

Neurologiczne objawy czynnościowe: diagnostyka i postępowanie

Jon Stone, MB, ChB, PhD, FRCP,^a Alan Carson, MB, ChB, MPhil, MD, FRCP^{a,b,c}

^a Department of Clinical Neurosciences, University of Edinburgh, Western General Hospital, Crewe Road, Edynburg, Wielka Brytania

^b Department of Rehabilitation Medicine, Astley Ainslie Hospital, Edynburg, Wielka Brytania

^c Department of Psychiatry, University of Edinburgh, Royal Edinburgh Hospital, Edynburg, Wielka Brytania

Adres do korespondencji:
Jon Stone, MB,ChB, PhD, FRCP
Department of Clinical Neurosciences, University of Edinburgh, Western General Hospital, Crewe Road, Edynburg EH4 2XU, UK

e-mail: Jon.Stone@ed.ac.uk

Neurol Clin 29 (2011) 1-18

Neurologia po Dyplomie
2012; 7 (2): 35-47

SŁOWA KLUCZOWE: psychogenne, zaburzenia konwersyjne, ruchowe objawy dysocjacyjne, nieorganiczne, histeria, rzekomoneurologiczne, niedowład czynnościowy

Wprowadzenie i terminologia

Praca stanowi przegląd objawów pomocnych przy rozpoznawaniu czynnościowych objawów neurologicznych. Leczenie pacjentów z objawami czynnościowymi często wymaga bliskiej współpracy między neurologami i psychiatrami, niemniej neurolog może odegrać istotną rolę jeszcze przed pokierowaniem pacjenta dalej.

Terminologia dotycząca tego obszaru jest problematyczna i odzwierciedla różne teoretyczne i praktyczne podejścia do pacjentów z objawami, których nie można przypisać chorobie. Brakuje rozwiązania tej sytuacji. Terminologia bywa nie tylko wyrazem postrzegania przyczyn objawów przez neurologów, ale także odzwierciedla sposób komunikowania tych przyczyn pacjentom (poniżej).

ZABURZENIA KONWERSYJNE (DSM-IV 300.11)

Koncepcja zaburzenia konwersyjnego wywodzi się z teorii Freuda. Zgodnie z nią niemożliwy do zaakceptowania konflikt psychologiczny powoduje konwersję stresu psychicznego do objawów fizycznych. Definicja DSM-IV wymaga wykluczenia symulacji i wykazania czynników psychologicznych poprzedzających pojawienie się lub zaostrzenie objawów. Z następnej wersji klasyfikacji DSM (DSM-5) zniknąć może zarówno konieczność wykazania poprzedzających czynników psychologicznych, jak i sam termin konwersja.¹

DRGAWKI/ZABURZENIA RUCHOWE DYSOCJACYJNE (ZABURZENIA KONWERSYJNE) (ICD-10 F44.4-9)

Termin ten sugeruje, że dysocjacja jest ważnym mechanizmem powstawania objawów.² Dysocjacja obejmuje wiele objawów. Łączy je brak integracji lub powiązań typowych dla prawidłowo działającej świadomości. Jednak nie wszyscy pacjenci z objawami czynnościowymi opisują objawy dysocjacyjne (zobacz poniżej w części poświęconej zbieraniu wywiadów).

ZABURZENIE SOMATYZACYJNE (DSM-IV 300.81)

Termin zaburzenia somatyzacyjne odnosi się do pacjentów z licznymi objawami, których nie można przypisać chorobie i które pojawiają się przed trzydziestym rokiem życia. Obowiązująca definicja wymaga obecności co najmniej jednego objawu konwersyjnego, czterech objawów bólowych i dwóch żołądkowo-jelitowych (zwykle zespół jelita nadwrażliwego) i jednego objawu ze sfery seksualnej (ból w trakcie stosunku, zaburzenia miesiączkowania lub niepowsięgliwe wymioty ciężarnych).

TABELA 1. OBJAWY I ZESPOŁY CZYNNOŚCIOWE W RÓŻNYCH SPECJALNOŚCIACH MEDYCZNYCH

Gastroenterologia	Zespół jelita drażliwego
Pulmonologia	Przewlekły kaszel, niektóre przypadki astmy
Reumatologia	Fibromialgia, niektóre przewlekłe bóle kręgosłupa
Ginekologia	Przewlekły ból miednicy, niektóre zaburzenia miesiączkowania
Alergologia	Zespół nadwrażliwości na wiele czynników chemicznych
Kardiologia	Atypowy/niesercowy ból w klatce piersiowej, niektóre kotatania serca
Choroby zakaźne	(Powirusowy) zespół przewlekłego zmęczenia, przewlekła borelioza (w przypadkach, gdy lekarz neguje aktywną infekcję)
Laryngologia	Globus, czynnościowa dysfonia
Neurologia	Napady rzekomopadaczkowe, niedowłady czynnościowe i objawy czuciowe
Psychiatria	Depresja, zaburzenia lękowe

HIPOCHONDRIA

Rozpoznanie hipochondrii jest stawiane u pacjentów zgłaszających nadmierny niepokój o własne zdrowie, a zwłaszcza możliwość zachorowania na ciężkie choroby. Zwykle bardzo często zasięgają oni porad lekarskich, które na chwilę łagodzą ich niepokój. Niepokój o własne zdrowie o różnym nasileniu może być obecny u pacjentów z zaburzeniami psychogennymi/czynnościowymi, jednak może także u nich nie występować.

ZABURZENIA POZOROWANE (DSM-IV 300.19)

Tym terminem opisywane są objawy świadomie udawane w celu uzyskania opieki medycznej lub innych pozafinansowych korzyści.

ZESPÓŁ MÜNCHAUSENA

Pacjenci z tym zespołem zgłaszają się do różnych szpitali, zwykle zmieniając swoje dane osobowe i wywiad chorobowy. Zespół jest silnie powiązany z głębokimi zaburzeniami osobowości.

SYMULACJA

Symulacja nie jest rozpoznaniem psychiatrycznym, ale opisyje rozmyślnie udawanie objawów w celu uzyskania korzyści materialnych.

TERMINOLOGIA STOSOWANA PRZEZ NEUROLOGÓW

Wielu neurologów, nawet gdy mają do czynienia z ewidentnym przypadkiem zaburzeń czynnościowych lub psychogennych, nie stawia żadnego rozpoznania i ogranicza się do stwierdzenia, że nie udało się udokumentować przyczyny neurologicznej prezentowanych objawów.² Termin „czynnościowy” oznacza problem spowodowany raczej zaburzeniem funkcji (układu nerwowego), a nie struktury. Termin ten pozwala ominąć odwołanie się do przyczyny, jednak bywa krytykowany, ponieważ jest za szeroki. Histeria jest starym

określeniem, które wiązano z nieprawidłowym funkcjonowaniem macicy (tzw. wędrująca macica), będącej przyczyną dolegliwości somatycznych. Terminy „psychogenne”, „psychosomatyczne” i „somatyzacja” odnoszą się wyłącznie do przyczyn psychologicznych. Termin „medycznie niewytłumaczalny” wydaje się neutralny. Często bywa jednak przez pacjentów i lekarzy rozumiany jako brak umiejętności postawienia odpowiedniej diagnozy, a nie brak wiedzy na temat przyczyn objawów. Należy tu zaznaczyć, że wiele chorób neurologicznych ma niejasne podłoże.

