**TRANSTORNOS PSICOGÊNICOS DO MOVIMENTO**

**Elizabeth Maria Aparecida Barasnevicius Quagliato**

**Profa. Colaboradora do Departamento de Neurologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas- São Paulo- Brasil**

 **1. Introdução**

 A etiologia psicogênica de um transtorno do movimento fica muitas vezes evidente desde a primeira avaliação do paciente. Esse diagnóstico, no entanto, exige experiência do examinador e exclusão de outras afecções neurológicas e clínicas.

 Charcot, no final do século IX, demonstrou seu grande interesse pela histeria nas reuniões das terças feiras na Salpêtrière, promovendo encenações que os próprios pacientes faziam de suas crises conversivas. Possivelmente, um dos seus pacientes famosos apresentava contratura distônica psicogênica pós trauma. (Sa DS et al, 2004)

 As implicações médico-legais, não raras nos dias atuais, acrescentam mais exigências quanto à certeza desse diagnóstico. As bases neurobiológicas dos distúrbios do movimento psicogênicos (DMP) são ainda desconhecidas e não há marcadores biológicos adequados, que permitam um diagnóstico diferencial.

 Estudos funcionais de neuroimagem relacionam essas afecções ao córtex pré-frontal, mas são raras as publicações comparando psicogênico e orgânico. Um estudo com tomografia por emissão de pósitrons (PET) comparou 5 pacientes com distonia geneticamente determinada (DYT1), 6 com distonia psicogênica, ambos com sintomas na perna direita, e 6 controles. Os pacientes com distonia orgânica apresentaram aumento do fluxo no córtex motor primário e no tálamo e diminuição no cerebelo, enquanto nos portadores de distonia psicogênica foi registrado um padrão oposto, com aumento do fluxo no cerebelo e gânglios da base e diminuição no córtex motor. (Schrag AE et al, 2013)

 Os DMP podem mimetizar qualquer afecção orgânica. Para complicar ainda mais, muitas afecções neurológicas, como a disfonia espasmódica e a cãibra do escrivão, foram por muito tempo consideradas psicogênicas.

 As afecções psicogênicas são comuns, sendo o diagnóstico de 1 a 9%dos pacientes com sintomas/sinais neurológicos. (Sa DS et al, 2004)

**2. Diagnóstico Psiquiátrico**

A quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV) enquadra os distúrbios psiquiátricos observados nesses pacientes na categoria de trantornos somatoformes, englobando somatização, doença artificialmente produzida, simulação e conversão.

 O **transtorno de somatização** caracteriza-se por apresentar sintomas semelhantes aos das afecções orgânicas, mas sem nexo causal, como doenças ou exposições a drogas ou tóxicos. O quadro tem início antes dos 30 anos, persiste por muito tempo, acarreta múltiplos tratamentos médicos e compromete as funções social e/ou ocupacional. Os critérios de inclusão nesse diagnóstico são ter apresentado durante a evolução quatro sintomas de dor em, pelo menos, quatro locais diferentes, dois sintomas gastrointestinais (excluindo dor), um sintoma sexual e um sintoma pseudoneurológico. A somatização foi anteriormente chamada de histeria ou síndrome de Briquet.

 Na **doença produzida artificialmente** o sujeito, para obter atenção médica e tratamento, assume o papel de doente, sendo esse o seu único objetivo. Não há ganho secundário, como indenização, afastamento do trabalho ou das responsabilidades legais. Esse diagnóstico inclui a síndrome de Münchausen, caracterizada pela produção intencional de sinais e sintomas de doença, com a finalidade de receber atenção.

 A **simulação** secaracteriza pela produção de sintomas físicos ou psicológicos exacerbados e é motivada por incentivos externos, como afastamento do trabalho ou compensação financeira. Considerada um comportamento adaptativo, relaciona-se freqüentemente a questões médico-legais. As queixas subjetivas são desproporcionais à incapacidade e aos sinais objetivos, o paciente não coopera durante o exame e não segue a prescrição.

 Os portadores de **transtorno conversivo** apresentam sinais e sintomas sensitivos, sensoriais ou motores, pseudoneurológicos, associados a conflitos psicológicos ou a outras fontes de estresse. As funções social e ocupacional são comprometidas. Os sintomas não são produzidos intencionalmente nem simulados. Podem se associar ao transtorno de personalidade histriônica, onde predominam excessos emocionais e comportamentos que chamam a atenção.

