

# SAÚDE MENTAL

Desafios da Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e  
Cuidado na Sociedade Moderna

Edição XXIX

## Capítulo 32

### CRISE CONVERSIVA NA PSIQUIATRIA: COMPREENSÃO CLÍNICA E MANEJO

ANNA LAURAH DAL PONTE HAYGERT<sup>1</sup>  
DAVY VARGAS TEIXEIRA CAVALHEIRO<sup>1</sup>  
GABRIELA SANDRI DALLA NORA<sup>1</sup>  
GABRIELA ZOTTI DALRI<sup>1</sup>  
GABRIELLA SIGOLIN PONSONI<sup>1</sup>  
GEÓRGIA CAPELLO CHINAZZO<sup>1</sup>  
GIOVANA DIEHL HIRT<sup>1</sup>  
GUSTAVO APOLINARIO FUMAGALLI<sup>1</sup>  
ISADORA FOLMMER<sup>1</sup>  
JÚLIA FORNARI COSTA<sup>1</sup>  
LEONARDO RICCI CAIROS<sup>1</sup>  
MANUELA GRIGOLETTO AGNES<sup>1</sup>  
MILENA MORAES<sup>1</sup>  
SABRINA DA ROSA<sup>1</sup>  
VITÓRIA MARIA PAULETTO TAFFAREL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Discente - Medicina na Universidade de Passo Fundo*

**Palavras-Chave:** Crise Conversiva; Psiquiatria; Revisão de Bibliografia.

DOI:

10.59290/1006062191

EDITORIA  
**P** PASTEUR

## INTRODUÇÃO

A crise conversiva, atualmente compreendida no âmbito do Transtorno Neurológico Funcional (TNF), configura-se como uma condição clínica prevalente e complexa, historicamente situada entre os campos da neurologia e da psiquiatria, marcada por desafios conceituais, diagnósticos e terapêuticos persistentes (MAVROUDIS *et al.*, 2025). Essa condição caracteriza-se pela presença de sintomas neurológicos, como crises não epilêpticas, alterações motoras, sensoriais, cognitivas ou da marcha, que não se explicam por lesões estruturais do sistema nervoso, embora sejam experimentados pelos pacientes como reais e involuntários (MAVROUDIS *et al.*, 2024). Ao longo da história da medicina, tais manifestações foram frequentemente interpretadas por modelos reducionistas, o que contribuiu para estigmatização, atrasos diagnósticos e dificuldades no manejo clínico (MAVROUDIS *et al.*, 2024).

Historicamente, a crise conversiva foi inicialmente descrita sob o termo histeria, amplamente utilizado até o início do século XX, período em que os sintomas eram associados a fatores morais ou emocionais e compreendidos de forma limitada (MAVROUDIS *et al.*, 2024). Posteriormente, o conceito de transtorno conversivo buscou enquadrar essas manifestações em modelos psicodinâmicos, enfatizando a conversão de conflitos psíquicos inconscientes em sintomas somáticos (MAVROUDIS *et al.*, 2024). Apesar desse avanço conceitual, essa terminologia manteve pressupostos etiológicos restritivos e reforçou a dicotomia entre mente e corpo (MAVROUDIS *et al.*, 2024).

A adoção do termo Transtorno Neurológico Funcional representa uma mudança paradigmática relevante, ao enfatizar disfunções nos processos funcionais do sistema nervoso, em vez da ausência de alterações estruturais detectáveis (MAVROUDIS *et al.*, 2024). Essa reconceitu-

alização permitiu o reconhecimento do TNF como um diagnóstico positivo, baseado em sinais clínicos específicos e padrões consistentes de apresentação sintomática, afastando sua compreensão como diagnóstico de exclusão (MAVROUDIS *et al.*, 2025). Tal mudança contribuiu para maior validação da experiência do paciente, ainda que incertezas terapêuticas e desafios comunicacionais persistam na prática clínica (MAVROUDIS *et al.*, 2025).

Do ponto de vista epidemiológico, o TNF figura entre os diagnósticos neurológicos ambulatoriais mais frequentes, sendo reconhecido como o segundo mais comum, atrás apenas da cefaleia (MAVROUDIS *et al.*, 2024). Estima-se que entre 5% e 12% das consultas neurológicas envolvam manifestações funcionais, com taxas ainda maiores em unidades especializadas em epilepsia, onde crises não epilêpticas psicogênicas são frequentemente identificadas (MAVROUDIS *et al.*, 2025). O impacto funcional e psicossocial dessas manifestações é significativo, resultando em prejuízos à qualidade de vida e sobrecarga aos sistemas de saúde (MAVROUDIS *et al.*, 2024).

