

Личностно-психопатологический профиль пациентов и ботулинотерапия блефароспазма

В.А. Толмачева^{✉1}, П.Г. Юзбашян¹, М.Д. Самсонова¹, Д.В. Романов^{1,2}

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

²ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Аннотация

Обоснование. В структуре блефароспазма (БС) существует немоторная симптоматика, которая проявляется психопатологическими расстройствами. Вопросы влияния этих расстройств на качество жизни пациентов и терапию моторных симптомов при помощи ботулотоксина мало изучены.

Цель. Проанализировать корреляцию различных типов характерологических аномалий личности (ХАЛ) с тяжестью течения БС и с ответом на ботулинотерапию (БТ).

Материалы и методы. Обследованы 46 пациентов с БС (29 женщин, 17 мужчин) в возрасте от 30 до 85 лет ($61 \pm 11,5$) с БС. Контрольную группу составили 46 здоровых лиц (39 женщин и 7 мужчин, средний возраст $56,4 \pm 9,67$). Пациенты обследовались до и после БТ (через 12 мес) по шкале тяжести БС (BSDI), шкалам оценки качества жизни EQ-5D (EQ-5D-3L), тревоги GAD-7, страха негативной оценки BFNE-S, структурированного опросника личности SCID-II-PD.

Результаты. В группе пациентов с БС безработные и несемейные встречались чаще ($p < 0,05$), чем среди здоровых лиц. В группе пациентов с БС отмечено повышение тревоги ($15,52 \pm 5,6$ против $4,28 \pm 3,5$ контрольной группы по шкале GAD-7) и страха негативной оценки ($42,44 \pm 9,2$ в основной группе против $21,34 \pm 7,3$ в контрольной). Качество жизни пациентов с БС ниже ($65,43$, медиана 62 против $88,2$, медиана 92, $p < 0,05$). Выявлено преобладание ХАЛ кластера С (тревожные расстройства) у пациентов с БС и, в частности, обсессивно-компульсивного расстройства. У пациентов с различным личностным профилем не отмечалось различий в тяжести БС до проведения БТ. Эффективность БТ оказалась выше среди пациентов с ХАЛ кластера С.

Заключение. Среди пациентов с БС часто отмечается тревожный тип ХАЛ, при котором БТ более эффективна, чем при других ХАЛ.

Ключевые слова: фокальная дистония, блефароспазм, немоторные симптомы, психические расстройства, тревога, расстройства личности, страх негативной оценки, ботулинотерапия

Для цитирования: Толмачева В.А., Юзбашян П.Г., Самсонова М.Д., Романов Д.В. Личностно-психопатологический профиль пациентов и ботулинотерапия блефароспазма. *Consilium Medicum*. 2022;24(11):791–795. DOI: 10.26442/20751753.2022.11.201976

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2022 г.

ORIGINAL ARTICLE

Personality and psychopathological profile of patients and botulinum therapy for blepharospasm

Violetta A. Tolmacheva^{✉1}, Polina G. Iuzbashian¹, Maria D. Samsonova¹, Dmitry V. Romanov^{1,2}

¹Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia;

²Mental Health Science Center, Moscow, Russia

Abstract

Background. Blepharospasm (BS) includes non-motor symptoms manifested by psychopathological disorders. The impact of these disorders on patients' quality of life and therapy of motor symptoms with botulinum toxin is poorly understood.

Aim. To analyze the correlation of different characterological personality abnormalities (CPA) with the BS severity and the response to botulinum toxin therapy (BT).

Materials and methods. Forty-six BS patients (29 females, 17 males) aged 30 to 85 years (61 ± 11.5) with BS were examined. The control group included 46 healthy individuals (39 females and 7 males, with a mean age of 56.4 ± 9.67). Patients were examined before and after BT (after 12 months) using the BS severity scale (BSDI), EQ-5D (EQ-5D-3L) quality of life assessment scales, General Anxiety Disorder (GAD-7) scale, Brief Fear of Negative Evaluation Scale (BFNE-S), and SCID-II-PD structured personality questionnaire.

