



А. И. БАЙДАУЛЕТОВА^{1,2}, О. А. ШАВЛОВСКАЯ³

¹Казахский медицинский университет непрерывного образования, Алматы, Казахстан

²Медицинский центр «Нейроклиника», Алматы, Казахстан

³Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Психогенные двигательные расстройства (клинический случай)

Представлен клинический случай больного с психогенным двигательным расстройством по типу фиксированной дистонии без болевого сопровождения. Мужчина, 46 лет, с единственной жалобой на постоянное сведение пальцев правой кисти в кулак в состоянии покоя, усиливающееся при выполнении любого моторного задания; болей в кисти нет. Болен около 5 лет. В возрасте 18 лет получил взрывную травму с контузией. Для уменьшения проявлений двигательного феномена использует кожаную перчатку и самодельный пальцерасширитель. При осмотре: в неврологическом статусе без очаговой симптоматики, функция кисти сохранена, атрофии кисти нет, тонус в мышцах руки достаточный, рефлексы симметричные, чувствительность не нарушена. Походка не нарушена, голос и речь не изменены. При письме наблюдается усиленное сжатие ручки (неписчий спазм); почерк ровный, разборчивый. Использует произвольные компенсаторные установки правой кисти (удержание предмета в супинаторном положении кисти) и пальцев (перекрещивание 3-го и 4-го пальцев), уменьшающие проявления двигательного расстройства. От консультации психиатра отказался, лечение не получает.

Ключевые слова: психогенные двигательные расстройства, психогенная дистония, фиксированная дистония, конверсионное расстройство, соматоформное расстройство.

Психогенные двигательные расстройства (ПДР) нередко маскируются под экстрапирамидные расстройства и могут принять форму любого известного двигательного расстройства с органической природой [1, 5, 8]. Двигательные расстройства часто встречаются в психиатрии и проявляются такими двигательными феноменами, как тремор, дистония, миоклонус, нарушения походки [20]. Частота встречаемости психогенного тремора составляет 52,5%, дистонии — 43,3%, миоклонуса — 28,3% [8], психогенного паркинсонизма — 7% [16]. Психогенная дистония — одно из наиболее трудно диагностируемых в этой группе двигательных расстройств [31]. Среди пациентов, обращающихся к врачу по поводу дистонии, психогенная дистония встречается в 2,1—2,9% случаев [16]. В свою очередь патология экстрапирамидной нервной системы представляет собой один из наиболее сложных разделов клинической неврологии и вызывает затруднение в трактовке проявлений

двигательной симптоматики. Это объясняется рядом причин: 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 [6].

Клинические проявления идиопатической дистонии представлены продолжительными мышечными сокращениями, приводящими к устойчивым повторяющимся искривляющим движениям и патологическим позам в вовлеченной области [4]. Только на основании анализа клинической картины возможна диагностика высокой степени вероятности, то есть дистония имеет 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

© А. И. Байдаулетова, О. О. Шавловська, 2016

нейровизуализации (магнитно-резонансная томография). Почти 90 % случаев дистонии приходится на первичную (идиопатическую) дистонию, которая проявляется только дистоническим гиперкинезом. Клинические характеристики, патофизиология и лечение ПДР хорошо изучены и описаны. Диагноз ПДР основывается на клинической оценке двигательного феномена, детальном анализе анамнеза заболевания, классических чертах при неврологическом осмотре [26]. Отличительной чертой ПДР от экстрапирамидных является внезапное начало проявлений, наличие несочетаемых симптомов, отвлекаемость и внушаемость пациента, присоединение новых симптомов, отсутствие ответа на применение эффективных фармакологических препаратов (таблица).

Нет единого мнения относительно терминологии этих расстройств [17, 26, 30]. Некоторые авторы предпочитают использовать термин «функциональный» или «конверсионный» (истерический), другие — «психогенный» [8, 11, 33], «соматоформный» [13].

Конверсионные (истерические) расстройства в практике как невролога, так и терапевта, являются одной из актуальных проблем, поскольку нередко обуславливают ошибочную диагностику. Одним из наиболее частых истерических неврологических феноменов является парез. Как правило, истерические двигательные расстройства сопровождаются снижением мышечного тонуса, отсутствием асимметрии рефлексов, отсутствием мышечных атрофий [2].

