На правах рукописи

Аркуша Инна Анатольевна

ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО СЕПАРАЦИИ У ВЗРОСЛЫХ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

14.01.06 – психиатрия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва - 2021

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор **Аведисова Алла Сергеевна.**

Официальные оппоненты: Иванов Станислав Викторович - доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник Отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья», г. Москва.
Шмилович Андрей Аркадьевич - доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва.

Ведущее учреждение: Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России.

Защита диссертации состоится «28» сентября 2021 г. в 13:00 на заседании диссертационного совета Д 208.024.01 в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России по адресу: 119034, г. Москва, Кропоткинский пер., 23.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России и на сайте организации: https://serbsky.ru/

Автореферат разослан «___ »_____ 2021 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук И. Н. Винникова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Тревожное расстройство сепарации (ТРС) характеризуется чрезмерным страхом или тревогой по поводу разлуки с близкими людьми, к которым сформирована сильная эмоциональная привязанность [Klein D., 1983; Manicavasagar V., Silove D., Curtis J., 1997; Wijeratne C., Manicavasagar V., 2003]. ТРС рассматривается в Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) как расстройство, характерное для детского возраста - тревожное расстройство, вызванное разлукой (ТРВР). В диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го издания (DSM-5) и проекте Международной классификации болезней 11 пересмотра (МКБ-11) ТРС отнесено к тревожно-фобическим расстройствам и может устанавливаться вне зависимости от возраста манифестации.

Несмотря на полученные в исследованиях высокие цифры распространенности ТРС во взрослой популяции - 4,8%-6,6% [Shear K., 2006; Silove D., Alonso J., Bromet E. et al., 2015] и в амбулаторной практике – 5-43% [Silove D. et al. 2007, 2010; Pini S. et al., 2010; Meshref A., Abouzed M., 2018] существует проблема низкой выявляемости ТРС, что связано с недостаточной информированностью специалистов о произошедших диагностических изменениях [Silove D., Manicavasagar V., Pini S., 2016], с частым феноменологическим перекрытием ТРС с другими тревожными расстройствами [Manicavasagar V, Silove D., 2016], высокой коморбидностью с тревожно-депрессивными расстройствами [Manicavasagar V., 1998; Lewinsohn P., Holm-denoma J., Small J. et al., 2008; Silove D., Marnane L., Wagner R. et al., 2010], с преобладанием психоаналитической трактовки явления сепарации, с оценкой феномена сепарационной тревоги (СТ) как проявления личностной патологии или дисфункциональных отношений в семье, или хронического стресса, отсутствием терапевтических подходов к лечению взрослой формы расстройства [Miniati M., Calugi S., Rucci P. et al., 2012].

Исследования ТРС в его расширенной возрастной трактовке в России не проводились. В зарубежной литературе оно активно исследуется в психологическом и медицинском аспектах, тогда как в отечественной - редко обсуждается в работах врачей-исследователей, а чаще становится предметом научного анализа психологов, рассматриваясь в контексте детско-родительских отношений. Неизученными остаются вопросы распространенности ТРС, клинической типологии и вариантов течения, коморбидности, влияния социально-демографических, клинических и индивидуально-психологических характеристик на качество жизни таких пациентов.

Целью исследования являлась оценка распространенности СТ и ТРС у взрослых среди амбулаторных пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, а также усовершенствование критериев диагностики и прогноза на основе изучения клинической типологии, вариантов течения, коморбидности и качества жизни.

В соответствии с целью исследования были поставлены следующие **задачи**:

1. Изучить распространенность СТ и ТРС у взрослых среди амбулаторных пациентов с непсихотическими психическими расстройствами.

2. Описать структуру коморбидности ТРС у взрослых.

3. Изучить стили привязанности как модель отношений, формирующихся у пациентов с ТРС у взрослых, и их индивидуально-психологические особенности.

4. Разработать клиническую типологию ТРС у взрослых.

5. Определить клинические особенности ТРС у взрослых в зависимости от возраста его начала.

6. Оценить качество жизни пациентов с ТРС у взрослых в зависимости от социально-демографических, клинических и индивидуально-психологических факторов.

Научная новизна исследования

Впервые изучены эпидемиологические, социодемографические и клинические характеристики ТРС в российской популяции взрослых

амбулаторных пациентов с непсихотическими расстройствами. На основании тщательного клинико-психопатологического анализа подтверждено, что ТРС у взрослых по характеристикам соответствует другим тревожным расстройствам. Разработана оригинальная клиническая типология, включающая в себя 2 клинических варианта – аффективный и когнитивно-поведенческий; и 2 типа течения – ТРС с началом в детском возрасте и ТРС с началом у взрослых. Впервые описана модель отношений при ТРС у взрослых, характеризующаяся небезопасными стилями привязанности и различными формами сопутствующей симптоматики, главным образом депрессивной и тревожной при различных вариантах течения ТРС у взрослых. Отражено влияние социально-демографических, клинических и индивидуально-психологических факторов на качество жизни пациентов с ТРС с учетом клинического варианта и типа течения расстройства.

