

*Marta Leńska-Mieciek

Psychogenne zaburzenia ruchowe

Psychogenic movement disorders

Klinika Neurologii i Epileptologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego,
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego, Warszawa
Kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Urszula Fiszer

Streszczenie

Psychogenne zaburzenia ruchowe obejmują zarówno utratę zdolności do poruszania na przykład: kończynami lub ich częścią, jak również ich nieprawidłowe ruchy imitujące drżenie, dystonię, płasawicę, tiki itd. Często ich wzorec nie odpowiada lokalizacyjnie żadnemu uszkodzeniu układu nerwowego. Objawy zwykle ustępują, kiedy w trakcie badania zastosowany zostanie czynnik rozpraszający uwagę oraz kiedy chory sądzi, że nie jest obserwowany. Dotyczą pacjentów w każdym wieku. Występują częściej u kobiet. Wśród chorych stwierdza się przypadki przemocy emocjonalnej i fizycznej. Objawy rozpoczynają się zwykle nagle i gwałtownie narastają. Często stwierdza się występowanie dodatkowych korzyści związanych ze zgłaszanymi objawami. Rozpoznanie jest zazwyczaj stawiane na podstawie wykluczenia innych chorób. Najważniejszymi elementami diagnostyki jest badanie przedmiotowe i zebranie wywiadu. Nie dysponujemy żadnymi badaniami dodatkowymi, które są wskazane w diagnostyce wszystkich typów psychogennych zaburzeń ruchowych. Zaproponowane przez Fahna i Williama oraz Shilla i Gerbera kryteria rozpoznania wykazują niski stopień zgodności diagnostycznej. Nie dysponujemy schematami leczenia dla grupy chorych z psychogennymi zaburzeniami ruchowymi. Poza terapią farmakologiczną skuteczne może okazać się zastosowanie innych metod: diety, umiarkowanej aktywności fizycznej, zmiany stylu życia. Podstawowym celem powinna być poprawa jakości życia pacjentów, zapobieganie utracie przez nich pracy i uzyskanie długotrwałej remisji objawów. Negatywne czynniki prognostyczne to długi czas trwania doległości, towarzyszące zaburzenia osobowości oraz choroby somatyczne i niski poziom wykształcenia.

Słowa kluczowe: psychogenne zaburzenia ruchowe, diagnostyka, terapia

Summary

Psychogenic movement disorders (PMDs) are characterized by abnormal motor behaviors. These may resemble organic tremor, dystonia, chorea, tics etc. The spread of movement is often nonanatomical. Distractibility reduces or resolves it. PMDs can occur at any age. Women are more often affected. There is often the history of the psychological or physical abuse. Abrupt onset is characteristic. PMDs represent a diagnosis of exclusion. Certain characteristics in the history or examination are the most important in the differential diagnosis. There is no standard set of diagnostic tests that are indicated in all types of the PMDs. Two sets of clinical criteria, the Fahn and Williams/Shill and Gerber, have been developed. Their reliability is insufficient. There is no standardized pharmacological treatment for the patients with PMDs. Other interventions such as psychotherapy, lifestyle changes, moderate exercises and healthy diet should be considered. The aim of the therapy should be decreasing of the disability of the patient, increasing of the quality of life, unemployment reduction and long term remission. Negative prognostic value has been associated with long-standing symptoms, diagnosis of personality disorders or somatic disease, low educational level.

Key words: psychogenic movement disorders, diagnosis, therapy

Psychogenne zaburzenia ruchowe stanowią często trudne wyzwanie diagnostyczne. Przypadki chorych są opisywane w literaturze od wielu lat. Przykładem może być rodzaj epidemii psychogennych zaburzeń ruchowych wśród żołnierzy walczących na frontach pierwszej wojny światowej (1, 2). Z powodu dużej liczby przypadków powołano nawet specjalną jednostkę zajmującą się ich leczeniem. Specyficzne warunki oraz naciski na jak najszybszy powrót żołnierzy na front spowodowały, że w terapii stosowano impulsy prądu elektrycznego. Współcześnie, mimo o wiele lepszego poznania problemów zaburzeń psychogennych, wielu lekarzy nadal pozosta-

je bezradnych – zarówno wobec braku standardowych procedur diagnostycznych, jak również miernych efektów stosowanych obecnie metod leczenia, a co za tym idzie złego rokowania.