Зарубежные коллеги чаще всего используют термин «функциональные психогенные двигательные расстройства» [12—15]. В Международной классификации болезней (ICD) 10-го пересмотра и ее последней обновленной версии (2016) [24] ПДР кодируются в рубрике F 45.8 «Другие соматоформные расстройства», в руководстве The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) — в рубрике 300.81 «Соматоформное расстройство неуточненное» [3]. Согласно обсуждаемой в настоящее время версии ICD-11 [25] ПДР относятся к рубрике 7B4Z «Расстройства телесных ощущений неуточненные (Bodily distress disorder, unspecified)», основным проявлением которых являются соматоформные расстройства. В DSM-V функциональные/психогенные двигательные расстройства включены в широкую категорию «функциональные неврологические симптомы расстройства» и удалены из категории «соматоформные расстройства» [12].

Клинический случай

Пациент А., 46 лет, обратился с жалобами на медленное сгибание пальцев правой кисти в кулак в течение 30—40 с: попытка удержать небольшие плотные предметы, например клей-карандаш, сопровождается еще большим сведением кисти; не

может удержать мягкий пластиковый стаканчик, так как моментально раздавливает его из-за насильственного сведения пальцев кисти. Пациент так описывает проявления своего двигательного расстройства: «Ночью во сне кисть расслаблена, пальцы не сведены, через 15—30 мин после пробуждения начинается вся симптоматика — сводит спастически кисть» (рис. 1).

Указанные симптомы появились 5 лет назад, до этого времени в течение 2 лет пациент отмечал только напряжение в руке при письме. Напряжения в предплечье и плече не ощущает. За период болезни в качестве компенсаторных приспособлений и для отдыха кисти пациент использовал кожаные перчатки разной степени плотности и толщины, а также придуманное больным деревянное приспособление (пальцераширитель) (рис. 2).

Болезненные ощущения возникают от того, что ногти впиваются в ладонь. И поэтому пациент руку держит либо в деревянном приспособлении, либо надевает во время работы кожаную перчатку. Все приспособления пациент придумал сам, когда появилась мацерация кожи ладоней.

Т а б л и ц а
Дифференциально-диагностические критерии психогенной и идиопатической дистонии (по А. Е. Lang, 1995 с сокращениями) (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
Часто боли усиливаются при прикосновениях 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	Не характерно внезапное начало
Ремиссии спонтанные или при применении плацебо	Возможны спонтанные ремиссии при цервикальной дистонии
Нет семейного анамнеза	Нередко есть семейный анамнез

Из анамнеза известно, что в 18 лет во время прохождения военной службы в Афганистане при разрыве бомбы внутри бронетранспортера получил тяжелейшую контузию, ожог правой руки, правой половины туловища, кожи лица и головы, рваную рану правой щеки. Находился без сознания примерно 1,5—2,0 ч, возможно, что был медикаментозный сон во время транспортировки в военный госпиталь. В госпитале находился 1 мес, после чего был демобилизован. Затем поступил в институт, закончил его с отличием.

