www.neuroedu.pl OFICJALNE PORTALE INTERNETOWE PTN www.ptneuro.pl

Psychogenne zaburzenia chodu — opis trzech przypadków

Ewa Koziorowska-Gawron, Magdalena Koszewicz, Sławomir Budrewicz, Ryszard Podemski

Katedra i Klinika Neurologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

STRESZCZENIE

Psychogenne zaburzenia ruchowe (PMD, *psychogenic movement disorders*) występują u 3,5% chorych diagnozowanych neurologicznie. Psychogenne zaburzenia chodu towarzyszą zwykle innym, rzadko natomiast stwierdza się je w postaci izolowanej.

Autorzy przedstawiają trzy przypadki zaburzeń ruchowych o podłożu psychogennym. W pierwszym przypadku stwierdzono izolowane zaburzenia chodu, w drugim — ruchy wyrzutowe prawej kończyny dolnej z towarzyszącymi zaburzeniami chodu, natomiast w trzecim zaburzenia chodu były objawem psychogennego zespołu parkinsonowskiego.

Psychogenne zaburzenia chodu są często pomijane w diagnostyce różnicowej zaburzeń ruchowych. Konsekwencją tego jest utrwalenie nieprawidłowych wzorów ruchowych, wykonywanie niepotrzebnych badań diagnostycznych oraz opóźnienie wdrożenia leczenia psychoterapeutycznego i psychiatrycznego, co wpływa niekorzystnie na rokowanie.

Polski Przegląd Neurologiczny 2014; 10 (4): 169–173

Słowa kluczowe: psychogenne zaburzenia ruchowe, psychogenne zaburzenia chodu, leczenie psychoterapeutyczne

Wprowadzenie

Pierwsze opisy psychogennych zaburzeń ruchowych (PMD, *psychogenic movement disorders*), określanych inaczej jako zaburzenia ruchowe histeryczne, czynnościowe czy nieorganiczne, pochodzą z przełomu XIX i XX wieku. Mimo utrzymującego się od ponad wieku dużego zainteresowania problematyką PMD, ich patogeneza i patofizjologia nadal budzi wiele kontrowersji [1].

Uważa się, że PMD dotyczą około 3,5% chorych diagnozowanych neurologicznie, przy czym nawet w około 10% przypadków mogą współistnieć z zaburzeniami ruchowymi o podłożu organicznym. Psychogenne zaburzenia ruchowe występują zdecydowanie częściej u kobiet [2–5].

W etiologii PMD decydującą rolę prawdopodobnie odgrywa mechanizm konwersji. Konwersja jest przetworzeniem negatywnych odczuć związanych z przykrymi doświadczeniami, zazwyczaj z okresu dzieciństwa, na objawy neurologiczne. Czynnikiem bezpośrednio wyzwalającym konwersję może być trudna sytuacja życiowa w wieku dorosłym wywołująca nieprzyjemne przeżycia podobne do tych z okresu dzieciństwa [6].

Dawniej PMD rozpoznawano, gdy nie udawało się potwierdzić uszkodzenia określonej struktury układu nerwowego ani upośledzenia jego czynności (tzw. rozpoznanie przez wykluczenie). Obecnie natomiast do rozpoznania PMD nie wystarcza wykluczenie „organicznej" przyczyny zaburzeń; konieczne jest stwierdzenie charakterystycznych cech obrazu klinicznego sugerujących ich psychogenne podłoże (tzw. rozpoznanie pozytywne) [2, 6].

