

# Klinička slika konverzivnog poremećaja u hitnoj pedijatrijskoj službi: prikaz triju bolesnica

Lena Santrić<sup>1</sup>, Darko Richter<sup>2</sup>, Ivan Begovac<sup>1</sup>

*Konverzivni poremećaj u adolescenata može imati dramatičnu kliničku prezentaciju te ga je u prvi mah teško razlikovati od organskih ili od drugih psihijatrijskih bolesti. Prikazujemo tri bolesnice u dobi od 11 do 13 godina koje su dovedene u hitnu pedijatrijsku ambulantu pod slikom neepileptičkih psihogenih napadaja. Zbog dramatične kliničke prezentacije, odsutnosti kontakta i sličnosti s pravim epileptičkim napadajima, primijenjene su reanimacijske mjere te antikonvulzivna terapija. Tek naknadno, detaljnom dijagnostičkom obradom, isključeno je organsko podrijetlo simptoma. Psihološkim testiranjem te pregledom dječjeg i adolescentnog psihijatra postavljena je dijagnoza konverzivnog poremećaja, a liječenje i praćenje nastavljeno je na dječjoj i adolescentnoj psihijatriji. Kako bi se izbjegle nedoumice te primjena rizičnih i nepotrebnih terapijskih postupaka, u svakodnevnoj hitnoj pedijatrijskoj praksi potrebno je misliti i na moguće neepileptičke psihogene napadaje.*

**Ključne riječi:** konverzivni poremećaj, neepileptički psihogeni napadaj, adolescenti, hitna pedijatrijska služba

## UVOD

Somatski simptomi koji nemaju organsku podlogu mogu se diferencirati u dva smjera: 1. konverzivni poremećaji (funkcionalni neurološki poremećaji), 2. somatoformni poremećaji (funkcionalni somatski poremećaji, somatizacije). Uz to postoje i druga psihijatrijska stanja koja mogu oponašati sliku somatskih bolesti: anksiozni poremećaji (generalizirani anksiozni poremećaj, panični poremećaj), neurastenija, depresivni poremećaj, psihosomatski poremećaji, hipohondrija itd. (1).

Konverzivni poremećaji su mentalni poremećaji obilježeni neurološkim simptomima i znakovima koji se ne mogu objasniti nalazima somatskih pretraga, a potaknuti su psihološkim stresom ili unutarpsihičkim konfliktima (2). Simptomi nisu namjerni ili simulirani te nisu posljedica neke druge bolesti ili zloupotrebe sredstava ovisnosti. Obično su akutnog nastanka, a u pozadini je često jednokratni ili ponavljajući traumatski događaj, uz odsutnost protektivnih čimbenika i socijalne potpore (3).

Procjenjuje se da je cjeloživotna prevalencija do 3% kod žena i do 0,3% kod muškaraca (3), ali veliki dio slučajeva ostaje neprepoznat (4). Rijetki su u predškolskoj dobi te se u

klasičnim kliničkim oblicima obično pojavljuju u adolescenciji (5). Povezuju se s ruralnim područjima, nižim socioekonomskim statusom te odsutnošću razumijevanja medicinskih koncepata (2, 4, 6). Mogu biti udruženi s drugim psihičkim poremećajima kao što su anksiozni i depresivni, kao i s poremećajima osobnosti. Potrebno ih je razlikovati od somatoformnih poremećaja na koje upućuje odušnost neuroloških simptoma (6, 7, 8).

## METODE

Prikazujemo tri klinička primjera bolesnica u dobi od 11 do 13 godina koje su pregledane u hitnoj pedijatrijskoj službi. Zajednička im je bila prezentacija neurološkim simptomima i znakovima kojima nije utvrđeno organsko podrijetlo, usprkos opsežnoj dijagnostičkoj obradi obavljenoj tijekom hos-

<sup>1</sup> Klinika za psihološku medicinu, KBC Zagreb

<sup>2</sup> Klinika za pedijatriju, KBC Zagreb

### Adresa za dopisivanje:

Dr. Lena Santrić, Klinika za psihološku medicinu, Zavod za dječju i adolescentnu psihijatriju, KBC Zagreb, Kišpatičeva 12, 10000 Zagreb, e-mail: [lsantric@gmail.com](mailto:lsantric@gmail.com)

Primljeno/Received: 30. 9. 2016., Prihvaćeno/Accepted: 7. 11. 2016.

pitalizacije. U svih bolesnica provedeno je psihološko testiranje te pregled dječjeg i adolescentnog psihijatra koji je na temelju anamnestičkih podataka, kliničke slike i obrade postavio dijagnozu konverzivnog poremećaja.

