

# Co jest tak szczególnego w zaburzeniu konwersyjnym? Prezentacja problemu propozycji klasyfikacji diagnostycznej

Richard A. Kanaan, Alan Carson, Simon C. Wessely, Timothy R. Nicholson, Selma Aybek, Anthony S. David

*The British Journal of Psychiatry* (2010) 196, 427–428.

Zaburzenie konwersyjne stanowi problem w rewizjach DSM-IV i ICD-10 z przyczyn, które odzwierciedlają ogólniejsze trudności dotyczące klasyfikacji psychiatrycznych. Rezygnacja z kryteriów opartych na etiologii psychologicznej może być bolesna, jednak stanowi właściwy krok.

Wydaje się, że bliskie jest osiągnięcie zgodności w kwestii propozycji klasyfikacji zaburzeń pod postacią somatyczną, natomiast nikt nie wie, co zrobić z zaburzeniem konwersyjnym.<sup>1-3</sup> Ogólnie, zaburzenia pod postacią somatyczną można przedstawić za pomocą modelu, w którym objawy fizyczne są modyfikowane przez czynniki psychospołeczne, umieszczającego czynniki fizjologiczne w centrum procesu diagnostycznego, co dodatkowo zmniejsza stygmatyzację związaną z tym zaburzeniem. Oznacza ono po prostu pewne procesy fizjologiczne, które dotyczą wszystkich i, zgodnie z wysuwanyymi propozycjami, stają się bardziej problematyczne wskutek wpływu czynników psychospołecznych. Niestety, chociaż takie wytłumaczenie może mieć sens w przypadku wielu różnych zaburzeń pod postacią somatyczną, od zespołu jelita drażliwego do fibromialgii, nie ma zastosowania w odniesieniu do zaburzenia konwersyjnego.<sup>2</sup> Stanowi to pro-

blem w DSM-V i ICD-11 z przyczyn, które dostarczają więcej informacji na temat praktycznych i politycznych trudności dotyczących klasyfikacji psychiatrycznych.

## Co jest szczególnego w zaburzeniu konwersyjnym?

Problem związany z zaburzeniem konwersyjnym nie polega na trudnościach w wyjaśnieniu, w jaki sposób objawy fizjologiczne stały się aż takim obciążeniem, ale na wytłumaczeniu, w jaki sposób doszło do rozwoju objawów konwersyjnych. Trudno jest na przykład postrzegać historyczne porażenie jako wzmocnienie normalnych objawów, gdy wydaje się ono raczej dysfunkcją fizyczną powstającą *de novo*. Za pomocą dobrze znanych argumentów próbuje się wytłumaczyć, czy ten rodzaj dysfunkcji pojawia się samoistnie, co można by najbardziej przekonująco tłumaczyć wpływem czynników psychologicznych.<sup>4</sup> Od dwustu

Richard A. Kanaan, MRCPsych, Kings College London, Institute of Psychiatry, London; Alan Carson, FRCPsych, School of Molecular and Clinical Medicine, University of Edinburgh; Simon C. Wessely, FRCPsych, Timothy R. Nicholson, MRCPsych, Kings College London, Institute of Psychiatry, London; Selma Aybek, MD, Kings College London, Institute of Psychiatry, London, UK, and University Hospital, Lausanne, Switzerland; Anthony S. David, FRCPsych, Kings College London, Institute of Psychiatry, London, UK

Adres do korespondencji: dr Richard Kanaan, Department of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, Weston Education Centre, PO62, London SE5 9RJ, UK. E-mail: richard.kanaan@kcl.ac.uk

Richard A. Kanaan jest konsultantem neuropsychiatrą w Maudsley Hospital, gdzie nadzoruje specjalizację kliniczną dotyczącą czynnościowych zaburzeń neurologicznych oraz zajmuje się badaniami nad zaburzeniem konwersyjnym w Instytucie Psychiatrycznym w Londynie. Alan Carson kieruje oddziałem neurorehabilitacji dla pacjentów z nabytym uszkodzeniem mózgu oraz ogólnym leczeniem neuropsychiatrycznym w rejonowym klinicznym oddziale neurologicznym w Szkocji. Simon C. Wessely jest profesorem epidemiologii psychiatrycznej i psychiatrii konsultacyjnej w Instytucie Psychiatrycznym oraz psychiatrą konsultantem w Maudsley Hospital. Timothy R. Nicholson jest badaczem klinicznym zajmującym się zaburzeniem konwersyjnym oraz posiada specjalizację psychiatryczną honoris causa w Instytucie Psychiatrycznym. Selma Aybek jest certyfikowanym przez komisję szwajcarskim neurologiem, aktualnie kończącym stypendium naukowo-badawcze w Instytucie Psychiatrycznym, mające na celu zbadanie neurologicznych korelatów zaburzenia konwersyjnego. Anthony S. David szkolił się w neurologii zanim został psychiatrą i pełni funkcję neuropsychiatry konsultanta w Maudsley Hospital.

