

Симуляция и функциональное двигательное расстройство



Евдокимов К.М., Федотова Е.Ю., Иллариошкин С.Н.

ФГБНУ «Научный центр неврологии», Москва
Россия, 125367, Москва, Волоколамское шоссе, 80

Функциональные двигательные расстройства (ФДР) часто встречаются в клинической практике невролога, и интерес специалистов к данной проблеме в последнее время заметно увеличивается. На основе нейровизуализационных, нейрофизиологических и нейропсихологических исследований были предложены различные концепции патофизиологии ФДР. Одним из сложных вопросов является выделение ФДР в отдельную группу, отличную от фиктивного расстройства и симуляции. В настоящее время предлагаются отдельные критерии ФДР, фиктивного расстройства и симуляции, в том числе в Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11); однако в них остается много спорных положений, ключевые из которых рассматриваются в настоящей статье.

Ключевые слова: функциональное двигательное расстройство; психогенное двигательное расстройство; конверсионное расстройство; фиктивное расстройство; симуляция.

Контакты: Константин Михайлович Евдокимов; k.m.evdokimov@gmail.com

Для ссылки: Евдокимов КМ, Федотова ЕЮ, Иллариошкин СН. Симуляция и функциональное двигательное расстройство. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2024;16(4):90–97. DOI: 10.14412/2074-2711-2024-4-90-97

Malingering and functional movement disorder
Evdokimov K.M., Fedotova E.Yu., Illarioshkin S.N.
Research Center of Neurology, Moscow
80, Volokolamskoe Shosse, Moscow 125367, Russia

Functional movement disorders (FMD) are frequently encountered in the clinical practice of neurologists. Recently, the interest of specialists in FMD has increased. Based on neuroimaging, neurophysiological and neuropsychological studies, concepts of the pathophysiology of FMD have been proposed. A difficult issue is differentiation of FMD from factitious disorder and malingering. Diagnostic criteria for FMD, factitious disorder, and malingering are currently proposed, including in ICD-11, but they still contain many controversial provisions, the most important of which are discussed in this article.

Keywords: functional movement disorder; psychogenic movement disorder; conversion disorder; factitious disorder; malingering.

Contact: Konstantin Mikhailovich Evdokimov; k.m.evdokimov@gmail.com

For reference: Evdokimov KM, Fedotova EYu, Illarioshkin SN. Malingering and functional movement disorder. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2024;16(4):90–97. DOI: 10.14412/2074-2711-2024-4-90-97

Функциональное двигательное расстройство (ФДР), являющееся подтипом функционального неврологического расстройства (ФНР), может проявляться тремором, дистонией, миоклонусом, паркинсонизмом, нарушением речи, походки и другими расстройствами движений [1, 2]. Наряду с ФНР выделяют также фиктивное (притворное) расстройство и симуляцию, отдельные внешние признаки которых могут встречаться и у пациентов с ФДР, что приводит к сложностям в постановке правильного диагноза. Фиктивное расстройство и симуляция отличаются от ФНР наличием задокументированной фальсификации симптомов и явной выгоды от имеющегося состояния. Выделяют первичную выгоду, при которой основной целью является получение заботы и сострадания вследствие наличия тяжелого заболевания, и вторичную, при которой основная цель — материальная выгода или улучшение социального статуса.

В последние годы понимание ФДР значительно расширилось и претерпело существенные изменения. Наблюдается значительный рост числа публикаций, посвященных

ФДР, широко обсуждаются вопросы терминологии [1, 3–5]. «Психогенные» и «конверсионные» двигательные расстройства были переименованы в «функциональные» для уменьшения стигматизации состояния пациентов и облегчения объяснения пациенту причин развития заболевания [5]. В 2017 г. организовано международное общество по ФНР (www.fndsociety.org). Также наблюдается рост интереса нейропсихологов к фиктивному расстройству и симуляции [6, 7]. Внедряются и совершенствуются новые методы оценки пациентов, подозреваемых в симуляции заболевания [6–8].

В данной статье мы разберем критерии диагностики ФДР и распознавания лиц с фиктивными расстройствами и симуляцией в рамках данного перекрывающегося спектра состояний, а также рассмотрим патофизиологию ФДР.

Функциональные двигательные расстройства

ФДР относятся к группе заболеваний, находящихся на границе неврологии и психиатрии [5]. Основные клинические проявления ФДР имеют прямое отношение к невроло-

гической семиотике, и для дифференциальной диагностики ФДР с другими неврологическими заболеваниями необходим существенный неврологический опыт. С другой стороны, с психиатрической патологией ФДР сближают отсутствие четкой структурной/микроструктурной патологии мозга и фоновые психиатрические состояния, сопровождающие ФДР. В связи с вышеуказанным «дуализмом» и клинической неопределенностью ФДР длительно оставались вне серьезного внимания как неврологов, так и психиатров. На отсутствие должного внимания к проблеме дополнительно повлияла стигматизация таких больных, которые расценивались как «конверсионные» или «психогенные», близкие к симулятивным.

ФДР зарегистрированы у людей во всех возрастных группах [9, 10]. Средний возраст дебюта ФДР — 35–39 лет [2]. Среди пациентов преобладают женщины (60–80%), гендерный разрыв меньше в раннем и позднем возрасте [11]. Среди гиперкинезов наиболее часто представлены тремор (26,3%) и дистония (14,4%), но стоит отметить, что сочетание симптомов наблюдается почти у каждого третьего пациента (28%). ФДР может иметь как персистирующее течение с постоянным нарастанием и последующей стабилизацией симптомов, так и флуктуирующее течение с периодическим усилением и ослаблением симптоматики, иногда — с полным регрессом симптомов.

