

©Балакирева Е.Е и др., 2024 г.

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК 616.89-02-085; 616-002.2

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-3-24-33>

Аффективные нарушения при шизотипическом расстройстве с ведущими в клинической картине расстройствами пищевого поведения

Е.Е. Балакирева, С.Г. Никитина, А.В. Куликов, А.А. Коваль-Зайцев, Т.Е. Блинова, Н.С. Шалина, О.В. Шушпанова, А.Г. Алексеева

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Елена Евгеньевна Балакирева, balakirevalena@yandex.ru

Резюме

Обоснование: разработка проблемы аффективных нарушений у больных с шизотипическим расстройством с ведущими расстройствами пищевого поведения (РПП) в детско-подростковом возрасте является неизменно актуальной. Однако сопутствующие ему расстройства и их динамика исследованы недостаточно. **Цель работы:** изучить клинико-психопатологическую структуру аффективных нарушений у пациентов с шизотипическим расстройством и ведущими в клинической картине расстройствами пищевого поведения. **Пациенты и методы исследования:** в исследование включены 50 пациентов (9 мальчиков, 41 девочка) в возрасте от семи лет до 16 лет (средний возраст $13,2 \pm 2,7$ года) в соответствии с диагностическими критериями включения: 1) шизотипическое расстройство; 2) расстройства пищевого поведения; 3) аффективные расстройства. В исследовании применяли соматический, клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический (шкала Гамильтона для оценки депрессий, the Hamilton Depression Rating Scale, HDRS), шкала оценки позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) методы. **Результаты:** у пациентов с шизотипическим расстройством и аффективными нарушениями наблюдались следующие варианты РПП: нервная анорексия (НА — первый тип), нервная анорексия с доминированием булимии (НАНБ — второй тип), нервная анорексия с доминированием булимии и vomitomанией (НАНБ + В — третий тип). Аффективные нарушения при первом типе течения РПП отличались выраженной депрессивной триадой, суицидальными мыслями и ступором на кахектическом этапе болезни. Аффективные нарушения при втором типе течения РПП характеризовались смешанным аффективным состоянием: короткой непродуктивной манией с идеями дисморфобии и идеями отношения, сменяющейся затяжным депрессивным состоянием с сенесто-ипохондрическими нарушениями, астенией, нарастанием когнитивных нарушений. Аффективные нарушения при третьем типе течения РПП характеризовались, помимо тимического компонента, наличием выраженных бредовых и дисморфобических расстройств и идей отношения, психопатоподобным поведением, деперсонализационно-дереализационными нарушениями, астенией и когнитивными нарушениями. Аффективная патология при шизотипическом расстройстве с РПП так же, как и дисморфобический синдром, сохранялась длительное время. Наиболее тяжелое течение наблюдалось у третьей группы пациентов (НАНБ + В), что было обусловлено значительной долей психотических расстройств в структуре синдрома и соматическими осложнениями вследствие рвотного поведения. **Выводы:** пациенты с шизотипическим расстройством и ведущей симптоматикой в виде РПП и аффективных нарушений требуют комплексного подхода к терапии, включающего соматическое и психофармакологическое лечение.

Ключевые слова: детский возраст, шизотипическое расстройство, расстройства пищевого поведения, нервная анорексия, нервная булимия, vomitomания, депрессия

Для цитирования: Балакирева Е.Е., Никитина С.Г., Куликов А.В., Коваль-Зайцев А.А., Блинова Т.Е., Шалина Н.С., Шушпанова О.В., Алексеева А.Г. Аффективные нарушения при шизотипическом расстройстве с ведущими в клинической картине расстройствами пищевого поведения. *Психиатрия*. 2024;22(3):24–33. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-3-24-33>

RESEARCH

UDC 616.89-02-085; 616-002.2

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-3-24-33>

Mood Disorders in Schizotypal Disorder with Leading Syndrome of Eating Disorders

Е.Е. Balakireva, S.G. Nikitina, A.V. Kulikov, A.A. Koval-Zaitsev, T.E. Blinova, N.S. Shalina, O.V. Shushpanova, A.G. Alekseeva

FSBSI "Mental Health Research Centre". Moscow, Russia.

Corresponding author: Elena E. Balakireva, balakirevalena@yandex.ru

Resume

Background: coverage of the problem of mood disorders in patients with schizotypal disorder with leading eating disorders (EDs), in childhood and adolescence is relevant. However, concomitant disorders in eating disorder in childhood and adolescence and their dynamics have not been sufficiently studied. **The aim:** to study the clinical and psychopathological structure of mood disorders in patients with schizotypal disorder and eating disorders leading in the clinical picture. **Patients and methods:** the study included 50 patients (9 boys, 41 girls), aged 7 to 16 years. Inclusion criteria: 1) schizotypal disorder; 2) eating disorders; 3) mood disorders. Research methods: clinical-psychopathological, psychometric (HDRS, PANSS), follow-up, somatic observation. **Results:** in patients with schizotypal and mood disorders, the following variants of eating disorder were observed: anorexia nervosa (AN — first type), anorexia nervosa with dominance of bulimia (ANB — second type), anorexia nervosa with dominance of bulimia and vomitomania (ANB + B — third type). Mood disorders in the first type of eating disorder were characterized by a pronounced depressive triad, suicidal thoughts and stupor at the cachectic stage of the disease. Mood disorders in the second type of eating disorder were characterized by a mixed affective state: short unproductive mania, ideas of dysmorphophobia, ideas of attitude, followed by a prolonged depressive state with senesto-hypochondriacal disorders, asthenia, and an increase in cognitive impairment. Mood disorders in the third type of eating disorder were characterized by the presence, of pronounced delusional and dysmorphophobic disorders and ideas of attitude, psychopathic behavior, depersonalization-derealization disorders, asthenia and cognitive impairment. Affective pathology in schizotypal disorder with eating disorder, as well as body dysmorphic syndrome, persisted for a long time. The most severe course was observed in the third group of patients (NANB + B), which was due to a significant proportion of psychotic disorders in the structure of the syndrome and somatic complications due to vomiting behavior. **Conclusions:** patients with schizotypal disorder with leading symptoms of eating disorder and mood disorders require an integrated approach to therapy, including somatic and psychopharmacological treatment.