Definicja zaburzeń dysocjacyjnych czy konwersyjnych zaproponowana w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 podaje cechy wspólne dla tej grupy chorób, a więc „częściową lub całkowitą utratę normalnej integracji pomiędzy wspomnieniami przeszłości, poczuciem tożsamości, wrażeniami czuciowymi i kontrolą ruchów ciała”. Rozpoznanie można postawić tylko w odniesieniu do zaburzenia funkcji, które

normalnie pozostają pod świadomą kontrolą, ewentualnie – zaburzeń czucia. Dysocjacyjne zaburzenia ruchu obejmują zarówno utratę zdolności do poruszania na przykład kończynami lub ich częścią, jak również ich nieprawidłowe ruchy imitujące drżenie, dystonię, płasawicę, tiki itd. (3). Mogą im towarzyszyć inne objawy psychogenne: zaburzenia mowy lub chodu. U większości chorych obserwuje się więcej niż jeden typ zaburzeń.

Chorzy z psychogennymi zaburzeniami ruchowymi mogą stanowić nawet do 25% pacjentów kierowanych do poradni specjalizujących się w takich przypadkach (4). Psychogenne zaburzenia ruchowe występują częściej u kobiet (5). Dotyczą pacjentów w każdym wieku, zwykle jednak dorosłych (średnia wieku 37-50 lat) (6-8). Chorzy przed postawieniem właściwego rozpoznania odwiedzają kilku lekarzy. Diagnoza jest stawiana na podstawie wykluczenia innych chorób.

Proces diagnostyczny rozpoczyna się zawsze od dokładnego badania przedmiotowego pacjenta. Już na tym etapie można napotkać na trudności, szczególnie jeśli ruchy obserwowane u chorego są nietypowe, zmieniają swój charakter, nasilenie i umiejscowienie. Często ich wzorzec nie odpowiada lokalizacyjnie żadnemu uszkodzeniu układu nerwowego. Objawy zwykle ustępują, kiedy w trakcie badania zastosowany zostanie czynnik rozpraszający uwagę oraz kiedy chory sądzi, że nie jest obserwowany (3). W badaniu przedmiotowym można niekiedy stwierdzić obecność objawu Hoovera. Chory, leżący na plecach, poproszony o naciśnięcie kończyną dolną na podłoże nie jest w stanie wykonać polecenia. Ruch ten jest jednak wykonywany w trakcie czynnego unoszenia przeciwległej kończyny.

Ważnym elementem jest właściwe zebranie wywiadu. Wśród chorych z psychogennymi zaburzeniami ruchowymi częściej stwierdza się przypadki przemocy emocjonalnej i fizycznej, a według niektórych autorów również molestowania seksualnego w dzieciństwie (9, 10). Objawy rozpoczynają się zwykle nagle i gwałtownie narastają. Niekiedy udaje się ustalić stresujące wydarzenie, które poprzedziło bezpośrednio ich wystąpienie. Psychogenne zaburzenia ruchowe nie poddają się zwykle standardowemu leczeniu, które stosuje się w terapii ruchów mimowolnych. Paradoksalnie mogą okazać się skuteczne leki z innych grup farmakologicznych, na przykład preparaty przeciwbólowe. Często zaburzeniom ruchowym towarzyszą inne objawy psychosomatyczne – uczucie osłabienia, zaburzenia czucia itd. Charakterystycznie, niezależnie od typu zaburzenia ruchowego, występuje u chorych spowolnienie ruchowe. Jest ono bardziej w tej grupie nasilone niż wśród pacjentów z chorobą Parkinsona (4). U chorych z psychogennymi zaburzeniami ruchowymi często stwierdza się występowanie dodatkowych korzyści związanych ze zgłaszanymi objawami. Przykładem może być unikanie odpowiedzialności prawnej lub różnych zobowiązań. Niesprawność wywołana objawami bywa bardzo wybiórcza. Częściej stwierdza się u tych chorych występowanie innych zaburzeń psychicznych (zwykle depresji i zespołu lękowego) oraz zaburzeń osobowości (11). Czasami w procesie diagnostycznym

użyteczna bywa hospitalizacja chorego, która pozwala personelowi medycznemu zobiiektywizować zgłaszane przez pacjenta dolegliwości.