Первоначальными и наиболее широко признанными диагностическими критериями являются критерии Фана–Уильямса, предложенные в 1988 г. [12]. Согласно данным критериям:

- документально подтвержденным ФДР является такое состояние, когда достигнуто стойкое улучшение на фоне психотерапии или применения плацебо либо симптомы исчезают, когда больной уверен, что его не видят;
- клинически установленное ФДР — это двигательное расстройство, непостоянное во времени либо не вписывающееся в клиническую картину органического двигательного расстройства; также присутствует хотя бы один признак из перечисленных: другие ложные неврологические симптомы, множественные соматизации, какое-либо очевидное психическое заболевание, феномен отвлекаемости, чрезмерная замедленность;
- категория *вероятных ФДР* основывается на наличии либо движений, несовместимых с органическими двигательными расстройствами, либо множественных психогенных признаков, либо соматизации;
- категория *возможных ФДР* требует наличия только эмоционального расстройства.

Впоследствии Н. Shill и Р. Gerber [13] уделили больше внимания анамнезу, включая наличие боли, хронической усталости и возможной вторичной выгоды. А. Gupta и А.Е. Lang предложили дополнить клиническую картину электрофизиологическим исследованием для диагностики сложных случаев тремора или миоклонуса [14, 15]. На сегодняшний день считается, что диагноз должен основываться на позитивных критериях диагностики, которые включают как клинические (феноменологическая изменчивость, непоследовательность, непостоянство симптомов, внушаемость, отвлекаемость, подавляемость [16]), так и нейрофизиологические признаки. Следует учитывать

клиническую картину в целом, а не единичные клинические факты.

Согласно Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) ФДР рассматриваются как в группе диссоциативных расстройств с неврологическими симптомами (код 6B60.8) куда входят хорей, миоклонус, тремор, дистония, лицевой спазм, паркинсонизм или дискинезии, так и среди заболеваний нервной системы (код 8A00.3 — функциональный паркинсонизм, код 8A02.3 — функциональная дистония или мышечные спазмы, код 8A04.4 — функциональный тремор). Критерии диагностики ФДР по МКБ-11 следующие:

- А. Непроизвольное нарушение или прерывистость нормальной интеграции двигательных, сенсорных или когнитивных функций, длящееся по меньшей мере несколько часов.
- В. Клинические проявления не согласуются с определенным заболеванием нервной системы или другим медицинским состоянием.
- С. Симптомы не связаны с эпизодами других диссоциативных расстройств — трансового расстройства, диссоциативного расстройства идентичности.
- Д. Симптомы не объясняются лучшим образом другим психическим расстройством.
- Е. Симптомы не обусловлены воздействием веществ или лекарств на центральную нервную систему, включая эффекты отмены, не возникают исключительно во время гипнагогических или гипнопомпических состояний и не обусловлены нарушением цикла сна-бодрствования.
- Г. Симптомы приводят к значительным нарушениям в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных сферах функционирования.

Патофизиология ФДР

Возникновение ФДР зачастую связано с травматическим или неблагоприятным жизненным событием. Острое начало чаще встречается у пациентов с выраженной острой психической травмой (например, угроза смерти), а прогрессирующее — с хроническим стрессом и физическим перенапряжением. В целом, хотя у большинства пациентов есть некоторые признаки детских, сексуальных или других психологических травм либо выраженного стресса в анамнезе, встречаются случаи без психологической травмы в анамнезе, поэтому сегодня существует тенденция меньше полагаться на наличие психологических факторов при постановке диагноза. При этом стоит отметить, что имеются данные, показывающие, что стресс в раннем возрасте может влиять на развитие центральной нервной системы и впоследствии приводить к меньшей устойчивости к стрессу во взрослой жизни [17]. Предшествующее неврологическое или соматическое заболевание, физические травмы или медицинские вмешательства, включая хирургические, могут являться факторами риска развития ФДР [18].

Показано, что для ФДР первичным патофизиологическим процессом в развитии заболевания являются изменения в функционировании нейрональных сетей головного мозга; нейросетевые перестройки были подтверждены рядом работ с применением функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ) [19].

Контроль движений осуществляется в первичной моторной коре (М1), дополнительной моторной коре (ДМК) и премоторной коре (ПМК), которые тесно связаны с медиальными структурами лобной доли и поясной извилиной. Связи поясной извилины с островковой долей образуют сеть определения значимости (salience network), с помощью которой организм может сосредоточить свои ограниченные перцептивные и когнитивные ресурсы на определенном подмножестве доступных сенсорных данных. Эта сеть участвует в interoцепции, т. е. получает информацию о функционировании внутренних органов, гомеостазе, генерирует эмоции и влечения, и поэтому, вероятно, разрабатывает долгосрочные и краткосрочные цели. Кроме того, моторные области связаны с лимбической системой, сетями контроля внимания и правым височно-теменным узлом (ВТУ), роль которого состоит в осознании самостоятельного осуществления / произвольности действия (self-agency).

