

Διαταραχή μετατροπής (διαταραχή λειτουργικών νευρολογικών συμπτωμάτων)

Βασιλεία Βουλτσίδου, Κωνσταντίνος Κώτσης, Εμμανουήλ Τσαλαμανιός,
Κωνσταντίνα Αποστολοπούλου, Δημήτριος Γεωργιάδης
Τμήμα Ψυχιατρικής Παιδιών και Εφήβων, Γ.Ν. «Ασκληπιείο» Βούλας

Conversion Disorder (Functional Neurologic Symptom Disorder) Hysteria

B. Boultsidou, K.Kotsis, E. Tsalamaniotis,
K.Apostolopoulou, D. Georgiadis

Department Psychiatry of Children and Adolescents of "Askepieion Voula's" General Hospital

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Διαταραχή Μετατροπής αποτελεί μια διαταραχή η συμπτωματολογία της οποίας είναι γνωστή από την αρχαιότητα. Στην πρόσφατη αναθεώρηση του Διαγνωστικού Εγχειριδίου της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας - DSM 5, παράλληλα με τη Διαταραχή Μετατροπής εισήχθη ο όρος Διαταραχή Λειτουργικών Νευρολογικών Συμπτωμάτων αφαιρώντας ταυτόχρονα το κριτήριο του ψυχολογικού στρεσογόνου παράγοντα ως απαραίτητου για τη διάγνωση. Τα μετατρεπτικά συμπτώματα είναι συχνά τόσο στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας όσο και σε άλλα ιατρικά πλαίσια (πχ νευρολογικές κλινικές). Τα ποσοστά στα παιδιά και τους εφήβους κυμαίνονται από 0.5% έως 10%, με τα κορίτσια και τους εφήβους να παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά αν και δεν υπάρχουν μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει κινητικά ή/και αισθητικά

συμπτώματα ενώ συχνές είναι και οι μη επιληπτικές κρίσεις (PNES). Λόγω της ύπαρξης των σωματικών συμπτωμάτων η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να γίνει αρχικά από οργανικά νοσήματα και στη συνέχεια από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Η αιτιολογία παραμένει άγνωστη αν και έχουν προταθεί διάφορες θεωρίες. Οι ψυχολογικές θεραπείες (ενσυναισθητικά προσανατολισμένες, συμπεριφορικές) αποτελούν τη θεραπεία εκλογής, ωστόσο στη πρόσφατη βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί και άλλες παρεμβάσεις. Η συνεργασία των ειδικοτήτων και η διεπιστημονική προσέγγιση αποτελεί σημαντικό στοιχείο στην παρέμβαση στους ασθενείς. Τέλος σημαντική είναι η διεξαγωγή τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών οι οποίες θα αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων.

Λέξεις κλειδιά: Διαταραχή Μετατροπής, Διαταραχή Λειτουργικών Νευρολογικών Συμπτωμάτων, Υστερία

ABSTRACT

The symptomatology of Conversion Disorder has been recognized even to ancient civilizations. The latest Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) includes two important changes to the diagnostic criteria: the term Functional Neurological Symptom Disorder was added as an alternative definition and the criterion that the symptoms occurs as the consequence of a recent stressor has been dropped. Symptoms of conversion are common in mental health services as well as other clinical settings such as neurology departments. Prevalence rates of conversion disorder in pediatric population range among 0.5%-10%, however, large epidemiological studies are missing. Conversion disorder is more common in girls and adolescents. Clinical features

include motor and/or sensory symptoms as well as non-epileptic seizures. Because of the somatic symptoms, clinicians should exclude organic disorders as well as other mental disorders. Etiology still remains unknown. Psychological interventions (insight-oriented psychotherapy, behavioral therapies) have traditionally been considered the treatment of choice, however in recent literature other interventions have been proposed. The collaboration between specialties and the multidisciplinary approach represents an important element of the intervention. Finally, more Randomized Controlled Trials are needed in order to determine the efficacy of the interventions.

Key words: Conversion Disorder; Functional Neurologic Symptom Disorder; Hysteria.

Εισαγωγή

Η Διαταραχή Μετατροπής (ΔΜ) ή Διαταραχή Λειτουργικών Νευρολογικών Συμπτωμάτων στο Διαγνωστικό Εγχειρίδιο της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας – DSM 5¹, χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενός ή περισσότερων συμπτωμάτων νευρολογικής φύσεως (της εκούσιας κινητικής ή αισθητικής λειτουργίας) τα οποία δεν είναι συμβατά με κάποια γνωστή νευρολογική ή άλλη σωματική νόσο^{1,2}. Τα συμπτώματα αυτά δεν παράγονται σκόπιμα από τον ασθενή, ούτε είναι αποτέλεσμα χρήσης ουσιών, ενώ το όφελος που «αποκομίζει» από αυτά είναι κυρίως ψυχολογικό και όχι κοινωνικό ή νομικό. Ιστορικά η διαταραχή αναφέρεται σε ψυχολογική αιτιολογία καθώς διάφοροι ψυχολογικοί και συναισθηματικοί παράγοντες έχουν προταθεί ως αιτιολογικοί³. Η υπόθεση αυτή αντανακλάται και στους διάφορους όρους που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς όπως «ψυχογενής», «ψυχοσωματική» και φυσικά στον όρο «υστερία». Άλλωστε και στα διαγνωστικά εγχειρίδια της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας η ονοματολογία δεν ήταν πάντα ίδια καθώς στο DSM-I η ΔΜ ονομαζόταν «αντίδραση μετατροπής», στο DSM-II «υστερική νεύρωση» ενώ στο DSM-III και DSM-IV εισήχθη τελικά ο όρος ΔΜ.