Nie dysponujemy żadnymi badaniami dodatkowymi, które są wskazane w diagnostyce wszystkich typów psychogennych zaburzeń ruchowych; w przeciwieństwie do napadów rzekomopadaczkowych, w których różnicowaniu znamiennej rolę odgrywa elektroencefalografia. W diagnostyce niektórych ich postaci mogą być wykorzystane nowoczesne metody neuroobrazowania. W przypadku zespołu parkinsonowskiego zastosowanie mogą znaleźć: pozytonowa emisyjna tomografia komputerowa z użyciem fluorodopy (PET) oraz tomografia emisyjna pojedynczych fotonów (SPECT) z zastosowaniem znacznika transportera dopaminowego β -CIT (12, 13). Prawidłowy wynik badania stanowi potwierdzenie rozpoznania psychogenego zespołu parkinsonowskiego. Należy nadmienić, że pojawiły się pojedyncze doniesienia o obecności hipermetabolicznych zmian ogniskowych w obrębie kory mózgu w badaniach PET u chorych spełniających kryteria rozpoznania drżenia psychogenego (14).

Badania elektrofizjologiczne mogą okazać się pomocne w diagnostyce takich zaburzeń psychogennych, jak drżenie czy mioklonie. W badaniu elektromiograficznym można stwierdzić występowanie potencjału gotowości (ang. *readiness potential*, niem. *Bereitschaftspotential*) (15).

Zakres badań dodatkowych różni się dla poszczególnych typów psychogennych zaburzeń ruchowych. Na przykład w przypadku drżenia należy wykonać rutynowe badania krwi, w tym morfologię, badania oceniające czynność wątroby i nerek oraz stężenie hormonów tarczycy. Celem wykluczenia choroby Wilsona warto oznaczyć poziom miedzi i ceruloplazminy (16).

Ze względu na brak możliwości potwierdzenia diagnozy metodami obiektywnymi użyteczne byłoby ustalenie kryteriów rozpoznawania psychogennych zaburzeń ruchowych. **Zaproponowane do tej pory przez Fahna i Williamsa (17) oraz Shilla i Gerber (18) wykazują niski stopień zgodności diagnostycznej (19), jeśli rozpoznanie jest stawiane jedynie na podstawie fenomenologii zaburzeń udokumentowanej nagraniami wideo.**

Fahn i Williams (17) podzielili psychogenne zaburzenia ruchowe na: udokumentowane, ustalone klinicznie, prawdopodobne i możliwe (tab. 1). Shill i Gerber zaproponowały inne kryteria diagnostyczne (18). Klinicznie udowodnione psychogenne zaburzenia ruchowe są rozpoznawane, jeśli objawy ustąpią całkowicie pod wpływem psychoterapii lub gdy nie występują w czasie, kiedy chory nie sądzi, że jest obserwowany. Dla rozpoznać: zdefiniowanego, prawdopodobnego i możliwego ustalone zostały kryteria pierwotne i wtórne (tab. 2).

Najczęstszym z psychogennych zaburzeń ruchowych jest drżenie (7). Występuje ono głównie u kobiet w średnim wieku. Objawy rozpoczynają się nagle, niekiedy są poprzedzone wypadkiem w miejscu pracy lub urazem komunikacyjnym (20). Wzorzec ruchu bardzo różni się u poszczególnych chorych, podobnie jak nasilenie objawów oraz stopień inwalidyzacji.

Tabela 1. Kryteria rozpoznania psychogennych zaburzeń ruchowych według Fahna i Williamsa (17).