При ФДР пациент чувствует, что патологическое движение является «непроизвольным», т. е. пациент не осознает, что он является активным субъектом, выполняющим действие. В одном из исследований, оценивающем осознание произвольности движений у пациентов с функциональным тремором, с помощью фМРТ сравнивались «непроизвольные» патологические движения и имитирующие их произвольные движения. Было выявлено, что во время регистрации непроизвольных движений отмечались гипоактивность правого ВТУ и снижение его функциональных связей с сенсомоторными (сенсомоторная кора и червь мозжечка) и лимбическими (вентральная передняя поясная кора и правый вентральный стриатум) областями [20]. В другом исследовании было показано снижение функциональных связей правого ВТУ не только с вышеуказанными областями, но и с ДМК с обеих сторон и правой островковой корой [21], также имеются данные об изменении других областей головного мозга [22].

Условно произвольность движения при ФДР может быть оценена с помощью нейрофизиологических методов. Намеренные произвольные движения (например, взять стакан со стола), сопровождающиеся активацией ДМК и ПМК, могут быть идентифицированы на электроэнцефалограмме как потенциал готовности (Bereitschaftspotential) [23, 24]. При ФДР выявление потенциала готовности (на примере пациентов с функциональным миоклонусом) свидетельствует, что гиперкинез формируется и осуществляется как произвольное движение. Данные нейрофизиологических исследований указывают на то, что двигательная команда, генерируемая в М1, и ее «проксимальный» контроль в ПМК и ДМК функционируют нормально [3]. Помимо потенциала готовности, в диагностических целях используется электромиография (ЭМГ). ЭМГ-активность функциональных гиперкинезов аналогична произвольной попытке повторить гиперкинез и значительно отличается от органических гиперкинезов. У пациентов с ФДР никогда не бывает быстрого кортикального миоклонуса (длительность ЭМГ-активности менее 100 мс) или высокочастотного тремора (с частотой более 10 Гц). Однако данные методы не оценивают «вышестоящие» уровни контроля движений.

В дезинтеграции «осознания произвольности» движений при ФДР, вероятно, играет роль нарушение механиз-

мов подавления чувствительных стимулов. В норме при совершении произвольных движений происходит подавление N20- и N30-сигналов соматосенсорных вызванных потенциалов, которое снижается у пациентов с ФДР [25]. Контроль входящих чувствительных стимулов важен для планирования движений, для осознания произвольности осуществляемых движений, а также для прогнозирования эмоций [26].

Нарушение interoцепции может служить одной из причин формирования ФДР вследствие снижения эмоционального осознания и недостаточной интеграции эмоциональной, когнитивной и висцеросоматической входящей информации [26]. Было показано, что у пациентов с ФДР отмечается гиперактивность миндалины по сравнению с контрольной группой при неявной обработке негативных эмоций (ярости и грусти по «лицам Экмана») [27]. При ФДР также отмечаются следующие нарушения обработки эмоций: чрезмерное аффективное (вегетативное) возбуждение и гипербдительность, связанные с угрозой; неоптимальная регуляция эмоций, вероятно, включающая как недостаточную, так и избыточную регуляцию в отдельных случаях у одного и того же человека; нарушения в субъективной интерпретации аффективных стимулов (нарушения эмоционального интеллекта) [28].

Таким образом, несмотря на феноменологические доказательства произвольности патологических двигательных паттернов при ФДР, первопричиной их считаются нарушения в восприятии себя как субъекта двигательного акта, т. е. субъективно со стороны самого больного движения лишены волевых ощущений и чувства самостоятельного выполнения действия [29]. При наличии же доказательств намеренной фальсификации двигательных нарушений для получения выгоды устанавливается диагноз не функционально, а фиктивного расстройства или симуляции.

Фиктивные расстройства

Фиктивные расстройства (factitious disorders) — группа состояний, при которых человек симулирует, индуцирует или фальсифицирует симптомы заболевания, повреждения или травмы ввиду внутренней мотивации с целью принятия роли больного. Фиктивное расстройство имеет множество названий, наиболее известным из которых является синдром Мюнхгаузена [30]. Средний возраст постановки диагноза фиктивного расстройства составляет около 40 лет. Во время подробного сбора анамнеза часто выясняется, что расстройство присутствовало, не будучи обнаруженным, в течение многих лет. Частота встречаемости фиктивных расстройств составляет около 0,5–1% среди всех пациентов [31], из них у половины отмечается симптоматика неврологического характера [32, 33].

Важный критерий достоверной постановки диагноза фиктивного расстройства — подтвержденная фальсификация медицинских симптомов. Диагноз фиктивного расстройства следует рассматривать только при наличии неопровержимых доказательств, что предпринимались намеренные действия, преувеличивающие, искажающие, имитирующие или вызывающие симптомы болезни либо повреждения при отсутствии явной вторичной выгоды. Вызывающе болезненное поведение таких пациентов заставляет других видеть в них неимоверно страдающих, и это может привести к неоправданному врачебному вмешательству.

Фиктивное расстройство часто сочетается с выраженными расстройствами личности и взаимоотношений. Стоит отметить, что у 78% пациентов имелись родственники с психиатрическими заболеваниями. Суицидальные случаи среди пациентов с фиктивным расстройством свидетельствуют о том, что данное расстройство может быть проявлением серьезной психопатологии [34].