Keywords: childhood, schizotypal disorder, eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, vomitomania, depression

For citation: Balakireva E.E., Nikitina S.G., Kulikov A.V., Koval-Zaitsev A.A., Blinova T.E., Shalina N.S., Shushpanova O.V., Alekseeva A.G. Mood Disorders in Schizotypal Disorder with Leading Syndrome of Eating Disorders. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2024;22(3):24–33. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2024-22-3-24-33>

ВВЕДЕНИЕ

Расстройства пищевого поведения (РПП) — это ряд поведенческих синдромов, связанных с нарушениями процесса принятия пищи. РПП обычно возникает в подростковом возрасте, с наибольшей распространенностью у девочек, но может присутствовать и у детей в возрасте от пяти лет [1]. Распространенность РПП, по данным масштабных эпидемиологических исследований, составляет 5,5–17,9% у девочек и 0,6–2,4% у мальчиков [2].

Сопутствующие расстройства при нервной анорексии и нервной булимии у взрослых пациентов составляют 56,2% и 94,5% соответственно, включая аффективную патологию [3]. Имеются лишь несколько статей, посвященных связи аффективной патологии и РПП у подростков, однако взаимосвязь шизотипического расстройства, аффективных нарушений и РПП у детей прицельно не исследовалась. Предполагается, что наличие РПП с коморбидными аффективными расстройствами утяжеляет клиническую картину шизотипического расстройства, что увеличивает риск аутоагрессивных действий и суицидальных попыток, и утяжеляет соматическое состояние пациентов. Таким образом, диагностика аффективной патологии у детей и подростков, страдающих шизотипическим расстройством и РПП, оказывается значимой в контексте предотвращения летальных исходов в практике врача-психиатра.

Изучение РПП при нервной анорексии позволило выделить три типологических варианта: нервная анорексия (НА), нервная булимия (НБ) и нервная анорексия, нервная булимия и vomitomania (НАНБ + В). Как правило, начало заболевания приходится на подростковый возраст, характеризуется полиморфной

клинической картиной, трансформацией симптоматики с течением времени и по мере прогрессирования заболевания. Более чем 70% пациентов с РПП демонстрируют сочетанные психические нарушения: тревожные расстройства (> 50%), расстройства настроения (> 40%), аутоагрессивное поведение (> 20%) и употребление психоактивных веществ (> 10%) [4–8].

Зарубежные исследователи рассматривают РПП преимущественно как психосоматическое расстройство, обусловленное сочетанием неблагоприятных факторов окружающей среды и реакции личности на стресс (стремление к «стандартам красоты», требования тренеров в спорте и танцевальных классах, буллинг, нарушение внутрисемейных отношений и т.д.) [7, 10, 11]. В отечественной психиатрии РПП традиционно описывались в качестве патологически протекающего пубертатного криза, реактивного состояния в подростковом возрасте, а также проявления невротической декомпенсации. По результатам исследований, проведенных М.В. Коркиной, нервная анорексия была выделена в качестве самостоятельного заболевания, однако расстройства приема пищи также рассматривались как ведущий синдром при некоторых формах шизофрении, в том числе при шизотипическом расстройстве [12–16].

На основании многочисленных наблюдений были выделены основные синдромы, характерные для расстройств приема пищи: дисморфофобический, депрессивный, obsessивно-фобический, а также бредовой, чаще всего с идеями отношения. Кроме того, РПП зачастую сопровождалась ипохондрическими переживаниями, сенестопатиями, синдромом деперсонализации-дереализации [16–20].

Последние статистические исследования показывают, что лица с РПП подвержены повышенному риску возникновения депрессивного расстройства:

по оценкам распространенность депрессии варьируется от 31 до 50% [4, 10]. РПП характеризуются самым высоким уровнем смертности у лиц с психическими расстройствами (уровень смертности в 5,86 раза выше, чем населения в целом), что связано с осложнениями вследствие длительного голодания и многократных рвот, приводящих к кахексии, а также с завершёнными суицидальными попытками [4, 7, 19, 20].

В раннее проведенных исследованиях отдела детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ, посвященных изучению динамики РПП у детей и подростков, было показано, что эти расстройства нозологически представляли две основные группы: пациенты с патологически протекающим возрастным кризом у акцентуированных личностей, клинически проявляющимся в виде РПП, что соответствует диагнозу F50.0 по МКБ-10, и пациенты с основным диагнозом по МКБ-10 «шизотипическое расстройство F21.3–F21.4», в структуре которого развился синдром РПП [12, 14, 20].

Настоящее исследование разрабатывалось для детального изучения группы пациентов с шизотипическим расстройством, поскольку данное расстройство ассоциировано со значительными функциональными нарушениями и представляет сложности для клинической диагностики и лечения. Результаты проведенных ранее исследований свидетельствуют не только о большой распространенности аффективных расстройств при шизотипическом расстройстве, но и их атипичной психопатологической структуре [21–23]. Структура аффективных расстройств при шизотипическом расстройстве с ведущими РПП в клинической картине у детей и подростков представляет актуальную проблему для клиницистов, так как депрессивные расстройства в детском возрасте характеризуются атипичным течением, «маскируются» ведущей симптоматикой в виде РПП, сопровождаются выраженными расстройствами мышления и поведения, квазипсихотическими синдромами, характерными для шизотипического расстройства, а также низкой комплаентностью этих пациентов. Данные особенности приводят к сложностям диагностики, позднему выявлению расстройств приема пищи и, как следствие, увеличению риска как нефатального, так и фатального суицидального поведения. Таким образом, исследование аффективных нарушений, манифестирующих в рамках РПП при шизотипическом расстройстве, представляется чрезвычайно важным и необходимым для решения диагностических и терапевтических проблем в детской психиатрии.