Rozpoznanie psychogennych zaburzeń ruchowych	Kryteria rozpoznania
Udokumentowane	Całkowite ustąpienie objawów po zastosowaniu psychoterapii, sugestii, placebo lub okresowy brak objawów w czasie, kiedy pacjent nie podejrzewa, że jest obserwowany
Ustalone klinicznie	Objawy występują niestale lub ich obraz nie odpowiada wzorcom żadnego ze znanych zaburzeń ruchowych. Dodatkowo potwierdzają rozpoznanie: – stwierdzone u chorego zaburzenia psychiatryczne, – somatyzacja, – towarzyszące psychogenne spowolnienie ruchowe i zaburzenia czucia
Prawdopodobne	Objawy występują niestale lub ich obraz nie odpowiada wzorcom żadnego ze znanych zaburzeń ruchowych lub stwierdza się liczne somatyzacje lub inne objawy psychogenne
Możliwe	Stwierdza się zaburzenia emocjonalne

Tabela 2. Kryteria rozpoznania psychogennych zaburzeń ruchowych według Shill i Gerber (18).

Rozpoznanie psychogennych zaburzeń ruchowych	Kryteria rozpoznania
Klinicznie udowodnione	Objawy ustąpią całkowicie pod wpływem psychoterapii lub gdy nie występują w czasie, kiedy chory nie sądzi, że jest obserwowany lub w przypadku mioklonii stwierdza się w badaniu elektromiograficznym występowanie potencjału gotowości (ang. <i>readiness potential</i> , niem. <i>Bereitschaftspotential</i>)
Klinicznie zdefiniowane	Obecne co najmniej trzy kryteria pierwotne* oraz co najmniej jedno wtórne**
Klinicznie prawdopodobne	Obecne dwa kryteria pierwotne* oraz dwa wtórne**
Klinicznie możliwe	Obecne jedno kryterium pierwotne* i dwa wtórne** lub obecne dwa kryteria pierwotne* i jedno wtórne**

*Kryteria pierwotne: objawy niezgodne ze schematem uszkodzenia organicznego: zaburzenia czucia, osłabienie siły mięśniowej oraz niestabilność w czasie, podatność na bodźce rozpraszające uwagę, nagły początek, nagłe zaostrzenie objawów lub okresy spontanicznej remisji, astazja-abazja, wybiórcza niesprawność, dostosowywanie się drżenia do częstości powtarzalnych ruchów, objaw kokontrakcji w drżeniu, nietypowa odpowiedź na leczenie farmakologiczne, nietypowa wrażliwość na bodźce

**Kryteria wtórne: somatyzacja (objawy inne niż ból i zmęczenie) i/lub zaburzenia psychiatryczne

Drżenie występuje zarówno w spoczynku, jak i w trakcie ruchu, często ma również charakter drżenia pozycyjnego. Może dotyczyć każdej części ciała: najczęściej kończyn górnych, ale także głowy, kończyn dolnych, a niekiedy podniebienia. Rzadko występuje w obrębie palców. Zwykle jest jednostronne. Często zmieniają się: jego częstotliwość, kierunek i amplituda (7). Zazwyczaj w tej grupie pacjentów stawiana jest błędna diagnoza drżenia samostnego. Problem jest istotny, ponieważ chorzy ci mogą być kwalifikowani do leczenia chirurgicznego (DBS). Wśród pacjentów z drżeniem psychogenym nie stwierdza się pozytywnego wywiadu rodzinnego, początek objawów jest nagły, często stwierdza się spontaniczne remisje. Chorzy są podatni na sugestie i działanie czynników rozpraszających uwagę, na przykład stukanie w rytmie dyktowanym przez badającego (21). Częstotliwość drżenia może się dostosować do częstotliwości stukania lub też objawy zanikają w trakcie badania. Niekiedy chorzy nie są w stanie wykonać testu. Często w trakcie badania pacjenci kontrolują wzrokiem kończyny, w których występują objawy (22). **Dystonia to drugie co do częstości psychogenne zaburzenia ruchowe** (7). Chorzy, u których występują nieprawidłowe ustawienia części ciała, często zgłaszają towarzyszący objawom ból. Większość pacjentów to młode kobiety. Objawy zwykle zlokalizowane są w kończynach, ale mogą też dotyczyć szyi lub żuchwy. Chorzy są mniej podatni na działanie czynników rozpraszających uwagę, być może dlatego, że utrzymanie kończyny w pewnym ustawieniu mniej angażuje niż drże-

nie psychogenne (23). Wśród psychogennych zaburzeń ruchowych dotyczących twarzy zwykle obserwujemy te imitujące dystonię, najczęściej w obrębie ust. Objawy zazwyczaj są jednostronne. Drugi co do częstości jest kurcz powiek, okresowy lub utrwalony. Niekiedy towarzyszy mu ból głowy lub szyi (24).