Практическая значимость работы

Полученные данные дополняют современные представления о ТРС у взрослых и могут служить теоретической базой для дальнейших исследований, направленных на разработку фармакотерапевтических и психотерапевтических методов лечения. Практическая значимость работы объясняется внедрением результатов исследования в работу врачей-клиницистов, повышением качества и оптимизацией диагностического процесса. Теоретический материал может использоваться при подготовке обучающих модулей для студентов медицинских вузов, практикующих врачей, клинических психологов.

Положения, выносимые на защиту

1. ТРС у взрослых по своим эпидемиологическим, социодемографическим и клиническим характеристикам соответствует другим тревожным расстройствам, что подтверждает правомерность его отнесения в рубрику тревожных расстройств в DSM-5 и проекте МКБ-11.

2. Распространенность ТРС у взрослых среди амбулаторных пациентов с непсихотическими психическими расстройствами составляет 5,4%, СТ – 24,8%.

3. Клиническая картина ТРС у взрослых имеет трехкомпонентную структуру (аффективный, когнитивный и поведенческий компоненты) и сопровождается широким спектром сопутствующей симптоматики, преимущественно тревожно-депрессивной.

4. Модель отношений при ТРС у взрослых характеризуется небезопасными стилями привязанности, а среди индивидуально-психологических черт пациентов преобладает негативная аффективность, отстраненность и расторможенность.

5. Выделено 2 клинических варианта ТРС у взрослых – аффективный и когнитивно-поведенческий, а также 2 типа течения – с началом расстройства в детском и во взрослом возрасте, отличающиеся по частоте, клиническим проявлениям, характеру и стилям привязанности и сопутствующей патологии.

6. У пациентов с ТРС наблюдается отчетливое снижение качества жизни, связанное с индивидуально-психологическими (отстраненность, антагонизм) характеристиками, социально-демографическими (семейное положение, социальный статус) и клиническими характеристиками (выраженность депрессивных проявлений).

7. При начале ТРС у взрослых в детском возрасте функционирование связано с индивидуально-психологическими особенностями (антагонизм, отстраненность), при возникновении расстройства во взрослом возрасте – с клиническими характеристиками (выраженность тревожных проявлений).

Реализация и внедрение результатов исследования

Результаты исследования применяются в Отделе терапии психических и поведенческих расстройств ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России и клинической практике ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ.

Публикация и апробация результатов исследования

Результаты исследования представлены на XIV Юбилейной Всероссийской школе молодых психиатров (Суздаль, апрель 2019 г.), на 19-м Конгрессе Всемирной психиатрической ассоциации (19th WPA World Congress of Psychiatry, Lisbon 2019), Проблемном совете ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского»

Минздрава России (декабрь 2019 г.), Российской конференции с международным участием «Актуальные проблемы нейробиологии психических и аддиктивных расстройств» (Томск, октябрь 2020 г.). Диссертация апробирована на проблемном совете ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России 16 декабря 2020 г.

По материалам диссертации опубликовано 9 печатных работ, среди которых 3 статьи опубликованы в изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ для публикации диссертационных материалов.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 152 страницах машинописного текста и включает следующие разделы: введение, 5 глав, заключение, выводы, перечень литературных источников (общее число наименований - 135, из них – 15 отечественных, 120 – иностранных), приложения. Иллюстративный материал включает 22 рисунка и 15 таблиц. Приведено 2 клинических наблюдения.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось в Отделе терапии психических и поведенческих расстройств ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. В исследование включались амбулаторные пациенты, обратившиеся в консультативное отделение ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ, соответствовавшие критериям включения/исключения:

Критериями включения больных в исследование являлись:

1. Наличие критериев ТРВР (F93.0 - МКБ-10) (исключая возрастной критерий)[1].

2. Амбулаторный контингент пациентов.

3. Возраст – от 18 лет.

4. Информированное письменное согласие больных на участие в исследовании.

Критериями исключения больных из исследования являлись:

---

[1] соответствует критериям ТРС в DSM-V и проекте МКБ-11

1. Наличие тяжелой неврологической и соматической патологии.

2. Острая психотическая симптоматика.

3. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ.

В исследовании применялись следующие методы: клинический метод (клинико-анамнестический аспект, клинико-психопатологический аспект, клинико-патогенетический аспект); психометрические методики: структурированное клиническое интервью для симптомов сепарационной тревоги (Structured Clinical Interview for Separation Anxiety Symptoms, SCI-SAS) [Cyranowski J.M. et al., 2002]; краткое международное нейропсихиатрическое интервью (Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI) [Sheehan D. et al. 1998]; шкала Гамильтона для оценки тревоги (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) [Hamilton M., 1959]; шкала Гамильтона для оценки депрессии (Hamilton Rating Scale for Depression, HDRS) [Hamilton M., 1960]; опросник сепарационной тревоги взрослых (Adult Separation Anxiety Questionnaire, ASA-27) [Manicavasagar V. et al., 2003; Дитюк А.А., 2016]; опросник качества жизни и удовлетворенности (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnare, QLES-Q) [Endicott J., Nee J., Harrison W., Blumenthal R., 1993; Рассказова Е.И., 2012]; опросник «Опыт близких отношений» (Experiences in Close Relationships, ECR) [Brennan K.F., Clark C.L., Shaver P.R., 1998; Сабельникова Н.В., Каширский Д.В., 2015]; личностный опросник для DSM-V (Personality Inventory for the DSM-5, PID-5) [Krueger R.F. et al., 2012, 2014; Lozovanu S., Moldovanu I., Vovc V. et al., 2019]; статистический анализ.

