

© Усюкина М.В., 2025
© Лаврущик М.В., 2025

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
УДК 616.853 (616.8-008.6)

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-1-70-80>

Структурно-динамические особенности психоорганического синдрома при эпилепсии

Марина Валерьевна Усюкина, Марина Вячеславовна Лаврущик

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава РФ, Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Марина Вячеславовна Лаврущик, marinalav87@mail.ru

Резюме

Обоснование: в настоящее время многочисленные исследования посвящены квалификации когнитивных расстройств при органических психических расстройствах с выделением легкого когнитивного снижения и явлений слабоумия. Одним из наиболее распространенных органических заболеваний головного мозга, приводящих к снижению когнитивных функций, является эпилепсия. Расхождения в оценке психоорганического синдрома при эпилепсии определяют актуальность четкой феноменологической квалификации психоорганического синдрома, определения структуры когнитивных нарушений с обозначением поражения тех или иных нейрокогнитивных доменов в рамках данного синдрома и вариантов его динамики. **Цель исследования:** определение клинически значимых характеристик различных вариантов психоорганического синдрома у больных эпилепсией. **Пациенты и методы:** обследованы 84 пациента с эпилепсией в отделении экзогенных психических расстройств. При проведении исследования использовали клинко-психопатологический метод, а также метод описательной статистики. **Результаты:** клинко-психопатологический анализ выявил специфические особенности 4 вариантов психоорганического синдрома у лиц, страдающих эпилепсией. Проявлениями астенического варианта (44%; 37 чел.) были эмоциональная лабильность, астеническая симптоматика и расстройства когнитивных функций с преобладанием нарушений внимания, кратковременной памяти. При этом истощаемость, будучи первым и наиболее часто встречающимся симптомом, с течением заболевания приобретает более постоянный характер. При эксплозивном варианте (51,2%; 43 чел.) на первый план выступали личностные особенности в виде эмоциональной напряженности, конфликтности, взрывчатости и брутальности на фоне нарастания когнитивных нарушений с поражением внимания, памяти, речи, нарушений мышления с утратой гибкости и подвижности психики. Эйфорический вариант (1,2%; 1 чел.) характеризовался стойкими когнитивными, эмоциональными и волевыми расстройствами с общим снижением продуктивности мыслительной деятельности, изменчивостью аффекта с преобладанием повышенного настроения, резким переходом от агрессии и гнева к слезам и беспомощности. Апатический вариант (3,6%; 3 чел.) включал негативные расстройства с прогрессирующим распадом и регрессом личности, выраженными нарушениями всех познавательных процессов, парадоксальность и неадекватность эмоциональных реакций. Нарушения когнитивной сферы являлись ведущими психопатологическими образованиями при всех вариантах психоорганического синдрома. **Выводы:** синдромальная оценка той или иной психопатологической симптоматики при органических психических расстройствах уже на ранних стадиях их формирования подразумевает квалификацию всего комплекса нарушений, соответствующих разным стадиям психоорганического синдрома. Определение структуры когнитивных нарушений с обозначением тех или иных нейрокогнитивных доменов и их субдоменов, эмоциональных, волевых и личностных расстройств в рамках психоорганического синдрома, а также выявление вариантов его динамики для ранней верификации имеющейся органической патологии позволят более четко диагностировать экзогенно-органическую патологию и наметить основные пути дифференцированной терапии и реабилитации данной категории пациентов.

Ключевые слова: эпилепсия, психоорганический синдром, когнитивные расстройства, дименсиональный, категориальный подход

Финансирование: научное исследование проведено в рамках темы государственного задания.

Для цитирования: Усюкина М.В., Лаврущик М.В. Структурно-динамические особенности психоорганического синдрома при эпилепсии. *Психиатрия*. 2025;23(1):70–80. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-1-70-80>

Structural-Dynamic Characteristics of Psychoorganic Syndrome in Epilepsy

Marina V. Usyukina, Marina V. Lavrushchik

Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

Corresponding author: Marina V. Lavrushchik, marinalav87@mail.ru

Resume

Background: currently, numerous studies have focused on the qualification of cognitive impairment in organic mental disorders. One of the most common organic brain diseases leading to cognitive decline is epilepsy. Recently, there is no consensus on the psychoorganic syndrome in both foreign and domestic psychiatry, that needs for a clearer phenomenological qualification of the psychoorganic syndrome, determination of the structure of cognitive impairment with the designation of lesions of certain neurocognitive domains within the syndrome, and variants of its dynamics in epilepsy. **The aim of the study:** determination of clinically significant characteristics of variants of psychoorganic syndrome in patients with epilepsy. **Patients and Methods:** the study included 84 patients with epilepsy with psychoorganic syndrome. Research methods: clinical-psychopathological, descriptive statistics method. **Results:** clinical and psychopathological analysis of the examined patients revealed specific features of four variants of psychoorganic syndrome. The asthenic variant (37 patients; 44%) were disorders of cognitive functions with a predominance of attention disorders, short-term memory, as well as emotional lability, asthenic symptoms. At the same time, exhaustion, being the first and most common symptom, becomes more permanent as the disease progresses. In the explosive variant (43 patients; 51,2%) against the background of increasing cognitive impairment with damage to attention, memory, and language, thinking disorders with loss of mental flexibility and mobility; personal characteristics such as emotional tension, conflict, explosiveness and brutality came to the fore. The euphoric variant (1,2%; one patient) was characterized by persistent cognitive, emotional and volitional disorders with a general decrease in the productivity of mental activity, a change in affect with a predominance of elevated mood, a sudden transition of affect from aggression and anger to tears and helplessness. The apathetic variant (3 patients; 3,6%) included negative disorders with progressive disintegration and regression of personality, pronounced disorders of all cognitive processes, paradoxicality and inadequacy of emotional reactions. Cognitive disorders were the leading psychopathological formations in all variants of psychoorganic syndrome. **Conclusion:** syndromic assessment of one or the other psychopathological symptomatology in organic mental disorders at the early stages of their formation can help to take into account the entire complex of disorders implied by the concept of psychoorganic syndrome. Determining the structure of cognitive impairments with the designation of neurocognitive domains and their subdomains, emotional, volitional and personality disorders in psychoorganic syndrome, as well as identifying variants of its dynamics will allow for a more accurate diagnosis of exogenous-organic pathology and outlining the main paths of treatment and rehabilitation of this category of patients.