Η ΔΜ είναι η μοναδική σωματόμορφη διαταραχή η οποία παρέμεινε σχεδόν ίδια στην πρόσφατη αναθεώρηση του DSM (DSM-5), ωστόσο προστέθηκε η ονομασία «Διαταραχή Λειτουργικών Νευρολογικών Συμπτωμάτων» καθώς ο όρος ΔΜ δεν ήταν ιδιαίτερα αποδεκτός ούτε από τους γιατρούς των άλλων ειδικοτήτων (αλλά και τους ψυχιάτρους) αλλά ούτε και από τους ασθενείς. Επιπλέον, ο όρος «Λειτουργικών» αναφέρεται

περισσότερο στο πως εμφανίζονται τα συμπτώματα και όχι στο γιατί εμφανίζονται^{4,5}. Επιπλέον, στο DSM-5, το κριτήριο παρουσίας ψυχολογικών στρεσογόνων παραγόντων πριν την έναρξη των συμπτωμάτων, πλέον δεν είναι απαραίτητο αν και η παρουσία του υποστηρίζει περαιτέρω τη διάγνωση⁶.

Ιστορικά στοιχεία

Η «υστερία» ήταν γνωστή ήδη στους αρχαίους Αιγυπτίους οι οποίοι περιγράφοντας τα κλασικά συμπτώματα της υστερίας αναφέρονταν σε τονικοκλονικές κρίσεις και αίσθηση ασφυξίας. Ο όρος, ωστόσο, προέρχεται από την ελληνική λέξη «υστερά» που σημαίνει μήτρα. Σύμφωνα με τον Ιπποκράτη η υστερία περιοριζόταν στις γυναίκες ως αποτέλεσμα της περιπλάνησης της μήτρας μέσα στο σώμα (περιπλανώμενη μήτρα) και ήταν ο πρώτος που περιέγραψε με λεπτομέρεια τη συμπτωματολογία και μάλιστα την διέκρινε με σαφήνεια από την επιληψία. Στο Μεσαίωνα τα υστερικά συμπτώματα αποδίδονταν σε δαιμονικές επιρροές ωστόσο, κατά την περίοδο της Αναγέννησης η «υστερία» έλαβε και πάλι ιατρική χροιά και θεωρήθηκε ως σωματική διαταραχή με την τότε επικρατούσα άποψη να υποστηρίζει ότι υπήρχε κάποια σύνδεση μεταξύ μήτρας και εγκεφάλου. Ο Briquet στα μέσα του 19ου αιώνα περιέγραψε τη διαταραχή αποδίδοντας την ορολογία «υστερία» για να περιγράψει την συμπτωματολογία η οποία εμφανιζόταν σε νεαρές γυναίκες, με την αιτιολογία να εδράζεται στον εγκεφαλο. Από τότε και άλλοι κλινικοί ασχολήθηκαν με την υστερία όπως ο Charcot, ο Babinsky, ο Sydenham, ο Janet και φυσικά ο Breuer και ο Freud. Οι δυο τελευταίοι περιέγραψαν την περίπτωση της Anna O. η οποία

θεωρείται η πρώτη αναφορά της υστερικής μετατροπής, υποστηρίζοντας ότι η υστερία αποτελεί το αποτέλεσμα απωθμένων ενδοψυχικών συγκρούσεων οι οποίες παραμένουν στο ασυνείδητο και εμφανίζονται με τη μορφή ανεξήγητων σωματικών συμπτωμάτων^{2,7}.

Επιδημιολογία

Τα επιδημιολογικά δεδομένα για τη ΔΜ είναι περιορισμένα και διαφέρουν αναλόγως του υπό μελέτη πληθυσμού. Στο γενικό πληθυσμό εκτιμάται ότι η συχνότητα εμφάνισης είναι <1% ενώ σε νοσηλευόμενους ασθενείς (σε γενικά νοσοκομεία) οι οποίοι παραπέμπονται στις υπηρεσίες Συμβουλευτικής – Διασυνδετικής Ψυχιατρικής η συχνότητα κυμαίνεται μεταξύ 5-14%. Τα ποσοστά είναι ακόμη μεγαλύτερα (5-25%) σε ψυχιατρικούς ασθενείς που παρακολουθούνται σε εξωτερική βάση^{2,8-10}. Ειδικότερα, στα παιδιά και τους εφήβους αποτελεί την πιο συχνή σωματόμορφη διαταραχή με ποσοστά μεταξύ 0.5-10% (11). Εμφανίζεται συχνότερα στα κορίτσια και τις γυναίκες^{12,13}, ενώ αναφορικά με την ηλικία εμφάνισης, αν και μπορεί να ξεκινήσει σε οποιαδήποτε ηλικία, εμφανίζεται τρεις φορές πιο συχνά στους εφήβους και τους νέους ενήλικες, με την εμφάνιση της πριν την ηλικία των 5 ετών να θεωρείται σπάνια¹⁴. Τέλος, εμφανίζεται πιο συχνά σε αγροτικούς πληθυσμούς, σε άτομα που προέρχονται από χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, σε εφήβους οι οποίοι πιέζονται για μαθησιακές ή αθλητικές επιδόσεις καθώς και σε άτομα που έχουν κακοποιηθεί σωματικά ή σεξουαλικά^{15,16}.