Первичный осмотр (18.02.2015 г.). На лице последствия ушитой рваной раны. Неврологический статус: эмоционально лабилен, в разговоре дружелюбен, проявляет интерес к собеседнику. Речь торопливая, громкая, дикция нечеткая. В разговоре помогает себе, жестикулируя левой рукой, правая (пораженная рука) не участвует, при этом отмечается приподнимание правого плеча. Элементы походки при ходьбе: она на широкой базе с размашистыми движениями рук и небольшим наклоном вперед. При осмотре в состоянии покоя: мимика оживлена, изредка отмечается пошмыгивание носом, правая носогубная складка сглажена (последствия широкого длинного шрама вдоль носа — от верхней губы до угла глаза), подбородок несколько повернут вправо. Все мимические пробы выполняет удовлетворительно. Точки выхода тройничного нерва безболезненны. Зрачки равновеликие, отмечается невыраженный *arcus senilis*. Движения глазных яблок — в полном объеме, легкий установочный нистагм при крайних отведениях, конвергенция не нарушена, глазные щели симметричны. Слух, глотание, фонация не нарушены. Кивательная мышца в состоянии покоя визуально незначительно напряжена справа в области прикрепления к ключице, при пальпации с обеих сторон изменение мышечного тонуса не выявлено, ограничений движений в шее нет. Симптом Мари-неску-Радовичи положительный справа. В позе Ромберга устойчив, координаторные пробы выполняет уверенно, тремора рук нет. Чувствительных нарушений на теле не выявлено. Сухожильные рефлексы с руки и ног равновеликие, живые. Патологических кистевых и стопных знаков нет. Атрофии мышц конечностей не выявлено (рис. 3). 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 (до 4,5 балла). Обращает на себя внимание, что если пациент скрещивает 3-й и 4-й пальцы правой кисти, то ему немного легче удерживать кисть в свободном разогнутом состоянии (рис. 4). Активные движения рук сохранены в полном объеме, безболезненны (болезненных ощущений нет, ни спонтанных, ни при пальпации).

Видеозапись больного с идиопатической дистонией и тем более психогенной является важным

этапом диагностики, на основании анализа которой можно уточнить детали двигательного феномена [4]. Для углубленного клинико-неврологического анализа психогенного двигательного расстройства провели ряд 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 (рис. 5). Со слов пациента, «пальцы сгибаются сами по себе». Сгибание пальцев происходит за счет флексии только дистальных фаланг. При сгибании пальцев больной приподнимает кисть над столом, разводя пальцы веером, демонстрируя феномен «затекших пальцев» от оставшегося напряжения в кисти. Далее пытается удержать небольшие предметы (клей-карандаш), используя корректирующий жест (захват запястья правой кисти левой рукой), ослабляющий флексию пальцев. После чего сообщает, что имеется напряжение в области правого тенара, демонстрируя, что рука находится в «скрюченном» положении по типу «когтистой лапы» (рис. 6). 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 с 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 секунде теста происходит непроизвольное сжатие стаканчика и удержание его в сжатом состоянии около 5 с (рис. 7). При этом через несколько секунд пациент расслабляет пальцы и свободно удерживает стаканчик. Затем вновь демонстрирует уже усиленное непроизвольное сжатие стаканчика. В течение всего теста пациент демонстрирует то расслабление кисти, то ее чрезмерное сжатие. Также в процессе тестирования пациент демонстрирует влияние корректирующего жеста в виде касания запястья правой кисти левой рукой. При удержании стаканчика левой кистью изменения тонуса нет (рис. 8), 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 (рис. 9).

Тест 3. Акт письма шариковой ручкой (длительность теста — 1 мин)

В момент инициации акта письма пациент сразу удерживает руку в неестественном положении,



Рис. 1. Непроизвольное сгибание пальцев правой кисти в состоянии покоя



Рис. 2. Пальцераширитель



Рис. 3. При осмотре атрофии мышц кисти не наблюдается



Рис. 5. Непроизвольное подгибание дистальных фаланг пальцев правой кисти



Рис. 6. Непроизвольное формирование «когтистой лапы»



Рис. 4. Компенсаторная поза в виде скрещивания 3-го и 4-го пальцев



Рис. 7. Усиленне сжатие
пластикового стаканчика
при удержании в правой кисти



Рис. 8. Свободное удержание
пластикового стаканчика левой
рукой



Рис. 9. Свободное удержание
пластикового стаканчика в правой
кисти при супинации руки



Рис. 10. Письмо сжатой в кулак кистью
с использованием корректирующего жеста



Рис. 11. Выпрямление пальцев правой кисти левой
рукой при письме

сильно подгибая большой и указательный пальцы, и начинает использовать корригирующий жест в виде касания-подталкивания пишущей руки или усиленного прижимания листа бумаги левой рукой (рис. 10). Через 15 с 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 (рис. 11). 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, устают 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.