Psychogenne mioklonie trudno poddają się działaniu czynników rozpraszających uwagę, głównie z powodu ich z założenia nieregularnego charakteru. Mioklonie pochodzenia organicznego to krótkie, proste, powtarzalne ruchy. W przypadku mioklonii psychogennych obserwujemy bardziej złożony i mniej powtarzalny wzorec ruchu. W diagnostyce różnicowej znaczącą rolę odgrywają: badanie elektromiograficzne i elektroencefalografia (25).

Psychogenne zaburzenia chodu rzadko występują samodzielnie, ale często towarzyszą innym psychogennym zaburzeniom ruchowym (26). Obserwuje się uginanie kończyn w stawach kolanowych oraz zaburzenia o typie astazja-abazja. W tej grupie chorych zgłaszane przez nich dolegliwości często nie znajdują potwierdzenia w trakcie obserwacji. Na przykład u pacjentów podających niestabilność postawy i zaburzenia równowagi nie stwierdza się chodu na poszerzonej podstawie. Często zaburzeniom towarzyszy spowolnienie, które obserwuje się w trakcie badania przedmiotowego, szczególnie w próbach palec-nos czy badaniu ruchów naprzemiennych.

Do rzadko stwierdzanych ruchowych zaburzeń psychogennych zalicza się: zespół parkinsonowski, płasawicę, ruchy atetotyczne i tiki.

Objawy psychogenne zespołu parkinsonowskiego to drżenie z towarzyszącym spowolnieniem, które dotyczy ruchów dowolnych. Nie jest spowodowane bradykinezą, nie prowadzi do zmniejszenia amplitudy i zahamowania ruchu (20). Pacjenci mogą sprawiać wrażenie wyczerpanych. Spowolnienie ruchów dotyczy nie tylko kończyn, w których występuje drżenie, ale również innych części ciała. Obserwuje się je także w trakcie chodu. U chorych może występować słabsze balansowanie kończynami górnymi. W trakcie wykonywania prób stabilności postawy pacjenci widowiskowo manifestują zaburzenia. Chorzy często zgłaszają inne objawy towarzyszące, takie jak zmęczenie, niespecyficzne objawy bólowe, upośledzenie pamięci, zaburzenia widzenia, niezgodne z anatomią zaburzenia czucia (16). Większość pacjentów przed postawieniem rozpoznania psychogennych zaburzeń ruchowych ma zdiagnozowaną chorobę Parkinsona. Wątpliwości lekarza prowadzącego budzą zwykle: bardzo szybki postęp choroby, występująca w krótkim czasie znaczna niesprawność chorego, współistnienie we wczesnym okresie choroby drżenia spoczynkowego, pozycyjnego i kinetycznego, występowanie zaburzeń chodu z typowo „przyspawanymi” do tułowia kończynami górnymi itd. Rozpoznanie może ułatwić wykonanie testu stukania – chory kończyną, w której nie występuje drżenie, wystukuje rytm z narzucaną przez badającego, zmienną częstotliwością. Mniej czułe jest badanie, podczas którego chory wykonuje szybkie ruchy całą kończyną. Zmniejszenie nasilenia drżenia stwierdzano w jego trakcie również u pacjentów z chorobą Parkinsona. W przypadku psychogenne zespołu parkinsonowskiego po nagłym wystąpieniu objawów nie obserwuje się narastania spowolnienia. U niektórych chorych stwierdza się niespecyficzne zaburzenia mowy (27, 28).

Ułatwieniem w diagnostyce są testy opracowywane przez badaczy. W przypadku psychogennych zaburzeń chodu jest to zaproponowany przez Okuna „test krzesła” (29). Porównywana jest sprawność chodu do przodu i tyłu oraz zdolność do poruszania się na krześle na kółkach w obu kierunkach. Chorzy z zaburzeniami psychogennymi dużo sprawniej poruszają się, siedząc na krześle. Pacjenci z grupy kontrolnej mają porównywalne problemy w trakcie wykonywania obu części testu.

