

# Mozgászavarok pszichiátriai betegségekben

HIDAS ZOLTÁN<sup>1</sup>, SALACZ PÁL<sup>2</sup> ÉS CSIBRI ÉVA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ssemelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika, Budapest

<sup>2</sup> Péterfy Sándor utcai Kórház, Neurológiai Osztály, Budapest

Mozgászavarok pszichiátriai betegségekben gyakran fordulnak elő. A mozgászavar lehet a pszichiátria betegség tünete, létrejöhet azzal azonos etiológia következtében, vagy lehet a pszichofarmakológiai kezelés következménye is. A leggyakrabban előforduló mozgászavarok a tik, a sztereotípiák, a kompulzió, az akatízia, a diszkinéziák, a tremor, a hipokinézis, és a tartási és járási rendellenesség. Bemutatjuk ezek jellemzőit és klinikai jelentőségét. Mozgászavarok gyakran jelennek meg affektív és szorongásos kórképekben, szkizofréniában, katatóniában, Tourette-szindrómában és pszichogén mozgászavarban, ami szereteágazó differenciáldiagnosztikai és terápiás feladatot jelent a mindennapokban. A gyógyszeres terápiához köthető mozgászavarokat korai, késői és tardív csoportra oszthatjuk. Egyes elsődleges mozgászavarok tartott kórképben, Parkinson-kórban, Huntington-kórban, Wilson-kórban, diffúz Lewy-testes betegségben gyakori a komorbid pszichiátriai állapot. A mozgászavarok és az érintett pszichiátriai betegségek kapcsán az átfedő klinikai jelenségek és betegségspektrumok miatt hatékony a komplex neuropszichiátriai szemlélet.

(*Neuropsychopharmacol Hung 2014; 16(4): 205–211*)

**Kulcsszavak:** mozgászavar, pszichiátria, tik, sztereotípiák, katatónia, diszkinézia, neuropszichiátria

A mozgás motoros és egyben pszichés funkció, a magatartás eleme, a megismerő folyamatok alapja, kifejezés és közlés, a kommunikáció csatornája. A pszichiátriai betegségek pszichopatológiai tünetek, kóros magatartásformák képében jelentkeznek, amin belül mozgászavarokkal is számolni kell. Az alapbetegséggel járó mozgásváltozásokon kívül felléphet mozgászavar a farmakoterápia mellékhatásaként is. Pszichiátriai betegségekben az elemi mozgáskivitelezéstől a komplex cselekvésig zavar támadhat. A mozgás szerveződésével, idegéletteni háttérével, kóros formáival priméren a neurológia foglalkozik. A pszichiátriai betegségek és a neurológiai eredetű mozgászavarok kapcsolatát, patomechanizmusát közös neuroanatómiai és neurokémiai vonások, fejlődés-neurológia, valamint fejlődés-lélektani, pszichoszociális hatások együttesen magyarázzák.

A kommunikáció mozgási csatornáin – pl. a gesztusok, a poszturális közlések, a térköz tartása, az érintés, a mozgás stílusa – a lelkiállapot is tükröződik. Az emberi mozgást pszichomotoriumnak nevezzük. A pszichomotorium két alapvető összetevője a motilitás és motorika. Előbbibe soroljuk az elemi, az extrapiramidális és akaratlagos mozgásokat, az utóbbiba pedig az automatikus mozgásokat,

a komplex cselekvéseket és a viselkedést (Tringer, 1999). A mozgásos jelenségek gyakran a neurológia és a pszichiátria határterületén észlelhető, jelentős differenciáldiagnosztikai problémát okozó tünetek.

Pszichiátriai betegségek és mozgászavarok együttes előfordulása meglehetősen gyakori. Mozgásos jelenségek gyakorlatilag bármilyen pszichiátriai betegség tüneteiként megjelenhetnek. Mozgászavar miatt végzett neurológiai kivizsgálás során 34-40%-ban igazolódott pszichiátriai betegség (Nicholson et al., 2011). Tágabb értelemben véve ide sorolható a pszichiátriai betegségekben észlelt „szoft” neurológiai tünetek egy része is (Salacz et al., 2011).