Results. In the BS group of patients, unemployed and non-married were more common ($p < 0.05$) than in healthy individuals. In the BS patient group, there was an increase in anxiety (15.52 ± 5.6 vs 4.28 ± 3.5 control group by GAD-7 scale) and fear of negative evaluation (42.44 ± 9.2 in the main group vs 21.34 ± 7.3 in the control group). Quality of life was lower in BS patients (65.43 , median 62 vs 88.2 , median 92, $p < 0.05$). The prevalence of cluster C CPA (anxiety disorders) in patients with BS and, in particular, the obsessive-compulsive disorder was revealed. Patients with different personality profiles showed no differences in the BS severity before BT. The BT efficacy was higher in patients with cluster C CPA.

Conclusion. BS patients often have anxious type CPA; in these patients, BT is more effective than in other CPAs.

Keywords: focal dystonia, blepharospasm, non-motor symptoms, psychiatric disorders, anxiety, personality disorders, fear of negative evaluation, botulinum therapy

For citation: Tolmacheva VA, Iuzbashian PG, Samsonova MD, Romanov DV. Personality and psychopathological profile of patients and botulinum therapy for blepharospasm. *Consilium Medicum*. 2022;24(11):791–795. DOI: 10.26442/20751753.2022.11.201976

Информация об авторах / Information about the authors

[✉]Толмачева Виолетта Александровна – канд. мед. наук, ассистент каф. нервных болезней и нейрохирургии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: vtolmacheva@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-8115-2668

[✉]Violetta A. Tolmacheva – Cand. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: vtolmacheva@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-8115-2668

Введение

Мышечная дистония – это неврологическое расстройство, которое характеризуется мышечными сокращениями, вызывающими аномальные, часто повторяющиеся произвольные движения с формированием патологических поз. Дистонию можно классифицировать в соответствии с ее локализацией: фокальная (затрагивающая одну область тела), сегментарная (распространенная на смежные части тела), мультифокальная (распространенная на две или более несмежных частей тела), генерализованная и генерализованная [1]. Блефароспазм (БС) – форма фокальной дистонии, проявляющаяся непроизвольным, билатеральным, стереотипным сокращением круговой мышцы глаза, которое нельзя прекратить усилием воли. Моторные симптомы БС могут провоцировать зрительную усталость, болезненность и ощущение напряжения в области верхней части лица, опускание век и в тяжелых случаях приводить к функциональной слепоте.

Помимо непосредственно моторных симптомов БС в клинической картине заболевания присутствует также и немоторная симптоматика, в том числе различные психопатологические образования [2]. Так, согласно данным литературы, среди больных с БС сопутствующие психические нарушения выявлялись у 71% [3]. Среди больных с БС обнаружена более высокая, чем в популяции, частота депрессий и генерализованного тревожного расстройства, циклотимии и расстройств адаптации (нозогенные реакции). Пациенты с БС имеют больший суицидальный риск, чем здоровые испытуемые, причем он коррелирует не с тяжестью собственно моторных симптомов, а с выраженностью сопутствующих психических расстройств [4]. Качество жизни и восприимчивость к ботулинотерапии (БТ) при дистонии может определяться не только моторными симптомами, но и немоторной симптоматикой, т.е. депрессией, тревогой, социальной фобией, низкой самооценкой и болевыми синдромами [5].

Несмотря на обилие исследований, описывающих немоторные психиатрические симптомы БС, существует крайне мало данных о результатах комбинированного нейротропного и психотропного лечения. К тому же существует ограниченное количество исследований, посвященных распространенности расстройств личности (РЛ) среди пациентов с БС, в одном из которых выявлено лишь преобладание истерического РЛ [4]. Гипотеза настоящего исследования состоит в том, что БС тесно связан с личностным профилем пациентов, и, более того, преморбидные особенности личности влияют на результаты нейротропного лечения моторных симптомов БС.