Keywords: epilepsy, psychoorganic syndrome, dimensional, categorical approach

Funding: Research was conducted by government task.

For citation: Usyukina M.V., Lavrushchik M.V. Structural and dynamic features of psychoorganic syndrome in epilepsy. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2025;23(1):70–80. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-1-70-80>

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время отмечается возрастание интереса к дименсиональному подходу к оценке психических расстройств с отходом от категориального метода диагностики, который преобладал длительное время. Дименсиональные оценки в психиатрии являются ранговыми, полученными с помощью психометрических инструментов (шкал, опросников) и отражающими степень выраженности симптомов. Данный подход («измерительный») к психическим расстройствам, активно распространяемый в современной психиатрии, в связи с потребностью выделения отдельных «объектов», которыми являются патологические феномены, предполагает формирование особого взгляда на симптомы и другие проявления психического заболевания [1].

Существуют определенные классические представления о том, как выглядят категории и дименсии (например, сущности болезни по Крепелину и коэффициент интеллекта соответственно). Возможно, что

психопатология может быть описана в некоторых случаях как категориальная (включающая динамические фазовые переходы во времени), а в других — как размерная (распределение симптомов в популяции) [2]. Современные подходы к диагностике психических расстройств можно кратко описать следующим образом: клинические (категориальные) системы классификации → дименсиональные модели классификации (например, DSM-5) → нейробиологические модели классификации (эндофенотипы в рамках проекта RDoC) [3].

Однако среди клиницистов существуют различные взгляды в отношении категориального, описательного и операционализованного подходов в том виде, в каком они существуют в DSM и МКБ [4]. По мнению некоторых исследователей, выбор между категориальным и дименсиональным подходами не является чисто прагматическим вопросом и может быть понят как относящийся к оптимальной стратегии, позволяющей сделать сложность клинических явлений пригодной для клинических и исследовательских целей. В таком

случае необходимо либо полагаться на конечное число классов (категорий), либо использовать конечный набор качественно определенных, но непрерывных и поддающихся количественной оценке дименсий. Авторы подчеркивают, что психиатрические категории могут быть концептуализированы и измерены либо категориально, либо дименсионально, что остается эмпирическим вопросом, который еще предстоит выяснить [5].

А. Aftab и соавт. [4] считают, что выбор между дименсиями и категориями может быть обманчивым, поскольку первые могут быть легко преобразованы во вторые на основе практически значимых пороговых значений. В то же время категориальные классификации могут включать в себя элементы размерности, такие как концептуализация состояния как входящего в спектр и указание на различный уровень тяжести (подпороговый/легкий/умеренный/тяжелый). В этом смысле, по мнению исследователей, целью дименсиональных систем в психиатрии является не устранение категорий, а скорее разграничение и оптимизация клинических границ с учетом размерной природы феноменов.

К достоинствам категориального метода можно отнести возможность объединить различные симптомы внутри одной диагностической категории [6]. Категориальная модель, традиционная для классической психиатрической школы, основывается на дескриптивном (описательном) подходе, предполагает существование четких границ между нормой и патологией, отдельными нозологическими категориями. Диагностика психического расстройства при этом основывается на оценке структурно-динамических особенностей проявлений психической патологии. Из последовательной смены синдромов складывается клиническая картина болезни и ее развитие [7]. Операциональный принцип диагностики должен следовать за структурно-динамическим анализом психопатологического синдрома, включая установление иерархии и взаимовлияния отдельных симптомов и значимых симптомокомплексов, что позволяет достичь клинической достоверности и аргументированности вывода [8]. Важно при этом, что подобное взаимодействие может быть только интегральным с четкой последовательностью, при которой качественный подход предшествует количественному [9].

Категориальный (качественный) подход является основным и фундаментальным для выделения облигатных, стержневых психопатологических образований и более тонкой квалификации отдельных психопатологических состояний. Данный подход позволяет представить клиническую картину во всей целостности составляющих ее структурных элементов и определить возможные варианты клинической динамики, а также наметить основные направления ранней диагностики психического расстройства.

В отношении органических психических расстройств определяющей в диагностике является

категория психоорганического синдрома. В последнее время как в зарубежной, так и в отечественной литературе понятие психоорганического синдрома практически не упоминается, несмотря на то что в практической деятельности оно остается по-прежнему широко востребованным. Основное внимание в научных публикациях уделяется верификации различных нейрокогнитивных доменов, а также квалификации когнитивных нарушений с разграничением легкого когнитивного снижения и слабоумия [10]. Между тем, хотя разнообразные интеллектуально-мнестические нарушения и являются «ядерным компонентом» клинических проявлений психоорганического синдрома [11, 12], категория психоорганического синдрома подразумевает оценку не только когнитивных функций, но и эмоционально-волевых и личностных расстройств. Эту концепцию высказывал еще Э. Блейлер в 1916 г., а в дальнейшем и представители отечественной психиатрии [11–16].

Е. Bleuler [16], описывая подобные состояния, уделял особое внимание не только неустойчивости аффективной сферы («настроение, ярко вспыхнув, быстро угасает»), но и снижению памяти и объема ассоциаций, отсутствию способности к планомерности действий. В дальнейшем Н. Walther-Büel сформулировал окончательное представление о структуре данного синдрома, которая включала в себя состояние общей психической беспомощности с нарушениями памяти (в форме гипомнезий, амнезий, парамнезий), интеллектуальное снижение, аффективную неустойчивость («триада Вальтер-Бюэля»).