Elméletileg háromféle kapcsolat lehetséges a mozgászavar és a pszichiátriai betegség között:

1. a mozgászavar a pszichiátriai betegség tüneteiként jelentkezik (pl. hiperkinézis konverziós eredettel);
2. a mozgászavar és a pszichiátriai tünetegyüttes azonos etiológiai tényezőre vezethető vissza (pl. Parkinson-szindróma és hallucinációk diffúz Lewy-testes betegségben);
3. a mozgászavar pszichofarmakológiai kezelés következménye (pl. fokális disztónia szkizofréniában, antipszichotikus kezelés mellékhatásaként).

A jelen összefoglalásban áttekintjük a pszichiátriában leggyakrabban észlelhető mozgászavarokat, kitérünk klinikai jellemzőikre. Bemutatjuk azon pszichiátriái betegségeket, amelyekben gyakran észlelhető mozgászavarok, kitérünk a mozgászavarok pszichofarmakonokkal való kapcsolatára, és megemlítjük az elsődleges mozgászavar-betegségekben észlelhető pszichiátriái szövődményeket.

## PSZICHIÁTRIAI GYAKORLATBAN ELŐFORDULÓ MOZGÁSZAVAROK

### Tik

Hirtelen, akarattól függetlenül jelentkező, gyors, ismétlődő, nem ritmikus mozgás vagy hangadás. A motoros és vokális tikek lehetnek egyszerűek vagy összetettek. Akaratlagosan bizonyos mértékig késleltethetőek, de átmeneti elnyomásuk a mozgás visszacsapásszerű felerősödésével járhat.

Az egyszerű motoros tik mindig azonos izomcsoportban jelentkező, nem ritmikus, gyors összehúzóadás. Leggyakrabban a faciális izomzatban észlelhető, ilyen például a pislogás, orrfelhúzás, vállrántás, grimaszolás. A komplex motoros tikek fejrázás, kézdörzsölés, ujjtördelés, ütögetés, illetve echopraxia formájában is megjelenhetnek. A tiket többnyire erős késztetés előzi meg és a végrehajtása egyfajta oldódással, megkönnyebbüléssel jár. Ez a jelenség segít elkülöníteni a tiket a hasonló mozgászavaroktól (Balázs et al., 2009).

### Sztereotípiá

Repetitív, nem célirányos mozdulatok, abnormális frekvenciával, rögzült mintázattal, egyfajta céltalan motoros automatizmus. Mindig azonos módon ismétlődik, perszeveratív jellegű. Echopraxia formájában is megjelenhet. A sztereotípiá motoros, verbális (verbigeráció) és gondolkodásbeli jelenség is lehet. Egyszerűbb mozdulatok, mint pl. fejbillegetés, önringatás, ujjszopás mellett összetett, pl. tárgyak rakosgatása, vagy üdvözlő mozdulatsor is lehet (Singer, 2009). A DSM-5 a korai fejlődés szakaszában a motoros jártasság zavarain belül, önálló kórképként tartalmazza a „sztereotíp mozgászavarok” nevű kórképet. A diagnosztikus kritériumok szerint ismétlődő, láthatóan belső késztetésre induló és nyilvánvalóan céltalan mozgásos viselkedés (pl. kézrázogtatás, vagy -lengetés, önringatás, a fej ütögetése, a saját test harapdálása vagy ütögetése) jelenti a tünettan központi elemét. Többnyire mentális retardációhoz vagy autizmus-spektrum zavarhoz társulóan jelenik meg.

### Kompulzió

A kényszercselekvés általában ritualizált, én-idegen, merev séma szerint zajló cselekvéssor, aminek abszurditásával, indokolatlanságával az érintett személy tisztában van, de hiába küzd ellene, nem tud tartósan felhagyni vele. Késleltetése, megakadályozása jelentős frusztrációt illetve belső feszültséget okoz, végrehajtása pedig átmeneti megkönnyebbüléssel, a szorongás enyhülésével jár. Ilyen szempontból hasonlít a tikekhez, klinikai megjelenése azonban többnyire eltérő. Tágabb értelemben a kényszeres spektrum számos eleme ide sorolható, a hétköznapokban elfogadott rítusoktól, szokásoktól kezdve, az impulzus-kontrollálás zavarain át a szerhasználatig, a trichotillomániáig vagy a falásrohamokig (Flessner et al., 2012). A hasonló motoros jelenségek is jelezhetnek kapcsolatot az autizmus spektrum és a kényszeres spektrum betegségei között (Chasson et al., 2011).

