

A konverziós zavarok lehetséges neurobiológiai háttere és kezelési alapelvei

Különböző agyterületek diszfunkciója

A funkcionális neurológiai tünet zavar kialakulásáért a környezeti tényezők, életesemények, lelki működések és biológiai faktorok együttes hatását tehetjük felelőssé. Egyre több adat kerül felszínre a háttérben álló esetleges idegi diszfunkciókról is; feltételezhető az érzelmi feldolgozásért, az érzelmszabályozásért és érzelmi tudatosságért, a kognitív kontrollért, a belső tudatosságért és a mozgástervezésért felelős területek eltérő működése. A konverziós zavarok kezelése elsősorban pszichoterápiával történik, de jó lehetőség a fizioterápia, a rehabilitáció és a relaxáció is.

A konverziós zavar (a DSM-5 a funkcionális neurológiai tünet zavar elnevezést is használja) az akaratlagos idegrendszer kimutatható organikus kóreredit nélküli motoros és szenzoros hiánytüneteit összefoglaló kórkép. A páciens tünetei általában nem felelnek meg a motoros, illetve szenzoros beidegzésnek, eltérnek az organikus háttérű tünetektől (főként a páciens betegségről, tünetekről alkotott elképzeléseit tükrözik). Gyakran szimbolikusan értelmezhetőek, vagy egy, a páciens számára fontos személy tüneteit modellezhetik. A tünetek – szemben a szimulációval, illetve a fakticiózus zavarral – nincsenek tudatos, szándékos kontroll alatt, és a betegek reális szenvedést okoznak. Kezelésük komplex, egyénre szabott, illetve empatikus, megértő hozzáállást igényel.

A KONVERZIÓS ZAVAROK HÁTTERE

A funkcionális neurológiai tünet zavar, zavarok hátterét számos szempontból vizsgálhatjuk, és a zavar kialakulásáért a különböző területek – környezeti tényezők, életesemények, lelki működések és biológiai faktorok – együttes hatását tehetjük felelőssé. A pszichoanalitikus elméletek szerint a funkcionális neurológiai tünetek megjelenésének háttérben intrapszichés konfliktusok elfojtása, a szorongás testi tünetek formájába való konverziója állhat. A tünetekben szimbolikusan megjelenhetnek az egyén számára elfogadhatatlan késztetések, konfliktusok, anélkül, hogy azokkal tudatosan szembesülnie kéne. A tanulásméleti megközelítés szerint a tüneteknek feszültségcsökkentő szerepük van, és a környezet törődése megerősítő hatású. Gyermekkorban a félelmek, szenvedések testnyelven kerülnek kifejezésre, és a fejlődés során a szimbolikus nyelv elsajátítása és a szülők reakciói révén a gyermek megtanulja, hogy különbséget tegyen a testi és az érzelmi kellemtelenségei között. Ennek hiányában felnőttkorban is infantilis formában, testi tünetekkel fog kommunikálni. A konverziós tünetek tehát lehetővé teszik a páciens számára, hogy kifejezze a törődés, odafigyelés iránti igényét, valamint alkalmasak a környezet nonverbális manipulálására, kontrollálására.

A pszichoszociális háttér mellett azonban egyre több adat kerül felszínre a konverziós zavarok hátterében fel-

tételezhető idegi diszfunkciókról. Korai képzővizsgálatok a domináns félteke hipometabolizmusát és az ellenoldali félteke hipermetabolizmusát írták le, a féltekék közötti kommunikáció zavarát feltételezve a tünetek hátterében. Ezen elmélet szerint egy excesszív kortikális arousal negatív feedback hurkokat indíthat el az agykéreg és az agytörzsi formatio reticularis között, melynek következtében gátlódhat a testi szenzációk tudatosulása. Ez magyarázattal szolgálhat az esetek egy részében kiala-

A konverziós tünetek tehát lehetővé teszik a páciens számára, hogy kifejezze a törődés, odafigyelés iránti igényét, valamint alkalmasak a környezet nonverbális manipulálására, kontrollálására

tudatosságért (anterior cinguláris kéreg, ventromediális prefrontális kéreg, insula, amygdala), a kognitív kontrollért (dorzolaterális prefrontális kéreg, dorzális anterior cinguláris kéreg, inferior frontális gyrus), a belső tudatosságért (temporo-parietális junkció, posterior cinguláris kéreg, precuneus) és a mozgástervezésért (szupplementer motoros area) felelős területek eltérő működése. A fokozott önmegfigyelés és a belső gondolatok hatása a motoros funkciókra felvetette az alaphelyzeti hálózat (default mode

hátterű kórkép feltételeinek. Sokat számít a diagnózis elfogadásában, hogy hogyan fogalmazzuk meg azt. Ha „lelki eredetű”, „pszichés” vagy „stressz által kiváltott” tünetekről beszélünk, gyakran azt feltételezzük, hogy szenvedést (és ezáltal pszichoszociális következményeket) okozó tünetek ellenére nem hiszünk nekik, nem tartjuk őket betegnek, tüneteikről úgy véljük, hogy azokat kitalálták, „produkálták” vagy csak a fejükben léteznek. A „funkcionális eredetű” megnevezés biztonságos lehet, nem kapcsolódnak hozzá téves elképzelések, és nem próbálunk vele aktuálisan nem bizonyítható, feltételezett hátteret adni a kórképnek. A konverziós zavarok esetében különösen fontos a diagnózis felállításának részletes ismertetése, az azt alátámasztó vizsgálati eredmények elmagyarázása, mert

adatok is alátámasztják (4). E kezelési mód lényege a betegséggel, tünetekkel kapcsolatos gondolatok, meggyőződések, viselkedések átdolgozása, adaptív megküzdési stratégiák támogatása. A pszichodinamikus módszerek célja a tünetekért felelős intrapszichés konfliktus, pszichoszociális megterhelések, traumák felszínre hozása, feldolgozása, melyben segítséget nyújthat a tünetek szimbolikus tartalma, jelentése.

