Байдаулетова А.И.¹, Шавловская О.А.²¹Медицинский центр «Нейроклиника», Алматы, Казахстан; ²научный отдел неврологии, Научно-исследовательский центр ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия¹Казахстан, Алматы, ул. Кабанбай батыра, 260; ²119991, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2

Психогенная дистония кисти (клиническое наблюдение)

Представлено клиническое наблюдение психогенного двигательного расстройства по типу фиксированной дистонии без болевого сопровождения. В течение 5 лет пациента беспокоит постоянное сведение пальцев правой кисти в кулак в покое, усиливающееся при выполнении любого моторного задания; боли в кисти нет. В возрасте 18 лет получил взрывную травму с контузией. С целью уменьшения сведения использует кожаную перчатку и самодельное устройство для разведения пальцев. Двигательная функция кисти сохранена, атрофии кисти нет, тонус в мышцах руки достаточный, рефлексы симметричные, чувствительность не нарушена. Походка, голос и речь не изменены. При письме наблюдается усиленное сжатие ручки (не писчий спазм); почерк ровный, разборчивый. Использует произвольные компенсаторные установки правой кисти (удержание предмета в супинаторном положении кисти) и пальцев (перекрещивание III и IV пальцев), уменьшающие проявления двигательного расстройства. От консультации психиатра и приема лекарств отказался.

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

Контакты: Алия Иманалиевна Байдаулетова; baidaulet@mail.ru

Для ссылки: Байдаулетова АИ, Шавловская ОА. Случай психогенной дистонии кисти. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2016;8(2):62–67.

Psychogenic dystonia of the hand: A clinical case

*Baidauletova A.I.¹, Shavlovskaya O.A.²*¹«Neuroclinic» Medical Center, Almaty, Kazakhstan;²Research Department of Neurology, Research Center, O.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia¹260, Kabanbai batyra St., Almaty, Kazakhstan; ²8, Trubetskaya St., Build. 2, Moscow 119991

The article describes a clinical case of psychogenic movement disorder appearing as fixed dystonia without pain. Over 5 years, a patient has had the right fingers being permanently clenched into a fist position at rest, which increased when fulfilling any motor task; carpal pain was absent. When he was 18 years old, the patient sustained a blast injury with concussion. A leather glove was used to reduce clenching and a makeshift device was applied to move the fingers apart. Motor function of the hand persisted; its atrophy was absent; muscle tone in the hand was sufficient; reflexes were symmetrical; sensitivity was not impaired. His gait, voice, speech were not changed. When writing, there was increased pencil grasp (not writer's cramp); his handwriting was smooth and legible. The patient uses the voluntary compensatory movements of the right hand (holding a thing with one hand in a supine position) and fingers (crossing the third finger over the fourth and conversely), which reduce the manifestations of movement disorder. He refused psychiatric examination and to take any medications.

Keywords: psychogenic movement disorders, psychogenic dystonia, fixed dystonia; conversion disorder; somatoform disorder.

Contact: Alia Imanalieva Baidauletova; baidaulet@mail.ru

For reference: Baidauletova AI, Shavlovskaya OA. Psychogenic dystonia of the hand: A clinical case. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics. 2016;8(2):62–67.

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2016-2-62-67>

Психогенные двигательные расстройства (ПДР) нередко маскируются под экстрапирамидные расстройства и могут принять форму любого органического двигательного нарушения [1–3]. ПДР часто встречаются в психиатрии и проявляются такими двигательными нарушениями, как тремор, дистония, миоклонус, изменения походки [4]. В структуре ПДР частота психогенного тремора составляет 52,5%, дистонии — 43,3%, миоклонуса — 28,3% [1], психогенного паркинсонизма — 7% [5]. Психогенная дистония — одно из наиболее трудно диагностируемых заболеваний этой группы [6]. Оно встречается у 2,1–2,9% пациентов, обращающихся к врачу по поводу дистонии [5].

