

Pacientė su ūminiu judesių sutrikimu: klinikinio atvejo analizė

Patient with acute movement disorder: a case report

Eglė RADAVICIUTE, Vesta STEIBLIENE

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas Psichiatrijos klinika, Kaunas

SUMMARY

Dissociative (conversion) disorders are mental disorders that can impair sensory, motor functions [1]. The term “conversion” describes the transformation of unconsciously suppressed negative emotions resulting from internal conflicts into somatic symptoms [3]. Symptoms can vary in severity, be episodic or persistent [1]. They are not simulated, it is a physical expression of emotional suffering that is consciously not understood [2]. This article describes a clinical case in which a 47-year-old patient complained of anxiety, depressive symptoms in addition to a tremor in the arms, especially the right, wrist drop of the right hand, decreased strength of the right arm and leg, weakness of the right leg and arm movements. The duration of symptoms before the diagnosis of dissociative movement disorders was prolonged: the patient has not seen a doctor for some time after feeling unwell, when referred to neurologists, the cause of the worsening condition was not immediately recognized. The patient’s condition was differentiated with neurological diseases, organic or thyroid pathology. After a detailed examination and prescribed treatment by neurologists, while the diagnostic issues remained, the patient was referred for psychiatric consultation.

Key words: dissociative, conversion, movement disorders, psychogenic, stress-related, nor-organic diseases.

SANTRAUKA

Disociaciniai (konversiniai) sutrikimai yra psichikos sutrikimai, kurių metu gali sutrikti jutiminės, motorinės funkcijos [1]. Terminas „konversija“ apibūdina nesąmoningai slopinamų neigiamų emocijų, kilusių dėl vidinių konfliktų, transformaciją į somatinius simptomus [3]. Simptomai gali būti įvairaus sunkumo laipsnio, pasireikšti epizodiškai arba nuolat [1]. Jie nėra simuliuojami, tai yra fizinė emocinės kančios išraiška, kuri sąmoningai nėra suprantama [2]. Šiame straipsnyje aprašomas klinikinis atvejis, kai 47 metų pacientė greta nusiskundimų rankų tremoru, ypač dešinėsios, nukarusia dešine plaštaka, dešinėsios rankos ir kojos jėgos sumažėjimo, dešinėsios rankos ir kojos judesių silpnumo, taip pat skundėsi nerimu, depresine simptomatika. Simptomų trukmė iki diagnozuojant disociacinius judesių sutrikimus buvo užsitęsusi: pacientė pablogėjus savigijautai kurį laiką nesikreipė pas gydytojus, kai buvo nukreipta pas neurologus, pablogėjusios būklės priežastis buvo ne iš karto atpažinta. Pacientės būklė buvo diferencijuota su neurologinėmis ligomis, organine bei skydliaukės patologija. Neurologams atlikus detalų būklės ištyrimą, paskyrus gydymą, išliekant diagnostikos klausimams, pacientė buvo nukreipta psichiatro konsultacijai.

Raktažodžiai: disociaciniai, konversiniai judesių sutrikimai, psichogeninis, susijęs su stresu, neorganinės ligos.

IVADAS

Disociaciniai (konversiniai) sutrikimai yra psichikos būklė, kurios metu gali sutrikti jutiminės, motorinės funkcijos, sutrikimų priežastis negalima paaiškinti kokia nors neurologine liga arba kita organine patologija [1]. Šie sutrikimai buvo nagrinėjami 19 amžiuje Sigmund Freud ir Jean – Martin Charcot, sutrikimai buvo klasifikuojami kaip konversinės isterijos [2]. Disociacinių sutrikimų klinikiniame vaizde gali pasireikšti psichogeniniai epilepsijos priepuoliai, rijimo sutrikimai, judesių, jutimų sutrikimai, paralyžius, sutrikusi atmintis ir kt [1]. Pats terminas „konversija“ apibūdina nesąmoningai slopinamų neigiamų emocijų, kilusių dėl vidinių konfliktų, transformaciją į somatinius simptomus [3]. Simptomai gali būti įvairaus sunkumo laipsnio, pasireikšti epizodiškai arba nuolat, žmogus negali jų kontroliuoti [1]. Simptomai nėra simuliuojami, tai yra fizinė emocinės kančios išraiška, kuri sąmoningai nėra suprantama [2].