Autorzy pracy w przypadku objawów czuciowych, ruchowych i epizodów utraty świadomości, których nie można wytłumaczyć chorobą, preferują stosowanie takich określeń, jak „czynnościowy” i „dysocjacyjny”, ponieważ odnoszą się one do mechanizmu, a nie przyczyny i omijają bezowocną debatę poświęconą lokalizacji objawów w mózgu lub umyśle. Dodatkową zaletą jest możliwość wykorzystania ich w komunikacji z pacjentami. W artykule dla uproszczenia stosowany jest termin „czynnościowy”, jednak ze świadomością, że termin psychogenne pozostaje popularny.³

Epidemiologia objawów czynnościowych

Na podstawie badań ocenia się, że co trzeci pacjent zgłaszający się do poradni neurologicznej ma objawy, które nie są wywołane chorobą neurologiczną.^{4,6} W tabeli 1 wymieniono objawy czynnościowe występujące powszechnie w różnych specjalnościach.⁴ U połowy tych pacjentów, czyli około 15% osób przyjmowanych w poradniach neurologicznych, rozpoznawane są zaburzenia czynnościowe, a u kolejnych 15% stwierdza się, że nasilenie objawów nie odpowiada zaawansowaniu choroby.⁵ Badania pacjentów z czynnościowymi objawami neurologicznymi wykazały, że osoby z tej grupy

Ramka 1. Potencjalne czynniki etiologiczne u pacjentów z objawami czynnościowymi			
Czynniki	Biologiczne	Psychologiczne	Spoleczne
Czynniki odgrywające rolę we wszystkich stadiach	Choroba organiczna	Zaburzenia emocjonalne Zaburzenia osobowości	Deprywacja socjoekonomiczna Trudności i obciążające wydarzenia życiowe
Predysponujące	Inne objawy czynnościowe w przeszłości Czynniki genetyczne wpływające na osobowość Podatność biologiczna układu nerwowego?	Negatywne postrzeganie okresu dzieciństwa Cechy osobowości Słabe przystosowanie/strategie radzenia sobie	Nadużycia i zaniedbanie w dzieciństwie Słabe funkcjonowanie w rodzinie Modelowanie objawów (przez media lub kontakty osobiste)
Wyzwalające	Nieprawidłowy stan fizjologiczny (np. hiperwentylacja, deprywacja snu, porażenie przysenne) Fizyczny uraz lub ból	Postrzeganie zdarzeń życiowych jako negatywne lub niespodziewane Ostry epizod dysocjacyjny/atak paniki	
Wzmacniające	Plastyczność ośrodkowych ruchowych i czuciowych (w tym bólowych) szlaków nerwowych Adaptacja do mniej wymagających warunków Nieprawidłowości neuroendokrynne i immunologiczne podobne do obserwowanych w depresji i zaburzeniach lękowych	Przekonania pacjenta i rodziny na temat choroby Postrzeganie objawów jako manifestacji choroby lub uszkodzenia bez możliwości poradzenia sobie z nimi samemu Poczucie, że inni nie dają wiary objawom Unikanie prowokacji objawów	Dostęp do systemu opieki Korzyści społeczne wynikające z choroby Dostępność odszkodowania Stygmatyzacja ze strony społeczeństwa i lekarzy Przedłużająca się diagnostyka medyczna i niepewność

deklarują podobne ograniczenie sprawności, jak pacjenci, u których choroba ma podłoże neurologiczne, a objawy są dla nich bardziej obciążające emocjonalnie. Z powodu swoich objawów osoby te częściej biorą dni wolne w pracy w porównaniu z populacją ogólną.⁶

Etiologia i patomechanizm

Etiologia objawów czynnościowych jest wieloczynnikowa i różni się u poszczególnych pacjentów (ramka 1). W przeglądzie systematycznym 36% pacjentów z napadami rzekomopadaczkowymi i 16% z padaczką podawało w wywiadzie wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie. Jednak większość pacjentów w tym badaniu nie była obciążona tym czynnikiem ryzyka.⁷ W niektórych badaniach stwierdzono, że istotne wydarzenia życiowe często poprzedzają wystąpienie objawów,⁸ nie potwierdza się to jednak w innych.⁹

Mechanizm neuronalny czynnościowych objawów neurologicznych nie został dotychczas wyjaśniony, jednak czynnościowe badania neuroobrazowe w ruchowych objawach czynnościowych w połączeniu z innymi technikami neurofizjologicznymi powoli odsłaniają rąbka tajemnicy.¹⁰⁻¹² Badania te mają pogodzić podejście neurologiczne i psychiatryczne.

Ocena kliniczna

Użyteczną metodą na rozpoczęcie oceny pacjenta z podejrzeniem neurologicznych objawów czynnościowych jest stworzenie listy jego objawów. Pomaga to usystematyzować wywiad. Pacjenta należy spytać o uczucie zmęczenia, ból, zaburzenia snu, zawroty głowy oraz zaburzenia pamięci i koncentracji. Skargi pacjenta na zawroty głowy mogą w rzeczywistości odpowiadać objawom dysocjacyjnym, takim jak na przykład derealizacja. U co najmniej połowy pacjentów z niedowładem lub zaburzeniami ruchowymi początek objawów jest nagły. Wystąpienie objawów jest często związane z urazem fizycznym, bólem, ostrymi objawami dysocjacyjnymi lub atakiem lęku uogólnionego. Stopniowe narastanie objawów jest często związane z uczuciem zmęczenia.

Przydatne może okazać się ustalenie jak swoje objawy postrzega pacjent, jakiego oczekuje postępowania oraz jakiej choroby neurologicznej się obawia. Przekonanie o nieodwracalności uszkodzenia wydaje się istotnym czynnikiem prognostycznym¹³ i ważnym celem leczenia.

Wstępna ocena nie powinna być próbą pełnej oceny psychiatrycznej. Duży odsetek pacjentów z objawami czynnościowymi ma zaburzenia lękowe i depresję, jednak często obawiają się pytań o emocje. Pytania te zadane

bezpośrednio mogą spowodować wycofanie się pacjenta. Często warto pytania o emocje zostawić na później lub nawet na kolejną wizytę. W ramce 2 wymieniono strategie prowadzące do rozpoznania zaburzeń emocjonalnych w tej grupie.

Zaburzenia psychiczne i obciążające wydarzenia życiowe występują powszechnie, jednak wielu pacjentów z zaburzeniami czynnościowymi jest wolnych od tego typu obciążeń. Unikanie rozpoznania objawów czynnościowych u osoby pozornie zdrowej jest takim samym błędem, jak ich rozpoznawanie u kogoś z ewidentnymi zaburzeniami psychicznymi. Brak reakcji emocjonalnej na niesprawność (*la belle indifference*) był uznawany za objaw pomocny w rozpoznawaniu objawów czynnościowych, jednak okazało się, że występuje także w chorobach organicznych i nie posiada wartości różnicującej.⁹

Rozpoznanie objawów czynnościowych powinno być stawiane na podstawie wewnętrznie sprzecznych objawów fizykalnych lub ich niezgodności z chorobą neurologiczną. Przy czym klinicysta zawsze musi pamiętać o możliwości wystąpienia u jednego pacjenta więcej niż jednej choroby oraz o złożonej naturze niektórych chorób neurologicznych, np. napadów czołowych.

Ból i uczucie zmęczenia często występują u pacjentów z zaburzeniami czynnościowymi. Często właśnie uczucie zmęczenia okazuje się najbardziej ograniczającym objawem. Przewlekłe uporczywe zmęczenie przy braku rozpoznania choroby jest różnie określane, np. zespół przewlekłego zmęczenia, neurastenia, mialegiczne zapalenie mózgu i rdzenia.

NIEDOWŁAD

Niedowład czynnościowy częściej obserwowany jest u kobiet i zwykle pojawia się w trzeciej dekadzie życia. Szacowana częstość występowania tego zaburzenia wynosi 5 na 100 000, czyli jest zbliżona do częstości stwardnienia rozsianego.^{8,14} Współwystępowanie innych objawów czynnościowych, a zwłaszcza uczucia zmęczenia i bólu, jest częste. Najczęściej występuje niedowład połowiczny, a następnie monopareza i parapareza. Całkowite porażenie jest zwykle przemijające i występuje rzadziej.¹⁴ Nagły początek niedowładu czynnościowego obserwuje się u 50% chorych. Pacjenci z objawami czynnościowymi często mają wrażenie, że dotknięta niedowładem kończyna „nie należy do nich” lub w ekstremalnych sytuacjach, że „nie istnieje” lub „należy do kogoś innego”. Często mówią, że noga czasami słabnie (niedowład fluktuujący) lub niespodziewanie upuszczają przedmioty.

W ramce 3 wymieniono objawy i techniki, które mogą być przydatne podczas diagnozowania niedowładu czynnościowego. Żaden z nich nie stanowi dowodu, jednak jeśli weźmie się pod uwagę cały zestaw można uzyskać kliniczną pewność. Badający musi być szczególnie czujny, jeśli współistnieje niedowład organiczny oraz wziąć pod uwagę skutki bólu i niepokoju podczas badania.