Αιτιολογία

Για την αιτιολογία της ΔΜ έχουν προταθεί διάφορες θεωρίες^{2,14,17}.

Ψυχαναλυτική θεωρία

Σύμφωνα με τη ψυχαναλυτική θεωρία, η ΔΜ είναι αποτέλεσμα της απώθησης ασυνείδητων ενδοψυχικών συγκρούσεων και της μετατροπής του άγχους σε σωματικό σύμπτωμα. Η σύγκρουση είναι μεταξύ μιας ενόρμησης (επιθετική ή σεξουαλική) και της απαγόρευσης της έκφρασης της. Τα συμπτώματα επιτρέπουν τη μερική έκφραση της απαγορευμένης επιθυμίας χωρίς να γίνεται συνειδητή στο άτομο. Τα συμπτώματα έχουν συμβολικό νόημα, για παράδειγμα η παράλυση του άνω άκρου προστατεύει το άτομο από την έκφραση μη αποδεκτών επιθετικών επιθυμιών προς κάποιο οικείο πρόσωπο.

Θεωρία Μάθησης

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή ένα παιδί μαθαίνει (ως εξαρτημένη συμπεριφορά) τα «οφέλη» του να αναλαμβάνει το ρόλο του ασθενή και τα συμπτώματα χρησιμεύουν

ως ένας τρόπος αντιμετώπισης ορισμένων δύσκολων καταστάσεων. Η αυξημένη προσοχή των γονέων και η μείωση των ευθυνών (πχ ελαχιστοποίηση διαβάσματος) μπορεί να ενισχύουν τη συμπτωματολογία. Επιπλέον τα συμπτώματα καθώς θεωρούνται μια μορφή επικοινωνίας απαντώνται σε παιδιά που έχουν δυσκολία να εκφράσουν λεκτικά τα συναισθήματά τους¹⁸.

Βιολογικοί παράγοντες

Υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις ότι τα συμπτώματα στη ΔΜ εμφανίζονται ως αποτέλεσμα υπερβολικής φλοιώδους διέγερσης, η οποία στη συνέχεια ενεργοποιεί ανασταλτικά σήματα στις συνάψεις των αισθητηριακοκινητικών οδών μέσω αρνητικής ανατροφοδότησης μεταξύ του φλοιού του εγκεφάλου και του δικτυωτού σχηματισμού^{9,19}.

Στη βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί και άλλοι παράγοντες οι οποίοι μπορεί να συντελούν στην εμφάνιση της ΔΜ²⁰, όπως το ιστορικό κακοποίησης, η ύπαρξη άγχους στην οικογένεια η οποία υπερασχολείται με ασθένειες, η αποδιοργάνωση της οικογένειας καθώς και άλλοι κοινωνικοοικονομικοί και πολιτιστικοί παράγοντες (επαρχιακές περιοχές, χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο).

Κλινικά χαρακτηριστικά

Τα κλινικά χαρακτηριστικά της ΔΜ περιλαμβάνουν κινητικά (διαταραχές βάδισης, αδυναμία, παράλυση, τρόμος) και αισθητικά συμπτώματα (απώλεια της αισθητικότητας, παραισθησία, κώφωση, τύφλωση, σωληνοειδή όραση) καθώς και απώλεια συνείδησης. Τα πιο συχνά συμπτώματα μετατροπής είναι η παράλυση, η τύφλωση και η αλαλία. Στο 29-54% των παιδιών με ΔΜ τα συμπτώματα μιμούνται αυτά ενός συγγενικού ή οικείου ατόμου το οποίο έχει κάποια πραγματική νόσο^{12,21}. Πολλά άτομα επίσης παρουσιάζουν «επιληπτικές κρίσεις» οι οποίες αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως ψευδοκρίσεις, μετατρεπτικές κρίσεις ή ψυχογενείς μη επιληπτικές κρίσεις (Psychogenic Non Epileptic Seizures - PNES). Είναι χαρακτηριστικό ότι σε ποσοστό 5-37% των ασθενών που απευθύνονται σε νευρολόγους λόγω κρίσεων, στην πραγματικότητα εμφανίζουν μη επιληπτικά επεισόδια²². Επιπλέον των κλινικών συμπτωμάτων, με τη ΔΜ έχουν συσχετιστεί ορισμένα ψυχολογικά συμπτώματα όπως το πρωτογενές όφελος, το δευτερογενές όφελος, η ωραία αδιαφορία (la belle indifference) και η ταύτιση^{14,19,23}. Το πρωτογενές όφελος αναφέρεται στο όφελος που προκύπτει από το ότι ο ασθενής διατηρεί τις εσωτερικές συγκρούσεις στο ασυνείδητο. Τα σωματικά συμπτώματα επιτρέπουν την μερική έκφραση των απαγορευμένων επιθυμιών και έχουν συμβολική αξία, έτσι ώστε ο ασθενής να μην έρχεται αντιμέτωπος με μη αποδεκτά

