

Психогенная дистония

О.А. Шавловская, А.И. Байдаулетова

ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Москва);
Медицинский центр «Нейроклиника» (Алматы, Казахстан)

Психогенные двигательные расстройства – сложная «пограничная» проблема современной неврологии, требующая междисциплинарного подхода к решению многочисленных вопросов классификации, диагностики, лечения и реабилитации. В настоящее время к наиболее частым формам психогенных двигательных расстройств относятся тремор, дистония, миоклонус и нарушения походки. В статье описан клинический случай пациента (мужчина 46 лет) с психогенным двигательным расстройством по типу фиксированной дистонии кисти без болевого сопровождения. На представленном примере обсуждаются терминологические вопросы, касающиеся наиболее точного определения данного вида гиперкинеза, а также клинические тесты (стандартные моторные задания, акт письма шариковой ручкой и др.), помогающие установить психогенную природу гиперкинеза. В статье подробно анализируется клиническая феноменология психогенной дистонии, представлены дифференциально-диагностические критерии психогенной и первичной (идиопатической) дистонии.

Ключевые слова: психогенные двигательные расстройства, конверсионное расстройство, психогенная дистония, идиопатическая дистония, дифференциальная диагностика.

Введение

Психогенные двигательные расстройства (ПДР) могут принять форму любого известного двигательного расстройства с органической природой [1–3]. Чаще всего такие нарушения проявляются в виде тремора, дистонии, миоклонуса, нарушений походки [4, 5]. Психогенная дистония – одно из наиболее трудно диагностируемых в этой группе состояний [6]. Среди пациентов, обращающихся к врачу по поводу дистонии, психогенная дистония встречается в 2,1–2,9% случаев [5].

Патология экстрапирамидной нервной системы представляет собой весьма сложный раздел клинической неврологии, что связано с целым рядом факторов: многообразием проявлений, индивидуальной изменчивостью и динамичностью экстрапирамидных расстройств, отсутствием четких клинических и параклинических критериев распознавания синдромов и определения их нозологической принадлежности, недостаточной изученностью вопросов этиологии и патогенеза, неразработанностью методов лечения [7]. Свою роль в трудности диагностики идиопатической дистонии привносит и ее генетическая гетероген-

ность [8–11]. Клинические проявления идиопатической дистонии представлены продолжительными мышечными сокращениями, приводящими к устойчивым повторяющимся искривляющим движениям и патологическим позам в вовлеченной области [12]. Дистония имеет определенные специфические черты, которые можно оценить только при клиническом осмотре, рутинные же нейрофизиологические методы освидетельствования не могут быть использованы ни для диагностики, ни для классификации дистонии, так же как и рутинные методы нейровизуализации (МРТ). Почти 90% случаев дистонии составляет первичная (идиопатическая) дистония, которая представлена почти исключительно дистоническим гиперкинезом.

Диагноз ПДР основывается на клинической оценке двигательного феномена, детальном анализе анамнеза заболевания, а также ряде классических признаков, определяемых при неврологическом осмотре [13]. Отличительными чертами ПДР являются: внезапное начало проявлений, наличие «несочетаемых» симптомов, отвлекаемость и внушаемость пациента, присоединение новых симптомов, отсутствие ответа на применение эффективных фармакологических препаратов (табл. 1).

таблица 1: Дифференциально-диагностические критерии психогенной и идиопатической дистонии (по А.Е. Lang, 1995, с сокращ.) [6].

Психогенная дистония	Идиопатическая дистония
Начало с дистонии покоя	Начало с дистонии действия
Начало во взрослом возрасте с дистонии в ноге	При начале во взрослом возрасте – редкое вовлечение ноги
Часто фиксированный спазм	Мобильный спазм
Непостоянство дистонических движений во времени	Устойчивость во времени
Нет корригирующих жестов	Есть корригирующие жесты
Часты боли, усиливающиеся при прикосновении и пассивных движениях	Обычно протекает без боли (исключение – цервикальная дистония)
Отсутствие улучшения после сна	Нередко – уменьшение после сна
Возможны другие психогенные двигательные расстройства	Возможны другие двигательные расстройства
Возможны другие психогенные неврологические симптомы	Дистония может «наслаиваться» на другие органические нарушения движений
Обычно внезапное начало	Нехарактерно внезапное начало
Ремиссии – спонтанные или при применении плацебо	Возможны спонтанные ремиссии при цервикальной дистонии
Отсутствует семейный анамнез	Нередко имеется семейный анамнез