Исследование проводилось в три этапа. На первом этапе было обследовано 557 амбулаторных пациентов старше 18 лет с использованием самоопросника ASA-27 в качестве скринингового. Все участники подписали информированное согласие на участие в исследовании, заполнили анкету, включающую социально-демографические характеристики (возраст, пол, уровень образования, социальный статус и семейное положение). На втором этапе пациентам, набравшим ≥ 22 баллов по самоопроснику ASA-27 (свидетельствует о наличии симптомов СТ),

проводилась верификация диагноза ТРС с применением клинико-психопатологического метода, SCI-SAS. Для оценки коморбидной патологии использовалось MINI. На третьем этапе обследовано 50 пациентов с ТРС из числа обратившихся за амбулаторной помощью с использованием клинического метода, психометрических инструментов (SCI-SAS, MINI, ASA-27). Изучались личностные особенности (PID-5), качество жизни и удовлетворенность (Q-LES-Q), стили привязанности (ECR), измерялся уровень тревоги (HARS) и депрессии (HDRS).

Исследование проводилось в соответствии с Хельсинкской декларацией прав человека (World Medical Association, 1991), а его дизайн был рассмотрен и одобрен этическим комитетом ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России (протокол № 21/5 от 02.04.2018 г.).

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

На **первом и втором этапах** из 557 опрошенных пациентов с психическими расстройствами непсихотического уровня были отобраны 138 человек (24,8%), средний балл которых по ASA-27 равнялся 22 и выше (37,2±12,4), что свидетельствовало о наличии СТ. Из 138 пациентов 30 соответствовали критериям ТРС (SCI-SAS). В результате получена распространенность ТРС у взрослых, составляющая 5,4%. Пациентов с клинически значимым уровнем СТ в популяции взрослых амбулаторных пациентов с непсихотическими психическими расстройствами 138 человек (24,8%).

На **третьем этапе** обследовано 50 пациентов с ТРС. Средний возраст обследуемых - 35,7±12,2 (диапазон 19-64). Большую часть выборки составили женщины (92%), мужчины – 8%. 70% опрошенных имели высшее образование, в 30% - среднее. Практически равное количество опрошенных состояли в браке или были холосты (54% и 46%). Более половины пациентов были трудоустроены (56%), а 44% не имели работы (доходного занятия).

Средний возраст начала ТРС 19,9±13,9 (диапазон 3-50). У 58% пациентов с ТРС, отобранных в результате скрининга, первые проявления расстройства начинались в детском возрасте, средний возраст манифестации расстройства 7,6 ±

3,6 лет (диапазон 3-15). В 42% случаев отмечено начало ТРС во взрослом возрасте без «детского» анамнеза. Начало ТРС во взрослом возрасте приходилось на 32,2±8,4 лет (диапазон 18-50).

У всех 50 пациентов с ТРС отмечались сопутствующие непсихотические психические расстройства, представленные в Таблице 1, среди которых преобладали депрессивные (62%) и тревожные (16%). 6% участников исследования имели два сопутствующих ТРС расстройства.

Таблица 1 - Непсихотические психические расстройствами у пациентов с ТРС

Диагноз (МКБ-10)	**%**
Депрессивный эпизод (F32)	24
Рекуррентное депрессивное расстройство (F33.1)	14
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2)	12
Биполярное аффективное расстройство (F31.3)	10
Шизотипическое личностное расстройство (F21.8)	10
Паническое расстройство (F41.0)	8
Преимущественно навязчивые мысли и размышления (F42.0)	6
Ипохондрическое расстройство (F45.2)	4
Расстройство приспособительных реакций (F43.2)	4
Соматизированное расстройство (F45.0)	4
Генерализованное тревожное расстройство (F41.1)	2
Дистимия (F34.1)	2
Эмоционально-неустойчивое расстройство личности, пограничный тип (F60.31)	2
Истерическое расстройство личности (F60.4)	2
Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1)	2

Анализ выраженности специфической СТ (ASA-27) и неспецифической тревоги (HARS) показывает преобладание высоких уровней СТ (более 38 баллов по ASA-27) - 63,3% и равное распределение легкого (менее 17 баллов по HARS) и умеренного (18-24 баллов по HARS) уровней (по 47,1%) неспецифической тревоги.

В исследовании оценивались характеристики привязанности - стили (ECR) и объекты привязанности (количественный и качественный анализ). 79,4% пациентов формировали небезопасные стили привязанности: 61,8% - тревожно-озабоченный (зависимый) стиль привязанности, 11,8% - избегающе-опасающийся стиль, 5,9% - избегающе-отвергающий. Только 20,6% опрошенных имели надежную привязанность. Анализ числа объектов привязанностей у пациентов с ТРС показал, что в 50% случаев формировался один объект привязанности, среди которых в 26% наблюдалась монопривязанность к партнеру/супругу, к матерям или детям (12%). 50% имели привязанность к двум и более объектам: к двум объектам - 34%, к трем - 14%, к четырем – 2%.