Šių sutrikimų dažnis pagal šaltinius yra pakankamai įvairus: Stone ir bendraautorė atliktame Neurologijos klinikos pacientų imties tyrime ištyrus 3781 pacientą, 5,4 proc. iš jų buvo nustatyta disociacinių sutrikimų diagnozė [4]. Tačiau būtinas budrumas, nes išlieka diagnostinės klaidos tikimybė. Sistemineje apžvalgoje, kurioje vertinti 27 tyrimų duomenys (bendras dalyvių skaičius buvo 1466), nustatyta, kad 4 proc. asmenų vertinant dinamikoje, 5 metų laikotarpiu, vietoj disociacinių sutrikimų nustatoma kita diagnozė [5].

Šiame klinikiniame atvejuje aprašoma 47m. pacientė, kuriai liga debiutavo neurologiniais simptomais, tokiais kaip rankų tremoru, ypač dešniosios, nukarusia dešine plaštaka, dešniosios kūno pusės nutirpimu, dešniosios rankos ir kojos jėgos sumažėjimu, judesių silpnumu, kuris nesusijęs su nuovargiu, dešiniojo peties skausmu, plintančiu į mentę, strėnų skausmu, plintančiu į dešinįjį klubą, taip pat skundėsi nerimu, depresine simptomatika. Simptomų trukmė iki diagnozuojant disociacinius judesių sutrikimus buvo užsitęsusi: pacientė pablogėjęs savijautai kurį laiką nesikreipė pas gydytojus, kai buvo nukreipta pas neurologus, pablogėjęsios būklės priežastis buvo ne iš karto atpažinta. Po neurologų atlikto detalaus ištyrimo, paskirto gydymo, išliekant diagnostikos klausimams, pacientė buvo nukreipta psichiatro konsultacijai.

KLINIKINIS ATVEJIS

Klinikiniame atvejuje aprašoma 47 metų pacientė, kuri buvo nukreipta ambulatorinei neurologo konsultacijai dėl rankų tremoro, ypač dešniosios, nukarusios dešinės plaštakos, dešniosios rankos ir kojos jėgos sumažėjimo, dešniosios kojos ir rankos judesių silpnumo, kuris nesusijęs su nuovargiu, dešniosios rankos ir kojos nutirpimo, dešiniojo peties skausmo, plintančio į mentę, strėnų skausmo, plintančio į dešinįjį klubą. Pacientės teigimu, panašūs simptomai, nors ir silpniau išreikšti, buvo stebėti prieš 10 metų ir pasikartoję prieš 4 metus. Prieš 10 metų šeimos gydytojas buvo paskyręs gydymą Pentoksifilinu 400mg/parai, tačiau nestebint teigiamo efekto pacientė savo nuožiūra po 5 dienų nutraukė vaisto vartojimą. Prieš 4 metus, esant simptomų paūmėjimui, jokio gydymo nevartojo. Simptomai tiek pirmojo, tiek antrojo epizodo metu trukdavo trumpai, apie 10 dienų ir redukovosi savaime.

Konsultuota neurologo pacientė teigė, jog savijauta pradėjo blogėti prieš 5 mėnesius, ypač simptomai sustiprėjo apie 3 mėnesius – stiprėjo rankų drebinėjimas, progresavo dešinės kūno pusės galūnių silpnumas. Neurologinio ištyrimo metu nustatyta ženkliai sumažėjusi dešniosios rankos jėga (dešinėje 2–3, kairėje 4–5 balai), refleksai labai vangūs, atliktas Lasego testas – dešinė koja buvo iškelta 45, kairė 70 laipsnių kampu (abiejuose pusėse kėlimas buvo sumažėjęs dėl juosmens skausmo, dešinę koją iškėlė žymiai mažesniu kampu, nes kėlimą apribojo jaučiamas skausmas, plintantis į dešinįjį klubą), susilpnėjusi dorsalinė pėdos nykščio fleksija: dešinėje 2–3, kairėje – 4 balai. Galūnių silpnumą dešinėje kūno pusėje diferencijuojant su organine patologija – naviku, išsėtinės sklerozės rizika, įtariant nugaros smegenų pažeidimus (stuburo stenozę, kaklo mielopatiją) ambulatoriškai atlikti neurovizualiniai tyrimai: galvos smegenų kompiuterinė tomografija (KT) bei galvos smegenų, stuburo kaklinės bei juosmeninės dalies magnetinio rezonanso tomografija (MRT). Po atliktų diagnostinių tyrimų buvo nustatyti kaklinės ir juosmeninės stuburo dalių degeneraciniai pakitimai, stuburo osteochondrozė – kaklinės, juosmens, kryžmens srities. Savijautos pablogėjimas buvo siejamas su ligomis, nustatytomis po atliktų neurovizualinių tyrimų, paskirtas gydymas: raumenų elektrostimuliacija (plačiojo nugaros, deltinio, didžiojo ir vidurinio sėdmenų, trapecinio raumens), kraujotaką bei metabolizmą gerinantys vaistai (B grupės vitaminai, periferiniai vazodilatatoriai).

