

# Функциональные или психогенные нарушения движения: бесконечная загадочная история

*(реферативный перевод)*

**Источник:** *Frontiers in Neurology* 2015; 6: 37.

**Carlo Dallochio<sup>1</sup>, Antonio Marangi<sup>2</sup> и Michele Tinazzi<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Отделение неврологии, Ospedale Civile, Azienda Ospedaliera Della Provincia Di Pavia, Вогера, Италия

<sup>2</sup> Отделение неврологии, кафедра неврологии и наук о движении, Университетский госпиталь Вероны, Верона, Италия

\*Для переписки: [carlo@dallochio.it](mailto:carlo@dallochio.it)

Функциональные/психогенные двигательные расстройства (Ф/ПДР) — хорошая модель для всех необъясненных с медицинской точки зрения симптомов, вызывающая значительные сложности для диагностики и лечения, что указывает на недостаточное понимание истинного патогенеза.

Для описания неврологических симптомов, которые нельзя приписать какому-либо известному органическому заболеванию, используется множество терминов, таких как «конверсия», «соматизированное расстройство», «психосоматический», «нейропсихиатрический», «диссоциативные двигательные расстройства» и т. д. [1].

В последние годы использование терминов «психогенный» и «функциональный» становится предметом значительных споров, и этот вопрос далек от разрешения.

Термин «психогенный» распространен и классически применяется для описания двигательного расстройства [2]; он предполагает причинную связь между психо (пато) логическими факторами и появлением аномальных движений. Роль психопатологических провоцирующих факторов по-прежнему плохо понята; однако показано, что в жизни пациентов с ПДР часто больше значительных стрессовых и эмоционально травмирующих событий, чем у здоровых добровольцев;

в то же время оценка сходных параметров у пациентов с дистонией рук показывает очень незначительные отличия от пациентов с ПДР [3]. Таким образом, учитывая, что на момент постановки диагноза не всегда возможно показать соответствующие психологические факторы, в недавно опубликованном Статистическом руководстве по психическим заболеваниям (DSM-5) указано, что демонстрация «психогенности» конверсионного расстройства не является необходимым требованием, при этом подчеркивается важность правильного неврологического обследования, чтобы показать наличие положительных диагностических физических симптомов и типичных симптомов ПДР, которые обычно отсутствуют при других двигательных нарушениях [4]. Кроме того, следует подчеркнуть, что термин «психогенный» представляется лингвистически неправильным, так как подразумевает, что двигательное расстройство «рождает» психиатрическую проблему. Таким образом, в DSM-5 Ф/ПДР включены в более широкую категорию «функционального нарушения с неврологическими симптомами»; кроме того, общая категория «соматоформных расстройств» исчезает, чтобы сделать определение яснее и выделить выраженность соматических симптомов, вызывающих дискомфорт, при этих расстройствах [4].

Таким образом, некоторые авторы утверждают, что термин «функциональный» лучше отражает ситуацию с имеющимися данными о патологической физиологии психогенных расстройств, и его использование поощряется [1, 5–8], так как может способствовать согласию при диагностической консультации. Кроме того, этот термин не содержит этиологических допущений, которые плохо понятны, и не подчеркивает дуалистического суждения о взаимоотношении между ментальной сферой и головным мозгом [1]. Хотя некоторые авторы утверждают, что пациенты, поступающие с такими нарушениями, часто ощущают свою «дисфункциональность», а не функциональность [9], предпочтительное использование этого термина в клинической практике представляется обоснованным, так как его неоспоримое преимущество заключается в отсутствии указаний на этиологические теории, которые пока не изучены полностью, таким образом, диагноз становится более приемлемым для пациентов.