Личностные особенности пациентов (PID-5) характеризуются умеренными нарушениями по домену «негативная аффективность» (1,8±0,6), меньшими нарушениями по доменам «отстраненность» (1,1±0,6) и «расторможенность» (1,1±0,6).

Выделено 2 клинических варианта ТРС – аффективный и когнитивно-поведенческий. В основу типологии положены психоаналитические представления о структуре сепарации, включающей в себя аффективный, когнитивный и поведенческий компоненты [Hoffman J.A., 1984; Дитюк А.А., 2015].

Первый вариант отмечался в 58 % случаев, при нем в клинической картине доминировали эмоциональные нарушения (страх и беспокойство, связанные с ситуациями сепарации) без формирования избегающего поведения или других устойчивых поведенческих паттернов. Данный вариант характеризовался нереалистичностью и неконтролируемостью всепоглощающей тревоги о возможном лишении особой эмоциональной связи, близости с объектом привязанности («эмоциональный симбиоз»), неспособностью чувствовать себя безопасно вблизи с другими людьми. Привязанность характеризовалась сверхценным аффективно-насыщенным отношением чаще к двум и более объектам (58,6%) (к родителям, супругам/романтическим партнерам, детям), носящим стойкий, фиксированный характер, небезопасными стилями привязанности (64,7%

- тревожно-озабоченный, 11,8% - избегающе-отвергающий, 5,8% - избегающе-опасающийся), приобретая оттенок эмоциональный зависимости со стремлением получать одобрение и поддержку со стороны значимого лица.

СТ была представлена преимущественно высокими уровнями (более 38 баллов по шкале ASA-27, 68,9%), нередко достигала уровня выраженности панических приступов, проявлялась в беспокойстве о благополучии, здоровье и безопасности объекта привязанности, сопровождалась инсомническими нарушениями (ночные кошмары о возможной разлуке, трудности при засыпании в отсутствии объекта привязанности), соматизацией (боли, тошнота, рвота), также нередко происходило формирование вторичной фобической симптоматики в виде страха спать вне дома, оставаться без объекта привязанности. Симптомы ТРС чаще воспринимались пациентами с аффективным вариантом расстройства как непереносимые, чуждые, осознавались как проявления психического расстройства, фигурировали в основных жалобах пациентов при обращении к психиатру, т.е. являлись эгодистонными.

Когнитивно-поведенческий вариант встречался реже (42%) и характеризовался чрезмерной тревогой, связанной с возможностью остаться беспомощным без одобрения и поддержки объекта привязанности, когнитивными и поведенческими симптомами, связанными с ситуациями разлуки, например, формированием избегающего поведения. В отличие от нескольких объектов привязанности при аффективном варианте ТРС, пациенты этой группы чаще (2/3 лиц) имели одну значимую фигуру – романтический партнер/супруг или один из родителей. Эмоциональная зависимость от значимого объекта в некоторых случаях приобретала характер магического мышления с приписыванием ему способности понимать чувства и мысли пациента, угадывать его желания, управлять его эмоциональным состоянием. Зависимость чаще носила характер функциональной и аттитюдной (наличие установок, ценностей, убеждений, соответствующих таковым у значимых лиц). Данный вариант ТРС сопровождался формированием стойкого избегания ситуаций разлуки, которое носило

стереотипный характер, а в некоторых случаях сочеталось с отчетливыми рентными установками. Пациенты имели высокие уровни избегания и беспокойства, а их привязанность характеризовалась избегающе-опасающимся стилем (20%). 66,7% второй группы формировали тревожно-озабоченный стиль привязанности, 13,3% - надежный. Особенностями сферы мышления у пациентов со вторым типом ТРС являлась склонность к формированию идеаторных навязчивостей, идей сверхценного и реже сверхценно-бредового уровня - ревности, ипохондрического содержания. Особенностью ипохондрических проявлений являлось наличие тревожных опасений потери связи с объектом привязанности в случае собственной смерти или тяжелой соматической патологии. Также наблюдалась «инвертированная ипохондрия» с тревогой и навязчивыми идеями о наличии тяжелого заболевания у объекта привязанности, которое может привести к его смерти и утрате связи с ним. Идеи ревности при ТРС также всегда сопровождались страхом разлуки со значимым лицом вследствие его измены, однако черты подозрительности не были тотальными, поведение корректировалось в зависимости от реакции объекта привязанности на контролирующее поведение.

В зависимости от возраста начала ТРС выделены 2 типа его течения: первый тип с началом в детском возрасте (первая группа; n=29; 58%) и второй тип - с манифестацией во взрослом возрасте (вторая группа; n=21; 42%). Средний возраст начала расстройства в первой группе составил 7,6±3,6 лет (диапазон 3-15), во второй группе – 32,2±8,4 (диапазон 18-50). Гендерный состав характеризовался преимущественно лицами женского пола (90,5% и 93,1%, соответственно). В первой группе практически в равной степени представлены работающие (44,8%) и нетрудоустроенные (55,2%), тогда как во второй - это соотношение составило 2,5:1 (71,4% и 28,6%). Во второй группе высшее образование имела большая часть изученных пациентов (85,7%), в то время как в первой группе среднее и высшее образование имели только 41,3% и 58,7%, соответственно.