A relevância psiquiátrica do TNF é amplamente reconhecida, uma vez que muitos pacientes apresentam comorbidades como transtornos de humor, ansiedade ou sintomas de estresse pós-traumático, embora uma parcela substancial não apresente diagnóstico psiquiátrico formal (PAREDES-ECHEVERRI *et al.*, 2022). Evidências indicam maior exposição a experiências adversas na infância entre indivíduos com TNF, associadas a maior gravidade sintomática, início mais precoce e piores desfechos clínicos (PAREDES-ECHEVERRI *et al.*, 2022). Ainda assim, a ausência de trauma em parte dos pacientes reforçou a necessidade de critérios diagnósticos que não dependam obrigatoriamente da identificação de estressores psicossociais (PAREDES-ECHEVERRI *et al.*, 2022).

Avanços recentes em neuroimagem funcional e neurociência cognitiva têm contribuído para a compreensão das bases neurológicas do TNF, evidenciando alterações em múltiplas redes neurais relacionadas à emoção, atenção, autoagência e controle sensorio-motor (MAVROUDIS *et al.*, 2024). Esses achados fornecem sustentação neurobiológica para um transtorno historicamente considerado inexplicável e auxiliam na diferenciação entre TNF, simulação e outras condições neurológicas orgânicas (MAVROUDIS *et al.*, 2024). A partir desse corpo de evidências, consolidou-se uma abordagem psicossocial mais integrada e menos estigmatizante (MAVROUDIS *et al.*, 2024).

Diante desse contexto, torna-se fundamental uma abordagem metodológica sistematizada da crise conversiva, que contemple critérios diagnósticos positivos, identificação de fatores precipitantes e perpetuantes, diferenciação clínica adequada e estratégias terapêuticas baseadas em evidências. Assim, este capítulo tem como objetivo apresentar uma análise integrada da crise conversiva no contexto do Transtorno Neurológico Funcional, abordando metodologia de estudo, bases neurológicas, critérios diagnósticos, fatores precipitantes, diferenciação clínica e manejo, com o intuito de qualificar a prática clínica e reduzir o estigma associado a essa condição.

## MÉTODO

O presente capítulo caracteriza-se como um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo revisão narrativa de literatura, com o objetivo de analisar os principais aspectos clínicos, diagnósticos, fisiopatológicos e terapêuticos relacionados ao Transtorno Neurológico Funcional (TNF), com ênfase nas crises não epiléticas psicogênicas (PNES), diferenciação clínica e manejo interdisciplinar.

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed/MEDLINE, SciELO e Google Scholar, utilizando descritores em português

e inglês, combinados por operadores booleanos (AND/OR), tais como: “*Functional Neurological Disorder*”, “*Conversion Disorder*”, “*Psychogenic Non-Epileptic Seizures*”, “PNES”, “*Functional Seizures*”, “*Dissociation*”, “*Malingering*”, “*Epilepsy differential diagnosis*” e “*biopsychosocial model*”.

Foram incluídos artigos publicados entre 2020 e 2025, nos idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra. Também foram considerados consensos internacionais, revisões sistemáticas, meta-análises e diretrizes diagnósticas relevantes para a compreensão atual do transtorno, incluindo documentos classificatórios amplamente utilizados na prática clínica.

Como critérios de inclusão, foram selecionados estudos que abordassem: Bases neurobiológicas do TNF; Critérios diagnósticos atuais; Fatores precipitantes e perpetuadores; Diferenciação clínica entre TNF, epilepsia e simulação; Estratégias terapêuticas e manejo interdisciplinar. Foram excluídos artigos com foco exclusivo em condições neurológicas estruturais sem interface com transtornos funcionais, bem como estudos com metodologia insuficientemente descrita ou sem relevância direta para os objetivos do capítulo.