К концу XIX века медицинские доводы об этих симптомах основывались на психоаналитической теории. Изначально называя эти явления истерией, нейропсихиатры начали иллюстрировать различные клиничко-феноменологические аспекты таких нарушений. Шарко предложил, что истерия определяется наследственностью и что в конечном итоге где-то в мозге можно обнаружить изменения, ответственные за это состояние. Сегодня мы знаем, что нейровизуализационные исследования показали аномальную сеть активации нейронов в головном мозге пациентов с ПДР [10]. Что касается терапии, в ту эпоху гипноз использовался в качестве мощного инструмента, позволяющего показать, каким образом подсознательные мотивации могли привести к ряду нарушений, сходных с наблюдаемыми при истинных неврологических заболеваниях; таким образом, паралич, тремор, судороги и изменение чувствительности считали чем-то обусловленным истерией. В последующем были установлены иные этиологии дистонии, тремора, миоклонуса и других двигательных расстройств.

Появляющиеся нейробиологические данные, результаты нейрофизиологических исследований и усовершенствованные методы нейровизуализации дали значимые новые сведения о психогенном характере диагноза; тем не менее остается неизвестным, отражают ли изменения этиологические механизмы [10]. Ф/ПДР обычно также связаны с эмоциональными и функциональными нарушениями [11], однако результаты функциональной визуализации показывают, что у пациентов с Ф/ПДР имеются чувствительные нарушения, а также ухудшение восприятия

произвольности и волевых действий, таким образом, Ф/ПДР не является проявлением произвольных действий [12]. Кроме того, всё еще не выяснено, каким образом эмоциональный стресс вызывает изменение динамической интеграции между осведомленностью об органе и мгновенным ощущением, а также влияет на контроль функций тела [13].

Более глубокое взаимодействие между нейробиологией и когнитивной психологией, по-видимому, может показать очень тесные связи между явлениями в головном мозге и ментальным опытом. Эти результаты указывают на нечто большее, чем просто ограничение концепции ментальной сферы как отдельной метафизической сущности, которая действует независимо от головного мозга, и, по-видимому, распознают бессознательное как центр мозговой активности, контролирующий наше поведение и определяющий эмоциональные желания и другие ментальные наклонности [14]. Таким образом, разум не вмешивается и не изменяет универсальные правила, по которым функционируют нервные пути, однако контролирует эти пути [15]. Возможно патологическое бессознательное влияние на формирование движений, связанное с разобщением между движением и ощущением произвольного действия [16]. Кроме того, самые ранние аффективные или стрессовые факторы, нейробиологические и психосоциальные процессы, возможно, с участием примитивных рефлекторных механизмов защиты и бдительности, не совсем независимы от сознательного контроля [13].

Несмотря на значительный прогресс в нейробиологии за последние годы, часто встречаются пациенты, у которых не удается выявить основное органическое нарушение, и такие случаи сложны для клинической практики.

В отличие от других определений или программ в медицинской области, такие термины, как «психогенный» или в основном «психосоматический», приводят к разделению биологических и психологических процессов и, кроме того, не очень подходящие, так как слишком общие, с чрезмерно широким охватом, и могут определять осязаемые неблагоприятные последствия. Сознание часто считают некоторой «таинственной» структурой индивида, дополняющей другие известные «структуры». Таким образом, изначально термины, относящиеся к ментальной сфере, формулировались неопределенно и, по-видимому, отражали физические нарушения без органических причин, т. е. психологического происхождения, поэтому их ошибочно принимают за «психогенные» или даже «воображаемые» нарушения, и это свойственно не только средствам массовой информации, но и неврологам, психиатрам и психологам [17].

