conversão (CHRISTOPHER; HESS; MICHAEL, 2022).

Há uma infinidade de sinais descritos na literatura neurológica para o diagnóstico de sintomas conversivos (PATWAL et al., 2023).

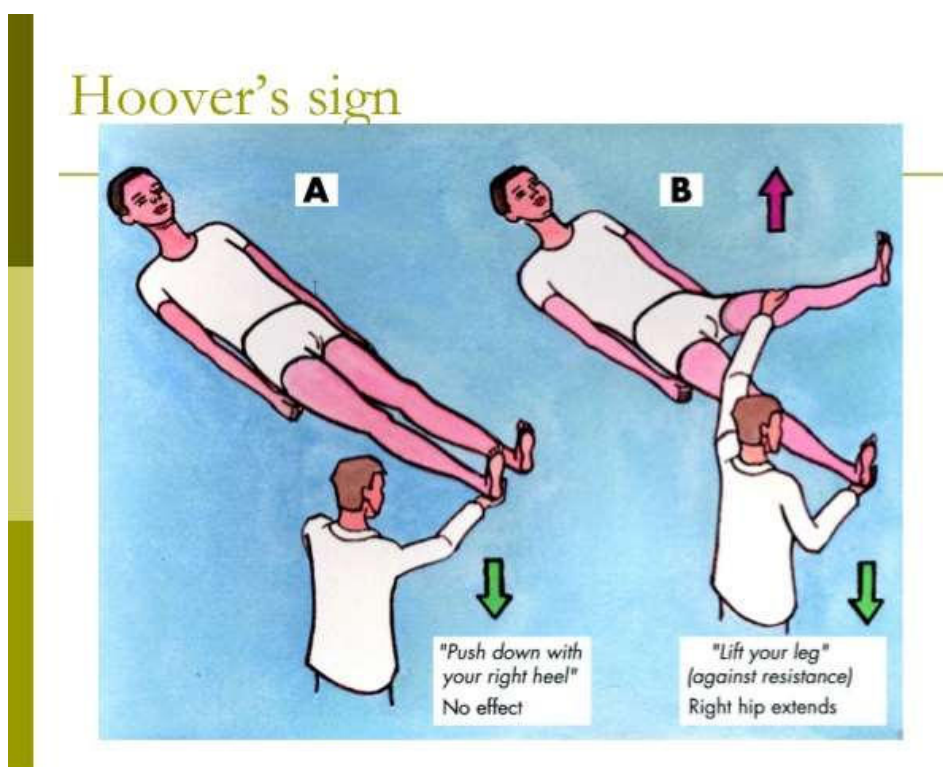
As incongruências são definidas por manifestações clínicas incompatíveis com manifestações neurológicas ou não são explicáveis por vias neuroanatômicas conhecidas. Exemplos de incongruências incluem:

a) marcha trepidante (*buckling gait*): é o tipo de marcha conversiva mais relatado (NONNEKES et al., 2020). O paciente queixa-se de fraqueza nas pernas, sendo comum que entre no consultório em cadeira de rodas. Ao ser solicitado que caminhe, o paciente apresenta o fenômeno de “*knee giving way*”, ou seja, os joelhos dobram-se subitamente várias vezes ao longo da caminhada. Esta incongruência mostra que, apesar de o paciente perceber falta de força nas pernas, a força muscular dos seus quadríceps está preservada.

b) teste do “tapinha” no ombro (*the shoulder tap test*): consiste em aplicar um tapa leve nos ombros do paciente com força insuficiente para causar instabilidade postural. A resposta exagerada ao tapa mostrou-se bastante específico para o diagnóstico de desequilíbrio conversivo em pacientes com transtornos conversivos do movimento (COEBERGH; ZIMIANITI; KASKI, 2021).

c) sinal de Hoover: é usado para distinguir paralisia neurológica de paralisia conversiva de um dos membros inferiores (LANSKA, 2006).

Figura 7 - Sinal de Hoover



Fonte: STONE; ZEMAN; SHARPE, 2002

Pede-se ao paciente para fazer extensão da perna paralisada. O paciente não exerce força nesta perna (A). Porém, quando solicitado que ele flexione a perna não afetada, ele involuntariamente estende a perna paralisada (B), o que confirma o diagnóstico de paralisia conversiva.

