

Толмачева В.А.¹, Романов Д.В.^{2,3}, Гришина Д.А.¹

¹Кафедра нервных болезней и нейрохирургии; ²научно-исследовательский отдел психосоматической медицины Научно-технологического парка биомедицины ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, Москва, Россия; ³отдел по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

¹119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 1; ²119435, Москва, ул. Большая Пироговская, 6, стр. 1;

³115522, Москва, Каширское шоссе, 34

Случай сегментарной дистонии с психическими недвигательными расстройствами

Обсуждаются особенности клинической картины у пациентов, страдающих мышечной дистонией, наличие при дистонии когнитивных и психических расстройств.

Представлен клинический случай тяжелой формы сегментарной дистонии у пациентки 72 лет, у которой наблюдались когнитивные и психические расстройства. На фоне лечения ботулотоксином проявления дистонии регрессировали, однако пациентка не отметила улучшения состояния. После консультации психиатра и лечения психических нарушений удалось добиться удовлетворительного результата.

Ключевые слова: мышечная дистония; когнитивные нарушения; психические расстройства; ботулотоксин; ксеомин.

Контакты: Виолетта Александровна Толмачева; vtolmacheva@yandex.ru

Для ссылки: Толмачева ВА, Романов ДВ, Гришина ДА. Случай сегментарной дистонии с психическими недвигательными расстройствами. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2019;11(3):89–93.

A case of segmental dystonia with mental/psychic nonmotor disorders

Tolmacheva V.A.¹, Romanov D.V.^{2,3}, Grishina D.A.¹

¹Department of Nervous System Diseases and Neurosurgery, ²Research Department of Psychosomatic Medicine, Science and Technology Park for Biomedicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia;

³Department for the Study of Borderline Mental Disease and Psychosomatic Disorders, Mental Health Research Center, Moscow, Russia

¹11, Rossolimo St., Build. 1, Moscow 119021; ²6, Bolshaya Pirogovskaya St., Build. 1, Moscow 119435;

³34, Kashirskoe Shosse, Moscow 115522

The paper discusses the specific features of clinical presentations in patients with muscle dystonia, the presence of cognitive and mental disorders in dystonia. It presents a clinical case of severe segmental dystonia in a 72-year-old patient with cognitive and mental disorders. The manifestations of dystonia regressed during treatment with botulinum toxin; however, the patient did not report any improvement. An improvement could not be achieved after a psychiatrist's consultation and treatment for mental disorders.

Keywords: muscle dystonia; cognitive impairment; mental disorders; botulinum toxin; xeomin.

Contact: Violetta Aleksandrovna Tolmacheva; vtolmacheva@yandex.ru

For reference: Tolmacheva VA, Romanov DV, Grishina DA. A case of segmental dystonia with mental/psychic nonmotor disorders. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2019;11(3):89–93.

DOI: 10.14412/2074-2711-2019-3-89-93

Дистония — двигательное расстройство, характеризующееся длительными или прерывистыми непроизвольными сокращениями мышц, которые приводят к аномальным и часто повторяющимся движениям, позам или их комбинациям [1]. Распространенность дистонии достаточно высока, однако отмечается крайне низкая выявляемость этого заболевания. Это связано с нечеткостью клинических критериев дистонии, вариативностью фенотипических проявлений различных ее форм, наличием стертых вариантов, отсутствием лабораторных и инструментальных методов, подтверждающих диагноз [2, 3].

Долгое время различные формы фокальных и сегментарных дистонических гиперкинезов рассматривались как самостоятельные нозологические единицы [1]. Такие заболевания расценивались как функциональные или конвер-

сионные. Это было связано прежде всего с отсутствием нейроанатомического субстрата, который бы объяснял возникновение дистонии. В настоящее время заболевание относят к нейросетевым расстройствам, а его проявления трактуют как следствие нарушения связей между различными структурами головного мозга. Клиническая картина самого гиперкинеза крайне гетерогенна и изменчива, зависит от множества факторов. В настоящее время большое внимание уделяется недвигательным симптомам дистонии, которые оказывают огромное влияние на качество жизни пациентов: психическим расстройствам, когнитивным нарушениям, боли и другим патологическим ощущениям, расстройствам сна [4–6].