Após leitura dos títulos e resumos, realizou-se análise crítica do conteúdo completo dos estudos selecionados, priorizando evidências com maior nível metodológico e publicações recentes. Ao final do processo, foram incluídos os artigos que fundamentaram teoricamente as seções de introdução, bases neurológicas, critérios diagnósticos, fatores precipitantes, diferenciação clínica e manejo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Bases neurológicas

O Transtorno de conversão ou Crise conversiva atualmente chamado de Transtorno de sintomas neurológicos funcionais apresenta sintomas físicos reais e persistentes que prejudicam

a funcionalidade ocupacional. Esses sintomas são sinais ou queixas físicas que não conseguem ser totalmente explicados por alterações estruturais (anatômicas) ou doenças clínicas identificáveis mesmo após investigação detalhada. As teorias clássicas de “conversão”, que consideravam o trauma como causa universal dos sintomas funcionais, são atualmente vistas como restritas. Elas não contemplam a diversidade clínica do Transtorno Neurológico Funcional (DNF) e não correspondem à experiência de todos os pacientes. Entretanto, isso não significa que seu papel deva ser ignorado, fatores biopsicossociais podem atuar como elementos predisponentes, precipitantes ou perpetuadores (HALLETT *et al.*, 2022).

A fisiopatologia fundamental é similar para as diferentes manifestações clínicas uma vez que apresentam alterações relacionadas a conectividade e a integração entre redes cerebrais, ou seja, não há lesões cerebrais identificáveis. O modelo neurofuncional tem sido construído com evidências por meio de exames especializados, como a ressonância magnética funcional (RMf). A disfunção ocorre principalmente na ativação e integração entre 3 diferentes circuitos neurais, aquele relacionado à interface límbico motora, aquele relacionado ao senso de agência e aquele relacionado à atenção autodirigida (HALLETT *et al.*, 2022).

O estudo, que compara a ressonância magnética funcional de pacientes com tremor funcional e de pacientes com tremor simulado, identifica os padrões anormais de ativação cerebral. A alteração na conectividade funcional entre amígdala e regiões cerebrais, em primeiro plano com a hiperatividade do sistema límbico sobre as áreas motoras como o córtex pré-motor e a área motora suplementar. Dessa forma o sistema límbico age de forma facilitadora sobre o sistema motor. Somado a um segundo fator que é um comprometimento da eficiência da junção

temporoparietal direita, responsável pela percepção de auto agência. A diferença mais proeminente encontrada é a redução da atividade da região quando comparado com o grupo controle, incluindo conectividade funcional dessa área com as outras partes cerebrais como o sistemas límbico e motor. A disfunção dessa rede neural colabora para percepção involuntária do movimento nos distúrbios funcionais (HALLETT *et al.*, 2022).

O terceiro ponto refere-se à codificação preditiva realizada pelo cérebro humano. Trata-se de uma rede neural do sistema nervoso que opera como um mapa, construindo antecipadamente modelos sobre o corpo e sobre o ambiente com base em experiências prévias. Essas previsões têm a função de otimizar a adaptação do corpo às circunstâncias vivenciadas, antecipando respostas sensoriais e motoras. Os sinais ascendentes provenientes do próprio corpo e do ambiente são então comparados às previsões geradas, quando há discrepância, ou seja, quando o viés cognitivo é priorizado, hipotetiza-se que há um erro de predição ou uma atualização imprecisa, em virtude da pouca atenção destinada aos sinais corporais objetivos e pela supervalorização da apresentação clínica nos processos cognitivos intencionais. Isso aumenta a ativação motora disfuncional que é a manifestação clínica incapacitante. Em contrapartida, movimentos automáticos ou implícitos tendem a estar relativamente preservados, sugerindo o envolvimento de programas e mecanismos de controle motor diferenciados (HALLETT *et al.*, 2022).

Ao integrar esses achados compreende-se melhor o TNF, a hiperatividade da amígdala exerce influência moduladora sobre o córtex motor, provocando um excesso de programas motores. Simultaneamente, a menor ativação da junção temporoparietal implicada na falta de percepção de agência, ou seja, na falta de reconhecimento de si como autor da ação. Além dis-

so, um erro de predição na rede de atenção ou um déficit de atualização de informações sensorio-motoras, dificulta a execução do movimento correto. Como resultado apresenta uma ativação motora disfuncional modulada pela atenção anormalmente aumentada sobre o movimento e um sistema nervoso que mantém a interpretação de que o movimento anormal é involuntário (HALLETT *et al.*, 2022).

### **Critérios diagnósticos**

Atualmente no contexto mundial se utiliza como critérios de diagnóstico a DSM-5 (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais) aliada a CID-11 (Classificação Internacional de Doenças), ambas foram trabalhadas em conjunto para melhor reconhecimento de transtornos mentais, sem ter grandes discrepâncias sobre a realização de exames, diagnóstico e tratamento, esses que devem ter como base um bom julgamento clínico. Ademais ainda a CID-9, 10 ainda são utilizadas para melhor especificar os sintomas e sinais.