## PRIKAZI BOLESNICA

**Bolesnica 1.** Djevojka u dobi od 13 godina u hitnu pedijatrijsku ambulantu dovezena je kolima hitne medicinske pomoći zbog napadaja koji se dogodio u školi. Prema navodu očevidaca izgubila je svijest i desetak minuta trzala gornjim dijelom tijela. Majka je prije pet godina doživjela subarahnoidno krvarenje zbog prsnuća cerebralne aneurizme. U osobnoj anamnezi bolesnice saznaje se za traumatski događaj koji se dogodio prije dva mjeseca i zbog kojega je protiv počinitelja pokrenut sudski kazneni postupak. Otad je djevojka u psihoterapijskom tretmanu, uz uvođenje psihofarmakoterapije (antidepresiv, anksiolitik, hipnotik). Kod dolaska u hitnu pedijatrijsku ambulantu urednih je respiratornih i kardiovaskularnih parametara, doima se „odsutnom“ te ne odgovara na pitanja. Reagira tek na jače bolne podražaje, no na trenutke spontano otvara oči. Somatski status potpuno je uredan. Zbog odstupanja u neurološkom statusu (ne održava antigravitacijske položaje, kod zatvaranja očiju zanosi se unatrag) hospitalizira se na Klinici za pedijatriju. Laboratorijski nalazi, pregled oftalmologa, EEG i CT mozga bili su uredni. Tijekom hospitalizacije zabilježeno je još nekoliko sličnih, blažih cerebralnih napadaja, koji su prošli spontano ili uz umjerenu sedaciju i razgovor. U dva navrata djevojku je pregledao dječji i adolescentni psihijatar. Bila je urednog kontakta, psihomotorno mirna, blaže depresivnog afekta, bez suicidalnih elemenata kao i dublje psihopatologije. S obzirom na traumatski događaj u anamnezi te uredne nalaze somatskih pretraga, dječji i adolescentni psihijatar postavio je dijagnozu konverzivnog poremećaja i preporučio nastavak psihijatrijskog liječenja.

**Bolesnica 2.** Žensko dijete od 11 godina dolazi u pratnji oca u hitnu pedijatrijsku ambulantu zbog poremećaja svijesti. Otac opisuje da je neposredno prije dolaska pala na pod (bez ozljede) te trzala rukama i nogama. Nije odgovarala na poziv, a oči su joj bile otvorene s pogledom u prazno. Kod dolaska je trzala ekstremitetima te svakih 20-ak sekundi hiperventilirala uz opuštanje i mlohavost. Nije odgovarala na pozive ni na bolni podražaj. Glasgowska ljestvica kome (GCS) procijenjena je na šest bodova. U dva je navrata došla diazepam i.v. (10 i 5 mg), no bez promjene kliničkog statusa. Konzilijarni psihijatar ordinirao je haloperidol i.m. (dva puta po 2,5 mg). Nakon toga zabilježena je hipopneja te je saturacija kisikom pala do 69%. Primijenjen je antidot bezodiazepina – flumazenil, nakon čega je bolesnica premještena u jedinicu intenzivnog liječenja gdje je, uz još jednu dozu fumazenila, došlo do oporavka stanja svijesti. Tijekom hospi-

talizacije zabilježeno je još nekoliko sličnih, manje dramatičnih napadaja, koji su svojom semiologijom odgovarali neepileptičkim psihogenim napadajima.

Zbog glavobolja, bolova u prsištu i recidivnih gubitaka svijesti, pretežito na mjestima javnih okupljanja, obavljena je detaljna dijagnostička obrada. Laboratorijski nalazi, EEG, MR mozga, lumbalna punkcija, hormoni štitnjače, kardiološka obrada te ultrazvuk trbuha bili su uredni. Psihološkim testiranjem nije pronađena dublja psihopatologija, no zabilježeni su elementi sklonosti konverzivnim simptomima. Dječji i adolescentni psihijatar našao je da je djevojka psihomotorno mirna, adekvatnog kontakta, vedrog raspoloženja, urednog tijeka misli, bez psihotičnih i suicidalnih elemenata te je na temelju anamneze, kliničke slike i učinjene obrade zaključio da je riječ o neepileptičkim psihogenim napadajima u sklopu konverzivnog poremećaja. Uz psihofarmakoterapiju (antidepresiv, anksiolitik) preporučeno je i psihoterapijsko liječenje.