Сегодня доступна эффективная терапия моторных симптомов дистонии. «Золотым стандартом» лечения ди-

стонических гиперкинезов является ботулотоксин, который был открыт в конце прошлого столетия [7]. Однако коррекция двигательных нарушений не всегда сопровождается нивелированием немоторных симптомов дистонии и улучшением субъективного самочувствия и качества жизни пациентов.

Приводим клиническое наблюдение тяжелой формы сегментарной дистонии с недвигательными симптомами, влияющими на оценку эффективности терапии.

Пациентка Ф., 72 лет, поступила в Клинику нервных болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Первого МГМУ им. И.М. Сеченова) с жалобами на прогрессирующую нечеткость речи, увеличение размеров языка, насильственное открывание рта и высовывание языка, трудности при глотании, дрожание головы.

Больная имеет среднее образование, работала концертмейстером в цирке, где выступал ее муж. После смерти мужа не работает. Живет одна, детей нет. Сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, гипертоническая болезнь 2-й степени, атеросклероз брахиоцефальных артерий со стенозированием, полипэктомия сигмовидной кишки (от 23.07.2018 г.), дивертикулярная болезнь толстого кишечника, постменопаузальный остеопороз, узловой эутиреоидный зоб, аутоиммунный тиреоидит, вторичный гиперпаратиреоз, бронхоэктатическая болезнь.

Со слов пациентки, в возрасте 71 года (за год до настоящего обращения), во время плановой госпитализации с целью полипэктомии сигмовидной кишки, утром после пробуждения внезапно появились проблемы с речью — стала картавить, язык «начал мешать» при разговоре и приемах пищи. По данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга определялись «старые» сосудистые очаги в веществе головного мозга на фоне расширенных субарахноидальных пространств. Симптоматика постепенно прогрессировала, появилось ощущение увеличения языка, присоединились непроизвольное открывание рта и высовывание языка, стало сложно принимать пищу. Эти проявления были минимальны утром и заметно усиливались в течение дня. Кроме того, более выраженным стал тремор головы, который ранее присутствовал, но пациентку не беспокоил. Через 3 мес после дебюта дистонии больная была госпитализирована в неврологическое отделение одной из городских больниц Москвы, где был предположен диагноз гиперкинетической дизартрии, связанной с неуточненным заболеванием в области шеи. Обследование включало: УЗИ щитовидной железы (гипоплазия щитовидной железы, изменения диффузно-мелкоузловатого характера, аутоиммунный тиреоидит), эпифаринго-ларингоскопию (признаки гнойного фарингита), компьютерную томографию (КТ) шеи с контрастным усилением (рекомендовано проведение дифференциальной диагностики поражения лимфоидного кольца глотки и изолированного процесса в проекции левого грушевидного синуса). При МРТ мягких тканей шеи с контрастным усилением выявлена умеренная асимметрия грушевидных синусов за счет деформации левого синуса, вероятно, вследствие перенесенного воспаления. Пациентка направлена на консультацию к челюстно-лицевому хирургу. При повторной видеоларингоскопии, 4 мес спустя после дебюта заболевания, отмечалась картина хронического гиперпластического ларингита. В связи с прогрессированием заболевания (практически по-

стоянное открытие рта и высовывание языка, выраженный тремор головы с небольшим тортиколлисом вправо) пациентка была госпитализирована в Клинику нервных болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

При обследовании в нашей клинике отмечены насильственные открывание рта и высовывание языка, тортиколлис вправо, дистонический тремор головы по типу «нет-нет». Тяжесть симптомов цервикальной дистонии по шкале Западного Торонто (Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale) составила 15,5 балла. В качестве характерного корригирующего жеста для уменьшения высовывания языка больная прибегала к обхватаванию нижней челюсти левой рукой. Пациентка в позе Ромберга устойчива, при закрывании глаз пошатывается. Походка осторожная, пользуется тростью.