Целью исследования было изучение клинических проявлений и течения аффективных нарушений при шизотипическом расстройстве с ведущими в клинической картине основными видами РПП для определения психопатологических и возрастных особенностей.

Основная гипотеза настоящего исследования — аффективные нарушения при шизотипическом расстройстве с РПП имеют важные отличительные особенности,

которые определяют клиническую картину и подход к терапии.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Работа выполнена в отделе детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» с 2010 по 2023 г.

На предварительном этапе были проанализированы данные 628 пациентов от семи лет до 16 лет, первоначально оценивавшиеся как страдающие нервной анорексией (F50.0). Из данной когорты были отобраны 50 пациентов (41 девочка, 9 мальчиков) в возрасте от семи до 16 лет (Q1 — 11 лет, Q3 — 14 лет, $s \sim 2,7$ года), у которых расстройства пищевого поведения сосуществовали с аффективной патологией и обнаруживались в структуре текущего шизотипического расстройства.

На основном этапе был составлен протокол исследования, индивидуальная карта пациента, получено информированное согласие. Разработаны следующие критерии включения и невключения.

Критерии включения

1. Соответствие диагнозу «Шизотипическое расстройство» F21.3, F21.4 по МКБ-10.
2. Ведущий синдром расстройства пищевого поведения.
3. Аффективные нарушения.
4. Возраст пациентов от семи до 16 лет.
5. Возможность полного психометрического обследования.
6. Информированное согласие пациента и/или его родителей (законных представителей) на участие в исследовании.

Критерии невключения

1. Первичная эндокринная патология.
2. Грубое органическое поражение ЦНС (инсульты, опухоли, эпилепсия, ЧМТ).
3. Развернутые расстройства психотического регистра (так называемые симптомы первого ранга по K. Schneider, 1913).
4. Интеллектуальный дефицит.

Этические аспекты

Исследование проведено с соблюдением положений Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации 1964 г. по вопросам медицинской этики, пересмотренной в 1975–2013 гг. Родители участников подписывали информированное согласие на участие детей в исследовании. Работа получила одобрение Локального этического комитета ФГБНУ «НЦПЗ» (протокол № 314 от 21.10.2016).

Ethic approval

The parents of all examined children signed the informed consent to take part in a study. The work received approval from the Local Ethics Committee FSBI “MHRC” (protocol No. 314 of October 21, 2016). This study complies with the Principles of the WMA Helsinki Declaration 1964 amended 1975–2013.

Таблица 1. Основная характеристика когорты пациентов с аффективными нарушениями при РПП в рамках шизотипического расстройства

Table 1 Main characteristics of the cohort of patients with mood disorder in schizotypal and eating disorders

Характеристика/ Characteristics	Синдром/Syndrome	Синдром нервной анорексии (НА)/ Anorexia nervosa syndrome (AN) (n = 28)	Синдром нервной анорексии и нервной булимии (НАНБ)/ Anorexia nervosa and bulimia nervosa syndrome (ANBN) (n = 11)	Синдром нервной анорексии, нервной булимии и vomitomanii (НАНБ + В)/ Syndrome of anorexia nervosa, bulimia nervosa and vomitomania (NANB + B) (n = 11)
Пол/Gender (abs %)				
мальчики/boys		6 (21,4%)	1 (9,1%)	2 (18,2%)
девочки/girls		22 (78,6%)	10 (90,9%)	9 (81,8%)
Возраст/age (abs %)				
младший школьный/preadolescence		9 (32,1%)	5 (45,5%)	2 (18,1%)
подростковый/adolescence		19 (67,9%)	6 (54,5%)	9 (81,8%)
Средний ИМТ (с учетом возраста)/Average BMI (adjusted for age), kg/m ²				
Первичное обследование/Primary examination		12,3 ± 1,23	20,1 ± 2,2	15,2 ± 2,1
На момент выписки/Examination before discharge		16,5 ± 1,2	21,4 ± 2,2	19,1 ± 2,1
На момент катаннеза (два года)/Follow-up examination (2 years)		19,6 ± 2,3	21,1 ± 1,2	18 ± 1,11

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе применялись следующие методы исследования: соматический, клиничко-психопатологический, клиничко-катаннестический, психометрический. Длительность катаннестического наблюдения данной выборки составила 2–2,5 года. Для динамической оценки состояния пациентов использованы следующие инструменты: шкала Гамильтона для оценки депрессий (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS), шкала оценки позитивных и негативных синдромов шизофрении (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS). Использованные методы обследования позволили применить дименсиональный подход.

Использование HDRS обусловлено необходимостью количественной оценки депрессивных расстройств в динамике, поскольку именно депрессивный компонент аффективного состояния был наиболее длительным, что приводило к еще большей дезадаптации пациентов и создавало риск суицидального поведения. Применение шкалы PANSS было необходимо для количественной оценки динамики позитивной и негативной симптоматики при шизотипическом расстройстве. Состояние пациентов оценивалось по данным шкалам при включении в исследование и через два года.

Всем пациентам, участвовавшим в исследовании, проводилось физикальное обследование, включающее осмотры педиатра, невролога, офтальмолога, контроль клинического и биохимического анализов крови, клинического анализа мочи, ЭКГ-, ЭЭГ-исследования, измерение и контроль динамики веса, ведение пищевого дневника с ежедневным контролем съеденного, выпитого объема жидкости, регулярности физиологических отправлений, включая отметки о вызываемых рвотах. Рассчитывалась калорийность рациона пациентов. У всех пациентов оценивался индекс массы тела (ИМТ).

Данные обрабатывали в программе InStat GraphPad (GraphPad Software Inc., La Jolla, CA, USA), с применением критерия Пирсона и критерия Вилкоксона.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В данной работе изучалось шизотипическое расстройство в детско-подростковом возрасте с ведущими в клинической картине расстройствами пищевого поведения и аффективными нарушениями в качестве сопутствующих синдромов, их патопсихологические особенности и динамика развития.