Finansowanie: R.A.K. otrzymywał wsparcie od Wellcome Trust S.C.W., a A.S.D. był częściowo sponsorowany przez South London and Maudsley National Health Service Foundation Trust/Institute of Psychiatry, National Institute of Health Research Biomedical Research Centre. T.R. otrzymywał wsparcie od Medical Research Council. S.A. otrzymywał wsparcie od Swiss National Research Foundation. A.S.D. otrzymywał honoraria za wykłady od firm Janssen-Cilag, Eli Lilly u AstraZeneca za prace nie związane z zaburzeniem konwersyjnym. Konflikt interesów: brak.

lat lekarze spierali się o procesy psychologiczne – sugestię, hipnozę, dysocjację, wyparcie lub zaprzeczenie, które, jak przypuszczali, były odpowiedzialne za te rzekomo neurologiczne objawy, mimo braku uchwytanych odchyłeń anatomicznych i fizjologicznych. Aktualnie kryteria zaburzeń konwersyjnych w DSM-IV i ICD-10 odzwierciedlają ten punkt widzenia na dwa sposoby: po pierwsze, konieczny jest udział czynników psychospołecznych i, po drugie, zaburzenie nie może wynikać tylko z symulacji.<sup>5,6</sup> Innymi słowy, etiologia obejmuje niewątpliwe, chociaż nieswoiste, czynniki psychologiczne, a objawy nie mogą być udawane. Pod tymi dwoma względami kryteria zaburzenia konwersyjnego są wyjątkowe.

### Problem związany z zaburzeniem konwersyjnym

Konwersja jest nie tylko problemem harmonii nozologicznej, ale zagraża całemu konstruktowi fizjologicznych zaburzeń pod postacią somatyczną. Jeżeli zaburzenie konwersyjne można interpretować jako w całości psychologiczne, to dlaczego nie napięciowe bóle głowy? Zaburzenie konwersyjne wprowadza również kryteria wyjaśniające – procesy psychologiczne przy braku symulacji – które są niepopularne, nieudowodnione i niezwykle mało wiarygodne.<sup>7</sup> Żadne z tych kryteriów nie jest rozstrzygające pod względem formalnym: nie ma przekonującego klinicznego systemu badawczego, który pozwoliłby ustalić, czy istnieje wyjaśnienie psychologiczne albo czy pacjent symuluje. Czasami można określić jednoznacznie, że te kryteria są spełnione: zdarza się, że wyjaśnienie psychologiczne jest oczywiste. Niekiedy pacjent zostanie przyłapany na oczywistym udawaniu; jednak w wielu przypadkach nigdy nie zostanie to udowodnione. Czy powinno się zatem stwierdzić, że ci pacjenci nie udają, ponieważ nie udowodniono, że tak jest, oraz że nie ma wyjaśnienia psychologicznego, gdyż go nie znaleziono, i odesłać ich z powrotem do neurologa?

Odpowiedź nie jest hipotetyczna. Neurologi opisują częsty scenariusz, w którym wykazują, że objawy nie mają podłoża neuropatologicznego i kierują pacjenta do psychiatry, który odsyła go z powrotem, stwierdzając, że nie znalazł żadnego zaburzenia psychicznego.<sup>8</sup> Co mamy zrobić z takimi osobami? Lekarze żadnej z dwóch specjalności nie znają wyjaśnienia ich dolegliwości. Jest jednak pewna różnica: neurolog zrobi coś więcej, niż tylko zauważy, że objawy są niezwykle lub dziwne, ale w wielu przypadkach postawi kliniczne rozpoznanie zaburzeń konwersyjnych na podstawie stwierdzenia, że objawy nie mają przyczyn neuroanatomicznych lub fizjologicznych. Wykazuje w ten sposób, że zaburzenie nie ma charakteru neurologicznego, co było podejrzewane już wcześniej. Z drugiej strony psychiatra stwierdza jedynie, że nie udało się wykazać, że zaburzenie ma charakter psychiczny. Są oczywiście granice pewności neurologów: najlepiej, aby wykazali brak zgodności samych objawów, np. ogromną różnicę w ich nasileniu na koźetce, na której przeprowadza się badanie, i poza nią. Często będziemy mieć do czynienia tylko z objawami nieproporcjo-