К. Schneider [17] выделил 4 типа психоорганического синдрома: астенический, эксплозивный, эйфорический, апатический. При астеническом варианте преобладает раздражительная слабость, повышенная психическая и физическая истощаемость, гиперестезия, эмоциональная лабильность при незначительном интеллектуально-мнестическом снижении. Эксплозивный вариант в понимании К. Schneider [17] представляет собой аффективную возбудимость, взрывчатость с утратой самоконтроля, кверулянтские тенденции в сочетании с негрубыми когнитивными нарушениями. Эйфорический вариант психоорганического синдрома отличается проявлениями гипертимии с оттенком благодушия, некоторой бестолковостью, расторможенностью, некритичностью с нарастанием когнитивного дефицита. Выраженность эмоционально-волевых нарушений при данном варианте синдрома часто достигает степени «неудержания аффекта». Апатический вариант психоорганического синдрома сочетает в себе выраженное сужение круга интересов, аспонтанность, безразличие к окружающему, грубые интеллектуально-мнестические расстройства.

А.С. Тиганов [14] определил психоорганический синдром «как состояние общей психической беспомощности со снижением памяти, сообразительности, ослаблением воли и аффективной устойчивости, снижением трудоспособности и иных возможностей

адаптации» и, вслед за К. Шнайдером, описал 4 его варианта: астенический, характеризующийся повышенной истощаемостью, сенситивностью, раздражительной слабостью и метеочувствительностью; эксплозивный в виде аффективной возбудимости, вспыльчивости, агрессивности, склонности к сверхценным образованиям; эйфорический в виде повышения настроения с оттенком эйфории, расторможенности, взрывов гневливости, сменяющихся беспомощностью, выраженными дисмнестическими нарушениями; апатический с аспонтанностью, адинамией, резким сужением круга интересов.

В. Kügelgen и соавт. [18], описывая особенности клинических проявлений данного синдрома, признавали как наличие когнитивных расстройств в виде снижения памяти и концентрации внимания, так и эмоциональные нарушения в виде «неадекватного» (часто не соответствующего ситуации) аффекта. А.В. Снежневский [13] указывал, что помимо нарушения способности к запоминанию «уменьшаются объем и четкость восприятия, оскудевают представления и понятия».

По мнению В.Н. Краснова [11], к проявлениям психоорганического синдрома относятся истощаемость психических процессов, нарушения мышления, снижение или утрата критики, нарушение волевой активности, сужение и затруднения переключения активного внимания, перцептивные нарушения, а также эмоциональная неустойчивость. В.Н. Краснов и соавт. [19] выделяли церебрастенический (сомато-вегетативные проявления, физическая и психическая истощаемость, эмоциональная неустойчивость, слабодушие), психо-вегетативный (расстройства вегетативной регуляции, алгии, парестезии, диссомнии), дистимический (невыраженные гипотимические переживания с преобладанием тоскливо-тревожных и тоскливо-дисфорических ситуационных реакций, церебрастения, снижение витального тонуса) и дисмнестический (трудности запоминания и воспроизведения информации, общее лексические обеднение речи, конкретность, ригидность мышления, снижение способности к планированию действий и их контролю) варианты психоорганического синдрома.

Т. Zyss и соавт. [20] различали дементивный и характеропатический типы психоорганического синдрома. Дементивный, по их мнению, проявляется торпидностью мышления, замедлением скорости психических процессов, затруднением понимания и осмысления, а также наличием дисмнестических расстройств и «недержанием аффекта». Характеропатический тип отличается явлениями раздражительности, склонностью к дистимико-дисфорическим (реже эйфорическим) реакциям, застойным характером аффекта.

А.А. Портнов [15] разграничивал тахифренический и брадифренический типы психоорганического синдрома. К тахифреническому типу автор относил эксплозивность, склонность к брутальным агрессивным реакциям как следствие преобладания процессов возбуждения в центральной нервной системе, наряду

с выраженной истощаемостью и нарушением концентрации внимания. При брадифреническом типе на первый план выступала тугоподвижность, ригидность мышления с тенденцией к застреванию.

В.А. Михайлов и соавт. [21], наряду с отмеченными вариантами психоорганического синдрома при экзогенно-органических психических расстройствах, впервые выделяют психопатоподобный вариант, при котором сочетаются когнитивные нарушения, изменения потребностей и влечений, пищевого поведения, отклонения сексуального поведения и расстройства мышления по органическому типу.

Классификации в значительной степени пренебрегают структурной сложностью психоорганического синдрома, делая основной акцент на нарушениях познавательной сферы. В DSM-5 и МКБ-11 вводится понятие нейрокогнитивных доменов, рассматриваются составные части (субдомены) всех когнитивных функций, включая внимание, память, речь, перцептивно-моторные функции, исполнительные функции и социальное познание. При этом в МКБ-11 введены такие рубрики, как «Легкое нейрокогнитивное расстройство» с незначительным когнитивным снижением в одной или нескольких областях познания (внимание, исполнительная функция, память, речь, перцептивно-моторная функция, социальное познание) и «Синдром деменции» со значительным снижением в тех же доменах.

Современные научные концепции о легких когнитивных нарушениях (Mild cognitive impairment, MCI) рассматривают их как промежуточную стадию поражения когнитивной сферы между возрастной нормой и деменцией [22–24]. В психиатрии когнитивные расстройства изучались преимущественно в рамках деменции, в связи с чем под ними понимают, прежде всего, нарушения «ряда высших корковых функций, включая память, мышление, ориентировку, понимание, счет, способность к обучению, речь и суждения» [25, 26]. Большое нейрокогнитивное расстройство представляет собой синдром со значительным прогрессирующим ухудшением когнитивных функций по сравнению с ранее наблюдавшимся уровнем нарушений, что может быть связано с изменениями эмоциональной сферы [27].