As inconsistências são definidas por variabilidade em frequência, amplitude, distribuição ou gravidade do sintoma. Pede-se ao paciente que faça tarefas complexas durante o exame neurológico (manobras de distração). A distração leva à supressão do sintoma ou mesmo sua sincronização com estas tarefas. Um exemplo de inconsistência: uma paciente apresenta movimentos rotacionais da cabeça. Os movimentos mostram-se variáveis em amplitude e frequência e são brevemente suprimidos quando a paciente é orientada a bater os dedos; eles ocasionalmente sincronizam com a frequência do toque dos seus dedos.(CHRISTOPHER; HESS; MICHAEL, 2022).

b. CRISES NÃO EPILEPTICAS FUNCIONAIS: SUA NOMENCLATURA E DIAGNÓSTICO

Os transtornos conversivos mais estudados na literatura neurológica são as crises não epiléticas funcionais (CNEF). As CNEF são eventos autolimitados de alteração em resposta ao ambiente, emoções, movimentos e comportamento que se parecem com crises epiléticas, porém não associados a descargas epiléticas no eletroencefalograma, ou seja, sem disfunção elétrica cerebral (ASADI-POOYA et al., 2020). Termos diferentes são utilizados para se referir às CNEF. No DSM 5 as CNEF são chamadas de transtorno conversivo (transtorno de sintoma neurológico funcional) com ataques e convulsões (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013), enquanto na CID-11 chamam-se transtorno de sintoma neurológico dissociativo (de conversão) com crises não epiléticas (OMS, 2019). Em revistas de epilepsia, os nomes mais frequentes são crises não epiléticas psicogênicas – CNEP – (*psychogenic nonepileptic seizures – PNES*) e pseudocrises (*pseudoseizures*) (BRIGO et al., 2015). Com o objetivo de facilitar a comunicação entre os profissionais, o termo crises não epiléticas funcionais vem se tornando consenso internacional nos últimos quatro anos na literatura especializada(ASADI-POOYA et al., 2020).

O diagnóstico diferencial entre as CNEF e as crises epiléticas é desafiador. O padrão ouro para a detecção das CNEF é a monitorização por vídeo-eletroencefalografia (Vídeo-EEG) em uma unidade especializada em epilepsias. O vídeo-EEG permite o registro simultâneo do traçado eletroencefalográfico e as manifestações clínicas das crises, possibilitando assim, que o neurologista epileptólogo realize a correlação eletroclínica.

Em unidades terciárias de epilepsia, de 20% a 40% dos adultos com “epilepsia refratária” são diagnosticadas com CNEF, o que torna a incidência de CNEF de 1,4 a 4,9 casos a cada 100.000 pessoas por ano e a faixa de prevalência entre 2 e 33 casos por 100.000 pessoas. Setenta por cento dos pacientes com CNEF são mulheres jovens. Além disso, é muito comum pacientes com o diagnóstico de CNEF terem comorbidade com epilepsia (BOMPAIRE et al., 2021).

4. AS CRISES NÃO EPILEPTICAS FUNCIONAIS COMO EXPRESSÃO CLÍNICA DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO COMPLEXO

a. TRAUMA COMPLEXO, TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO E A EVOLUÇÃO DO CONSTRUTO DIAGNÓSTICO

O trauma complexo é o resultado da exposição a estressores psicológicos severos, de maneira repetida e prolongada, tais como lesão física ou abandono por responsáveis em períodos vulneráveis da história de vida da pessoa. A gravidade da ameaça à vida e à integridade física da vítima, além do caráter crônico do abuso, prejudicam o desenvolvimento da personalidade do indivíduo e de sua capacidade de confiar em suas relações primárias.(COURTOIS, C. ; HENRY, J. Treating Complex Traumatic Stress Disorders: Evidence-Based Guide: Scientific Foundations Therapeutic Models, 2009)

Judith Herman elaborou a ideia de trauma complexo ao estudar manifestações em comum entre indivíduos submetidos a traumas repetidos e prolongados em contextos interpessoais ou de cativeiro. A autora investigou o impacto psíquico da subordinação psicológica prolongada ao controle coercitivo em contextos como campos de concentração, prisões, instituições de exploração sexual, cultos religiosos e em algumas famílias disfuncionais.