В результате проведенного исследования выделены три основных типологических варианта нервной анорексии в рамках шизотипического расстройства: нервной анорексии (НА — первый тип), нервной анорексии с доминированием булимии (НАНБ — второй тип), нервной анорексии с доминированием булимии и vomitomanией (НАНБ + В — третий тип) (табл. 1). Группы отличались по возрасту и по полу: из общего количества мальчиков (девять человек) в группу НА вошло шесть человек (21,4%), в группах НАНБ и НАНБ + В доля пациентов мужского пола была меньшей (9,1% и 18,2% соответственно). В группе НАНБ дети младшего школьного и подросткового возраста были представлены поровну (пять человек (45,5%) и шесть человек (54,54%) соответственно), а группы НА и НАНБ + В состояли практически полностью из пациентов подросткового возраста.

В ходе катаннестического наблюдения пациентов отмечалась так называемая трансформация синдрома нервной анорексии или видоизменение типов синдрома РПП у 63% (n = 32) пациентов в течение первого года. В 50% случаев (n = 25) к клинической картине пациентов первого типа (НА) присоединялись эпизоды выраженного непреодолимого переедания с последующим компенсаторным ограничительным поведением

(НАНБ), в 30% ($n = 15$) наблюдений обследуемые после переяданий начинали вызывать у себя рвоту (НАНБ + В). Обратное развитие НА с возрастом наблюдалось только у 12% пациентов ($n = 6$). Полученные данные согласуются с ранее проведенными исследованиями [12, 14, 20, 24].

У части пациентов РПП видоизменялись в особые формы расстройства: орторексию (сверхценное отношение к правильному питанию), дранкорексию («алкогольная диета»), аллотриофагию (поедание несъедобного), вегетарианство.

Изучение структуры РПП при шизотипическом расстройстве выявило наличие нескольких этапов развития болезни: преданоректический инициальный, аноректический кахектический и этап редукции.

1-й тип (синдром нервной анорексии, НА) дебютировал на фоне истерического или тревожно-мнительного личностного радикала в качестве сверхценной (у пациентов, изначально имеющих лишний вес) либо бредовой (без нарушений роста-весовых показателей и индекса массы тела) идеи полноты (табл. 1). На аноректическом этапе появлялись выраженные аффективные, сенесто-ипохондрические, астенические расстройства. С увеличением потери веса, достигающим уровня кахексии, нарастала выраженная слабость, приводящая к социальной дезадаптации.

2-й тип (синдром нервной анорексии и нервной булимии, НАНБ) возникал на фоне личностной патологии с преобладающим истерическим, истеро-возбудимым или истеро-тормозимым радикалом. На инициальном этапе аффективная симптоматика сочеталась с дисморфофобическими идеями, обсессивно-компульсивными, а также сенестопатическими расстройствами по типу висцеральных галлюцинаций. Тягостные ощущения сопровождалась ипохондрическими переживаниями. На аноректическом (кахектическом) этапе манифестировало булимическое поведение, игравшее роль компенсаторного механизма в условиях угрожающего жизни состояния (табл. 1). Исход заболевания при данном типе течения был наиболее благоприятным.

3-й тип (синдром нервной анорексии, нервной булимии и vomitomании, НАНБ + В) также возникал на фоне личностных особенностей в виде истеро-шизоидного и истеро-эпилептоидного радикалов. На инициальном этапе дисморфофобия имела особенности в виде убежденности не только в полноте, но и в общем физическом несовершенстве. Аноректический этап у данных пациентов отличался полиморфностью клинической картины: отмечалось развертывание аффективных, деперсонализационно-дереализационных, психопатоподобных, обсессивно-компульсивных нарушений. Легко формировалось булимическое поведение с последующим многократным вызыванием рвот, отрыгивания пищи и простым срыгиванием, в том числе слюны. На следующем этапе кахексии у пациентов с НАНБ + В преобладала апатическая депрессия с деперсонализационно-дереализационными,

астеническими расстройствами, вспышками дисфории перед возникновением булимического приступа (табл. 2). Нарастали дефицитарные расстройства в виде эмоциональной уплощенности, малой контактности, нарушения абстрактно-символического мышления (табл. 3). Данный вариант синдрома характеризовался сложным затяжным волнообразным течением.

Было выявлено, что при всех трех вариантах РПП (НА, НАНБ, НАНБ + В) отмечались сопутствующие аффективные расстройства (табл. 2).

Группа пациентов с НА ($n = 28, 56\%$). Депрессивные симптомы при РПП в виде НА у пациентов с шизотипическим расстройством на фоне изменения пищевого поведения характеризовались развернутой депрессивной триадой по О.П. Вертоградовой (1980) (сниженный фон настроения, идеаторный и моторный компоненты) [25]. Выраженность депрессии нарастала по мере перехода от инициального этапа к аноректическому и выражалась тоскливо-тревожным аффектом с наличием астении, дисфорических вспышек. Содержание депрессивных переживаний составляли тревожные размышления с идеями монотематической дисморфофобии, носившей сверхценный характер: пациенты ощущали себя полными, непривлекательными, были фиксированы на идее похудения как единственном способе стать «красивыми», добиться признания со стороны окружающих. Идеаторный компонент аффективных расстройств выражался в трудностях концентрации внимания, понимания услышанного, прочитанного, а также общим замедлением мыслительной деятельности. На фоне нарастания депрессивной симптоматики возникали антивитаальные и суицидальные размышления.

Психомоторный компонент аффективных нарушений изменялся по мере нарастания дефицита веса: на инициальном и аноректическом этапах отмечалась чрезмерная двигательная активность без чувства усталости с элементами непродуктивной гипомании, направленная на коррекцию веса, достигавшая уровня ажитации.