Многие исследователи считают, что нарушение познавательной способности, включая ухудшение памяти, дефицит внимания, речи и исполнительной функции, замедление когнитивных функций и, соответственно, скорость обработки информации, имеет очевидное значение при диагностике эпилепсии. Данные расстройства могут снижать качество жизни больных и определять их дезадаптацию [28–31].

Отечественные авторы в своих последних исследованиях подчеркивают важность раннего выявления когнитивных нарушений, так как их своевременная диагностика расширяет потенциальные возможности вторичной профилактики, что поможет предотвратить наступление профессиональной и социальной дезадаптации из-за развития деменции. Своевременные

диагностические методы позволяют при начальных проявлениях заболевания выявлять и корректировать возможные отклонения когнитивного функционирования благодаря мультидисциплинарному взаимодействию специалистов [32, 33].

Между тем квалификации органических психических расстройств уже на ранних стадиях их формирования, еще до клинически очерченных изменений собственно познавательных функций, может способствовать учет всего комплекса нарушений, соответствующих содержанию психоорганического синдрома. Все это говорит о необходимости определения структуры как когнитивных нарушений с обозначением тех или иных нейрокогнитивных доменов и их субдоменов, так и эмоциональных, волевых и личностных расстройств в рамках психоорганического синдрома, вариантов его динамики для ранней верификации имеющейся органической патологии.

Цель исследования — определение клинически значимых характеристик различных вариантов психоорганического синдрома у больных эпилепсией.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 84 пациента с диагнозом эпилепсии в отделении экзогенных психических расстройств ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского». Длительность заболевания в среднем 15,5 года, средний возраст больных 32,9 года (от 19 до 57 лет). В преобладающем количестве случаев (70,2%; 59 чел.) диагностирована симптоматическая (согласно Международной классификации эпилепсий 2017 г. — структурная) эпилепсия, ведущим этиологическим фактором была черепно-мозговая травма (81%; 48 чел.). При проведении исследования использовали клинко-психопатологический метод, а также метод описательной статистики, позволяющий описать основные характеристики данных, вычислить среднее значение и стандартное отклонение.

Этические аспекты

Все участники исследования подписали добровольное информированное согласие на участие в программе. Проведение исследования соответствовало положениям Хельсинкской декларации 1964 г., пересмотренной в 1975–2013 гг., и одобрено Локальным Этическим комитетом ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ (протокол № 42/4 от 11.12.2023).

Ethic aspects

All examined participants of study signed the informed consent to take part in a study. The research protocol was approved by Local Ethical Committee of Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology (protocol No 42/4 from 11.12.2023). This study complies with the Principles of the WMA Helsinki Declaration 1964 amended 1975–2013.

Исследование опиралось на взгляды К. Шнайде-ра [17] и А.С. Тиганова [14], выделявших четыре варианта психоорганического синдрома, что позволило наглядно продемонстрировать структурно-динамические

особенности психической патологии у лиц, страдающих эпилепсией, от наиболее легких (астенических) проявлений психопатологической симптоматики до выраженных (явлений слабоумия).

Согласно МКБ-10 астенический вариант психоорганического синдрома соответствовал рубрике «Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство» (F 06.6); взрывчатый — «Органическое расстройство личности» (F 07), где наравне с когнитивными нарушениями на первый план выступали личностные расстройства; эйфорическая и апатическая формы психоорганического синдрома соответствовали категории — «Деменция» (F 02.8).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинко-психопатологический анализ обследованных больных выявил специфические особенности 4 вариантов (астенический — 44,0%; взрывчатый — 52,2%; эйфорический — 1,2%; апатический — 3,5%) психоорганического синдрома.

При **астеническом варианте** (44%; 37 чел.) истощаемость являлась первым и наиболее часто встречающимся симптомом (89,2%; 33 чел.) у обследуемых данной группы. Больные испытывали повышенную утомляемость, чрезмерную чувствительность к определенным звукам, свету, запахам (51,3%; 19 чел.). Отмечавшаяся у них церебрастеническая симптоматика характеризовалась наличием головных болей, головокружений, сердцебиений, метеочувствительности, плохой переносимости душных помещений. При этом больные в ряде случаев брались за какую-либо деятельность, но быстро уставали вплоть до полного упадка сил, что приводило к снижению их работоспособности (40,5%; 15 чел.). В 86,5% случаев (32 чел.) наблюдалась повышенная отвлекаемость, неустойчивость (75,6%; 28 чел.) и нарушение концентрации внимания (62,1%; 23 чел.) с трудностями сосредоточения на одном объекте при выполнении какой-либо деятельности, что связано с замедлением темпа психических процессов и свойственной больным повышенной утомляемостью. Эмоциональная лабильность сопровождалась периодически возникающими вспышками раздражительности со слезливостью, что отмечалось даже при незначительной психоэмоциональной нагрузке (70,3%; 26 чел.). Были характерны нарушения сна, повышенная сонливость, особенно во второй половине дня, а иногда и бессонница. В большей части случаев (90,5%; 34 чел.) обследованные предъявляли жалобы на снижение памяти, забывчивость, рассеянность, трудности запоминания новой информации, что приводило к снижению производительности деятельности, требующей значительных интеллектуальных усилий, субъективное ощущение снижения способности к выполнению привычного объема работы.

Таким образом, проявления астенического варианта характеризовались расстройствами когнитивных функций с преобладанием нарушений внимания,

кратковременной памяти, а также эмоциональной лабильностью на фоне стойкой астенической симптоматики с истощаемостью.

