

А. М. АРЗУМАНЯН

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОГЕННЫХ
ГИПЕРКИНЕЗОВ

Проведен клинический анализ больных психогенными гиперкинезами. Уточняются критерии диагностики всей группы психогенных гиперкинезов в целом, и каждой формы в отдельности. Подчеркивается важность правильной диагностики, обеспечивающей своевременное адекватное лечение.

Психогенные гиперкинезы являются малоизученной формой патологии, представляющей зачастую как диагностические, так и терапевтические трудности. Они недостаточно полно описаны, не систематизированы, большинство исследователей упоминают их при описании неврозов в разделе «двигательные нарушения» [4].

Наличие при психогенных гиперкинезах органической микросимптоматики, зависимость выраженности органических гиперкинезов от эмоционального состояния, феноменологическая схожесть тех и других форм делают гиперкинезы одной из наиболее трудных областей сложной проблемы дифференциации «функциональных» и органических заболеваний нервной системы [2]. Этим объясняются противоречивые данные о процентной представленности психогенных гиперкинезов [1, 6, 7]. Наиболее известной формой являются психогенные тики, остальные формы упоминаются либо под общим названием «психогенные гиперкинезы», либо выделяются как «истерические» [3].

Цель настоящей работы: клинический анализ психогенных гиперкинезов с выделением опорных критериев диагностики.

Исследовано 29 больных психогенными гиперкинезами. Проведены электрофизиологические, рентгенологические, лабораторные исследования, позволившие исключить наличие текущего органического заболевания нервной системы. Клинический анализ гиперкинетического синдрома позволил выделить однородную группу больных психогенными тиками и полиморфную группу, включающую различные формы гиперкинезов.

В первую группу вошли 15 больных (9 мужчин и 6 женщин). Среднестатистические данные по группе: возраст—20,5 (от 16 до 26 лет), возраст дебюта—7,7 (от 3 до 12 лет), длительность заболевания—12,7 (от 5 до 20 лет); 8 больных имели высшее и 7 среднее образование.

У 12 больных заболевание началось с мимических мышц лица. В момент обследования тики в лице отмечались у всех больных, у большинства они сочетались с тиками туловища, конечностей, шеи. В лице—это подмигивание, прищуривание, частое моргание, вытягивание губ, наморщивание лба, подергивание угла рта. При другой локализации—подергивание головы, пожимание, передергивание плечами, встряхивание кистей рук, подергивание и вздрагивание конечностей и т. д.

Неритмичные, несимметричные движения возникали многократно, и на протяжении суток их выраженность значительно варьировала в зависимости от эмоционального и физического состояния, времени суток (обычно тики усиливались к вечеру и исчезали при ночном сне), положения тела. Как правило, в летнее время гиперкинез значительно уменьшался. Всем больным в той или иной степени удавалось на время сдерживать тики, однако в этом случае они ощущали значительный дискомфорт, и после этого в течение некоторого времени гипокинез становился выраженнее обычного. При целенаправленных движениях тики уменьшались. Больные могли по желанию воспроизвести гиперкинез. У 7 больных отмечалась вокализация, из них у 5 в момент обследования. Преимущественно это были неартикулируемые звуки. В этих случаях исключался синдром Жилиа де ля Туретта. «Интakтный» мозг, т. е. отсутствие каких-либо клинических и параклинических данных о поражении головного мозга, отмечался у 5 больных. В остальных случаях выявлялась рассеянная микросимптоматика (табл. 1). Характерна симптоматика, указывающая на заинтересованность моторной сферы.