**Bolesnica 3.** Djevojka u dobi od 13 godina dovezena je kolima hitne medicinske pomoći uz telefonsku najavu „reanimacija u tijeku“. Nakon povratka iz škole, gdje je dobila lošu ocjenu, požalila se na jaku glavobolju i osjetljivost na zvukove te je naglo izgubila svijest, uz trzajeve cijelim tijelom i očnim jabučicama. U hitnoj pedijatrijskoj ambulanti bilježi se GCS od tri boda, uz uredne respiratorne i kardiovaskularne parametre. Pri pokušaju intubacije, koja je bila indicirana zbog niskog zbroja bodova GCS-a, djevojka je spontano došla k svijesti, nakon čega je premještena u jedinicu intenzivnog liječenja. Napadaj je trajao oko 40 minuta. Sve pretrage (lumbalna punkcija, EEG, CT glave, kardiološka obrada s EKG-om i ultrazvukom srca) pokazale su uredne nalaze. U anamnezi je djevojka imala povremene napadaje hiperventilacije, glavobolje i bolova u prsima. Zbog pozitivne obiteljske anamneze na moždanu aneurizmu, učinjena je MR mozga s angiografijom koja je bila uredna. Dječji i adolescentni psihijatar postavio je dijagnozu konverzivnog poremećaja te je započeto odgovarajuće liječenje.

Unatoč tome, u djevojke su se napadaji ponovili još dva puta, nekoliko mjeseci nakon otpusta. Prvi se puta u školi počela grčiti, kolutati očima i tresti cijelim tijelom, a nakon 5 mg diazepama i.v. došla je k svijesti, bila zbunjena i žalila se na glavobolju. Drugi je put imala grčenje udova i otežano disanje prije ispita u školi. Napadaj je zaustavljen s 10 mg diazepama i.v. te 5 mg haloperidola i.m. Kod dolaska u hitnu ambulantu bila je urednih vitalnih parametara, stanja svijesti te somatskog i neurološkog statusa. Dječji i adolescentni psihijatar savjetovao je nastavak liječenja i praćenja.

## RASPRAVA

Sve tri bolesnice imale su akutne neurološke simptome konverzivnih (disocijativnih) poremećaja. Bila je riječ o reci-

divnim neepileptičkim psihogenim napadajima (MKB-10: F44.5), čija je priroda prepoznata sagledavanjem svih anamnestičkih podataka, kliničkih, laboratorijskih i elektrofizioloških nalaza te slikovnih pretraga.

Prikazani primjeri govore o tome kako je takve napadaje u trenutku nastupa teško razlučiti od pravih epileptičkih napadaja te kako klinička manifestacija može biti jednako dramatična.

Kod dijagnosticiranja konverzivnih poremećaja nužno je isključenje organske bolesti, što je učinjeno detaljnom dijagnostičkom obradom tijekom hospitalizacije bolesnica (2). Diferencijalno dijagnostički treba razmotriti sve bolesti koje zahvaćaju centralni ili periferni živčani sustav (npr. moždane tumore, epilepsiju, multiplu sklerozu, miasteniju gravis, polimiozitis, miopatije, periodičnu paralizu, Guillain-Barréov sindrom itd.) (2, 10). Budući da čak trećina bolesnika može imati i koegzistentnu epilepsiju, prilikom njenog isključivanja potreban je poseban oprez (2, 5, 9).

Klinički elementi koji su u prikazanim primjerima govorili u prilog psihogenim neepileptičkim napadajima su: nedostatak inicijalnog krika, umokrvanja, ugriza jezika i ozljede prilikom pada (2, 5). Kod dviju bolesnica bila je pozitivna obiteljska anamneza na subarahnoidalno krvarenje zbog rupture cerebralne aneurizme, što je upućivalo na dodatni oprez prilikom isključivanja organskog uzroka. S druge strane, kod konverzivnih poremećaja može postojati model identifikacije pa je moguće da su prikazane bolesnice na nesvjesnoj razini imitirale simptome njima važnih članova obitelji (2).