Ramka 2. Strategie oceny zdrowia emocjonalnego u pacjentów z podejrzeniem zaburzeń czynnościowych

Dla depresji: Ustal, czy są czynności, które sprawiają pacjentowi przyjemność, jeśli nie, pacjent może cierpieć na anhedonię. Ustal, czy wśród przyjaciół lub rodziny są osoby, za którymi badany tęskni. Oceń wygląd, mimikę i kontakt wzrokowy. Pytaj, czy przedmiotowe objawy obniżają ich nastrój, czy raczej zasmucają. Rozpoznanie depresji staje się prawdopodobne, gdy występuje przewlekła anhedonia lub obniżony nastrój przez większość czasu oraz co najmniej cztery z następujących: uczucie zmęczenia, zaburzenia snu, myśli samobójcze, osłabienie pamięci lub koncentracji, spowolnienie lub pobudzenie psychoruchowe i poczucie małej wartości lub winy.

Dla lęku: Pytaj raczej, czy przedmiotowe objawy niepokoją pacjenta, niż czy odczuwa lęk. Oceń, czy pacjent skarży się na 3 z sześciu następujących objawów: niepokój ruchowy lub poddenerwowanie, bezsenność, męczliwość, drażliwość, słaba koncentracja oraz wzmożone napięcie mięśniowe, przy czym pacjent powinien być przekonany, że te objawy są trwałe i trudne do kontroli. Troski zwykle skupiają się na zdrowiu.

Dla ataków paniki: Pytaj pacjenta, czy kiedykolwiek wystąpiły u niego „wszystkie objawy jednocześnie”, a nie czy miał „atak paniki”. Oceń, czy pacjent skarży się na 4 z następujących objawów: kołatania serca, potliwość, drżenie, duszność, uczucie dławienia się, ból lub ucisk w klatce piersiowej, nudności lub uczucie zbliżającej się biegunki, zawroty głowy, derealizacja lub depersonalizacja, obawa przed szaleństwem lub utratą kontroli, przekonanie o tym, że zaraz umrą, parestezje, nagłe rumienienie się. Ataki paniki występują powszechnie u pacjentów z objawami czynnościowymi, a zwłaszcza z napadami rzekomopadaczkowymi.

ZABURZENIA RUCHOWE

Dziesięć procent pacjentów kierowanych do klinik specjalizujących się w zaburzeniach ruchowych ma objawy czynnościowe.¹⁵ Podobnie jak w przypadku niedowładu początek czynnościowych zaburzeń ruchowych często jest nagły i może mu towarzyszyć ból. Przebieg może być nietypowy, z nagłymi remisjami i nawrotami w różnych kończynach. Kluczową cechą czynnościowych zaburzeń ruchowych jest poprawa po odwróceniu uwagi (wiele neurologicznych zaburzeń ruchowych wówczas się nasila) i pogorszenie po zwróceniu uwagi na zaburzenie. Wiele organicznych zaburzeń ruchu, zwłaszcza chodu, może wyglądać dziwnie. Uważna ocena jest warunkiem jednoznacznego rozpoznania. Ustąpienie zaburzeń ruchowych po podaniu placebo może pomóc w ustaleniu diagnozy, jednak trzeba pamiętać, że niektóre neurologiczne zaburzenia ruchowe mogą ulegać przejściowej poprawie po placebo.

Drżenie

Drżenie jest najczęstszym czynnościowym zaburzeniem ruchowym. Charakteryzuje się kilkoma cechami klinicznymi, z których żadna nie daje 100% rozpoznania (ramka 4).

Ramka 3. Objawy przedmiotowe pomocne podczas diagnostyki niedowładów czynnościowych

- Ogólny wzorzec niedowładu: osłabienie kończyn jest zwykle globalne lub może mieć wzorzec odwróconego niedowładu piramidowego, czyli zginacze słabsze od prostowników w kończynach górnych i prostowniki słabsze od zginaczy w kończynach dolnych.
- Niekonsekwencja podczas badania: np. pacjent idzie do kozetki i następnie nie jest w stanie unieść kończyny przeciw grawitacji podczas badania, niedowład w stawie skokowym, kiedy pacjent jest w stanie chodzić na palcach i na piętach lub niedowład ramienia u pacjenta, który jest w stanie zdjąć swoje buty lub nosić torbę.
- Objaw Hoovera: jest dodatni, gdy niedowład prostowników uda znika podczas próby zgięcia przeciwstronnego uda przeciwko oporowi. Test ten najłatwiej wykonać u pacjenta w pozycji siedzącej (ryc. 1). Można go także wykonać u pacjenta leżącego, przy czym wyprost uda oceniany jest wówczas przez podłożenie dłoni pod piętę. Wynik tego badania może być fałszywie dodatni w przypadku korowego zespołu pomijania stronnego.
- Objaw odwodziciela uda: test podobny do objawu Hoovera. Polega na zniknięciu niedowładu odwodziciela uda w czasie odwodzenia przeciwstronnego uda przeciwko oporowi.
- Pociąganie nogi: jeśli u pacjenta występuje umiarkowany lub głęboki niedowład, może powłóczyć nogą. Jest to typ chodu, w którym stopa nie odrywa się od podłoża, a udo często jest dośrodkowo lub odśrodkowo zrotowane (ryc. 2).
- Niedowład fluktuujący: pacjent zazwyczaj ma prawidłową siłę, jednak czasem ulega ona osłabieniu, niekiedy tuż przed dotknięciem. W okresie, kiedy kończyna jest niedowładna, może unosić się przez chwilę, zanim opadnie. Różnicę między łagodnym niedowładem fluktuującym i prawidłową siłą można stwierdzić, prosząc pacjenta: „na trzy proszę ścisnąć – 1, 2, 3 ścisnąć”. Jest to jednak stosunkowo mało wiarygodny test i bywa dodatni w obolałych kończynach lub niekiedy w miastonii.
- Niedowład mięśni twarzy: rzekome opadanie powieki rozpoznaje się po równoczesnym opadnięciu czoła i obniżeniu powieki. Problemem jest nadaktywność mięśnia okrężnego oka. Podobny obraz kliniczny niedowładu dolnej części twarzy może wystąpić przy nadaktywności mięśnia szerokiego szyi. Te cechy niedowładu można ujawnić podczas badania przez dowolny długi skurcz mięśni twarzy lub zaciśnięcie powiek.

Niekiedy pacjenci z niedowładem czynnościowym mogą prezentować objaw przypominający kloniczny odruch skokowy, który przy uważniejszej ocenie odpowiada czynnościowemu drżeniu. Czasami można odnieść wrażenie asymetrii odruchów, gdy pacjent kurczy jednocześnie zginacze i prostowniki po jednej stronie ciała. Odruch podeszwy może być nieobecny lub osłabiony po objawowej stronie w przypadku istotnych zaburzeń czucia.

Spowolnienie i zaburzenia posturalne u pacjenta z drżeniem czynnościowym mogą przypominać chorobę Parkinsona, zwłaszcza jeśli chory także cierpi z powodu depresji i ma ubogą mimikę. Spowolnienie zmienia się po odwróceniu uwagi. Może występować sztywność, jednak zwykle jest to czynny opór przeciw ruchom. Pozytonowa tomografia emisyjna z fluorodopą i pozytonowa tomografia emisyjna pojedynczego fotonu powinny być prawidłowe u pacjentów z czynnościowymi zaburzeniami ruchowymi.

Mioklonie

Szybkie zerwania mięśniowe mogą przypominać mioklonie. Częściej jednak obserwowane są złożone, trudne do zakwalifikowania, hiperkinetyczne ruchy. Mioklonie czynnościowe mogą być wyzwalane bodźcem, zwłaszcza podczas badania odruchów głębokich, gdy mogą się pojawić nawet przed zetknięciem młotka z powierzchnią ciała.¹² Miokloniom czynnościowym często towarzyszy wyprzedzający ruch potencjał planowania, którego uzyskanie wymaga rejestracji w EEG wielu ruchów i następnie ich uśredniania w odniesieniu do zapisu EMG. Obecność potencjału planowania nie jest równoznaczna ze świadomym planowaniem ruchu, a jedynie wskazuje, że dowolny układ ruchowy jest zaangażowany w powstanie ruchu.

