



Kurcz muzyków – ogniskowa dystonia czy konwersja?

Musicians' cramp – focal dystonia or conversion?

KRZYSZTOF CZUMA, MAGDALENA KLASIK, KRZYSZTOF KOTRYS, HANNA JOHN-ZIAJA

Ze Szpitala – Centrum Psychiatrii SPZOZ w Katowicach

STRESZCZENIE

Cel. Definicje i opisy dystonii ogniskowych i objawów konwersyjnych sytuują te zaburzenia na pograniczu psychiatrii i neurologii. Na przykładzie kurczu muzyków przedstawiono różne możliwości interpretacyjne i sugestie terapeutyczne.

Przypadek. Opisano historię czterdziestokilkuletniego mężczyzny, u którego podejmowano liczne próby diagnostyki i leczenia (od metod chirurgicznych po psychoterapię), ostatecznie zakończone niepowodzeniem.

Komentarz. Konwersja i dystonie ogniskowe mogą być dobrą ilustracją dylematów związanych z wyborem paradygmatu myślenia w psychiatrii. Opowiedziano się za podejściem wielowymiarowym.

SUMMARY

Objective. Definitions and descriptions of focal dystonias and conversion symptoms place these disorders on the borderline between psychiatry and neurology. Various possible interpretations and therapeutic suggestions as exemplified by the musicians' cramp are proposed.

Case. A case of a man aged over 40 is reported – after a number of diagnostic and therapeutic attempts (from surgical interventions to psychotherapy) that have proved unsuccessful.

Commentary. Conversion and muscle dystonias may serve as a good illustration of the dilemmas associated with choosing the paradigm of thinking in psychiatry. The authors are for a multidimensional approach.

Słowa kluczowe: dystonie ogniskowe / konwersja / kurcz muzyków

Key words: focal dystonia / conversion / musicians' cramp

Dystonie ogniskowe

Pod pojęciem dystonii określa się takie zaburzenia ruchowe, związane z układem pozapiramidowym, w przebiegu których dochodzi do mimowolnych skurczów tonicznych pojedynczych mięśni lub grup mięśni. Cechą charakterystyczną jest utrata wzajemnej koordynacji stopnia napięcia lub zwiotczenia mięśni agonistów i antagonistów, która klinicznie charakteryzuje się przyjmowaniem określonych póz, nieprawidłową postawą ciała, trwałymi kurczami mięśniowymi, ruchami rotacyjnymi, kręczem, powtarzającymi się ruchami mimowolnymi [1, 2]. Stres i zmęczenie nasilają dystonię, natomiast delikatne dotykanie zajętej okolicy i sen zmniejszają jej nasilenie [3]. Dystonie można podzielić ze względu na kryterium wieku, rozległości anatomicznego zasięgu objawów, etiologii, typu mutacji genetycznej [1].

Pod względem umiejscowienia wyróżnia się dystonie: ogniskowe (pojedyncze części ciała), segmentowe (jedna lub więcej pobliskich części ciała), wielogniskowe (dwie lub więcej oddalonych części ciała), uogólnione (segmentalna dystonia udowo-goleniowa i dystonia co najmniej jednej dodatkowej części ciała), hemidystonie (jedna połowa ciała).

Uwzględniając przyczyny można wyróżnić: dystonie samoistne (pierwotne) – przyczyna choroby jest nieznana lub genetyczna, gdzie dystonia jest jedynym, oprócz drżenia, objawem choroby, dystonie plus (związane z innymi zaburzeniami ruchowymi, np. dystonia z miokloniami), dystonie wtórne (dystonia jest jednym z wielu objawów choroby, można zidentyfikować jej przyczynę, np. choroby metaboliczne, neurodegeneracyjne, urazy głowy, urazy obwodowe, stan po zapaleniu mózgu, zatruciach, po nadużyciu leków, niedotlenieniu okołoporodowym, żółtacze jąder podkorowych [4], dystonię dziedziczną w przebiegu chorób zwyrodnieniowych [1].

Dystonia o wczesnym początku często zaczyna się od jednej kończyny, wykazuje tendencje do uogólniania i zazwyczaj ma podłoże genetyczne. Dystonia rozpoczynająca się w wieku dorosłym zazwyczaj oszczędza kończyny dolne, często dotyczy mięśni karku i twarzy, ręki lub stopy, z reguły pozostając dystonią ogniskową [1].