για τον ίδιο συναισθήματα. Το δευτερογενές όφελος είναι αυτό που προκύπτει από τα οφέλη που αποκομίζει ο ασθενής λόγω του γεγονότος ότι εμφανίζει μια νόσο (πχ μείωση ευθυνών, υποστήριξη από άλλους που αλλιώς δεν θα συνέβαινε) και αποτελεί σημείο που μπορεί να συμβάλει στη συνέχιση της συμπτωματολογίας. Η ωραία αδιαφορία αναφέρεται στην ακατάλληλη στάση του ασθενή απέναντι στα συμπτώματα του και πιο συγκεκριμένα στο γεγονός ότι φαίνεται να μην ανησυχεί για τη βαρύτητα τους και την έκπτωση που προκαλούν. Ωστόσο, αν και συναντάται συχνά στη ΔΜ, δεν αποτελεί παθογνωμονικό στοιχείο. Στα παιδιά το φαινόμενο είναι πιο σπάνιο με μια μελέτη να υπολογίζει τη συχνότητα του στο 8% των παιδιών με ΔΜ (12). Η ταύτιση απαντάται συχνά στους ασθενείς με ΔΜ οι οποίοι ασυνείδητα αναπαράγουν τα συμπτώματα, σημαντικών για τους ίδιους, ατόμων.

Πορεία – Πρόγνωση

Συνήθως τα μετατρεπτικά συμπτώματα είναι μικρής διάρκειας (<2 εβδομάδες σε νοσηλευόμενους ασθενείς), ωστόσο μπορεί να εξελιχθούν σε χρόνια και επαναλαμβανόμενα, κυρίως όταν ο στρεσογόνο παράγοντας παραμένει, όταν συνυπάρχει ψυχοπαθολογία ή όταν υπάρχει σημαντικό δευτερογενές όφελος^{9,24}. Η υποτροπή είναι συχνή και εμφανίζεται στο 20-25% των ατόμων με μετατροπή στον 1^ο χρόνο²⁴. Οι ασθενείς με PNES είναι πιο πιθανό να εμφανίζουν υποτροπιάζοντα επεισόδια συγκριτικά με τους ασθενείς με παράλυση ή αφωνία, συνεπώς παρουσιάζουν πιο φτωχή πρόγνωση²⁴⁻²⁶. Η πρόγνωση σε παιδιά με PNES συγκριτικά με των ενηλίκων ωστόσο, είναι καλύτερη και ταχύτερη ειδικά όταν η διάγνωση γίνεται στην έναρξη των συμπτωμάτων, γεγονός που τονίζει τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης²⁷⁻²⁹. Οι θετικοί προγνωστικοί παράγοντες είναι η αιφνίδια έναρξη, η καλή προνοσηρά κατάσταση, η απουσία άλλων σωματικών νοσημάτων ή ψυχιατρικών διαταραχών και η ύπαρξη σαφούς στρεσογόνου παράγοντα³⁰⁻³².

Διαφορική Διάγνωση

Η μεγαλύτερη δυσκολία στη διάγνωση της ΔΜ είναι ο αποκλεισμός νευρολογικής κυρίως (λόγω της φύσης της συμπτωματολογίας) νόσου ή άλλου σωματικού νοσήματος. Ωστόσο, ακόμα και μετά την παραπομπή σε ψυχίατρο - παιδοψυχίατρο είναι σημαντικό ο κλινικός να είναι σε επαγρύπνηση για την εμφάνιση κάποιας νευρολογικής νόσου. Παλαιότερα, τα ποσοστά των ασθενών που διαγιγνώσκονταν με ΔΜ και τελικά είχαν νευρολογική νόσο, πλησίαζαν το 50%, ωστόσο, νεότερα δεδομένα δείχνουν πολύ μικρότερα ποσοστά που κυμαίνονται μεταξύ 0.4-4%³³⁻³⁵. Συνεπώς είναι απαραίτητο να γίνει ένας πλήρης οργανικός και νευρολογικός έλεγχος και η διάγνωση της ΔΜ να μην τίθεται μόνο στη βάση της

ύπαρξης στρεσογόνων παραγόντων που «εξηγούν» τα συμπτώματα, καθώς τέτοιες υποθέσεις δεν είναι αξιόπιστες³⁶. Επιπλέον, σε άλλες περιπτώσεις δεν αποκλείεται η συννοσηρότητα ΔΜ και νευρολογικής νόσου³⁷. Νευρολογικές νόσοι που μπορεί να εμφανίζουν συμπτωματολογία η οποία αρχικά μοιάζει να μην είναι συμβατή με γνωστές νευροφυσιολογικές διεργασίες είναι η Πολλαπλή Σκλήρυνση στην οποία οι δυσκολίες όρασης λόγω της οπτικής νευρίτιδας μπορεί αρχικά να παρουσιάζεται με φυσιολογικό βυθό, επίκτητες μυοπάθειες στις οποίες η αδυναμία παρουσιάζεται επί φυσιολογικών εν τω βάθει τενόντιων αντανακλαστικών κ.α⁹. Είναι σαφές ότι για τη διάγνωση της ΔΜ πρέπει να υπάρχουν κλινικά ευρήματα τα οποία αποδεικνύουν την ασυμβατότητα με νευρολογικές ασθένειες. Λόγω της μεγάλης ποικιλομορφίας στη συμπτωματολογία που παρουσιάζουν αρκετές σωματικές παθήσεις θα πρέπει να υπάρχει η βεβαιότητα στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό μη ύπαρξης οργανικής νόσου.