Уровни специфической СТ (ASA-27) у пациентов с началом ТРС в детстве выше, чем у лиц с началом расстройства во взрослом возрасте ($p < 0,01$). 75,9%

пациентов с ТРС с детским началом имели высокий и очень высокий уровни специфичной СТ в сравнении со второй группой, где практически в равной степени отмечались средние (52,4%) и высокие (47,6%) уровни тревоги. 59,1% пациентов первой группы имели умеренный и тяжелый уровни тревоги по HARS в сравнении с 41,6% опрошенных второй группы, имеющими умеренный уровень тревоги (тяжелая тревога среди опрошенных второй группы не встречалась). 58,3% пациентов с началом ТРС во взрослом возрасте имели низкий неспецифический уровень тревоги.

Сравнение числа и структуры объектов привязанностей показал, что в первой группе пациентов только 41,4% имели один объект привязанности. В преобладающем числе случаев (58,6%) у них отмечалось несколько объектов привязанности: 2 объекта – 41,4%, 3 объекта – 13,8%, 4 объекта – 3,4%. В 51,7% случаев объект привязанности оставался неизменным на всем протяжении расстройства: в 21,7% - матери, 13,8% - оба родителя, 6,8% - бабушки/дедушки. У 9,9% изученных пациентов этой группы происходила генерализация объектов привязанности – к первичному объекту присоединялись новые фигуры. Во второй группе один объект привязанности наблюдался у большего числа пациентов (66,6%). У 13,3% пациентов с ТРС с началом во взрослом возрасте происходило расширение объектов привязанности, когда к первичному объекту (родители или ребенок) добавлялись новые (после замужества или рождения других детей).

В первой группе (ТРС с началом в детстве) объектами привязанности чаще становились родители (26,9%), в то время, как во второй – супруги/партнеры (38,5%). В обеих группах привязанность к родителям встречалась в практически равной степени (26,9% - в первой группе и 30,8% - во второй), при это привязанность только к матерям встречалась чаще, чем к обоим родителям (23,1% - 1, 19,2% - 2). В группе пациентов с началом у взрослых среди объектов привязанностей доминировали супруги/партнеры (38,5% в сравнении с 25% в первой группе). Дети являлись объектами привязанности в 23,1% в обеих группах. Только при начале расстройства в детском возрасте объектами привязанности

являлись сиблинги (1,9%) и бабушки/дедушки (5,8%). Во второй группе фигурами привязанности были друзья (3,8%), что не отмечалось у пациентов первой группы.

Анализ стилей привязанности, оцениваемых по ECR, показал, что в обеих группах большая часть пациентов имели небезопасные стили привязанности. В наименьшей степени в обеих группах представлен избегающе-опасающийся стиль привязанности – 14,3% при начале расстройства в детстве, 7,7% - при взрослом начале. Надежные стили привязанности встречаются в равной степени в обеих группах – 19,1% и 23,1%. Тревожно-озабоченный стиль привязанности являлся самым распространенным в обеих группах, однако процент лиц с тревожно-озабоченным стилем привязанности в первой группе превосходил отмечающийся во второй (66,6% в первой группе и 53,8% - во второй). Избегающе-отвергающий стиль привязанности отмечался у 15,3% пациентов второй группы и отсутствовал в первой.

Анализ сопутствующей психической патологии в исследуемых группах показал, что как в первой, так и во второй группах пациентов во всех случаях ТРС сопровождалось другими непсихотическими психическими расстройствами. В структуре коморбидности в обеих группах преобладали аффективные расстройства, отмечаемые практически в равной степени у пациентов с началом ТРС в детском возрасте (62,2% в сравнении с 61,9%): расстройства настроения в группах представлены депрессивным эпизодом (24,1% по сравнению с 23,8%), хроническими депрессивными расстройствами - дистимическое расстройство (3,5% только в первой группе), рекуррентным депрессивным расстройством (13,8% по сравнению с 14,3%), смешанным тревожно-депрессивным расстройством (10,4% в сравнении с 14,3%). Биполярное аффективное расстройство наблюдалось в 10,4% и 9,5% случаев соответственно.

Сочетание с тревожными расстройствами отмечалось у пациентов с началом ТРС в детстве в 17,4% случаев, при начале во взрослом возрасте – в 14,3%, и отличалось по структуре. Так, только в первой группе пациентов отмечалось генерализованное тревожное расстройство (3,5%), преобладало паническое

расстройство (10,4% в сравнении с 4,8%), тогда как у пациентов с началом ТРС во взрослом возрасте в 2,7 раза чаще отмечались обсессии (9,5% в сравнении с 3,5%).

Различалась структура коморбидности и других непсихотических психических расстройств. В обеих группах ТРС сопутствовало соматизированному расстройству (3,5% в сравнении с 4,8%, соответственно), а коморбидность с расстройствами адаптации и ипохондрическим расстройством (по 9,5%) (по типу «инвертированной» ипохондрии) наблюдалась только при втором типе течения – с началом ТРС во взрослом возрасте. В то же время в первой группе с началом расстройства в детском возрасте ТРС сопутствовали расстройства личности - истерическое (3,5%), эмоционально-неустойчивое (3,5%), ПТСР (3,5%) коморбидность с которыми не отмечена при начале ТРС после 18 лет. В обеих группах были представлены пациенты с шизотипическими расстройствами (9,5% - с началом ТРС во взрослом возрасте, 10,4% - ТРС с детским началом).