Параклинические методы исследования. Электронейромиография (06.09.2014 г.): скорость проведения возбуждения по моторным и сенсорным волокнам лучевого, локтевого и срединного нервов правой верхней конечности не нарушена. Магнитно-резонансная томография головного мозга (16.06.2014 г.) в 1,5 Тл режиме: без очаговой патологии, признаков дисциркуляторной энцефалопатии не выявлено. Магнитно-резонансная томография шейного отдела (16.06.2014 г.): без патологии, лордоз сохранен, протрузий нет, спинной мозг без повреждений. **Лабораторные анализы:** общий анализ крови, мочи, микрореакция, биохимический анализ крови на печеночные и почечные пробы, уровень глюкозы крови и холестерина без отклонений от нормы. От дополнительных консультаций специалистов (психиатра) пациент в категорической форме отказался без объяснения причин. От назначения лекарственных препаратов также отказался.

Повторный осмотр (12.01.2016 г.). Характер жалоб прежний. Отрицательной динамики в неврологическом статусе не выявлено. В настоящее время занимает руководящую должность в учреждении.

Обсуждение

Психогенные двигательные расстройства являются результатом психического, а не неврологического расстройства [11]. 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 [3]. В клинической картине ПДР у данного пациента имеется ряд особенностей, осложняющих распознавание и трактовку проявлений данного страдания [18]. 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 [2], а в ряде случаев при тестировании таких пациентов отсутствуют отличия в результатах психологических тестов [34]. Как правило, истерические двигательные расстройства сопровождаются снижением мышечного тонуса, отсутствием асимметрии рефлексов, отсутствием мышечных атрофий. Один из наиболее частых истерических неврологических феноменов — парез. По сути, описанный своеобразный псевдопарез можно рассматривать как «локальный акинез» или паралич движения, а не мышцы или группы мышц [2]. В зарубежной литературе используют термин «фиксированная дистония» [19], которая может включать проявления комплексного регионального болевого синдрома (КРБС) и психогенной дистонии [23]. Нередко «фиксированная болезненная дистония кисти» упоминается в контексте с травмой (легкой степени у женщин [29]) [32], и, как правило, сопряжена с развитием КРБС [19]. Установлено, что фиксированная дистония правой кисти чаще встречается у женщин (от 51% [27] до 85% случаев [23]), при этом у более половины больных имеются данные о нервно-психическом расстройстве. Фиксированная дистония кисти встречается в 68% случаев. Наиболее часто аномальная установка кисти представлена сгибанием пальцев в межфаланговых или метакарпально-фаланговых суставах. Как правило, в наибольшей степени выраженности в формировании фиксации участвуют 4-й и 5-й, а не 2-й и 3-й пальцы кисти, большой палец или участвует в наименьшей степени, или вообще не участвует [32]. Улучшение состояния отмечают менее чем 25% пациентов, ремиссии основных симптомов встречаются только в 6% случаев, продолжение ухудшения наблюдается в трети случаев [23].

Представленный клинический случай 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 согласно классификации 2013 г. Общества изучения двигательных расстройств (Movement Disorder Society) [7, 10]. В клинической картине заболевания у данного пациента ни в анамнезе, ни в жалобах не удалось выявить такие характерные для истерического расстройства симптомы, как наличие других пароксизмальных состояний, нарушение голоса и речи [9], полиморфные психологические расстройства, множественные соматические жалобы, боли в пораженной конечности при пассивных движениях. Однако имеют место другие характерные для психогенной дистонии особенности (внезапное начало с

дистонии покоя, фиксированный спазм мышц, отсутствие характерной для дистонии динамичности двигательного рисунка) [5, 21—23, 32]. В данном клиническом случае имеется диссоциация между предъявляемыми жалобами и клиническими проявлениями. Ведущей и единственной жалобой является моторный дефицит в правой кисти — непроизвольное сжимание в кулак, при этом в момент осмотра продемонстрированы особенности в проявлении этого феномена, например, скрючивание пальцев кисти по типу «когтистой лапы». Другой двигательный феномен, предъявляемый пациентом в момент письма, — это элементы фокальной дистонии кисти — писчего спазма. У всех пациентов с идиопатическим писчим спазмом имеется некий ритуал-подготовка перед началом письма, характерная дистоническая поза кисти и пальцев, динамичность двигательного рисунка, изменение характерных особенностей почерка, которые могли сформироваться за период болезни, в данном случае отсутствуют характерные для писчего спазма проявления и этапность формирования дистонии [4] Пациент разработал систему мероприятий, уменьшающих непроизвольное сжатие кисти в кулак, например, использование кожаных перчаток или пальцераширителя, удержание скрещенными 3-го и 4-го пальцев правой кисти, удержание пред-