Патология экстрапирамидной нервной системы представляет собой один из наиболее сложных разделов клинической неврологии, трактовка проявлений двигательной симптоматики нередко вызывает затруднения. Это связано с 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 [7]. Клинические проявления идиопатической дистонии характеризуются продолжительными мышечными сокращениями, приводящими к устой-

Дифференциально-диагностические критерии психогенной и идиопатической дистонии (цит. по [6] с сокращениями)

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 боль, усиливающаяся при прикосновении и пассивных движениях	Обычно протекает без боли (исключение — цервикальная дистония)
Отсутствие улучшения после сна	Нередко уменьшение после сна
Возможны другие ПДР	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

чивым, повторяющимся искривляющим движениям и патологическим позам в пораженной области [8]. Диагностика проводится на основании анализа клинической картины, потому что дистония имеет специфические черты, которые можно оценить только при клиническом осмотре, рутинные же нейрофизиологические методы, как и методы нейровизуализации (магнитно-резонансная томография — МРТ), не могут быть использованы ни для диагностики, ни для классификации дистонии. Почти 90% случаев дистонии — это первичная (идиопатическая) дистония, 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, наличии классических признаков, выявляемых при неврологическом осмотре [9]. Отличительная черта ПДР от экстрапиримидных расстройств — внезапное начало, присутствие несочетаемых симптомов, отвлекаемость и внушаемость пациента, присоединение новых симптомов, неэффективность лекарственной терапии (см. таблицу).

Единого мнения в отношении терминологии этих расстройств нет [10], некоторые авторы предпочитают использовать термин «функциональное», или «конверсионное (истерическое)» расстройство, другие, напротив, — «психогенное» [1, 11, 12], «соматоформное» [13]. Конверсионные (истерические) расстройства в практике как невролога, так и терапевта являются одной из актуальных проблем, поскольку нередко обуславливают ошибочную диагностику. Одним из самых частых истерических неврологических феноменов является парез. Как правило, истерические двигательные расстройства сопровождаются снижением мышечного тонуса, при этом отсутствуют асимметрия рефлексов и мышечная атрофия [14].

Наиболее часто зарубежными коллегами используется термин «функциональные/психогенные двигательные расстройства» [13, 15–17]. В МКБ-10 и последней обновленной версии ICD-10 (2016) [18] ПДР могут кодироваться в рубрике F 45.8 «Другие соматоформные расстройства», в DSM-V — в рубрике 300.81 «Соматоформное расстройство неуточненное» [19]. Согласно обсуждаемой в настоящее время версии ICD-11 [20], ПДР входят в рубрику 7B4Z «Расстройства телесных ощущений неуточненные (Bodily distress disorder, unspecified)», основным проявлением которых являются соматоформные расстройства. В итоге в DSM-V функциональные/психогенные двигательные расстройства включены в широкую категорию «функциональных неврологических симптомов расстройства» и удалены из категории «соматоформные расстройства» [15]. Таким образом, проблема ПДР существует, но пока так и не выработано единой терминологии [9, 21]. Представляем клиническое наблюдение ПДР в правой руке.

Пациент А. 46 лет, обратился с жалобами на медленное насильственное сгибание пальцев правой кисти в кулак в течение 30–40 с. Попытка удерживать небольшие плотные предметы, например клей-карандаш, сопровождается еще большим сведением кисти; не может удерживать пластиковый мягкий стаканчик, так как моментально раздавливает его из-за сведения пальцев кисти. Описывая проявления двигательного расстройства, пациент указывает, что ночью во сне кисть расслаблена, пальцы не сведены, но через 15–30 мин после пробуждения возникает спастическое сведение кисти (рис. 1). Кисть разгибается безболезненно, но с усилием. Все бытовые (ест, умывается и пр.), профессиональные (печатает) и другие действия пациент выполняет левой рукой. При необходимости он разжимает левой рукой пальцы правой кисти, а затем вкладывает в них какой-либо предмет. Связи между травмой, стрессом и развитием двигательного расстройства не наблюдает.

Рис. 1. Непроизвольное сгибание пальцев правой кисти в покое

Указанные симптомы появились 5 лет назад, в течение 2 лет до этого отмечал только напряжение в руке при письме. Напряжения в предплечье и плече не ощущает. За время болезни в качестве компенсаторных приспособлений и для отдыха кисти пациент использовал кожаные перчатки разной степени плотности и толщины, а также самодельное деревянное приспособление для разведения пальцев (рис. 2). Оттого, что ногти впииваются в ладонь, возникают болезненные ощущения, поэтому держит руку либо в деревянном приспособлении, либо надевает во время работы кожаную перчатку.

Из анамнеза известно, что в 18 лет, при прохождении военной службы в Афганистане, в результате разрыва бомбы внутри бронетранспортера получил тяжелейшую контузию, ожог правой руки, правой половины туловища, кожи лица и головы, рваную рану правой щеки. Примерно 1,5–2 ч находился без сознания, возможно, это был медикаментозный сон во время транспортировки в военный госпиталь. В госпитале провел 1 мес, после чего был демобилизован. Поступил в институт, окончил его с отличием.