**3. Diagnóstico clínico**

 Os DMP mais freqüentes são tremor, distonia, mioclonia, parkinsonismo e distúrbio da marcha. Esses sintomas também podem ocorrer associadamente.

 Início abrupto, progressão rápida e movimentos súbitos, como um ataque, são sugestivos de DMP. Também sugerem esse diagnóstico remissões espontâneas, ausência de progressão, relação com uma lesão acidental e implicações médico legais. O exame revela uma incapacidade seletiva, sendo o paciente perfeitamente capaz de realizar atividades complexas demais para o padrão do déficit alegado. Os movimentos involuntários são bizarros, com padrões complexos. Durante o exame os movimentos variam quanto à amplitude e ao padrão, a distração e a sugestão podem fazê-los mudar ou cessar. Esses pacientes apresentam um histórico de múltiplas somatizações e muitos trabalham na área da saúde. Observa-se uma falsa fraqueza muscular e uma lentidão deliberada dos movimentos. Os DMP podem melhorar com placebo e psicoterapia.

 O paciente pode apresentar múltiplas queixas somáticas e psiquiátricas sem diagnóstico definido. Um paciente psiquiátrico pode, entretanto, apresentar um movimento involuntário devido à sua medicação, como ocorre nas distonias tardias por neurolépticos Além disso, algumas afecções orgânicas, como as doenças de Wilson e Huntington , podem apresentar inicialmente sintomas psiquiátricos e, depois, evoluir com sintomas motores.

**3.1. Tremor psicogênico**

 Pode ocorrer num membro, na cabeça ou ser generalizado. Raramente os dedos apresentam tremor. Início abrupto, melhora espontânea e associação com fraqueza sem causa determinada, marcha atípica e alterações sensitivas anatomicamente improváveis são as principais características do tremor psicogênico. Os diagnósticos psiquiátricos mais comuns nestes pacientes são conversão, depressão, ansiedade e simulação. A característica semiológica que predomina é ser postural, seguindo-se pelo tremor em repouso e em ação. A frequência e a amplitude do tremor se alteram com distração, podendo até mesmo desaparecer. A relação com traumatismos leves também é comum no tremor psicogênico. (Sa DS et al, 2004)

 Ao se pedir para o paciente bater um ritmo lento ou complexo com uma das mãos, o ritmo do tremor psicogênico tende a mudar na outra extremidade. A eletromiografia pode auxiliar, demonstrando um aumento do tremor ao se sustentar o membro e seu desaparecimento quando a contração muscular cessar.

**3.2. Distonia psicogênica**

Na sua primeira descrição, por Schwalbe, em 1908, a distonia foi erroneamente considerada uma manifestação psicogênica. (Sa DS et al, 2004) As distonias apresentam um padrão variável, incluindo torções, mioclonias, tremores, movimentos repetitivos e posturas anormais, dificultando seu diagnóstico diferencial. Podem, em cerca de 20% dos pacientes, sofrer períodos de remissão. Algumas distonias são específicas para determinadas ações , como a distonia do pé quando anda para a frente, mas não para trás. Essas características muitas vezes as fazem passar por DMP.

 Algumas características clínicas nos conduzem ao diagnóstico de distonia psicogênica, como início na idade adulta de uma distonia localizada no membro inferior e instalação abrupta, exceção feita à distonia-parkinsonismo com instalação rápida. Esta afecção rara tem herança autossomica dominante e ocorre devido a mutações do gene ATP1A3, o que altera a ATPase da bomba de Na/K. ([Geyer HL](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Geyer%20HL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21496607), [Bressman SB](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bressman%20SB%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21496607), 2011) A distonia idiopática geralmente inicia com movimentos induzidos pela ação e, só depois de muito tempo, observa-se distonia em repouso. A distonia secundária pode ocorrer inicialmente em repouso, mas associa-se a outros sinais neurológicos. A dor é um sintoma raro nos pacientes com distonia orgânica, exceto na cervical. A resposta terapêutica pode nos auxiliar no diagnóstico da distonia, como ocorre na distonia dopa-responsiva de Segawa.