### Akatízia

Belső feszültség, nyugtalanság következtében kialakuló fokozott késztetés repetitív, komplex mozdulatsorok végrehajtására, melyeknek az a lényege, hogy a páciens elkerülje az elviselhetetlennek érzett mozdulatlan állapotot. A mozdulatsorok dülöngélésből, lépkedésből, testsúlyáthelyezésből, toporgásból állnak (Pontone, 2013). Szinte kizárólag pszichiátriái gyógyszerelés mellékhatásaként kialakult állapotra használt kifejezés.

### Diszkinéziák

A diszkinézia kifejezés több értelemben is használatos. Tágabb értelemben ebbe a nagyobb csoportba tartozik a disztónia, a chorea, a ballizmus, az atetózis, illetve a mioklonus is. Szűkebb értelemben véve kevert hiperkinéziseket érthetünk alatta, melyek a fenti hiperkinézisek elemeiből állnak össze, mint például tardív diszkinézia, illetve levodopa és egyéb dopaminerg kezelés következtében Parkinson-kórban kialakuló diszkinéziák (Szirmai, 2001; Ropper & Samuels, 2009; Thanvi et al., 2007).

### Disztónia

Akaratlan, néhány másodperctől akár órákig is megjelenő, ismétlődő csavaró jellegű izommozgások. Kialakulhat rángásszerűen hirtelen, vagy lassan is. Megjelenhetnek már gyermekkorban is. Az érintett izomcsoportok alapján elkülönítünk fokális, szegmentális, multifokális és generalizált disztóniákat.

A felnőttkori disztóniák megjelenési formái:

- **Kranio-faciális disztóniák:** a Meige-szindróma a blepahrospasmus és az oromandibullris (facio-bucco-lingualis hiperkinézisek) disztóniák együttes megjelenése.
- **Torticollis spastica:** a nyak és vállizomzat tónusos megfeszülése, nőknél gyakoribb.
- **Írásgörcs (hegedűsöknél, zongoristáknál is megjelenhet):** a finom mozgás során fokozatosan növekvő tónus, disztóniás kontrakció jelenik meg a kéz flexoraiban.

### *Chorea*

Főleg a végtagok disztális részén jelentkező, hirtelen, gyors, csapkodó mozgás. Hipotóniás hiperkinézis. Nem ritmusos mozgás, a mozgások alakja nem azonos, nem ismétlődik azonos időközönként, a mozgás tetőfokán hirtelen szűnik meg. Előfordulhat az arcizmokban is, ahol a tudatos grimaszolás gyanúját is keltheti. Leggyakrabban a striátum vagy a brachium conjunctivum sérülésénél figyelték meg. Ismert megjelenési formái: Huntington-chorea, Sydenham-chorea (chorea minor), és ritkán előfordul még a chorea gravidarum is.

### *Athetózis*

Főleg a végtagok disztális részén, de a törzsön is előforduló rendszerint extenzióval induló, lassan zajló nem ritmikus hiperkinézis, a mozgás tetőfokán rendszerint egy plató fázis észlelhető. A striátum, a pallidum, a thalamus nucleus ventralis lateralis sérülése esetén alakulhat ki.

### *Ballizmus*

Főleg a végtagok proximális izmaiban nagy kilengésű, dobáló-csavaró, nem ritmikus mozgások. Gyakran keveredik choreo-athetoid mozgásokkal. A nucleus subthalamicus sérülése okozza az ellenoldali hemiballismust.

### *Mioklónus*

Az izom egy részében, vagy az egész izomban, akár szinkron módon több izomban hirtelen, villanásszerűen kontrakció észlelhető. A mozgás megszűnésekor az izom atóniássá válik átmenetileg. Az izom összehúzódások nem ritmikusak. Leggyakrabban a törzs izmaiban figyelhető meg, de ismert a lágyszájpadban előforduló palatinális, vagy a garat izmaiban is megjelenő mioklónus is. A mioklónus a nucleus dentatus, nucleus ruber, oliva inferior károsodása, vagy a sejtcsoportokat összekötő pályák sérülése esetén alakulhat ki, jellegzetes, hogy az oliva inferior hipertrofizál.