При первичном осмотре (18.02.2015): на лице последствия ушной рваной раны. Эмоционально лабилен, в разговоре дружелюбен, проявляет интерес к собеседнику. Речь торопливая, громкая, дикция нечеткая. При разговоре жестикулирует левой рукой, правая (пораженная рука) «не участвует», при этом наблюдается приподнимание правого плеча. При ходьбе отмечаются элементы походки «на широкой базе» с размашистыми движениями рук и небольшим наклоном вперед.

Мимика оживлена, изредка наблюдается шмыганье носом, правая носогубная складка сглажена (последствия широкого длинного шрама вдоль носа — от верхней губы до уха 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 в норме. Кивательная мышца в покое визуально незначительно напряжена справа в области прикрепления к ключице, при пальпации с обеих сторон изменения мышеч-

Рис. 2. Самодельное устройство для разведения пальцев

Рис. 4. Компенсаторная поза в виде скрещивания III и IV пальцев

Рис. 3. Атрофии мышц кисти не наблюдается

ного тонуса не выявлено, ограничения движений в шее нет. Симптом Маринеску—Радовичи положителен 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 нет (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 III–IV пальцы правой кисти, то ему чуть легче удерживать кисть в разогнутом состоянии (рис. 4). Активные движения рук сохранены в полном объеме, безболезненны (болезненных ощущений нет, ни спонтанных, ни при пальпации).

Важным этапом обследования больного с идиопатической дистонией, тем более психогенной, является видеозапись, позволяющая еще раз уточнить детали двигательного феномена [8]. В момент осмотра для углубленного клинико-неврологического анализа ПДР проведен 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 в результате флексии только дистальных фаланг. При сгибании пальцев больной приподнимает кисть над столом, разводя пальцы веером, наблюдается феномен «затекивших пальцев» от оставшегося напряжения в кисти. Далее он пытается удерживать небольшие предметы (карандаш), используя корректирующий жест (захват запястья правой кисти левой рукой), ослабляющий флексии пальцев. После чего сообщает, что имеется напряжение в области правого тенара, демонстрируя, что рука находится в «скрюченной» положении по типу «когтистой лапы» (рис. 6). При этом пациент может самостоятельно сгибать и разгибать пальцы кисти.

Рис. 5. Непроизвольное подгибание дистальных фаланг пальцев правой кисти

Рис. 8. Свободное удержание пластикового стаканчика левой рукой

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 их. После чего периодически отводит локоть правой руки в сторону, удерживая предплечье ровно. На 30-й секунде теста происходит «непроизвольное» сжатие стаканчика, и пациент удерживает его в сжатом состоянии около 5 с (рис. 7). Через несколько секунд он расслабляет пальцы и свободно удерживает стаканчик. Затем вновь происходит уже усиленное «непроизвольное» сжатие стаканчика. В течение всего теста наблюдается то расслабление, то чрезмерное сжатие кисти. Также в процессе тестирования отмечается влияние корректирующего жеста в виде касания левой рукой запястья правой кисти. 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 сги-

Рис. 6. Непроизвольное формирование «когтистой лапы»

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

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

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

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

бания пальцев, ни усиленного сжатия стаканчика (рис. 9).

Тест 3. Акт письма шариковой ручкой, длительность теста — 1 мин. В момент начала акта письма пациент сразу удерживает руку в неестественном положении, сильно подгибая большой и указательный пальцы и используя корректирующий жест в виде касания-подталкивания пишущей руки или усиленного прижимания листа бумаги левой рукой (рис. 10). Через 15 с после начала письма появляется необходимость сделать перерыв, встряхнуть кисть. Как только пациент кладет руку на стол, в течение нескольких секунд формируется «когтистая лапа».левой рукой пациент прижимает правую кисть к столу и удерживает ее в таком положении, чтобы разогнуть (рис. 11). При этом он может приподнять кисть над столом и удержать ее в согнутом положении, затем вновь продолжает писать. Пациент сообщает, что больше 2 мин писать не может, устает кисть, ее надо 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.