Όσον αφορά στις ψυχογενείς μη επιληπτικές κρίσεις στα παιδιά (Psychogenic non epileptic seizures – PNES) είναι δύσκολο να διακριθούν από την επιληψία^{38,39} με την εξέταση εκλογής να αποτελεί η οπτικοακουστική καταγραφή του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος (video-EEG)⁴⁰. Ωστόσο, και η εξέταση αυτή έχει δυσκολίες (νοσηλεία του παιδιού, διαγνωστική αξιοπιστία) με αποτέλεσμα καθυστέρηση της διάγνωσης και θεραπεία των παιδιών ως πάσχοντα από επιληψία⁴¹⁻⁴⁴. Χαρακτηριστικό είναι ότι το οικονομικό κόστος των αδιάγνωστων PNES είναι αντίστοιχο με της επιληψίας και συχνά συνταγογραφούνται αντιεπιληπτικά φάρμακα τα οποία δεν είναι απαραίτητα στις PNES^{43,45,46}.

Στη Διαταραχή Σωματικών Συμπτωμάτων οι υπερβολικές σκέψεις, τα συναισθήματα και η συμπεριφορά που σχετίζεται με τα συμπτώματα αυτά, απουσιάζουν στη ΔΜ.

Στην Προσποίηση και την Υπόκριση τα συμπτώματα «παράγονται» σκόπιμα (με εμφανές το εξωτερικό κίνητρο ή την ανάληψη του ρόλου του ασθενούς αντίστοιχα) σε αντίθεση με την ΔΜ. Η διαφορική διάγνωση γίνεται με την αξιολόγηση της ύπαρξης των κινήτρων αυτών.

Στη Διαταραχή Πανικού ορισμένες φορές υπάρχουν νευρολογικά συμπτώματα (τρόμος, παραισθησίες) ωστόσο αυτά είναι παροδικά και συνυπάρχουν με τα χαρακτηριστικά καρδιοαναπνευστικά συμπτώματα της διαταραχής.

Στην ΔΜ συχνά υπάρχουν και αποσυνδεδετικά φαινόμενα. Εάν πληρούνται τα κριτήρια και για την Αποσυνδεδετική Διαταραχή τότε θα πρέπει να τίθενται και οι δυο διαγνώσεις.

Στη Σωματοδυσμορφική Διαταραχή το άτομο παρουσιάζει υπέρμετρη ανησυχία για ένα φανταστικό ελάττωμα στην εμφάνιση του αλλά δεν παρουσιάζει κινητικά ή αι-

σθητηριακά συμπτώματα στο συγκεκριμένο μέρος του σώματος.

Συννοσηρότητα

Οι αγχώδεις και οι καταθλιπτικές διαταραχές, η διαταραχή σωματικών συμπτωμάτων και οι διαταραχές προσωπικότητας στους ενήλικες συχνά συνυπάρχουν με τη ΔΜ¹. Συχνά επίσης, με τη ΔΜ σχετίζονται τα οικογενειακά στρεσογόνα γεγονότα όπως πρόσφατο διαζύγιο και συζυγικές συγκρούσεις^{22,47} ενώ τέλος τα πιο πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι σε ποσοστό 10% (και παραπάνω σε ορισμένες μελέτες) των ασθενών με μετατρεπτικές κρίσεις συνυπάρχει και επιληψία⁴⁸⁻⁵⁰. Όσον αφορά τη συννοσηρότητα στα παιδιά με PNES αυτή έχει αναφερθεί σε ποσοστά από 16% μέχρι και 100%^{49,51,52}.

Θεραπεία

Αν και έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορες τεχνικές για τη θεραπεία της ΔΜ, στη βιβλιογραφία η έρευνα είναι ιδιαίτερα περιορισμένη και είναι απαραίτητος ο σχεδιασμός τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών. Η επιλογή της θεραπευτικής μεθόδου εξαρτάται από το αν τα συμπτώματα μετατροπής είναι οξεία ή χρόνια. Σε οξείες καταστάσεις ο βασικός στόχος είναι η άμεση λύση των συμπτωμάτων αν και η λύση τους συνήθως γίνεται αυτόματα, ωστόσο, πιθανώς να ευοδώνεται από εναισθητικά προσανατολισμένες υποστηρικτικές ψυχοθεραπείες ή συμπεριφορικές θεραπείες¹⁷. Είναι σημαντική η ταχεία λύση των συμπτωμάτων καθώς η διάρκεια τους έχει συσχετισθεί με μεγαλύτερο κίνδυνο επανεμφάνισης και χρόνιας αναπηρίας⁹. Οι συμπεριφορικές τεχνικές χρειάζεται να εστιάζουν στη βελτίωση της αυτοεκτίμησης, την ικανότητα για συναισθηματική έκφραση καθώς και στην επικοινωνία με τους άλλους. Το πιο σημαντικό στοιχείο στη θεραπεία είναι η σχέση με το θεραπευτή. Αυτό που θα πρέπει να αποφεύγεται είναι η άμεση παρέμβαση ότι τα συμπτώματα είναι φανταστικά καθώς αυτό θα κάνει τον ασθενή να νιώσει ότι κανείς δεν τον κατανοεί. Το ίδιο θα πρέπει να γίνεται και από τους κλινικούς (πχ νευρολόγοι, παιδίατροι) που ενδεχομένως έχουν θέσει τη διάγνωση. Η διατήρηση της εμπιστοσύνης του ασθενή στον κλινικό είναι πρωταρχικό βήμα για την περαιτέρω διαχείριση της διαταραχής. Θα πρέπει να γίνει κατανοητό στον ασθενή ότι υπάρχει μια σαφής διάγνωση (ΔΜ), ότι η διάγνωση μπορεί να γίνει με τη νευρολογική εξέταση και όχι εξ'αποκλεισμού και ότι είναι θεραπεύσιμη⁵³. Είναι αυτονόητο ότι σε περιπτώσεις συννοσηρότητας (κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές) θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με την ενδεδειγμένη θεραπεία (φαρμακευτικά ή/και ψυχοθεραπευτικά) κάτι που δεν πρέπει να συμβαίνει για τη συμπτωματολογία της διαταραχής (πχ φαρμακευτική αγωγή για τον μετατρεπτικό τρόπο).