Основываясь на восьмифакторной структуре опросника ASA-27, предложенной D. Silove и соавт. (2007), в двух исследованных группах пациентов был проведен анализ выделенных им доменов (ночные кошмары, тревога по поводу поездок, строгий режим, чрезмерная разговорчивость, беспокойство о причинении вреда, нарушения сна, сепарационный дистресс, беспокойство об отношениях). Статистические различия ($p<0,05$) между группами отмечались по двум доменам, а именно «тревога по поводу поездок», включающий в себя волнение перед тем как выйти из дома или покинуть кого-то из близких при отправлении в путешествие, и по домену «ночные кошмары» (кошмары и фантазии о разлуке с близкими или нахождении вдали от дома). При начале ТРС в детском возрасте по сравнению с лицами второй группы тяжесть данных нарушений была выше. Помимо того, у них отмечался более выраженный сепарационный дистресс, нарушения сна, характерные для ТРС (трудности при засыпании вдали от объекта привязанности, лучшее засыпание со светом, под звук телевизора, голоса близких), беспокойство, что близким будет нанесен вред. Эти пациенты были более обеспокоены нарушением распорядка дня, изменениями в графике, мешающими встрече с

близкими (домен «строгий режим»), имели большую дисфункцию по домену «чрезмерная разговорчивость», включающему излишнюю говорливость с целью продлить контакт со значимым другим (отмечаемую самим пациентом или его близкими). Пациенты обеих групп в равной степени были обеспокоены своей склонностью к построению слишком эмоциональных отношений с другими людьми, к формированию чрезмерной близости с ними, что, по мнению больных, может привести к неразрешимым проблемам (домен «беспокойство об отношениях»).

При анализе личностных особенностей пациентов (PID-5) в зависимости от возраста начала расстройства в обеих группах более высокий балл наблюдался по домену негативная аффективность. В группе пациентов с началом ТРС в детском возрасте по сравнению со второй группой отмечались более высокие баллы по всем пяти доменам (негативная аффективность, психотизм, отстраненность, антагонизм, расторможенность), а их личностный профиль характеризовался более выраженными чертами эмоциональной лабильности, тревожности, повышенной отвлекаемостью, персеверацией, сепарационной уязвимостью, склонностью к ангедонии. Личностный профиль пациентов с ТРС во взрослом возрасте характеризовался жестким перфекционизмом, эмоциональной лабильностью, тревожностью (балл по аспекту PID-5>1,5).

У всех пациентов с ТРС отмечалось снижение показателей качеств жизни (Q-LES-Q) в среднем на 41% по 4 сферам (физическое здоровье (49,6±14,3), эмоциональные переживания (60,4±17,1), активность в свободное время (61,2±16,6), сфера общения (65,3±14,9) вне зависимости от времени формирования этого расстройства (с началом в детском или взрослом возрасте) и варианта клинической картины (аффективный или когнитивно-поведенческий вариант).

С целью выявления связи между показателями качества жизни пациентов с ТРС (QLES-Q) и 18 характеристиками, разделенными на 3 блока: социально-демографические (возраст; пол, образование, семейное положение, социальный статус), клинические (возраст начала ТРС, показатели по ASA-27, HDRS, HARS,

клинический вариант ТРС и тип течения) и индивидуально-психологические характеристики (личностные домены: негативная аффективность, отстраненность, антагонизм, расторможенность, психотизм; количество объектов привязанности, стиль привязанности) проведен корреляционный анализ.

Показатели функционирования пациентов с ТРС преимущественно связаны с личностными характеристиками (ключевыми из них являются антагонизм и отстраненность). Отмечалась связь социодемографических показателей (семейное положение, социальный статус) с отдельными аспектами по Q-LES-Q (активность в свободное время, физическое здоровье, эмоциональные переживания). Выраженность депрессивной симптоматики коррелировала с оценкой в сфере общения.

Степень снижения качества жизни и функционирования у пациентов с аффективным и когнитивно-поведенческим вариантами связана с клиническими и индивидуально-психологическими характеристиками: с выраженностью тревожных проявлений при аффективном варианте, с выраженностью депрессивной симптоматики и антагонизмом – при когнитивно-поведенческом. При аффективном варианте отмечены связи клинико-демографических и индивидуально-психологических характеристик со всеми субшкалами Q-LES-Q, в то время как при когнитивно-поведенческом не обнаружено значимых корреляций ни с одной из участвующих в анализе переменных с функционированием в сферах эмоциональных переживаний и общения. Клинические характеристики при аффективном варианте (выраженность тревожных проявлений и тип ТРС) связаны с удовлетворенностью в сферах общения и эмоциональных переживаний, при когнитивно-поведенческом (выраженность депрессивной симптоматики) – с удовлетворенностью физическим здоровьем. Социальный статус в первой группе коррелировал с функционированием в сфере эмоциональных переживаний, а социально-демографические характеристики (уровень образования) при когнитивно-поведенческом варианте соотносились со сферой «активность в свободное время». Удовлетворенность досуговой активностью в первой группе

была связана с личностной характеристикой «отстраненность», а во второй связь прослеживалась с самооценкой физического здоровья. Индивидуально-психологические характеристики (личностные домены, характеристики привязанности) при аффективном варианте имели ассоциации сразу с тремя сферами – физическое здоровье, активность в свободное время, общение.