В литературе нет единого мнения в отношении терминологии этих расстройств [14]. Некоторые авторы предпочитают использовать термин «функциональный» или «конверсионный (истерический)», другие предпочитают термины «психогенный» [1, 15, 16] или «соматоформный» [17, 18]. На практике наиболее часто применяется термин *функциональные/психогенные двигательные расстройства* [17–21]. В классификациях МКБ-10 и обновленной версии ICD-10 (2016) [22] психогенные двигательные расстройства могут кодироваться в рубрике F45.8 «Другие соматоформные расстройства», в DSM-V – в рубрике 300.81 «Соматоформное расстройство неуточненное» [23]. Согласно обсуждаемой в настоящее время версии ICD-11 [24] психогенные двигательные расстройства входят в рубрику 7B4Z «Расстройства телесных ощущений неуточненные (*Bodily distress disorder, unspecified*)». Следует, таким образом, констатировать, что на сегодня терминологическое оформление ПДР остается дискутабельным [13, 25].

В настоящей статье приводится клинический случай больного с психогенным двигательным расстройством по типу дистонии в правой руке.

Клинический случай

Пациент А., 46 лет, обратился с жалобами на медленное сгибание пальцев правой кисти в кулак в течение 30–40 сек: попытка удержать небольшие плотные предметы, например, клей-карандаш, сопровождается еще большим сведением кисти; не может удержать пластиковый стаканчик, так как моментально раздавливает его из-за насильственного сведения пальцев кисти. Сам пациент так описывает проявления своего двигательного расстройства: «Ночью во сне кисть расслаблена, пальцы не сведены, но через 15–30 мин после пробуждения начинается вся симптоматика – судорогой сводит кисть». Кисть разгибается безболезненно, но с усилием. Пациент выполняет все бытовые (ест, умывается и пр.), профессиональные (печатает) и другие действия левой рукой. Если ему надо что-то продемонстрировать, то он разжимает левой рукой пальцы правой кисти, а затем вкладывает в них какой-либо предмет. Связи между развитием двигательного расстройства и травмой либо стрессом сам больной не наблюдает.

Анамнез заболевания. Вышеуказанные симптомы появились 5 лет назад, до этого времени в течение 2 лет пациент отмечал напряжение в кисти при письме. За период болезни в качестве компенсаторных приспособлений и для отдыха кисти пациент использовал кожаные перчатки разной степени плотности и толщины, а также придуманное большим деревянное приспособление («пальцераширитель»). Со слов больного, болезненные ощущения возникают от того, что «ногти впиваются в ладонь», поэтому он держит руку либо в деревянном приспособлении, либо надевает во время работы кожаную перчатку.

Общий анамнез: в 18 лет, при прохождении военной службы в Афганистане, получил тяжелейшую контузию, ожог правой руки, правой половины туловища, кожи лица и головы, рваную рану правой щеки; находился без сознания около 1,5–2 час. После пребывания в госпитале был демобилизован, поступил в институт и закончил его с отличием.

Первичный осмотр (18.02.2015). На лице – последствия ушитой рваной раны. Правая носогубная складка сглажена (последствия широкого длинного шрама вдоль носа – от

верхней губы до угла глаза), подбородок несколько повернут вправо. Эмоционально лабилен, в разговоре дружелюбен, проявляет интерес к собеседнику.