U pacjentów z PMD objawy zazwyczaj pojawiają się nagle i często są związane ze specyficznymi sytuacjami (np. wypadek, uraz). Typowa jest zmienność zarówno charakteru, jak i stopnia

Adres do korespondencji: dr n.med. Ewa Koziorowska-Gawron
Katedra i Klinika Neurologii
Uniwersytet Medyczny
ul. Borowska 213, 50–556 Wrocław
e-mail: ewakozi@vp.pl
Polski Przegląd Neurologiczny 2014, tom 10, 4, 169–173
Wydawca: „Via Medica sp. z o.o." sp. k.
Copyright © 2014 Via Medica

nasilenia objawów klinicznych. Psychogenne objawy ruchowe na ogół narastają podczas badania chorego, a zmniejszają się po odwróceniu jego uwagi (zjawisko dystrakcji). Nierzadko mogą być wyzwalane i/lub ustępować pod wpływem niespecyficznych bodźców. Charakterystyczna jest również pozytywna reakcja na placebo czy sugestię. O psychogennym podłożu stwierdzanych zaburzeń ruchowych może także świadczyć niewspółmierny stopień nasilenia niesprawności, która nie znajduje potwierdzenia w badaniu neurologicznym. U chorych z PMD często współwystępują inne psychogenne objawy neurologiczne lub zaburzenia somatyzacyjne. U niektórych chorych stwierdza się zaburzenia osobowości lub zaburzenia psychiatryczne, takie jak depresja czy lęk. Wielu pacjentów zetknęło się w swojej rodzinie z przewlekle chorymi lub obserwowało takich chorych w związku z wykonywaną pracą zawodową. W wywiadzie często stwierdza się także osobiste, traumatyczne doświadczenia życiowe. Znaczna liczba chorych jest uwikłana w długotrwałe konflikty, toczące się postępowania sądowe i odszkodowawcze. Rozpoznanie choroby somatycznej stanowi dla nich rozwiązanie życiowych problemów i pozwala na uzyskanie tak zwanych wtórnych korzyści (np. zainteresowanie bliskich, uniknięcie odpowiedzialności itp.) [2, 6–9].

Według Williamsa i wsp. [10] PMD, ze względu na stopień pewności rozpoznania, można klasyfikować jako udokumentowane, pewne klinicznie, prawdopodobne lub możliwe (tab. 1).

Psychogenne zaburzenia ruchowe mogą przyjmować postać różnorodnych zaburzeń ruchowych, nierzadko ze sobą współistniejących. Najczęściej manifestują się jako drżenie (40%) lub pseudodystonia (31%), niekiedy imitują mioklonie (13%). Czasami ujawniają się w postaci zaburzeń chodu (10%), w niektórych przypadkach wymagają różnicowania z parkinsonizmem (5%) [2, 11].

Tabela 1. Klasyfikacja psychogennych zaburzeń ruchowych (wg [10], modyfikacja własna)

Udokumentowane
Ustępowanie objawów ruchowych po zastosowaniu placebo, sugestii, psychoterapii
lub
ustępowanie objawów ruchowych, gdy chory nie jest obserwowany
Pewne klinicznie
Niestałe, niecharakterystyczne objawy ruchowe u chorego z innymi psychogennymi objawami neurologicznymi, zaburzeniami somatyzacyjnymi czy psychiatrycznymi
Prawdopodobne
Niestałe, niecharakterystyczne objawy ruchowe
lub
objawy ruchowe u chorego z innymi psychogennymi objawami neurologicznymi, zaburzeniami somatyzacyjnymi
Możliwe
Objawy ruchowe u pacjenta ze współistniejącymi zaburzeniami emocjonalnymi

Opisy przypadków

Przypadek 1.

Mężczyzna w wieku 61 lat został przyjęty do Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego (UM) we Wrocławiu z powodu pogorszenia sprawności chodu przed 2 laty, które wiązał z narażeniem na silne substancje toksyczne podczas rehabilitacji odbywającej się w remontowanym budynku (obecnie toczy się postępowanie sądowe w tej sprawie). Poza tym w wywiadzie stwierdzono: przebyty przed 3 laty zabieg kapoplastyki prawego stawu biodrowego (zmiany zwyrodnieniowe), nadciśnienie tętnicze, przewlekłą niewydolność nerek. Chory ma wyższe wykształcenie techniczne, jest żonaty, od 2 lat nie pracuje. Żona poważnie choruje.