Риск такого отношения заключается в том, что пациенты начинают слишком часто посещать разных врачей в попытке доказать наличие заболевания, чувствуют себя отвергнутыми медициной и не наблюдают у терапевта, что ведет к аномальному поведению в виде постоянного поиска обследований, проверок, лекарств и т. п. Другое возможное последствие — «перестраховочная медицина» со стороны врачей из-за боязни обвинения в ненадлежащем выполнении своих обязанностей, что ведет к назначению ненужного лечения. С другой стороны, не всегда легко даже объяснить пациентам, что у них «функциональное» или «неорганическое» нарушение. Мы могли бы приводить подробные аргументы в пользу применения других терминов, таких как «первичный», «отличительный», «взаимообусловленный» и т. п., тем самым пытаясь избежать дуализма сознания/тела, однако основной целью является не создание неоднозначных взаимоотношений между пациентами, которые *живут* в своем сложном теле, и терапевтами, которые *наблюдают* нездоровое тело как трехмерный объект, который можно изучить при помощи анализов и исследований [18]. С клинической точки зрения расхождение в отношении терапевта и пациента очевидно, если посмотреть, какие термины используют пациенты и терапевты для описания тех же симптомов [19]. Не следует говорить о двух разных аспектах организма, так как они дополняют друг друга, но не имеют общего языка. Однако еще важнее отразить тот факт, что функциональный симптом, особенно расстройство, сопровождающееся «чрезмерными» движениями, является частью прямого языка тела, т. е. одним из наиболее инстинктивных и первобытных выражений в человеческой коммуникации, и результатом неразделимого целого, которым мы являемся.

Психосоматические заболевания не существуют как таковые, однако каждое заболевание имеет множество факторов, и клиническую картину пациента необходимо проанализировать как можно точнее на основании имеющихся инструментов и знаний [20]. Нам известно, что психологические факторы могут вызвать физическое заболевание, однако мы очень мало знаем о том, как они действуют. Даже если мы считаем, что психологические факторы фундаментальны при функциональном нарушении, возможное влияние других нейробиологических, социально-демографических и культурных факторов может быть настолько же важным, даже если мы пока не знаем их механизмов [21]. Таким образом, в боли при болезни Паркинсона могут играть роль психосоматические факторы, а у пациента с очевидным функциональным тремором психосоматические факторы могут отсутствовать.

Учитывая неоднородные клинические проявления всех функциональных неврологических нарушений, очевидно, что с рабочей точки зрения единая диагностическая категория, которую ищут многие пациенты и терапевты, бесполезна. С другой стороны, также очевидно, что для постановки диагноза необходимы такие технические инструменты, как весы, анкеты, оборудование для нейровизуализации и лабораторных исследований. Тем, кому приходится иметь дело с такими патологиями, необходимо размышлять и работать с разными процедурами, чтобы стараться внимательно учитывать и дифференцировать тип и уровень связи между психологическими элементами и физическим состоянием, насколько это возможно [20, 21]. В отличие от распространенного мнения, пациенты с функциональными неврологическими симптомами хотят быть услышанными и нуждаются в эмоциональной поддержке, даже до получения результатов диагностики, объясняющих их симптомы.

Даже среди специалистов нет согласия по поводу лучшего подхода к лечению пациентов с Ф/ПДР. Фактически физиотерапия [22], как и различные физические подходы [23, 24], по-видимому, облегчает симптомы, однако необходимы правильно спланированные проспективные исследования. Таким образом, общепринято, что лечение начинается с постановки диагноза терапевтом и зависит в основном от способа объяснения Ф/ПДР пациенту, и очень тесное сотрудничество между неврологом, консультирующим психологом и (часто) физиотерапевтом имеет решающее значение для ремиссии симптомов во многих случаях. Цель эффективного лечения заключается не только в ремиссии симптомов в краткосрочной перспективе, но также и в оценке причин неоднородной симптоматики и оценки осуществимых стратегий для облегчения симптомов [25].

Вопрос терминологии, которую следует использовать для диагноза, не разрешен. В любом случае, независимо от используемого термина, важно найти понятное объяснение для пациента, чтобы он мог участвовать в процессе и смог понять природу заболевания. В связи с этим при самостоятельной оценке 49% пациентов отнесли благоприятный исход на счет лечения, описанного терапевтом [26].

