

TRANSTORNO CONVERSIVO EM CRIANÇAS: REVISÃO DE LITERATURA

Data de aceite: 01/11/2023

Thiago Pauluzi Justino

Professor de Psiquiatria e Ética Médica da
UFGD
Gerente de Ensino e Pesquisa do HU/
UFGD

INTRODUÇÃO

O Transtorno Conversivo é uma doença que cursa com sintomas ou déficits que afetam as funções motoras e sensoriais voluntárias dos pacientes. Ela é desencadeada por estressores emocionais, não possui uma base orgânica neurológica identificável e não é produzida de modo intencional pelos doentes (Kaplan, 2017).

ASPECTOS HISTÓRICOS

Os sintomas de conversão são correlacionados historicamente ao quadro psicopatológico denominado de Histeria. Os médicos antigos acreditavam que esta enfermidade tinha ligação direta com alterações patológicas presente no útero das pacientes. O neurologista e professor Jean Martin Charcot (1825–

1893) iniciou o estudo sistemático destes quadros utilizando o método da hipnose. Posteriormente Sigmund Freud (1856 – 1939) em colaboração com Josef Breuer postulou a teoria que a Histeria era uma neurose causada por traumas emocionais reprimidos de grande intensidade (van der Kolk et al., 1989). O termo “conversão” foi introduzido inicialmente por Freud em seu trabalho com a paciente Anna O, onde formulou a hipótese de que os sintomas do transtorno conversivo refletem conflitos inconscientes. De acordo com a teoria psicanalítica o Transtorno Conversivo é causado pela repressão de um conflito intrapsíquico inconsciente convertendo a ansiedade em um sintoma físico. Isto ocorre quando um impulso instintivo (agressão ou sexualidade) é proibido de expressar.

EPIDEMIOLOGIA

Há ainda uma escassez de estudos epidemiológicos os quais determinem a exata prevalência dos transtornos conversivos em crianças. Possivelmente

isto se deva pela apresentação polimorfa destes quadros nesta população dificultando o diagnóstico e o estudo sistemático desta patologia. Uma pesquisa realizada na Austrália encontrou uma incidência de 2.3 a 4.2 casos para 100.000 habitantes em clínicas de atendimento especializado em pediatria (Kozłowska et al., 2007). Em relação a distribuição por sexo, constatou-se uma prevalência de três meninas para um menino (GrattanSmith et al., 1988). A média de início do quadro é em torno de 12 anos de idade (Ani et al., 2013). No entanto tem observado idade de início mais precoce de 8,2 para meninos e 9,4 para meninas em pacientes com quadros conversivos de pseudoconvulsão (Bhatia et al., 2005). Raramente o transtorno se manifesta antes dos oitos anos de idade.

ETIOLOGIA

Acredita-se que os sintomas conversivos estejam associados a fortes emoções ou situações que ameaçam a integridade psíquica ou física do indivíduo. Neste sentido, acredita-se que as reações conversivas possam ter origem filogenética em respostas inatas protetoras instintivas (Kozłowska et al., 2007). Um estudo com grupo controle de 105 pacientes mostrou que crianças com reação conversiva tinham frequência mais alta de estressores familiares recentes (97%), reações de luto não-resolvidas (58%) e problemas de comunicação em casa (77%) (Maloney, 1980). É frequente a presença de doença psiquiátrica como a depressão e a ansiedade nos pais. Tem sido também constatado uma importante relação entre eventos estressores precoces como abuso sexual e físico na infância e a presença de sintomas conversivos, principalmente as convulsões não epiléticas (Pehlivanurk and Unal, 2000).

Em relação as alterações neurobiológicas cerebrais observadas, estudos tem associado o transtorno conversivo com uma ativação do córtex frontal pós exposição a eventos estressores emocionais nos pacientes. Esta alteração acarreta a uma inibição dos circuitos gânglio basal-talamocortical, produzindo déficits da consciência sensorial ou de processamento motor (Harvey et al., 2006). Foi relatado uma hiperatividade no giro do cíngulo anterior em pacientes com quadro de paralisia motora psicogênica (Fink et al., 2006). Um dado interessante foi que estudos de neuroimagem funcional demonstram algumas semelhanças e associação entre Transtorno Conversivo, a Depressão e o Transtorno do Estresse Pós-Traumático (Ballmaier e Schmidt, 2005).

