Непсихотические психические расстройства в неврологической клинике. Часть 1: конверсионные расстройства

О.А. Балунов, Л.В. Лукина, В.А. Михайлов, Н.В. Семенова, Л.И. Ситник
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Резюме. В работе дано описание основных видов конверсионных (диссоциативных) расстройств и их специфичность для неврологических больных. Рассматриваются основные проблемы диагностики и дифференциальной диагностики данной группы заболеваний в общесоматической практике. Предложен алгоритм для диагностики и лечения больных с конверсионными расстройствами. Статья предназначена для врачей-неврологов, терапевтов, психиатров стационарной и амбулаторной сети, специалистов реабилитационных неврологических отделений.

Ключевые слова: конверсионное расстройство, неврология.

Non.psychotic psychic disorders in neurological clinics. Part 1: Conversion disorders

O.A. Balunov, L.V. Lukina, V.A. Mihailov, N.V. Semenova, L.I. Sitnik

Abstract. In this work it is given a description of the main types of conversional (dissociative) disorders and it's specificity for neurological patients. Main problems of diagnostics and differential diagnostics of that disease group in general medical practice are considered. It is granted an algorithm to diagnose and treat patients who have conversional disorders. This article is intended for neurologists, general practicians, psychiatry specialists of hospital- and out-patient nets, and for specialists of rehabilitation neurological hospital offices.

Key words: Conversional disorders, neurology

Экономическая нестабильность, ускорение темпа жизни и урбанизация населения приводят к формированию «социального» стресса у людей. При психоэмоциональном перенапряжении пластичность психики оказывается недостаточной для быстрого и адекватного приспособления к меняющимся условиям окружающей среды, что приводит к увеличению количества функциональных расстройств нервной системы. И как следствие, сталкиваться с этой группой заболеваний приходится не только психиатрам, но и врачам общей практики, что делает проблему диагностики и лечения этих состояний общемедицинской мультидисциплинарной проблемой.

Распространенность конверсионных расстройств в общей популяции является малоизученной. По данным разных исследователей, частота встречаемости истерических синдромов среди пациентов неврологического стационара составляет 9–15 %. От 5 до 15 % всех психиатрических консультаций в больнице общего типа проводится по поводу истерических расстройств (Kaplan H.J., Sadock B.J., Grebb J.A., 1994). Ряд зарубежных авторов (Akagi, H. & House, A., 2001) считают, что конверсионные расстройства недооцениваются психиатрами и представляют собой более серьезные психические заболевания. Экономические затраты в связи с нетрудоспособностью, вызванной хроническими истерическими расстройствами, намного больше, чем это приводится в традиционных учебниках по психиатрии или медицинской психологии (Akagi & House, 2001). При хроническом течении заболевания пациент может остаться прикованным к инвалидной коляске (Davison, P., Sharpe, M., Wade, D., et al., 1999).

В этой связи представляются важными взаимодополняющее сотрудничество психиатров и интернистов, сближение позиций специалистов различного профиля, конструктивный обмен научно-практической информацией, повышение уровня грамотности врачей различных специальностей в вопросах психического здоровья, равно как и психиатров в клинике внутренних болезней.

Конверсионные (диссоциативные) расстройства

Конверсионные (диссоциативные) расстройства — это группа заболеваний, которые выражаются в утрате сознательного контроля над памятью и ощущениями, с одной стороны, и над контролированием движений тела — с другой.

В МКБ-10 эта патология отнесена в одну большую группу F40-48: «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства», в силу их исторической взаимосвязи с концепцией невроза и связью имеющихся расстройств с психологическими причинами. В данной классификации термины «диссоциативные» и «конверсионные» расстройства тождественны. Ранее эти расстройства квалифицировались как различные формы истерии. В настоящее время термин «истерия» исключен из классификаций и заменен на «конверсию», «диссоциацию», «психогенное

расстройство», «функциональное расстройство», «функционально-неврологическое расстройство». Тем не менее, термин «истерия» широко применяется отечественными психиатрами и неврологами. Часто врачи общей практики принимают за конверсионное расстройство яркие истерические черты характера, так называемый «паразитический характер», проявляющийся ярким вычурным поведением, «извращенной» театральностью, однако эти понятия не являются идентичными.