W badaniu neurologicznym, poza cechami wzmożonej pobudliwości odruchowo-wegetatywnej (nasilone drżenie pozycyjne kończyn górnych, dermografizm) i objawami deliberacynymi, nie stwierdzono odchyleń od stanu prawidłowego. Chory poruszał się bardzo ostrożnie, „jak po lodzie"; jego chód imitował chód paraparetyczny.

W badaniu rezonansu magenetycznego (MR, *magnetic resonance*) uwidoczniono drobne zmiany naczyniopochodne w istocie białej prawego płata czołowego oraz umiarkowany zanik korowo-podkorowy mózgu. W MR kręgosłupa nie stwierdzono zmian, poza niewielkimi wypuklinami tarcz międzykręgowych. Badanie neurograficzne nie wykazało zmian przewodnictwa ruchowego ani czuciowego w nerwach obwodowych; zapis czynności mięśni był prawidłowy. Wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego był prawidłowy.

Na podstawie wywiadu, obrazu klinicznego oraz konsultacji psychiatrycznej rozpoznano zaburzenia somatyzacyjne, z izolowanymi, psychogennymi zaburzeniami chodu. Zalecono ćwiczenia relaksacyjne i psychoterapię.

Przypadek 2.

Mężczyzna w wieku 62 lat został przyjęty do Kliniki Neurologii UM we Wrocławiu z powodu

występujących od 7 lat ruchów prawej kończyny dolnej zaburzających chód, które chory wiązał ze złamaniem kości prawego podudzia (wypadek komunikacyjny). Poza tym w wywiadzie stwierdzono: cukrzycę typu 2, hiperlipidemię, uzależnienie od alkoholu. Chory od wielu lat pobiera świadczenie rentowe, ma wykształcenie zawodowe techniczne, jest wdowcem, mieszka z córką.

Podczas badania neurologicznego obserwowano ruchy pseudopląsawiczo-pseudobaliczne prawej kończyny dolnej, nieobecne w spoczynku i po odwróceniu uwagi. Ponadto stwierdzono słabe odruchy głębokie (polineuropatia cukrzycowa). Chory poruszał się „tanecznie", wykonywał niespodziewane kroki w bok, jego chód przypominał chód pląsawiczy.

W MR głowy uwidoczniono zmianę naczyniopochodną w torebce wewnętrznej po prawej stronie oraz wyraźny zanik korowo-podkorowy mózgu dominujący w okolicach czołowo-skroniowych. W elektroencefalogramie (EEG) zarejestrowano głównie czynność szybką, przy czym zapis mieścił się w graniach normy. W badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego, poza nieznacznie podwyższonym stężeniem glukozy, nie stwierdzono nieprawidłowości.

Uwzględniając dane z wywiadu oraz obserwację kliniczną i konsultację psychiatryczną rozpoznano zaburzenia osobowości i zachowania, uzależnienie od alkoholu oraz psychogenne ruchy wyrzutowe prawej kończyny dolnej z towarzyszącymi zaburzeniami chodu. Zalecono zaprzestanie picia alkoholu, leczenie przeciwdepresyjne (trazodon) oraz psychoterapię.

Przypadek 3.

Kobieta w wieku 53 lat, z ustalonym przed 10 laty rozpoznaniem choroby Parkinsona, została przyjęta do Kliniki Neurologii UM we Wrocławiu z powodu nasilenia się spowolnienia i sztywności kończyn dolnych, z pogorszeniem sprawności chodu. Poza tym chora skarżyła się na ruchy mimowolne o charakterze pląsawiczym. Przewlekle przyjmowała w niewielkich dawkach lewodopę oraz ropinirol. Wystąpienie objawów parkinsonowskich przed 10 laty wiązała z leczeniem neuroleptykami z powodu schizofrenii paranoidalnej przed 30 laty (brak dokumentacji). Od wielu lat nie była leczona psychiatrycznie. Chora przed kilku laty otrzymała świadczenia rentowe. Posiada wykształcenie wyższe humanistyczne, jest rozwiedziona i mieszka sama, ma córkę. Aktywnie uczestniczy w życiu wspólnoty religijnej. W przeszłości była uwikłana w poważny konflikt z nieżyjącą już matką, która chorowała na schizofrenię.