Nepaisant taikyto gydymo, efekto negauta ir pacientė stacionarizuota į regiono ligoninės Neurologijos skyrių. Siekiant įvertinti bendrą pacientės būklę, esant neaiškiam tremorui – diferencijuota su skydliaukės patologija, atlikti tyrimai (biocheminiai kraujo tyrimai: elektrolitai, inkstų funkcijos įvertinimo rodikliai, kepenų fermentai, BKT, skydliaukės hormonai) patologinių pokyčių neparodė. Stacionarizavimo metu nustatyta papildoma diagnozė: kaklo diskų liga su radikulopatija. Neurologijos skyriuje taikytas gydymas: infuzinės terapijos – uždegimui, skausmui mažinti, kraujotakai gerinti paskirtas fiziologinis tirpalas su Eufilinu, skausmo ir uždegimo mažinimui buvo skirtas gydymas nesteroidiniais vaistais nuo uždegimo – Deksketoprofenu, nesant pakankamam gydymo efektui, paskirti gliukokortikoidai - Deksametazonas, tačiau objektyviai po medikamentinio gydymo jokios teigiamos dinamikos nebuvo stebima. Įtariant motorinio neurono ligą ar polineuropatiją, atlikta elektroneuromiografija (ENMG) – kliniškai reikšmingų pokyčių nestebėta.

Po stacionarinio gydymo, tęsiant neuroreabilitacijos procedūras ir gydomasias mankštas dalis pacientės nusiskundimų redukovosi. Vertinta, kad nusiskundimai buvo susiję su radikulopatija (dešniosios rankos tirpimas, dešiniojo peties skausmas, plintantis į mentę), kauliniais degeneraciniais pakitimais ir osteochondroze (dešniosios rankos ir kojos tirpimas, dešiniojo peties skausmas, plintantis į mentę, strėnų skausmas, plintantis į dešinįjį klubą). Visgi išliko neaiškios kilmės rankų tremoras, ypač dešniosios, nukarusi dešinė plaštaka, dešniosios rankos ir kojos silpnumas, nesusijęs su nuovargiu, dešinės rankos ir kojos jėgos sumažėjimas. Išliekant diagnostikos klausimams pacientė nukreipta universitetinės

ligoninės neurologo konsultacijai. Įvertinus nusiskundimus ir tai, kad anksčiau atliktuose tyrimuose kliniškai reikšmingų pokyčių nebuvo stebėta, atmetus organinę galvos smegenų patologiją, rekomenduota gydytojo psichiatro konsultacija dėl galimo konversinio sutrikimo.