При нейропсихологическом обследовании жалоб на снижение памяти и умственной работоспособности не предъявляла. Пациентка в ясном сознании, контактна, правильно ориентирована в месте и времени. Критика к своему состоянию снижена. Память: легкие модально-неспецифические нарушения по механизму повышенной тормозимости следов памяти интерференцией. Речь: умеренное снижение речевой активности в пробе на лтеральные ассоциации (8 слов за 1 мин). Практика: существенные трудности усвоения моторных серий в пробе на динамический праксис, выраженные нарушения конструктивного праксиса, умеренные нарушения при выполнении графомоторной пробы и пробы на реципрокную координацию. Гнозис: умеренные расстройства предметного гнозиса по типу фрагментарности восприятия. Управляющие функции: умеренно нарушены в результате инактивности и инертности интеллектуальных процессов. Краткая шкала оценки психического статуса — 26 из 30 баллов, батарея тестов на выявление лобной дисфункции — 14 из 18 баллов, тест рисования часов — 5 из 10 баллов. Заключение: умеренные когнитивные нарушения (КН), обусловленные дисфункцией лобно-подкорковых связей, а также заинтересованностью темных долей головного мозга.

Пациентке была проведена ботулинотерапия препаратом ксеомин в общей дозе 200 ЕД. В качестве мышц-мишеней использовались: *m. thylohyoideus*, *m. geniohyoideus*, *m. digastricus musculus pterygoideus lateralis*, *m. obliquus capitis inferior dex et sin*, *m. splenius capitis dex*, *m. semispinalis capitis dex*. Препарат вводили под электромиографическим и ультразвуковым контролем.

Контрольный осмотр проведен только через 6 мес после ботулинотерапии, поскольку больная постоянно откладывала визит в клинику в связи с «тяжелым самочувствием» и ощущением, что она «просто не доедет»; при расспросе по телефону улучшений после лечения не отметила. Во время осмотра насильственного открывания рта и высовывания языка не наблюдалось, дрожание и поворот головы также регрессировали. Пациентка согласилась с тем, что ее внешний вид улучшился, но общее плохое самочувствие осталось без изменений. Теперь ее жалобы были сконцентрированы на ощущении нарушения при глотании, неустойчивости при ходьбе, тошноте, головной боли и боли в спине, расстройствах сна. При этом на нарушение глотания пациентка указывала при поступлении в нашу клинику, и оно не усилилось после проведения ботулинотерапии.

В связи с несоответствием субъективных жалоб объективно регистрируемому улучшению состояния после полу-

чения информированного согласия пациентка была обследована психиатром. Отмечено, что больная выглядит старше своего возраста. Выражение лица страдальческое, близко слезы. Драматизирует свое состояние. Жалуется на сниженное настроение, которое связывает с плохим физическим самочувствием. Ипохондрична, фиксирована на многочисленных соматических симптомах (неустойчивость при ходьбе, головокружение, тошнота, слабость, повышенная утомляемость). Головную боль описывает как чувство «рвущейся соломинки», «потрескивания» внутри головы, кроме того, отмечает тянущую боль в спине, «жгучую» боль в животе, запор. Сообщает о сохраняющихся, несмотря на обратное развитие дистонии языка, трудностях при глотании, связанных на этот раз с ощущением «кома в горле». Говорит, что всегда опасалась за свое здоровье, была чувствительна к перепадам температуры, смене погоды. По малейшему поводу обращалась к врачам, зачастую симптомы проходили «уже после беседы с доктором»; в подростковом возрасте диагностирована «вегетативно-сосудистая дистония». Жалуется на сохраняющуюся подавленность в связи со смертью дочери от онкологического заболевания 2 года назад. Боится развития рака и у себя. По словам пациентки, резкие спады настроения продолжительностью до 6 мес она испытывала и раньше — после смерти родителей 16 лет назад и супруга, от которого всю жизнь была зависима. Считает, что тот «оставил ее на произвол судьбы», на глазах появляются слезы. Каждый раз не могла поверить в случившееся, воспринимала окружающее «словно во сне». Жалуется, что родственники, которые ухаживают за ней, недостаточно внимательны, недооценивают тяжесть ее состояния, «глубину страданий». На момент осмотра беспокоят нарушения сна по типу трудностей засыпания. За последние 2 года поправилась на 16 кг. Суицидальные мысли отрицает, напротив, испытывает страх смерти.