nalnymi do badania lub nieodpowiadającymi znanym zaburzeniom. Nie trzeba jednak martwić się o nadmierną liczbę wyników fałszywie dodatnich,<sup>9</sup> ponieważ wydaje się, że neurologi wiarygodnie definiują tę grupę diagnostyczną jako pacjentów cierpiących na zaburzenia „czynnościowe”.

Zatem na przykładzie zaburzeń konwersyjnych można zauważyć kilka problemów związanych z klasyfikacjami. Kryteria mają obejmować grupę, której nie obejmują, dlatego rozpoznanie w tym przypadku można postawić raczej wbrew kryteriom niż na ich podstawie. Opierają się na etiologii, która w najlepszym przypadku jest przypuszczalna, a w najgorszym przestarzała, jednak nie udało się posłużyć innym sformułowaniem mimo „dekady mózgu” i dążenia do jak największej trafności. Pozostaje również osobliwy podział między specjalizacjami, w którym neurologi odgrywają rolę wspomagającą w ustaleniu rozpoznania, chociaż ostatecznie okazują się bezsilni wobec tych zaburzeń.

### Propozycje kryteriów zaburzenia konwersyjnego

Autorzy proponują, aby przyjąć po prostu następujące kryteria diagnostyczne zaburzenia konwersyjnego:

- 1) u pacjenta występują objawy sugerujące ruchowy lub czuciowy deficyt neurologiczny o istotnym nasileniu;
- 2) ze znacznym prawdopodobieństwem wykluczono, aby za obserwowane objawy odpowiedzialne były zmiany neuropatologiczne.

Należy zrezygnować z kryteriów dotyczących wpływu czynników psychologicznych i wykluczenia symulowania. Nie dlatego, że są one nieistotne, ale ponieważ obecnie nie można ich określić. Można potraktować je jako dodatkowe wskazówki, każące zachować czujność; jako czynniki przypominające w terapii lub nawet jako czynniki wspomagające, jeżeli występują. Trzeba by było zmienić nazewnictwo tak, aby odzwierciedlało takie podejście, a rozpoznanie przemianować na „czynnościowe objawy neurologiczne”, w ramach których wyróżniano by podgrupę o ustalonym podłożu psychologicznym, która zatrzymałaby miano „zaburzenia konwersyjnego”. Należy również w pełni dostosować do siebie kryteria ICD i DSM, a rozpoznanie umiejscowić w grupie zaburzeń pod postacią somatyczną, a nie w grupie zaburzeń dysocjacyjnych, ponieważ proces sugerowany przez tę ostatnią kategorię jest również tylko domniemany.

### Cele klasyfikacji

Mimo prostoty sformułowań wybór kategorii diagnostycznej dla zaburzeń konwersyjnych w żadnym wypadku nie był prosty. Kategorie diagnostyczne służą komunikowaniu się między lekarzami, komunikowaniu się z pacjentami, a także stanowią próbę zbliżenia się do prawdy. Wszystkie dostępne terminy spełniają niektóre z tych celów, jednak żaden nie spełnia wszystkich, co jednak oznacza zdrowy kompromis. Propozycje zmian mogą nie wydawać się szczególnie radykalne. Propono-