Проведенный корреляционный анализ выявил зависимость показателей качества жизни у пациентов с детским возрастом начала ТРС с индивидуально-психологическими характеристиками (антагонизм, отстраненность). При этом, высокие показатели антагонизма свидетельствовали о более высокой оценке сфер общения, физического здоровья и качество жизни в целом, а высокие значения отстраненности были связаны с более серьезными нарушениями функционирования по субшкалам «активность в свободное время» и «общение». Кроме того, чем позже начиналось ТРС, тем сильнее страдала сфера эмоциональных переживаний. Независимо от типа течения расстройства отмечалась обратная связь между выраженностью депрессивной симптоматики и удовлетворенностью социальным функционированием. При начале ТРС у взрослых низкое качество жизни было связано с выраженностью тревожной симптоматики. Увеличение количества объектов привязанности сопровождалось снижением удовлетворенности в сфере общения.

ВЫВОДЫ

1. ТРС у взрослых, характеризуясь наличием онтогенетически неадекватного и чрезмерного страха или тревоги по поводу реальной или воображаемой разлуки с объектом привязанности, по своим эпидемиологическим, социодемографическим и клиническим характеристикам соответствует другим тревожным расстройствам:

а. Распространенность ТРС у амбулаторных пациентов с непсихотическими психическими расстройствами составляет 5,4%, а распространенность СТ, не достигающей диагностических критериев расстройства, - 24,8%;

b. Среди пациентов с ТРС у взрослых преобладают лица женского пола (92%), с высоким уровнем образования (70%) и профессиональной занятости (56%), состоящие в браке (54%); начало расстройства относится к первой половине жизни (средний возраст начала – 19,9±13,9), чаще к детскому возрасту (58%);

c. Клиническая картина ТРС у взрослых включает аффективный, когнитивный и поведенческий компоненты с доминированием специфической СТ, выраженность которой выше, чем уровни неспецифической тревоги;

d. Для всех пациентов с ТРС у взрослых характерно наличие сопутствующих непсихотических психических расстройств, структура которых характеризуется высокой представленностью аффективных (62%) и тревожных (16%) нарушений, реже - шизотипических (10%), личностных (4%) и других (14%) - ипохондрических, соматизированных, реакций на тяжелый стресс и расстройств адаптации.

2. В половине случаев (50%) у пациентов с ТРС у взрослых наблюдается монопривязанность, определяющаяся высокой степенью родственной близости к пациенту (к партнеру/супругу – 26%, к матерям или детям -12%). В 50% случаях имела место привязанность к двум и более объектам: к двум объектам – 34%, к трем – 14%, к четырем – 2%.

3. Модель отношений пациентов с ТРС у взрослых характеризуется ненадежными стилями привязанности (79,4%): чаще всего - тревожно-озабоченным (зависимым) (61,8%), значительно реже - избегающе-опасающимся (11,8%) и избегающе-отвергающим (5,9%). Надежный стиль привязанности наблюдается только в 20,6% случаях. Индивидуально-психологические особенности пациентов характеризуются преобладанием негативной аффективности (1,8±0,5), отстраненности (1,1±0,6) и расторможенности (1,1±0,6).

4. В соответствии со структурой феномена сепарации выделено 2 клинических варианта ТРС у взрослых: аффективный и когнитивно-поведенческий.

а. Аффективный вариант (58%) характеризуется преобладанием эмоциональных переживаний (тревога со склонностью к соматизации, вторичные фобии) в структуре сверхценного аффективно насыщенного отношения к объекту привязанности с чувством «особой эмоциональной связи» («эмоциональный симбиоз») без формирования устойчивых поведенческих паттернов, а также высоким уровнем инсайта в отношении имеющегося расстройства. У пациентов разнообразно представлены небезопасные стили привязанности (тревожно-озабоченный (64,7%), избегающе-отвергающий (11,8%), избегающе-опасающийся (5,8%), с развитием эмоциональной зависимости в отношении двух и более лиц.

б. Когнитивно-поведенческий вариант наблюдается реже (42%) и характеризуется преимущественно поведенческими симптомами, связанными с чувством беспомощности в ситуациях разлуки, избеганием сепарации с использованием однонаправленных контролирующих стратегий, приобретающих стереотипный, иногда необычный или нелепый характер; когнитивными нарушениями – склонность к формированию сверхценных и сверхценно-бредовых идей, магического мышления, идеобсессий; низким уровнем инсайта в отношении имеющегося расстройства. 86,7% имеют ненадежные типы привязанности (тревожно-озабоченный стиль (66,7%) и избегающе-опасающийся стили (20%), зависимость носит характер функциональный, аттитюдный и формируется чаще в отношении одного значимого объекта (партнер/супруг, мать).