Очень важно выслушать пациента с интересом, сочувствием и эмпатией (и терпением), а также уверить его с самого начала, например, подчеркнув, что это «непроизвольное» состояние и, вероятнее всего, результат нарушения нервных путей. Еще одна возможность — объяснить, что некоторые из симптомов связаны со стрессом, указав, что стресс является распространенной причиной многих физических заболеваний.

Еще одна возможность — показать пациенту с функциональными двигательными симптомами соответствующие физические симптомы (например, симптом Гювера); в случае правильного выполнения это может стать одной из самых полезных вещей, которые невролог может сделать для своих пациентов, убедив их в правильности диагноза и потенциальной обратимости симптомов [27].

Искренняя, располагающая, дающая надежду и профессиональная манера общения позволит установить, а также дать пациентам понимание, что такое двигательное расстройство, каковы его проявления и почему и когда оно развилось [28]. И снова, термин «функциональный» также можно использовать во время беседы о диагнозе с этой точки зрения.

Нам известно, что Ф/ПДР представляет собой «кризис для неврологии» [29] или выражает «языковой кризис» [30]. Нам нужно приобрести новые научные навыки для понимания связи между ментальной сферой и телом, которые были разделены сухим национализмом на протяжении веков; возможно, в конечном итоге утвердится цельное представление о том, что ментальную сферу больше не следует считать сущностью, направляющей, структурирующей и создающей чувство реальности, которое она воспринимает; она сама по себе тесно связана с этой реальностью и является наиболее загадочной ее частью.