Ez a mioklónus háromszög (Guillain-Mollaret háromszög). Mioklónus számos, pszichiátriai tünettől is járó neurodegeneratív betegségben is látható. A mioklónus elkülönítendő a miokímiától: ilyenkor az izomban állandó mozgáseffektussal nem járó izomfasciculus összehúzódások észlelhetők. Tetániában fordulhat elő, de leírták pszichogén eredettel is.

### *Tremor*

Kis amplitudójú, gyors, plató nélküli, ritmikus hiperkinézis. A végtagok disztális részén jelentkezik, de előfordulhat a fejben is. Három leggyakoribb formája:

- **Nyugalmi tremor:** leggyakrabban Parkinson-kóránál észlelhető, rendszerint a kezeken, de a fejen is megjelenhet. Csak alvásban szünetel. A pallidum, vagy a nucleus niger sérülése vezet ehhez a tünehez.
- **Intenciós tremor:** nyugalmi helyzetben nem észlelhető tremor, csak ha a beteg mozgást intendál és a célhoz közelítve a tremor amplitúdója fokozódik. A tünet leggyakrabban a dentatorubro-thalamikus pálya sérülésének a következménye.
- **Statikus, vagy poszturális tremor:** csak akkor észlelhető, ha a beteg a végtagjait meghatározott helyzetben rögzíti. Finomhullámú (kis amplitudójú), gyors frekvenciájú tremor. Főleg hipertireózisban, vagy kifejezett szorongás esetén észlelhető, ide tartozik az esszenciális tremor is (Ropper & Samuels, 2009).

### *Hipokinézis*

Mozgásslassulás (bradikinézis, akinézis) számos pszichiátriai állapotban (depresszió, szorongásos zavarok, szkizofréniák, katatón és egyéb pszichotikus állapotok, demenciák, mentális retardáció) általánosan észlelhető jelenség. A mozgás lassulását gyakran követi a gondolkodás lassulása (bradifréria). Neurológiai eredettel a Parkinson-szindróma mellett elsősorban szubkortikális károsodáshoz, pl. krónikus szubkortikális, illetve fehérállományi vaszkuláris károsodáshoz köthető jelenség. Metabolikus és toxikus tényezők, kevert eredetű encefalopátiák egyaránt állhatnak a háttérben. Feltehetően a bazális ganglionoknak és kortiko-szubkortikális összeköttetések zavarának van elsődleges szerepe a hipokinézis előidézésében (Bologna et al., 2013; Yin, 2014).

1. táblázat Pszichofarmakonokkal összefüggő mozgászavarok osztályozása

	Mozgászavar	Akut		Késői		Tardív		
		Disztónia	Akathizia	Tremor	Parkinson szindróma	Disztónia	Diszkinézis	Akathizia
<b>Mozgászavar és a felelős farmakoterápia alakulása</b>	Felelős farmakoterápia	AP, AD, E TAP > aAP		AP, AD, E valproat	AP, AD, E TAP > aAP		AP, AD, E TAP > aAP	
	MD megjelenése fft tartama		4 napon belül			hetek-évek	hetek - évek	
	fft leépítésére		javulás		javulás		enyhülhet, de nem oldódik, illetve fokozódhat	
<b>Rizikófaktorok</b>	dozírozás		magas dózis		magas dózis		magas dózis, gyakori gyógyszer kihagyás	
	életkor, nem	fiatal ffi >			életkorral fokozódik		életkorral fokozódik	
	organikus betegség		+		+		+	
<b>Tünetek</b>	jellegzetes megjelenés, lokalizáció	oculogyria faciális törzs	repetitív lábmozgás, járkálás	poszturális > nyugalmi	szimmetrikus	faciális, retrocollis, törzs hiperextenzió	oro-facio-lingvális	ujjérintgetés, ringó törzsmozgás, járkálás
	fft	elhagyás, átállítás		elhagyás, átállítás			elhagyás, átállítás	
<b>Teendő</b>	terápia	biperiden, benzodiazepin	béta-blokkoló, benzodiazepin, amantadin	procyclidin	amantadin, selegilin	benzodiazepin, amantadin, baclofen, tetraabenazine, trihexyphenidyl, L-dopa, levetiracetam, botulin injekció, DBS	benzodiazepin, amantadin	béta-blokkoló, benzodiazepin, amantadin