Распознавание фальсификации в значительной степени зависит от опыта и установок врачей. M.D. Feldman и S.J. Eisendrath выделяют следующие признаки наличия фиктивного расстройства (по [35]):

1. Пациент обращался за лечением во множество разных клиник с различными диагнозами.
2. Пациент является непоследовательным, сообщает информацию избирательно, вводит в заблуждение, сопротивляется предоставлению доступа к внешним источникам информации.
3. Течение болезни нетипично и не соответствует картине предполагаемого заболевания.
4. Обнаруживается, что некоторые результаты были сфабрикованы самим пациентом или по крайней мере усугублены в результате самостоятельных манипуляций.
5. Во время курса лечения могут быть обнаружены материальные доказательства надуманной причины (например, скрытый катетер или лигатура, наложенная на конечность, чтобы вызвать отек).
6. Пациент прогнозирует ухудшение состояния или происходит обострение заболевания незадолго до выписки.
7. Пациент не следует диагностическим и терапевтическим рекомендациям или нарушает порядок в медицинском учреждении.
8. Имеются данные лабораторных или других исследований, которые опровергают информацию, предоставленную пациентом.
9. Пациент имеет опыт работы в сфере здравоохранения.
10. Пациент занимается беспричинной, самовозвеличивающей ложью.

В МКБ-10 фиктивное расстройство (код F68.1) относится к классу «Психические расстройства и расстройства поведения» и определяется тем, что *пациент неоднократно симулирует симптомы без видимой причины и может даже причинить себе вред, чтобы вызвать симптомы или признаки заболевания*. В МКБ-11 фиктивное расстройство (код 6D50) описано более широко, и к обязательным признакам фиктивного расстройства по МКБ-11 относят следующие:

- A. Симулирование, фальсификация или преднамеренное провоцирование медицинских, психологических или поведенческих признаков, симптомов или травм, связанных с выявленным обманом. Если присутствует ранее существовавшее расстройство или болезнь, индивид намеренно усугубляет существующие симптомы, или фальсифицирует, или вызывает дополнительные симптомы.
- B. Человек обращается за лечением или иным образом представляет себя больным, травмированным или ослабленным на основании поддельных, фальсифицированных или самостоятельно вызванных признаков, симптомов или травм.

C. Вводящее в заблуждение поведение не мотивируется очевидными внешними вознаграждениями или стимулами (например, получением пособий по инвалидности или уклонением от уголовного преследования).

D. Такое поведение лучшим образом не объясняется другим психическим расстройством.

При этом фиктивное расстройство может быть переклассифицировано в симуляцию, если впоследствии будет обнаружена вторичная выгода, связанная с финансовым/правовым контекстом.

Симуляция

Симуляция (malingering) — состояние, при котором человек симулирует, индуцирует или фальсифицирует симптомы заболевания, повреждения или травмы с целью получения вторичной выгоды. Имеются данные, что симулирование инвалидизирующего заболевания с целью выплаты пособия по инвалидности происходит среди взрослых в 45–59% случаев. По оценкам, выплаты по симулированным психическим расстройствам у взрослых в США в 2011 г. составили 20 млрд долларов [36]. При этом получение первичной выплаты стимулирует рентные установки людей с симуляцией на поиск причин последующих выплат для поддержания таким образом своего материального положения [37].

В настоящее время не существует четких критериев симуляции двигательных расстройств. Симуляция чаще встречается в судебно-психиатрической практике и устанавливается судебно-психиатрическим экспертом, при этом указывается что должно быть исключено фиктивное расстройство [38]. В 1999 г. впервые были предложены критерии для выявления симулированных нейрокогнитивных нарушений [39]. В 2020 г. были предложены обновленные критерии симуляции, включающие не только нейрокогнитивные, но и соматические и психические нарушения, признанные Американской академией клинической нейропсихологии [8, 40]. Согласно предложенным критериям, симуляция определяется как *сознательное притворство или преувеличение нейрокогнитивных, соматических или психиатрических симптомов с целью получения материальной выгоды и помощи или уклонения от формальных обязанностей, ответственности или нежелательного результата*.

A. Во время обследования присутствуют четко идентифицируемые и существенные внешние мотивы для симуляции или преувеличения нарушений, направленные на достижение определенного результата.

B. Несостоятельное предъявление симптомов при осмотре, свидетельствующее о притворстве или преувеличении.

C. Имеются одно или несколько заметных расхождений между состоянием при осмотре, данными дополнительных исследований и/или описанием симптомов и доказательствами.

D. Поведение полностью не объясняется другим заболеванием, психиатрическим нарушением или нарушением развития.

В МКБ-11 симуляция (код QC30; в МКБ-10 — Z76.5) относится к классу «факторы, влияющие на состояние здоровья или обращение в медицинские организации» и имеет