## Литература

- Edwards MJ, Stone J, Lang AE. From psychogenic movement disorder to functional movement disorder: it's time to change the name // *Mov Disord* 2014; **29** (7): 849–52. doi: 10.1002/mds.25562.
- Fahn S, Olanow CW. Psychogenic movement disorders: they are what they are // *Mov Disord* 2014; **29** (7): 853–6. doi: 10.1002/mds.25899.
- Kranick S, Ekanayake V, Martinez V, Ameli R, Hallett M, Voon V. Psychopathology and psychogenic movement disorders // *Mov Disord* 2011; **26**:1844–50. doi: 10.1002/mds.23830.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, TX: American Psychiatric Publishing (2013).
- Stone J, La France WC Jr, Brown R, Spiegel D, Levenson JL, Sharpe M. Conversion disorder: current problems and potential solutions for DSM-5 // *J Psychosom Res* 2011; **71**: 369–76. doi: 10.1016/j.jpsychores.2011.07.005.
- Ganos C, Erro R, Bhatia KP, Tinazzi M. Comment on psychogenic versus functional movement disorders // *Mov Disord* 2014; **29** (13): 1696. doi: 10.1002/mds.26038.
- Edwards MJ, Bhatia KP. Functional (psychogenic) movement disorders: merging mind and brain // *Lancet Neurol* 2012; **11** (3): 250–60. doi: 10.1016/S1474-4422(11)70310-6.
- Morgante F, Edwards MJ, Espay AJ. Psychogenic movement disorders // *Continuum (Minneapolis Minn)* 2013; **19** (5): 1383–96. doi: 10.1212/01.CON.0000436160.41071.79.
- Jankovic J. «Psychogenic» versus «functional» movement disorders? That is the question // *Mov Disord* 2014; **29** (13): 1697–8. doi: 10.1002/mds.26040.
- Kranick S, Gorrindo T, Hallett M. Psychogenic movement disorders and motor conversion: a road map for collaboration between neurology and psychiatry // *Psychosomatics* 2011; **52**: 109–16. doi: 10.1016/j.psym.2010.12.017.
- Nowak DA, Fink GR. Psychogenic movement disorders: a etiology, phenomenology, neuroanatomical correlates and the therapeutic approaches // *Neuroimage* 2009; **47** (3): 1015–25. doi:10.1016/j.neuroimage.2009.04.082.
- Voon V, Gallea C, Hattori N, Bruno M, Ekanayake V, Hallett M, et al. The involuntary nature of conversion disorder // *Neurology* 2010; **74** (3): 223–8. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181ca00e9.
- Vuilleumier P. The neurophysiology of self-awareness disorders in conversion hysteria. In: Steven L, Tononi G, editors // *The Neurology of Consciousness*. London: Elsevier (2008). p. 299–300.
- Soon CS, Brass M, Heinze HJ, Haynes JD. Unconscious determinants of free decision in the human brain // *Nat Neurosci* 2008; **11** (5): 543–5. doi: 10.1038/nn.2112.
- Tononi G. *Phi: A Voyage from the Brain to the Soul*. New York, NY: Pantheon Books (2012).
- Hallett M. Physiology of psychogenic movement disorders // *J Clin Neurosci* 2010; **17**: 959–65. doi: 10.1016/j.jocn.2009.11.021.
- Stone J, Colyer M, Feltbower S, Carson A, Sharpe M. Psychosomatic: a systematic review of its meaning in newspaper articles // *J Psychosom Res* 2004; **45**: 87–90. doi: 10.1176/appi.psy.45.4.287.
- Miresco MJ, Kirmayer LJ. The persistence of mind-brain dualism in psychiatric reasoning about clinical scenarios // *Am J Psychiatry* 2006; **163** (5): 913–8. doi: 10.1176/appi.ajp.163.5.913.
- Skelton JR, Wearn AM, Hobbs FD. A concordance-based study of metaphoric expressions used by general practitioner and patients in consultation // *Br J Gen Pract* 2002; **52** (475): 114–8.
- Porcelli P, Todarello O. Psychological factors in medical disorders assessed with the diagnostic criteria for psychosomatic research // *Adv Psychosom Med* 2012; **32**: 108–17. doi: 10.1159/000330009.
- Zacchetti E, Castelnuovo G, editors. *Clinica Psicologica in Psicomatica*. Milano: Franco Angeli (2014).
- Kompoliti K, Wilson B, Stebbins G, Bernard B, Hinson V. Immediate vs. delayed treatment of psychogenic movement disorders with short term psychodynamic psychotherapy: randomized clinical trial // *Parkinsonism Relat Disord* 2014; **20** (1): 60–3. doi: 10.1016/j.parkrelid.2013.09.018.
- Czarnecki K, Thompson JM, Seime R, Geda YE, Duffy JR, Ahlskog JE. Functional movement disorders: successful treatment with a physical therapy rehabilitation protocol // *Parkinsonism Relat Disord* 2012; **18** (3): 247–51. doi: 10.1016/j.parkrelid.2011.10.011.
- Dallochio C, Arbasino C, Klersy C, Marchioni E. The effects of physical activity on psychogenic movement disorders // *Mov Disord* 2010; **25** (4): 421–5. doi: 10.1002/mds.22952.
- Kissen DM. The significance of syndrome shift and late syndrome association in psychosomatic medicine // *J Nerv Ment Dis* (1963) **136**:34–42. doi: 10.1097/00005053-196301000-00004.
- Jankovic J, Thomas M. Psychogenic tremor and shaking. In: Hallett M, Fahn S, Jankovic J, Lang AE, Cloninger CR, Yudofsky C, editors. *Psychogenic Movement Disorders*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins (2006). p. 42–7.
- Stone J, Edwards M. Trick or treat? Showing patients with functional (psychogenic) motor symptoms their physical signs // *Neurology* 2012; **79** (3): 282–4. doi: 10.1212/WNL.0b013e31825fd63.
- Dallochio C. Psychogenic movement disorders. In: Uehara T, editor. *Psychiatric Disorders — Trends and Development*. Rijeka: In Tech (2011). p. 493–514.
- Hallett M. Psychogenic movement disorders: a crisis for neurology // *Curr Neurol Neurosci Rep* 2006; **6**: 269–71. doi: 10.1007/s11910-006-0015-x.
- Hagger MS, Orbell S. A meta-analytic review of common-sense model of illness representations // *Psychol Health* 2003; **18**: 141–84. doi: 10.1080/088704403100081321.