O estudo dessas manifestações permitiu que Herman elaborasse em 1992 o conceito de Transtorno de Estresse Pós-Traumático Complexo (TEPT-C) para descrever alterações comportamentais complexas em vítimas de múltiplos traumas interpessoais prolongados em situações onde escapar é difícil ou impossível. Para Herman, os critérios para Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) elaborados na época não eram capazes de compreender as manifestações e as alterações da personalidade advindas do trauma complexo. Suas observações indicaram três grandes áreas de perturbação que transcendiam o TEPT simples: a complexidade e a tenacidade dos sintomas, as alterações da personalidade e a vulnerabilidade das vítimas a novos episódios de trauma auto ou heteroinfligidos. A descrição

de Herman de TEPT-C incluía alterações na regulação dos afetos, da consciência, da autopercepção, do relacionamento com os outros e do sistema de crenças, além de percepções distorcidas do abusador. (HERMAN, 1992a)

Apesar das diversas considerações a cerca do tema (GELINAS, 1983; KOLB, 1989; NIEDERLAND, 1968), o conceito de TEPT-C só foi testado no DSM-IV. O diagnóstico foi testado sob o nome de transtornos do estresse extremo (*disorders of extreme stress not otherwise specified* – DESNOS). Apesar de o DESNOS não ter sido incluído como uma entidade diagnóstica própria no DSM-IV, os sintomas relacionados a esta entidade foram descritos como “Transtorno Não Especificado Associado ao Estresse Pós-Traumático” (*“Non-Specified Disorder Associated with Post Traumatic Stress.”*) Os critérios do DESNOS do DSM-IV incluíam as descrições de Judith Herman de TEPT-C: modulação de afeto prejudicada, comportamento autodestrutivo e impulsivo, sintomas dissociativos, somatização e sintomas conversivos, sentimentos de ineficácia, vergonha, desespero ou desesperança, sentir-se permanentemente lesado, perda de crenças anteriormente sustentadas, hostilidade, retraimento social, sentir-se constantemente ameaçado, relacionamento prejudicado com outras pessoas ou uma mudança nas características anteriores de personalidade do indivíduo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994). O TEPT-C e o DESNOS são usados na literatura de maneira intercambiável. (RESICK et al., 2012)

O DSM 5 não contemplou o TEPT-C, com a justificativa de que o diagnóstico de TEPT ampliou-se para incorporar, além dos critérios de TEPT do DSM-IV, os seguintes sintomas, semelhantes aos do TEPT-C: crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo (p. ex., “sou mau”, “Não se deve confiar em ninguém”, “o mundo é perigoso”, “todo o meu sistema nervoso está arruinado para sempre”), cognições distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou os outros e estado emocional negativo persistente (p. ex., medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha). O DSM 5 criou também o subtipo dissociativo do TEPT, que satisfaz os critérios de TEPT, incluindo também sintomas persistentes de despersonalização e desrealização.

O CID-10 (1999), apesar de não conter o TEPT-C, apresenta o diagnóstico de Modificação Duradoura da Personalidade após Experiência Catastrófica (*Enduring Personality Change after Catastrophic Experience – EPCACE*). O transtorno é caracterizado por uma atitude hostil ou desconfiada com relação ao mundo, retraimento social, sentimentos de vazio ou desesperança, um sentimento crônico de "estar à beira do precipício", como se constantemente ameaçado, e estranheza. (NATIONAL CENTRE FOR CLASSIFICATION IN HEALTH, 1999)