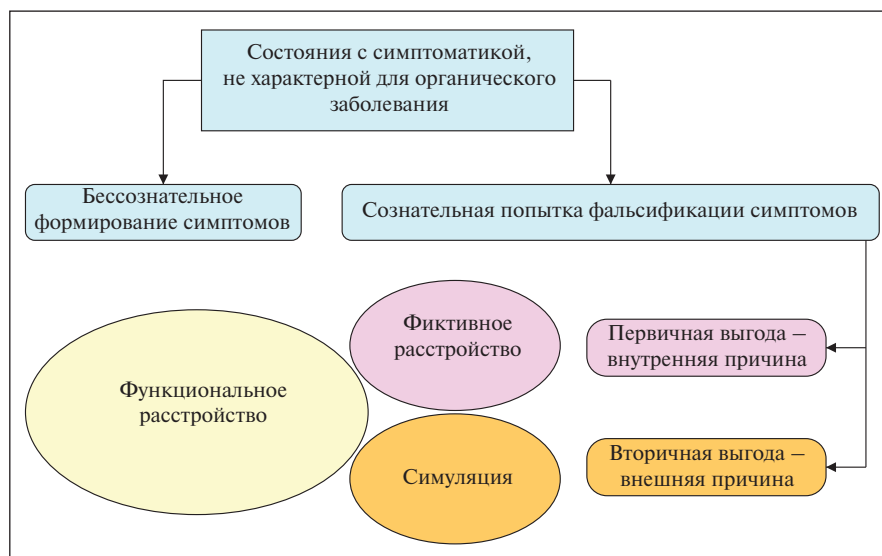
более четкое определение — это притворство, намеренное создание или значительное преувеличение физических или психологических симптомов либо намеренное неправильное отнесение подлинных симптомов к несвязанному событию или серии событий, когда это мотивировано внешними стимулами или вознаграждениями, такими как уклонение от обязанностей или работы; смягчение наказания; получение лекарств (в том числе наркотических); получение незаслуженного вознаграждения в виде выплат по инвалидности или возмещения ущерба от телесных повреждений.

Дифференциальная диагностика рассматриваемых состояний

Вопрос об объединении ФДР, фиктивного расстройства и симуляции в одну группу или рассмотрения их как несвязанных состояний неоднократно ставился в литературе, потому что они имеют сходную картину и в большинстве случаев возникают трудности при их дифференцировке [41, 42].

Существующее на сегодняшний день их разделение на отдельные состояния является относительно недавним (см. рисунок). В частности, симуляция была выделена в отдельный компонент в том числе и для того, чтобы выявлять случаи, когда люди пытаются получить материальные пособия без необходимых на то оснований [43]. Четкого алгоритма дифференцирования ФДР (например, тремора) от фиктивного расстройства и симуляции в настоящее время не существует. Помимо клинического несоответствия органическому заболеванию, нужно учитывать дополнительные признаки, указанные выше. Существующие нейropsychологические критерии для диагностики фиктивного расстройства и симуляции носят описательный характер и основаны на клиническом осмотре без дополнительных методов обследования. При этом стоит отметить, что основным различием критериев фиктивного расстройства и симуляции является природа выгоды (внутренние психологические цели или внешняя мотивация), что невозможно установить в реальной клинической практике. Для определения симуляции необходимо привлекать судебно-психиатрического эксперта, имеющего большой опыт работы с такой группой пациентов. Поэтому

в критериях фиктивного расстройства отмечается, что если будет обнаружена вторичная выгода, то состояние может быть переопределено в симуляцию. Ключевые признаки, позволяющие дифференцировать данные состояния, обобщены в таблице.



Континуум состояний, при которых обследуемый выполняет «роль больного»
Continuum of conditions in which the subject plays the “role of the patient”

Сравнение признаков, характерных для функциональных расстройств, фиктивных расстройств и симуляции
(адаптировано из [44–47])

Comparison of features characteristic of functional disorders, fictitious disorders and malingering
(adapted from [44–47])

Признак	Функциональное расстройство	Фиктивное расстройство	Симуляция
Произвольность симптомов	Непроизвольные	Произвольные	Произвольные
Подтверждение наличия фальсификации (включая юридические аспекты)	Нет	Да	Да
Мотивация	Нет	Первичная выгода (быть больным)	Вторичная выгода (материальная или социальная выгода)
Эффективность от двигательной терапии, психотерапии и (при необходимости) медикаментозного лечения	Может быть высокой	Часто низкая	Не применимо для симуляции
Комплаентность проводимой терапии	Может быть высокой	Часто низкая	Не применимо для симуляции
Необходимость очной врачебной комиссии, включающей психиатров*	Нет	Да	Да, включая судебно-психиатрического эксперта
Наличие нейропсихологических критериев	Нет	Да	Да

Примечание. * — согласно зарубежным рекомендациям.

Одним из часто обсуждаемых инструментов для определения фальсификации симптомов (помимо тщательного сбора информации, в том числе из нескольких различных источников) является проведение нейропсихологического обследования и тестов на достоверность симптомов (Symptom Validity Testing, SVT-тесты) и результатов (Performance Validity Testing, PVT) [48]. Принцип данных тестов заключается в том, что человеку предлагается выбрать один из двух предложенных ответов. Учитывая их вероятностный характер, случайный выбор ответов без размышлений должен приводить к результату, близкому к 50%. Таким образом, если человек набирает значительно меньше 50%, это указывает на то, что он намеренно выбирает неправильные ответы [49]. Использование результатов тестов неоднозначно. Некоторые исследователи воспринимают намеренный выбор неправильных ответов как «признание в симуляции» [50], другие — в качестве дополнительного метода, оценивающего достоверность анамнеза, собранного со слов пациента [51].

Необходимо отметить, что при ФДР могут встречаться элементы вторичной выгоды. Кроме того, 23–38% пациентов с ФДР получают ложнонегативные результаты в SVT/PVT-тестах, что может с большой вероятностью указывать на наличие элементов фальсификации симптомов, дополнительно усложняя дифференцирование данных состояний. М. J. Edwards и соавт. [44], основываясь на патофизиологии ФДР, считают, что наличие признаков симуляции не связано с наличием ФДР и их нужно рассматривать как два отдельных состояния.