**Rövidítések:**

MD: mozgászavar (movement disorder)  
fft: felelős farmakoterápia  
AP: antipszichotikumok  
TAP: típusos antipszichotikum  
aAP: atípusos antipszichotikum  
AD: antidepresszívumok  
E: egyéb (metoclopramid, prochlorperazin)  
DBS: Deep Brain Stimulation

### Tartási és járási rendellenesség

A teljesség kedvéért kell megemlíteni ezt a tünetcsoportot, részletesen azonban nem tárgyaljuk. Gyakorlatilag az összes pszichiátriai és neurológiai betegség járhat ugyanis a tartás és járás zavaaraival, amit elsősorban idősebb páciensek esetén sokszor színez a mozgásszervi háttér (Borel & Alescio-Lautier, 2014).

### MOZGÁSZAVARRAL JÁRÓ FŐBB PSZICHIÁTRIAI BETEGSÉGEK

Számos pszichiátriai betegségben észlelhető mozgászavar, változó etiológiai háttérrel. Itt csak néhány jellegzetes kórképet, illetve betegségcsoportot említünk meg, amelyben a tünettáblaiban gyakran észlelhető mozgásos tünet.

Affektív és szorongásos kórképekben gyakran észlelhető a mozgás lassulása, ami olykor súlyos, akinézisig fokozódó pszichomotoros lassulás formájában gátoltságot, akár stuport vagy egyéb katatón tüneteket, pl. ergorhexist okozhat. Különösen szembeszökő a motoros lassulás a melankóliás depresszióban (Bennabi et al., 2013). A pszichomotoros lassulás sokszor játszik szerepet az affektív hátterű pszeudodemencia tünettáblájában. A bradikinézis Parkinson-szindróma gyanúját is keltheti, és mivel például Parkinson-kórban gyakori a komorbid depresszió, ez tovább színezi a differenciáldiagnózist. Agitált depresszió esetén szorongásos eredetű hiperkinézisek, katatón izgatottság jelentkezhet. Utóbbit a szorongásos zavarokban jelentkező pszichomotoros nyugtalansággal egyetemben olykor nehéz elkülöníteni az akatíziától (akatíziiform nyugtalanság), de lényeges differenciáldiagnosztikai jelentősége lehet (Angst et al., 2009). Obszesszív-kompulzív zavarban és a spektrum egyes kórképeiben a kompulziók mellett a tikek, a diszkinéziák és a sztereotípiák előfordulására és elkülönítésére kell felkészülni.

Szkizofréniában katatón tünetek mellett mozgáslassulással, tikektől nehezen elkülöníthető motoros jelenségekkel, a diszkinéziák problematikájával, motoros jellegű „szoft” neurológiai tünetekkel találkozhatunk, melyek gyógyszer mellékhatás, illetve arra való vulnérabilitás mellett a szkizofréniák alapvető patomechanizmusaihoz is közelebb vihetnek (Lerner & Miodownik, 2011; Walther & Strik, 2012). Faciobrachiális hiperkinézisekkel járó mozgászavart szkizofréniá prodróma-tüneteként is leírtak (Lin et al., 2011). Szkizofréniában a kompulziók, illetve egyéb obszesszív-kompulzív jelenségek gyakori előfordulása

vezetett a szkizo-obszesszív formakör lehetőségéhez a felvetéséhez (Attademo et al., 2012).

A katatónia a DSM-5-ben önálló kórképként jelenik meg, ami természetesen nem jelent egységes etiológiát. A diagnosztikus kritériumok az etiológiától függetlenül 3 vagy több tünetet követelnek meg a következőkből: stupor, katalépszia, viaszhajlékony-ság, mutizmus, negativizmus, pózolás, manierizmus, sztereotípiák, agitáció, grimaszolás, echolália, echopraxia. Szkizofréniához, egyéb pszichózisokhoz és affektív zavarokhoz csatlakozó katatónia mellett metabolikus, toxikus tényezőket és organikus eredetet érdemes keresni a tünetegyüttes hátterében. Az önálló kórképként történő megjelölés egyik célja az is, hogy előmozdítsa a katatón jelenségek felismerését és a szindromatológia további kutatását (Tandon et al., 2013). A katatón jelenségek meglétének a diagnosztikus faktorok mellett terápiás jelentősége is egyértelmű (Rosebush & Mazurek, 2010).