Λαμβάνοντας υπόψη τη βιβλιογραφία για τις PNES είναι σημαντικό η παρέμβαση στα παιδιά να περιλαμβάνει και τους γονείς με το θεραπευτικό πλάνο των Carlan και συν⁵⁴ να αποτελείται από ξεχωριστές συνεδρίες με το παιδί και τους γονείς του. Στη θεραπεία των παιδιών βασικό βήμα είναι η εξήγηση στους γονείς ότι τα συμπτώματα δεν είναι «ψεύτικα» και δεν παράγονται σκόπιμα. Αντιθέτως ενημερώνονται και γίνεται ψυχοεκπαίδευση για το πως τα συναισθήματα μπορεί να πυροδοτήσουν τα συμπτώματα αλλά και για το γεγονός ότι τα επεισόδια είναι ιατρικώς ασφαλή καθώς οι ασθενείς με PNES τείνουν να χρησιμοποιούν αυτοπροστατευτικούς μηχανισμούς (συνειδητά ή ασυνειδητά). Σε ορισμένες περιπτώσεις έχει αναφερθεί ότι είναι βοηθητική η ύπνωση, οι συμπεριφορικές τεχνικές χαλάρωσης και η χορήγηση αγχολυτικών^{17,55,56} ενώ τελευταία, ειδικά στις περιπτώσεις κινητικών συμπτωμάτων, έχει αναγνωριστεί και ο ρόλος των παρεμβάσεων αποκατάστασης όπως φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, λογοθεραπεία^{53,57,58}. Ωστόσο, οι ενδείξεις από τη βιβλιογραφία δεν είναι ισχυρές όσον αφορά στη χρήση της φυσιοθεραπείας σε παιδιά και εφήβους με ΔΜ⁵⁹. Στη πλειονότητα των περιπτώσεων η παρέμβαση γίνεται σε εξωτερική βάση ωστόσο επί παρουσία ορισμένων κριτηρίων μπορεί να χρειαστεί νοσηλεία⁵⁴. Ως συμπληρωματικές παρεμβάσεις σε μελέτες περιπτώσεων σε ενήλικες έχουν χρησιμοποιηθεί και άλλες μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις όπως ο Διακρανιακός Μαγνητικός Ερεθισμός (TMS) ή ο Διαδερμικός Ηλεκτρικός Ερεθισμός⁵⁶.

Συμπεράσματα

Η ΔΜ αποτελεί μια συχνή διαταραχή την οποία μπορεί να αντιμετωπίσουν στην κλινική πρακτική διάφορες ειδικότητες όπως νευρολόγοι, ψυχίατροι-παιδοψυχίατροι, παιδίατροι, οφθαλμίατροι, ωτορινολαρυγγολόγοι⁶⁰ και η διάγνωση της πολλές φορές δεν είναι εύκολη για τους ειδικούς. Οι αλλαγές στο DSM-5 δίνουν έμφαση στη συμπτωματολογία και όχι στην αιτιολογία με αποτέλεσμα οι άλλες ειδικότητες να αντιμετωπίζουν τους ασθενείς αυτούς σα πραγματικούς ασθενείς και οι ψυχίατροι - παιδοψυχίατροι αρχίζουν να συνεργάζονται μαζί τους. Σημαντικότερο είναι ωστόσο το γεγονός ότι οι ασθενείς πλέον αισθάνονται και οι ίδιοι ως πραγματικοί ασθενείς λόγω του όρου «λειτουργικά νευρολογικά συμπτώματα»⁶. Ο δεισιμόσ σώματος - ψυχής τείνει να εξαλειφθεί και στη θέση του να υιοθετηθεί ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο προσέγγισης της διαταραχής. Η συνεργασία των ειδικών και η ενσυναισθητική κατανόηση του ασθενή αποτελούν τα πρώτα βήματα για τη διάγνωση και τη βέλτιστη αντιμετώπιση τους. Η καθυστέρηση στην αναγνώριση της διαταραχής και της παραπομπής σε ειδικούς ψυχικής υγείας, μπορεί να έχει σημαντικές ιατρικές και ψυχολογικές επιπτώσεις και να κλονίσει την εμπιστοσύνη των ασθενών στο σύστημα

υγείας, ενώ οι οικονομικές επιπτώσεις για το σύστημα είναι εξίσου σημαντικές⁶⁰. Οι ψυχολογικές θεραπείες αποτελούν τη θεραπεία εκλογής ωστόσο χρειάζονται περισσότερες τυχαίοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες ώστε να τεκμηριωθεί η αποτελεσματικότητα τους ενώ απαραίτητες είναι και οι μελέτες που θα εστιάζουν στη διεπιστημονική παρέμβαση στη ΔΜ.