В противоположность этому, существует мнение, что между ФДР и фиктивным расстройством нет четкой демаркационной границы, так как на сегодняшний день нет инструментов объективизации «осознанности» и «неосознанности» нарушений движений. Нейропсихолог К. В. Вооне отмечает, что нейрофизиологически и клинически функциональные гиперкинезы аналогичны произвольным движениям. При обоих состояниях — при ФДР и при фиктивном расстройстве — наблюдаются определенные психологические нарушения: нарушение «внутреннего диалога», алек-

ситимия. Таким образом, ввиду схожести этих состояний, по мнению К. В. Вооне, для функциональных нарушений концепция «неосознанности», наоборот, может мешать терапевтическому процессу, снимая с пациента ответственность за результат лечения, утверждая роль «жертвы» и тем самым ухудшая прогноз [52, 53].

Несмотря на наличие различных теоретических точек зрения на данный континуум состояний, в клинической практике врачам, сталкивающимся с такими пациентами, необходимо определить, к какому состоянию следует отнести данный случай и как обосновывать тот или иной диагноз в рамках категорий МКБ. При этом в рамках имеющейся практики стоит учитывать тот факт, что ФДР, которые преимущественно диагностируются и ведутся неврологами, в настоящее время имеют «психиатрический» код по МКБ-10, в связи с этим требуется дополнительная консультация психиатра для установления диагноза. В свою очередь, часто такие пациенты отказываются от консультации во избежание стигматизации психиатрической патологии.

Постановка диагнозов функционального расстройства, фиктивного расстройства и выявление симуляции обременены тем фактом, что малая доля таких пациентов согласится с диагнозом и не будет обращаться в другие клиники и/или оспаривать его путем жалоб в соответствующие инстанции. Такой потенциальный сценарий, обусловленный выставлением «неудобного» диагноза, формирует контур отрицательной обратной связи, из-за чего врачи зачастую оставляют в диагнозе «органическую» патологию и направляют пациента на медико-социальную экспертизу с целью получения группы инвалидности (вследствие чего пациенты с симуляцией добиваются желаемого результата). В настоящее время крайне актуальным является вопрос об организации врачебных консилиумов с участием неврологов, психиатров, нейропсихологов для постановки данных диагнозов. Следует помнить, что правильный диагноз функционального расстройства или фиктивного расстройства позволит предложить пациентам наиболее эффективные методы лечения данных состояний.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Дюкова ГМ, Голубев ВЛ. Функциональные гиперкинезы. В кн.: Функциональные неврологические расстройства: диагностика и терапия. Москва: МЕДпресс-информ; 2022. С. 311–42.
2. Hallett M, Aybek S, Dworetzky BA, et al. Functional neurological disorder: new subtypes and shared mechanisms. *Lancet Neurol*. 2022 Jun;21(6):537–50. doi: 10.1016/S1474-4422(21)00422-1. Epub 2022 Apr 14. Erratum in: *Lancet Neurol*. 2022 Jun;21(6):e6. doi: 10.1016/S1474-4422(22)00179-X
3. Hallett M. Free Will, Emotions and Agency: Pathophysiology of Functional Movement Disorder. In: LaFaver K, Maurer CW, Nicholson TR, Perez DL, editors. Functional Movement Disorder: An Interdisciplinary Case-Based Approach. Cham: Springer International Publishing; 2022. P. 13–26.
4. Hallet M, Stone J, Carson A, editors. Handbook of Clinical Neurology. Functional Neurologic Disorders. 1st ed. Vol. 139. Elsevier; 2016. P. 680.
5. 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. doi: 10.1002/mds.25562. Epub 2013 Jul 10.
6. Velsor S, Rogers R. Differentiating factitious psychological presentations from malingering: Implications for forensic practice. *Behav Sci Law*. 2019 Jan;37(1):1–15. doi: 10.1002/bsl.2365. Epub 2018 Sep 17.
7. Chafetz MD, Bauer RM, Haley PS. The other face of illness-deception: Diagnostic criteria for factitious disorder with proposed standards for clinical practice and research. *Clin Neuropsychol*. 2020 Apr;34(3):454–76. doi: 10.1080/13854046.2019.1663265. Epub 2019 Sep 19.
8. Sherman EMS, Slick DJ, Iverson GL. Multidimensional Malingering Criteria for Neuropsychological Assessment: A 20-Year Update of the Malingered Neuropsychological Dysfunction Criteria. *Arch Clin Neuropsychol*. 2020 Aug 28;35(6):735–64. doi: 10.1093/arclin/acia019
9. Harris SR. Psychogenic movement disorders in children and adolescents: an update. *Eur J Pediatr*. 2019 Apr;178(4):581–5. doi: 10.1007/s00431-019-03317-8. Epub 2019 Jan 11.
10. Chouksey A, Pandey S. Functional Movement Disorders in Elderly. *Tremor Other Hyperkinet Mov (N Y)*. 2019 Jul 30;9. doi: 10.7916/tohm.v0.691