Конверсионные расстройства имеют ряд клинических особенностей, которые могут помочь врачу-интернисту диагностировать функциональный характер предъявляемого симптома. Телесные симптомы не являются по сути умышленными и преднамеренными, однако они формируются под влиянием представления больного о том, как должно было бы проявляться заболевание, и всегда являются выражением эмоционального конфликта, развиваются в тесной связи с психологическим стрессом и часто проявляются внезапно. Диагноз конверсионного расстройства устанавливают при отсутствии этиологической связи конверсии с органическими этиологическими факторами. Наличие в анамнезе истинных неврологических нарушений или системных заболеваний, влияющих на центральную нервную систему, выявляется примерно у 40 % больных конверсионным расстройством, однако они не объясняют имеющихся симптомов. Больные часто бессознательно копируют проявления, наблюдаемые ими у окружающих, которые для пациентов крайне значимы, и часто пациенты идентифицируют себя с этими людьми. Первичная выгода заключается в том, что при помощи процессов диссоциации и конверсии больной подсознательно старается «убежать» от внутренних психологических конфликтов. Вторичная выгода заключается в том, что больные получают социальные преимущества в результате своей болезни, им удается избежать обязательств и трудных житейских ситуаций; они получают помощь и внимание окружающих, возможность манипулировать другими людьми. У пациента обычно отсутствует адекватное осознание вторичной выгоды.

Виды конверсионных расстройств

Различают двигательные и сенсорные конверсионные расстройства, а также диссоциативные расстройства с психическими симптомами. Наиболее часто врач-интернист сталкивается с таким двигательным конверсионным симптомом, как парез или паралич, который проявляется в невозможности совершать движения какой-либо конечностью. Принимая во внимание клинические особенности конверсионных парезов (параличей) и применяя соответствующие пробы и тесты, невролог уже при первичном осмотре может заподозрить психогенный характер паралича.

Особенности конверсионных парезов (в сравнении с органическими):

- психогенные больные чаще жалуются на слабость;
- парезы в руках чаще латерализованны, а в ногах обычно выявляются с двух сторон;
- при объективном исследовании слабость в конечностях более выражена и шире по локализации;
- при тестировании выявляется феномен «зубчатой слабости»;
- часто псевдопарезы развиваются на фоне диффузной мышечной гипотонии и симметричной гиперрефлексии, возможны патологические позы и контрактуры;
- характерны сочетания с другими психогенными симптомами на той же стороне тела:

болевыми, чувствительными, двигательными (тремор, псевдогемиспазм и др.).

К другим двигательным расстройствам конверсионной этиологии относятся: нарушения походки, тремор, афония и мутизм, судороги, хотя частота их встречаемости гораздо ниже, чем парезов и плегий.

К расстройствам чувствительности конверсионного генеза относят гиперестезию, парестезию, анестезию, слепоту, глухоту, а также туннельное зрение. Основные отличия функциональных расстройств от органических заболеваний заключаются в том, что их локализация не соответствует зонам иннервации, степень выраженности этих нарушений варьирует в течение короткого периода времени, степень выраженности симптома может уменьшаться при внушении и самовнушении.

Конверсионные расстройства с психическими симптомами также многообразны и включают в себя психогенную амнезию, диссоциативную фугу, диссоциативный ступор, синдром Ганзера и другие.

Основные подходы к оказанию помощи больным с конверсионными расстройствами

До настоящего времени в отечественной и зарубежной медицинской практике не существует четко очерченных критериев диагностики и дифференциальной диагностики конверсионных (диссоциативных) расстройств. Сложился стереотип, что данная группа заболеваний диагностируется путем исключения органического поражения головного мозга вследствие сосудистой, травматической, инфекционной или иной природы. Однако в своей практической деятельности мы столкнулись с конверсионными симптомами у пациентов, имеющих очаговое поражение вещества мозга, например, после перенесенного инсульта. Наш банк данных включает 460 пациентов с последствиями острых нарушений мозгового кровообращения. Из них 30 пациентов имели различные конверсионные симптомы на фоне имеющегося органического поражения головного мозга, подтвержденного данными нейровизуализации. Однако предъявляемые симптомы не соответствовали зонам поражения головного мозга. В этом случае дифференциальная диагностика между органическим и функциональным генезом выявляемых

симптомов представляет значительные трудности и ставит под сомнение верификацию этой патологии, как «диагноза исключения».

При проведении диагностики диссоциативного (конверсионного) расстройства необходимо учесть следующие клинические особенности:

1. Возраст начала заболевания (конверсионные расстройства чаще всего впервые обнаруживают в возрасте до 40 лет).

2. Появление симптомов провоцируют стрессовые ситуации. Если такие ситуации отсутствуют, то диагноз расстройства сомнителен. Однако сами по себе стрессовые ситуации не доказывают диагноз диссоциативного расстройства, так как они часто предшествуют соматическим заболеваниям.

3. Вторичная выгода (при отсутствии вторичной выгоды диагноз диссоциативного расстройства следует пересмотреть). Однако присутствие только вторичной выгоды не доказывает диагноз расстройства, так как иногда пациенты с соматическими заболеваниями используют свое состояние для достижения каких-либо целей (например, пособия по инвалидности).