Contudo, apesar desse compartilhamento a DMS-5 é utilizada como guia clínico detalhado dos EUA enquanto a CID-11 é utilizada de maneira global para classificação dos diagnósticos. Como por exemplo, para identificar um diagnóstico principal e as suas condições adjacentes.

O Transtorno Conversivo na DMS-5, é também chamado de “Transtorno de Sintomas Neurológicos Funcionais”, ele estabelece 4 critérios para diagnóstico:

“A. Um ou mais sintomas de função motora ou sensorial alterada.

B. Achados físicos evidenciam incompatibilidade entre o sintoma e as condições médicas ou neurológicas encontradas.

C. O sintoma ou déficit não é mais bem explicado por outro transtorno mental ou médico.

D. O sintoma ou déficit causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo ou requer avaliação médica.”

Para que as características diagnósticas sejam identificadas o médico recolhe e avalia questões: motoras (anormalidade na marcha, fraqueza e paralisia, realização de flexão) e sensoriais (percepção cutânea, visão ou audição alterada), mas também observa: tremores, disartria, afonia, disfonia, diplopia no paciente. O diagnóstico de maneira básica é feito por não ter uma explicação de doença neurológica, mas isso não é suficiente, deve-se realizar exames e verificação de achados clínicos que exclua totalmente a chance de haver doenças neurológicas presentes, ou seja a crise conversiva precisa de uma história/quadro clínico geral para ser corretamente diagnosticada.

A crise conversiva ela sem seu início relacionado ao estresse e ao trauma de natureza psicológica e física, somado a sintomas dissociativos: despersonalização, desrealização, amnésia dissociativa no início no quadro principalmente.

O transtorno ou a crise conversiva pode acontecer em qualquer momento da vida, e seus sintomas podem ser transitórios ou persistentes, estes aspectos são intimamente ligados ao indivíduo, já que os fatores de risco podem piorar o quadro ou antecipar sua manifestação, são eles: temperamento, ambiente, genéticos ou fisiológicos e modificadores de como o indivíduo vê sua doença levando ao prognóstico positivo ou negativo, já que é uma doença que gera grande incapacitância principalmente por restringir a mobilidade.

Contudo no Brasil, o material indicado para ser realizado diagnóstico é o CID-11 uma versão mais atualizada e flexível, abrangendo de uma maneira mais minuciosa a crise conversiva,

porém como tratado antes, foi trazido o DMS-5 que muito ainda é utilizado como base clínica e como meio de auxílio para a CID-11.

### Fatores precipitantes

O transtorno conversivo, atualmente denominado transtorno neurológico funcional (TNF), caracteriza-se pela manifestação de sintomas neurológicos incompatíveis com condições neurológicas reconhecidas, frequentemente associados a fatores emocionais e contextuais que antecedem a instalação do quadro clínico (MAVROUDIS *et al.*, 2025). Estudos clínicos têm mostrado que a maioria dos pacientes relata eventos estressores agudos e experiências adversas antes do início dos sintomas (MORSY *et al.*, 2021). A literatura também destaca uma associação com mecanismos dissociativos em amostras clínicas de indivíduos com transtorno neurológico funcional (JONES *et al.*, 2023), bem como a presença de fatores individuais de vulnerabilidade que interagem com esses eventos precipitantes (MAVROUDIS *et al.*, 2025).

Eventos estressores agudos podem atuar como fatores precipitantes para o desenvolvimento do transtorno neurológico funcional, incluindo doenças físicas (como lesões, infecções e dor), traumas psicológicos (como luto e conflitos interpessoais) e procedimentos médicos invasivos. Estudos indicam que mais de 60% dos pacientes com fraqueza funcional ou disfunções sensoriais referem um gatilho agudo recente. Evidencia-se ainda que diferentes apresentações clínicas da crise conversiva podem estar relacionadas a tipos específicos de estressores precipitantes. Na DFC (*Functional Cognitive Disorder*), estressores como privação de sono, doenças e pressão ocupacional são comumente associados; já na PNES (*Psychogenic Non-Epileptic Seizures*), traumas não resolvidos e estressores relacionais, especialmente no contexto de capacidade limitada de regulação emocional,

configuram antecedentes frequentes (MAVROUDIS *et al.*, 2025).