Цель исследования – изучение характерологических аномалий личности (ХАЛ) при БС и влияние РЛ на эффективность БТ.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе Клиники нервных болезней им. А.Я. Кожевникова ФГАОУ ВО «Первый МГМУ

им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). В исследование включались пациенты с БС, установленным на основании международных критериев и Российских клинических рекомендаций по диагностике и лечению дистоний [6, 7].

Тяжесть БС оценивалась по функциональной шкале Blepharospasm Disability Index (BSDI) [8]. Группа контроля набиралась из добровольцев сопоставимого пола и возраста.

В исследование включены 46 больных с клинически верифицированным диагнозом БС (29 женщин, 17 мужчин) в возрасте от 30 до 85 лет (средний возраст $61 \pm 11,5$) и 46 испытуемых контрольной группы (31 женщина и 15 мужчин) в возрасте от 31 до 75 лет (средний возраст $56,4 \pm 9,6$). Наибольшее число (50%) пациентов находилось в возрастном диапазоне от 54 до 69 лет. Длительность заболевания варьировала от 1 года до 25 лет (среднее значение $6,7 \pm 4,7$ года). Эффективность БТ в динамике оценена в рамках 2 плановых визитов в течение 1 года.

Критерии включения:

- возраст от 18 до 85 лет;
- диагноз БС на основании международных критериев и Российских клинических рекомендаций по диагностике и лечению дистоний [6, 7];
- отсутствие в анамнезе БТ;
- подписанное информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии невключения:

- дистония, имеющая вторичный характер происхождения;
- мультифокальная или генерализованная мышечная дистония;
- тяжесть соматического состояния, не позволяющая проводить обследование и лечение;
- наличие психотических состояний, болезней зависимости и тяжелых степеней деменции.

Дизайн исследования. Проведено сплошное проспективное исследование пациентов с БС на фоне проводимой БТ. Оценка тяжести расстройства и эффективности терапии с помощью функциональной шкалы BSDI происходила в 2 этапа – первичный осмотр (до начала БТ) и повторный плановый визит на 12-й месяц. Все пациенты с дистонией получали лечение ботулиническим токсином в стандартной дозе 50 ЕД (Incobotulinumtoxin A – BoNTA-INC) с периодичностью 1 раз в 4 мес.

Верификация психического статуса и имеющих РЛ проводилась на первичном осмотре.

Клиническое обследование дополнялось следующими психометрическими методиками:

- Шкала оценки качества жизни EQ-5D (EQ-5D-3L) [9];
- Опросник генерализованного тревожного расстройства (Generalized Anxiety Disorder 7 – GAD-7) [10];
- Шкала страха негативной оценки, краткая версия (Brief Version of the Fear of Negative Evaluation Scale – BFNE-S) [11];
- Структурированный опросник личности SCID-II Personality Disorder Traits (SCID-II-PD) [12], который

Юзбашян Полина Георгиевна – ассистент каф. психиатрии и психосоматики ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: astartes@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-7441-5546

Самсонова Мария Дмитриевна – студентка Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: samsonovamd99@gmail.com; ORCID: 0000-0003-2558-2732

Романов Дмитрий Владимирович – д-р мед. наук, проф. каф. психиатрии и психосоматики Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет), вед. науч. сотр. отд. по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ НЦПЗ. E-mail: newt777@mail.ru; ORCID: 0000-0002-1822-8973

Polina G. Iuzbashian – Assistant of Professor, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: astartes@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-7441-5546

Maria D. Samsonova – Student, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: samsonovamd99@gmail.com; ORCID: 0000-0003-2558-2732