Paėjus 6 mėnesiams po pirmos neurologo konsultacijos, pacientė konsultuota psichiatro. Psichiatro konsultacijos metu, greta išliekančių skundų somatine būkle, kuri aprašyta anksčiau, pacientė išsakė nerimą, pablogėjusią nuotaiką, skundėsi sutrikusiu miegu. Tolimesniam ištyrimui, diferencinei diagnostikai ir gydymo plano sudarymui pacientė stacionarizuota į universitetinės ligoninės Psichiatrijos kliniką. Anksčiau psichiatrijos profilio stacionare nesigydydusi, pas psichiatrus ambulatoriškai nesilankiusi. Teigia, jog yra vartojusi šeimos gydytojo paskirtą Bromazepamą 3mg per parą epizodinio nerimo ir įtampos gydymui. 21 metų amžiuje ištėkėjo, santuokoje dažnai patirdavo psichologinį smurtą – vyras buvo labai pavydus, kaltindavo, jog žmona yra jam neištikima, yra naudojęs fizinį smurtą. Pacientė iki savijautos pablogėjimo apie 12m. dirbo logistikos terminale, suvedinėdavo automobilių duomenis į kompiuterį. Prieš 10 metų įvyko didelis konfliktas su sutuoktiniu. Pacientei patiriama streso šeimoje fone pirmąkart pasireiškė panašūs nusiskundimai į anksčiau minėtus. Tada klinikoje vyravo rankų tremoras, ypač dešinėsios, dešinė plaštaka buvo nukarusi, išsakė dešinėsios rankos jėgos sumažėjimą. Po to anksčiau aprašyti simptomai nesikartojė, didelių stresinių situacijų gyvenime, šeimoje nebuvo. Pasak pacientės, prieš 4m. antrąkart konfliktų šeimoje fone pasireiškė anksčiau minėti nusiskundimai. Tada sutuoktinis intensyviai apie savaitę laiko prikaišiojo, kad žmona yra neištikima, kelis kartus buvo ją pastūmęs. Pacientės teigimu, anksčiau minėti simptomai nebuvo tokie intensyvūs ir trukdavo trumpiau. Renkant anamnezę išsiaiškinta, jog praėjus subjektyviai reikšmingiems stresogeniniams įvykiams simptomai išnykdavo. Pacientės teigimu, darbovietėje prieš metus pasikeitus vadovybei kildavo konfliktinės situacijos, apie metus laiko jautė stresą. Tuo metu vyras pradėjo dažniau vartoti alkoholį, prasidėjo kivirčiai namuose. Stresinių situacijų pasekoje atsirado nerimas, įtampa, bloga nuotaika, sutrikęs miegas, vėliau išryškėjo somatiniai nusiskundimai. Gydymo Psichiatrijos klinikoje eigoje klinikiniame vaizde vyravo nerimastingumas, pažeminta nuotaika, sumažėjęs savęs vertinimas ir pasitikėjimas savimi, baimė, jog gali nepasveikti, sutrikęs miegas. Psichologinės asmenybės tyrime buvo stebima dominuojanti gynyba - tikrųjų konflikto priežasčių ir nepriimtinių, socialinio statuso neatitinkančių impulsų išstūmimas bei somatizacija. Įvertinus išliekančius nusiskundimus dėl rankų tremoro, ypač dešinėsios, nukarusios dešinės plaštakos, dešinėsios rankos ir kojos jėgos sumažėjimo ir judesių silpnumo (kuris nesusijęs su nuovargiu), anamnezės faktus, psichikos būseną, psichologinį asmenybės tyrimą, buvo nustatyta disociacinių judesių sutrikimų diagnozė. Šalia pagrindinės diagnozės buvo nustatyta gretutinė – mišrus nerimo ir depresijos sutrikimas. Taikytas gydymas Chlorprotiksenu 75mg/p, Paroksetinu 20 mg/p, Dikalio klorazepatu 30mg/p. Medikamentų gydymo fone pagerėjo nuotaika, miegas, sumažėjo nerimas. Stacionare taikyta grupinė psichoterapija, pacientė buvo gynybiška,

neigė turimų problemų svarbumą jai pačiai, užsiėmimų metu pacientei sunkiai sekėsi pasakoti apie save, bendravo mažai, susijaudinus buvo stebėtas suintensyvėjęs dešinės rankos tremoras. Užsiėmimų eigoje šiek tiek padidėjo įžvalgos esamai situacijai, atsirado motyvacija ambulatoriškai tęsti psichoterapinį gydymą. Gydymo eigoje išliko nukarusi dešinė plaštaka, nusilpusios dešinėsios rankos, kojos pojūtis ir jėgos sumažėjimas, pacientė negalėjo pilnai atlikti judesių, tačiau sumažėjo tremoras. Ambulatoriniam gydymo tęstinumui paskirtas Paroksetinas 20mg/p, Chlorprotiksenas 75mg/p, Dikalio klorazepatas 15mg/p.