мета рукой, находящейся в супинаторном положении, распрямление кисти при письме путем прижатия ее к столу. Особое внимание привлекают такие феномены, как скрещивание 3-го и 4-го пальцев и вычурное положение руки в положении супинации при удержании предмета. Каждый из этих феноменов крайне неудобен с точки зрения как его исполнения, так и удержания в таком положении. При наличии двигательных изменений в руке, существенно нарушающих жизнедеятельность, пациент отказывается от консультации психиатра и предлагаемого лечения. В неврологическом статусе при наличии демонстрируемых вынужденных непроизвольных поз кисти не отмечается какого-либо (по спастическому или пластическому типу) повышения мышечного тонуса в кисти и руке; нет асимметрии сухожильных рефлексов; отсутствует атрофия мышц кисти и предплечья; ни клинически, ни анамнестически нет болевого синдрома. По данным электронейромиографии периферических нервов правой руки, проведение которой в диагностике психогенной дистонии не целесообразно, не выявлено никаких отклонений [28].

Таким образом, в данной статье представлен клинический случай больного с психогенным двигательным расстройством по типу фиксированной дистонии без болевого сопровождения.

Конфликта интересов нет.

Участие авторов: концепция и дизайн исследования, написание текста — О. Ш.;

сбор материала, редактирование текста — А. Б.; обработка материала, статистическая обработка данных — А. Б., О. Ш.

Литература

1. Дюкова Г.М., Голубев В.Л. Психогенные двигательные расстройства в историческом аспекте // Бюллетень Национального общества по изучению болезни Паркинсона и расстройств движений. — 2012. — № 1. — С. 21—27.
2. Дюкова Г.Д. Конверсионные и соматоформные расстройства в общей медицинской практике // Мед. совет. — 2013. — № 2. — С. 50—58
3. Перегожин Л.О. Соматоформные расстройства. Диагностика, лечение, профилактика. Клинические рекомендации. — М.: HSE, 2015
4. Шавловская О.А. Писчий спазм: клиника, диагностика, лечение: Дис. ...д-ра мед. наук. — М., 2011, 349 с.
5. Штульман Д.Р., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. и др. Психогенная дистония // Неврол. журн. — 1997. — № 3. — С. 34—38
6. Экстрапирамидные расстройства. Руководство по диагностике и лечению / Под ред. В.Н. Штока, И.А. Ивановой-Смоленской, О.С. Левина. — М.: МЕДпресс-информ, 2002.
7. Albanese A., Bhatia K., Bressman S. B. et al. Phenomenology and classification of dystonia: a consensus update // *Mov. Disorders.* — 2013. — Vol. 28, N 7. — P. 863—873.
8. Baizabal-Carvallo J. F., Fekete R. Recognizing uncommon presentations of psychogenic (functional) movement disorders // *Tremor Other Hyperkinetic Movements.* — 2015. — Vol. 30, N 5. — P. 279. doi:10.7916/D8VM4B13.
9. Baizabal-Carvallo J. F., Jankovic J. Speech and voice disorders in patients with psychogenic movement disorders // *J. Neurol.* — 2015. — Vol. 262, N 11. — P. 2420—2424. doi:10.1007/s00415-015-7856-7.
10. Broussolle E., Laurencin C., Bernard E. et al. Early illustrations of geste antagoniste in cervical and generalized dystonia // *Tremor Other Hyperkinet Moments.* — 2015. — Vol. 5, N 2. — P. 332—339. doi:10.7916/D8KD1X74.
11. Cras P., Crosiers D. Psychogenic movement disorders // *Tijdschrift Voor Psychiatrie.* — 2015. — Vol. 57, N 2. — P. 104—108.
12. Dallochio C., Marangi A., Tinazzi M. Functional or psychogenic movement disorders: an endless enigmatic tale // *Front Neurol.* — 2015. — Vol. 6, N 37. — P. 367—389. doi:10.3389/fneur.2015.00037
13. Edwards M. J., Stone J., Lang A. E. Functional psychogenic movement disorders: Do we know what they are? // *Mov. Disorders.* — 2014. — Vol. 29, N 13. — P. 1696—1697. doi:10.1002/mds.26039.
14. Edwards M. J., Stone J., Lang A. E. From psychogenic movement disorder to functional movement disorder: it's time to change the name // *Mov. Disorders.* — 2014. — Vol. 29, N 7. — P. 849—852. doi:10.1002/mds.25562.
15. Espay A. J., Lang A. E. Phenotype-specific diagnosis of functional (psychogenic) movement disorders // *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.* — 2015. — Vol. 15, N 6. — P. 32. doi:10.1007/s11910-015-0556-y.
16. Factor S. A., Podskalny G. D., Molho E. S. Psychogenic movement disorders: frequency, clinical profile, and characteristics // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* — 1995. — Vol. 59. — P. 406—412.
17. Fahn S., Olanow C. W. Psychogenic movement disorders: They are what they are // *Mov. Disorders.* — 2014. — Vol. 29, N 7. — P. 853—856. doi:10.1002/mds.25899.
18. Hallett M. Functional (psychogenic) movement disorders — Clinical presentations // *Parkinsonism Relat Disorders.* — Vol. 22, N 1. — P. 149—152. doi:10.1016/j.parkrel.2015.08.036.
19. Hawley J. S., Weiner W. J. Psychogenic dystonia and peripheral trauma // *Neurol.* — 2011. — Vol. 77. — P. 496—502.
20. Hidasz Z., Salacz P., Csibri E. Movement disorders is psychiatric diseases // *Neuropsychopharmacologia Hungarica.* — 2014. — Vol. 16, N 4. — P. 205—211.