При **эксплозивном варианте** психоорганического синдрома (51,2%; 43 чел.), наиболее часто встречающемся при эпилепсии, на фоне имеющейся астенической симптоматики на первый план выступали личностные особенности в виде эмоциональной напряженности (93%; 40 чел.), конфликтности (97,6%; 42 чел.), взрывчатости и брутальности (81,3%; 35 чел.), склонности к агрессивным формам реагирования, вспышкам гнева (97,2%; 36 чел.). Снижался «порог восприятия», больные проявляли бурные эмоциональные реакции в ответ на любой незначительный повод. Для них была характерна повышенная чувствительность к внешним оценкам и замечаниям со стеничным отстаиванием собственных представлений о справедливости, ориентацией исключительно на собственные устоявшиеся мнения и оценки. Отмечались излишняя прямолинейность, что сочеталось с легкостью возникновения протестных и оппозиционных реакций, с апеллированием к прошлому негативному опыту, склонностью к фиксации на отрицательно окрашенных значимых событиях и переживаниях, с непосредственностью в выражении эмоционального напряжения при затрагивании личностно-значимых тем и ригидным следованием устоявшимся линиям поведения с игнорированием возможным альтернативных стратегий поведения.

При данном варианте психоорганического синдрома на фоне прогрессивного течения эпилептического процесса происходило нарастание когнитивных нарушений, утрата гибкости и подвижности психики с заострением имеющихся личностных черт, появление назойливости, упрямства, своенравности. По мере течения эпилептического процесса вслед за указанными изменениями психики на первый план выступали расстройства речи. По мнению некоторых исследователей, они относятся к наиболее распространенным когнитивным нарушениям у лиц с височной эпилепсией и характеризуются нарушениями зрительного и слухового называния предметов, беглости речи, а иногда и понимания [34, 35]. Речевой дефицит встречается у большинства лиц с локализацией очага в височном отделе левого полушария. Именно дефицит вербальной беглости часто интерпретируется как признак дисфункции левого полушария [36–38]. У больных отмечались признаки олигофазии с нарушением плавности и четкости произношения, неравномерный темп речи с паузами между словами и торопливостью высказываний; предложения становились простыми и короткими с частым использованием вспомогательных слов и шаблонных фраз. Для этих пациентов характерны значительные трудности сосредоточения и фокусирования внимания (81,3%; 35 чел.), трудности переключения внимания и быстрой смены видов деятельности. Прогрессивное течение заболевания при эксплозивном варианте психоорганического синдрома приводит к формированию когнитивного дефицита в виде

снижения памяти с трудностями запоминания (90,6%; 39 чел.) и воспроизведения (60,4%; 26 чел.). Вначале отмечаются нарушения кратковременной памяти, когда больные не могут запомнить имена, номера телефонов, адреса, затем начинает страдать и долговременная память. Память, как и внимание, связана со многими познавательными процессами и, в первую очередь, с мыслительными. Определение качественных характеристик мышления имеет большое значение для диагностики органического психического процесса. При этом следует обращать внимание на нарушение подвижности мыслительных процессов у лиц, страдающих эпилептической болезнью, на динамический компонент мышления. В настоящем исследовании у больных наблюдались инертность психических процессов, повышенная обстоятельность, тенденция фиксироваться на отдельных малозначимых деталях (83,7%; 36 чел.). В совокупности указанные нарушения способствуют снижению способности к абстрагированию и обобщению с игнорированием объективно важных сторон ситуации, что приводит к трудностям целостного осмысления ситуации, их конструктивному разрешению, выходящему за рамки сложившихся стереотипов.

Преобладание стойкой психопатоподобной симптоматики, эмоциональные, волевые и когнитивные расстройства с поражением внимания, памяти, речи; нарушения мышления с утратой гибкости и инертностью психических процессов характерны для эксплозивного варианта психоорганического синдрома.

Эйфорический вариант наблюдался у единственного пациента. Клиническая картина характеризовалась сменой аффекта с преобладанием повышенного настроения, резким переходом аффекта от агрессии и гнева к слезам и беспомощности. Речь приобретала характер монолога, становилась вычурной и не всегда последовательной. На фоне тугоподвижности мыслительных процессов со склонностью к персеверациям отмечено общее снижение продуктивности мыслительной деятельности с трудностями выделения обобщающего признака, дифференциации существенного и второстепенного, оперирования условными смыслами, неспособность воспринимать и усваивать новую информацию. Выявлены выраженные нарушения как кратковременной, так и долговременной памяти, что способствовало недостаточности удержания алгоритмов деятельности, осмысления и анализа событий с облегченной и поверхностной оценкой социальных ситуаций.

Апатический вариант (3,6%; 3 чел.) как конечная стадия психоорганического синдрома представлен стойкими негативными расстройствами, включающими распад и регресс личности. При выраженных нарушениях всех познавательных процессов отмечены бестолковость, безынициативность, безразличие к окружающему, трудности понимания даже несложных инструкций и невозможность удержания их содержания в памяти, отсутствие каких-либо побуждений и стремлений, появление назойливости, подозрительности,

недоверчивости. У больных наблюдается обеднение, парадоксальность и неадекватность эмоциональных реакций с нарушением ориентировки в окружающем и в собственной личности, отсутствие критики к своему состоянию. Мышление характеризуется непоследовательностью, разноплановостью, аморфностью и инертностью.

ОБСУЖДЕНИЕ

Психоорганический синдром является определяющей категорией для диагностики органических психических расстройств, в том числе и при эпилепсии. Современные классификации в значительной степени пренебрегают структурной сложностью психоорганического синдрома, делая основной акцент на нарушениях познавательной сферы. В последнее время в литературе при описании нейрокогнитивных нарушений основное место уделяется нейрокогнитивным доменам. Квалификация выделенных шести нейрокогнитивных доменов (внимание, речь, зрительно-пространственные функции, память, исполнительные функции, социальное познание) и их субдоменов наиболее полно представлена в DSM-5.

Проведенный клинико-психопатологический анализ позволил определить частоту и основные характеристики астенического (44,0%), эксплозивного (51,2%), эйфорического (1,2%) и апатического (3,6%) вариантов психоорганического синдрома у лиц, страдающих эпилепсией.

При астеническом варианте синдрома расстройства когнитивных функций выступают в виде, прежде всего, истощаемости психических процессов, лабильности эмоциональной сферы, нарушений внимания.