Rozpoznanie dystonii i rozróżnienie pomiędzy poszczególnymi jej typami opiera się na obserwacji klinicznej. Na postawienie diagnozy wpływa więc szereg czynników, także pozamedycznych, takich jak: okoliczności

badania, stan psychiczny pacjenta, nastawienie obserwatora. Rzetelność oceny jest bezpośrednio zależna od stopnia powtarzalności obserwacji [5]. Dystonie ogniskowe są najczęstszą postacią dystonii pierwotnych, pojawiają się w wieku dorosłym i zazwyczaj nie uogólniają się, np. jak w przypadku izolowanego kręczy karku – najczęstszej postaci tej dystonii. Niektóre postacie ogniskowych dystonii są związane z wykonywaniem określonej czynności, jak np. kurcz pisarski czy kurcz muzyka. Choć opisano występowanie ogniskowych dystonii u członków rodzin pacjentów (25%) i u obu z pary bliźniąt monozygotycznych, większość stanowią jednak przypadki sporadyczne [1]. W obrębie tej grupy, oprócz już wspomnianego kręczy karku, kurczu pisarza i kurczu muzyka (pianisty lub gitarzysty), znajduje się też kurcz powiek, dystonia krtaniowa, dystonia ustno-zuchwowa (oromandibularna, zespół Meige'a), dystonia „Yips”, występująca u graczy w golfa, która pojawia się w momencie zamiaru uderzenia piłki [4].

Kurcz pisarski jest najczęściej spotykaną dystonią kończyn. Początek objawów przypada na wiek dojrzawy, przebieg może być zmienny lub postępujący. Zaburzenia występujące podczas pisania określane są jako kurcz pisarski prosty. Gdy pojawia się podczas wykonywania innych, skomplikowanych czynności związanych z zawodem np. muzyka, zwane jest kurczem pisarskim dystonicznym. Najczęściej objawy występują w mięśniach prostownikach palców i nadgarstka. Początkowo dolegliwości w postaci bolesnego skurczu pojawiają się, gdy pacjent jest zmęczony. Z postępem choroby dystonia staje się mniej zależna od zadania a kurcz pojawia się także przy innych czynnościach i rozszerza na kolejne mięśnie kończyny górnej. U muzyków dystonia nie ma charakteru postępującego, ale może uniemożliwiać wykonywanie zawodu i tym samym – prowadzić do zawodowego inwalidztwa.

Umiejętność gry na instrumencie jest złożonym, zależnym od woli aktem, który staje się zautomatyzowany w trakcie długotrwałych ćwiczeń i jest kontrolowany poprzez analizę odbieranych zwrotnie dźwięków. Poprzez stały trening i dzięki zjawisku plastyczności neuronalnej dochodzi do subtelnych, lecz utrwalonych zmian w określonych regionach ruchowych i czuciowych mózgu. W pewnych okolicznościach może jednak dojść do upośledzenia kontroli nad ruchami dowolnymi. Powstaje zaburzenie zwane kurczem muzyka. Jak wykazują badania, nie jest ono wcale rzadkie – ma na nie cierpieć aż około 8% profesjonalistów [3]. Rozpoznanie dystonii ogniskowej często towarzyszy diagnoza dużej depresji lub zaburzeń lękowych.

Konwersja

Twórca pojęcia konwersji, Zygmunt Freud opisywał formowanie zaburzeń konwersyjnych jako proces, podczas którego, dzięki ego afekt zostaje oddzielony od wyobrażenia. To odcięcie „energii” w postaci afektu neutralizuje wyobrażenie, które staje się przez to nieszkodliwe, a afekt przeniesiony zostaje w sferę cielesną.

Inaczej mówiąc, konwersja jest poprzedzona rozpadem na to, co fizyczne, czyli afekt, i na to, co psychiczne, czyli wyobrażenie. Wyobrażenie zostaje przeniesione do sfery podświadomości, uwolniony afekt zaś – do układu nerwowego [6]. Objawy konwersyjne (histeryczne) to fragmentaryczne akty sensoryczne lub motoryczne, elementarne i pierwotnie obdarzone sensem, które ze względu na działanie mechanizmów obronnych znajdują tylko częściowy wyraz (*pars pro toto*) [2]. Obok wyobrażeń pacjenta o chorobach i funkcjonowaniu ciała, w mechanizmach patogenetycznych dużą rolę odgrywają nieuświadomione motywy o charakterze życzeniowym. Klasyczna psychoanaliza uważała symptomy konwersyjne za efekt nieświadomego wyboru „mniejszego zła” pomiędzy seksualnymi pragnieniami popędowymi a związanymi z nimi zakazami [5].