wane jest jedynie dalsze zmniejszenie znaczenia założeń psychologicznych, których waga malała wraz z każdym kolejnym wydaniem klasyfikacji diagnostycznych. Rzeczywiście, podobne propozycje uwzględniono w ostatnim przeglądzie kolejnych wydań, ze względu na to, że brakuje dowodów na poparcie kryteriów psychologicznych oraz ich w większym stopniu wyraźnie etiologiczny, a nie opisowy charakter.<sup>10</sup> Chociaż kryteria psychologiczne charakteryzują się małą rzetelnością w zastosowaniu i różnicowaniu, niewątpliwie charakteryzują się dużą trafnością. Nikt, kto miał do czynienia z pacjentem, u którego przed wejściem na scenę wystąpił bezgłos lub dystonia ręki po podpisaniu niechcianego dokumentu, nie ma wątpliwości, że istotny jest udział czynników psychologicznych nadających znaczenie problemowi. Dlatego tak uderzające jest założenie, że podobna sytuacja ma miejsce w przypadku jakiegokolwiek innego pacjenta, jeżeli tylko nam o tym powie. Rezygnacja z tego kryterium oznaczać będzie utratę pewnej wartości – ostatniego oparcia dla teorii Freuda – oraz zrezygnowanie z jednego z nielicznych pozostałych kryteriów, w których psychiatrzy wydają się mieć coś szczególnego do dodania w czasie, kiedy ich wartość jest coraz bardziej zagrożona. Mogłoby to oznaczać, że neurologi mogą diagnozować zaburzenia konwersyjne podobnie, jak gastroenterolodzy mogą diagnozować zespół jelita drażliwego. Oznacza to ponadto, że w niektórych przypadkach zaburzenie konwersyjne rzeczywiście nie znajduje wyjaśnienia w żadnej dziedzinie medycyny, włącznie z psychiatrią. Odzwierciedla to jednak rzeczywisty stan obecnej wiedzy oraz wyznacza nowsze ekscytujące kierunki badań.

## Podziękowania

Jesteśmy wdzięczni Jonowi Stone'owi za komentarze dotyczące wcześniejszych wersji tego artykułu.

From the *British Journal of Psychiatry* (2010) 196, 427–428. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyright © 2010, 2011 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

## Piśmiennictwo

1. Noyes R, Stuart SP, Watson DB. A reconceptualization of the somatoform disorders. *Psychosomatics* 2008; 49:14–22.
2. Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G, Kroenke K, Sharpe M. Somatoform disorders: time for a new approach in DSM–V. *Am J Psychiatry* 2005;162:847–55.
3. Dimsdale J, Creed F. The proposed diagnosis of somatic symptom disorders in DSM–V to replace somatoform disorders in DSM–IV: a preliminary report. *J Psychosom Res* 2009;66:473–6.
4. Spence SA. Disorders of willed action. In *Contemporary Approaches to the Study of Hysteria* (eds P Halligan, C Bass, J Marshall): 235–50. Oxford University Press, 2001.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edn, text revision) (DSM–IV–TR). APA, 2000.
6. World Health Organization. *The ICD–10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. WHO, 1992.
7. Wessely S. Discrepancies between diagnostic criteria and clinical practice. In *Contemporary Approaches to the Study of Hysteria* (eds P Halligan, C Bass, J Marshall): 63–72. Oxford University Press, 2001.
8. Espay AJ, Goldenhar LM, Voon V, Schrag A, Burton N, Lang AE. 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.
9. Stone J, Smyth R, Carson A, Lewis S, Prescott R, Warlow C, et al. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and 'hysteria'. *BMJ* 2005;331:989.
10. Martin RL. Conversion disorder, proposed autonomic arousal disorder, and pseudocyesis. In *DSM–IV Sourcebook* (ed TA Widiger): 893–914. American Association, 1996.