Неврологический статус: все мимические пробы выполняет удовлетворительно. Кивательная мышца в покое визуальное незначительно напряжена справа в области прикрепления к ключице, при пальпации с обеих сторон изменений мышечного тонуса не выявлено, ограничений движений в шее нет. Симптом Маринеску–Радовичи положительный справа. Активные движения рук сохранены в полном объеме, безболезненны; атрофии мышц конечностей не выявлено. В разговоре помогает себе, жестикулируя левой рукой, правая (пораженная рука) «не участвует» в общей моторике, при этом отмечается приподнимание правого плеча. Мышечный тонус в верхних и нижних конечностях не изменен. Сила мышц кисти – 5 баллов, в пробах на оценку функции пальцев в мизинце правой кисти выявляется легкая слабость (4,5 балла). Обращает на себя внимание, что при скрещивании III–IV пальцев правой кисти пациенту легче удерживать кисть в свободном, разогнутом состоянии. Сухожильные рефлексы с руки и ног живые, патологических кистевых и стопных знаков нет. В пробе Ромберга устойчив, координаторные пробы выполняет уверенно, тремора рук нет. Ходьба существенно не изменена. Чувствительных, тазовых нарушений нет.

Видеозапись больного с идиопатической либо психогенной дистонией является важным этапом диагностики, на основании анализа которой можно еще раз уточнить детали двигательного феномена [12]. На этапе видеосъемки для углубленного клинико-неврологического анализа имеющегося у пациента двигательного расстройства нами был проведен ряд специальных тестов.

Тест 1. Оценка двигательного феномена в кисти при выполнении моторного задания, длительность теста – 45 с.

На момент удержания правой кисти (в состоянии покоя) на столе изолированно сгибается только дистальная фаланга указательного пальца, через несколько секунд сгибаются дистальные фаланги всех пальцев. Со слов пациента «пальцы сгибаются сами по себе». Сгибание пальцев происходит за счет изолированной флексии дистальных фаланг. При сгибании пальцев большой приподнимает кисть над столом, разводя пальцы веером и демонстрируя феномен «затекших пальцев» от оставшегося напряжения в кисти. Далее пытается удержать небольшие предметы (клей-карандаш), используя корригирующий жест (захват запястья правой кисти левой рукой), ослабляющий флексию пальцев. После этого сообщает врачу, что имеется напряжение в области thenar справа, демонстрируя, что рука находится в «скрюченном» положении по типу «когтистой лапы». При этом пациент может самостоятельно сгибать и разгибать пальцы кисти.

Тест 2. Удержание мягкого пластикового стаканчика, длительность теста – 1 мин 30 с.

В момент передачи стаканчика правая кисть приобретает форму «когтистой лапы». В течение 10–15 сек пациент перебирает пальцами удерживаемый стаканчик, то сгибая, то разгибая пальцы. После чего периодически отводит локоть правой руки в сторону, удерживая предплечье ровно. На 30-й сек теста происходит «непроизвольное» сжатие стаканчика и удержание его в сжатом состоянии около 5 сек.

При этом через несколько секунд пациент расслабляет пальцы и свободно удерживает стаканчик. Затем вновь демонстрирует уже усиленное «непроизвольное» сжимание стаканчика. В течение всего теста пациент демонстрирует то расслабление кисти, то ее чрезмерное сжатие. Также в процессе тестирования пациент демонстрирует влияние корригирующего жеста в виде касания запястья правой кисти левой рукой. При удержании стаканчика левой кистью изменения тонуса нет, при этом правую кисть пациент разгибает и свободно ее встряхивает. Кроме того, при удержании стаканчика в руке, находящейся в состоянии супинации (ладонью вверх), не наблюдается ни сгибания пальцев, ни усиленного сжатия стаканчика.

Тест 3. Акт письма шариковой ручкой, длительность теста – 1 мин.

В момент инициации акта письма пациент сразу удерживает руку в неестественном положении, сильно подгибая большой и указательный пальцы, и начинает использовать корригирующий жест в виде касания-подталкивания пишущей руки или усиленного прижимания листа бумаги левой рукой. Через 15 сек от начала письма появляется необходимость сделать перерыв, встряхнуть кисть. Сразу после того как пациент кладет руку на стол, в течение нескольких секунд формируется «когтистая лапа». Пациент прижимает правую кисть к столу и, разгибая ее, держит как под прессом. При этом пациент может приподнять кисть над столом и удержать ее в согнутом положении, затем вновь продолжает писать. Пациент сообщает, что больше 2 мин писать не может – «устаёт кисть, надо ее распрямить и встряхнуть». Почерк пациента ровный, разборчивый, петли букв хорошо сформированы. Рисование фигур, цифр не нарушено: пациент может свободно (без напряжения в кисти) нарисовать мелкие фигуры (круг, квадрат, треугольник) сразу после написания текста.