Szczególny problem w diagnostyce różnicowej stanowi symulacja, kiedy to ruchy są wykonywane przez chorego świadomie i celowo.

Nie dysponujemy schematami leczenia dla grupy chorych z psychogennymi zaburzeniami ruchowymi. Poza terapią farmakologiczną podejmowane są próby stosowania innych metod: diety, umiarkowanej aktywności fizycznej, zmiany stylu życia.

Pierwszym, bardzo ważnym krokiem do rozpoczęcia skutecznej terapii jest przekazanie choremu informacji o rozpoznaniu w sposób, który ułatwi mu zrozumienie i akceptację diagnozy. Bardzo ważne jest nieosądzanie pacjenta, aby nie stracił on zaufania do lekarza prowadzącego. Należy wyjaśnić choremu, że na szczęście jego dolegliwości nie są skutkiem uszkodzenia układu nerwowego i możliwa jest całkowita remisja objawów.

Bardzo pomocna jest psychoterapia. Nie dysponujemy badaniami potwierdzającymi, która z jej form jest najbardziej użyteczna w tej grupie pacjentów. Czasami konieczna jest również terapia rodzinna. Części pacjentów trudno jest zaakceptować rozpoznanie zaburzeń psychogennych. Chorzy ci często nie wyrażają zgody na psychoterapię. Metoda ta wiąże się również z innymi ograniczeniami – dostępnością specjalistów mających doświadczenie w pracy z tą grupą pacjentów.

Zastosowanie znajdują również terapia behawioralna i rehabilitacja. Metodą skuteczną w odniesieniu do części chorych może być hipnoza i akupunktura (30, 31). Problemem, nie tylko w warunkach polskich, jest finansowanie tych sposobów leczenia. Niestety najczęściej kosztami obciążany jest bezpośrednio pacjent i jego rodzina, co dodatkowo obniża jakość ich życia.

Odpowiednia farmakoterapia jest konieczna w grupie chorych z współistniejącymi zaburzeniami psychiatrycznymi: depresją, lękiem, zaburzeniami psychotycznymi, zaburzeniami snu. Leki antydepresyjne i anksjolityki są stosowane również u pozostałych pacjentów.

Dyskusyjne jest używanie w terapii placebo. Leczenie może być bardzo skuteczne w pierwszym etapie, ale raczej nie stwierdza się długotrwałego, zadawalającego efektu. Z tą metodą wiąże się wiele dylematów etycznych.

Rozpoczęcie terapii w warunkach szpitalnych warto rozważyć u tych chorych, którzy nie akceptują rozpoznania psychogennych zaburzeń ruchowych (17). Dotyczy to nie tylko farmakologicznych metod leczenia, ale również psychoterapii, hipnozy, biofeedbacku itd.

Wyniki terapii w grupie pacjentów z psychogennymi zaburzeniami ruchowymi nie są zadawalające. U ponad połowy chorych ich nasilenie pozostaje na tym samym poziomie albo też następuje intensyfikacja objawów (32). Ważnym czynnikiem prognostycznym jest czas trwania dolegliwości. Im jest on dłuższy, tym gorsze rokowanie co do całkowitego ustąpienia objawów (33). Negatywny wpływ na wyniki terapii mają również zaburzenia osobowości, występowanie towarzyszących chorób somatycznych i niski poziom wykształcenia. Źle rokuje uzyskiwanie przez chorego gratyfikacji finansowych związanych z występującymi objawami jeszcze przed postawieniem rozpoznania oraz toczące się, dotyczące pacjenta, postępowanie sądowe. Skuteczne leczenie jest łatwiejsze w grupie chorych, u których wystąpienie objawów poprzedziło bezpośrednio stresujące zdarzenie. Mimo że większość chorych z psychogennymi zaburzeniami ruchowymi to osoby w średnim wieku, po kilku latach choroby jedynie 1/3 z nich pracuje w pełnym wymiarze godzin (32).