W badaniu neurologicznym, w tym przeprowadzonym 12 godzin po odstawieniu leków przeciwparkinsonowskich (przedłużona przerwa nocna w podawaniu leku), nie stwierdzono obiektywnych objawów pozapiramidowych. Chora poruszała się mozolnie, drobnymi krokami, z „zastygnięciami"; jej chód i zachowanie przypominały zaburzenia parkinsonowskie.

W MR głowy uwidoczniono drobne zmiany naczyniopochodne w istocie białej obu półkul oraz we wzgórzu po prawej stronie. Wynik badania EEG mieścił się w graniach normy.

Podczas stopniowego zmniejszania dawek leków przeciwparkinsonowskich nie obserwowano pogorszenia stanu neurologicznego.

Po konsultacji psychiatrycznej rozpoznano zaburzenia psychotyczne i dysocjacyjne, a zaburzenia chodu były w tym przypadku objawem psychogennego zespołu parkinsonowskiego. Zalecono leki przeciwdepresyjne (paroksetynę i trazodon) oraz psychoterapię.

Omówienie

Psychogenne zaburzenia chodu dotyczą około 3% chorych z zaburzeniami chodu o różnej etiologii. Częściej występują u kobiet; średni wiek zachorowania to 40. rok życia, wyjątkowo są obserwowane u osób bardzo młodych i w podeszłym wieku. Zwykle towarzyszą innym PMD, rzadko występują w postaci izolowanej [6].

Psychogenne zaburzenia chodu u 3 opisanych w niniejszej pracy chorych ujawniły się w średnim wieku, między 40. a 60. roku życia. U 1. chorego były to izolowane psychogenne zaburzenia chodu, w 2. i 3. przypadku natomiast psychogenne zaburzenia chodu towarzyszyły innym PMD (ruchom wyrzutowym kończyny dolnej czy zespołowi pseudoparkinsonowskiemu).

Zachowania ruchowe u opisywanych wyżej chorych miały charakter nietypowy i po wykluczeniu organicznych zmian w układzie nerwowym odpowiadały charakterystyce zaburzeń psychogennych [2, 6]. Objawy ruchowe we wszystkich przypadkach pojawiły się nagle, a ich wystąpienie chorzy wiązali z określonymi sytuacjami (narażenie na substancje toksyczne, wypadek komunikacyjny, leczenie psychiatryczne). U żadnego z pacjentów demonstrowana niesprawność nie znalazła potwierdzenia w badaniu neurologicznym. U wszystkich chorych stwierdzono

Tabela 2. Cechy kliniczne psychogennych zaburzeń ruchowych (wg [7], modyfikacja własna)

Zmienne nasilenie zaburzeń (możliwe nawet całkowite ustąpienie objawów)
Towarzyszący zaburzeniom chodu niewspółmiernie duży wysiłek fizyczny
Spowolnienie i trudność w inicjacji każdego ruchu
Przesuwanie kończyn dolnych bez ich odrywania od podłoża
Niespodziewane kroki w bok, nagłe ugięcia kończyn dolnych bez upadków lub z upadkami niepowodującymi obrażeń
Stałe ustawienie palców stóp w zgięciu podeszwowym lub grzbietowym
Towarzyszące niespecyficzne drżenie głowy, tułowia, kończyn
Brak współruchów kończyn górnych
Niecharakterystyczna próba Romberga (duże wychylenia pojawiające się z pewnym opóźnieniem, często poprawa po dystrakcji)

zaburzenia psychiatryczne: w 1. przypadku były to zaburzenia somatyzacyjne, w 2. — zaburzenia osobowości i zachowania, natomiast u 3. pacjentki — zaburzenia psychotyczne i dysocjacyjne. W przypadku dwojga chorych wśród bliskich były osoby z poważną chorobą somatyczną. Jeden z chorych uczestniczył w długotrwałym postępowaniu sądowym, a jedna z chorych pozostawała w wieloletnim konflikcie z własną matką.