Βιβλιογραφία

1. American Psychiatric Association., American Psychiatric Association. *DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadocks Comprehensive Textbook of Psychiatry. 10th ed. LWW; 2017.
3. Hallett M, Cloninger CR. Psychogenic movement disorders : neurology and neuropsychiatry. Lippincott Williams & Wilkins; 2006. 353 p.
4. Edwards MJ, Stone J, Lang AE. From psychogenic movement disorder to functional movement disorder: It's time to change the name. *Mov Disord*. 2014 Jun;29(7):849–52.
5. Fahn S, Olanow CW. “Psychogenic Movement Disorders”: They Are What They Are. *Mov Disord*. 2014 Jun;29(7):853–6.
6. Demartini B, D’Agostino A, Gambini O. From conversion disorder (DSM-IV-TR) to functional neurological symptom disorder (DSM-5): When a label changes the perspective for the neurologist, the psychiatrist and the patient. *J Neurol Sci*. 2016 Jan;360:55–6.
7. Tasca C. Women And Hysteria In The History Of Mental Health. *Clin Pract Epidemiol Ment Heal*. 2012 Oct 19;8(1):110–9.
8. Toone B. Disorders of hysterical conversion. In: Bass C, editor. *Physical Symptoms and Psychological Illness*. London: Blackwell Scientific; 1990. p. 207–34.
9. Cloninger CR. Somatoform and dissociative disorders. In: Winokur G, Clayton P, editors. *Medical Basis of Psychiatry*. 2nd ed. Philadelphia PA: WB Saunders; 1993. p. 169–92.
10. Ford C V., Folks DG. Conversion disorders: An overview. *Psychosomatics*. 1985 May;26(5):371–83.
11. DeMaso D, Beasley P. The somatoform disorders. In: Klyklyo W, Kay J, editors. *Clinical Child Psychiatry*. 2nd ed. West Sussex, UK: Wiley; 2005. p. 471–86.
12. Spierings C, Poels PJE, Sijben N, Gabrels FJM, Renier WO. Conversion Disorder in childhood: A retrospective follow-up study of 84 inpatients. *Dev Med Child Neurol*. 1990;32(10):865–71.
13. Steinhausen H, von Aster M, Pfeiffer E, Gobel D. Comparative studies of conversion disorders in childhood and adolescence. *J Child Psychol Psychiatry*. 1989;30(4):615–21.
14. Shaw R, Spratt E, Bernard R, DeMaso D. Somatoform disorders. In: Shaw RJ, DeMaso DR, editors. *Textbook of Pediatric Psychosomatic Medicine*. American Psychiatric Association Publishing; 2010.
15. Folks DG, Ford C V., Regan WM. Conversion symptoms in a general hospital. *Psychosomatics*. 1984 Apr;25(4):285–95.
16. Lazare A. Conversion Symptoms. *N Engl J Med*. 1981 Sep 24;305(13):745–8.
17. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock’s synopsis of psychiatry : behavioral sciences/clinical psychiatry. 1472 p.
18. Nemzer E. Somatoform disorders. In: Lewis M, editor. *Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook*. Williams & Baltimore; 1991. p. 697–706.
19. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock’s Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 11th ed. Wolters Kluwer; 2015.
20. LaFrance WC, Alper K, Babcock D, Barry JJ, Benbadis S, Caplan R, et al. Nonepileptic seizures treatment workshop summary. *Epilepsy Behav*. 2006 May;8(3):451–61.
21. Grattan-Smith P, Fairley M, Procopis P. Clinical features of conversion disorder. *Arch Dis Child. BMJ Publishing Group Ltd*; 1988 Apr 1;63(4):408–14.
22. Salmon P, Al-Marzooqi SM, Baker G, Reilly J. Childhood family dysfunction and associated abuse in patients with nonepileptic seizures: Towards a causal model. *Psychosom Med*. 2003;65(4):695–700.
23. Alper K. Nonepileptic seizures. *Neurol Clin*. 1994 Feb;12(1):153–73.
24. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. 4th ed. Washington DC; 2000. 943 p.
25. Weintraub M. *Hysterical Conversion Reactions: A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment*. New York, NY: Spectrum; 1983.
26. Hafeiz HB. Hysterical conversion: A prognostic study. *Br J Psychiatry*. 1980;136(6):548–51.
27. Valente KD, Alessi R, Vincentiis S, Santos B dos, Rzezak P. Risk Factors for Diagnostic Delay in Psychogenic Nonepileptic Seizures Among Children and Adolescents. *Pediatr Neurol*. 2017 Feb;67:71–7.
28. Lancman ME, Asconapé JJ, Graves S, Gibson PA. Psychogenic Seizures in Children: Long-Term Analysis of 43 Cases. *J Child Neurol*. 1994 Oct 2;9(4):404–7.
29. Gudmundsson O, Prendergast M, Foreman D, Cowley S. Outcome of pseudoseizures in children and adolescents: a 6-year symptom survival analysis. *Dev Med Child Neurol*. 2001 Aug 29;43(08):547.
30. Crimlisk HL, Bhatia K, Cope H, David A, Marsden CD, Ron M a. Slater revisited: 6 year follow up study of patients with medically unexplained motor symptoms. *BMJ*. 1998;316(7131):582–6.
31. Lazare AJ. Current concepts in psychiatry. Conversion symptoms. *N Engl J Med*. 1981;305(13):745–8.
32. Speed J. Behavioral management of conversion disorder: retrospective study. *Arch Phys Med Rehabil*. 1996;77(2):147–54.
33. 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 Oct 29;331(7523):989.
34. Stone J, Carson A, Duncan R, Coleman R, Roberts R, Warlow C, et al. Symptoms “unexplained by organic disease” in 1144 new neurology out-patients: how often does the diagnosis change at follow-up? *Brain*. 2009 Oct;132(Pt 10):2878–88.
35. Slater ET, Glithero E. A follow-up of patients diagnosed as suffering from “hysteria”. *J Psychosom Res*. 1965 Sep;9(1):9–13.
36. Cloninger C. Diagnosis of somatoform disorders: a critique of DSM-III. In: Tischler G, editor. *Diagnosis and Classification in Psychiatry: A Critical Appraisal of DSM-III*. New York, NY: Cambridge University Press; 1987. p. 243–59.
37. Desai BT, Porter RJ, Penry JK. Psychogenic seizures. A study of 42 attacks in six patients, with intensive monitoring. *Arch Neurol*. 1982 Apr;39(4):202–9.
38. King DW, Gallagher BB, Murvin AJ, Smith DB, Marcus DJ, Hartlage LC, et al. Pseudoseizures: diagnostic evaluation. *Neurology*. 1982 Jan;32(1):18–23.
39. Noe KH, Grade M, Stonnington CM, Driver-Dunckley E, Locke DEC. Confirming psychogenic nonepileptic seizures with video-EEG: Sex matters. *Epilepsy Behav*. 2012 Mar;23(3):220–3.
40. Kerr MP, Mensah S, Besag F, de Toffol B, Ettinger A, Kanemoto K, et al. International consensus clinical practice statements for the treatment of neuropsychiatric conditions associated with epilepsy.