Dystonia

W okresie rozkwitu psychoanalizy dystonia szyjna była interpretowana jako „odwrócenie się od odpowiedzialności”, a kurcz pisarski jako potwierdzenie konfliktu na tle seksualnym. Mimo wielu argumentów przeciw ustalono, że ruchy dystoniczne, zwłaszcza w dystonii utrwalonej (fixed dystonia), których postać nie podlega ewolucji, ma charakter czynnościowy/psychogeny. Czynnościowa dystonia najczęściej objawia się zaciśniętą pięścią, niekiedy ze zgięciem w nadgarstku i łokciu lub przymusowym ustawieniem stopy, która jest odwrócona i zgięta podeszwowo (ryc. 3).¹⁷ Dystonii utrwalonej towarzyszy ból kończyny, jednak może wystąpić także bez niego, zwykle w kończynie objętej czynnościowym niedowładem. Takie badania neurofizjologiczne, jak krótko- i długoterminowe hamowanie korowe, okres wyciszenia korowego, hamowanie wsteczne przedramienia nie pozwalają różnicować dystonii organicznej od czynnościowej, jednak plastyczność korowa może mieć wartość różnicującą.¹⁶ W przypadku dystonii tradycyjny podział na zaburzenia czynnościowe i organiczne jest chyba najmniej wyraźny.

Zaburzenia chodu

W badaniach nad pomyłkami diagnostycznymi bardzo często przypadki zaburzeń chodu, które początkowo były kwalifikowane jako czynnościowe, okazywały się niewłaściwie rozpoznawane. Niemniej istnieje kilka charakterystycznych dla etiologii czynnościowej wzorców zaburzeń chodu:^{18,19} (1) pociąganie nogi (opisywane przy niedowładzie czynnościowym), (2) chód linoskoczka, w którym ręce

Test wyprostowania uda – osłabienie



Test zgięcia przeciwstronnego uda przeciw oporowi – wyprost uda uległ wzmocnieniu



RYCINA 1. Objaw Hoovera najłatwiej ujawnić w pozycji siedzącej. (Na podstawie: Stone J. The bare essentials: functional symptoms in neurology. Pract Neurol 2009; 9: 179-89; za zgodą BMJ.)



RYCINA 2. Pociąganie nogi z rotacją zewnętrzną lub wewnętrzną stopy jest charakterystyczne dla niedowładu czynnościowego.

Ramka 4. Obserwacje przydatne podczas rozpoznawania drżenia czynnościowego

- Zmienna częstotliwość: test oceny częstotliwości pozwala ocenić także drżenie, które pojawia się i znika. Jest bardziej przydatny od stwierdzenia zmiennej amplitudy, która często podlega fluktuacjom w drżeniu organicznym.
- Test dostosowania się: test polega na nakazaniu pacjentowi, by zdrową kończyną rytmicznie stuknął najlepiej z częstością około 3 Hz. Test można zmodyfikować, prosząc, by badany naśladował ruch wykonywany przez badającego. W drżeniu czynnościowym: (1) pacjent nie jest zdolny do naśladowania prostego ruchu stukania i nie jest w stanie wyjaśnić dlaczego, (2) drżenie w zajętej kończynie ustępuje lub (3) drżenie w zajętej kończynie dostosowuje się do rytmu dyktowanego przez badającego. Fałszywie dodatnie wyniki tego testu są rzadkie, ale zdarzają się częściej, gdy drżenie utrzymuje się od dawna (i dlatego jest bardziej zautomatyzowane) lub zależy od mechaniki ciała (np. drżenie nogi i stukanie piętą u osoby siedzącej z nogami opartymi o podłogę i stopami zgiętymi podeszwowo jest typowe dla drżenia czynnościowego).¹⁶ Akcelerometria, jeśli jest dostępna, może być przydatna w dokumentowaniu opisanego testu.
- Odwrócenie uwagi z wykorzystaniem zadań poznawczych lub innymi metodami, np. dodawanie kolejnych siódemek, może na chwilę zahamować drżenie.
- Ruchy balistyczne: należy poprosić pacjenta, by wykonał nagły ruch balistyczny zdrowym ramieniem – złapał szybko poruszający się palec badającego. Drżenie czynnościowe często zostaje wyhamowane na chwilę podczas ruchu.
- Próba unieruchomienia: próba unieruchomienia drżącej kończyny często nasila drżenie czynnościowe. Podobnie obciążenie kończyn ciężarem może nasilać drżenie czynnościowe, podczas gdy drżenie organiczne obciążonych kończyn ma tendencję do poprawy.
- Objaw koaktywacji: w większości przypadków drżenie czynnościowe przypomina drżenie dowolne. Niekiedy mechanizm drżenia jest jednak inny i polega na równoczesnej aktywacji (koaktywacji) agonistów i antagonistów (jak w dreszczach gorączkowych).
- Analiza koherencji: jeśli drżenie czynnościowe występuje w więcej niż jednej kończynie ma zwykle tę samą częstotliwość. W przypadku drżenia organicznego częstotliwość w różnych częściach ciała nieznacznie się różni. Dlatego wykazanie koherencji drżenia w różnych częściach ciała przemawia za czynnościową etiologią drżenia.

są wyciągnięte na boki, a chory często gwałtownie pochyla się na boki, jednak dobrze zachowuje równowagę, (3) astazja-abazja, w którym siła kończyn i czucie są prawidłowe w pozycji leżącej, jednak pacjent nie jest w stanie wstać i iść (może wystąpić ataksja tułowa i w ataksji czuciowej o podłożu organicznym) i (4) chód kuczający, który wymaga lepszej siły i równowagi niż chód prawidłowy (pacjenci obawiając

się upadku, przyjmują ten wzorzec chodu, ponieważ pozwala on im być bliżej podłoża). Chód ze zgiętym kolaniem jest zwykle obserwowany u osób z jednostronnym niedowładem czynnościowym.

OBJAWY CZUCIOWE

Czuciowe objawy czynnościowe są częste u pacjentów z niedowładem czynnościowym i u osób z przewlekłym niewyjaśnionym bólem kończyny. Objawy te występują niezależnie, jednak pacjenci często mają niektóre cechy niedowładów czynnościowych, nawet w przypadkach bez osłabienia siły mięśniowej. Odchylenia w badaniu czucia pacjentów z zaburzeniami czynnościowymi są znacznie mniej wiarygodne od objawów ruchowych, dlatego bezpieczniej polegać na obecności dyskretnego niedowładów czynnościowych, jeśli jest obecny. Następujące objawy są czułe, ale mało swoiste:

- zmiany czucia wibracji na czole lub mostku,
- testy w całkowitej utracie czucia: całkowita utrata czucia jest rzadko spotykana, dlatego testy w stylu „proszę powiedzieć tak, jeśli Pan czuje, a nie, jeśli nie Pan nie czuje” i „proszę zamknąć oczy i dotknąć nosa, kiedy dotknę pańskiej ręki” zazwyczaj nie są przydatne (i dodatkowo są oparte na podstępnie lekarza); manewr Bowlusa polega na spleceniu przez pacjenta palców na plecach i określaniu, czy dotykany jest palec lewej czy prawej ręki,
- inne testy, jak utrata czucia w linii pośrodkowej lub niedermatomalna utrata czucia są jeszcze mniej swoiste dla objawów czynnościowych.

OBJAWY WZROKOWE

Istnieje kilka wzorców czynnościowych zaburzeń wzrokowych. Okresowe zaburzenia ostrości wzroku są zwykle tożsamostronne do czynnościowego niedowładów lub połowicznych zaburzeń czucia. Czynnościowe dwojenie obuoczne jest zwykle spowodowane nadaktywną asymetryczną fizjologiczną reakcją konwergencji. Dwojenie takie można wywołać, trzymając palec przed oczami dłużej niż zwykle w trakcie badania. Jeśli skurcz konwergencyjny jest utrwalony, może przypominać porażenie nerwu szóstego. Dwojenie jednooczne jest zwykle czynnościowe, jednak może także być wywołane nieprawidłowościami budowy gałki ocznej. Potrójne widzenie jest zwykle skutkiem organicznych nieprawidłowości ruchu gałek ocznych, ale może być także czynnościowe.²⁰

Całkowita czynnościowa utrata wzroku

Kiedy podejrzewamy czynnościowe podłoże całkowitego zaniwiedzenia możemy poprosić pacjenta, by zetknął swoje palce wskazujące lub dotknął palcem nos. Jeżeli przyczyna jest neurologiczna, wykona zadania bez problemu. Lekarz może też na przywitanie wykonać gest ręką sugerujący jej podanie i obserwować jak pacjent radzi sobie z przemieszczaniem po gabinecie. Prawidłowy wynik badania przedmiotowego



RYCINA 3. Najczęstsze postacie czynnościowej/psychogennej dystonii to zaciśnięta pięść oraz stopa odwrócona i zgięta podeszwowo. (Na podstawie: Stone J. The bare essentials: functional symptoms in neurology. *Pract Neurol* 2009;9:179-89; za zgodą BMJ.)

obejmuje odruch źrenic, reakcję polegającą na zamknięciu oka w obronie przed zagrażającym uszkodzeniem (np. ręka badającego zbliżająca się do oka) oraz oczopląs optokinetyczny wywołany patrzeniem na obracający się walec w paski. Odruch konwergencji można uzyskać, umieszczając lustro przed twarzą badanego. Zawsze należy myśleć także o ślepotcie korowej.