Gilles de la Tourette-szindrómában motoros és egy vagy több vokális tik is megjelenik valamikor a betegség során, legalább egy évig fennáll, 18 éves kor előtti megjelenéssel. A tikek fajtájától és a fennállás tartamától függően különböztetjük meg az egyéb tik zavarokat, a krónikus motoros vagy vokális tik zavart, illetve az átmeneti tik zavart a DSM-5 besorolás alapján. A tikek típusos esetben 5-7 éves korban kezdődnek, 8-12 éves korban érik el a maximumukat és 20 éves kor körül jelentősen enyhülnek, illetve megszűnnek (Felling & Singer, 2011). Tourette-szindrómában gyakran észlelhető komorbid obszesszív-kompulzív zavar (11–80%-ban), depresszió (13%–76%-ban), illetve epizodikus agresszív viselkedés (25–70%-ban), amely viselkedési elemek tovább nehezítik a mozgásos tünetek értékelését (Mol Debes, 2013). Ez arra is rávilágít, hogy az egyes betegségspektrumok átfedése a motoros tünetek átfedő jellegében is megmutatkozik. Tikek számos egyéb eredettel is megfigyelhetők, pl. neurodegeneratív betegségekben, egyéb organikus betegségekben (pl. stroke), metabolikus okok következtében (Zinner & Mink, 2010).

A pszichogén mozgászavarokban konverziós mechanizmussal jelenik meg mozgászavar, ami klinikai szempontból igen változatos megjelenésű lehet. A diszkinéziáktól kezdve tik-szerű tüneteken át, parkinsonos tünetek, tremor, sztereotípiák, kieséses tünetek, vagy rohamszerű jelenségek egyaránt megjelenhetnek pszichogén háttérrel. Egyre többet tudunk a jelenség neurobiológiai hátteréről (Edwards et al., 2013). Az utóbbi évtizedek törekvései alapján érdemes pozitív (tehát nem kizáráson alapuló) diagnózisra tö-



rekedni, ugyanakkor a pszichogén mozgászavarok diagnosztikája, kezelése, és a háttér tisztázása továbbra is jelentős kihívást okoz klinikusnak és kutatónak egyaránt (Morgante et al., 2013). Családi halmozódást is leírtak pszichogén mozgászavarokban (Stamelou et al., 2013).

### PSZICHOFARMAKONOKKAL ÖSSZEFÜGGŐ MOZGÁSZAVAROK

A pszichiátriai gyakorlatban az egyik leggyakoribb tünetegyüttes a pszichofarmakológiai kezelés következtében kialakuló mozgászavar (Saifee et al., 2011; Lennox & Lennox, 2002; Gervin & Barnes, 2000). Főbb jellemvonásait az 1. táblázat tartalmazza. Mozgászavar, illetve motoros tünetek a neuroleptikus malignus szindrómában és a szerotonin szindrómában is előfordulnak, segíthetik ezen kórképek differenciálását (Prator, 2006).

### ELSŐDLEGES MOZGÁSZAVAROKBAN ÉSZLELHETŐ PSZICHIÁTRIAI ÁLLAPOTOK

A priméren mozgászavarnak tartott betegségek körében rendkívül gyakoriak a komorbid pszichiátriai zavarok (O'Sullivan et al., 2008; Lorincz, 2012; Sturrock & Leavitt, 2010; Hidasi et al., 2012, Molano, 2013). Gyakori mozgászavar-betegségekhez társuló pszichiátriai zavarokat mutatja be a 2. táblázat.

**2. táblázat** Pszichiátriai komorbiditás elsődleges mozgászavarokban

Mozgászavar	Komorbid pszichiátriai állapot
Parkinson-kór	depresszió demencia szorongás pszichózis
Huntington-kór	személyiségváltozás depresszió demencia szorongás szuicídium obszesszív-kompulzív zavar
Wilson-kór	személyiségváltozás depresszió szorongás irritabilitás mánia pszichózis
Diffúz Lewy-testes betegség	demencia delírium hallucinózis

### KÖVETKEZTETÉSEK

A neurológiai, pszichiátriai, de különösen a két diszciplína határterületéhez tartozó betegekkel foglalkozó klinikusok gyakran találkoznak mozgászavarokkal. A mozgászavarok differenciáldiagnosztikája, hátterének megállapítása, a farmakoterápiával való esetleges összefüggésének feltárása összetett feladat. A fentiek alapján a diagnosztikai és terápiás munkát az egymást átfedő területek miatt elősegíti a komplex neuropszichiátriai szemlélet. A társszakmák együttműködése, közeledése és az új ismeretek közös integrációja előmozdítja a mozgászavarok hatékony megközelítését, a korai felismerést és az eredményes hosszú távú kezelési stratégiát.