Psychogenne zaburzenia ruchowe obniżają jakość życia chorych porównywalnie do pacjentów z chorobą Parkinsona. Pomimo krótszego zazwyczaj czasu występowania objawów oraz młodszego wieku stwierdza się u nich również podobny stopień niesprawności (34). Większość pacjentów przerywa swoją aktywność zawodową, a część z nich otrzymuje dodatkowe finansowanie wynikające z choroby (35).

Podobnie jak to ma miejsce w przypadku napadów rzekomopadaczkowych również wśród chorych z psy-

chogennymi zaburzeniami ruchowymi spodziewamy się grupy pacjentów ze współistnieniem zaburzeń ruchowych o podłożu organicznym. Częstość występowania takich przypadków jest szacowana na kilka procent i jest najwyższa dla chorych z rozpoznaniem otępieniem z ciałami Lewy'ego oraz pacjentów z chorobą Parkinsona (36).

Psychogenne zaburzenia ruchowe to schorzenia wymagające dalszych badań. Potrzebne jest stworzenie schematów diagnostycznych, kryteriów rozpoznawania

oraz zasad bardziej skutecznej terapii zarówno farmakologicznej, jak i nefarmakologicznej. Podstawowym ich celem powinna być jednak poprawa jakości życia pacjentów, zapobieganie utracie przez nich pracy i uzyskanie długotrwałej remisji objawów. Warto również zwrócić uwagę na konieczność przygotowania lekarzy do rozmów z pacjentami i ich rodzinami. Właściwe przekazanie informacji o rozpoznaniu może mieć znaczący wpływ na skuteczność dalszego procesu terapii.