5. В зависимости от времени начала расстройства выделены 2 типа течения ТРС: первый тип с началом расстройства в детском возрасте и второй тип - во взрослом возрасте.

а. Первый тип формируется в детском возрасте (7,6±3,6 лет), наблюдается чаще (58%). Отмечается преимущественно у женщин (90,5%), лиц зрелого возраста (33,4±11,6), не работающих (55,2%). Характеризуется высокими уровнями сепарационной и неспецифической тревоги. В динамике заболевания наблюдается генерализация объектов привязанности с сохранением первичного объекта. Привязанность характеризуется преимущественно небезопасными стилями -

тревожно-озабоченным (зависимым) (66,6%), избегающе-опасающимся (14,3%). Коморбидность представлена высоким преобладанием аффективных (62,2%) и тревожных расстройств (17,4%), реже - шизотипическими (10,4%), личностными (7%), соматизированными расстройствами (3,5%) и ПТСР (3,5%).

b. Второй вариант, формируясь в зрелом возрасте (32,2±8,4), наблюдается реже (42%). Чаще отмечается у женщин (93,1%), лиц с высшим образованием (85,7%) и трудовой занятостью (71,4%). Характеризуется средними уровнями сепарационной и неспецифической тревоги. Выбор объекта привязанности чаще носит характер монопривязанности (66,6%) к супругам/партнерам, матерям, детям, и трактуется как неадаптивный - тревожно-озабоченный (53,8%), избегающе-отвергающий (15,3%) и избегающе-опасающийся (7,7%). Спектр сопутствующей симптоматики представлен аффективными (61,9%), тревожными (преимущественно обсессивные) (14,3%), ипохондрическими (9,5%) расстройствами, расстройствами адаптации (9,5%), шизотипическими (9,5%) и соматизированными расстройствами (4,8%).

6. У пациентов с ТРС у взрослых отмечается снижение на 41% показателей качества жизни (преимущественно в сфере физического здоровья), коррелирующих с выраженностью коморбидной симптоматики (выраженность депрессивных проявлений), с социодемографическими (семейное положение, социальный статус) и индивидуально-психологическими (отстраненность, антагонизм) характеристиками. У пациентов с детским возрастом начала ТРС степень снижения качества жизни в большей степени зависит от индивидуально-психологических характеристик (антагонизм, отстраненность), тогда как при начале расстройства во взрослом возрасте преимущественное значение приобретают клинические характеристики (степень выраженности тревожных расстройств).

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Аведисова А.С., Аркуша И.А., Захарова К.В. Тревожное расстройство сепарации у взрослых - новая диагностическая категория //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2018. – Т. 118. – №. 10. – С. 66-75.**
2. **Аркуша И.А.**, Аведисова А.С. Распространенность тревожного расстройства сепарации у взрослых // Сборник материалов VI Ежегодного психиатрического Форума с научно-практической конференцией «Вопросы современной психиатрии, наркологии и психотерапии: от клиники к лечению». - Москва, 13 октября 2018 г. – С.11-13.
3. **Аркуша И.А., Аведисова А.С., Захарова К.В. Распространённость и клиническая типология тревожного расстройства сепарации у взрослых//Неврологический вестник. – 2019. – Т.51. -№ 3. - С.32-36.**
4. Аведисова А.С., **Аркуша И.А.**, Захарова К.В., Акжигитов Р.Г. Распространенность сепарационной тревоги и тревожного расстройства сепарации у взрослых среди амбулаторных пациентов с непсихотическими психическими расстройствами // Психиатрическая наука в истории и перспективе. Материалы Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 75-летию Научного центра психического здоровья. – М., 2019. - С. 41-43.
5. **Аркуша И.А.** Распространенность и социодемографические корреляты тревожного расстройства сепарации у взрослых // Сборник материалов конференции XIV Юбилейной Всероссийской школы молодых психиатров. - Суздаль, 17-22 апреля 2019 г. - С. 24-27.
6. **Аркуша И.А.**, Захарова К.В. Клиническая типология тревожного расстройства сепарации у взрослых // Сборник материалов Международного Конгресса «Современные технологии в диагностике и терапии психических и неврологических расстройств». - Санкт-Петербург, 17-18 октября 2019 г. – С.18-19.
7. **Аведисова А.С., Аркуша И.А., Акжигитов Р.Г., Аносов Ю.А., Захарова К.В. Распространенность тревожного расстройства сепарации у взрослых амбулаторных пациентов с психическими расстройствами непсихотического уровня //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2020. – Т. 120. – №. 6. – С. 92-98.**
8. **Аркуша И.А.** Клиническая типология тревожного расстройства сепарации у взрослых амбулаторных пациентов с непсихотическими психическими расстройствами // Актуальные проблемы нейробиологии психических и аддиктивных расстройств: сборник материалов Российской конференции с международным участием. - Томск, 6-8 октября 2020 г. – С. 6-7.
9. **Аркуша И.А.** Клиническая типология тревожного расстройства сепарации у взрослых амбулаторных пациентов с непсихотическими психическими расстройствами // Актуальные вопросы фундаментальной и клинической медицины: сборник материалов конгресса молодых ученых, 19–20 ноября 2020 г.– Томск: Изд-во Том. ун-та, 2020. – С.347-350.