Segundo a literatura, traumas psicológicos precoces e tardios são descritos como fatores associados ao desencadeamento do transtorno neurológico funcional. Estudos indicam que pacientes com TNF apresentam frequência significativamente maior de experiências adversas de vida (EAVs) quando comparados a controles saudáveis, incluindo maus-tratos na infância e outros eventos estressores ao longo da vida. Evidências também apontam associação entre histórico de trauma e características clínicas do TNF, como início mais precoce dos sintomas e piores desfechos clínicos em indivíduos expostos a maus-tratos infantis. Esses achados sustentam a hipótese de que experiências traumáticas, especialmente quando vivenciadas na infância ou acompanhadas por sintomas compatíveis com transtorno de estresse pós-traumático, podem estar relacionadas a um subtipo clínico de TNF com manifestações mais intensas e complexas (PAREDES-ECHEVERRI; GUTHRIE; PEREZ, 2022).

Evidências indicam que mecanismos dissociativos são frequentemente descritos em pacientes com transtorno neurológico funcional (TNF). A dissociação, enquanto processo neurocognitivo, tem sido teorizada como subjacente ao TNF, o que se reflete na classificação da CID-11, onde a nomenclatura oficial é transtorno de sintomas neurológicos dissociativos. A dissociação refere-se a uma ruptura na integração normal entre consciência, memória, identidade, emoção, percepção e controle corporal. Clinicamente, pode se manifestar como distúrbios de memória, perda da sensibilidade corporal e do controle voluntário, desconexão subjetiva de si mesmo (despersonalização) ou de estímulos externos (desrealização), além de alterações do senso de identidade. Sintomas dissociativos são descritos em diversos transtornos psi-

quiátricos e podem ser crônicos e gravemente incapacitantes (JONES *et al.*, 2023).

Além dos fatores precipitantes, estudos recentes destacam que a vulnerabilidade individual desempenha papel central na instalação do transtorno neurológico funcional. Observa-se que nem todos os indivíduos expostos a estressores ou traumas desenvolvem TNF, o que indica a presença de predisposições psicológicas e biológicas. Características como dificuldades na regulação emocional, predisposição à somatização e maior propensão a mecanismos dissociativos têm sido descritas com maior frequência em pacientes com transtorno neurológico funcional. Experiências adversas precoces também podem modular os sistemas de resposta ao estresse ao longo da vida, aumentando a suscetibilidade ao desenvolvimento de transtornos mentais. Esses fatores parecem estar relacionados à maior sensibilidade dos sistemas neurais envolvidos na integração entre emoção, percepção corporal e controle motor. Dessa forma, a vulnerabilidade individual atua como um terreno predisponente para o TNF, sobre o qual os eventos precipitantes exercem seus efeitos (MAVROUDIS *et al.*, 2025).

A literatura atual indica que o transtorno neurológico funcional deriva da integração de fatores precipitantes, experiências traumáticas, mecanismos dissociativos e vulnerabilidades individuais. Essa associação atua como um conjunto de gatilhos, especialmente em indivíduos previamente expostos a adversidades ou com maior predisposição psicológica e neuro-biológica. Nesse contexto, alterações na integração entre sistemas emocionais, cognitivos e motores contribuem para a manifestação de sintomas neurológicos funcionais na ausência de lesão estrutural. Esses achados reforçam a compreensão do transtorno neurológico funcional como uma condição biopsicossocial, na qual fatores biológicos, psicológicos e contextuais se inter-

relacionam de forma complexa. Dessa maneira, o TNF não deve ser compreendido como evento isolado, mas como expressão clínica de um processo multifatorial que envolve a interação entre vulnerabilidade individual e fatores precipitantes ao longo da vida do paciente (MAVROUDIS *et al.*, 2025; PAREDES-ECHEVERRI; GUTHRIE; PEREZ, 2022; JONES *et al.*, 2023).

### **Diferenciação clínica**

Considerando a apresentação clínica e as características semiológicas do quadro, no que tange a diagnósticos diferenciais, a Crise Conversiva pode ser relacionada a dois cenários clínicos: epilepsia e Simulação (*Malingering*). Ambas as apresentações clínicas se assemelham, contudo, seus processos fisiopatológicos, padrões evolutivos e diagnósticos são distintos, os quais serão relatados a seguir.

A diferenciação entre as crises epiléticas e as crises funcionais (crises não epiléticas psicogênicas - PNES) apresenta um desafio na prática clínica, especialmente pelo fato de que as crises funcionais apresentam episódios que mimetizam crises de epilepsia, seja em sua expressão ou em sua intensidade (HALLETT *et al.*, 2022) Devido a essa semelhança fenotípica, é notável o frequente atraso no diagnóstico além de que muitos quadros de epilepsia são inicialmente classificados como distúrbios funcionais, impactando negativamente o prognóstico e atrasando a conduta terapêutica adequada (HALLETT *et al.*, 2022).