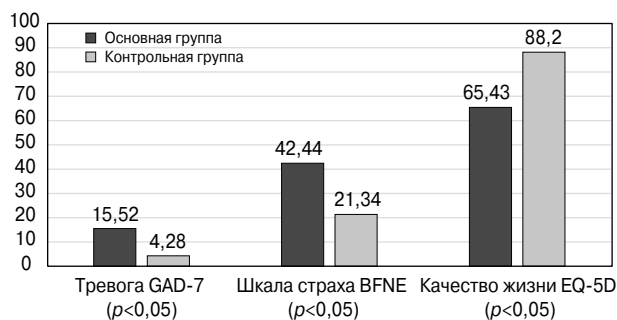
Dmitry V. Romanov – D. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Mental Health Science Center. E-mail: newt777@mail.ru; ORCID: 0000-0002-1822-8973

Таблица 1. Исходные клинические характеристики пациентов с БС и здоровых лиц

	Клиническая выборка	Группа контроля	Значимость различий
Возраст	61±11,5	56,4±9,6	NS
Пол, мужчины/женщины, абс. (%)	17 (37)/29 (63)	15 (33)/31 (67)	NS
Высшее образование, абс. (%)	22 (48)	24 (52)	NS
Инвалидность, абс. (%)	16 (35)	1 (2)	$p<0,05$
Работают, абс. (%)	12 (26)	30 (65)	$p<0,05$
Семейный статус (в браке/не состояли в браке), абс. (%)	12 (26)/17 (37)	34 (74)/2 (4)	$p<0,05$
EQ-5D	65,43 (медиана 62)	88,2 (медиана 92)	$p<0,05$
GAD-7	15,52±5,6	4,28±3,5	$p<0,05$
BFNE-S	42,44±9,2	21,34±7,3	$p<0,05$
SCID-II-PD A/B/C	9/5/25/7	14/20/7/5	$p<0,05$
Длительность БС, лет	6,7±4,7	n/a	n/a
Тяжесть БС	15,8±2,5	n/a	n/a

Примечание. NS – not significant, n/a – not applicable.

Рис. 1. Сравнение выраженности тревоги (по шкале GAD-7), страха негативной оценки (по шкале BFNE-S) и качества жизни (по шкале EQ-5D) в группе больных с БС (основная группа) и здоровых лиц (контрольная группа).



содержит 119 вопросов, тестирующих черты избегающего, зависимого, обсессивно-компульсивного, пассивно-агрессивного, депрессивного, параноидного, шизотипического, шизоидного, гистрионного, нарциссического, пограничного и антисоциального типов. В свою очередь ХАЛ сгруппированы в 3 кластера: А (параноидальные, шизоидные и шизотипические), В (антисоциальные, депрессивные, пограничные, истерические и нарциссические), С (избегающие, зависимые, обсессивно-компульсивные и пассивно-агрессивные).

Статистическая обработка результатов проводилась в программах Microsoft Office Excel и IBM SPSS Statistics. Для обобщенного представления анализируемых параметров использовались показатели описательной статистики (средние, стандартные отклонения, медианы); для проверки гипотез о значимости различий при сопоставлении качественных переменных в независимых выборках – критерий χ^2 Пирсона и точный критерий Фишера; для сравнения средних количественных переменных в независимых выборках – непараметрический критерий Манна-Уитни (U-test); для оценки значимости изменений показателей в независимых выборках – критерий Вилкоксона. Взаимосвязь количественных признаков оценивалась при помощи метода линейной регрессии с установлением 95% доверительного интервала. Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Рис. 2. Количественное сопоставление ХАЛ по кластерам (согласно опроснику SCID-II-PD) в группах с БС (основной) и здоровых лиц (контрольной).

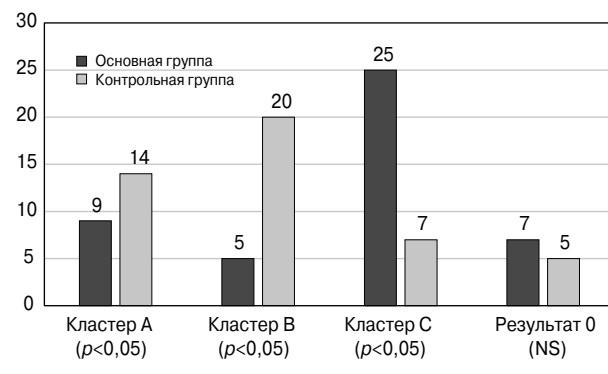


Рис. 3. Количественное распределение отдельных типов ХАЛ среди пациентов основной группы.