Psihološkim testiranjem te pregledom dječjeg i adolescentnog psihijatra potvrđeni su psihološki elementi koji govore u prilog konverzivnim poremećajima. Kod prve bolesnice postojao je snažan, jednokratni traumatski događaj, jasno vremenski povezan s pojavom simptoma, što je obrazac koji se često nalazi kod konverzivnih poremećaja (2). U drugih dviju bolesnica riječ je bila o kroničnoj izloženosti stresu te senzibilnoj strukturi osobnosti. Od pozitivnih simptoma koji također govore u prilog psihogenoj podlozi napadaja uočeni su: dramatična klinička prezentacija simptoma, promjena simptoma tijekom pregleda kao i tijekom vremena, premještanje psihičkog konflikta na tijelo bez velike muke, „*la belle indifférence*“ (divna ravnodušnost), tj. relativni nedostatak zabrinutosti oko prirode ili značenja simptoma, preuzimanje simptoma u odnosu na model u okolini, simboličko značenje simptoma, sekundarna dobit te nedostatak odgovora na medikamentozno liječenje i uspješnost psihoterapije u liječenju (11).

Konverzivne poremećaje potrebno je razlikovati i od drugih psihijatrijskih bolesti, u prvom redu somatoformnih poremećaja (MKB-10: F45), s kojima se mogu javiti i u komorbiditetu. Glavno obilježje somatoformnih poremećaja ponavljano je

iznošenje tjelesnih simptoma zajedno s ustrajnim traženjem medicinskih ispitivanja, usprkos negativnim nalazima pretraga i uvjerenjima liječnika da simptomi nemaju organsku podlogu. Najčešće su posrijedi abdominalni bolovi, glavobolje, bolovi u prsima, umor, bolovi u tijelu, teškoće disanja i zabrinutost zbog zdravstvenog stanja (12). Roditelji su obično čvrsto uvjereni u organsku podlogu tegoba (13). U prikazanim primjerima sve su se bolesnice žalile na glavobolju, a dvije od njih (bolesnice dva i tri) već su bile dijagnostički obrađivane zbog recidivirajućih glavobolja i bolova u prsima, uz uredne nalaze somatskih pretraga. Navedeno govori da kod njih, uz konverzivne poremećaje, može biti riječ i o elementima somatoformnih poremećaja.

Prognoza oporavka od konverzivnih poremećaja uglavnom je dobra te se simptomi obično smanjuju nakon nekoliko tjedana ili mjeseci. To posebno vrijedi ako je njihov početak bio akutan i jasno povezan s traumatskim događajem te ako je vremenski interval do početka liječenja bio kratak, kao kod prve od opisanih bolesnica (2, 14). Ako su prije traženja psihijatrijske pomoći simptomi trajali duže od jedne do dvije godine, često su rezistentni na terapiju (1, 15).

## ZAKLJUČAK

Konverzivni poremećaji obilježeni su prisutnošću neuroloških simptoma i znakova koji se ne mogu objasniti organskim uzrocima, a javljaju se kod bolesnika izloženih psihološkom stresu (2, 6). Kroz primjere iz kliničkog rada u hitnoj pedijatrijskoj ambulanti prikazali smo kako se oni mogu prezentirati dramatičnom kliničkom slikom, dovodeći liječnike u nedoumicu, a bolesnike izlažući nizu opsežnih dijagnostičkih pretraga i potencijalno rizičnih terapijskih intervencija. Kako bi se navedeno izbjeglo, potrebno je imati na umu mogućost konverzivne podloge neuroloških simptoma te nakon isključenja organske bolesti sustavno tragati za psihološkim uzrocima. S obzirom na to da je za dobru prognozu važan što raniji početak psihoterapijskog liječenja, i s obzirom na povećani rizik razvoja anksioznih, depresivnih i drugih psihijatrijskih bolesti kod osoba s konverzivnim poremećajima, potrebno ih je pravodobno prepoznati i što ranije uputiti dječjem i adolescentnom psihijatru (2, 6).