**Levezető szerző:** Dr. Hidasi Zoltán, 1083 Budapest, Balassa u. 6.  
E-mail: hidasi.zoltan@med.semmelweis-univ.hu

### IRODALOM

- Angst J., Gamma A., Benazzi F., Ajdacic V., Rossler W., (2009) Does psychomotor agitation in major depressive episodes indicate bipolarity? Evidence from the Zurich Study. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*. 259(1):55-63.
- Attademo L., De Giorgio G., Quartesan R., Moretti P. (2012) Schizophrenia and obsessive-compulsive disorder: from comorbidity to schizo-obsessive disorder. *Rivista di Psichiatria*. 47(2):106-15.
- Balázs J., Gádosor J., Prekop Cs. (2009) Gyermekpszichiátria a felnőtt pszichiátriának: hova lesznek a tipikusan gyermekkori kórképek felnőttkorban? *Neuropsychopharmacologia Hungarica*. XI/3: 151-159.
- Bennabi D., Vandel P., Papaxanthis C., Pozzo T., Haffen E. (2013) Psychomotor retardation in depression: a systematic review of diagnostic, pathophysiologic, and therapeutic implications. *BioMed Research International*. 2013:158746
- Bologna M., Fabbrini G., Marsili L., Defazio G., Thompson P.D., Berardelli A. Facial bradykinesia. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 84(6):681-5.
- Borel L., Alescio-Lautier B. (2014) Posture and cognition in the elderly: interaction and contribution to the rehabilitation strategies. *Neurophysiologie Clinique*. 44(1):95-107.
- Chasson G.S., Timpano K.R., Greenberg J.L., Shaw A., Singer T., Wilhelm S. (2011) Shared social competence impairment: another link between the obsessive-compulsive and autism spectrums?. *Clinical Psychology Review*. 31(4):653-62.
- DSM-5 referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz. Oriold és Társai, Budapest, 2014.
- Edwards M.J., Fotopoulou A., Parees I. (2013) Neurobiology of functional (psychogenic) movement disorders. *Curr Opin Neurol* 2013, 26:442-447.
- Felling R.J., Singer H.S. (2011) Neurobiology of Tourette Syndrome: Current Status and Need for Further Investigation. *The Journal of Neuroscience*, 31(35): 12387-12395.
- Flessner C.A., Knopik V.S., McGeary J. (2012) Hair pulling disorder (trichotillomania): genes, neurobiology, and a model