## KOMENTARZ

**Dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski**

Specjalista psychiatra, psychoanalizy jungowski  
Katedra Psychoterapii UJ CM

Podejście do zaburzeń konwersyjnych zmieniało się w czasie. W ciągu kilkudziesięciu lat wycofano się ze stosowania rozpoznania hysterii, wykreślając ją z kryteriów diagnostycznych i poniekąd dzieląc ją na bardziej szczegółowe zaburzenia, jak konwersyjne, dysocjacyjne czy histrioniczne zaburzenie osobowości i inne. Jest to wyrazem ogólnego trendu widocznego w budowaniu kryteriów DSM i ICD, ograniczania podziału do obrazu klinicznego niezależnie od etiologii. Trochę inne oczekiwania wyrażają autorzy – tekst koncentruje się na kwestii etiologii zaburzeń konwersyjnych, z wyrażaną nadzieją, że uda się odnaleźć wspólną etiologię tej grupy zaburzeń. Można jedynie mieć nadzieję, że etiologia tych zaburzeń zostanie dokładnie określona, ale czy będzie ona pokrywać się z kryteriami opartymi jedynie o objawy, to pokaże przyszłość. Wątpliwość jest uzasadniona, gdyż wystarczy spojrzeć na niejednorodność etiologii zaburzeń lękowych. I tu pojawia się kolejny punkt w dyskusji, nikt nie umniejsza znaczenia czynników psychologicznych w powstaniu zaburzeń lękowych tylko dlatego, że opisano ich mechanizmy biologiczne. Zarówno fobie, jak i PTSD są w jednej grupie, choć ich neurobiologia, jak i tło psychologiczne są różne. Czy dlatego, że prawdopodobnie kiedyś zostanie opisana neurobiologia zaburzeń konwersyjnych ma zostać automatycznie wykluczone tło psychogenne? Chyba przesadne podejście. Sami autorzy ilustrują tekst przykładami skurczu dłoni – objawu konwersyjnego o niewątpliwym tle psychogennym. Wyobrażenie, że odkrycie mechanizmów biologicznych ma w jakikolwiek sposób umniejszyć przeżywanie, trochę cofa do czasów XIX-wiecznego dualizmu i rozdziału umysłu od ciała. To właśnie dzięki badaniom mózgu wiemy, że emocje mogą wywoływać różnorodne objawy somatyczne. I kolejne odkrycia raczej potwierdzą ten związek. Inna sprawa jak ująć tło psychogenne w kryteriach diagnostycznych? Ale po co ujmować skoro kryteria oparte są tylko na objawach? Odpowiedź jest oczywista, jeśli kryteria mają być konsekwentne, to etiologia jest istotna dla rozumienia zaburzenia, ale nie dla kryteriów takich jak DSM czy ICD. Tło emocjonalne w powstawaniu zaburzeń

jest jednym z elementów polietiologii, zakładającej współdziałanie czynników biologicznych i psychologicznych na różnych etapach rozwoju i aktualnego obciążenia stresem.

W artykule zwrócono uwagę na odróżnienie zaburzeń konwersyjnych od symulacji, jest to rzecz jasna bardzo ważna kwestia przy wszystkich zaburzeniach o tle psychogennym. Oczywiście, jeśli stwierdzamy symulację, to nie ma mowy o postawieniu rozpoznania samego zaburzenia. Warto jednak przypomnieć definicję symulacji, która mówi, że jest to świadome udawanie objawów w celu osiągnięcia określonych korzyści, oczywiście najczęściej materialnych. Jeśli korzyści są innego rodzaju, jak np. w zaburzeniu pozorowanym, i tak stawia się rozpoznanie zaburzenia psychicznego, wychodząc z założenia, że mechanizm jest oparty na nieprawidłowym sposobie zaspokajania potrzeb. Cóż, bez wątpliwości, które pojawiają się w sytuacji gdy np. ktoś boli brzuch, to czy tylko tak mówi, a może boli, ale psychogenie, diagnostyka nie byłaby sztuką.

I oczekiwanie takiego trochę uproszczenia jest zawarte w tekście, oczywiście gastroenterolodzy rozpoznają zespół jelita drażliwego, neurologi wskazują na zaburzenia konwersyjne, ale to nie wszystko, przecież chodzi jeszcze o leczenie, a do leczenia tła psychogennego potrzeba umiejętności psychoterapeutycznych. Tekst nie wspomina o nich, trochę tak jakby zmierzano do usunięcia tła psychogennego z rozważań nt. etiologii i w rezultacie do rezygnacji z leczenia przyczynowego. Na szczęście tak nie jest. Wbrew temu, co piszą autorzy, psychoanaliza Freuda ma się dobrze, a samo DSM zawiera uwzględnianie w diagnostyce choćby dysfunkcyjnych mechanizmów obronnych, które można opisywać na osi II. Tak przy okazji, można jedynie podzielać życzenie autorów, aby doszło do połączenia DSM i ICD, ale czy któraś z rozległych grup wpływu zrzeszonych wokół WHO lub APA zechce oddać pole drugiej? Byłoby dobrze, aby takie połączenie nastąpiło i aby było to połączenie dobre, ale na razie niech raczej napięcia przeciwności wspomagają rozwój tak, abyśmy nie dostali „jedynie słusznej prawdy”.

Kończąc, warto wyrazić i kolejną nadzieję. Kiedyś jako psychogenne określano te objawy, które można wywołać lub usunąć przy użyciu sugestii. Oczywiście będzie dobrze, jeśli wiek XXI przyniesie lepszą definicję i pewnie kiedyś tak się stanie, ale w mojej prywatnej opinii będzie to raczej definicja łącząca ciało i psychikę niż je dzieląca.