Bár a klinikai tapasztalat szerint a konverziós zavarral élő betegek gyakran jól reagálnak szuggesztív hatásokra (hipnózisban a mozgászavar gyakran teljesen eltűnik), a szuggesztív módszerekkel, hipnózissal kapcsolatos eredmények ellentmondásosak, kevés randomizált, kontrollált vizsgálat történt ez irányban. Elsősorban aktív CBT/pszichodinamikus terápiára nem motivált vagy azokkal együttműködni nem tudó páciensek esetében, egyéb módszerek (fizioterápia, relaxációs módszerek, rehabilitációs irányú terápiák) részeként, illetve pszichoterápiás módszerek esetleges kiegészítőjeként, általában tünetorientáltan kerülnek alkalmazásra (5).

Történtek vizsgálatok transzkranialis mágneses stimuláció alkalmazásával is, melynek háttere, mechanizmusa e zavarban pontosan még nem tisztázott, de a leírt hosszú távú pozitív eredmények alapján hasznos lehet ezen ígéretes területen további vizsgálatokat folytatni (6, 7).

A konverziós zavar gyógyszeres (elsősorban antidepresszánsokkal történő) kezelése főként komorbid hangulatzavarok, szorongás esetén jön szóba, illetve az akutan szenvedést okozó tünetek sürgősségi kezelése során anxiolitikumok (pl. diazepam, lorazepam) adása lehet szükséges. Nem javasolt azonban ezen túl a funkcionális háttérű tünetek célzott gyógyszeres kezelése.

DR. HAJNAL ANDRÁS SÁNDOR
egyetemi adjunktus

IRODALOM

- Spence SA, et al. Discrete neurophysiological correlates in prefrontal cortex during hysterical and feigned disorder of movement. *Lancet*. 2000;355(9211):1243–1244.
- Voon V, et al. Functional Neuroanatomy and Neurophysiology of Functional Neurological Disorders (Conversion Disorder). *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2016 Summer;28(3):168–190.
- Espay AJ, et al. Current Concepts in Diagnosis and Treatment of Functional Neurological Disorders. *JAMA Neurol*. 2018 Sep 1;75(9):1132–1141.
- Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. *Psychosom Med*. 2007 Dec;69(9):881–888.
- Deeley Q. Hypnosis as therapy for functional neurologic disorders. *Handb Clin Neurol*. 2016;139:585–595.
- Ricciardi L, Edwards MJ. Treatment of functional (psychogenic) movement disorders. *Neurotherapeutics*. 2014 Jan;11(1):201–207.
- Chastan N, Parain D. Psychogenic paralysis and recovery after motor cortex transcranial magnetic stimulation. *Mov Disord*. 2010;25(10):1501–1504.



kuló konverziós szenzoros deficitre. Neuropszichológiai tesztek a verbális kommunikáció, az emlékezet és a figyelem finom eltéréseit mutatták ki, melynek háttérben az afferens stimulációk kortikofugális gátlása állhat, amely a reticularis aktivációs rendszer szintjén valósul meg. A mozgászavarok esetében kimutatható különbség volt a tettetett és a konverziós tünetekben észlelt agyi aktivációkban. A szándékosan szimulált gyengeség esetén nem észleltek aktivációkat, míg a funkcionális tünetek esetében a mozgás előkészítésével kapcsolatos területek normális aktivációja mellett a prefrontális kéreg területén is észlelhetőek voltak a szándékos mozgással nem összefüggő aktivációk (1).

Újabb vizsgálatok különböző területek jelentőségét vetették fel. A tünetek kialakulásának háttérben feltételezhető az érzelmi feldolgozásért, az érzelmszabályozásért és érzelmi

network) szerepét is. Emellett feltételezhető, hogy a különböző traumák, negatív életesemények az amygdala-striatum-szupplementer motoros kéreg rendszerén keresztül járhatnak hozzá a tünetek kialakulásához (2, 3).

A KONVERZIÓS ZAVAROK KEZELÉSE

A konverziós zavar kezelésének első lépésként általában a diagnosztizáló neurológus, hiszen a további kezeléshez feltétlenül szükséges a páciens bizalmának, együttműködésének megőrzése, a tünetek elfogadása, validálása. A pácienseknek gyakran nehéz elfogadni, hogy tüneteik hátterében nincs kimutatható organikus eltérés (melynek kimutatása egyfajta biztonságot is jelenthet). El kell fogadnunk, hogy a betegek a tüneteket megélik, azok jelen vannak, még ha nem is felelnek meg egy körülírható, organikus eredetű

ez feltétele a páciens biztonságérzete megteremtésének. Fontos diagnosztikai lépés lehet az esetleges komorbid depresszió, szorongás felismerése, a páciens pszichoszociális háttérének, a tünetek pszichológiai összefüggéseivel kapcsolatos belátásának, a pszichoterápiás kezeléssel kapcsolatos motivációjának, alkalmasságának felmérése a kezelés megtervezéséhez, valamint megfelelő terápiás módszerek felé irányításához.

A kezelési módszerek kiválasztásához kevés szisztematikus kontrollált vizsgálat ad segítséget, illetve mindig az adott beteghez kell illeszteni a módszereket. Sok esetben segíthet fizioterápiás, rehabilitációs jellegű kezelés, relaxációs technikák bevonása is. Tradicionálisan a pszichoterápiás módszerek alkalmazása merül fel elsősorban a konverziós zavarok kezelésében. Ezek közül a kognitív viselkedésterápia hatékonyságát irodalmi