При электроэнцефалографии (ЭНМГ; 06.09.2014) скорость проведения возбуждения по моторным и сенсорным волокнам лучевого, локтевого и срединного нервов правой верхней конечности не нарушена. При МРТ головного мозга (16.06.2014) в 1,5 Тл режиме очаговая патология, признаки дисциркуляторной энцефалопатии не выявляются. При МРТ шейного отдела патологии также не отмечено: лордоз сохранен, протрузий нет, спинной мозг без повреждений. Общий анализ крови, мочи, 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): характер жалоб прежний. Отрицательной динамики в неврологическом статусе не выявлено. В настоящее время занимает руководящую должность в учреждении.

Обсуждение. ПДР являются результатом психического, а не неврологического расстройства [11]. Категория недифференцированного соматоформного расстройства, о котором идет речь в данном наблюдении, используется в случаях, когда симптомы носят длительный нестойкий множественный характер, однако полная клиническая картина соматизированного расстройства не формируется [19]. В первую очередь в клинической картине ПДР у пациента имеется ряд особенностей, которые вносят дополнительные трудности в распознавание и трактовку проявлений данного страдания [22]. Психогенная дистония подразумевает наличие у пациента психогенных обстоятельств и характерных личностных расстройств, в то время как на практике истерические синдромы развиваются лишь у 20% больных с истерической личностью [14], а при тестировании таких пациентов в большинстве случаев отсутствуют различия в результатах психологических тестов [23]. Как правило, истерические двигательные расстройства сопровождаются снижением мышечного тонуса, отсутствием асимметрии рефлексов, отсутствием мышечной атрофии. 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 [14].

В зарубежной литературе используется термин «фиксированная дистония» [24], которая может включать проявления комплексного регионарного болевого синдрома (КРБС) и психогенной дистонии [25]. Нередко «фиксированная болезненная дистония кисти» упоминается в контексте с травмой (легкой степени у женщин [26]), повреждением «пораженной области» [27] и, как правило, сопряжена с развитием КРБС [24]. По данным ряда исследований, фиксированная дистония правой кисти чаще встречается у женщин (51 [28] — 85% [25] случаев), при этом более 50% этих больных имеют нервно-психическое расстройство. Фиксированная дистония кисти отмечается в 68% случаев. Наиболее часто аномальная установка кисти представлена сгибанием пальцев в межфаланговых или метакарпально-фаланговых суставах. В формировании фиксации чаще участвуют IV и V, нежели II и III пальцы кисти; большой палец вовле-

чен в наименьшей степени или вообще не участвует [27]. Улучшения состояния удается добиться менее чем у 25% пациентов, ремиссии основных симптомов — только у 6%, в 1/3 случаев наблюдается прогрессирование заболевания [25].

Представленный клинический случай является сложным с точки зрения не только трактовки проявлений двигательного феномена, но и глубины погружения пациента в собственную проблему. Пациент использует жесты-антагонисты, которые, согласно новой классификации (2013) «Общества по изучению двигательных расстройств» (*Movement Disorder Society's*) [29, 30], принято считать характерным признаком дистонии. Ни в анамнезе, ни в жалобах пациента не удалось выявить характерных для истерического расстройства симптомов (другие пароксизмальные состояния, нарушения голоса и речи [31], полиморфные психологические расстройства, множественные соматические жалобы, боль в пораженной конечности при пассивных движениях). Однако имеются другие типичные для психогенной дистонии особенности: внезапное начало с дистонией покоя, фиксированный спазм мышц, отсутствие характерной динамичности двигательного рисунка [2, 25, 27, 32, 33]. В данном случае наблюдается отрицательная диссоциация между предъявляемыми жалобами и клиническими проявлениями — единственной жалобой является моторный дефицит в правой кисти (непроизвольное сжимание в кулак), при этом в момент осмотра пациент демонстрирует ряд особенностей в проявлении этого феномена. Например, драматическое сведение пальцев кисти по типу «когтистой лапы». Другой двигательный феномен отмечается в момент письма — это элементы фокальной дистонии кисти (писчий спазм). 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 черт почерка, которые могли сформироваться за время болезни. У нашего пациента отсутствуют характерные для писчего спазма проявления и этапность формирования дистонии [8].