По скрининговому опроснику соматоформных расстройств SOMS-2 (Screening for Somatoform Symptoms) набирает 28 баллов (порог соматоформного расстройства для женщин >25 баллов). По госпитальной шкале тревоги и депрессии (The hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) — 12 и 14 баллов соответственно (пороговые значения для позитивного скрининга на тревогу и депрессию — по 7 баллов). Согласно структурированному интервью на расстройства личности SCID-II (The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders Questionnaire) зафиксировано превышение порога (>5 пунктов) для гистрионного (6 пунктов) и нарциссического (8 пунктов) расстройств личности. Заключение: ипохондрическая депрессия у личности драматического кластера.

Психиатром был назначен кветиапин в дозе до 25 мг/сут с постепенной титрацией дозы от 6,25 мг/сут. Спустя 2 нед на фоне лечения пациентка отметила субъективное улучшение. Нормализовался сон, уменьшились тревога о здоровье, выраженность соматовегетативных и конверсионных расстройств. Несмотря на рекомендации врача, через 3 мес больная прервала прием препарата. К этому времени закончилась терапевтическая ремиссия дистонического гиперкинеза, и в связи с жалобами на насильственное открывание рта с высыванием языка было проведено очередное лечение ксеомином по той же схеме. После второй сессии ботулинотерапии наблюдалась та же поведенческая реакция на лечение, что и после первого введения препарата: недооценка достигнутого те-

рапевтического эффекта с фиксацией на множественных соматических жалобах.

Обсуждение. Ботулотоксин является препаратом выбора в лечении мышечной дистонии. Эффективность и безопасность ботулинотерапии подтверждены многочисленными исследованиями и имеют самый высокий уровень доказательности [7]. Ксеомин, в отличие от других препаратов ботулотоксина, обладает максимальной степенью очистки от комплексообразующих белков, что позволяет использовать его в любые сроки после предыдущей инъекции. Это особенно актуально при введении в мышцы лица и передней поверхности шеи — в этих областях избыточные дозы могут привести к нежелательным явлениям в виде выраженной асимметрии лица, нарушению глотания и речи.

У нашей пациентки удалось практически полностью устранить избыточные движения в шее, нижней челюсти и языке. Однако она не почувствовала улучшения, произошло смещение акцента жалоб с двигательного компонента на другие субъективные ощущения (тошнота, боль в спине, слабость, нарушение глотания, общая слабость и пр.). В настоящее время дистония рассматривается как сенсомоторное расстройство, которое сочетает в себе не только двигательные, но и не двигательные проявления, при этом отсутствует корреляция между тяжестью двигательных и не двигательных симптомов [8–9].

В представленном наблюдении выявлены умеренные КН, данные о которых противоречивы при фокальной дистонии: одни исследователи считают, что для КН нехарактерны для таких пациентов [10, 11], другие указывают, что КН отмечаются в 25–35% случаев при этом заболевании [12–17].

У нашей больной имелись нарушения управляющих функций в виде инертности психических процессов, что проявлялось снижением беглости речи в пробе на литеральные ассоциации, ошибками по типу упрощения и стереотипий в пробе на динамический праксис, а также в тесте «Символы и цифры». Подобные нарушения свидетельствуют о дисфункции корково-подкорковых связей. У пациентки также обнаружены выраженные нарушения конструктивного праксиса, которые могут указывать на заинтересованность левой теменной доли.

КН при дистонии могут быть вызваны приемом антихолинергических средств или бензодиазепинов. В анамнезе у нашей пациентки был эпизод приема бензодиазепинов и антихолинергических препаратов, однако он носил непродолжительный характер в связи с плохой переносимостью. В то же время показано, что КН выявляются у пациентов, не получавших лечение данными препаратами. КН при дистонии бывают связаны с двигательными расстройствами, так как они опосредованно влияют на уровень концентрации внимания. КН обнаруживаются и у пациентов, у которых ботулинотерапия оказала положительное влияние на двигательный дефект [17].

КН при дистонии могут быть обусловлены психическими расстройствами [18]. Однако КН выявляются при дистонии и в отсутствие психических нарушений [19]. В основе КН при дистонии может лежать дисфункция лобной коры, что подтверждается данными нейровизуализации, свидетельствующими о структурно-функциональных изменениях не только в подкорковых, но и корковых

отделах, в том числе в теменной коре. У нашей пациентки на фоне умеренных дизрегуляторных расстройств выявлялись грубые нарушения пространственных функций, а также выраженная атрофия теменной коры, степень которых выходит за рамки нарушений, описываемых в литературе.