Внимание, являясь первым нарушением познавательной сферы, участвует во всех познавательных процессах, а расстройства внимания отмечаются у пациентов с различными нервно-психическими заболеваниями, в том числе и при эпилепсии. Н.Г. Токарева и соавт. [39] считают, что для больных эпилепсией с длительным течением болезни наиболее характерны снижение концентрации внимания и его колебания, что приводит к снижению устойчивости внимания. По данным авторов, недостаточная устойчивость и нарушение переключения внимания влияют на познавательную деятельность и являются одной из предпосылок к возникновению нарушений мыслительной сферы. Н. Brissart и соавт. [40] считают, что внимание всегда сопряжено с волей, т.к. любая деятельность, в том числе и познавательная, невозможна без внимания, а само внимание требует определенных волевых усилий. Высказывается также мнение, что основная функция внимания сводится к регуляции и контролю протекания деятельности, подчеркивается, что внимание — это строительный блок для других познавательных процессов, а его нарушение влияет на все когнитивные функции, особенно память [41].

При эксплозивном варианте вовлечен более широкий спектр нейрокогнитивных доменов с поражением внимания, памяти, речи, появлением свойственных эпилепсии нарушений мышления в виде ригидности психических процессов с утратой гибкости и подвижности. На первый план при данном варианте психоорганического синдрома выступают личностные особенности в виде конфликтности, взрывчатости и брутальности, застойности аффекта, обидчивости, прямолинейности суждений и умозаключений.

Эйфорический вариант характеризуется стойкими когнитивными, эмоциональными и волевыми расстройствами с общим снижением продуктивности мыслительной деятельности, сменой аффекта с преобладанием повышенного настроения, резким переходом аффекта от агрессии и гнева к слезам и беспомощности. При данном варианте психоорганического синдрома речь может идти о дисгармонии личности в рамках негативной, или дефицитарной симптоматики, выделенной А.С. Тигановым (1999), что может, по его мнению, проявляться «психопатоподобными изменениями личности со стойким повышением настроения, эйфорией, беспечностью, бездеятельностью. В ряде случаев это может сопровождаться раздражительностью, чрезмерной, часто неуместной и несоответствующей ситуации общительностью, фамильярностью, утратой чувства дистанции, отсутствием понимания неадекватности своего поведения» [14].

Апатический вариант включает негативные расстройства с прогрессирующим распадом и регрессом личности, выраженными нарушениями всех познавательных процессов, парадоксальность и неадекватность эмоциональных реакций.

Рассматриваемые 4 варианта психоорганического синдрома наглядно демонстрируют степень прогрессивности органического процесса — от психической истощаемости до явлений слабоумия, показывают специфику и динамику негативной симптоматики у данного контингента больных — от изменений склада личности до полного ее распада. При этом нарушения когнитивной сферы фиксируются при всех вариантах психоорганического синдрома и являются ведущими психопатологическими образованиями.

На основании проведенного исследования структурно-динамических особенностей психоорганического синдрома при эпилепсии можно сделать вывод о преобладании астенического и эксплозивного вариантов с последовательной сменой психопатологических образований от наиболее легких регистров в виде астенической симптоматики, а в дальнейшем когнитивных и психопатоподобных нарушений до негативных расстройств с уплощением аффекта, отсутствием желаний и побуждений (абулия), снижением психической, двигательной и речевой активности (анергия), потерей социальной активности. Изменение склада личности определяется гипертрофией свойственных личностных черт, дисгармонией личности с парадоксальностью эмоциональных реакций

и поведения, оторванностью от окружающего, чрезмерной истощаемостью, снижением уровня личности, ее регрессом со стойким падением активности и работоспособности, сужением круга интересов, нивелированием черт личности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выделение психоорганического синдрома как основного психопатологического синдрома при эпилепсии позволяет рассматривать не только когнитивные, но и эмоциональные и волевые нарушения, а также характерные для этого заболевания личностные расстройства с преобладанием эксплозивного или дефензивного вариантов.

Своевременная диагностика свойственной эпилептической болезни психической патологии требует прицельного рассмотрения возможных вариантов психопатологической симптоматики уже на ранних этапах течения заболевания, определения этапа формирования психоорганического синдрома, прогноза его динамики.