Po vienerių metų dėl pablogėjusios savijautos pacientė buvo pakartotinai stacionarizuota į universitetinės ligoninės Psichiatrijos kliniką. Stacionarizavimo metu skundėsi pablogėjusiu miegu, nenoru nieko veikti, bloga nuotaika, sustiprėjusiu dešinės rankos tremoru, nukarusia dešine plaštaka, išliekančiu dešinės rankos jėgos sumažėjimu ir silpnumu, išsakė, jog simptomų išreikštumas kinta. Anot pacientės, pirmojo stacionarizavimo Psichiatrijos klinikoje metu išsakytas dešinės kojos judesių silpnumas, jėgos sumažėjimas, kairės rankos tremoras palaipsniui redukovosi. Po stacionarinio gydymo pacientė ambulatoriškai lankėsi pas psichiatrus, šalia disociacinių judesių sutrikimų buvo diagnozuota komorbidiška diagnozė – vidutinio sunkumo depresijos epizodas. Dėl išlikusių simptomų beveik visą laiką praleisdavo namie, nieko neveikė, bijodavo, kad „nebegalės suvaldyti rankos“. Pacientė išsakė, kad sveikatos būsenai pasunkėjus, vyras pradėjo padėti buityje, tapo rūpestingesnis, tačiau konfliktinės situacijos pasireiškėdavo dažnai. Stacionarizavimo metu klinikiniame vaizde vyravo sumažėję interesai ir pasitenkinimas užsiimti mėgstama veikla, sutrikęs apetitas, kiti simptomai buvo tokie patys kaip pirmojo stacionarizavimo. Stacionarizacijos metu palikta disociacinių judesių sutrikimų diagnozė komorbidiška su vidutinio sunkumo depresiniu sutrikimu. Gydymo eigoje psichikos būseną buvo teigiamos dinamikos, tačiau išliko nusilpusios dešinės rankos pojūtis ir jėgos sumažėjimas, nukarusi dešinė plaštaka. Ambulatorinio gydymo tęstinumui išrašytas Paroksetinas 40mg/p, Mirtazapinas 45mg/p, Lorazepamas 1 mg/p.

Pacientė pakartotinai konsultuota po 3 mėnesių, teigė, kad po pirmojo stacionarizavimo Psichiatrijos klinikoje kelis kartus buvo nuėjus pas psichoterapeutą iki karantino, vėliau dėl epidemiologinės situacijos Lietuvoje užsiėmimus nutraukė, ateityje svarsto vėl pradėti lankytis. Išsakė, jog po antrojo stacionarizavimo išliko dešinės rankos tremoras, nukarusi dešinė plaštaka, dešinės rankos jėgos sumažėjimas, silpnumas, simptomų išreikštumas kito, tačiau atžymėjo, kad šiuo metu yra sumažėjęs, depresinės simptomatikos neišsakė. Pradėjus šnekėti apie simptomų pasireiškimo priežastis, išliko kiek dvejojanti, gynybiška, būklei kritika formali, pati nesiejo simptomų atsiradimų su stresogeniškais įvykiais, tačiau kartu ir neatmetė stresogeniškų įvykių kaip vienos priežasties iš kelių galimų, kurios, galbūt, dar neišaiškintos.

DISKUSIJA

Šis klinikinis atvejis apie pacientę, kuriai pablogėjusios būklės priežastį buvo nesėkmingai bandyta diferencijuoti su neurologinėmis ligomis, naviku, skydliaukės patologija.

Reikia paminėti, kad keletas nusiskundimų, atsiradusių dėl degeneracinių pakitimų, osteochondrozės, radikulopatijos, taikant reabilitacines procedūras palaipsniui redukavosi. Tačiau išlikus nusiskundimams dėl rankų tremoro, ypač dešinėsios, nukarusios dešinės plaštakos, dešinėsios rankos ir kojos jėgos sumažėjimo ir judesių silpnumo (kuris nesusijęs su nuovargiu), esant neaiškiai jų kilmei, pacientė buvo hospitalizuota į Psichiatrijos kliniką. Įvertinus nusiskundimus nustatyta disociacinių judesių sutrikimų diagnozė, kuri buvo komorbidiška su mišriu nerimu ir depresijos sutrikimu, vėliau išryškėjusiu – vidutinio sunkumo depresijos epizodu. Taikant medikamentinį gydymą antidepressantais, antipsichoziniais vaistais, benzodiazepiniais komorbidiškų diagnozių simptomatika palaipsniui redukavosi. Po pirmojo ir antrojo stacionarinio gydymo Psichiatrijos klinikoje pagrindinio sutrikimo nusiskundimai neženkliai sumažėjo, tačiau dalis nusiskundimų palaipsniui redukavosi metų laikotarpyje tarp stacionarizavimų (dešinės kojos judesių silpnumas, jėgos sumažėjimas, kairės rankos tremoras).