Психические расстройства отмечаются у большинства (91,4%) больных дистонией [6]. Риск развития депрессии в течение жизни варьируется от 15 до 53,4%, а тревожных расстройств — от 26,4 до 83,3% [20, 21]. Среди психических непроизвольных нарушений при дистонии также нередко диагностируются соматоформные расстройства.

У нашей пациентки особенности реагирования на терапию, а также паттерн поведения в болезни, определявший недовольство достигнутым объективно позитивным результатом лечения, в значительной степени обусловлены патохарактерологическими и психопатологическими феноменами. Речь идет, в частности, об ипохондрической депрессии, которая характеризуется сочетанием гипотимии (собственно подавленности) с переоценкой тяжести соматических симптомов (мнимых либо вызванных реальным соматическим/неврологическим заболеванием), чрезмерной фиксацией на своем состоянии, беспокойственностью воображаемыми последствиями болезни, возможным неблагоприятным ее исходом. Такие пациенты, постоянно занятые самонаблюдением, регистрируют малейшие признаки телесного неблагополучия, представленные многообразными телесными сенсациями и соматовегетативными расстройствами [22]. Особенностью настоящего наблюдения является наличие в содержательном комплексе

ипохондрической депрессии пессимистического восприятия не только воображаемой соматической патологии (множественные соматизированные и конверсионные расстройства, органическая природа которых исключена при детальном обследовании объективными методами, а также данными опросника SOMS-2), но и реальной (дистонии и другие выявленные у больной соматические заболевания) — так называемая ипохондрия *cum materia* [23]. Среди соматовегетативных проявлений преобладали нарушения сна, а также расстройства аппетита и вазомоторики, сопровождавшиеся многочисленными соматопсихическими жалобами и конверсионными нарушениями (чувство соматического неблагополучия, головная боль и боль в животе, «ком в горле» и пр.). Амплификации и драматизации высказываемых жалоб способствовали личностные характеристики больной, которые определяются доминированием дименсий драматического кластера — гистрионного (истерического) и нарциссического, а также ипохондрической (соматоперцептивной) акцентуацией, признаками которой наблюдались у пациентки с детства.

Так как лечение ботулотоксином направлено на коррекцию собственно двигательного компонента, мы не достигли изначально удовлетворительного результата с точки зрения пациентки. И только после добавления психотропного препарата самочувствие больной на непродолжительное время улучшилось. Таким образом, крайне важно оценивать клиническую картину в целом, включая когнитивный и психический статус пациента, что позволит провести комплексное лечение широкого круга симптомов (двигательных и непроизвольных), наблюдающихся при мышечной дистонии.