Основой успешной реабилитации больных с конверсионными расстройствами является полипрофессиональная модель оказания лечебно-диагностической помощи этой группе пациентов. Такой подход основывается на четырех основных принципах, разработанных М.М. Кабановым (1985) в рамках концепции реабилитации:

1) принцип апелляции к личности больного — принцип партнерства;

2) принцип одновременного применения биологических, терапевтических и психосоциальных воздействий;

3) принцип разносторонности усилий, направленных на разные сферы жизни больного (семья, работа, друзья, хобби и т.п.);

4) поэтапность усилий.

Для диагностики и лечения конверсионных расстройств мы предлагаем использовать алгоритм, включающий в себя несколько информационных блоков:

I. Диагностический блок.

1. Клинические данные: тщательный сбор анамнеза для выявления отягощенности семейного анамнеза по сердечно-сосудистой и психической патологии, перинатальных особенностей, перенесенных черепно-мозговых травм, инфекционных заболеваний, профессиональных вредностей, вредных привычек и особенностей образа жизни пациента; соматический и неврологический осмотр с обязательной оценкой вегетативной нервной системы.

2. Функциональная диагностика: методы нейровизуализации (МРТ, КТ, МРА), рентгенография черепа, ТКДГ, Дуплексное сканирование магистральных артерий, ЭЭГ. По показаниям проводится расширенное обследование.

3. Лабораторная диагностика.

4. Осмотр специалистов: обязательное привлечение медицинского психолога, нейропсихолог, логопед, психиатр, терапевт, нейроофтальмолог, по показаниям — другие специалисты. Следует подчеркнуть, что заключительную оценку всех диагностических данных и выработку алгоритма патогенетически обоснованного лечения осуществляет лечащий врач-невролог.

II. Лечебно-восстановительный блок.

Лечение конверсионных расстройств должно быть:

1) комплексным — включающим медикаментозные и психологические методы лечения наряду с социальными вмешательствами;

2) многоуровневым (личностный, межличностный, ситуационный);

3) многопрофильным — участие медицинских психологов и по показаниям: логопедов, врачей (психиатров, психотерапевтов, врачей лечебной физкультуры и физиотерапевтов), а также специально подготовленный средний медицинский персонал, социальных работников и специалистов в области терапии занятостью.

Заключение

У пациентов с конверсионными расстройствами практически всегда отмечается значительное снижение качества жизни, особенно если симптоматика носит затяжной характер. Экономические затраты в связи с нетрудоспособностью, вызванной хроническими истерическими расстройствами, намного больше, чем это можно представить. В практической работе встречаются клинические случаи, когда пациент остается прикованным к инвалидной коляске.

Поскольку соматоформные расстройства являются наиболее часто встречающимися психическими расстройствами, представленными в непсихиатрических учреждениях, практические врачи все чаще сталкиваются с проблемой диагностики конверсионных расстройств, что требует подготовки специалистов в области функциональной патологии.

Важно, чтобы ознакомление с этой группой заболеваний начиналось еще в медицинских вузах. Подготовка специалистов должна осуществляться для различных специалистов, даже не принадлежащих к психиатрической службе, а также как медицинских, так и немедицинских работников.

Литература

1. *Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. — М., Медицина. — 1993. — 400 с.*
2. *Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. — Л., «Медицина». — 1978. — 232 с.*
3. *Соматоформные расстройства // Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). — Женева, ВОЗ. — 1995. — С. 424–462.*

4. *Akagi H. & House A. (2001). Epidemiology of Conversion Hysteria. In Contemporary Approaches to the Study of Hysteria (eds P. Halligan, C. Bass & J. Marshall). — Oxford University Press. — P. 73–86.*
5. *Davison P., Sharpe M., Wade D., et al (1999). Wheelchair patients with non-organic disease: a psychological enquiry// Journal of Psychosomatic Research. — Vol. 47. — P. 93–103.*
6. *Kaplan H.I., Sadock B.J., Grebb J.A. (1994). Attention-deficit disorders. In: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 7th ed. Baltimore. — MD: Williams & Wilkins. — P. 1063–1068.*
7. *Lempert T., Dieterich M., Huppert D., Brandt T. Psychogenic disorders in neurology: frequency and clinical spectrum. — Acta Neurol. Scand. — 1990. — Vol. 82. — P. 335–340.*

Сведения об авторах

Балунов Олег Анатольевич — к. м. н., главный научный сотрудник отделения реабилитации психоневрологических больных СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Лукина Лариса Викторовна — к. м. н., старший научный сотрудник отделения реабилитации психоневрологических больных СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: larisalu@yandex.ru

Михайлов Владимир Алексеевич — д. м. н., научный руководитель отделения реабилитации психоневрологических больных СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: VLADMIKH@yandex.ru

Семенова Наталья Владимировна — к. м. н., научный руководитель отделения научно-медицинской информации СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: mnoma@mail.ru

Ситник Лариса Ивановна — клинический психолог отделения реабилитации психоневрологических больных СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: Lar-sitnik@yandex.ru