A inclusão do TEPT-C no CID-11 é um marco no campo da psicotraumatologia. Em 2012 o grupo de estudos do CID-11 revisou o EPCACE, originalmente posicionado na sessão de transtornos de personalidade, e o redirecionou para a categoria de Transtornos associados especificamente ao estresse (*Disorders specifically associated with stress*). O benefício é a mudança de interpretação nos problemas relacionados ao trauma. Ao invés de serem vistos como persistentes como é sugerido pelo termo transtorno de personalidade, podem ser vistos como um grupo de sintomas passível de mudança com o tratamento (Introduction to the Special Issue on Complex Posttraumatic Stress Disorder: The Evolution of a Disorder, [s.d.]). Esta mudança de categoria está de acordo com o que Herman havia indicado em seu texto de 1992 Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma (HERMAN, 1992b). No CID-11, o TEPT compreende três grupos de sintomas, incluindo (a) revivência do trauma aqui e agora, (b) evitação de lembretes traumáticos e (c) uma sensação persistente de ameaça atual. O TEPT-C inclui os três grupos de sintoma do TEPT, além de três grupos adicionais que refletem distúrbios na organização do self (*disturbances in self organization*) (DSO), compreendendo (a) desregulação afetiva, (b) autoconceito negativo e (c) distúrbios nos relacionamentos (OMS, 2019). Há evidências substanciais de que esses sintomas de DSO estão especificamente associados a formas sustentadas, repetidas ou múltiplas de exposição traumática (por exemplo, campanhas de genocídio, abuso sexual infantil, crianças-soldado, violência doméstica grave, tortura ou escravidão), refletindo perda de capacidade emocional, recursos psicológicos e sociais sob condições de adversidade prolongada (CLOITRE et al., 2013; KARATZIAS et al., 2017).

No CID-11 sintomas dissociativos são contemplados no TEPT-C. No documento, dentro das manifestações do TEPT-C relacionadas a desregulação afetiva consta a possibilidade de ocorrência de sintomas dissociativos. O mesmo documento caracteriza transtornos dissociativos como a perturbação ou descontinuidade involuntária na integração normal de um ou mais dos seguintes: identidade, sensações, percepções, afetos, pensamentos, memórias, controle sobre os movimentos corporais ou comportamento, e lista a possibilidade diagnóstica de transtorno de sintoma neurológico dissociativo. O TEPT-C do CID-11, assim como o DESNOS do DSM-IV preveem a possibilidade de sintomas conversivos em vítimas de abuso de natureza interpessoal e prolongada. Apesar dessas observações, a expansão do construto de TEPT vista no DSM 5 não contemplou a ocorrência de fenômenos conversivos em sua definição. O TEPT foi descrito pela primeira vez no DSM-III (1980), na mesma edição que separou pela primeira vez os transtornos conversivos dos dissociativos, o que pode ter contribuído para o estudo crescente da associação entre sintomas dissociativos e eventos traumáticos e a negligência da psiquiatria americana com o estudo dos sintomas conversivos e sua relação com o trauma.

b. AS CRISES NÃO EPILÉPTICAS FUNCIONAIS COMO EXPRESSÃO CLÍNICA DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO COMPLEXO

A pesquisadora Elizabeth Bowman foi uma das primeiras desde a época de Pierre Janet a reconhecer que a grande maioria dos pacientes com CNEF vivenciaram traumas complexos ao longo da vida (BOWMAN, 1993). Utilizando a entrevista estruturada SCIDIII-R (STEINBERG; ROUNSAVILLE; CICCHETTI, 1990) Bowman encontrou que 77% de 27 pacientes com CNEF tinham história de abuso sexual, 70% tinham história de abuso físico, enquanto 88% reportaram experiências traumáticas em geral ao longo da vida. Uma revisão de 17 estudos de 1966 a 2004 encontrou taxas elevadas de exposição a traumas (44–100%) e abusos (23–77%) em amostras de pacientes com CNEF (FISZMAN et al., 2004). Estas taxas mostraram-se de 15% a 40% mais altas nos grupos de CNEF do que nos grupos de controle. Os achados de prevalência bem mais elevada do transtorno de estresse pós-

traumático (TEPT) em grupos com CNEF do que nos grupos de controle levaram Fisman e cols. (2004) a sugerirem que as CNEF em muitos casos podem constituir uma expressão clínica do diagnóstico de TEPT.