11. Lidstone SC, Costa-Parke M, Robinson EJ, et al; FMD GAP Study Group. Functional movement disorder gender, age and phenotype study: a systematic review and individual patient meta-analysis of 4905 cases. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2022 Jun;93(6):609-16. doi: 10.1136/jnnp-2021-328462. Epub 2022 Feb 25.
12. Fahn S, Williams DT. Psychogenic dystonia. *Adv Neurol*. 1988;50:431-55.
13. Shill H, Gerber P. Evaluation of clinical diagnostic criteria for psychogenic movement disorders. *Mov Disord*. 2006 Aug;21(8):1163-8. doi: 10.1002/mds.20921
14. Gupta A, Lang AE. Psychogenic movement disorders. *Curr Opin Neurol*. 2009 Aug;22(4):430-6. doi: 10.1097/WCO.0b013e32832dc169
15. Иванова ЕО, Федотова ЕЮ. Функциональные двигательные расстройства: позитивные критерии диагностики. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2019;11(1):125-30. doi: 10.14412/2074-2711-2019-1-125-130 [Ivanova EO, Fedotova EYu. Functional movement disorders: positive diagnostic criteria. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2019;11(1):125-30. doi: 10.14412/2074-2711-2019-1-125-130 (In Russ.)].
16. Aybek S, Perez DL. Diagnosis and management of functional neurological disorder. *BMJ*. 2022 Jan 24;376:o64. doi: 10.1136/bmj.o64
17. Lecei A, van Winkel R. Hippocampal pattern separation of emotional information determining risk or resilience in individuals exposed to childhood trauma: Linking exposure to neurodevelopmental alterations and threat anticipation. *Neurosci Biobehav Rev*. 2020 Jan;108:160-70. doi: 10.1016/j.neubiorev.2019.11.010. Epub 2019 Nov 16.
18. Stone J, Carson A, Aditya H, et al. The role of physical injury in motor and sensory conversion symptoms: a systematic and narrative review. *J Psychosom Res*. 2009 May;66(5):383-90. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.07.010. Epub 2008 Dec 17.
19. Perez DL, Nicholson TR, Asadi-Pooya AA, et al. Neuroimaging in Functional Neurological Disorder: State of the Field and Research Agenda. *Neuroimage Clin*. 2021;30:102623. doi: 10.1016/j.nicl.2021.102623. Epub 2021 Mar 11.
20. Voon V, Gallea C, Hattori N, et al. The involuntary nature of conversion disorder. *Neurology*. 2010 Jan 19;74(3):223-8. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181ca00e9
21. Maurer CW, LaFaver K, Ameli R, et al. Impaired self-efficacy in functional movement disorders: A resting-state fMRI study. *Neurology*. 2016 Aug 9;87(6):564-70. doi: 10.1212/WNL.0000000000002940. Epub 2016 Jul 6.
22. Nicholson TR, Aybek S, Kempton MJ, et al. A structural MRI study of motor conversion disorder: evidence of reduction in thalamic volume. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2014 Feb;85(2):227-9. doi: 10.1136/jnnp-2013-305012. Epub 2013 Sep 13.
23. Shibasaki H, Hallett M. What is the Bereitschaftspotential? *Clin Neurophysiol*. 2006 Nov;117(11):2341-56. doi: 10.1016/j.clinph.2006.04.025. Epub 2006 Jul 28.
24. Colebatch JG. Bereitschaftspotential and movement-related potentials: origin, significance, and application in disorders of human movement. *Mov Disord*. 2007 Apr 15;22(5):601-10. doi: 10.1002/mds.21323
25. Macerollo A, Chen JC, Parees I, et al. Sensory Attenuation Assessed by Sensory Evoked Potentials in Functional Movement Disorders. *PLoS One*. 2015 Jun 19;10(6):e0129507. doi: 10.1371/journal.pone.0129507
26. Jungilligens J, Paredes-Echeverri S, Popkirov S, et al. A new science of emotion: implications for functional neurological disorder. *Brain*. 2022 Aug 27;145(8):2648-63. doi: 10.1093/brain/awac204
27. Aybek S, Nicholson TR, O'Daly O, et al. Emotion-motion interactions in conversion disorder: an fMRI study. *PLoS One*. 2015 Apr 10;10(4):e0123273. doi: 10.1371/journal.pone.0123273
28. Pick S, Goldstein LH, Perez DL, Nicholson TR. Emotional processing in functional neurological disorder: a review, biopsychosocial model and research agenda. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2019 Jun;90(6):704-11. doi: 10.1136/jnnp-2018-319201. Epub 2018 Nov 19.
29. Hallett M. Physiology of psychogenic movement disorders. *J Clin Neurosci*. 2010 Aug;17(8):959-65. doi: 10.1016/j.jocn.2009.11.021. Epub 2010 May 20.
30. Дюкова ГМ. Синдром Мюнхгаузена в клинической практике. *Лечение заболеваний нервной системы*. 2015;1(16):27-34. [Djukova GM. Munchhausen syndrome in clinical practice. *Lechenie zabolevaniy nervnoy sistemy*. 2015;1(16):27-34 (In Russ.)].
31. Jafferany M, Khalid Z, McDonald KA, Shelley AJ. Psychological Aspects of Factitious Disorder. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2018 Feb 22;20(1):17nr02229. doi: 10.4088/PCC.17nr02229
32. Jimenez XF, Nkanginieme N, Dhand N, et al. Clinical, demographic, psychological, and behavioral features of factitious disorder: A retrospective analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020 Jan-Feb;62:93-5. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2019.01.009. Epub 2019 Jan 31.
33. Bass C, Jones D. Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: case series. *Br J Psychiatry*. 2011 Aug;199(2):113-8. doi: 10.1192/bjp.bp.109.074088
34. Blumenfeld EM, Gautam M, Akinyemi E, Mahr G. Suicidality in Factitious Disorder. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2020 May 21;22(3):19102534. doi: 10.4088/PCC.19102534
35. Bass C, Wade DT. Malingering and factitious disorder. *Pract Neurol*. 2019 Apr;19(2):96-105. doi: 10.1136/practneurol-2018-001950. Epub 2018 Nov 13.
36. Chafetz M, Underhill J. Estimated costs of malingering disability. *Arch Clin Neuropsychol*. 2013 Nov;28(7):633-9. doi: 10.1093/arclin/act038. Epub 2013 Jun 25.
37. Одинцова МА. Специфика проявления рентной установки в поведении человека. *Ярославский педагогический вестник*. 2010;(2):192-6. [Odintsova MA. Conception of the Rental Aim in Psychology and Peculiarity of Its Demonstration in a Person's Behavior. *Yaroslavskii pedagogicheskii vestnik = Yaroslavl Pedagogical Bulletin*. 2010;(2):192-6 (In Russ.)].
38. Сафуанов ФС. Симуляция психического расстройства: социально-психологический аспект. *Российский психиатрический журнал*. 2018;(4):48-55. [Safuanov FS. Simulyatsiya psikhicheskogo rasstroystva: sotsial'no-psikhologicheskii aspekt. *Rossiyskiy psikhiatricheskii zhurnal = Russian Journal of Psychiatry*. 2018;(4):48-55 (In Russ.)].
39. Slick DJ, Sherman EM, Iverson GL. Diagnostic criteria for malingering neurocognitive dysfunction: proposed standards for clinical practice and research. *Clin Neuropsychol*. 1999;13(4):545-61. doi: 10.1076/1385-4046(199911)13:04;1-Y;FT545
40. Sweet JJ, Heilbronner RL, Morgan JE, et al. American Academy of Clinical Neuropsychology (AACN) 2021 consensus statement on validity assessment: Update of the 2009 AACN consensus conference statement on neuropsychological assessment of effort, response bias, and malingering. *Clin Neuropsychol*. 2021 Aug;35(6):1053-106. doi: 10.1080/13854046.2021.1896036. Epub 2021 Apr 6.
41. Bass C, Halligan P. Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *Lancet*. 2014 Apr 19;383(9926):1422-32. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62186-8. Epub 2014 Mar 6.
42. Galli S, Tatu L, Bogousslavsky J, Aybek S. Conversion, Factitious Disorder and Malingering: A Distinct Pattern or a Continuum? *Front Neurol Neurosci*. 2018;42:72-80. doi: 10.1159/000475699. Epub 2017 Nov 17.
43. Kanaan RA, Wessely SC. The origins of factitious disorder. *Hist Human Sci*. 2010;23(2):68-85. doi: 10.1177/0952695109357128
44. Edwards MJ, Yogarajah M, Stone J. Why functional neurological disorder is not feigning or malingering. *Nat Rev Neurol*. 2023 Apr;19(4):246-56. doi: 10.1038/s41582-022-00765-z. Epub 2023 Feb 16.