Пациентом «разработана» целая система мероприятий, уменьшающих «непроизвольное» сжатие кисти в кулак (кожаные перчатки и самодельное устройство для разведения пальцев; удержание скрещенными III и IV пальцев и вычурное положение руки в положении супинации при удержании предмета). Каждый из этих феноменов крайне неудобен с точки зрения исполнения и удержания в таком положении. При наличии таких двигательных изменений в руке, существенно нарушающих жизнедеятельность, пациент отказывается от консультации психиатра и лечения. Отметим, что 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; нет клинических признаков болевого синдрома или указаний на него в анамнезе. При ЭНМГ периферических нервов правой руки также не выявлено отклонений (хотя проведение ЭНМГ при психогенной дистонии нецелесообразно) [34].

Таким образом, наше клиническое наблюдение демонстрирует ПДР по типу фиксированной дистонии без болевого сопровождения.

1. Baizabal-Carvallo JF, Fekete R. Recognizing uncommon presentations of psychogenic (functional) movement disorders. *Tremor Other Hyperkinet Mov (N Y)*. 2015 Jan 21;5:279. doi: 10.7916/D8VM4B13. eCollection 2015.
2. Штульман ДР, Голубев ВЛ, Дюкова ГМ и др. Психогенная дистония. Неврологический журнал. 1997;(3):34-8. [Shtul'man DR, Golubev VL, Dyukova GM, et al. Psychogenic dystonia. *Nevrologicheskii zhurnal*. 1997;(3):34-8. (In Russ.)].
3. Дюкова ГМ, Голубев ВЛ. Психогенные двигательные расстройства в историческом аспекте. Бюллетень Национального общества по изучению болезни Паркинсона и расстройства движений. 2012;(1):21-7. [Dyukova GM, Golubev VL. Psychogenic movement disorders in historical perspective. *Byulleten' Natsional'nogo obshchestva po izucheniyu bolezni Parkinsona i rasstroistva dvizhenii*. 2012;(1):21-7. (In Russ.)].
4. Hidasi Z, Salacz P, Csibri E. Movement disorders is psychiatric diseases. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2014 Dec; 16(4):205-11.
5. Factor SA, Podskalny GD, Molho ES. Psychogenic movement disorders: frequency, clinical profile, and characteristics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1995 Oct;59(4):406-12.
6. Lang AE. Psychogenic dystonia: a review of 18 cases. *Can J Neurol Sci*. 1995 May;22(2):136-43.
7. Шток ВН, Иванова-Смоленская ИА, Левин ОС, редакторы. Экстрапирамидные расстройства. Руководство по диагностике и лечению. Москва: МЕДпресс-информ; 2002. 235 с. [Shtok VN, Ivanova-Smolenskaya IA, Levin OS, editors. *Ekstrapiramidnye rasstroistva. Rukovodstvo po diagnostike i lecheniyu* [Extrapyramidal disorders. Guide to diagnosis and treatment]. Moscow: MEDpress-inform; 2002. 235 p.]
8. Шавловская ОА. Писчий спазм: клиника, диагностика, лечение. Дисс. докт. мед. наук. Москва; 2011. 349 с. [Shavlovskaya OA. Writer's cramp: clinical features, diagnosis, treatment. Diss. doct. med. sci. Moscow; 2011. 349 p.]
9. Jankovic J. «Psychogenic» versus «functional» movement disorders? That is the question. *Mov Disord*. 2014 Nov;29(13):1697-8. doi: 10.1002/mds.26040. Epub 2014 Sep 24.
10. La Faver K, Hallett M. Functional or psychogenic: what's the better name? *Mov Disord*. 2014 Nov;29(13):1698-9. doi: 10.1002/mds.26035. Epub 2014 Sep 21.
11. Cras P, Crosiers D. Psychogenic movement disorders. *Tijdschr Psychiatr*. 2015;57(2):104-8.
12. Thenganatt MA, Jankovic J. Psychogenic movement disorders. *Neurol Clin*. 2015 Feb;33(1):205-24. doi: 10.1016/j.ncl.2014.09.013.
13. Edwards MJ, Stone J, Lang AE. Functional/psychogenic movement disorders: Do we know what they are? *Mov Disord*. 2014 Nov;29(13):1696-7; discussion 1699-701. doi: 10.1002/mds.26039. Epub 2014 Oct 6.
14. Дюкова ГД. Конверсионные и соматоформные расстройства в общей медицинской практике. Медицинский совет. 2013;(2):50-8. [Dyukova GD. Conversion and somatoform disorders in general medical practice. *Meditinskii sovet*. 2013;(2):50-8. (In Russ.)].