Wyobrażenia o chorobach powstają na podstawie własnych obserwacji, pragnień i posiadanej wiedzy, ukształtowanej pod wpływem czynników społeczno-kulturowych. Osobowość przedchorobowa pacjentów jest często unikająca lub histrioniczna. Czynniki konstytucjonalno-dziedziczne kształtują niektóre cechy osobowości i w pewnym stopniu ułatwiają powstawanie zaburzeń. Jednak decydującą rolę odgrywają procesy uczenia się w zetknięciu z trudnymi sytuacjami, które są niemożliwe do opanowania czy rozwiązania. Obraz kliniczny jest bardzo różnorodny, zmienny i bogaty w liczne objawy, naśladujące choroby somatyczne i neurologiczne. Zaburzenia ruchowo-czuciowe obejmują wzmoczenie lub osłabienie czynności i mogą mieć charakter ostry lub przewlekły. Do najczęstszych zaburzeń funkcji ruchowych należą niedowłady i porażenia kończyn, jednostronne, dwustronne i połowiczne. Rozpoznanie różnicowe może być bardzo trudne, a dowodem czynnościowego charakteru objawów może być ich ustępowanie po psychoterapii [2, 5]. Stwierdzenie zmian organicznych w o.u.n. nie wyklucza rozpoznania zaburzeń konwersyjnych, odnosi się to szczególnie do zaburzeń pozapiramidowych. Przebieg i rokowanie przedstawiają się rozmaicie. Niekiedy obserwuje się szybkie ustąpienie objawów, ale i częste ich nawroty. U pacjentów, u których decydującą rolę w wystąpieniu objawów odegrały czynniki sytuacyjne, możliwe jest utrwalenie zaburzeń, np. jeśli nie występuje wystarczająca motywacja do wyzdrowienia [7].

OPIS PRZYPADKU

Pacjent lat 45, z wykształceniem wyższym muzycznym. Pracuje jako nauczyciel i aktywny muzyk – gra na kontrabasie. Zgłosił się do oddziału całodobowego prowadzącego psychoterapię grupową zaburzeń nerwicowych z powodu niesprawności ręki uniemożliwiającej mu wykonywanie swojego zawodu.

Trzy lata wcześniej pierwsze zgłoszenie do lekarza psychiatry z powodu napięcia, drażliwości i kłopotów z zasypianiem. Problem niesprawności dłoni zaczął się

przed około rokiem – po otwarciu i rozpoczęciu przebiegu habilitacyjnego, którego zakończeniem miało być wykonanie wraz z orkiestrą programu koncertowego. Pacjent czuł coraz większe napięcie psychiczne i fizyczne, i w efekcie nie był w stanie ćwiczyć na instrumencie i przygotować koncertu.

Próby diagnozy i leczenia. Korzystając okresowo z pomocy psychiatry pacjent zgłaszał się po pomoc do lekarzy różnych specjalności, był też kolejno leczony w różnych szpitalach.

- Oddział Rehabilitacyjny, z rozpoznaniem: *syndroma musculi scaleni anterioris* – stwierdzono zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa szyjnego, zastosowano leczenie usprawniające;
- Klinika Neurologii, z diagnozą: *syndroma Gujonea susp.* (uszkodzenie gałązki głębokiej n. łokciowego lewego) – wykonano serię badań: MRI głowy, kręgosłupa szyjnego (niewielkiego stopnia zmiany zwyrodnieniowe), lewego nadgarstka, EMG – cechy zespołu rowka n. łokciowego lewego (dyskretne cechy uszkodzenia neurogenne w *m. interosseus* przy prawidłowym zapisie z pozostałych mięśni), badaniem przedmiotowym stwierdzono zanik mięśnia międzykostnego I ręki lewej;
- Klinika Neurochirurgii, diagnoza: *syndroma isthmus carpii sin.*, wykonano w znieczuleniu miejscowym zabieg operacyjny polegający na przecięciu troczka zginaczy oraz rozciągnięcia dłoniowego i odbarczenia nerwu pośrodkowego;
- Klinika Neurochirurgii – *syndroma ulcus n. ulnaris sin.*, rozpoznanie potwierdzono w badaniu EMG i MRI okolicy łokciowej, wykonano w znieczuleniu ogólnym zabieg operacyjny – *decompressio n. ulnaris sin.*