Jednooczna lub częściowa utrata wzroku

Wielu pacjentów z czynnościowym jednoocznymi zaburzeniami wzroku zgłasza walcowaty kształt ograniczenia pola widzenia. Oznacza to, że średnica pola wzrokowego jest taka sama w odległości 2 metrów, jak metra. Prawdłowo pole widzenia ma kształt stożka i średnica pola widzenia w odległości 2 metrów jest dwa razy większa od średnicy pola widzenia w odległości metra. Inne często spotykane defekty w perimetrii Goldmanna to pole widzenia spiralne, gwiazdowate i szpilkowate. Wraz z czasem trwania badania pacjent zwykle stopniowo zawęża pole widzenia (pogłębia deficyt). Jest kilka innych testów mających na celu obiektywizację ostrości widzenia.²¹ Na przykład test matowienia w jednoocznych zaburzeniach wzroku polega na stopniowym pogarszaniu ostrości w zdrowym oku, do momentu kiedy każde ostrzejsze widzenie niż 6/60 musi pochodzić ze zdrowego oka. Testy stereoskopowe pozwalają na przybliżoną ocenę ostrości na podstawie postrzegania różnych stereoskopowych obrazków.

ZABURZENIA MOWY I POŁYKANIA

Artykulacja

Dyzartria czynnościowa zwykle przyjmuje postać przerywanej, zamazanej mowy lub jąkania z trudnościami w rozpoczęciu wypowiedzenia słów. Mowa może być spowolniona z wyraźnym zawahaniem w połowie zdania, kiedy najtrudniej przerwać. Mowa może stać się uproszczona (telegraficzna), pozbawiona przyimków i spójników. Podobnie jak w przypadku czynnościowego niedowładu objawy często nasilają się podczas badania, kiedy pacjent ma powtarzać słowa lub

zdania na polecenie, oraz podobnie jak jąkanie rozwojowe może ustępować, kiedy pacjent śpiewa lub mówi o czymś budzącym emocje. Zdarza się także całkowity mutyzm. Autorzy badali pacjenta, który przez cztery lata komunikował się za pomocą komputera, nim objawy ustąpiły.

Dysfonia

Czynnościowa dysfonia jest powszechnie obserwowana przez laryngologów, jednak w połączeniu z innymi objawami czynnościowymi również neurologi mogą się z nią zetknąć. Pacjent zwykle szepcze, a objawy mogą wystąpić po przebyciu zapalenia krtani. Co najmniej sześć randomizowanych badań kontrolowanych potwierdziło skuteczność terapii logopedycznej w tych przypadkach.

Globus

Globus to uczucie, że coś tkwi w gardle, nawet jeśli pacjent nic nie połyka. Nie wiadomo, jak często objaw ten można interpretować jako konsekwencję refluksu żołądkowo-przełykowego.

ZABURZENIA PAMIĘCI I FUNKCJI POZNAWCZYCH

Zaburzenia funkcji poznawczych występują powszechnie wśród pacjentów z neurologicznymi objawami czynnościowymi. Objawy te mogą być uznane (przez lekarza lub pacjenta) za konsekwencję zmęczenia, niepokoju lub obniżenia nastroju albo stanowić wiodący objaw. Obawa przed możliwymi przyczynami może nasilić objawy i być przyczyną skierowania do neurologa. Pacjenci hospitalizowani na oddziałach zaburzeń pamięci najczęściej nie odczuwają niepokoju (poza niepokojem związanym z zaburzeniami pamięci), obniżenia nastroju lub stresu.²³

Czynnościowe zaburzenia pamięci przypominają te, które uznaje się za normę. Pacjenci skarżą się na gubienie kluczy, gubienie wątku w rozmowie lub niemożność przypomnienia sobie przyczyny przyścia w dane miejsce. Pacjenci często

skarżą się również na nagle zapominanie podstawowych informacji, np. własnego adresu, by po chwili go sobie przypomnieć. Występują też trudności z doбором słów, przy czym prawdziwa dysfazja występuje rzadko.

W czystej niepamięci wstecznej pacjenci nie są w stanie przypomnieć sobie dużych fragmentów życia z przeszłości. W fudze dysocjacyjnej zaburzenia pojawiają się nagle, a pacjent niespodziewanie opuszcza dom lub miejsce pracy.

Proste testy zadań poznawczych powinni rozwiązywać nawet pacjenci z ciężkim otępieniem i po urazach głowy. Na przykład test „moneta w dłoni” polega na dziesięciokrotnym pokazywaniu pacjentowi, w której dłoni jest moneta, a następnie poproszeniu go, by zamknął oczy na 10 sekund i wybrał dłoń z monetą.²⁴ Wynik przypadkowy interpretuje się jako zły, natomiast wynik poniżej prawdopodobieństwa statystycznego może sugerować zaburzenie pozorowane lub symulację. W praktyce test nie pozwala jednak na rozróżnienie między świadomym i nieświadomym nasilaniem objawów.

Badania dodatkowe

Obecność dodatnich objawów potwierdzających czynnościowy charakter zaburzeń neurologicznych nie wyklucza współistnienia choroby neurologicznej. Dlatego często wykonanie badań neurologicznych jest niezbędne. Jeśli to tylko możliwe rozpoznanie czynnościowego podłoża niedowładu/ruchów mimowolnych powinno być sugerowane już w trakcie pierwszej wizyty i uzupełnione wyjaśnieniem, że lekarz oczekuje prawidłowych wyników badań dodatkowych. W sytuacji idealnej badania powinny być wykonane szybko i równolegle, a nie po sobie, by uniknąć niepewności związanej z przedłużającą się diagnostyką.

Symulacja

Symulację zawsze stawiano blisko hysterii, ponieważ ich objawy są powiązane z somatycznym układem nerwowym.²⁵ Rozróżnienie objawów, które są pod świadomą kontrolą, od tych, które takiej kontroli nie podlegają, jest trudne, ponieważ (1) objawy wykorzystywane w diagnostyce zaburzeń czynnościowych są takie same w symulacji, (2) lekarze nie są wyszkoleni w wykrywaniu oszustwa, (3) niektórzy pacjenci mogą oszukiwać samych siebie. Za symulacją przemawia udokumentowany wywiad dotyczący oszustw w przeszłości, podawania różnych danych osobowych, braki spójności w wywiadzie udzielanym klinicyście, unikanie badań dodatkowych. Jedyne dowody definitywnie potwierdzające symulację to: (1) przyłapanie pacjenta na czynności wyraźnie niezgodnej z prezentowanymi objawami (np. gra w squasha, gdy pacjent twierdzi, że porusza się na wózku inwalidzkim) lub (2) jeśli pacjent przyzna się do symulacji.⁵

Pomyłki diagnostyczne

Neurologzy obawiają się symulacji, natomiast lekarze innych specjalności, zwłaszcza psychiatrzy, więcej uwagi poświęcają możliwości popełnienia błędu diagnostycznego. W badaniach z lat 50. i 60. XX wieku odsetek niewłaściwie rozpoznanych hysterii sięgał 60%.^{27,28} Autorzy systematycznego przeglądu obejmującego 27 badań z udziałem łącznie 1466 pacjentów i średnio 5-letnim czasem obserwacji stwierdzili, że odsetek pomyłek po 1970 roku przed wynalezieniem tomografii i wideotelemetrii wynosił 4%.²⁸ W niedawnym badaniu szkockim z udziałem 1144 pacjentów wykazano jeszcze mniejszy odsetek – tylko 4 przypadki w ciągu 18 miesięcy obserwacji.⁵

Rokowanie

Długoterminowe badania obserwacyjne sugerują, że czynnościowe objawy neurologiczne utrzymują się u większości pacjentów, a do ich zmniejszenia dochodzi u około jednej trzeciej.^{4,29-31} Objawy czuciowe rokują lepiej niż niedowład, w którym z kolei są lepsze rokowania niż w utrwalonej dystonii.³⁰ Do czynników korzystnie wpływających na rokowanie należą: chęć zaakceptowania potencjalnej odwracalności objawów,¹³ akceptacja wpływu czynników psychologicznych na rozwój objawów, dobra relacja z lekarzem, krótkie utrzymywanie się objawów, brak innych objawów w badaniu przedmiotowym, współwystępowanie niepokoju i depresji, zmiana obciążenia stresem lub sytuacji materialnej (rozwód lub małżeństwo).⁴

Do czynników niekorzystnie wpływających na rokowanie należą: niechęć do zaakceptowania potencjalnej odwracalności objawów lub uszkodzenia, złość w chwili rozpoznania nieorganicznego podłoża objawów, opóźnienie rozpoznania, liczne objawy fizyczne lub zaburzenia somatyczne, współistniejąca choroba organiczna, zaburzenia osobowości, starszy wiek, wykorzystywanie seksualne w wywiadzie, finansowe korzyści, sprawa sądowa. W większości badań wymienione czynniki tłumaczą jednak tylko część zmienności. W praktyce niektórzy pacjenci z niekorzystnym profilem czynników dobrze odpowiadają na leczenie, a niektórzy pacjenci z dobrym profilem odpowiadają źle.