На кахектическом этапе преобладал депрессивный фон настроения без выраженных суточных колебаний с вялостью, выраженной психомоторной заторможенностью, скованностью, зачастую приближавшейся к кататонии. Депрессия при 1-м типе НА также сопровождалась ангедонией, отчуждением эмоций с невозможностью выразить свои переживания, бессонницей, вегетативными проявлениями (тахикардия, одышка, цианоз конечностей) без выраженных физикальных нарушений (табл. 2). Редукция чувства голода позволяла пациентам поддерживать диету с резким ограничением килокалоража на протяжении длительного времени.

Группа пациентов с НАНБ ($n = 11, 22\%$). Аффективные нарушения при РПП в виде типологического варианта НАНБ у пациентов с шизотипическим расстройством отличались полиморфизмом симптоматики. На инициальном этапе с манифестацией бредовой идеи полноты

Таблица 2. Оценка тяжести депрессии по шкале Гамильтона (HDRS) у пациентов с шизотипическим расстройством и различными типологическими вариантами течения РПП при катamnестическом наблюдении в течение двух лет
Table 2 The severity of depression according the Hamilton scale (HDRS) in patients with schizotypal and eating disorders in a follow-up study 2 years

	Синдром нервной анорексии (НА)/ Anorexia nervosa syndrome (AN) (n = 28)	Синдром нервной анорексии и нервной булимии (НАНБ)/ Anorexia nervosa and bulimia nervosa syndrome (ANBN) (n = 11)	Синдром нервной анорексии, нервной булимии и vomитомании (НАНБ + В)/ Syndrome of anorexia nervosa, bulimia nervosa and vomitomania (NANB + B) (n = 11)	Общая выборка/ General sample (n = 50)
Средний балл по шкале Гамильтона (первичное обследование/катamnез два года)/Average score HDRS (primary examination/follow-up 2 years)	25,0/-	24,0/7,7	34,5/16,2	27,8/8,6
Доля пациентов с тяжелой депрессией внутри группы (первичное обследование/катamnез два года)/Proportion of patients with severe depression within the group (primary examination/follow-up 2 years)	57,1%/-	54,5%/-	81,8%/9%	48,0%/3%

на фоне монотематической дисморфофобии возникали депрессивные нарушения с идеями малоценности, ущербности и отношения со стороны окружающих. Постепенно к депрессивным переживаниям присоединялись сенесто-ипохондрические расстройства. Пациенты приступали к активной коррекции веса путем ограничительного поведения и повышения двигательной активности, «прислушивались» к различным ощущениям в теле, много читали про методики похудения, физиологию желудочно-кишечного тракта, обмен жиров и углеводов, искали способы «обмануть работу организма» с целью облегчить чувство голода и ускорить потерю массы тела. На фоне резкого самостоятельного ограничения питания возникали вспышки агрессии к окружающим, нарастала психопатоподобная симптоматика. По мере перехода на аноректический этап развития болезни и усиления потери веса депрессивные переживания сменялись короткими периодами гипомании с ощущением эйфории, «легкости в теле», «невесомости», ускорением мыслительной и речевой деятельности, нарушениями сна. Сохранялись и оставались выраженными дисморфофобические идеи, поддерживающие стремление к ограничению в еде. Дебют булимической симптоматики сопровождался сменой аффективной фазы: на фоне возникновения эпизодов переизбытка резко усиливались дисморфофобические переживания и идеи отношения, снижалось настроение с преобладанием тревожно-апатической симптоматики. После булимического приступа пациенты испытывали чувство стыда, отвращение и ненависть к себе, выраженный страх перед набором веса, корили себя за слабость, стремились вернуть контроль за потреблением пищи с расчетом калорийности, изнуряли себя голодовками и тяжелыми физическими нагрузками. Дальнейшее течение аффективных нарушений характеризовалось длительной персистенцией депрессивного состояния с идеями отношения со стороны окружающих, тревогой, сенесто-ипохондрическими переживаниями, нарастанием астении и когнитивных нарушений (табл. 2).

Группа пациентов с шизотипическим расстройством с НАНБ + В (n = 11, 22%). У данной группы обследуемых аффективные расстройства сопровождались превалирующими в состоянии бредовыми полидисморфофобическими идеями, выраженными идеями отношения с агрессией к окружающим и аутоагрессией. На инициальном этапе у данных пациентов быстро разворачивалась депрессивная симптоматика с тревожной агитацией, охваченностью бредовыми идеями полностью, активным стремлением к коррекции внешности. Нарушался ночной сон по типу частых пробуждений либо полной инсомнии. На аноректическом этапе, несмотря на потерю веса, обследуемые не испытывали субъективного облегчения состояния, сохранялось сниженное настроение по типу дисфории, легко возникали эксплозивные реакции на любые замечания окружающих, которые сопровождались агрессивными и аутоагрессивными действиями, слезливостью, обвинениями. Нарастала общая напряженность. Возникновение булимических приступов быстро осложнялось рвотным поведением. Настроение у пациентов этой группы существенно не менялось. После очистительных манипуляций (рвот) пациенты ощущали кратковременное облегчение, получая удовольствие от контроля за съеденным, рассматривания рвотных масс, что на короткое время успокаивало пациентов. На кахектическом этапе усиливались когнитивные и астенические нарушения, в ряде случаев возникала деперсонализационно-дереализационная симптоматика с ощущением «нереальности происходящего», отчуждением эмоций (табл. 2).