21. Hinson V.K., Cubo E., Comella C.L. et al. Rating scale for psychogenic movement disorders: scale development and clinimetric testing // *Mov. Disorders.* — 2005. — Vol. 20, N 12. — P. 1592—1597.
22. Honing M. L.H., Kon M. Dysfunctional postures of the hand as part of a conversion disorder // *J. Hand Surg Br.* — 1996. — Vol. 21, N 2. — P. 271—275.
23. Ibrahim N.M, Martino D., van de Warrenburg B. P. et al. The prognosis of fixed dystonia: a follow-up study // *Parkinsonism Relat Disorders.* — 2009. — Vol. 15, N 8. — P. 592—597.
24. ICD-10, Version: 2016. Available at: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/>
25. ICD-11 Beta Draft — Joint Linearization for Mortality and Morbidity Statistics. Available at: <http://id.who.int/icd/entity/334423054>
26. Jankovic J. Psychogenic versus functional movement disorders? That is the question // *Mov. Disorders.* — 2014. — Vol. 29, N 13. — P. 1697—1698. doi:10.1002/mds.26040
27. Kamble N.L., Pal P.K. Electrophysiological evaluation of psychogenic movement disorders // *Parkinsonism Relationship Disorders.* — 2016. — Vol. 22, N 1. — P. 153—158. doi:10.1016/j.parkreldis.2015.09.016.
28. Kamble N., Prashantha D. K., Jha M. et al. Gender and age determinants of psychogenic movement disorders: a clinical profile of 73 patients // *Can J. Neurol Science.* — 2016. — Vol. 13. — P. 1—10.
29. Katschnig P., Edwards M.J., Schwingenschuh P. et al. Mental rotation of body parts and sensory temporal discrimination in fixed dystonia // *Mov. Disorders.* — 2010. — Vol. 25, N 8. — P. 1061—1067.
30. La Faver K., Hallett M. Functional or psychogenic: what's the better name? // *Mov. Disorders.* — 2014. — Vol. 29, N 13. — P. 1698—1699. doi: 10.1002/mds.26035.
31. Lang A.E. Psychogenic dystonia: a review of 18 cases // *Can J. Neurology Science.* — 1995. — Vol. 22. — P. 136—143.
32. Schrag A., Trimble M., Quinn N. et al. The syndrome of fixed dystonia: an evaluation of 103 patients // *Brain.* — 2004. — Vol. 127, N 10. — P. 2360—2372.
33. Thenganatt M. A., Jankovic J. Psychogenic movement disorders // *Neurol. Clin.* — 2015. — Vol. 33, N 1. — P. 205—224. doi: 10.1016/j.ncl.2014.09.013.
34. Van der Hoeven R. M., Broersma M., Pijnenborg G. H. Functional (psychogenic) movement disorders associated with normal scores in psychological questionnaires: A case control study // *J. Psychosom Res.* — 2015. — Vol. 79, N 3. — P. 190—194. doi:10.1016/j.jpsychores.2015.06.002.