Remiantis tarptautine ligų klasifikacija, disociacinių sutrikimų diagnozės nustatymui reikalinga: somatinio susirgimo požymių nebuvimas, pakankamas žinių apie paciento psichologines ir socialines aplinkybes bei jo tarpasmeninius ryšius buvimas, kad būtų galima pagrįstai suformuluoti išvadas apie paciento simptomatikos atsiradimo priežastis. Disociaciniai judesių sutrikimai dažniausiai pasireiškia negalėjimu pajudinti dalies ar visos galūnės, paralyžius gali būti dalinis arba visiškas. Taip pat gali būti paryškėjęs viso kūno ar atskirų galūnių virpėjimas arba drebulys. Gali būti didelis panašumas į bet kokią apraksijos, akinezijos, ataksijos, afonijos, dizartrijos, diskinezijos ar paralyžiaus rūšį [6].

Bendrojoje populiacijoje disociacinis sutrikimas diagnozuojamas nuo 4 iki 12 iš 100 000 gyventojų per metus. Disociaciniai judesių sutrikimai nustatomi nuo 4 iki 5 iš 100 000 gyventojų per metus. Bendrojoje populiacijoje disociaciniai sutrikimai nuo 60–75 proc. pacientų pasireiškia moterims [5]. Šiame klinikiniame atvejuje pacientės būklė buvo diferencijuota su nugaros smegenų pažeidimais (stuburo stenoze arba kaklo mielopatija), įtarta galima organinė patologija – navikas, išsėtine skleroze, motorinio neurono liga, polineuropatija.

Stuburo stenoze arba kaklo mielopatija gali sukelti judesių bei jutimų sutrikimus [7,8]. Kaip ir mūsų nagrinėtame klinikiniame atvejuje, kaklo mielopatijos metu pasireiškia galūnių silpnumas [9]. Stuburo stenozei būdingas skausmo jutimas apatinėje stuburo dalyje, kuris plinta į kojas, gali pasireikšti galūnių tirpimas, silpnumas, simptomai 68 proc. dažniausiai bilateraliniai [10]. Mūsų klinikiniame atvejuje buvo jaučiamas skausmas apatinėje stuburo srityje, skausmas neplito į kojas, buvo jaučiamas dešinės pusės galūnių tirpimas ir silpnumas. Esant galvos smegenų navikams hemiparezės pasireiškia iki 7,1 proc. [11]. Išsėtinės sklerozės metu gali pasireikšti viršutinių galūnių silpnumas, tačiau dažniau pasireiškia apatinių galūnių silpnumas, nugaros skausmas, gali pasireikšti galūnių tirpimas [12]. Anksčiau išvardinti simptomai išryškėjo ir mūsų pacientei, tačiau galūnių silpnumas pasireiškė ne bilateraliai, o vienoje – dešinėje kūno pusėje. Ambulatoriškai atlikti neurovizualiniai tyrimai: galvos

smegenų KT, taip pat atlikta galvos smegenų, stuburo kaklinės bei juosmenis dalies MRT – paneigė anksčiau išvardintas ligas. Motorinio neurono pažeidimui – šoninei amiotrofinei sklerozei būdingas galūnių nusilpimas (80proc. asimetrinis) [13]. Mūsų nagrinėtame klinikiniame atvejuje buvo pasireiškęs vienos kūno pusės galūnių silpnumas, patologiinių refleksų, kurie būdingi šiai ligai (Babinskio, Hofmano ir kt.) nebuvo nustatyta [14]. Kaip ir mūsų klinikiniame atvejuje, polineuropatijos metu gali pasireikšti galūnių tirpimas, raumenų jėgos sumažėjimas, susilpnėję sausgyslinio antkaulio refleksai [15]. Atlikus ENMG buvo paneigta motorinio neurono bei polineuropatijos diagnozė. Pacientės būklė taip pat buvo diferencijuota su skyd liaukės patologija, atlikus kraujo tyrimus pokyčių nestebėta.