Lempert i wsp. [7], na podstawie wieloletnich obserwacji chorych z psychogennymi zaburzeniami ruchowymi, przedstawili charakterystyczny obraz kliniczny tego zaburzenia (tab. 2).

Pierwszy z opisanych chorych poruszał się z dużym wysiłkiem fizycznym, bardzo powoli, na usztywnionych i przywiedzionych kończynach dolnych, szeroko rozstawiając ręce. Chętnie używał kul łokciowych. Drugi pacjent chodził na ugiętych kończynach dolnych, wykonywał nagłe kroki w bok, zwłaszcza prawą kończyną dolną, często chwiał się, ale nie upadał. Trzecia chora poruszała się powoli, z trudem inicjowała każdy ruch, nie odrywała stóp od podłoża, brak było także współruchów kończyn górnych. Zaburzenia chodu ustępowały u niej przy asyście innych osób, chora trzymana za rękę poruszała się zupełnie prawidłowo.

Opierając się na klasyfikacji Williamsa i wsp. [10], u wszystkich pacjentów ustalono rozpoznanie pewnych klinicznie PMD. U chorych występowały niecharakterystyczne dla „organicznych" schorzeń objawy ruchowe przy współistniejących zaburzeniach somatyzacyjnych lub psychiatrycznych.

Podstawowe znaczenie w procesie leczenia chorych z PMD ma cierpliwe, przekonujące i zrozumiałe poinformowanie pacjenta o psychogennym podłożu zaburzeń oraz konieczności dalszego leczenia psychoterapeutyczno-psychiatrycznego. Najważniejszą rolę w PMD przypisuje się psychoterapii, zwłaszcza poznawczo-behawioralnej, która koncentruje się na uświadomieniu pacjentowi roli jego własnych procesów myślowych i emocjonalnych w podtrzymywaniu i utrwalaniu „objawów neurologicznych". Jako leczenie uzupełniające stosuje się fizykoterapię oraz terapię zajęciową. W niektórych przypadkach PMD poprawę mogą przynieść także metody opierające się na sugestii, takie jak hipnoza czy narkoanaliza, czyli sugestia podczas sedacji dożylnej.

U chorych z PMD, u których w obrazie klinicznym dominuje depresja czy lęk, dodatkowo zaleca się stosowanie leków przeciwdepresyjnych i przeciwlękowych. Spośród leków przeciwdepresyjnych szczególnie zalecane są selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny, natomiast z grupy leków przeciwlękowych — benzodiazepiny, przy uwzględnieniu ich potencjału uzależniającego. W przypadku nasilonych objawów somatyzacyjnych towarzyszących PMD skuteczne mogą być także beta-adrenolityki [2, 6].

Wszystkim prezentowanym chorym zalecono psychoterapię, ponadto w 2. i 3. przypadku zastosowano leki przeciwdepresyjne z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny.

Rokowanie w PMD jest niepewne i zależy od wielu czynników. Dobrze rokują chorzy, którzy akceptują psychogenne podłoże stwierdzanych zaburzeń, są silnie zmotywowani do leczenia oraz u których współwystępują depresja i lęk. Niekorzystne rokowanie dotyczy pacjentów z podstępnym początkiem objawów i długim czasem ich trwania (ponad rok). Ponadto rokowanie pogarszają współistniejące zaburzenia osobowości, zaburzenia somatyzacyjne i schorzenia somatyczne, a także nikotynizm [2, 12].