Дополнительные методы исследования

В проведенных лабораторных анализах (общий анализ крови, мочи, стандартный биохимический анализ крови) отклонений от нормы не выявлено.

Электронейромиография: скорость проведения возбуждения по моторным и сенсорным волокнам лучевого, локтевого и срединного нервов правой верхней конечности не нарушена.

МРТ головного и спинного мозга какой-либо патологии не выявила.

От дополнительных консультаций специалистов (в том числе психиатра) пациент уклонился без объяснения причин. От назначения лекарственных препаратов также отказался.

Повторный осмотр (12.01.2016): характер жалоб прежний, отрицательной динамики в неврологическом статусе не выявлено. Продолжает работать, занимая руководящую должность в учреждении.

Обсуждение

Психогенные двигательные расстройства являются результатом психического, а не неврологического расстройства [15]. Категория недифференцированного соматоформного

расстройства, о котором идет речь в данном наблюдении, используется в случаях, когда предъявляемые симптомы носят длительный, нестойкий, множественный характер, однако полная клиническая картина соматизированного расстройства не формируется [23]. В первую очередь в клинической картине ПДР у пациента имеется ряд особенностей, которые вносят дополнительные трудности в распознавание и трактовку проявлений данного страдания [26]. Психогенная дистония подразумевает наличие психогенных обстоятельств и характерных личностных расстройств у пациента, в то время как на практике лишь в 20% случаев истерические синдромы развиваются у больных с истерической личностью [18], а в ряде случаев при тестировании таких пациентов изменения по данным применяемых психологических тестов отсутствуют [27]. Как правило, истерические двигательные расстройства сопровождаются снижением мышечного тонуса, отсутствием асимметрии рефлексов, отсутствием мышечных атрофий. Один из самых частых истерических неврологических феноменов – парезы. По сути этот своеобразный псевдопарез можно рассматривать как «локальный акинез» или паралич движения, а не мышцы или группы мышц [18].

В зарубежной литературе используется термин «фиксированная дистония» [28], которая может включать проявления комплексного регионарного болевого синдрома (КРБС) и психогенной дистонии [29]. Нередко «фиксированная болезненная дистония кисти» упоминается в связи с травмой [30] или повреждением «пораженной области» [31], что бывает, как правило, сопряжено с развитием КРБС [28]. В проведенных исследованиях упоминается, что фиксированная дистония правой кисти чаще встречается у женщин – от 51% [32] до 85% случаев [29], при этом у более 50% этих больных имеются данные о том или ином нервно-психическом расстройстве. Чаще всего аномальная установка кисти представлена сгибанием пальцев в межфаланговых или метакarpально-фаланговых суставах. Как правило, в наибольшей степени выраженности в формировании фиксации участвуют IV и V пальцы, а большой палец в гиперкинез не вовлекается почти никогда [31]. Улучшение состояния отмечается менее чем у 25% пациентов, ремиссии основных симптомов встречаются только у 6%, продолжение ухудшения наблюдается в 1/3 случаев [29].

Представленный клинический пример является сложным не только с точки зрения трактовки проявлений двигательного феномена в целом, но и с точки зрения глубины «погружения» пациента в собственную проблему. Пациент использует жесты-антагонисты, которые в настоящее время принято считать характерным признаком дистонии [33, 34]. Ни в анамнезе, ни в жалобах больного не удалось выявить таких характерных для истерического расстройства симптомов, как нарушения голоса и речи [35], полиморфные психологические расстройства, множественные соматические жалобы, боли в пораженной конечности при пассивных движениях, наличие других пароксизмальных состояний. Однако у пациента имеют место другие, весьма характерные для психогенной дистонии особенности синдрома: внезапное начало болезни с дистонии покоя, фиксированный спазм мышц, отсутствие характерной для дистонии динамичности двигательного рисунка [2, 29, 31, 36, 37]. В данном клиническом случае имеется отрицательная диссоциация между предъявляемыми жалобами и клиническими проявлениями, что весьма типично для ПДР. Действительно, у пациента ведущей и единственной жалобой является его моторный «дефект» в правой кисти –