Таблица 1

Представленность неврологических симптомов у больных психогенными тиками

Неврологические симптомы	Количество больных	Процент
Дизрафический статус	6	40
Симптом Хвостека	5	33,3
Диффузная мышечная гипотония	7	46,7
Глазодвигательные нарушения	7	46,7
Другие ЧМН	3	20
Повышение сухожильных рефлексов	5	33,3
Тремор пальцев рук	5	33,3
Диффузные изменения ЭЭГ	3	20
Гидроцефальная форма черепа на рентгенограммах	4	26,7

Помимо основного двигательного дефекта, у большинства больных отмечались также эмоциональные, вегетативные расстройства, нарушение сна. Эмоциональный синдром клинически носил чаще всего тревожно-депрессивный характер с астеническими проявлениями. Больные были в основном интравертированные, зачастую акцентуированные личности. Вегетативные нарушения были представлены тахикардией.

тенденцией к гипотонии, гипергидрозом, дистальной гипотермией. Сон по оценке больных был поверхностным, тревожным.

Изучение психоанамнеза у 12 больных выявило детские психогении (алкоголизм родителей, неполная семья, воспитание по типу «кумир семьи» или по типу «золушки» и т. д.). Из актуальных психогений одной из наиболее значимых был сам гиперкинез, особенно если учесть возраст исследованных больных—возраст выбора профессии, вступления в брак. Часты анамнестические указания на родовую травму—8 больных. Тики у родственников, чаще у сибсов, встречались в 5 случаях. Однако они не были выраженными и прошли без лечения.

Течение заболевания было волнообразным. У 5 больных отмечалась полная ремиссия от 3 до 11 лет. В 7 случаях наблюдалась отчетливая зависимость выраженности тиков от динамики психотравмирующей ситуации. Характерным для течения психогенных тиков является миграция, трансформация движений, замещение одних другими.

Все больные ранее принимали лечение; 10 из них по поводу органических заболеваний нервной системы (ревматическая хорея, постэнцефалитический тик). Применяемые антибиотики, общеукрепляющие препараты существенных изменений не вызывали. Характерно, что проведенные исследования, в частности у ревматологов, данных за ревматическое или иное воспалительное поражение нервной системы не выявили.

Вторая группа была полиморфной по своему моторному дефекту. Ее составили 13 женщин и 1 мужчина. Средний возраст по группе 37,7 (от 18 до 47 лет), возраст дебюта 28,2 (от 12 до 40 лет), длительность заболевания 9,5 (от 1 до 20 лет); 8 больных имели высшее образование, 3—среднее, 3—неполное среднее.

Гиперкинезы были весьма разнообразными, их проявления и клиническая динамика были индивидуальны в каждом случае. Общим для всех больных была вычурность, демонстративность движений. Локализованы они были в мышцах туловища, шеи, конечностей, несколько реже—лица. Локальный или генерализованный тремор встречался у большинства больных, кроме того, отмечались движения по типу псевдодистонических, хореоформных. Наиболее частые типы гиперкинезов—это наклоны головы и туловища, гиперкинезы, связанные с целевым двигательным актом (приседания, поклоны при ходьбе), различные движения мимической мускулатуры лица, оноподобный гиперкинез, качательные движения в тазовом поясе и многие другие. Характерно сочетание нескольких таких типов у одного больного. У 8 больных гиперкинезы носили пароксизмальный характер. При этом пароксизмы сопровождалась избыточным вегетативным обеспечением в виде гиперемии кожных покровов, гипергидроза, тахикардии. Выраженность гиперкинетического синдрома также зависела от эмоционального и физического состояния, времени суток, положения тела. Во сне движения исчезали. Интактный мозг отмечался у 2 больных. В остальных случаях выявлялась рассеянная микросимптоматика (табл. 2). Здесь

также часто встречались симптомы, отражающие заинтересованность моторной сферы. Характерным была астазия—абазия, выраженная в большинстве случаев. Расстройства чувствительности преобладали в субъективной сфере. Это парестазии, чувство онемения в различных частях тела, в 4 случаях гемигипэстазия по средней линии.

Функционально-неврологические (истерические) симптомы встречались у всех больных в виде парезов без объективной симптоматики, дисфонических нарушений, ощущения кома в горле, вышеописанных расстройств чувствительности. У двух больных отмечались истерические припадки. В 4 случаях в анамнезе была плегия, восстановившаяся в течение 3—4 недель, без каких-либо остаточных явлений.