Результаты

Сравнение пациентов с БС и здоровых лиц по наличию РЛ по шкале SCID-II-PD, уровню тревоги по шкале GAD-7 и качества жизни по шкале EQ-5D представлено в табл. 1.

В группе пациентов с БС и группе здоровых людей, сопоставимых по полу и возрасту, не выявлено значимых отличий в уровне образования (сопоставимое число испытуемых из двух групп имеют высшее образование) и в числе пенсионеров по возрасту.

Статистически значимые различия выявлены при сравнении трудового и семейного статусов. Так, несмотря на сходный уровень образования, пациенты с БС чаще оказывались безработными, чем здоровые. Также в группе пациентов с БС отмечено больше испытуемых, никогда не состоявших в браке, и меньше женатых.

Показатели качества жизни, тревоги и социальной тревожности (страх негативной оценки) представлены на рис. 1.

Выявлено преобладание тревоги, страха негативной оценки и снижение качества жизни среди пациентов с БС ($p<0,05$).

ХАЛ по SCID-II-PD в группе с БС и у здоровых лиц представлены на рис. 2.

По частоте встречаемости категориальных ХАЛ пациенты с БС от контроля значимо не отличались. В группе пациентов с БС хотя бы одна ХАЛ встречается у 84,8% испытуемых, а в контрольной – у 89,1%.

Выявлено преобладание ХАЛ кластера С в группе с БС ($p<0,05$). Акцентуации личности среди пациентов с БС представлены на рис. 3.

Как видно из рис. 3, наиболее часто встречаемой характерологической аномалией в группе с БС является обсессивно-компульсивная. Также среди ХАЛС-кластера имеется пик в избегающем ХАЛ. При этом большое число пациентов также набрало положительные баллы в гистрионном ХАЛ (В-кластер).

Корреляционно-регрессионный анализ с целью выявления зависимости между степенью выраженности

ХАЛС-кластера и результатами БТ представлен на рис. 4. Коэффициент корреляции (r) равен 0,872. Связь между исследуемыми признаками – прямая, теснота (сила) связи по шкале Чеддока – высокая. Число степеней свободы (f) составляет 44; t -критерий Стьюдента равен 11,824. Критическое значение t -критерия Стьюдента при данном числе степеней свободы составляет 2,015, t набл. $>$ t крит., зависимость признаков статистически значима ($p < 0,001$).

В ходе дальнейшего анализа нашего предположения обчислен общий балл по С-кластеру, набранный в опроснике SCID-II-PD для всех 46 пациентов, как набравших положительные баллы ХАЛС-кластера, так и не набравших. Также оценена эффективность лечения путем вычисления разницы баллов по шкале BSDI до и после лечения.

Из приведенных данных (см. рис. 4) можно сделать вывод о том, что чем больше накапливаются ХАЛ тревожного кластера у конкретных пациентов, тем эффективнее у них оказывается БТ.

Обсуждение

В процессе исследования мы сравнивали группу пациентов с БС и здоровую контрольную группу как по социодемографическим, так и по клиническим показателям. Отличия между группами обнаружены уже на этапе оценки трудового и семейного статуса с преобладанием безработных и никогда не состоявших в браке испытуемых в основной клинической выборке. Очевидным гипотетическим объяснением таких различий может являться выявленное нами снижение качества жизни в результате заболевания, приводящее к нарушению социальной адаптации пациентов. Некоторые исследователи [13] предполагают, что снижение качества жизни у пациентов с БС связано непосредственно с состоянием здоровья, конкретно – с моторной симптоматикой дистонии.