Psychoterapia. Pacjent odnosił się niechętnie do przyjmowania jakichkolwiek leków, był zawiedziony brakiem efektów pomocy psychiatrycznej i chirurgicznej. Ostatecznie postanowił spróbować psychoterapii, aczkolwiek bez motywacji i przekonania, jedynie dlatego, że inne metody zawiodły. Przybył do szpitala w towarzystwie byłej żony. Miał wiele oczekiwań co do opieki nad sobą i warunków pobytu w szpitalu, absorbował dużo uwagi i czasu personelu medycznego.

Oprócz zajmowania się objawem, w swoich wypowiedziach najwięcej uwagi poświęcał kobietom w swoim życiu – matce, żonie, z którą się rozwiódł, dwóm kolejnym partnerkom, w mniejszym stopniu dwóm starszym siostrą oraz, marginalnie, dwóm nastoletnim córkom.

W wyniku analizy życiorysu można było wnioskować, że jego relacja z matką miała i nadal ma, charakter odwróconych ról. Jako najmłodsze dziecko, syn, w wieku kilku lat stawał w obronie matki i sióstr przeciw agresji ojca alkoholika, a następnie, w zastępstwie nieobecnego ojca, opiekował się matką, siostrami i robi to nadal.

Kolejnym, ważnym związkiem w życiu pacjenta była jego relacja z żoną. Próbował ją realizować w układzie „matka–syn”, na co wskazują oczekiwania od żony

tolerancji wobec kontaktów erotycznych z innymi kobietami, brania małej odpowiedzialności za opiekę i wychowanie córek, szukanie schronienia i opieki u żony w trudnych momentach życia, pomimo separacji i rozwodu.

W trakcie psychoterapii, w wyniku prac na tle grupy, które pacjent podejmował, takich jak „ustawienie rodziny generacyjnej”, psychodramy z ważnymi osobami, gestaltowskiej „pracy z objawem”, spotkania ze swoim „wewnętrznym dzieckiem”, pacjent ujawnił i uświadomił sobie podwójną komunikację kierowaną szczególnie do kobiet – świadomie oferowaną chęć opieki i wsparcia psychicznego, nieświadomą złość i ogromną potrzebę bycia od opieką i zwolnionym z odpowiedzialności, czego nie doświadczył w wieku dziecięcym i jak można przypuszczać, ciągle nieświadomie poszukuje.

W oddziale, w wyniku powrotu do zdarzeń wczesnodziecięcych, zawartych w życiorysie, oraz podejmowanych aktywności terapeutycznych tematycznie dotyczących dzieciństwa przejawiał wiele zachowań o charakterze regresywnym. Miał kilkakrotnie kłopot z utrzymaniem norm i przestrzeganiem regulaminu oddziału (opóźnienia powrotów z przepustek), co w efekcie spowodowało przedwczesne wypisanie.

W trakcie psychoterapii stan psychiczny pacjenta znacznie się poprawił, motywacja do autorefleksji wzrosła, nastrój wyrównał się, pacjent nie miał kłopotów ze snem. W trakcie pobytu w oddziale pacjent zawiesił ćwiczenia i nie dotykał instrumentu, nie weryfikując wpływu psychoterapii na objaw. Opuszczając oddział tydzień przed przewidywanym terminem z powodu kolejnego przekroczenia regulaminu, czuł się bardzo dobrze, ustąpiła większość towarzyszących mu od ponad 3 lat dolegliwości, chociaż nadal nie wiedział, czy potrafi grać na instrumencie. Podkreślał pozytywny wpływ psychoterapii na rozumienie siebie i swoich dotychczasowych życiowych wyborów. Był pełen energii i optymistycznych planów.

Interpretacja psychodynamiczna. Słaba motywacja, postawa roszczeniowa i mechanizmy obronne, takie jak: zaprzeczanie, idealizacja, racjonalizacja, projekcja, tworzą obraz psychopatologiczny osobowości o cechach histrionicznych i narcystycznych. Objaw konwersyjny można w świetle powyższych danych rozumieć jako wyraz nieświadomej złości wynikającej z konfliktu pomiędzy pragnieniem bycia kimś szczególnym, ważnym, a rezygnacją z tego pragnienia na rzecz innych, szczególnie ważnych dla pacjenta kobiet.