Сравнение трех типологических вариантов РПП по данным катamnеза у пациентов с шизотипическим расстройством с учетом тяжести депрессивного расстройства (табл. 2) с помощью критерия Пирсона показало значимые различия ($\chi^2 = 10,862, p = 0,028$). Наиболее тяжелые депрессии отмечались в третьей группе пациентов НАНБ + В, у которых сочетались с затяжным течением РПП и неблагоприятной динамикой шизотипического расстройства. Динамика аффективных расстройств при применении фармакотерапии была

Таблица 3. Выраженность позитивной и негативной симптоматики по шкале PANSS у пациентов с шизотипическим расстройством с различными типологическими вариантами течения РПП при катamnестическом наблюдении в течение двух лет

Table 3 The severity of positive and negative symptoms according PANSS in patients with schizotypal and eating disorders in a follow-up study 2 years

Типы РПП PANSS (сумма баллов)	Синдром нервной анорексии (НА)/ Anorexia nervosa syndrome (AN) (n = 28)		Синдром нервной анорексии и нервной булимии (НАНБ)/Anorexia nervosa and bulimia nervosa syndrome (ANBN) (n = 11)		Синдром нервной анорексии, нервной булимии и vomитомании (НАНБ + В)/ Syndrome of anorexia nervosa, bulimia nervosa and vomitomania (NANB + B) (n = 11)	
	Первичное обследование/ Primary examination	Катamnез 2 года/ Follow-up 2 year	Первичное обследование/ Primary examination	Катamnез 2 года/ Follow-up 2 years	Первичное обследование/ Primary examination	Катamnез 2 года/ Follow-up 2 years
PANSS-P	9,5	7,2*	18,4	8,4*	22	12*
PANSS-N	11,1	11,1*	20,9	21*	27,3	29,7*
PANSS-G	50,9	33,2*	62,4	37,6*	64,2	56,1*
Total	71,6	50,3*	101,8	64,4*	113,5	97,9*

Примечание: * $p < 0,01$.

Note: * $p < 0,01$.

положительной во всех трех группах пациентов, степень уменьшения депрессивных расстройств зависела от тяжести состояния и синдрома РПП.

Сравнение трех типологических вариантов течения РПП у больных шизотипическим расстройством с учетом изменения выраженности позитивной и негативной симптоматики, отраженное в баллах PANSS (табл. 3) с помощью критерия Вилкоксона показало значимые различия ($p < 0,01$). Во всех трех группах при проведении психофармакотерапии и реабилитационных мероприятий отмечалась значимая редукция позитивной симптоматики в течение двух лет наблюдения. В третьей группе НАНБ + В отмечалось значимое превалирование нарастания негативной симптоматики в рамках шизотипического расстройства.

За время катamnестического наблюдения, с помощью комплексного подхода к лечению, включающего четыре этапа [19], в том числе использование психофармакотерапии, удалось снизить количество койко-дней пребывания в стационаре, в среднем с 96 до 29 койко-дней, что подтверждено статистическими данными оборота койки в отделении. Введение в схему лечения соматической и антипсихотической терапии уже на первом этапе позволило купировать кахектические расстройства в 100% случаев (см. табл. 1). Летальных исходов не наблюдалось.

ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно имеющимся данным, это первое исследование, в котором изучался вопрос значимости аффективной патологии у пациентов с синдромом РПП при шизотипическом расстройстве. Сравнение полученных данных с зарубежными работами затруднено вследствие отсутствия публикаций, описывающих синдром РПП у пациентов с шизотипическим расстройством. Тем не менее многие исследователи

подтверждают значительную представленность аффективных расстройств у пациентов, страдающих РПП [4–6].

Проведенное исследование показало, что все варианты РПП у пациентов с шизотипическим расстройством сопровождаются сопутствующей аффективной патологией с преобладанием депрессивных расстройств на всех этапах заболевания. При РПП с НА доминировала тоскливо-тревожная депрессия с выраженной депрессивной триадой, идеями монотематической дисморфофобии, суицидальными мыслями и ступорозным состоянием на кахектическом этапе болезни. При РПП с НАНБ отмечалось смешанное аффективное состояние: на инициальном этапе проявлявшееся тревожной депрессией с идеями дисморфофобии и идеями отношения со стороны окружающих, далее сменявшееся на аноректическом этапе непродолжительной непродуктивной манией с последующим формированием затяжного депрессивного состояния с сенесто-ипохондрическими нарушениями, астенией, нарастанием когнитивных нарушений. РПП с НАНБ + В характеризовалось стертыми аффективными нарушениями на фоне выраженных бредовых дисморфофобических идей, идей отношения со стороны окружающих с формированием психопатоподобного поведения, нарастанием деперсонализационно-дереализационных нарушений, астении и когнитивных нарушений на кахектическом этапе болезни. Стоит отметить, что у трети всех обследованных наблюдалось суицидальное и парасуицидальное поведение, что будет отдельно рассмотрено в дальнейших работах.

Динамика ИМТ в первой группе (НА) в течение двух лет была положительной и коррелировала с достижением ремиссии аффективных расстройств. ИМТ во второй группе (НАНБ) оставался без значимой динамики в течение двух лет. Депрессивные расстройства имели тенденцию к затяжному течению, однако не достигали тяжелой степени депрессии. Динамика ИМТ у третьей

группы в течение двух лет была отрицательной (табл. 1). Это связано с неблагоприятной динамикой как РПП, так и шизотипического расстройства, а также затяжным характером течения аффективной патологии. Результаты данного исследования подтверждают выдвинутую нами гипотезу о влиянии аффективных расстройств на клинику и динамику синдрома РПП у пациентов с шизотипическим расстройством. Ограничением данного исследования следует признать отсутствие данных об аффективных нарушениях при синдроме РПП при нозологически разных состояниях и заболеваниях, а также отсутствие количественного измерения выраженности дисморфофобии, например, с помощью опросника «Образ собственного тела» [26], однако данный вопрос может стать основой будущей отдельной работы.