PIŚMIENNICTWO

1. Geny C, Wyart M: Psychogenic movement disorder during the First Great War. *Parkinsonism Relat Disord* 2012; 18: 72.
2. Tatu L, Bogousslavsky J, Moulin T, Chopard JL: The "torpillage" neurologists of World War I: electric therapy to send hysterics back to the front. *Neurology* 2010; 75(3): 279-283.
3. Anderson KE: Psychogenic Movement Disorders. *Curr Treat Options Neurol* 2003; 5(2): 169-176.
4. Miyasaki JM, Sa DS, Galvez-Jimenez N, Lang AE: Psychogenic movement disorders. *Can J Neurol Sci* 2003; 30 (suppl. 1): 94-100.
5. Engel GL: Conversion symptoms. [In:] MacBryde CM, Blacklow RS (eds.): *Signs and symptoms: Applied Pathologic Physiology and Clinical Interpretation*. Lippencott Williams & Wilkins, Philadelphia 1970: 650-667.
6. Nowak DA, Fink GR: Psychogenic movement disorders: aetiology, phenomenology, neuroanatomical correlates and therapeutic approaches. *Neuroimage* 2009; 47(3): 1015-1025.
7. Factor SA, Podskalny GD, Molho ES: Psychogenic movement disorders: frequency, clinical profile, and characteristics. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1995; 59: 406-412.
8. Williams DT, Ford B, Fahn S: Phenomenology and psychopathology related to psychogenic movement disorders. *Adv Neurol* 1995; 65: 231-257.
9. Albach F, Everaerd W: Posttraumatic stress symptoms in victims of childhood incest. *Second European Conference on Traumatic Stress. Psychother Psychosom* 1992; 57: 143-151.
10. Kranick S, Ekanayake V, Martinez V et al.: Psychopathology and psychogenic movement disorders. *Mov Disord* 2011; 26(10): 1844-1850.
11. Feinstein A, Stergiopoulos V, Fine J, Lang AE: Psychiatric outcome in patients with a psychogenic movement disorder: a prospective study. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 2001; 14(3): 169-176.
12. Felicio AC, Shih MC, Godeiro-Junior C et al.: Molecular imaging studies in Parkinson disease: reducing diagnostic uncertainty. *Neurologist* 2009; 15(1): 6-16.
13. Scherfler C, Schwarz J, Antonini A et al.: Role of DAT-SPECT in the diagnostic work up of Parkinsonism. *Mov Disord* 2007; 22: 1229-1238.
14. Hedera P: Metabolic Hyperactivity of the Medial Posterior Parietal Lobes in Psychogenic Tremor. *Tremor Other Hyperkinet Mov* 2012; 2: 1-4.
15. Hallett M: Physiology of psychogenic movement disorders. *J Clin Neurosci* 2010; 17(8): 959-965.
16. Bhatia KP, Schneider SA: Psychogenic tremor and related disorders. *J Neurol* 2007; 254(5): 569-574.
17. Fahn S, Williams DT: Psychogenic dystonia. *Adv Neurol* 1988; 50: 431-455.
18. Shill H, Gerber P: Evaluation of clinical diagnostic criteria for psychogenic movement disorders. *Mov Disord* 2006; 21(8): 1163-1168.
19. Morgante F, Edwards MJ, Espay AJ et al.: Diagnostic agreement in patients with psychogenic movement disorders. *Mov Disord* 2012; 27(4): 548-552.
20. Lang AE, Koller WC, Fahn S: Psychogenic parkinsonism. *Arch Neurol* 1995; 52: 802-810.
21. Kenney C, Diamond A, Mejia N et al.: Distinguishing psychogenic and essential tremor. *J Neurol Sci* 2007; 263(1-2): 94-99.
22. Van Poppel D, Saifee TA, Schwingschuh P et al.: Attention to self in psychogenic tremor. *Mov Disord* 2011; 26(14): 2575-2576.
23. Edwards MJ, Bhatia KP: Functional (psychogenic) movement disorders: merging mind and brain. *Lancet Neurol* 2012; 11(3): 250-260.
24. Fasano A, Valadas A, Bhatia KP et al.: Psychogenic facial movement disorders: clinical features and associated conditions. *Mov Disord* 2012; 27(12): 1544-1551.
25. Brown P, Thompson PD: Electrophysiological aids to the diagnosis of psychogenic jerks, spasms, and tremor. *Mov Disord* 2001; 16(4): 595-599.
26. Baik JS, Lang AE: Gait abnormalities in psychogenic movement disorders. *Mov Disord* 2007; 22: 395-399.
27. Hallett M, Weiner WJ, Kompoliti K: Psychogenic movement disorders. *Parkinsonism Relat Disord* 2012; 18 (suppl. 1): 155-157.
28. Hallett M: Psychogenic parkinsonism. *J Neurol Sci* 2011; 310(1-2): 163-165.
29. Okun MS, Rodriguez RL, Foote KD, Fernandez HH: The "chair test" to aid in the diagnosis of psychogenic gait disorders. *Neurologist* 2007; 13(2): 87-91.
30. Roelofs K, Hoogduin KA, Moene FC et al.: Hypnotic susceptibility in patients with conversion disorder. *J Abnorm Psychol* 2002; 111: 390-395.
31. Czarnecki K, Thompson JM, Seime R et al.: Functional movement disorders: successful treatment with a physical therapy rehabilitation protocol. *Parkinsonism Relat Disord* 2012; 18(3): 247-251.
32. Crimlisk HL, Bhatia K, Cope H et al.: Slater revisited: 6 year follow up study of patients with medically unexplained motor symptoms. *BMJ* 1998; 316(7131): 582-586.
33. Fahn S, Williams DT: Psychogenic dystonia. *Adv Neurology* 1988; 50: 431-455.
34. Anderson KE, Gruber-Baldini AL, Vaughan CG et al.: Impact of psychogenic movement disorders versus Parkinson's on disability, quality of life, and psychopathology. *Mov Disord* 2007; 22(15): 2204-2209.
35. Carson A, Stone J, Hibberd C et al.: Disability, distress and unemployment in neurology outpatients with symptoms "unexplained by organic disease". *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2011; 82: 810-813.
36. Onofrij M, Bonanni L, Manzoli L, Thomas A: Cohort study on somatoform disorders in Parkinson disease and dementia with Lewy bodies. *Neurology* 2010; 74(20): 1598-1606.

otrzymano/received: 17.07.2013
zaakceptowano/accepted: 04.09.2013

Adres/address:
Klinika Neurologii i Epileptologii CMKP SPSK
ul. Czerniakowska 231, 00-416 Warszawa
tel.: + 48 (22) 584-13-05
e-mail: marta.mieciek@cmkp.edu.pl