Leczenie: wytłumaczenie

Dane z piśmiennictwa potwierdzają, że dobre wytłumaczenie objawów pacjentowi z zaburzeniami czynnościowymi jest początkiem sukcesu terapeutycznego.³² W ramce 5 wymieniono elementy, które mogą mieć znaczenie podczas wyjaśniania podłoża dolegliwości i dostarczają konstruktywnej podstawy dla dalszego leczenia. Od przekonania lekarza o przyczynie objawów zależy, czy poinformuje pacjenta o obecności objawów

Ramka 5. Elementy skutecznego tłumaczenia objawów czynnościowych pacjentowi

Element	Przykład
Powiedz, na co pacjent choruje	„Ma Pan/Pani niedowład czynnościowy” „Ma Pan/Pani napady dysocjacyjne (nie padaczkowe)”
Wytłumacz mechanizm objawów, a nie przyczynę	Niedowład: „Pana/Pani układ nerwowy nie jest uszkodzony, jednak nie działa prawidłowo” Napady: „Wchodzi Pan/Pani w stany podobne do transu, jak podczas hipnozy”
Wytłumacz, jak dokonałeś diagnozy	Pokaż pacjentowi wideo z nagraniem objawu Hoovera, testu dostosowania się drżenia lub napadu dysocjacyjnego. Wytłumacz dlaczego nagranie jest charakterystyczne dla stawianego rozpoznania
Wytłumacz, jakiej choroby pacjent nie ma	„Nie choruje Pan/Pani na stwardnienie rozsiane, padaczkę itd.”
Zaznacz, że wierzysz pacjentowi	„Nie sądzę, że zmyśla Pan/ Pani swoje objawy”
Zaznacz, że takie objawy występują powszechnie	„Bardzo często mam do czynienia z tego typu objawami”
Podkreśl odwracalność objawów	„Ponieważ nie ma uszkodzenia, szansa na poprawę jest duża”
Zaznacz, że praca nad sobą jest kluczowa dla uzyskania poprawy	„To nie jest Pana/Pani wina, ale jest wiele możliwości, by sobie pomóc”
Przydatne metafory	„Urządzenie jest w porządku, ale mamy problem z oprogramowaniem”, „To tak jak z pianinem, które wymagaestrojenia”
Powiedz o znaczeniu depresji lub niepokoju	„Jeśli będzie Pan/Pani smutny lub zmartwiony, objawy mogą się nasilać” (zwykle lepiej tę informację przekazać podczas drugiej wizyty)
Udziel informacji na piśmie	Daj pacjentowi kartę informacyjną. Podaj adresy internetowe przydatnych stron (np. www.neurosymptoms.org)
Zasugeruj lek przeciwdepresyjny, jeśli uważasz to za słuszne	„Tak zwane antydepresanty często pomagają przy takich objawach, nawet u pacjentów bez obniżenia nastroju. One nie uzależniają”
Skieruj do psychiatry, jeśli uważasz to za słuszne	„Nie uważam, że Pan/Pani zwariował, ale dr X ma duże doświadczenie i jest zainteresowany pomocą w takich sytuacjach jak Pana/Pani. Chciałby/aby Pan/Pani porozmawiać o objawach z psychiatrą, by spróbować sobie pomóc?”
Zaangażuj rodzinę lub przyjaciół	Wytłumacz im także to wszystko

psychogennych, konwersyjnych, czynnościowych lub dysocjacyjnych. Większe znaczenie ma całościowe omówienie problemu. Kluczem jest stosowanie terminologii, która nie spowoduje wycofania się pacjenta. Takie sformułowania jak „psychogenne” są powszechnie interpretowane przez pacjentów jako oznaczające wariata lub symulanta, dlatego nawet jeśli są one bardziej adekwatne z teoretycznego punktu widzenia, należy zorientować się czy pacjent nie rozumie ich opatrzenie. Autorzy dowiedli, że „czynnościowy” jest przydatnym i możliwym do zaakceptowania terminem,³² który podobnie jak „dysocjacyjny” opisuje mechanizm, zostawiając sprawę przyczyn otwartą. Te dwa terminy umożliwiają bardziej zintegrowaną perspektywę, włączającą czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne jako stresory czynności nerwowych, i pozwalają wyznaczyć jako cel terapii odnowienie czynności układu nerwowego. Powszechnie uznaje się te terminy za szerokie i niejasne. Podejście czynnościowe można stosować na początku u wszystkich, a następnie jeśli okaże się to celowe można poruszyć sprawę czynników psychologicznych.

Ostatecznie pewność, z jaką zostanie postawione rozpoznanie, może mieć większe znaczenie od użytych słów.

Są też inne przeszkody na drodze do skutecznego wytłumaczenia. Nawet jeśli pacjent zaakceptuje rozpoznanie objawów czynnościowych, trudno je wytłumaczyć przyjacielom, rodzinie i pracodawcom. Neurologzy często czują się niepewnie w tym obszarze swojej praktyki i mogą próbować ominąć problem, informując jedynie pacjenta, że jego dolegliwości nie mają podłoża neurologicznego, co nie zaspokaja kluczowej dla chorych potrzeby – wyjaśnienia, co im dolega.

W tłumaczeniu można wykorzystać materiały z internetu. Na stworzonej przez autorów stronie www.neurosymptoms.org dostępne są darmowe informacje.

Dalsze postępowanie

Po wysunięciu podejrzenia czynnościowego podłoża dolegliwości neurologzy zwykle kończą udział w opiece nad

TABELA 2. PRZYKŁADY ZMIANY SPOSOBU MYŚLENIA I ZACHOWANIA, KTÓRE MOGĄ POMÓC PACJENTOWI Z OBJAWAMI CZYNNOŚCIOWYMI

	Napady dysocjacyjne	Niedowład czynnościowy	Przewlekły ból krzyża
Stary sposób myślenia	„O nie, co się ze mną dzieje, czy umrę podczas któregoś z tych napadów”	„Mam stwardnienie rozsiane. Skończę na wózku. Nikt mi nie wierzy”	„Mam uszkodzony kręgosłup, muszę unikać nadmiernego ruchu, bo jeszcze mi się pogorszy”
Nowy sposób myślenia	„Wpadam w stany przypominające trans, mam ataki paniki”	„Mm... to dziwne, ale wygląda na to, że może mi się poprawić. Lekarz ma rację, że gdy nie myślę o nodze, ona funkcjonuje lepiej”	„Moje kości są zdrowe, to moje mięśnie są sztywne i brakuje im wytrzymałości”
Stare zachowanie	Unikanie wychodzenia na zewnątrz. Stały lęk przed zagrożeniem	Konsultacje u licznych specjalistów. Brak mechanizmów radzenia sobie w razie pogorszenia	Unikanie ćwiczeń lub ruchów kręgosłupa.
Nowe zachowanie	Próby technik odwracających uwagę podczas objawów przepowiadających	Stopniowe ćwiczenia mające na celu nie skupianie się na niedowładnej kończynie. Zdobycie świadomości o możliwości nawrotu	Stopniowe rozpoczęcie ćwiczeń, ze świadomością możliwości ponownego zaostrzenia bólu

chorem i kierują pacjenta z powrotem do lekarza rodzinnego lub psychiatry. Mogą jednak odgrywać istotną rolę w dalszym postępowaniu przez tłumaczenie i wzmacnianie wcześniej postawionego rozpoznania. Jeśli pacjent zaufa lekarzowi, omówienie istotnych czynników psychologicznych i ewentualne skierowanie do psychiatry, który ma doświadczenie w tej materii, staje się stosunkowo łatwe. Co trzeci pacjent zgłaszający się do poradni neurologicznej ma objawy czynnościowe. Nie jest możliwe, by wszyscy otrzymali specjalistyczną pomoc psychologiczną, nie wszyscy też jej potrzebują. Pacjenci z łagodnymi objawami mogą wymagać jedynie kluczowych informacji i właściwego pokierowania.