ВЫВОДЫ

Аффективные нарушения при РПП в структуре шизотипического расстройства были выявлены у всей выборки. Аффективная патология при шизотипическом расстройстве с РПП так же, как и дисморфофобия, сохранялась длительное время, в отличие от быстрой редукции при патологически протекающем возрастном кризе у акцентуированных личностей, описанном в ранних работах. Наиболее тяжелое течение наблюдалось у третьей группы пациентов (НАНБ + В), что было обусловлено значительной долей психотических расстройств в структуре синдрома и соматическими осложнениями вследствие рвотного поведения. Пациенты с шизотипическим расстройством с ведущей симптоматикой РПП и аффективными нарушениями требуют комплексного подхода к терапии, включающего соматическое и психофармакологическое лечение. Следует отметить необходимость длительного катамнестического наблюдения данных пациентов для оказания лечебно-реабилитационной помощи в дальнейшем и превенции рецидива основных синдромов.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

- Golden NH, Schneider M, Wood C; Committee on nutrition; committee on adolescence; section on obesity. Preventing Obesity and Eating Disorders in Adolescents. *Pediatrics*. 2016;138(3):e20161649. doi: [10.1542/peds.2016-1649](https://doi.org/10.1542/peds.2016-1649)
- Silén Y, Keski-Rahkonen A. Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Curr Opin Psychiatry*. 2022 Nov 1;35(6):362–371. doi: [10.1097/YCO.0000000000000818](https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000818) Epub 2022 Sep 13. PMID: 36125216.
- Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007 Feb 1;61(3):348–358. doi: [10.1016/j.biopsych.2006.03.040](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040) Epub 2006 Jul 3. Erratum in: *Biol Psychiatry*. 2012 Jul 15;72(2):164. PMID: 16815322; PMCID: PMC1892232.
- Jagielska G, Kacperska I. Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatr Pol*. 2017 Apr 30;51(2):205–218. English, Polish. doi: [10.12740/PP/64580](https://doi.org/10.12740/PP/64580) Epub 2017 Apr 30. PMID: 28581532.
- Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 2004 Dec;161(12):2215–2221. doi: [10.1176/appi.ajp.161.12.2215](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2215) PMID: 15569892.
- Momen NC, Plana-Ripoll O, Yilmaz Z, Thornton LM, McGrath JJ, Bulik CM, Petersen LV. Comorbidity between eating disorders and psychiatric disorders. *Int J Eat Disord*. 2022 Apr;55(4):505–517. doi: [10.1002/eat.23687](https://doi.org/10.1002/eat.23687) Epub 2022 Jan 27. PMID: 35084057; PMCID: PMC9763547.
- Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*. 2016 Nov;29(6):340–345. doi: [10.1097/YCO.0000000000000278](https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278) PMID: 27662598.
- Балакирева ЕЕ. Нарушения пищевого поведения у детей и подростков. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2020;22(4):38–41.
- Balakireva EE. Eating disorders in children and adolescents. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2020;22(4):38–41. (In Russ.).
- Crisp AH. *Anorexia nervosa: let me be*. London: Acad. Press, 1980:200 p.
- Pyle RL, Mitchell JE, Eckert ED, Hatsukami D, Pomeroy C, Zimmerman R. Maintenance treatment and 6-month outcome for bulimic patients who respond to initial treatment. *Am J Psychiatry*. 1990;147(7):871–875. doi: [10.1176/ajp.147.7.871](https://doi.org/10.1176/ajp.147.7.871) PMID: 2192562.
- Råstam M, Gillberg C. Background factors in anorexia nervosa: A controlled study of 51 teenage cases including a population sample. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1992;1(1):54–65. doi: [10.1007/BF02084434](https://doi.org/10.1007/BF02084434) PMID: 29871404.
- Коркина МВ. К вопросу о ранней диагностике нервной анорексии. IV Всероссийский съезд невропатологов и психиатров (тезисы докладов). М., 1980;(1):302–305.
- Korkina MV. K voprosu o rannej diagnostike nervnoj anoreksii. IV Vserossijskij s'ezd nevropatologov i psixiatrov. М., 1980;(1):302–305. (In Russ.).
- Коркина МВ. О некоторых корреляциях между особенностями клиники и расстройствами обмена при нервной анорексии. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1980;(11):166–168.
- Korkina MV. O nekotoryh korrelyacijah mezhdu osobennostyami kliniki i rasstrojstvami obmena pri nervnoj anoreksii. *Zhurnal nevropatologii i psixiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1980;(11):166–168. (In Russ.).
- Коркина МВ. Булимический вариант нервной анорексии. В кн.: Вопросы диагностики

и лечения психических заболеваний. М.: Изд-во УДН, 1987:173–180.

Korkina MV. Bulimicheskij variant nervnoj anoreksii. V kn.: Voprosy diagnostiki i lecheniya psichicheskikh zabolevanij. M.: Izd-vo UDN, 1987:173–180. (In Russ.).

15. Марилов ВВ, Коркина МВ. К вопросу о лечении больных нервной анорексией. В кн.: Вопросы диагностики и лечения психических заболеваний. М.: Изд-во УДН, 1987:124–128.

Marilov VV, Korkina MV. K voprosu o lechenii bol'nyh nervnoj anoreksiej. V kn.: Voprosy diagnostiki i lecheniya psichicheskikh zabolevanij. M., Izd-vo UDN, 1987:124–128 (In Russ.).

16. Пищевое поведение и пищевое программирование у детей. Под ред. С.В. Бельмера, А.И. Хавкина, В.П. Новиковой. М.: ИД «Медпрактика-М»; 2015:51–115.

Pishchevoe povedenie i pishchevoe programmirovaniye u detei. Pod red. S.V. Bel'mera, A.I. Khavkina, V.P. Novikovoï. M.: ID «Medpraktika-M»; 2015:51–115 (In Russ.).

17. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия: введение в практику: пер. с нем. Т. Дмитриевой. М.: Эксмо-Пресс, 2001:624 с.

Remshtidt H. Detskaya i podrostkovaya psichiatriya: vvedeniye v praktiku: per. s nem. T. Dmitrievoy. M.: Eksmo-Press, 2001:624 s. (In Russ.).

18. Ушаков ГК. Пограничные нервно-психические расстройства. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1987;(2):304.

Ushakov GK. Pogranichnye nervno-psichicheskie rasstrojstva. M.: Medicina, 1987;(2):304. (In Russ.).

19. Балакирева ЕЕ. Терапия при нарушении пищевого поведения у детей и подростков. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2004;104(8):56–60.

Balakireva EE. Terapiya pri narushenii pishchevogo povedeniya u detej i podrostkov. *Zhurnal neurologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2004;104(8):56–60. (In Russ.).