Można go również rozumieć jako wyraz konfliktu i związanych z nim uczuć – między dominacją i odpowiedzialnością a submisją i wycofaniem, a nawet brakiem poczucia bezpieczeństwa, czyli ujmując rzecz w języku psychodynamicznym – jako wyraz konfliktu między interesami i potrzebami dorosłej części pacjenta a jego spragnionym bezpieczeństwem, opieką i miłością „wewnętrznym dzieckiem”.

Powstała również i taka hipoteza, że osoba o dużej wrażliwości emocjonalnej, „zdradzona” w dzieciństwie przez oboje rodziców (a tak się czuje dziecko w rodzinie

alkoholika), stanie przed poważnym intrapsychoicznym konfliktem (z którego, być może, uratować może jedynie „schronienie się w chorobę”), gdy będzie zmuszona wybierać pomiędzy ukochaną muzyką a ukochaną kobietą, i rezygnację z jednej dla drugiej będzie odczuwać jako zdradę. A takiego wyboru musiał pacjent w ostatnich latach dokonywać kilkakrotnie.

Około miesiąc po ukończeniu leczenia pacjent zadzwonił do terapeuty prowadzącego ze skargą, że w dalszym ciągu nie może grać na instrumencie i zamierza starać się o rentę.

KOMENTARZ

W przedstawionym przypadku „kurczu muzyków” wiarygodne i uzasadnione mogą wydawać się zarówno interpretacje psychologiczne-psychodynamiczne, jak i czysto neurologiczne. Zarówno leczenie chirurgiczne, neurologiczne, jak i psychoterapia okazały się niewystarczające do uzyskania pełnego wyleczenia, chociaż miały pewien korzystny wpływ na samopoczucie i funkcjonowanie pacjenta.

Czy w takim razie potrzebna jest jeszcze ściślejsza synteza, czy może zupełnie nowy, nieznan nam jeszcze, sposób rozumienia zjawiska?

Opisywane trudności diagnostyczne i terapeutyczne dotyczące rozróżnienia konwersji od ogniskowych dystonii wydaje się odbijać w sobie jeden z podstawowych problemów hermeneutycznych w psychiatrii i swoisty dualizm w praktyce klinicznej. Z jednej strony – wyjaśnienie „pierwotnej przyczyny” schorzenia jest najbardziej ambitnym zadaniem diagnosty pozwalającym na wdrożenie skutecznej terapii. Z drugiej – przekonujemy

się często, że nasze ugruntowane poglądy okazują się z czasem uproszczone i nieprawdziwe. W praktyce odwołujemy się nieświadomie do „wiary” w jakąś koncepcję teoretyczną, która często bardziej oddaje osobiste doświadczenie i drogę zawodową psychiatry niż aktualny stan wiedzy. Bywa też tak, że za najważniejsze uznajemy to wyjaśnienie, które „działa w praktyce” i pozwala na podjęcie skutecznego leczenia.

Współczesna wiedza odbijająca się również w tendencjach klasyfikacyjnych wydaje się zmierzać coraz częściej w stronę „wielowymiarowości”, a więc wielopłaszczyznowych wyjaśnień etiologicznych uznających równoważność, czy – używając języka systemowego – cyrkularność procesów prowadzących do powstania określonego zaburzenia. Żadne z nich nie jest bardziej pierwotne czy „ważniejsze”.

PIŚMIENNICTWO

1. Klein C, Ozelius LJ. Dystonia: objawy i genetyka. *Curr Opin Neurol* 2002; 15: 491–7.
2. Thoma H, Kachele H. Podręcznik terapii psychoanalitycznej. Tom 2. Warszawa: Prac Testów Psycholog Pol Tow Psycholog; 1996: 421.
3. Jankovic J, Fahn S. Dystonic disorders. W: Jankovic J, Tolosa E, red. *Parkinson's Disease and Movement Disorders*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1993.
4. Trillat E. Historia hysterii. *Wyd Ossolineum*; 1993: 199–200.
5. Kutter P. Współczesna psychoanaliza, psychologia procesów nieświadomych. Gdańsk: GWP; 1998.
6. Pużyński S, red. *Leksykon psychiatrii*. PZWL; 1993.
7. Logroscino G, Livrea P, Anacleiro D, i in. Agreement among neurologists on the clinical diagnosis of dystonia at different body sites. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*.