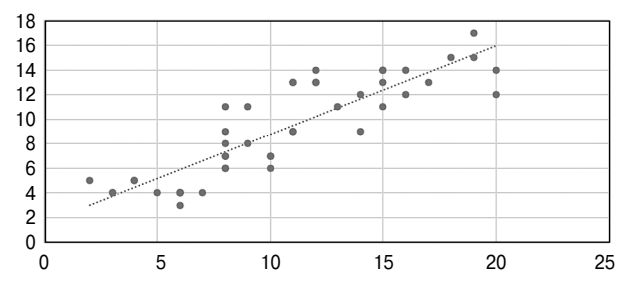
Однако также можно предположить связь более низкого качества жизни в основной группе с преморбидными особенностями личности. Для того чтобы подтвердить или опровергнуть эту гипотезу, нами проведена оценка личностных характеристик с помощью опросника SCID-II-PD. Большинство пациентов с БС преморбидно относятся к кластеру С (тревожные); высокий уровень тревоги, как общей, так и социальной, подтверждается также результатами других шкал. Мы предположили, что РЛ тревожного спектра может оказывать влияние на эффективность БТ. Стоит уточнить, что различия в тяжести БС до начала терапии у пациентов с различным личностным профилем не выявлено.

Следует заметить, что нами не выявлено различий относительно испытуемых, не набравших положительного результата ни в одной из категорий опросника SCID-II-PD. Так, в основной группе пациентов с БС хотя бы одна ХАЛ встречается у 84,8% испытуемых, а в контрольной – у 89,1%. Такую высокую частоту встречаемости ХАЛ в выборке как пациентов с БС, так и среди здорового контроля можно объяснить малой специфичностью и субъективностью опросника SCID-II-PD, заполнение которого без развернутого психиатрического интервью не дает возможности поставить диагноз РЛ или психопатии.

В ходе дальнейшего анализа нашего предположения обчислен общий балл по С-кластеру, набранный в опроснике SCID-II-PD для всех 46 пациентов, как набравших положительные баллы ХАЛС-кластера, так и не набравших. Также оценена эффективность лечения путем вычисления разницы баллов по шкале BSDI до и после лечения.

Поскольку нами не проводилось развернутого психопатологического интервьюирования больных с БС, мы можем лишь выдвигать гипотезы о причинах более высокой эффективности БТ среди пациентов с БС и ХАЛ кластера С. Исходя из высоких уровней тревоги среди всех пациентов

Рис. 4. Результаты корреляционно-регрессионного анализа с целью выяснения связи между выраженностью ХАЛС-кластера и эффективностью БТ.



с БС независимо от преморбидного личностного профиля можно сделать предположение о наличии у них нозогенной тревоги, т.е. тревожных феноменов, связанных с наличием моторных симптомов БС. Однако при этом известно, что пациенты, преморбидно относящиеся к В-кластеру, склонны формировать в качестве нозогенных реакций психопатологические феномены по типу истеро-ипохондрии, а относящиеся к А-кластеру – ограниченной ипохондрии [14]. Соответственно, более тяжелые идеаторные расстройства у данных групп пациентов могут влиять на их восприимчивость к БТ. Однако это гипотеза требует подтверждения в дальнейших, более детальных исследованиях.

Раскрытие интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Информированное согласие на публикацию. Пациенты подписали форму добровольного информированного согласия на публикацию медицинской информации.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patients for publication of relevant medical information and all of accompanying images within the manuscript.

Соответствие принципам этики. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет); №14-22 от 07.07.2022. Одобрение и процедуру проведения протокола получали по принципам Хельсинкской конвенции.

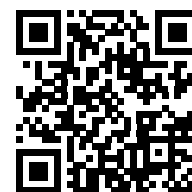
Ethics approval. The study was approved by the local ethics committee of Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); №14-22 of 07.07.2022. The approval and procedure for the protocol were obtained in accordance with the principles of the Helsinki Convention.