COMORBIDADE

Foi observada uma alta taxa de Transtorno de Humor e Ansiedade em crianças com Transtorno Conversivo (GrattanSmith et al., 1988; Pehlivanurk and Unal, 2000). Um estudo com 38 pacientes revelou pelo menos um diagnóstico psiquiátrico comórbido em cerca de 89,5% dos pacientes portadores desta enfermidade (Sar et al., 2004). Os Transtornos

Dissociativos estavam presentes em 47,4% destes indivíduos. Pacientes com Transtorno Conversivo e Transtorno Dissociativo tem uma alta prevalência de Distímia, Transtorno Depressivo Maior, Transtorno de Somatização e Transtorno de Personalidade em jovens. Observa também uma prevalência mais alta de abuso emocional e sexual na infância, negligência física, comportamento automutilador e tentativas de suicídio.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

O surgimento dos sintomas do Transtorno Conversivo costuma ser agudo, mas eventualmente a sintomatologia também pode ir se manifestando insidiosamente. Os déficits são, em geral, de curta duração, e cerca de 95% dos casos agudos têm remissão espontânea, geralmente em duas semanas em pacientes hospitalizados. Os sintomas motores incluem movimentos anormais, distúrbio da marcha, pseudoconvulsão e paralisia. Tremores rítmicos grosseiros, movimentos coreiformes, tiques e espasmos podem estar presentes. Os movimentos costumam piorar quando a atenção é voltada para eles. Um distúrbio da marcha visto no transtorno conversivo é astasia-abasia, que é uma marcha extremamente atáxica e cambaleante acompanhada por movimentos truncais grosseiros, irregulares, movimentos espasmódicos e de balanço dos braços. Os pacientes com os sintomas raramente caem e se isso ocorre em geral não se machucam. Um estudo retrospectivo ao longo de 10 anos realizado em um Hospital Universitário da Austrália identificou 52 casos de crianças portadoras de transtornos conversivos. Neste trabalho foi observado como sintomas mais comum a alteração na marcha, presente em 69% das crianças. A presença de múltiplos sintomas ocorreu em 62% dos pacientes. A dor também foi uma queixa muito prevalente junto com as convulsões não epiléticas (GrattanSmith et al., 1988). No Reino Unido foi realizado um estudo prospectivo de coorte o qual reportou a fraqueza motora como sintomas conversivo mais frequente, seguido da presença de movimentos anormais e convulsões não epiléticas. Também foi encontrado a alta prevalência de dor nestes pacientes (Ani et al., 2013). Em geral tem sido observado que sintomas conversivos mais prevalentes nesta faixa etária são as alterações de marcha, pseudoconvulsões e paralisia (Lehmkuhl et al., 1989). Um estudo realizado na Turquia encontrou a pseudoconvulsão como sintomas conversivos mais frequente em crianças chegando a ocorrer em 82,5% dos pacientes (Pehlivanurk and Unal, 2000). Estas crises se assemelham a um súbito evento convulsivo, no entanto apresentam um exame de Eletroencefalograma normal bem como os exames complementares e de neuroimagem. Mesmo para os centros de referência o diagnóstico de pseudoconvulsão e crises epiléticas é um desafio. Muitas vezes é necessário recorrer ao exame de vídeo-Eletroencefalografia para exclusão das crises epiléticas verdadeiras. É importante ressaltar que os sintomas conversivos devem estar correlacionados temporalmente a estressores psicossociais e não devem ser intencionalmente produzidos. Existe uma preocupação em relação aos

sintomas bem maior nos pais e nos médicos do propriamente nos pacientes. Este quadro é denominado de *La Belle indifferença*, e é observado em cerca de um quarto dos indivíduos com a doença. Quanto ao curso e evolução, felizmente o Transtorno Conversivo na infância costuma estar associado a desfechos positivos (Leary, 2003; Wyllie et al., 1991).

TRATAMENTO

O primeiro passo para condução de um caso de Transtorno Conversivo em crianças é uma avaliação neurológica e médica minuciosa e completa. É importante lembrar que podem coexistir condições neurológicas com estes quadros. Estima-se que 25 a 50% dos indivíduos classificados com esta patologia acabem recebendo diagnósticos de outro problema clínico ou neurológico. Infelizmente, ainda existem poucas evidências e estudos envolvendo o tratamento dos Transtornos Conversivos em crianças. A psicoterapia é sempre indicada, ressaltando que um estudo demonstrou eficácia da Terapia Cognitiva Comportamental para tratamento destes pacientes (McFarlane et al., 2018). O tratamento farmacológico é basicamente destinado a tratar a comorbidade psiquiátrica, podendo ser utilizados antidepressivos (Turgay, 1990). Os Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS) como a Fluoxetina e Sertralina são opções que podem ser utilizados nesta faixa etária para tratamento dos quadros depressivos e ansiosos, condições frequente neste Transtorno. Um estudo piloto duplo cego randomizado conduzido em indivíduos adultos com quadros de pseudoconvulsões demonstrou uma redução de 45% na frequência de crises não epiléticas em indivíduos que fizeram o uso de Sertralina (LaFrance et al., 2010). Os autores Bhatia e Sapra (2005) realizaram um estudo clínico sem grupo controle com 50 crianças com Transtorno Conversivo, e nele puderam constatar uma taxa remissão em torno de 72% em indivíduos submetidos a psicoterapia e tratamento farmacológico.