Использование обоих диагностических подходов — категориального и дименсионального, каждый из которых имеет как свои преимущества, так и недостатки, — позволяет более целостно, качественно и количественно, оценить имеющуюся психическую патологию. Синдромальная оценка психопатологической симптоматики в рамках психоорганического синдрома с одновременной квалификацией нарушений нейрокогнитивных функций может стать основой дифференцированной терапии и реабилитации данной категории пациентов.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Сиденкова АП. Уместность применения дименсионального подхода к изучению тяжелых когнитивных расстройств позднего возраста. *Уральский медицинский журнал*. 2018;(12):5–12. doi: 10.25694/URMJ.2018.12.11
Sidenkova AP. The relevance of the measuring approach to the study of severe cognitive disorders of later age. *Ural Medical Journal*. 2018;(12):5–12. (In Russ.). doi: 10.25694/URMJ.2018.12.11
2. Eaton NR, Bringmann LF, Elmer T, Fried EI, Forbes MK, Greene AL, Krueger RF, Kotov R, McGorry PD, Mei C, Waszczuk MA. A review of approaches and models in psychopathology conceptualization research. *Nat Rev Psychol*. 2023;(2):622–636. doi: 10.1038/s44159-023-00218-4
3. Митихин ВГ, Солохина ТА, Тюменкова ГВ. Современный системный подход к диагностике, терапии и реабилитации психических расстройств. В сб.: Тезисы докладов Российской конференции с международным участием «Актуальные проблемы нейробиологии психических и аддитивных расстройств». 2020:106–109. ISBN 978-5-6044235-5-4.
4. Aftab A, Banicki K, Ruffalo ML, Frances A. Psychiatric Diagnosis A Clinical Guide to Navigating Diagnostic Pluralism. *J Nerv Ment Dis*. 2024;212(8):445–451. doi: 10.1097/NMD.0000000000001791
5. Ruscio J, Ruscio AM. Categories and dimensions advancing psychological science through the study of latent structure. *Curr Dir Psychol Sci*. 2008;(17):203–207. doi: 10.1111/j.1467-8721.2008.00575.x
6. Коцюбинский АП, Исаенко ЮВ, Кузнецова СЛ, Бутова БГ, Аксенова НО, Ражева МК. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2022;32(3):5–10.
Kotsubinsky AP, Isaenko YV, Kusnetzova SL, Butoma BG, Aksionova IO, Razheva MK. Diagnostic difficulties with using categorical-dimensional approach in psychiatry. Report 1. General concepts of categorical and dimensional relationships. *Social and Clinical Psychiatry*. 2022;32(3):5–10. (In Russ.).
7. Крылов ВИ. Клиническая психопатология и доказательная медицина (проблема методологии диагноза). *Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал имени П.Б. Ганнушкина*. 2011;13(4):9–13.
Krylov VI. Clinical psychopathology and evidence-based medicine (the problem of diagnostic methodology) *Psychiatry and psychopharmacotherapy: Gannushkin Journal*. 2011;13(4):9–13. (In Russ.).
8. Корзун ДН, Ткаченко АА. Модели диагностики психических расстройств в судебно-психиатрической клинике. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2012;22(4):83–90.
Korzoun DN, Tkachenko AA. Models for diagnosis of mental disorders in forensic psychiatric clinic. *Social and Clinical Psychiatry*. 2012;22(4):83–90. (In Russ.).
9. Ткаченко АА. Современные классификации и методология судебно-психиатрического диагноза. В сб.: Судебная психиатрия. Актуальные проблемы. Подред. профессора В.В. Вандыша М.: 2018;(15):175–204. ISBN 978-5-86002-211-9.
Tkachenko AA. Modern classifications and methodology in forensic psychiatric practice. In: Forensic psychiatry. The pressing problems. Ed.: Prof. V. Vandysh. M.: 2018;(15):175–204. (In Russ.). ISBN 978-5-86002-211-9.
10. Helmstaedter C, Sadat-Hossieny Z, Kanner AM, Meador KJ. Cognitive disorders in epilepsy II: Clinical targets, indications and selection of test instruments. *Seizure*. 2020;83:223–231. doi: 10.1016/j.seizure.2020.09.031
11. Краснов ВН. Психоорганический синдром как предмет нейропсихиатрии. *Доктор.Ру*. 2011;(4):34–42.
Krasnov VN. Psycho-organic syndrome as a subject of neuropsychiatry. *Doktor.Ru*. 2011;(4):34–42. (In Russ.).

12. Самедова ЭФ. Легкое когнитивное расстройство в структуре психоорганического синдрома. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2017;(2):95–102. Samedova EF. Mild cognitive impairment in the structure of psychoorganic syndrome. *Social and Clinical Psychiatry*. 2017;(2):95–102. (In Russ.).
13. Снежневский АВ. Руководство по психиатрии. Т.2. М., 1983:3–48. Snezhnevskiy AV. Rukovodstvo po psikiatrii. T.2. M., 1983:3–48. (In Russ.).
14. Тиганов АС, Снежневский АВ, Орловская ДД. Руководство по психиатрии. Т. 1. Под ред. АС. Тиганова. М.: Медицина, 1999:712. Tiganov AS, Snezhnevsky AV, Orlovskaya DD. Handbook of Psychiatry. Ed. by AS Tiganov. Moscow: Meditsina, 1999:712. (In Russ.).
15. Портнов АА. Общая психопатология: учебное пособие. М.: Медицина, 2004:272. Portnov AA. Obshchaya psikhopatologiya: uchebnoye posobiye. M.: Meditsina, 2004:272. (In Russ.).
16. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin: Julius Springer Verlag, 1916:87.
17. Schneider K. Klinische Psychopathologie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1962:87.
18. Kugelgen B, Hillemacher A. Das hirnorganische Psychosyndrom. *Reinbek*. 1991:26.
19. Краснов ВН, Юркин ММ, Войцех ВФ. Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС. Сообщение I. *Социальная и клиническая психиатрия*. 1993;(3):5–10. Krasnov VN, Yurkin MM, Voytsekh VF. Mental disorders among participants in the aftermath of the Chernobyl accident. Report I. *Social and Clinical Psychiatry*. 1993;(3):5–10. (In Russ.).
20. Zyss T, Hese RT, Zieba A, Boroń J. Próba stworzenia spójnych zaleceń orzecznich w przypadku zespołu psychoorganicznego, w przebiegu którego dochodzi do ujawnienia się deficytu intelektualnego [An attempt at developing coherent recommendations for jurisdiction in the case of psychoorganic syndrome in which intellectual deficit is revealed]. *Arch Med Sadowej Kryminol*. 2007 Jan-Mar;57(1):159–71. Polish. PMID: 17571522.
21. Михайлов ВА, Хяникяйнен ИВ, Лукина ЛВ. Психические расстройства при нарушениях мозгового кровообращения. Национальное руководство по психиатрии. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018:566–575. Mikhaylov VA, Khyanikyaynen IV, Lukina LV. Psikhicheskiye rasstroystva pri narusheniyakh mozgovogo krovoobrashcheniya. Natsional'noye rukovodstvo po psikiatrii. 2-ye izd. M.: GEOTAR-Media, 2018:566–575. (In Russ.).
22. Stokin GB, Krell-Roesch J, Petersen RC, Geda YE. Mild neurocognitive disorder: an old wine in a new bottle. *Harv. Rev. Psychiatry*. 2015;23(5):368–376. doi: 10.1097/HRP.0000000000000084
23. Chai J, Wu R, Li A, Xue C, Qiang Y, Zhao J, Zhao Q, Yang Q. Classification of mild cognitive impairment based on handwriting dynamics and qEEG. *Computers in Biology and Medicine*. 2023;(152):106418. doi: 10.1016/j.compbiomed.2022.106418
24. Corbo I, Marselli G, Di Ciero V, Casagrande M. The Protective Role of Cognitive Reserve in Mild Cognitive Impairment: A Systematic Review. *J. Clin. Med*. 2023;12(5):1759. doi: 10.3390/jcm12051759
25. Захаров ВВ. Когнитивные расстройства без деменции: классификация, основные причины и лечение. *Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия*. 2016;(1):22–30. Zakharov VV. Cognitive Impairment no Dementia: Classification, Major Causes, and Treatment. *Effective pharmacotherapy. Neurology and psychiatry*. 2016;(1):22–30. (In Russ.).
26. Ахапкин РВ, Файзуллоев АЗ. Структура когнитивных нарушений у больных с непсихотическими депрессивными расстройствами. *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2020;(3):54–64. Akhapkin RV, Faizulloyev AZ. The structure of cognitive impairment in patients with non-psychotic depressive disorders. *Kremlin medicine. Clinical Bulletin*. 2020;(3):54–64. (In Russ.).
27. DeVore GR. Computing the Z score and centiles for cross-sectional analysis: a practical approach. *JUM*. 2017;36(3):459–473. doi: 10.7863/ultra.16.03025
28. Hwang G, Dabbs K, Conant L, Nair VA, Mathis J, Almane DN, Nencka A, Birn R, Humphries C, Raghavan M, DeYoe EA, Struck AF, Maganti R, Binder JR, Meyerand E, Prabhakaran V, Hermann B. Cognitive slowing and its underlying neurobiology in temporal lobe epilepsy. *Cortex*. 2019;(117):41–52. doi: 10.1016/j.cortex.2019.02.022
29. Vrinda M, Arun S, Srikumar BN, Kutty BM, Shankararayana Rao BS. Temporal lobe epilepsy-induced neurodegeneration and cognitive deficits: Implications for aging. *J Chem Neuroanat*. 2019;(95):146–153. doi: 10.1016/j.jchemneu.2018.02.005
30. Gavrilovic A, Toncev G, Matic TB, Vesic K, Zivojinovic JI, Gavrilovic J. Impact of epilepsy duration, seizure control and EEG abnormalities on cognitive impairment in drug-resistant epilepsy patients. *Acta Neurol Belg*. 2019;119(3):403–10. doi: 10.1007/s13760-019-01090-x
31. Varni JW, Junger KF, Kellermann T, Grossman LB, Wagner J, Mucci GA, Guilfoyle SM, Smith G, Zupanc ML, Modi AC. PedsQL™ Cognitive Functioning Scale in youth with epilepsy: Reliability and validity. *Epilepsy Behav*. 2020;103(A):106850. doi: 10.1016/j.yebeh.2019.106850
32. Локшина АБ, Захаров ВВ, Вахнина НВ. Современные аспекты диагностики и лечения когнитивных расстройств. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(1):83–89. doi: 10.14412/2074-2711-2023-1-83-89