Pacjenci z objawami utrudniającymi funkcjonowanie zwykle wymagają dalszego leczenia. W niedawnym randomizowanym badaniu kontrolowanym wykazano skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w psychogennych napadach rzekomopadaczkowych w porównaniu ze standardową terapią w 6-miesięcznej obserwacji.³³ Podobnie obiecujące wyniki uzyskano w kontrolowanym badaniu randomizowanym dotyczącym zaburzeń somatyzacyjnych.³⁴ W innym niekontrolowanym badaniu wykazano podobną skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w dysocjacyjnych napadach rzekomopadaczkowych³³ oraz skuteczność psychoterapii eklektycznej w szerokim spektrum czynnościowych zaburzeń neurologicznych.³⁵

Psychiatrzy i psycholodzy muszą być odpowiednio wprowadzeni w proces diagnostyczny pacjentów z objawami czynnościowymi, by wzmocnić podłoże racjonalne rozpoznania (np. muszą mieć świadomość, że pacjent nie został do nich skierowany, ponieważ wszystkie badania są prawidłowe, ale dlatego, że ma objawy potwierdzające rozpoznanie). Ważne, aby pacjent otrzymał od nich informacje spójne z wcześniej otrzymanymi od neurologa. Psychiatra powinien także ocenić

choroby współistniejące, takie jak depresja, lęk czy zaburzenia osobowości. Kiedy rozpoznanie jest ustalone, można wykonać różne strategie postępowania.

Terapia poznawczo-behawioralna polega na zmianie sposobu myślenia pacjenta o swoich objawach i ich behawioralnych konsekwencjach (tab. 2). Jest to podejście oparte na teorii uczenia się i stawia sobie za zadanie szczegółowe zbadanie interakcji między objawami fizykalnymi, myślami, zachowaniem i nastrojem. Na przykład osoba z bólami krzyża może odpoczywać w pierwszych chwilach zaostrzenia, co powoduje ustąpienie bólu, ale prowadzi do pogorszenia funkcjonowania długoterminowego. Przekonania na temat choroby także odgrywają rolę. Pacjent może sądzić, że zaostrzenie jego bólu krzyża świadczy o uszkodzeniu i zaczyna unikać tego tematu, co może być przyczyną wzmoczonego napięcia mięśniowego i wadliwej postawy, które uprawdopodobniają uszkodzenie. Podobne błędne koła często przyczyniają się do rozwoju objawów czynnościowych, a terapia ma za zadanie je przerwać.

Historycznie terapia psychodynamiczna była popularna w leczeniu neurologicznych objawów czynnościowych, jednak brakuje dla niej uzasadnienia empirycznego. Istnieją natomiast dowody na skuteczność krótkiej terapii psychodynamicznej w innych objawach somatycznych, takich jak np. zespół jelita drażliwego i przewlekły ból.³⁶ Terapia ta oparta jest na założeniu, że objawy są próbą cieczi od konfliktu interpersonalnego, który powstaje na bazie nieprawidłowych wzorców relacji interpersonalnych z dzieciństwa i wpływają destrukcyjnie na relacje społeczne w życiu dorosłym. Na przykład pacjent, który doświadczył znieważania w procesie wychowania, może interpretować neutralne polecenia lekarza jako atak lub agresję, ponieważ identyfikuje paternalistyczną rolę lekarza ze znieważającym ojcem. Agresywne lub skrajnie pasywne zachowanie pacjenta może rodzić uczucie

irytacji u lekarza, co sprawia, że wyobrażenia chorego się urzeczywistniają. Terapia oparta na tych prawidłowościach ma za zadanie uświadomienie pacjentowi podświadomych mechanizmów utrudniających mu przystosowanie, co pozwala na dojralsze i umiejętne rozwiązywanie konfliktów interpersonalnych, a to z kolei niweluje domniemaną potrzebę psychiczną manifestacji objawów somatycznych.

Poza wyżej wymienionymi metodami, jest też kilka innych pomocnych technik.

Fizjoterapia jest ważna dla osób z fizyczną niesprawnością. W przypadku niedowładu w trakcie ćwiczeń lepiej stosować techniki rozpraszające uwagę niż skupiać się na niedowładnych kończynach, jak ma to miejsce po udarze. Zasada stopniowania wysiłku, jak w zespole przewlekłego zmęczenia, wydaje pomocna. W przypadku bólu krzyża należy poinformować pacjenta, że ból może się nasilić po powrocie do aktywności. Techniki wykorzystujące wyobraźnię i terapia lustrzana mogą być przydatne w złożonym zespole bólu mieszcowego.

Urządzenia usprawniające i świadczenia chorobowe: Pacjenci niesprawni z powodu objawów czynnościowych mogą pytać, czy powinni stosować wózek inwalidzki lub czy powinni otrzymywać świadczenia finansowe związane z pogorszeniem stanu zdrowia. Postępowanie w tej sytuacji nie różni się od tego w potencjalnie odwracalnej niesprawności o innej etiologii. Wózek inwalidzki i świadczenia finansowe zdecydowanie poprawiają niezależność i ogólne samopoczucie niektórych pacjentów, ale stają się też przeszkodą w rehabilitacji, zniechęcając do codziennej aktywności i wczesnego powrotu do pracy.

Hipnoza ma długą tradycję w leczeniu czynnościowych objawów neurologicznych, a zwłaszcza dotyczących układu ruchowego. W dwóch kontrolowanych badaniach randomizowanych stwierdzono brak korzyści w grupie pacjentów z czynnościowymi objawami dotyczącymi układu ruchowego.³⁷ Pacjenci mogą uczyć się autohipnozy lub innych technik relaksacyjnych.

Sedacja: Pacjenci z utrwalonym porażeniem lub dystonią mogą odnieść korzyści z badania w sedacji. Autorzy raczej nie sugerują zbierania wywiadu, natomiast stosują badanie przedmiotowe, które ma na celu demonstrację lepszej czynności pod wpływem leków sedujących niż przy pełnej świadomości. Demonstracja taka ma stanowić bodziec rozpoczynający proces poprawy. Anestezjolog miareczkuje propofol dożylnie do chwili, gdy pacjent jest prawie nieprzytomny. Procedura jest filmowana, by można ją było potem pokazać pacjentowi. W przypadku pacjentów z utrwaloną dystonią dodatkową korzyścią z badania jest możliwość oceny obecności przykurczy. Ważne, aby pacjentom, których niesprawność zmniejszyła się podczas sedacji, zapewnić niezwłocznie intensywną rehabilitację.

FARMAKOTERAPIA

Dane dotyczące stosowania leków przeciwdepresyjnych w objawach czynnościowych są ograniczone. Wyjątek

stanowi nowe badanie selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny w napadach rzekomopadaczkowych.³⁸ W przeglądzie systematycznym wykazano, że leki przeciwdepresyjne są skuteczne w szerokim zakresie objawów czynnościowych z innych specjalizacji, a wyniki zdają się nie zależeć od obecności lub braku obniżonego nastroju. Jeśli objawom czynnościowym towarzyszy niepokój, depresja lub napady lęku, wdrożenie leczenia ma uzasadnienie. Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne wykazują udokumentowaną skuteczność w bólu i bezsenności. Zawsze, gdy wskazana jest farmakoterapia, należy ją rozpoczynać od małych dawek i pozwolić je zwiększać. O dobrej opiece świadczy należyte poinformowanie o działaniach niepożądanych i ich odpowiednie monitorowanie.