CONCLUSÃO

Ainda existem muitas lacunas de conhecimento a serem exploradas nos Transtorno Conversivos em crianças, seja em relação a sua etiologia bem como seu tratamento. A sua relação próxima com Transtorno do Estresse Pós-Traumático chama atenção e merece ser explorada mais intensivamente. É imperativo a investigação de condições de abuso seja sexual e violência física em crianças que apresentem sintomas de conversão, principalmente naqueles que apresentem o quadro de pseudoconvulsões. Há a necessidade de realização de mais pesquisa clínica envolvendo o tratamento farmacológico destes pacientes.

REFERÊNCIAS

Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. *Compêndio de Psiquiatria - Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 11a ed. Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 2017

- Van der Kolk BA, van der Hart O, Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *Am J Psychiatry*. 1989 Dec;146(12):1530-40. doi: 10.1176/ajp.146.12.1530. PMID: 2686473.
- Kozłowska K, Nunn KP, Rose D, Morris A, Ouvrier RA, Varghese J. Conversion disorder in Australian pediatric practice. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(1):68–75.
- Grattan-Smith P, Fairley M, Procopis P. Clinical features of conversion disorder. *Arch Dis Child*. 1988 Apr;63(4):408-14. doi: 10.1136/adc.63.4.408. PMID: 3365011; PMCID: PMC1778839.
- Ani C, Reading R, Lynn R, Forlee S, Garralda E. Incidence and 12-month outcome of non-transient childhood conversion disorder in the U.K. and Ireland. *Br J Psychiatry* 2013; 202:413–8.
- Bhatia MS, Sapra S: Pseudoseizures in children: a profile of 50 cases. *Clin Pediatr (Phila)* 44:617–621, 2005
- Maloney MJ: Diagnosing hysterical conversion disorders in children. *J Pediatr* 97:1016–1020, 1980
- Pehlivan Türk B, Unal F. Conversion disorder in children and adolescents: a 4-year follow-up study. *J Psychosom Res*. 2002 Apr;52(4):187-91. doi: 10.1016/s0022-3999(01)00306-3. PMID: 11943237.
- Harvey SB, Stanton BR, David AS. Conversion disorder: towards a neurobiological understanding. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2006 Mar;2(1):13-20. PMID: 19412442; PMCID: PMC2671741.
- Fink GR, Halligan PW, Marshall JC. Neuroimaging in hysteria. In: Hallett M, et al., eds. *Psychogenic Movement Disorders*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006:230–237.
- Sar V, Akyuz G, Kundakci T, et al: Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry* 161:2271–2276, 2004.
- Lehmkuhl G, Blanz B, Lehmkuhl U, et al: Conversion disorder (DSM-III 300.11): symptomatology and course in childhood and adolescence. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 238:155–160, 1989
- Fritz GK, Fritsch S, Hagino O. Somatoform disorders in children and adolescent: a review of the past 10 year
- Leary PM. Conversion disorder in childhood--diagnosed too late, investigated too much? *J R Soc Med*. 2003 Sep;96(9):436-8. doi: 10.1177/014107680309600905. PMID: 12949198; PMCID: PMC539597.
- Wyllie E, Friedman D, Lüders H, Morris H, Rothner D, Turnbull J. Outcome of psychogenic seizures in children and adolescents compared with adults. *Neurology*. 1991 May;41(5):742-4. doi: 10.1212/wnl.41.5.742. PMID: 2027493.
- Bhatia MS, Sapra S. Pseudoseizures in children: a profile of 50 cases. *Clin Pediatr (Phila)* 2005;44(7):617–21.
- Fiszman A, Alves-Leon SV, Nunes RG, D'Andrea I, Figueira I. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in patients with psychogenic nonepileptic seizures: a critical review. *Epilepsy Behav*. 2004 Dec;5(6):818-25. doi: 10.1016/j.yebeh.2004.09.002. PMID: 15582828.

McFarlane FA, Allcott-Watson H, Hadji-Michael M, McAllister E, Stark D, Reilly C, Bennett SD, McWilliams A, Heyman I. Cognitive-behavioural treatment of functional neurological symptoms (conversion disorder) in children and adolescents: A case series. *Eur J Paediatr Neurol*. 2019 Mar;23(2):317-328. doi: 10.1016/j.ejpn.2018.12.002. Epub 2018 Dec 13. PMID: 30594458.

Turgay A. Treatment outcome for children and adolescents with conversion disorder. *Can J Psychiatry*. 1990 Oct;35(7):585-9. doi: 10.1177/070674379003500704. PMID: 2268836.

LaFrance WC, Jr., Keitner GI, Papandonatos GD, et al. Pilot pharmacologic randomized controlled trial for psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology*. 2010;75:1166–1173