20. Балакирева ЕЕ. Типология нарушений пищевого поведения (нервная анорексия с булимией и vomитоманическими расстройствами). *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2004;104(7):15–21.

Balakireva EE. Tipologiya narushenij pishchevogo povedeniya (nervnaya anoreksiya s bulimiej i vomitomanicheskimi rasstrojstvami). *Zhurnal neurologii*

i psichiatrii imeni S.S. Korsakova. 2004;104(7):15–21. (In Russ.)

21. Смуглевич АБ. Малопргредиентная шизофрения и пограничные состояния. М., 2009.

Smulevich AB. Maloprogredientnaya shizofreniya i pogranichnye sostoyaniya. M., 2009. (In Russ.).

22. Данилова ЛЮ. Психопатологические особенности циклотимоподобных депрессивных состояний при малопргредиентной шизофрении в препубертатном и пубертатном возрасте. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1985;85:10:1521–1526.

Daniilova LYu. Psihopatologicheskie osobennosti ciklotimopodobnyh depressivnyh sostoyanij pri maloprogredientnoj shizofrenii v prepubertatnom i pubertatnom vozraste. *Zhurnal nevropatologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1985;85:10:1521–1526. (In Russ.).

23. Иванец НН, Ефремова ЕН. Особенности клинической картины аффективных нарушений в структуре шизотипического расстройства. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2018;118(6):4–9. doi: [10.17116/jnevro2018118614](https://doi.org/10.17116/jnevro2018118614)

Ivanets NN, Efremova EN. Psychopathological features of affective disorders in schizotypal disorder. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2018;118(6):4–9. (In Russ.). doi: [10.17116/jnevro2018118614](https://doi.org/10.17116/jnevro2018118614)

24. Шубина СН, Скугаревский ОА, Мельгуй СЛ. Динамическая изменчивость синдрома анорексии. Описание случая. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2018;9(1):67–78.

Shubina SN, Skugarevskij OA, Mel'guy SL Dinamicheskaya izmenchivost' sindroma anoreksii. Opisaniye sluchaya. *Psihiatriya, psihoterapiya i klinicheskaya psihologiya*. 2018;9(1):67–78. (In Russ.)

25. Вертоградова ОП. Возможные подходы к типологии депрессий. Депрессия (психопатология, патогенез). М., 1980:9–16.

Vertogradova OP. Vozmozhnye podhody k tipologii depressij. *Depressiya (psihopatologiya, patogenez)*. M., 1980:9–16. (In Russ.).

26. Скугаревский ОА, Сивуха СВ. Образ собственного тела: разработка инструмента для оценки. *Психологический журнал*. 2006;10(2):40–48.

Skugarevskij OA, Sivuha SV. Obraz sobstvennogo tela: razrabotka instrumenta dlya ocenki. *Psihologicheskij zhurnal*. 2006;10(2):40–48. (In Russ.).

Сведения об авторах

Елена Евгеньевна Балакирева, кандидат медицинских наук, заведующий отделом, ведущий научный сотрудник, отдел детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-3919-7045>
balakirevalena@yandex.ru

Светлана Геннадьевна Никитина, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, отдел детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-7775-1692>

nikitina.svt@mail.ru

Антон Владиславович Куликов, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, отдел детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-9980-9226>

tstakul@mail.ru

Алексей Анатольевич Коваль-Зайцев, кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник, отдел детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-5736-5519>

koval-zaitsev@mail.ru

Татьяна Евгеньевна Блинова, научный сотрудник, отдел детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-8750-8824>

blinova.tania2015@yandex.ru

Наталья Сергеевна Шалина, младший научный сотрудник, отдел детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-2332-5591>

shalinans@yandex.ru

Ольга Владимировна Шушпанова, кандидат медицинских наук, научный сотрудник, отдел детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-3484-3447>

sertraline@list.ru

Анна Григорьевна Алексеева, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, группа по изучению особых форм психической патологии отдела юношеской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-7283-1717>

agalexeeva@yandex.ru

Information about the authors

Elena E. Balakireva, Cand. of Sci. (Med.), Head of the Department, Leading Researcher, Department of Child Psychiatry, FSBSI “Mental Health Research Centre” Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-3919-7045>

balakirevalena@yandex.ru

Svetlana G. Nikitina, Cand. of Sci. (Med.), Senior Researcher, Department of Child Psychiatry, FSBSI “Mental Health Research Centre”, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-7775-1692>

nikitina.svt@mail.ru

Anton V. Kulikov, Cand. of Sci. (Med.), Senior Researcher, Department of Child Psychiatry, FSBSI “Mental Health Research Centre”, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-9980-9226>

tstakul@mail.ru

Aleksey A. Koval-Zaitsev, Cand. of Sci. (Psych.), Leading Researcher, Department of Child Psychiatry, FSBSI “Mental Health Research Centre”, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0001-5736-5519>

koval-zaitsev@mail.ru

Tatyana E. Blinova, Researcher, Department of Child Psychiatry, FSBSI “MHRC” “Mental Health Research Centre” Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0001-8750-8824>

blinova.tania2015@yandex.ru

Natalya S. Shalina, Junior Researcher, Department of Child Psychiatry, FSBSI “Mental Health Research Centre”. Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-2332-5591>

shalinans@yandex.ru

Olga V. Shushpanova, Cand. of Sci. (Med.) Researcher, Department of Child Psychiatry, FSBSI “Mental Health Research Centre”, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-3484-3447>

sertraline@list.ru

Anna G. Alekseeva, Cand. of Sci. (Med.), Senior Researcher, Group of Special Forms of Psychiatric Pathology, FSBSI “Mental Health Research Centre”, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0001-7283-1717>

agalexeeva@yandex.ru

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

Дата поступления 26.09.2023
Received 26.09.2023

Дата рецензирования 19.05.2024
Revised 19.05.2024

Дата принятия 20.05.2024
Accepted for publication 20.05.2024