45. Nielsen G, Stone J, Buszewicz M, et al. Physio4FMD: protocol for a multicentre randomised controlled trial of specialist physiotherapy for functional motor disorder. *BMC Neurol.* 2019;19(1):242. doi: 10.1186/s12883-019-1461-9
46. Bass C, Halligan P. Factitious disorders and malingering in relation to functional neurologic disorders. *Handb Clin Neurol.* 2016;139:509-20. doi: 10.1016/B978-0-12-801772-2.00042-4
47. Kola S, LaFaver K. Updates in Functional Movement Disorders: from Pathophysiology to Treatment Advances. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2022;22(5):305-11. doi: 10.1007/s11910-022-01192-9. Epub 2022 Apr 19.
48. Suesse M, Wong VW, Stamper LL, et al. Evaluating the Clinical Utility of the Medical Symptom Validity Test (MSVT): A Clinical Series. *Clin Neuropsychol.* 2015;29(2):214-31. doi: 10.1080/13854046.2015.1022226. Epub 2015 Mar 23.
49. Bush SS, Ruff RM, Tröster AI, et al. Symptom validity assessment: practice issues and medical necessity NAN policy & planning committee. *Arch Clin Neuropsychol.* 2005 Jun;20(4):419-26. doi: 10.1016/j.acn.2005.02.002
50. Larrabee GJ, Rohling ML. Neuropsychological differential diagnosis of mild traumatic brain injury. *Behav Sci Law.* 2013 Nov-Dec;31(6):686-701. doi: 10.1002/bsl.2087. Epub 2013 Sep 16.
51. Merten T, Merckelbach H. Symptom Validity Testing in Somatoform and Dissociative Disorders: A Critical Review. *Psychol Injury Law.* 2013;6(2):122-37. doi: 10.1007/s12207-013-9155-x
52. Boone KB. Neuropsychological evaluation of somatoform and other functional somatic conditions. Boone KB, editor. New York: Routledge; 2017.
53. Boone KB, Armistead-Jehle P, Ginger A, et al. Assessment of Feigned Cognitive Impairment A Neuropsychological Perspective. 2nd ed. Boone KB, editor. New York: Guilford Press; 2021.

Поступила/отрецензирована/принята к печати
Received/Reviewed/Accepted
15.01.2024/04.04.2024/05.04.2024

Заявление о конфликте интересов / Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Евдокимов К.М. <https://orcid.org/0000-0001-6217-4151>
Федотова Е.Ю. <https://orcid.org/0000-0001-8070-7644>
Иллариошкин С.Н. <https://orcid.org/0000-0002-2704-6282>