Jeannette Gelauff ir bendraautorių atliktoje sisteminėje apžvalgoje, nagrinėjant 9 mokslinius tyrimus, kuriuose bendras dalyvių skaičius siekė 451 žmones, buvo nustatyta, kad trumpesnė simptomų trukmė iki disociacinių judesių sutrikimų diagnozavimo prognozuoja geresnius rezultatus. Jeannette Gelauff ir bendraautorių atliktoje sisteminėje apžvalgoje, išnagrinėjus 24 tyrimus, kuriuose dalyvavo 2069 žmonių, 20 tyrimų nustatyta, kad disociacinių judesių sutrikimų prognozė nepalanki. Daugiau nei trečdaliui pacientų tyrimo metu simptomai išliko tokie patys arba pablogėjo. Tais atvejais, kai simptomai pagerėjo, jie visiškai neišnyko [16]. Pacientė mūsų nagrinėjamame atvejuje, net ir po 2 metų skundžėsi tam tikrais išlikusiais disociacinių judesių sutrikimų simptomais.

Yra dvi pagrindinės disociacinių sutrikimų atsiradimo hipotezės. Viena iš jų yra psichodinaminis modelis, jis rodo, kad somatiniai konversinio sutrikimo simptomai yra emocinio konflikto rezultatas, kai jis yra nesąmoningai paverčiamas į simptomus. Šis scenarijus yra tam tikras apsaugos mechanizmas nuo neigiamų jausmų, kuriuos sukelia emocinis konfliktas. Kognityvinis modelis yra vienas geriausiai ištyrinėtų, rodo, kad pacientams sužinant informaciją apie konkrečius simptomus ji išsisaugoma atmintyje. Konversinis sutrikimas atsiranda, kai pacientai suaktyvina išsaugotą informaciją – pasireiškia simptomatika, nes pernelyg jaudinasi, bijo kad ir jiems gali atsirasti simptomai. Kognityvinis elgesio modelis aiškina, jog viskas įvyksta automatiškai, nepriklauso nuo paciento supratimo. Vėliau gyvenime, jei pacientas susiduria su kitu traumuojančiu įvykiu, šie susidorojimo mechanizmai gali pasikartoti.

Kadangi pacientė reguliariai nesilankė pas psichoterapeutą, klinikiniame atvejuje negalime įvertinti psichoterapijos efektyvumo. Psichoterapija yra pagrindinis gydymas daugelio konversijos sutrikimų atvejų, efektyviausia yra pripažinta kognityvinė elgesio terapija (KET) [8]. KET moko kaip reaguoti į stresą, naujų elgesio modelių, streso valdymo technikų. KET padeda pacientams atpažinti ir pakeisti neigiamas mintis dėl kurių atsiranda disociacinių sutrikimų simptomatika [17]. KET, multidisciplininis gydymas su intensyvia fizioterapija bei hipnoterapija parodo daugiausiai žadančių rezultatų esant lėtiniam, ilgai besitęsiančiam disociaciniam sutrikimui [18]. Taip pat geras ryšys tarp gydytojo ir paciento gali turėti įtakos geresniems rezultatams. Psichogeninius simptomus reiktų gydyti bendradarbiaujant su pacientu, pasitelkiant kantrybę, stengiantis nuraminti [19].

IŠVADA

Yra įvairių neurologinių simptomų, kurie turi psichiatrinę kilmę, todėl norint išvengti klaidingos neurologinės diagnozės nustatymo yra svarbus bendradarbiavimas tarp specialistų. Reikia atkreipti dėmesį, jog klinikinėje praktikoje pasitaiko ne tik disociacinių sutrikimų diagnozės neatpažinimas, tačiau būna atvejų, kai ši diagnozė parenkama klaidingai [20]. Šis klinikinis atvejis parodo bendradarbiavimo svarbą tarp neurologų ir psichiatrų, neurologams atlikus detalų pacientės būklės ištyrimą, neradus patologijos, ji buvo greitai nukreipta

psichiatro konsultacijai. Efektyvus bendradarbiavimas yra svarbus greitesniam disociacinių judesių sutrikimų diagnozės nustatymui, tai prognozuoja geresnius rezultatus.