15. Dallocchio C, Marangi A, Tinazzi M. Functional or psychogenic movement disorders: an endless enigmatic tale. *Front Neurol*. 2015 Feb 27;6:37. doi: 10.3389/fneur.2015.00037. eCollection 2015.
16. 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.
17. Espay AJ, Lang AE. Phenotype-specific diagnosis of functional (psychogenic) movement disorders. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2015 Jun;15(6):32. doi: 10.1007/s11910-015-0556-y.
18. ICD-10 Version:2016 <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/V>
19. Пережогин ЛО. Соматоформные расстройства. Диагностика, лечение, профилактика. Клинические рекомендации. Москва; 2015. 22 с. [Perezhogin LO. *Somatoformnye rasstroistva. Diagnostika, lechenie, profilaktika. Klinicheskie rekomendatsii* [Somatoform disorders. Diagnosis, treatment, prevention. Clinical guidelines]. Moscow; 2015. 22 p.]
20. ICD-11 Beta Draft – Joint Linearization for Mortality and Morbidity Statistics <http://id.who.int/icd/entity/334423054>
21. Fahn S, Olanow CW. «Psychogenic movement disorders»: They are what they are. *Mov Disord*. 2014 Jun;29(7):853-6. doi: 10.1002/mds.25899. Epub 2014 May 5.
22. Hallett M. Functional (psychogenic) movement disorders – Clinical presentations. *Parkinsonism Relat Disord*. 2016 Jan;22 Suppl 1:S149-52. doi: 10.1016/j.parkreldis.2015.08.036. Epub 2015 Sep 3.
23. Van der Hoeven RM, Broersma M, Pijnenborg GH, et al. Functional (psychogenic) movement disorders associated with normal scores in psychological questionnaires: A case control study. *J Psychosom Res*. 2015 Sep;79(3):190-4. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.06.002. Epub 2015 Jun 14.
24. Hawley JS, Weiner WJ. Psychogenic dystonia and peripheral trauma. *Neurology*. 2011 Aug 2;77(5):496-502. doi: 10.1212/WNL.0b013e3182287aaf.
25. Ibrahim NM, Martino D, van de Warrenburg BP, et al. The prognosis of fixed dystonia: a follow-up study. *Parkinsonism Relat Disord*. 2009 Sep;15(8):592-7. doi: 10.1016/j.parkreldis.2009.02.010. Epub 2009 May 12.
26. Katschnig P, Edwards MJ, Schwingenschuh P, et al. Mental rotation of body parts and sensory temporal discrimination in fixed dystonia. *Mov Disord*. 2010 Jun 15;25(8):1061-7. doi: 10.1002/mds.23047.
27. Schrag A, Trimble M, Quinn N, et al. The syndrome of fixed dystonia: an evaluation of 103 patients. *Mov Disord*. 2008 Apr 15;23(5):646-52. doi: 10.1002/mds.21801.
28. Kamble NL, Pal PK. Electrophysiological evaluation of psychogenic movement disorders. *Parkinsonism Relat Disord*. 2016 Jan;22 Suppl 1:S153-8. doi: 10.1016/j.parkreldis.2015.09.016. Epub 2015 Sep 9.
29. Albanese A, Bhatia K, Bressman SB, et al. Phenomenology and classification of dystonia: a consensus update. *Mov Disord*. 2013 Jun 15;28(7):863-73. doi: 10.1002/mds.25475. Epub 2013 May 6.
30. 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 Sep 21;5:332. doi: 10.7916/D8KD1X74. eCollection 2015.
31. Baizabal-Carvallo JF, Jankovic J. Speech and voice disorders in patients with psychogenic movement disorders. *J Neurol*. 2015 Nov;262(11):2420-4. doi: 10.1007/s00415-015-7856-7. Epub 2015 Jul 21.
32. Hinson VK, Cubo E, Comella CL, et al. Rating scale for psychogenic movement disorders: scale development and clinimetric testing. *Mov Disord*. 2005 Dec;20(12):1592-7.
33. Honing ML, Kon M. Dysfunctional postures of the hand as part of a conversion reaction. *J Hand Surg Br*. 1996 Apr;21(2):271-5.
34. Kamble N, Prashantha DK, Jha M, et al. Gender and age determinants of psychogenic movement disorders: a clinical profile of 73 patients. *Can J Neurol Sci*. 2016 Mar;43(2):268-77. doi: 10.1017/cjn.2015.365. Epub 2016 Jan 13.

Исследование не имело спонсорской поддержки. 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.