непроизвольное сжимание в кулак, при этом в момент осмотра предьявляется (демонстрируется) ряд особенностей в проявлении этого феномена, например, драматическое скрючивание пальцев кисти по типу «когтистой лапы». Другой двигательный феномен, предьявляемый пациентом в момент письма – элементы фокальной дистонии кисти (писчего спазма). Следует отметить, что у всех пациентов с идиопатическим писчим спазмом имеется определенный ритуал-подготовка перед началом письма, включая формирование характерной дистонической позы кисти и пальцев и явную динамичность двигательного рисунка гиперкинеза; при этом за период болезни происходит неизбежное изменение характерных черт почерка [12]. В данном же случае характерные для классического писчего спазма проявления и этапность формирования дистонии отсутствуют.

Представленным пациентом была «разработана» целая система мероприятий, уменьшающих «непроизвольное» сжатие кисти в кулак, куда входят: использование кожаных перчаток или «пальцераширителя»; удержание скрещенными III и IV пальцев правой кисти; удержание предмета рукой, находящейся в супинаторном положении; распрямление кисти при письме путем придавливания ее к столу.

Особое внимание привлекают такие феномены, как скрещивание III и IV пальцев и вычурное положение руки в положении супинации при удержании предмета. Каждый из этих феноменов крайне неудобен с точки зрения как его выполнения, так и удержания руки в таком положении. При наличии подобных двигательных изменений в руке, существенно нарушающих жизнедеятельность, пациент отказывается от консультации психиатра и от предлагаемого лечения. Отметим, что в неврологическом статусе при наличии демонстрируемых вынужденных «непроизвольных» поз кисти не отмечается какого-либо повышения мышечного тонуса в кисти и руке (по спастическому или пластическому типам); нет также асимметрии сухожильных рефлексов, отсутствуют атрофии мышц кисти и предплечья, нет болевого синдрома. По данным проведенного лабораторно-инструментального обследования, у пациента отсутствуют какие-либо изменения, которые могли бы свидетельствовать о вовлечении ЦНС либо периферического нейромоторного аппарата.

Совокупность вышеуказанных признаков позволяет в данном случае диагностировать психогенное двигательное расстройство по типу фиксированной дистонии без болевого сопровождения.