Esant disociaciniams sutrikimams, pacientai dažnai nesupranta psichologinių, socialinių problemų svarbos, simptomų sąsajos su stresogeniškais įvykiais, todėl ypač svarbu atidžiai surinkti anamnezę, kad būtų nustatyta teisinga diagnozė. Neteisingai nustačius diagnozę, pacientas ilgus metus gali nesulaukti tinkamo gydymo, kas sąlygoja blogesnę pasveikimo prognozę.

LITERATŪRA

1. Ali S, Jabeen S, Pate RJ, Shahid M, Chinala S, Nathani M, et al. Conversion Disorder- Mind versus Body: A Review. *Innov Clin Neurosci*. 2015 May-Jun;12(5-6):27-33.
2. Tsui P, Deptula A, Yuan DY. Conversion Disorder, Functional Neurological Symptom Disorder, and Chronic Pain: Comorbidity, Assessment, and Treatment. *Curr Pain Headache Rep*. 2017 Jun;21(6):29.
3. Fiess J, Rockstroh B, Schmidt R, Steffen A. Emotion regulation and functional neurological symptoms: Does emotion processing convert into sensorimotor activity? *J Psychosom Res*. 2015 Dec;79(6):477-83.
4. Stone J, Carson A, Duncan R, Roberts R, Warlow C, Hibberd C, Coleman R, Cull R, Murray G, Pelosi A, Cavanagh J, Matthews K, Goldbeck R, Smyth R, Walker J, Sharpe M. Who is referred to neurology clinics?--the diagnoses made in 3781 new patients. *Clin Neurol Neurosurg*. 2010 Nov;112(9):747-51.
5. Espay AJ, Aybek S, Carson A, Edwards MJ, Goldstein LH, Hallett M, et al. Current Concepts in Diagnosis and Treatment of Functional Neurological Disorders. *JAMA Neurol*. 2018;75(9):1132-1141.
6. TLK-10-AM / ACHI / ACS elektroninis vadovas. Internetinis puslapis. Prieiga: <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp>. Paskutinė prisijungimo data 2022.01.03.
7. Stone J, Sharpe M. Conversion disorder in adults: Terminology, diagnosis, and differential diagnosis. 2020 Jan.
8. Peeling JL, Muzio MR. Conversion Disorder. [Updated 2020 May 23]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan.
9. Isaac Z, Kelly HR. Evaluation of the adult patient with neck pain. 2021 Mar.
10. Rutkove SB, Tarulli A. Polyradiculopathy: Spinal stenosis, infectious, carcinomatous, and inflammatory nerve root syndromes. 2021 Mar.
11. Wong ET, Wu JK. Overview of the clinical features and diagnosis of brain tumors in adults. 2021 Feb.
12. Olek MJ, Narayan RN, Frohman EM, Frohman TC. Manifestations of multiple sclerosis in adults. 2019 Sep.
13. Elman LB, McCluskey L. Clinical features of amyotrophic lateral sclerosis and other forms of motor neuron disease. 2021 Feb.
14. Elman LB, McCluskey L. Diagnosis of amyotrophic lateral sclerosis and other forms of motor neuron disease. 2020 Nov.
15. Rutkove SB. Overview of polyneuropathy. 2020 Dec.
16. Gelauff J, Stone J, Edwards A, Carson A. The prognosis of functional (psychogenic) motor symptoms: a systematic review. 2014 Feb;85(2):220-6.
17. O'Neal MA, Baslet G. Treatment for Patients With a Functional Neurological Disorder (Conversion Disorder): An Integrated Approach. *Am J Psychiatry*. 2018 Apr 1;175(4):307-314.
18. Tsui P, Deptula A, Yuan DY. Conversion Disorder, Functional Neurological Symptom Disorder, and Chronic Pain: Comorbidity, Assessment, and Treatment. *Curr Pain Headache Rep* 21, 29 (2017).
19. Jith A, Narayanan D. Dissociative Motor Disorder. *Indian J Psychol Med*. 2017;39(1):99-101.
20. Li W, Brandon O, Smith DV, Petersen E. A conversion disorder or a stroke? A proximal basilar artery thrombosis induced 'locked-in' syndrome in a young Caucasian woman. *BMJ Case Rep*. 2013 Mar 14;2013:ber2012007875.

Received 22 December 2021, accepted 25 January 2022
Straipsnis gautas 2021-12-22, priimtas 2022-01-25