- for understanding impulsivity and compulsivity. *Psychiatry Research*. 199(3):151-8.
12. Gervin M., Barnes T.R.E., (2000) Adv. Psychiatr. Treat. go to: Assessment of drug-related movement disorders in schizophrenia APT 6:332-341.
  13. Hidasi Z., Salacz P., Csibri É. (2012) Depresszió neuropszichiátriai betegségekben. *Ideggyogy Sz.* 65(1-2):6-15.
  14. Lennox B., Lennox G.G. (2002) Mind and movement: The neuropsychiatry of movement disorders. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 72:128-131.
  15. Lerner V., Miodownik C. (2011) Motor symptoms of schizophrenia: is tardive dyskinesia a symptom or side effect? A modern treatment. *Current Psychiatry Reports*. 13(4):295-304.
  16. Lin Z., Chuah A., Mohan T., Dhillon R., Bastiampillai T. (2011) Movement disorder as prodrome of schizophrenia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 45(10):904.
  17. Matthew T. Lorincz M.T. (2012) Recognition and Treatment of Neurologic Wilson's Disease. *Semin Neurol*. 32(5): 538-543.
  18. Molano J.R. (2013) Dementia with Lewy bodies. *Seminars in Neurology*. 33(4):330-5.
  19. Mol Debes N.M. (2013) Co-morbid disorders in Tourette syndrome. *Behavioural Neurology*. 27(1):7-14.
  20. Morgante F., Edwards M.J., Espay A.J., (2013) Psychogenic movement disorders. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*. 19(5 Movement Disorders):1383-96.
  21. Nicholson T.R., Stone J., Kanaan R.A. (2011) Conversion disorder: a problematic diagnosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 82:1267-1273.
  22. O'Sullivan S.S., Williams D.R., Gallagher D.A., Massey L.A., Silveira-Moriyama L., Lees A.J. (2008) Nonmotor Symptoms as Presenting Complaints in Parkinson's Disease: A Clinicopathological Study *Movement Disorders*. 23:101-106.
  23. Pontone G.M. (2013) Comorbid Movement and Psychiatric Disorders. [www.psychiatrytimes.com](http://www.psychiatrytimes.com)
  24. Prator B.C. (2006) Serotonin Syndrome. *J Neurosci Nurs*. 38(2):102-105.
  25. Rosebush P.I., Mazurek M.F. (2010) Catatonia and Its Treatment. *Schizophr Bull*. 36(2):239-242.
  26. Ropper A., Samuels M., Adams & Victor's Principles of Neurology McGraw-Hill Professional; 9 edition, 2009.
  27. Saifee A.T., Edwards M.J., (2011) Tardive Movement Disorders. *Pract. Neurol*. 11(6):341 - 348.
  28. Salacz P., Hidasi Z., Csibri É. (2011) Neurological symptoms in psychiatry. *Neuropsychopharmacol Hung*. 13(3): 145-151.
  29. Singer H.S. (2009) Motor stereotypies. *Semin Pediatr Neurol*. 16(2):77-81.
  30. Stamelou M., Cossu G., Edwards M.J., Murgia D., Pares I., Melis M., Bhatia K.P. (2013) Familial Psychogenic Movement Disorders. *Movement Disorders*. 28:1295-97.
  31. Sturrock A., Leavitt B.R. (2010) The clinical and genetic features of Huntington disease. *Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology*. 23(4):243-59.
  32. Szirmai I. szerk. *Neurológia, Medicina, Budapest, 2001.*
  33. Tandon R., Heckers S., Bustillo J., Barch D.M., Gaebel W., Gur R.E., Malaspina D., Owen M.J., Schultz S., Tsuang M., van Os J., Carpenter W. (2013) Catatonia in DSM-5. *Schizophrenia Research*. 150(1):26-30.
  34. Thanvi B., Lo N., Robinson T. (2007) Levodopa-induced dyskinesia in Parkinson's disease: clinical features, pathogenesis, prevention and treatment. *Postgrad Med J*. 83(980): 384-388..
  35. Tringer L. *A pszichiátria tankönyve. Semmelweis Kiadó, Budapest, 1999.*
  36. Walther S., Strik W. (2012) Motor symptoms and schizophrenia. *Neuropsychobiology*. 66(2):77-92.
  37. Yin H.H. (2014) Action, time and the basal ganglia. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London - Series B: Biological Sciences*. 369(1637):20120473.
  38. Zinner S.H., Mink J.W. (2010) Movement disorders I: tics and stereotypies. *Pediatrics in Review*. 31(6):223-33.

## Movement disorders is psychiatric diseases

Movement disorders are common in psychiatry. The movement disorder can either be the symptom of a psychiatric disorder, can share a common aetiological factor with it, or can be the consequence of psychopharmacological therapy. Most common features include tic, stereotypy, compulsion, akathisia, dyskinesias, tremor, hypokinesia and disturbances of posture and gait. We discuss characteristics and clinical importance of these features. Movement disorders are frequently present in mood disorders, anxiety disorders, schizophrenia, catatonia, Tourette-disorder and psychogenic movement disorder, leading to differential-diagnostic and therapeutical difficulties in everyday practice. Movement disorders due to psychopharmacotherapy can be classified as early-onset, late-onset and tardive. Frequent psychiatric comorbidity is found in primary movement disorders, such as Parkinson's disease, Wilson's disease, Huntington's disease, diffuse Lewy-body disorder. Complex neuropsychiatric approach is effective concerning overlapping clinical features and spectrums of disorders in terms of movement disorders and psychiatric diseases.

**Keywords:** movement disorder, psychiatry, tic, stereotypy, catatonia, dyskinesia, neuropsychiatry