Литература/References

1. Junker J, Berman BD, Hall J, et al. Quality of life in isolated dystonia: non-motor manifestations matter. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2021;jnnp-2020-325193. DOI:10.1136/jnnp-2020-325193
2. Нодель М.Р., Салоухина Н.И., Толмачева В.А. Фокальная дистония как нейропсихиатрическое расстройство. *Бюллетень Национального общества по изучению болезни Паркинсона и расстройств движений*. 2022;2:149-51 [Nodel' MR, Saloukhina NI, Tolmacheva VA. Fokal'naiia distoniia kak neiropsikhiatricheskoe rasstroistvo. *Biulleten' Natsional'nogo obshchestva po izucheniiu bolezni Parkinsona i rasstroistv dvizhenii*. 2022;2:149-51 (in Russian)]. DOI:10.24412/2226-079X-2022-12455
3. Berardelli I, Ferrazzano G, Belvisi D, et al. Psychiatric disorders in blepharospasm: A 10-year follow-up study. *Psychiatry Res*. 2020;290:113092. DOI:10.1016/j.psychres.2020.113092
4. Berardelli I, Ferrazzano G, Belvisi D, et al. Suicidal ideation, hopelessness, and affective temperament in patients with blepharospasm. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2021;25(4):344-9. DOI:10.1080/13651501.2020.1790613
5. Novaretti N, Cunha ALN, Bezerra TC, et al. The Prevalence and Correlation of Non-motor Symptoms in Adult Patients with Idiopathic Focal or Segmental Dystonia. *Tremor Other Hyperkinet Mov (N Y)*. 2019;9:596. DOI:10.7916/fhnv-v355
6. Albanese A, Bhatia K, Bressman SB, et al. Phenomenology and classification of dystonia: a consensus update. *Mov Disord*. 2013;28(7):863-73. DOI:10.1002/mds.25475
7. Клинические рекомендации по диагностике и лечению дистонии: клинические рекомендации. Гл. ред. Е.И. Гусев. Всероссийское общество неврологов. Президиум. М., 2014 [Klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniiu distonii: klinicheskie rekomendatsii. Gl. red. Yel Gusev. Vserossiiskoe obshchestvo nevrologov. Prezidium. Moscow, 2014 (in Russian)].
8. Jankovic J, Kenney C, Grafe S, et al. Relationship between various clinical outcome assessments in patients with blepharospasm. *Mov Disord*. 2009;24(3):407-13. DOI:10.1002/mds.22368
9. EuroQol Group. EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 1990;16(3):199-208. DOI:10.1016/0168-8510(90)90421-9
10. Donker T, van Straten A, Marks I, Cuijpers P. Quick and easy self-rating of Generalized Anxiety Disorder: validity of the Dutch web-based GAD-7, GAD-2 and GAD-SI. *Psychiatry Res*. 2011;188(1):58-64. DOI:10.1016/j.psychres.2011.01.016
11. Baker M, Kim LJ, Hoffman SG. The Liebowitz social anxiety scale as a self-report instrument: a preliminary psychometric analysis. *Behav Res Ther*. 2002;40:701-15.
12. Ryder AG, Costa PT, Bagby RM. SCID-II Personality Disorder Traits for DSM-V: Coherence, Discrimination, Relations With General Personality Traits, and Functional Impairment. *J Pers Disord*. 2007;21(6):626-37. DOI:10.1521/pedi.2007.21.6.626
13. Tan EK, Fook-Chong S, Lum SY, Lim E. Botulinum toxin improves quality of life in hemifacial spasm: validation of a questionnaire (HFS-30). *J Neuro Sci*. 2004;219(1-2):151-5.
14. Смилевич А.Б., Волель Б.А. Расстройства личности и соматическая болезнь (проблема ипохондрического развития личности). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2008;5:4-12 [Smulevich AB, Volel BA. Personality disorders and somatic diseases (the problem of hypochondrial development of personality). *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2008;5:4-12 (in Russian)].

Статья поступила в редакцию / The article received: 01.11.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 12.12.2022



OMNIDOCTOR.RU