А. І. БАЙДАУЛЕТОВА^{1,2}, О. О. ШАВЛОВСЬКА³

¹Казахський медичний університет неперервної освіти, Алмати, Казахстан

²Медичний центр «Нейроклініка», Алмати, Казахстан

³Перший Московський державний медичний університет ім. І. М. Сеченова Мінохоронздоров'я Росії, Москва, Російська Федерація

Психогенні рухові розлади (клінічний випадок)

Представлено клінічний випадок хворого з психогенним руховим розладом за типом фіксованої дистонії без болювого супроводу. Чоловік, 46 років, з єдиною скаргою на постійне зведення пальців правої кисті в кулак у стані спокою, яке посилюється при виконанні будь-якого моторного завдання; болю в кисті немає. Хворіє близько 5 років. У віці 18 років отримав вибухову травму з контузією. Для зменшення виявів рухового феномену використовує шкіряну рукавичку і саморобний пальцезрозширювач. При огляді: в неврологічному статусі без вогнищевої симптоматики, функцію кисті збережено, атрофії кисті немає, тонус у м'язах руки достатній, рефлекс симетричні, чутливість не порушена. Хода не порушена, голос і мова не змінені. При письмі спостерігається посилене стискування ручки (неписальний спазм); почерк рівний, розбірливий. Використовує довільні компенсаторні установки правої кисті (утримання предмета в супінаторному положенні кисті) і пальців (перехреснування 3-го і 4-го пальців), які зменшують вияви рухового розладу. Від консультації психіатра відмовився, лікування не отримує.

Ключові слова: психогенні рухові розлади, психогенна дистонія, фіксована дистонія, конверсійний розлад, соматоформний розлад.

A. I. BAIDAULETOVA^{1,2}, O. A. SHAVLOVSKAYA³

¹Kazakh Medical University of Continuous Education, Almaty, Kazakhstan

²«Neuroclinic», Almaty, Kazakhstan

³I.M. Sechenov First Moscow State Medical University under Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

Psychogenic movement disorders (clinical case)

This article presents a clinical case of a patient with psychogenic movement disorder by type of fixed dystonia without pain association. The case study presents a male of 46 years old with the only complain for permanent pinch of the right hand in a fist at rest with the worsening when performing any motor task; there is no pain in the hand. He had been experiencing it for 5 years. History: at the age of 18 he received a blast injury with a concussion. With the aim of reducing the motor manifestations of the phenomenon he used a leather glove and a homemade finger-extender. On examination: in the neurological status — without focal symptoms, hand function is natural, there is no hand atrophy, tone in the muscles of the hand is sufficient, symmetrical reflexes, sensitivity is not changed. Gait is not affected, the voice, and the speech are not changed. When the letter writing the reinforced handle grip (not writer's cramp) is observed; the writing is smooth, legible. He performs voluntary compensator tricks of the right hand (retain the subject in hand supination position) and fingers (crossing 3 and 4 fingers), which reduces the symptoms of movement disorders. From consultation of the psychiatrist he refused, did not accept treatment.

Key words: psychogenic movement disorders, psychogenic dystonia, fixed dystonia, conversion disorder, somatoform disorder.