ЛИТЕРАТУРА

- 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.
- Evatt ML, Freeman A, Factor S. Adult-onset dystonia. *Handb Clin Neurol.* 2011;100:481-511. doi: 10.1016/B978-0-444-52014-2.00037-9.
- Tidderington E, Goodman EM, Rosen AR, et al. How long does it take to diagnose cervical dystonia? *J Neurol Sci.* 2013 Dec 15;335(1-2):72-4.
- Kuyper DJ, Parra V, Aerts S, et al. The Non-Motor Manifestations of Dystonia: A Systematic Review. *Mov Disord.* 2011 Jun; 26(7):1206-17. doi: 10.1002/mds.23709. Epub 2011 Apr 11.
- Stamelou M, Edwards MJ, Hallett M, Bhatia KP. The non-motor syndrome of primary dystonia: clinical and pathophysiological implications. *Brain.* 2012 Jun;135(Pt 6): 1668-81. doi: 10.1093/brain/awr224. Epub 2011 Sep 20.
- Conte A, Berardelli I, Ferrazzano G, et al. Non-motor symptoms in patients with adult-onset focal dystonia: Sensory and psychiatric disturbances. *Parkinsonism Relat Disord.* 2016 Jan;22 Suppl 1:S111-4. doi: 10.1016/j.parkreldis.2015.09.001. Epub 2015 Sep 3.
- Albanese A, Asmus F, Bhatia KP, et al. EFNS guidelines on diagnosis and treatment of primary dystonias. *Eur J Neurol.* 2011 Jan;18(1): 5-18. doi: 10.1111/j.1468-1331.2010.03042.x.
- Ferrazzano G, Berardelli I, Conte A, et al. Motor and non-motor symptoms in blepharospasm: clinical and pathophysiological implications. *J Neurol.* 2019 Jul 29. doi: 10.1007/s00415-019-09484-w. [Epub ahead of print]
- Yang J, Shao N, Song W, et al. Nonmotor symptoms in primary adult-onset cervical dystonia and blepharospasm. *Brain Behav.* 2016 Dec 18;7(2):e00592. doi: 10.1002/brb3.592. eCollection 2017 Feb.
- Taylor AE, Lang AE, Saint-Cyr JA, et al. Cognitive processes in idiopathic dystonia treated with high-dose anticholinergic therapy: implications for treatment strategies. *Clin Neuropharmacol.* 1991 Feb;14(1):62-77.
- Ostrem JL, Racine CA, Glass GA, et al. Subthalamic nucleus deep brain stimulation in primary cervical dystonia. *Neurology.* 2011 Mar 8;76(10):870-8. doi: 10.1212/WNL.0b013e31820f2e4f.
- Foley JA, Vinke RS, Limousin P, Cipolletti L. Relationship of Cognitive Function to Motor Symptoms and Mood Disorders in Patients with Isolated Dystonia. *Cogn Behav Neurol.* 2017 Mar;30(1):16-22. doi: 10.1097/WNN.0000000000000117.
- Jahanshahi M, Rowe J, Fuller R. Cognitive executive function in dystonia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2012 Aug;83(8):814-20. doi: 10.1136/jnnp-2011-301386. Epub 2012 May 23.
- van Tricht MJ, Dreissen YE, Cath D, et al. Cognition and psychopathology in myoclonus-dystonia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2012 Aug;83(8):814-20. doi: 10.1136/jnnp-2011-301386. Epub 2012 May 23.
- Balas M, Peretz C, Badarny S, et al. Neuropsychological profile of DYT1 dystonia. *Mov Disord.* 2006 Dec;21(12):2073-7.
- Romano R, Bertolino A, Gigante A, et al. Impaired cognitive functions in adult-onset primary cranial cervical dystonia. *Parkinsonism Relat Disord.* 2014 Feb;20(2):162-165.
- Aleman GG, de Erausquin GA, Micheli F. Cognitive disturbances in primary blepharospasm. *Mov Disord.* 2009 Oct 30;24(14):2112-20. doi: 10.1002/mds.22736.
- Greisberg S, McKay D. Neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: a review and treatment implications. *Clin Psychol Rev.* 2003

- Feb;23(1):95-117.
19. Vytal KE, Cornwell BR, Letkiewicz AM, et al. The complex interaction between anxiety and cognition: insight from spatial and verbal working memory. *Front Hum Neurosci*. 2013 Mar 28;7:93. doi: 10.3389/fnhum.2013.00093. eCollection 2013.
20. Gundel H, Wolf A, Xidara V, et al. High psychiatric comorbidity in spasmodic torticollis: a controlled study. *J Nerv Ment Dis*. 2003 Jul; 191(7):465-73.
21. Lewis L, Butler A, Jahanshahi M. Depression in focal, segmental and generalized dystonia. *J Neurol*. 2008 Nov;255(11):1750-5. doi: 10.1007/s00415-008-0020-x. Epub 2008 Nov 13.
22. Тювина НА, Балабанова ВВ, Гончарова ЕМ. Опыт применения сульпирида при эндогенных депрессивно-ипохондрических расстройствах непсихотического уровня. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2012;4(1):67-71. [Tyuvina NA, Balabanova VV, Goncharova EM. Experience in using sulpiride in non-psychotic endogenous depressive-hypochondriacal disorders. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2012;4(1):67-71. (In Russ.)]. doi: 10.14412/2074-2711-2012-365
23. Смулевич АБ. Психические расстройства в клинической практике. Москва: МЕДпресс-информ; 2011. [Smulevich AB. *Psikhicheskie rasstroistva v klinicheskoi praktike* [Mental disorders in clinical practice]. Moscow: MEDpress-inform; 2011].

Поступила 1.09.2019

Публикация статьи поддержана ООО «Мерц Фарма». 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.