Таблица 2

Представленность неврологических симптомов в полиморфной группе

Неврологические симптомы	Количество больных	Процент
Дизрафический статус	6	42,9
Глазодвигательные нарушения	10	71,4
Поражение других ЧМН	4	28,6
Диффузная мышечная гипотония	6	42,9
Симптом Хвостека	4	28,6
Повышение сухожильных рефлексов	5	36,7
Астазия-абазия	11	78,6
Нарушение чувствительности	9	64,3

Эмоциональные, вегетативные расстройства, нарушение сна здесь выраженнее, чем в группе больных тиками. У всех больных отмечались головные боли различной интенсивности, вегетативные нарушения, часты подъемы артериального давления, у одной больной были вегетососудистые пароксизмы симпато-адреналового характера. Эмоционально-личностные нарушения, более выраженные и разнообразные, носили в основном демонстративный характер. Нарушения сна отмечали все больные, жалуясь на длительность сна, частые пробуждения, поверхностный сон. Нередки интенсивные, эмоционально окрашенные сновидения.

Изучение психоанамнеза выявило детские психогении у большинства больных (12) и актуальные у всех. Детские психогении в основном носили тот же характер, что и в группе тиков, актуальные—имели свои особенности.

Лишь 6 больных состояли в браке, из них 2 повторно, 3 больных никогда не были замужем, 3 в разводе, 2 вдовы. В 3 случаях отмечался злостный алкоголизм мужа. 7 больных предъявляли трудности сексуального плана. В 9 случаях выявлены психогении семейно-бытового характера. Большинство больных указывали на психотравмирующие ситуации как на причину болезни, реже причиной считали инфекционные заболевания, травмы. У 10 больных прослеживалась связь течения заболевания с динамикой психотравмирующей ситуации.

В 9 случаях больные отмечали прогрессирующий характер заболевания, в 5—стационарный. Выраженные ремиссии, связанные с нормализацией психотравмирующей ситуации, были у 4 больных. Следует отметить, что в 5 случаях заболевание дебютировало не гиперкинезами, а эмоциональными, вегетативными и другими расстройствами. И здесь в анамнезе часты «органические» диагнозы: энцефалиты, арахноидиты и т. д. 5 больных были инвалидами I и II группы. Принимаемое ранее лечение было неэффективным. Показательно, что определенный терапевтический эффект отмечался, когда применяли психотерапию, музыкотерапию, гомеопатическое лечение.

Таким образом, очевидны трудности, возникающие при диагностике психогенных гиперкинезов.

Наряду с признаками, общими для всей группы психогенных гиперкинезов, выявлены особенности моторного дефекта, позволившие разделить ее на 2 группы, имеющие свои специфические черты.

К общим признакам относилась неврологическая микросимптоматика, несколько больше представленная в полиморфной группе. Она часто указывала на заинтересованность стволо-подкорковых структур, однако не складывалась в очерченный очаг поражения и не могла объяснить все многообразие клинических проявлений заболевания. Характерно нарушение сна, расстройства эмоциональной и вегетативной сферы, имеющие свои особенности в каждой группе.

Типичен психоанамнез больных психогенными гиперкинезами. Отмечается связь дебюта и течения заболевания с динамикой психотравмирующей ситуации.

Ряд исследователей выделили некоторые критерии диагностики психогенных тиков, подтвержденные нашим исследованием. Это ранний возраст дебюта, характерная локализация—лицо, сочетание с вокализацией, стереотипность, неритмичность, связь с эмоциональным состоянием, со временем суток, уменьшение при целевых движениях, возможность сдержать на короткое время, отсутствие во сне [7 и др.]. К ним на основании нашего исследования можно добавить особенности течения (миграция, трансформация, замещение симптомов, ремиссии), наличие неврологической микросимптоматики, отражающей дефектность моторной сферы, эмоционально-личностные расстройства, носящие тревожно-депрессивный характер, с астеническими проявлениями у акцентуированных, интравертированных личностей. Часто встречающиеся родовые травмы, видимо, являются причиной, выявленной органической микросимптоматики. Тики, отмечаемые у родственников больных, подтверждают значение конституционально-генетического фактора.