References

- Baizabal-Carvalho J.F., Fekete R. Recognizing uncommon presentations of psychogenic (functional) movement disorders. *Tremor Other Hyperkinet Mov (N Y)*. 2015; 5: 279. doi: 10.7916/D8VM4B13 PMID: 25667816.
- Shtul'man D.R., Golubev V.L., Dyukova G.M., et al. [Psychogenic dystonia]. *Nevrologicheskii zhurnal*. 1997; (3): 34–8. (In Russ.).
- Dyukova G.M., Golubev V.L. [Psychogenic movement disorders in historical perspective]. *Byulleten' Natsional'nogo obshchestva poizucheniya bolezni Parkinsona i rasstroivstva dvizhenii*. 2012; (1): 21–7. (In Russ.).
- Hidasi Z., Salacz P., Csibri E. Movement disorders is psychiatric diseases. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2014; 16 (4): 205–11. PMID: 25577484.
- Factor S.A., Podskalny G.D., Molho E.S. Psychogenic movement disorders: frequency, clinical profile, and characteristics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1995; 59(4): 406–12. PMID: 7561921.
- Lang A.E. Psychogenic dystonia: a review of 18 cases. *Can J Neurol Sci*. 1995 May; 22(2): 136–43. PMID: 7627915.
- Shtok V.N., Ivanova-Smolenskaya I.A., Levin OS, editors. *Ekstrapiramidnye rasstroivstva. Rukovodstvo po diagnostike i lecheniyu [Extrapiramidal disorders. Guide to diagnosis and treatment]*. Moscow: MEDpress-inform; 2002. 235 p. (In Russ.).
- Illarioshkin S.N., Markova E.D., Miklina N.I., Ivanova-Smolenskaya I.A. Molecular genetics of hereditary dystonic syndromes. *Journal of Neurology and psychiatry*. S. S. Korsakov. 2000; 8: 60–66. (In Russ.) PMID: 10983375.
- Illarioshkin S.N. DNK-diagnostics i mediko-geneticheskoe konsultirovanie. [DNA diagnosis and medico-genetic counseling]. Moscow: MIA, 2004. (In Russ.).
- Slominsky P.A., Markova E.D., Shadrina M.I. et al. A common 3-bp deletion in the DYT1 gene in Russian families with early-onset torsion dystonia. *Human Mutation*. 1999; 14: 269. doi: 10.1002/(sici)1098-1004(1999)14:3<269::aid-humu12>3.0.co; 2–9 PMID: 10477437.
- Illarioshkin S.N., Markova E.D., Slominsky P.A. et al. The GTP cyclohydrolase i gene in Russian families with dopa-responsive dystonia. *Arch. Neurol*. 1998; 55: 789-792. doi:10.1001/archneur.55.6.789 PMID: 9626769.
- Shavlovskaya O.A. *Pischiy spazm: klinika, diagnostika, lechenie. Diss. dokt. med. nauk.[Writer's cramp: clinical features, diagnosis, treatment. Diss. doct. med. sci]*. Moscow; 2011. 349 p. (In Russ.).
- Jankovic J. «Psychogenic» versus «functional» movement disorders? That is the question. *Mov Disord*. 2014; 29(13): 1697–8. doi: 10.1002/mds.26040. PMID: 25255973.
- La Faver K., Hallett M. Functional or psychogenic: what's the better name? *Mov Disord*. 2014; 29(13): 1698–9. doi: 10.1002/mds.26035. PMID: 25242623.
- Cras P., Crosiers D. Psychogenic movement disorders. *Tijdschr Psychiatr*. 2015; 57(2): 104–8. PMID: 25669947.
- Thenganatt M.A., Jankovic J. Psychogenic movement disorders. *Neurol Clin*. 2015; 33(1): 205–24. doi: 10.1016/j.ncl.2014.09.013. PMID: 25432730.
- Edwards M.J., Stone J., Lang A.E. Functional/ psychogenic movement disorders: Do we know what they are? *Mov Disord*. 2014; 29(13): 1696–7; discussion 1699-701. doi: 10.1002/mds.26039. PMID: 25284581.
- Dyukova G.D. Conversion and somatoform disorders in general medical practice. *Meditinskii sovet*. 2013; (2): 50–8. (In Russ.).
- Dalocchio C., Marangi A., Tinazzi M. Functional or psychogenic movement disorders: an endless enigmatic tale. *Front Neurol*. 2015; 6: 37. doi: 10.3389/fneur.2015.00037. ECollection 2015. PMID: 25774148.
- Edwards M.J., Stone J., Lang A.E. From psychogenic movement disorder to functional movement disorder: it's time to change the name. *Mov Disord*. 2014; 29(7): 849–52. doi: 10.1002/mds.25562. PMID: 23843209.
- Espay A.J., Lang A.E. Phenotype-specific diagnosis of functional (psychogenic) movement disorders. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2015; 15(6): 32. doi: 10.1007/s11910-015-0556-y. PMID: 25900093.
- ICD-10 Version:2016 <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/V>
- Perezhogin L.O. *Somatoformnye rasstroivstva. Diagnostika, leche-*

nie, profilaktika. Klinicheskie rekomendatsii [Somatoform disorders. Diagnosis, treatment, prevention. Clinical guidelines]. Mos-cow; 2015. 22 p. (In Russ.).

24. ICD-11 Beta Draft – Joint Linearization for Mortality and Morbidity Statistics <http://id.who.int/icd/entity/334423054>

25. Fahn S., Olanow C.W. «Psychogenic movement disorders»: They are what they are. *Mov Dis-ord.* 2014 Jun; 29(7): 853–6. doi: 10.1002/mds.25899 PMID: 24797587.

26. Hallett M. Functional (psychogenic) movement disorders – Clinical presentations. *Parkinsonism Relat Disord.* 2016; 22 Suppl 1: S149–52. doi: 10.1016/j.parkreldis.2015.08.036. PMID: 26365778.

27. Van der Hoeven R.M., Broersma M., Pijnenborg G.H., et al. Functional (psychogenic) movement disorders associated with normal scores in psychological questionnaires: A case control study. *J Psychosom Res.* 2015; 79(3): 190–4. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.06.002. PMID: 26113484.