Os achados de Fisman e cols. (2004) foram corroborados por uma revisão de 32 estudos empíricos por Sharpe e Faye (2006) (SHARPE; FAYE, 2006). Os autores relataram 33,2% de abuso sexual e 29,9% de abuso físico na infância em pacientes com CNEF, sendo ambas as taxas mais elevadas do que aquelas dos grupos de controle. A correlação entre CNEF e traumas complexos na infância vem-se mostrando robusta através de uma gama de culturas. Alguns estudos apontaram para a importância da história de eventos traumáticos como um critério para identificar as CNEF (BODDE et al., 2009; HINGRAY et al., 2011, 2016). Quinn e cols. (2008) conceitualizaram as CNEF como uma parte da reação de acomodação aos traumas complexos. Este tipo de acomodação expressa-se por sintomas dissociativos, entre eles as CNEF, assim como a ocorrência de desregulação dos afetos e das relações sociais e de evitação social. Estes autores defenderam a importância terapêutica de conceitualizar claramente as CNEF no contexto da acomodação aos eventos traumáticos (QUINN; SCHOFIELD; MIDDLETON, 2008).

Myers e cols. (2019) observaram que história de traumas graves e repetidos na infância foi o maior preditor do diagnóstico de CNEF em comparação com o diagnóstico de epilepsia refratária (MYERS et al., 2019). Os autores corroboraram a hipótese de Quinn e cols. (2008) de que as CNEF são uma expressão clínica em reação a trauma grave e crônico (QUINN; SCHOFIELD; MIDDLETON, 2008).

Apesar das descrições na literatura de sintomas típicos do TEPT-C em pacientes com CNEF, somente um estudo levantou a hipótese de a CNEF ser uma expressão clínica do TEPT-C. Hingray e cols. (2017) realizaram um estudo transversal em pacientes diagnosticados com CNEF por vídeo-EEG. Os autores observaram que as CNEF correspondiam a um sintoma dissociativo intenso que era a manifestação mais visível de um transtorno de base grave resultante de traumas repetidos na infância. Os sintomas deste transtorno de base eram compatíveis com as descrições clássicas de TEPT-

C. Eles concluíram que as CNEF podem ser a “ponta do Iceberg” do TEPT-C. A limitação principal deste estudo foi a não utilização dum instrumento específico para o diagnóstico de TEPT-C. Estudos de caso-controle e prospectivos são necessários para determinar se de fato as CNEF são uma manifestação dissociativa em pacientes com TEPT-C (HINGRAYA et al., 2017).

5. CONCLUSÃO

A histeria é um fenômeno que sempre habitou a delicada intersecção entre mente e corpo. As crises não epiléticas funcionais (CNEF) são um exemplo claro de como traumas complexos podem se manifestar através de alterações físicas, demonstrando a íntima relação entre psique e soma. Este trabalho demonstrou fatores em comum entre as CNEF e o TEPT-C, destacando o papel central do trauma complexo em sua patogênese. Avanços na literatura médica, do DSM-IV para o DSM 5 e do CID-10 para o CID-11 progressivamente reconheceram as particularidades das manifestações clínicas relacionadas ao trauma complexo, culminando no reconhecimento do TEPT-C como uma entidade diagnóstica distinta no CID-11.

A inclusão do TEPT-C no CID-11 é um marco no campo da psicotraumatologia. Essa mudança reflete maior sensibilidade no reconhecimento dos efeitos debilitantes advindos do trauma complexo, que compreendem manifestações tanto psíquicas quanto físicas, à exemplo das CNEF.

Uma diferença marcante entre os sistemas de classificação médica está representada na abordagem aos sintomas conversivos e dissociativos. No CID-11, sintomas conversivos são classificados como parte de transtornos dissociativos. Por outro lado, o DSM 5 aponta transtornos conversivos e dissociativos como categoricamente distintos, refletindo estruturas conceituais divergentes. Essas diferenças ressaltam a importância de mais estudos sobre o tema, considerando a implicação desses sistemas diagnósticos e sua influência sobre o tratamento e qualidade de vida dos pacientes.