Pierwszy z opisanych chorych początkowo zaakceptował rozpoznanie psychogennych zaburzeń ruchowych i wydawał się zmotywowany do rozpoczęcia psychoterapii. Drugi z mężczyzn przyjął tę informację z pobłażliwością i niedowierzaniem. Chora natomiast stanowczo i konsekwentnie negowała rozpoznanie psychogennego podłoża zaburzeń chodu. U wszystkich chorych objawy psychogennych zaburzeń ruchowych trwały

stosunkowo długo (ponad rok) i towarzyszyły im zaburzenia somatyzacyjne lub zaburzenia osobowości oraz schorzenia somatyczne, co istotnie pogarszało rokowanie co do wyleczenia. Żaden z chorych, mimo sugestii autorów niniejszej pracy, nie zgłosił się do Kliniki Neurologii UM we Wrocławiu w celu poddania się badaniom kontrolnym.

Podsumowanie

Psychogenne zaburzenia chodu są często pomijane w diagnostyce różnicowej zaburzeń ruchowych. W trudnym procesie diagnostycznym i przebiegu leczenia psychogennych zaburzeń ruchowych konieczna jest ścisła współpraca neurologa, psychiatry i chorego. Brak rozpoznania psychogennego podłoża stwierdzanych zaburzeń skutkuje utrwaleniem nieprawidłowych wzorów ruchowych, wykonywaniem licznych, niepotrzebnych, często kosztownych badań diagnostycznych oraz opóźnieniem rozpoczęcia ukierunkowanego leczenia psychoterapeutycznego i psychiatrycznego, co w sposób istotny pogarsza rokowanie.

PIŚMIENNICTWO

1. Peckham E.L., Hallett M. Psychogenic movement disorders. Neurol. Clin. 2009; 27: 801–819.
2. Bogucki A., Gajos A., Wichowicz H. Psychogenne zaburzenia ruchowe. W: Sławek J., Friedman A., Bogucki A., Opala G. (red.). Choroba Parkinsona i inne zaburzenia ruchowe. Tom 2. Via Medica, Gdańsk 2011: 481–490.
3. Portera-Cailliau C., Victor D., Frucht S., Fahn S. Movement disorders fellowship training program at Columbia University Medical Center in 2001–2002. Mov. Disord. 2006; 21: 479–485.
4. Ranawaya R., Riley D., Lang A. Psychogenic dyskinesias in patients with organic movement disorders. Mov. Disord. 1990; 5: 127–133.
5. Lang A.E., Voon V. Psychogenic movement disorders: past developments, current status, and future directions. Mov. Disord. 2011; 26: 1175–1186.
6. Bogucki A. Psychogenne i polekowe zaburzenia ruchowe. Via Medica, Gdańsk 2009: 62–69.
7. Lempert T., Brandt T., Dieterich M., Huppert D. How to identify psychogenic disorders of stance and gait. A video study in 37 patients. J. Neurol. 1991; 238: 140–146.
8. Ertan S., Uluduz D., Ozekmekçi S. i wsp. Clinical characteristics of 49 patients with psychogenic movement disorders in a tertiary clinic in Turkey. Mov. Disord. 2009; 24: 759–762.
9. Gupta A., Lang A.E. Psychogenic movement disorders. Curr. Opin. Neurol. 2009; 22: 430–436.
10. Williams D.T., Ford B., Fahn S. Phenomenology and psychopathology related to psychogenic movement disorders. Adv. Neurol. 1995; 65: 231–257.
11. Hinson V.K., Cubo E., Comella C.L., Goetz C.G., Leurgans S. Rating scale for psychogenic movement disorders: scale development and clinimetric testing. Mov. Disord. 2005; 20: 1592–1597.
12. Thomas M., Vuong K.D., Jankovic J. Long-term prognosis of patients with psychogenic movement disorders. Parkinsonism Relat. Disord. 2006; 12: 382–387.