Do ponto de vista clínico e semiológico, a epilepsia, evolui com crises tônico-clônicas generalizadas com sequência típica: a fase tônica inicial, caracterizada por rigidez muscular sustentada, seguida por fase clônica, com movimentos rítmicos e com progressão ictal previsível (IKEMOTO, *et al.*, 2023). Ademais, é frequente a presença de período pós-ictal previsível, marcado por confusão mental e letargia pós

crises, reforçado o padrão típico das crises epiléticas generalizadas (IKEMOTO *et al.*, 2023). Em contrapartida, as crises funcionais tendem a apresentar maior duração, movimentos assíncronos, balanço de pelve, fechamento ocular ictal, movimentos laterais da cabeça, choro ictal, recordação de memória no período pós-ictal e responsividade peri-ictal (HALLETT *et al.*, 2022).

Pontuando exames complementares, o estudo eletroencefalográfico por meio de vídeo-eletroencefalograma (vEEG) é considerado padrão ouro para o diagnóstico de crises funcionais, principalmente quando são registrados episódios clinicamente típicos sem correlações diretas ao vEEG (HALLETT *et al.*, 2022; IKEMOTO, *et al.*, 2023). Contudo, a interpretação deve ser criteriosa e realizada por profissional experiente, uma vez que certos tipos focais de epilepsia podem apresentar resultados e vEEG inalterados, o que pode gerar confusão diagnóstica principalmente se não correlacionados com a clínica (HALLETT *et al.*, 2022).

Quanto ao tratamento, a abordagem para epilepsia é geralmente farmacológica, baseada na utilização individualizada de medicamentos antiepilépticos, considerando o tipo de crise e o perfil do paciente (AUVIN, 2025). Já a Crise Conversiva exige abordagem multidisciplinar e centrada no paciente, envolvendo acompanhamento psicológico, intervenções fisioterapêuticas e, em alguns casos, tratamento farmacológico, atuando na origem da crise (HALLETT *et al.*, 2022).

Ao relacionar a crise conversiva (TNF) com quadros de Simulação (*Malingering*), há pontos bastante característicos que contribuem para uma diferenciação diagnóstica, mas devem ser analisados e comparados de forma minuciosa. Diferentemente do transtorno conversivo, o quadro de Simulação envolve a produção intencional de sintomas físicos ou psicológicos falsos

ou intensificados, cuja motivação do indivíduo deriva de incentivos externos (BELLMAN *et al.*, 2022). Trata-se, portanto, de um comportamento voluntário visando ganhos secundários.

A Simulação não se enquadra, por si só, em um quadro de transtorno mental, mas sim, um comportamento voluntário e estratégico como instrumento para adquirir benefícios externos tais como: evadir processos criminais, adiar serviço militar, evadir trabalho, adquirir bens ou, até mesmo, receber atenção (BELLMAN *et al.*, 2022). Em contraste, a Crise Conversiva consiste em sintomas vivenciados de forma genuína pelo paciente, sem produção voluntária e sem intenção consciente de vantagem externa como na Simulação (HALLETT *et al.*, 2022).

Diante disso, o diagnóstico diferencial deve incluir avaliação clínica e análise psicossocial abrangente. Clinicamente, é fundamental considerar que a Crise Conversiva consiste em um sofrimento psíquico autêntico, associado a gatilhos e histórias de trauma, tendo bases neurobiológicas (HALLETT *et al.*, 2022). Diferentemente, quando houver suspeita de Simulação, deve-se correlacionar os sintomas com o perfil psicossocial do paciente, localizar prováveis motivos para adquirir ganhos externos e até mesmo verificar histórico psiquiátrico que justifique a criação dos sintomas (BELLMAN *et al.*, 2022).

Assim, a diferenciação entre epilepsia, Crise Conversiva e Simulação (*Malingering*) demanda uma abordagem sistemática e completa, baseada em critérios clínicos, semiológicos, eletrofisiológicos e psicossociais. Tal processo visa um diagnóstico assertivo e uma conduta terapêutica adequada.

### **Manejo**

O manejo das crises não epiléticas psicogênicas inicia-se pela confirmação diagnóstica adequada, pois o reconhecimento correto do transtorno permite evitar intervenções farmacológicas.

lógicas ineficazes e potencialmente iatrogênicas, especialmente o uso prolongado de anticonvulsivantes sem indicação clínica (PHAKEY *et al.*, 2021). A suspensão desses fármacos, quando não há epilepsia associada, faz parte do manejo clínico e contribui para que o paciente compreenda a natureza funcional das crises, favorecendo maior adesão às estratégias terapêuticas recomendadas (LANZILLOTTI *et al.*, 2021). Nesse processo, a forma como o diagnóstico é comunicado deve ser considerada uma intervenção terapêutica em si, sendo recomendada uma abordagem clara, empática e não estigmatizante, com impacto direto sobre o prognóstico e o engajamento do paciente no tratamento (PHAKEY *et al.*, 2021).