Levando em consideração a evolução dos construtos diagnósticos, este trabalho enfatiza a importância de uma abordagem relacionada ao trauma quando se trata das CNEF. Ao relacionar as CNEF ao contexto do TEPT-C, os médicos têm melhor chance de considerar os mecanismos subjacentes relacionados a esses transtornos, levando a abordagens mais adequadas e efetivas.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-I**. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1952.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-II**. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1968.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III**. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic & statistical manual of mental disorders (dsm-III)**. 3. ed. [s.l.] American Psychiatric Publishing, 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4. ed. Arlington, TX: American Psychiatric Press, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5-TR® classification**. Arlington, TX: American Psychiatric Association Publishing, 2022.

ASADI-POOYA, A. A. et al. **Terminology for psychogenic nonepileptic seizures: Making the case for “functional seizures”**. Epilepsy & behavior: E&B, v. 104, n. Pt A, p. 106895, mar. 2020.

BODDE, N. M. G. et al. **Psychogenic non-epileptic seizures--definition, etiology, treatment and prognostic issues: a critical review**. Seizure: the journal of the British Epilepsy Association, v. 18, n. 8, p. 543–553, out. 2009.

BOMPAIRE, F. et al. **PNES Epidemiology: What is known, what is new?** European journal of trauma & dissociation, v. 5, n. 1, p. 100136, fev. 2021.

BOWMAN, E. S. **Etiology and clinical course of pseudoseizures: relationship to trauma, depression, and dissociation.** Psychosomatics, v. 34, p. 333–342, 1993.

BRIGO, F. et al. **Terminology of psychogenic nonepileptic seizures.** Epilepsia, v. 56, n. 3, p. e21-5, mar. 2015.

BÜHLER, K.-E.; HEIM, G. **Etiology, pathogenesis, and therapy according to Pierre Janet concerning conversion disorders and dissociative disorders.** American journal of psychotherapy, v. 65, n. 4, p. 281–309, 2011.

CHRISTOPHER, W.; HESS, A. J.; MICHAEL, S. **Inconsistency and incongruence: the two diagnostic pillars of functional movement disorder.** The Lancet, v. 400, 2022.

CLOITRE, M. et al. **Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis.** European journal of psychotraumatology, v. 4, n. 1, p. 20706, 15 maio 2013.

COEBERGH, J.; ZIMIANITI, I.; KASKI, D. **Shoulder-tap test for functional gait disorders: A sign of abnormal anticipatory behavior.** Neurology, v. 97, n. 23, p. 1070–1071, 7 dez. 2021.

COURTOIS, C.; FORD, J. **Treating complex traumatic stress disorders: evidence-based guide: scientific foundations, therapeutic models.** New York: Guilford Press, 2009

FISZMAN, A. et al. **Traumatic events and posttraumatic stress disorder in patients with psychogenic nonepileptic seizures: a critical review.** Epilepsy & behavior: E&B, v. 5, n. 6, p. 818–825, dez. 2004.

FORD, D. et al. **Introduction to the Special Section on Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD): The Evolution of a Disorder.** J Trauma Stress, v. 32, n. 6, p. 817-821, dez. 2019. DOI: 10.1002/jts.22476. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jts.22476>.

FREUD, S. **Estudos sobre a Histeria**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. v. II, p. 1895–1895, [s.d.].

GELINAS, D. J. **The persisting negative effects of incest**. Psychiatry, v. 46, n. 4, p. 312–332, nov. 1983.

HERMAN, J. L. **Trauma and recovery**. London, England: Basic Books, 1992a.

HERMAN, J. L. **Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma**. Journal of traumatic stress, v. 5, n. 3, p. 377–391, jul. 1992b.

HINGRAY, C. et al. **Psychogenic nonepileptic seizures: characterization of two distinct patient profiles on the basis of trauma history**. Epilepsy & behavior: E&B, v. 22, n. 3, p. 532–536, nov. 2011.

HINGRAY, C. et al. **Psychogenic non-epileptic seizures (PNES)**. Revue neurologique, v. 172, n. 4–5, p. 263–269, abr. 2016.

HINGRAY, C. et al. **Link between psychogenic nonepileptic seizures and complex PTSD: A pilot study**. European journal of trauma & dissociation, v. 1, n. 2, p. 131–136, abr. 2017.

KARATZIAS, T. et al. **Evidence of distinct profiles of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ)**. Journal of affective disorders, v. 207, p. 181–187, jan. 2017.