 Fahn e Williams descreveram os sinais que indicam distonia psicogênica: inconsistência dos movimentos distonicos, incongruência com as formas clínicas da distonia, falsa paresia/paralisia, início do quadro com distonia em repouso, dor, somatizações múltiplas, movimentos bizarros, queixas sensitivas, crises, lentidão exagerada dos movimentos, movimentos elaborados induzidos por sobressalto e distonia num adulto com início num membro inferior. (Fahn S, Williams PJ, 1988)

 Lang relatou em sua casuística uma proporção mulheres/homens de 2,6:1 . Metade dos seus 18 pacientes acompanhados por 10 anos apresentaram início abrupto da distonia, progredindo rapidamente para uma postura distonica fixa em 6 deles. O fator precipitante na maioria foi trauma e o diagnostico psiquiátrico mais frequente foi conversão. (Lang AE, 1995)

 A distonia pode se associar à distrofia simpático-reflexa na síndrome da dor regional complexa, sendo muitas vezes desencadeada por um leve traumatismo durante o período de trabalho.(Sa DS et al, 2004)

**3.3. Mioclonia psicogênica**

Na maioria dos pacientes tem início súbito e ausência de história familiar. Predomina nas mulheres e associa-se a um fator precipitante, piorando com ansiedade e estresse. Geralmente ocorre num segmento corpóreo, mas pode ser generalizada, exacerbando-se com os movimentos. Pode se associar a distonia, alterações da marcha e tremor.

 Os diagnósticos psiquiátricos mais frequentes são ansiedade, depressão, transtornos da personalidade e crises de pânico. Acidentes de trabalho e traumatismos relacionam-se ao início dos sintomas. A resolução espontânea do quadro pode ocorrer, sendo um dos sinais que afastam organicidade. Estudos eletrofisiológicos evidenciam um padrão irregular de contração muscular, opondo-se ao estereotipado das mioclonias orgânicas.

 O estudo dos potenciais corticais de prontidão auxiliam no diagnóstico diferencial das mioclonias, pois esses potencias estão presentes apenas nas mioclonias psicogênicas.

**3.4. Parkinsonismo psicogênico**

Constitui cerca de 10% dos transtornos do movimento psicogênicos. O quadro pode se apesentar com qualquer combinação dos sinais e sintomas da doença de Parkinson. (Hallett M, 2011)

 As características que sugerem parkinsonismo psicogênico são comuns a todos os DMP.- início súbito, ausência de progressão, associação com quadros sensitivos atípicos e períodos de remissão. Os movimentos são gerados com grande esforço aparente e acarretam uma fadiga excessiva.

 O tremor pode ocorrer tanto durante a ação como em repouso. Pode se observar rigidez, com caráter oposicional, sem o sinal da rode denteada. Ao se repetir os movimentos, não se observa acentuação da lentidão, como ocorre na doença de Parkinson.( Espay AJ, Lang AE, 2012) A melhora do balanço dos braços durante a corrida não se observa no parkinsonismo psicogênico, contrariamente ao que ocorre na doença de Parkinson. (Hallett M et al, 2012)

 As alterações da fala são inconsistentes, observando-se em alguns pacientes fala infantilizada. Os pacientes são altamente sugestionáveis e respondem ao placebo. Um estudo dos transportadores da dopamina com tomografia com emissão de pósitrons (DAT-Spect) mostra resultados alterados na doença de Parkinson e é normal no parkinsonismo psicogênico. (Tolosa E et al, 2003)

**3.5. Trantornos psicogênicos da marcha**

As alterações psicogênicas da marcha cursam com fadiga, esforço exagerado, flutuações, sacudidas “convulsivas” e um padrão bizarro de marcha. Pode ocorrer camptocormia, postura anormal caracterizada por uma flexão intensa do tronco, também associada a afecções orgânicas. Sintomas visuais conversivos, sinais pseudoneurológicos, como hemiparesia, alterações da voz e da coordenação associam-se aos transtornos da marcha. (Sa Ds et al, 2004)

**3.6. Transtornos psicogênicos faciais**

A revisão de 61 pacientes com movimentos faciais psicogênicos provenientes de 7 centros de Transtornos do Movimento mostrou predomínio de mulheres (91,8%) e média de idade de 37 ± 11,3 anos. Todos os pacientes apresentavam movimentos fásicos ou tônicos semelhantes à distonia, predominando nos lábios, pálpebras, região perinasal e frontal. O padrão mais comum foi a contração tônica, mantida, com desvio para um lado ou para baixo do lábio inferior, com desvio da mandíbula. Na maioria dos casos, o início foi súbito, com fatores precipitantes como estresse ou trauma em 57,4%.. Os sintomas flutuaram na maioria dos pacientes, com exacerbações e remissões.. Outras partes do corpo, como membros, pescoço e tronco, também apresentavam movimentos involuntários em alguns pacientes.