Во второй, полиморфной группе, имелись все критерии позитивной диагностики невроза [4], а выявленные функционально-неврологические симптомы и демонстративные особенности личности позволили уточнить диагноз истерического невроза. С. Н. Давиденков [3] писал, что истерические гиперкинезы «...должны объединяться не по какой-то общности их конкретной двигательной формулы, а лишь на основании

общей патофизиологической сущности болезненного симптома». Нам кажется, что и некоторые клинические особенности гиперкинетического синдрома могут служить подспорьем в диагностике. Это несомненная демонстративность, вычурность гиперкинеза, сочетание истерических стигм с необычными выразительными телодвижениями, сопровождающимися выраженной вегетативной активацией.

Правильная диагностика психогенных гиперкинезов на основании описанных выше критериев имеет большое практическое значение, так как ориентирует врача на своевременное применение психотропных, вегетотропных средств, психотерапии. Наличие гиперкинетического синдрома и органической неврологической микросимптоматики не должно служить противопоказанием для лечения у психиатра.

Изучение анамнеза наших больных показало, что ошибки в сторону гипердиагностики текущего органического процесса чаще всего связаны с переоценкой резидуальной неврологической микросимптоматики, которая не может объяснить основные особенности гиперкинетического синдрома и его течения. Второй типичной причиной диагностических затруднений является недоучет психогенеза заболевания, недостаточное знакомство с неврологическими принципами диагностики неврозов.

Диагностика психогенных гиперкинезов требует хорошего знания классических форм органических гиперкинезов, исключение которых может служить дополнительным подспорьем в клиническом анализе.

Отдел патологии нервной системы I ММИ им. И. М. Сеченова

Поступила 25/XI 1980 г.

Ա. Մ. ԱՐԶՈՒՄԱՆԻԱՆ

ՀՈԳԵՆԻԿ ԳԻՐԵՆԱԴՈՒՄՆԵՐԻ ՈՐՈՇ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԱՍՊԵԿՏՆԵՐ

Կատարված է հոգեծին գերշարժումներով հիվանդների կլինիկական անա-

լիզ: Ծշտվում է հոգեծին գերշարժումների բոլոր խմբերի ախտորոշիչ չափանիշը ամբողջությամբ և ամեն ձևի համար առանձին: Ընդգծվում է ճիշտ ախտորոշման կարևորությունը, որը ապահովում է համապատասխան բուժումը ժամանակին:

A. M. ARZOUMANIAN

SOME CLINICAL ASPECTS OF PSYCHOGENIC HYPERKINESIAS

The clinical analysis of patients with psychogenic hyperkinesias has been carried out.

The criteria of the diagnosis of the whole group of psychogenic hyperkinesias and of each separate group of them is determined. The importance of the correct diagnosis for timely and adequate treatment is stressed by the author.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Антонов И. П., Шанько Г. Г. Гиперкинезы у детей. Минск, 1975.
2. Боголепов Н. К., Растворова А. А. В кн.: Актуальные вопросы психиатрии и невропатологии. М., 1973, стр. 90.
3. Давиденков С. Н. Клинические лекции по нервным болезням. Л., 1956, стр. 5.
4. Карвасарский Б. Д. Неврозы. М., 1980, стр. 91.
5. Карвасарский Б. Д., Тупицин Ю. Я. Глоссарий. Основные формы и синдромы для унифицированной клинической оценки состояния больных неврозами. М., 1974.
6. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. М., 1979, стр. 166.
7. Weingarten K. Handbook of Clinical Neurology, 1968, 6, 782.