KOLB, L. C. **Heterogeneity of PTSD**. The American journal of psychiatry, v. 146, n. 6, p. 811–812, jun. 1989.

LANSKA, D. J. **Functional weakness and sensory loss**. Seminars in neurology, v. 26, n. 3, p. 297–309, jul. 2006.

MANDROU, R. **Magistrats et sorciers en France au XVIIe siècle: Une analyse de psychologie historique**. Paris: Seuil, 1980.

MYERS, L. et al. **Psychological trauma, somatization, dissociation, and psychiatric comorbidities in patients with psychogenic nonepileptic seizures compared with those in patients with intractable partial epilepsy.** *Epilepsy & behavior: E&B*, v. 92, p. 108–113, mar. 2019.

NATIONAL CENTRE FOR CLASSIFICATION IN HEALTH. **The international statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision, Australian modification: ICD-10-am Australian coding standards vol 5.** Lidcombe, NSW, Australia: National Centre for Classification in Health, 1999.

NICHOLAS, P.; SPANOS, J. **Demonic possession, Mesmerism, and hysteria: A social psychological perspective on their historical interrelations.** *Journal of abnormal psychology*, n. 5, p. 527–546, 1979.

NIEDERLAND, W. G. **Clinical observations on the “survivor syndrome”.** *The International journal of psycho-analysis*, v. 49, n. 2, p. 313–315, 1968.

NONNEKES, J. et al. **Functional gait disorders: A sign-based approach.** *Neurology*, v. 94, n. 24, p. 1093–1099, 16 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240067889>. Acesso em: 25 nov. 2024

PATWAL, R. et al. **Diagnostic accuracy of clinical signs and investigations for functional weakness, sensory and movement disorders: A systematic review.** *Journal of psychosomatic research*, v. 168, n. 111196, p. 111196, maio 2023.

PULLIN, M. A.; WEBSTER, R. A.; HANSTOCK, T. L. **Psychoform and somatoform dissociation in a clinical sample of Australian adolescents.**

Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD), v. 15, n. 1, p. 66–78, 2014.

QUINN, M.; SCHOFIELD, M.; MIDDLETON, W. **Conceptualization and treatment of psychogenic non-epileptic seizures**. Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD), v. 9, n. 1, p. 63–84, 2008.

RESICK, P. A. et al. **A critical evaluation of the complex PTSD literature: implications for DSM-5**. Journal of traumatic stress, v. 25, n. 3, p. 241–251, jun. 2012.

ROSS, C. A. **Problems With DSM-5 Somatic Symptom Disorder**. Journal of Trauma & Dissociation, v. 16, p. 341–348, 2015.

SHARPE, D.; FAYE, C. **Non-epileptic seizures and child sexual abuse: a critical review of the literature**. Clinical psychology review, v. 26, n. 8, p. 1020–1040, dez. 2006.

SIGERIST, H. **A history of medicine. Primitive and archaic medicine**. New York: Oxford University Press, 1951.

STEINBERG, M.; ROUNSAVILLE, B.; CICHETTI, D. V. **The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Dissociative Disorders: preliminary report on a new diagnostic instrument**. The American journal of psychiatry, v. 147, n. 1, p. 76–82, jan. 1990.

TASCA, C. et al. **Women and hysteria in the history of mental health**. Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH, v. 8, n. 1, p. 110–119, 19 out. 2012.

VAN DER HART, O. et al. **Somatoform dissociation in traumatized world war I combat soldiers**. Journal of trauma & dissociation: the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD), v. 1, n. 4, p. 33–66, 28 mar. 2001.

VAN DER HART, O.; FRIEDMAN, B. **A reader's guide to Pierre Janet on dissociation: A neglected intellectual heritage.** Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders, v. 2, p. 3–16, 1989.

WESTERHOF, Y. et al. **Forgetting child abuse: Feldman-Summers and Pope's (1994) study replicated among Dutch psychologists.** Clinical psychology & psychotherapy, v. 7, n. 3, p. 220–229, jul. 2000.

WHITLOCK, F. A.; HYNES, J. V. **Religious stigmatization: an historical and psychophysiological enquiry.** Psychological medicine, v. 8, n. 2, p. 185–202, maio 1978.