28. Hawley J.S., Weiner W.J. Psychogenic dystonia and peripheral trauma. *Neurology.* 2011 2; 77(5): 496–502. doi: 10.1212/WNL.0b013e3182287aaf. PMID: 21810699.

29. Ibrahim N.M., Martino D., van de Warrenburg B.P., et al. The prognosis of fixed dystonia: a fol-low-up study. *Parkinsonism Relat Disord.* 2009; 15(8): 592–7. doi: 10.1016/j.parkreldis.2009.02.010. PMID: 19442561.

30. Katschnig P., Edwards M.J., Schwingenschuh P., et al. Mental rotation of body parts and senso-ry temporal discrimination in fixed dysto-

nia. *Mov Disord.* 2010; 25(8): 1061–7. doi: 10.1002/mds.23047. PMID: 20310052.

31. Schrag A., Trimble M., Quinn N., et al. The syndrome of fixed dystonia: an evaluation of 103 patients. *Brain.* 2004; 127(Pt 10): 2360–72. doi: 10.1093/brain/awh262 PMID: 15342362.

32. Kamble N.L., Pal P.K. Electrophysiological evaluation of psychogenic movement disorders. *Parkinsonism Relat Disord.* 2016; 22 Suppl 1: S153–8. doi: 10.1016/j.parkreldis.2015.09.016. PMID: 26403429

33. Albanese A., Bhatia K., Bressman S.B., et al. Phenomenology and classification of dystonia: a consensus update. *Mov Disord.* 2013; 28(7): 863–73. doi: 10.1002/mds.25475. PMID: 23649720.

34. Broussolle E., Laurencin C., Bernard E., et al. Early illustrations of geste antagoniste in cervical and generalized dystonia. *Tremor Other Hyperkinet Mov (N Y).* 2015; 5: 332. doi: 10.7916/D8KDX74. PMID: 26417535.

35. Baizabal-Carvalho J.F., Jankovic J. Speech and voice disorders in patients with psychogenic movement disorders. *J Neurol.* 2015; 262(11): 2420–4. doi: 10.1007/s00415-015-7856-7. PMID: 26194199.

36. Hinson V.K., Cubo E., Comella C.L., et al. Rating scale for psychogenic movement disorders: scale development and clinimetric testing. *Mov Disord.* 2005; 20(12): 1592–7. doi: 10.1002/mds.20650 PMID: 16108025.

37. Honing M.L., Kon M. Dysfunctional postures of the hand as part of a conversion reaction. *J Hand Surg Br.* 1996; 21(2): 271–5. PMID: 8732418.

Psychogenic dystonia

O.A. Shavlovskaya, A.I. Baidauletova

*Sechenov First Moscow State Medical University, the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (Moscow);
Medical Center “Neuroclinic” (Almaty, Kazakhstan)*

Keywords: psychogenic movement disorders, conversion disorder, psychogenic dystonia, idiopathic dystonia, differential diagnosis.

Psychogenic movement disorders pose a complex problem in modern neurology that requires using the interdisciplinary approach to solve a number of questions related to classification, diagnosis, treatment, and rehabilitation. The most frequent forms of psychogenic movement disorders include tremor, dystonia, myoclonus, and gait abnormality. A clinical case of a 46-year-old male patient with psychogenic movement disorder presenting as fixed hand dystonia not accompanied by pain is reported.

The terminology issues related to the most accurate determination of this type of hyperkinesia, as well as clinical tests (standard motor-skill tasks, ballpoint pen writing) that allow one to identify the psychogenic nature of hyperkinesia, are discussed using the example provided. The clinical phenomenology of psychogenic dystonia is thoroughly analyzed and the differential diagnostic criteria of psychogenic and primary (idiopathic) dystonia are presented.

Контактный адрес: Шавловская Ольга Александровна – докт. мед. наук, вед. науч. сотр. Научно-исследовательского отдела неврологии Научно-исследовательского центра ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России. Москва, 119991, ул. Б. Пироговская, д. 2; e-mail: shavlovskaya@1msmu.ru;

Байдаулетова А.И. – невролог медицинского центра «Нейроклиника» (Алматы, Казахстан).