 As morbidades psiquiátricas associadas foram depressão (38%), e cefaleia tensional (26,4%0. Um desvio fixo da mandíbula ou do lábio é um padrão que sugere DMP facial. (Fasano A et al, 2012).

**4. Tratamento**

 O diagnóstico e o tratamento dosDMP são desafios, até mesmo para os neurologistas mais experientes. Envolvem uma atenta anamnese, que deve ser complementada com observações feitas por pessoas próximas ao paciente, um exame clínico detalhado, muitas vezes repetido, além de diagnósticos diferenciais precisos. A comunicação do diagnóstico requer muita cautela, pois frequentemente é mal aceito pelos pacientes e familiares, que parecem preferir um diagnóstico de doença orgânica. Os pacientes fazem uma verdadeira peregrinação por consultórios e hospitais, na busca de outra opinião. Muitos neurologistas tendem a descrever essa afecção como “funcional”, explicando aos pacientes que o cérebro está normal, mas apresenta um alteração na sua função. Questões médico-legais acrescentam mais complexidade e, muitas vezes, comprometem a relação de confiança entre o médico e o paciente.

 O tratamento dos DMP envolve psicoterapia intensiva, psicofarmacologia, fisioterapia, hipnose, placebo e coação em alguns casos . A comunicação com o psiquiatra é de fundamental importância, para que o paciente possa ter tratamento adequado da afecção de base.

 Alguns pacientes não respondem ao tratamento e o prognóstico, em geral, é reservado, tanto do ponto de vista motor quanto psiquiátrico.. O paciente deve ser tratado por equipe multidisciplinar, constituída por neurologista, psiquiatra. Cerca de 25% dos pacientes melhoram espontaneamente.(Sa DS, 2004)

**5. Referências**

Espay AJ, Lang AE, When Movement Disorders are Difficult to Characterize. In Espay AJ, Lang AE editors . Common Movement Disorders Pitfalls: case-based learning. Cambridge; 2012:34-44.

Fahn S, Williams PJ. Psychogenic dystonia. Adv Neurol 1988; 50:431-455.

Fasano A, Valadas A, Bhatia KP et al. Psychogenic Facial Movement Disorders: clinical features and associated conditions. Mov Disord 2012; 27(12); 1544-1551.

[Geyer HL](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Geyer%20HL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21496607), [Bressman SB](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Bressman%20SB%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21496607). Rapid-onset dystonia-parkinsonism. Handb Clin Neurol. 2011;100:559-562.

.

[Hallett M](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hallett%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21458829). Psychogenic parkinsonism. Neurol Sci. 2011; 15;310(1-2):163-165.

[Hallett M](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Hallett%20M%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22166419), [Weiner WJ](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Weiner%20WJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22166419), [Kompoliti K](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Kompoliti%20K%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22166419). Psychogenic movement disorders. Parkinsonism Relat Disord. 2012;18 Suppl 1:S155-157

Lang AE. Psychogenic dystonia. : a review of 18 cases. Can J Neurol Sci 1995; 22:136-143.

Sa DS, Galvéz-Jiménez N, Lang AE. Psychogenic Movement Disorders. In Watts RL,Koller WC. editors. Movement Disorders. The McGraw-Hill Companies 2ª Ed, 2004; 891-914.

Schrag AE, Mehta AR, Bhatia KP, Brown RJ, et al. The functional neuroimaging correlates of psychogenic versus organic dystonia. Brain 2013; 136(3): 770-781.

Tolosa E, Coelho M, Gallardo M. DAT imaging in drug-induced ans psychogenic parkinsonism. Mov Disord 2003; 18(Suppl 7): S28-33.