A explicação de que as crises são involuntárias, reais e potencialmente reversíveis, associadas a mecanismos psicológicos passíveis de tratamento, reduz o estigma e a resistência ao acompanhamento especializado, estabelecendo a base para a continuidade do manejo terapêutico (PHAKEY *et al.*, 2021). A partir dessa etapa inicial, o manejo deve priorizar intervenções psicossociais estruturadas, reconhecidas como o eixo central do tratamento das crises não epiléticas psicogênicas. Entre essas intervenções, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) destaca-se como a abordagem com maior respaldo científico, atuando na modificação de padrões cognitivos disfuncionais, na redução da evitação comportamental e no aprimoramento da regulação emocional associada às crises (LANZILLOTTI *et al.*, 2021).

Estudos analisados por Lanzillotti *et al.* (2021) demonstraram que pacientes submetidos a programas estruturados de terapia cognitivo-comportamental apresentam redução significativa da frequência das crises, além de melhora funcional e psicossocial quando comparados ao tratamento usual isolado, que fundamenta o uso dessa abordagem como tratamento de primeira

linha. Esses resultados reforçam que a TCC não atua apenas no controle sintomático, mas também na identificação de fatores precipitantes e perpetuadores dos episódios, promovendo estratégias adaptativas de enfrentamento e maior autonomia do paciente no manejo das crises (LANZILLOTTI *et al.*, 2021). Outras abordagens psicoterapêuticas, como terapias focadas em trauma e intervenções psicodinâmicas, podem ser utilizadas de forma complementar, especialmente em pacientes com histórico de eventos traumáticos ou sofrimento psíquico persistente (PHAKEY *et al.*, 2021).

Paralelamente às intervenções psicoterapêuticas, o manejo adequado exige avaliação sistemática das comorbidades psiquiátricas frequentemente associadas às crises não epiléticas psicogênicas, como depressão, transtornos de ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático, que podem atuar como fatores de manutenção dos sintomas. Nesses casos, o tratamento farmacológico pode ser indicado de forma criteriosa e direcionada exclusivamente às comorbidades identificadas, não havendo evidência de benefício do uso de psicofármacos ou anticonvulsivantes para o controle direto das crises (LANZILLOTTI *et al.*, 2021). Dessa forma, o uso racional de medicamentos deve integrar um plano terapêutico amplo, evitando intervenções desnecessárias e potenciais efeitos adversos (PHAKEY *et al.*, 2021).

Esse manejo é significativamente fortalecido quando inserido em um modelo de cuidado interdisciplinar, envolvendo neurologistas, psiquiatras e psicólogos, permitindo integração diagnóstica, definição de condutas terapêuticas coerentes e acompanhamento longitudinal adequado. A atuação coordenada da equipe multiprofissional reduz a fragmentação do cuidado, diminui internações e exames desnecessários e favorece a continuidade do tratamento psicoterapêutico. Nesse contexto, o envolvimento da

família e da rede de apoio constitui parte integrante do manejo, uma vez que fatores ambientais e relacionais exercem influência direta sobre o desencadeamento e a manutenção das crises (KOTWAS *et al.*, 2021).

Assim, o manejo das crises não epiléticas psicogênicas deve ser compreendido como um processo contínuo, baseado em comunicação diagnóstica adequada, intervenções psicoterapêuticas estruturadas e cuidado interdisciplinar, sustentado por evidências recentes que demonstram impacto positivo na redução das crises e na melhora da qualidade de vida dos pacientes (LANZILLOTTI *et al.*, 2021; KOTWAS *et al.*, 2021).

## CONCLUSÃO

A crise conversiva, compreendida como Transtorno Neurológico Funcional (TNF), representa condição clínica prevalente e complexa, situada na interface entre neurologia e psiquiatria. Ao longo deste capítulo, evidenciou-se que sua compreensão contemporânea ultrapassa modelos reducionistas, fundamentando-se em evidências neurobiológicas que demonstram alterações funcionais na conectividade entre redes límbicas, atencionais e motoras, sem a presença de lesão estrutural identificável. Esses achados reforçam que os sintomas são reais e involuntários, legitimando a experiência subjetiva do paciente.