BRAK POPRAWY KLINICZNEJ

Objawy czynnościowe zwykle nie wycofują się automatycznie. Neurologzy muszą pamiętać, że tylko u jednego na trzech pacjentów nastąpi spontaniczna poprawa (lub u jeszcze mniejszej liczby w przypadku takich objawów, jak utrwalona dystonia). Należy podtrzymywać wiarę pacjenta w postawione rozpoznanie i możliwość ustąpienia objawów, bo niepewność rozpoznania jest jednym z wielu czynników podtrzymujących objawy. Jeśli mimo czynionych wysiłków, pacjent nie wierzy w postawione rozpoznanie lub go nie rozumie, wówczas lekarz nie jest w stanie nic więcej zrobić. Bywa też tak, że pacjent w pełni akceptuje rozpoznanie, jednak nikt nie jest w stanie mu pomóc. W takiej sytuacji pacjentowi należy powiedzieć, że zrobiono w danym momencie wszystko, co możliwe, a jego objawy mogą ustąpić w przyszłości, natomiast obecnie powinien wypracować sobie strategie radzenia sobie z objawami. W takiej sytuacji zadaniem lekarza rodzinnego jest uświadomienie sobie bezbronności wobec objawów, leczenie towarzyszących zaburzeń nastroju i lęku oraz jeśli to możliwe ochrona chorego przed zbędnymi badaniami dodatkowymi.

Podsumowanie

Czynnościowe i dysocjacyjne objawy neurologiczne występują powszechnie i są przyczyną niesprawności i stresu. Rozpoznanie powinno być stawiane na podstawie obecności pozytywnych, niespójnych lub sprzecznych objawów oraz doskonałej znajomości przebiegu naturalnego chorób, a nie na podłożu psychologicznym. Neurologzy mają szansę zmienić los wielu pacjentów przez cierpliwe i racjonalne tłumaczenie rozpoznania oraz właściwe pokierowanie.

Zróżła wiedzy na temat samopomocy dla pacjentów: www.neurosymptoms.org. Jest to strona zawierająca materiały poświęcone objawom opisanym w tym artykule.

Artykuł z *Neurologic Clinics of North America* (Volume 29, Number 1, February 2011, Pages 1-18, Jon Stone, Alan Carson) jest publikowany za zgodą Elsevier Inc., New York, New York, USA.

Tłumaczenie Medical Tribune Polska. Ani autorzy, licencjonodawca, Elsevier Inc., i wydawca, Medical Tribune Polska, nie gwarantują ani nie odnoszą się do jakości i wartości reklamowanych produktów i usług, ani stanowiska reprezentowanego przez reklamodawców.

PIŚMIENNICTWO

- Stone J, LaFrance WC, Levenson JL, et al. Issues for DSM-5: conversion disorder. *Am J Psychiatry* 2010;167:626–7.
- Friedman JH, LaFrance WC Jr. Psychogenic disorders: the need to speak plainly. *Arch Neurol* 2010;67:753–5.
- Espay AJ, Goldenhar LM, Voon V, et al. Opinions and clinical practices related to diagnosing and managing patients with psychogenic movement disorders: an international survey of Movement Disorder Society members. *Mov Disord* 2009;24:1366–74.
- Crimlisk HL, Bhatia K, Cope H, et al. Slater revisited: 6 year follow up study of patients with medically unexplained motor symptoms. *BMJ* 1998;316:582–6.
- Stone J, Carson A, Duncan R, et al. Symptoms 'unexplained by organic disease' in 1144 new neurology out-patients: how often does the diagnosis change at follow-up? *Brain* 2009;132:2878–88.
- Carson A, Stone J, Hibberd C, et al. Disability, distress and unemployment in neurology outpatients with symptoms 'unexplained by disease'. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, in press.
- Sharpe D, Faye C. Non-epileptic seizures and child sexual abuse: a critical review of the literature. *Clin Psychol Rev* 2006;26:1020–40.
- Binzer M, Andersen PM, Kullgren G. Clinical characteristics of patients with motor disability due to conversion disorder: a prospective control group study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1997;63:83–8.
- Roelofs K, Spinhoven P, Sandjck P, et al. The impact of early trauma and recent life-events on symptom severity in patients with conversion disorder. *J Nerv Ment Dis* 2005;193:508–14.
- Cojan Y, Waber L, Carruzzo A, et al. Motor inhibition in hysterical conversion paralysis. *Neuroimage* 2009;47:1026–37.
- Vuilleumier P, Chicherio C, Assal F, et al. Functional neuroanatomical correlates of hysterical sensorimotor loss. *Brain* 2001;124:1077–90.
- Espay AJ, Morgante F, Purzner J, et al. Cortical and spinal abnormalities in psychogenic dystonia. *Ann Neurol* 2006;59:825–34.
- Sharpe M, Stone J, Hibberd C, et al. Neurology out-patients with symptoms unexplained by disease: illness beliefs and financial benefits predict 1-year outcome. *Psychol Med* 2010;40:689–98.
- Stone J, Warlow C, Sharpe M. The symptom of functional weakness: a controlled study of 107 patients. *Brain* 2010;133:1537–51.
- Hallett M, Fahn S, Jankovic J, et al. Psychogenic movement disorders. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
- Hallett M. Physiology of psychogenic movement disorders. *J Clin Neurosci* 2010;17:959–65.
- Schrag A, Trimble M, Quinn N, et al. The syndrome of fixed dystonia: an evaluation of 103 patients. *Brain* 2004;127:2360–72.
- Lempert T, Brandt T, Dieterich M, et al. How to identify psychogenic disorders of stance and gait. A video study in 37 patients. *J Neurol* 1991;238:140–6.
- Baik JS, Lang AE. Gait abnormalities in psychogenic movement disorders. *Mov Disord* 2007;22:395–9.
- Keane JR. Triplopia: thirteen patients from a neurology inpatient service. *Arch Neurol* 2006;63:388–9.
- Chen CS, Lee AW, Karagiannis A, et al. Practical clinical approaches to functional visual loss. *J Clin Neurosci* 2007;14:1–7.
- Ruotsalainen JH, Sellman J, Lehto L, et al. Interventions for treating functional dysphonia in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;3:CD006373.
- Schmidke K, Pohlmann S, Metternich B. The syndrome of functional memory disorder: definition, etiology, and natural course. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008;16:981–8.
- Kapur N. The coin-in-the-hand test: a new "bed-side" test for the detection of malingering in patients with suspected memory disorder. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994;57:385–6.
- Kanaan R, Armstrong D, Barnes P, et al. In the psychiatrist's chair: how neurologists understand conversion disorder. *Brain* 2009;132:2889–96.
- Sharpe M. Distinguishing malingering from psychiatric disorders. In: Halligan PW, Bass C, Oakley DA, editors. *Malingering and illness deception*. Oxford: OUP; 2003.
- Stone J, Hewett R, Carson A, et al. The 'disappearance' of hysteria: historical mystery or illusion? *J R Soc Med* 2008;101:12–8.
- Stone J, Smyth R, Carson A, et al. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and "hysteria". *BMJ* 2005;331:989.
- McKenzie P, Oto M, Russell A, et al. Early outcomes and predictors in 260 patients with psychogenic nonepileptic attacks. *Neurology* 2010;74:64–9.
- Stone J, Sharpe M, Rothwell PM, et al. The 12 year prognosis of unilateral functional weakness and sensory disturbance. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2003;74:591–6.
- Jankovic J, Vuong KD, Thomas M. Psychogenic tremor: long-term outcome. *CNS Spectr* 2006;11:501–8.
- Carton S, Thompson PJ, Duncan JS. Non-epileptic seizures: patients' understanding and reaction to the diagnosis and impact on outcome. *Seizure* 2003;12:287–94.
- Goldstein LH, Chalder T, Chigwedere C, et al. Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: a pilot RCT. *Neurology* 2010;74(24):1986–94.
- Allen LA, Woolfolk RL, Escobar JJ, et al. Cognitive-behavioral therapy for somatization disorder: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2006;166(14):1512–8.
- Reuber M, Burness C, Howlett S, et al. Tailored psychotherapy for patients with functional neurological symptoms: a pilot study. *J Psychosom Res* 2007;63:625–32.
- Abbass A, Kisely S, Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. Systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Psychother Psychosom* 2009;78:265–74.
- Moene FC, Spinhoven P, Hoogduin KA, et al. A randomised controlled clinical trial on the additional effect of hypnosis in a comprehensive treatment programme for in-patients with conversion disorder of the motor type. *Psychother Psychosom* 2002;71:66–76.
- LaFrance WC Jr, Keitner GI, Papandonatos GD, et al. Pilot pharmacologic randomized controlled trial for psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology* 2010;75:1166–73.
- O'Malley PG, Jackson JL, Santoro J, et al. Antidepressant therapy for unexplained symptoms and symptom syndromes. *J Fam Pract* 1999;48:980–90.