### Kratice:

MKB – Međunarodna klasifikacija bolesti

GCS – Glasgow coma score

### NOVČANA POTPORA/FUNDING

Nema/None

### ETIČKO ODOBRENJE/ETHICAL APPROVAL

Nije potrebno/None

## SUKOB INTERESA/CONFLICT OF INTEREST

Autori su popunili *the Unified Competing Interest form* na [www.icmje.org/coi\\_disclosure.pdf](http://www.icmje.org/coi_disclosure.pdf) (dostupno na zahtjev) obrazac i izjavljuju: nemaju potporu niti jedne organizacije za objavljeni rad; nemaju financijsku potporu niti jedne organizacije koja bi mogla imati interes za objavu ovog rada u posljednje 3 godine; nemaju drugih veza ili aktivnosti koje bi mogle utjecati na objavljeni rad./All authors have completed the *Unified Competing Interest form* at [www.icmje.org/coi\\_disclosure.pdf](http://www.icmje.org/coi_disclosure.pdf) (available on request from the corresponding author) and declare: no support from any organization for the submitted work; no financial relationships with any organizations that might have an interest in the submitted work in the previous 3 years; no other relationships or activities that could appear to have influenced the submitted work.

## LITERATURA

1. Svjetska zdravstvena organizacija. MKB-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. 10 revizija (urednik hrvatskog izdanja :V. Folnegović Šmalc), Zagreb: Medicinska naklada; 1999.
2. Psychosomatic Medicine. U: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. 11<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2014:465.
3. Begić I, Jukić V, Medved V. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
4. Maranhão-Filho P1, Silva CE2, Vincent MB1. Conversive gait disorder: you cannot miss this diagnosis. *Arq Neuropsiquiatr.* 2014;72:373-7.
5. Nikolić S, Marangunić M. Dječja i adolescentna psihijatrija. Zagreb: Školska knjiga; 2004.
6. Baršić JR. Conversion disorder in childhood. *German J Psychiatry.* 2002;5:1433-1055.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5<sup>th</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
8. Goodwin DW, Guze SB. Psychiatric diagnosis. 5th edition. New York: Oxford University Press; 1996.
9. Eames P. Hysteria following brain injury. *J Neurol Neurosurg Psychiatr.* 1992;55:1046-53.
10. Stone J, Carson A, Sharpe M. Functional symptoms and signs in neurology: assessment and diagnosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatr.* 2005;76 (Suppl 1):i2-12.
11. Stone J, Smyth R, Carson A, Warlow C, Sharpe M. La belle indifférence in conversion symptoms and hysteria: systematic review. *Br J Psychiatry.* 2006;188:204-9.
12. Brill SR1, Patel DR, MacDonald E. Psychosomatic disorders in pediatrics. *Indian J Pediatr.* 2001;68:597-603.
13. Rask CU. Functional somatic symptoms in 5-7-year-old children. *Dan Med J.* 2012;59:B4537.
14. Couprie W, Wijdicks EF, Rooijmans HG, van Gijn J. Outcome in conversion disorder: a follow up study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1995;58:750-2.
15. Mace CJ, Trimble MR. Ten-year prognosis of conversion disorder. *Br J Psychiatry.* 1996;169:282-8.

## SUMMARY

## Clinical presentation of conversion disorder in pediatric emergency service: three case reports

L. Santric, D. Richter, I. Begovac

*Conversion disorders in adolescents can have dramatic clinical presentation which may be difficult to distinguish from organic or other psychiatric disorders. We describe three female adolescents aged 11 to 13 years, brought to the pediatric emergency room with psychogenic nonepileptic fits. Due to the dramatic clinical presentation, unresponsiveness and similarity to true epileptic seizures, they were initially thought to need resuscitation and anticonvulsant therapy, and were hospitalized. The work-up could not disclose any organic origin of their symptoms. Psychological testing and consultation with the child and adolescent psychiatrist led to the diagnosis of conversion disorder and further treatment and follow up was scheduled at the child and adolescent psychiatry department. In order to avoid confusion and unnecessary and potentially risky therapeutic interventions, it is crucial to consider the possibility of psychogenic nonepileptic seizures in everyday pediatric emergency practice.*

**Keywords:** conversion disorder, psychogenic nonepileptic seizure, adolescents, pediatric emergency service