Destacou-se que os critérios diagnósticos atuais, priorizam a identificação de sinais clínicos positivos e a incompatibilidade com doenças neurológicas reconhecidas, afastando o pa-

radigma exclusivamente excludente. A análise dos fatores precipitantes evidenciou a relevância de eventos estressores, experiências traumáticas e mecanismos dissociativos, modulados por vulnerabilidades individuais, na gênese e manutenção do quadro.

Ressaltou-se, ainda, que a diferenciação clínica entre crises não epiléticas psicogênicas, epilepsia e simulação consciente constitui etapa fundamental do raciocínio diagnóstico, com implicações diretas sobre a segurança terapêutica e o prognóstico. As crises não epiléticas psicogênicas, embora possam mimetizar manifestações epiléticas, não apresentam correlação eletroencefalográfica compatível com descargas epileptiformes durante o evento, além de exibirem padrões semiológicos específicos que orientam o diagnóstico positivo.

A distinção em relação à epilepsia é essencial para evitar o uso indevido e prolongado de anticonvulsivantes, internações desnecessárias e procedimentos invasivos potencialmente iatrogênicos. Dessa maneira, no âmbito terapêutico, evidencia-se a necessidade de abordagem multidisciplinar estruturada, integrando neurologia, psiquiatria, psicologia e, quando indicado, reabilitação física.

Assim, sabe-se que a superação do estigma associado ao transtorno depende da articulação entre conhecimento técnico, sensibilidade clínica e cuidado interdisciplinar, elementos indispensáveis para promover melhor prognóstico, funcionalidade e qualidade de vida, visando não apenas o controle sintomático, mas a restauração da autonomia e da qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUVIN, S. Targeted therapies in epilepsies. *Revue Neurologique (Paris)*, v. 181, n. 5, p. 450-455, maio 2025. DOI: 10.1016/j.neurol.2025.04.003.

BELLAMN, V. *et al.* Malingering of psychotic symptoms in psychiatric settings: theoretical aspects and clinical considerations. *Psychiatry Journal*, v. 2022, p. 3884317, 2022. DOI: 10.1155/2022/3884317.

HALLETT, M. *et al.* Functional neurological disorder: new subtypes and shared mechanisms. *The Lancet Neurology*, v. 21, n. 6, p. 537-550, 2022. DOI: 10.1016/S1474-4422(21)00422-1.

IKEMOTO, S. *et al.* Electroencephalography-functional magnetic resonance imaging for clinical evaluation in focal epilepsy. *Epilepsia Open*, v. 9, n. 1, p. 84-95, 2024. DOI: 10.1002/epi4.12829.

JONES, L. *et al.* Dissociation and its biological and clinical associations in functional neurological disorder: systematic review and meta-analysis. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, v. 9, n. 1, p. e2, 2023. DOI: 10.1192/bjo.2022.597.

KOTWAS, I. *et al.* Psychogenic non-epileptic seizures: chronology of multidisciplinary team approach to diagnosis and management. *Revue Neurologique (Paris)*, v. 178, n. 7, p. 692-702, 2022. DOI: 10.1016/j.neurol.2021.11.008.

LANZILLOTTI, A. I. *et al.* Updated review on the diagnosis and primary management of psychogenic nonepileptic seizure disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, v. 17, p. 1825-1838, 2021. DOI: 10.2147/NDT.S286710.

MAVROUDIS, I. *et al.* Risk, precipitating, and perpetuating factors in functional neurological disorder: a systematic review across clinical subtypes. *Brain Sciences*, v. 15, n. 9, p. 907, 2024. DOI: 10.3390/brainsci15090907.

MORSY, S. K. *et al.* The relationship between psychosocial trauma type and conversion (functional neurological) disorder symptoms: a cross-sectional study. *Australas Psychiatry*, v. 29, n. 3, p. 261-265, 2021. DOI: 10.1177/10398562211009247.

PAREDES-ECHEVERRI, S.; GUTHRIE, A. J.; PEREZ, D. L. Toward a possible trauma subtype of functional neurological disorder: impact on symptom severity and physical health. *Frontiers in Psychiatry*, v. 13, 1040911, 2022. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1192755.

PHAKEY, N. *et al.* Psychogenic nonepileptic seizures and psychosocial management: a narrative review. *Annals of Indian Academy of Neurology*, v. 24, n. 2, p. 146-154, 2021. DOI: 10.4103/aian.AIAN\_884\_20.