- Epilepsia*. 2011 Nov;52(11):2133–8.
41. Wichaidit BT, Østergaard JR, Rask CU. Diagnostic practice of psychogenic nonepileptic seizures (PNES) in the pediatric setting. *Epilepsia*. 2015 Jan;56(1):58–65.
 42. Plioplys S, Siddarth P, Asato MR, Caplan R. Clinicians' Views on Antiepileptic Medication Management in Nonepileptic Seizures. *J Child Neurol*. 2014 Jun 10;29(6):746–50.
 43. Martin RC, Gilliam FG, Kilgore M, Faught E, Kuzniecky R. Improved health care resource utilization following video-EEG-confirmed diagnosis of nonepileptic psychogenic seizures. *Seizure*. 1998 Oct;7(5):385–90.
 44. Reuber M, Fernández G, Bauer J, Helmstaedter C, Elger CE. Diagnostic delay in psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology*. 2002 Feb 12;58(3):493–5.
 45. Begley CE, Durgin TL. The direct cost of epilepsy in the United States: A systematic review of estimates. *Epilepsia*. 2015 Sep;56(9):1376–87.
 46. Bhatia MS, Sapra S. Pseudoseizures in Children: A Profile of 50 Cases. *Clin Pediatr (Phila)*. 2005 Sep 2;44(7):617–21.
 47. Wyllie E, Glazer JP, Benbadis S, Kotagal P, Wolgamuth B. Psychiatric Features of Children and Adolescents With Pseudoseizures. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999 Mar 1;153(3).
 48. Kotagal P, Costa M, Wyllie E, Wolgamuth B. Paroxysmal nonepileptic events in children and adolescents. *Pediatrics*. 2002;110(4):e46.
 49. Plioplys S, Doss J, Siddarth P, Bursch B, Falcone T, Forgey M, et al. A multisite controlled study of risk factors in pediatric psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia*. 2014 Nov;55(11):1739–47.
 50. Patel H, Scott E, Dunn D, Garg B. Nonepileptic Seizures in Children. *Epilepsia*. 2007 Nov;48(11):2086–92.
 51. Plioplys S, Doss J, Siddarth P, Bursch B, Falcone T, Forgey M, et al. Risk factors for comorbid psychopathology in youth with psychogenic nonepileptic seizures. *Seizure*. 2016 May;38:32–7.
 52. Doss JL, Plioplys S. Pediatric Psychogenic Nonepileptic Seizures. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2018 Jan;27(1):53–61.
 53. 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 Jun 4;
 54. Caplan R, Doss J, Plioplys S, Jones JE. Pediatric psychogenic nonepileptic seizures : a treatment guide. 204 p.
 55. Ford CV. Conversion disorder and somatoform disorder not otherwise specified. In: Gabbard G, editor. *Treatments of Psychiatric Disorders*. 2nd ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1995. p. 1735–53.
 56. Gelauff J, Stone J, Edwards M, Carson A. The prognosis of functional (psychogenic) motor symptoms: a systematic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2014 Feb 1;85(2):220–6.
 57. Nielsen G, Stone J, Edwards MJ. Physiotherapy for functional (psychogenic) motor symptoms: A systematic review. *J Psychosom Res*. 2013 Aug;75(2):93–102.
 58. Bolger A, Collins A, Michels M, Pruitt D. Characteristics and Outcomes of Children With Conversion Disorder Admitted to a Single Inpatient Rehabilitation Unit, A Retrospective Study. *PM&R*. 2018 Mar;
 59. FitzGerald TL, Southby AK, Haines TP, Hough JP, Skinner EH. Is physiotherapy effective in the management of child and adolescent conversion disorder? A systematic review. *J Paediatr Child Health*. 2015 Feb;51(2):159–67.
 60. Cautley L, Kohlert S, Gandy H, Olds J, Bromwich M. When symptoms don't fit: a case series of conversion disorder in the pediatric otolaryngology practice. *J Otolaryngol - Head Neck Surg*. 2018 Dec 29;47(1):39.