- Lokshina AB, Zakharov VV, Vakhnina NV. Modern aspects of diagnosis and treatment of cognitive impairments (literature review). *Nevrologiya, neiro-psikhiatriya, psikhosomatika [Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics]*. 2023;15(1):83–89. (In Russ.). doi: 10.14412/2074-2711-2023-1-83-89
33. Парамонова АИ, Лысова КД, Тимечко ЕЕ, Сенченко ГВ, Сапронова МР, Дмитренко ДВ. Когнитивные нарушения при эпилепсии с дебютом в детском возрасте. *Эпилепсия и пароксизмальные состояния*. 2024;16(1):54–68. doi: 10.17749/2077-8333/epi.par.con.2024.176
Paramonova AI, Lysova KD, Timechko YeYe, Senchenko GV, Saproнова MR, Dmitrenko DV. Cognitive impairment in childhood-onset epilepsy. *Epilepsy and paroxysmal conditions*. 2024;16(1):54–68. (In Russ.). doi: 10.17749/2077-8333/epi.par.con.2024.176
34. Doo JW., Kim SC, Kim SJ. Influence of valproate on language functions in children with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2018;(78):68–72. doi: 10.1016/j.yebeh.2017.10.039
35. Balterab S, Lin G, Leyden KM. Paul BM, McDonald CR. Neuroimaging correlates of language network impairment and reorganization in temporal lobe epilepsy. *Brain Lang.* 2019;(193):31–44. doi: 10.1016/j.bandl.2016.06.002
36. Allone C, Buono VL, Corallo F. Neuroimaging and cognitive functions in temporal lobe epilepsy: A review of the literature. *J Neurol Sci.* 2017;(381):7–15. doi: 10.1016/j.jns.2017.08.007
37. Reyes A, Kaestner E, Bahrami N, Balachandra A, Hegde M, Paul BM, Hermann B, McDonald CR. Cognitive phenotypes in temporal lobe epilepsy are associated with distinct patterns of white matter network abnormalities. *Neurology*. 2019;(92):e1957–e1968. doi: 10.1212/WNL.00000000000007370
38. Kaestner E, Balachandra AR, Bahrami N, Reyes A, Lalani SJ, Macari AC, Voets NL, Drane DL, Paul BM, Bonilha M, McDonald CR. The white matter connectome as an individualized biomarker of language impairment in temporal lobe epilepsy. *Neuroimage: Clinical*. 2020;(25):102125. doi: 10.1016/j.nicl.2019.102125
39. Токарева НГ, Железнова ЕВ. Клинико-психологическая оценка внимания больных эпилепсией. *Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке»*. 2016;18(1):28–30. p-ISSN 2226-7425, e-ISSN 2412–9437.
Tokareva NG, Zheleznova EV. Clinic and psychological assessment of epilepsy patients' attention *The Journal of scientific articles "Health and Education Millennium"*, 2016;18(1):28–30. (In Russ.). p-ISSN 2226-7425, e-ISSN 2412–9437.
40. Brissart H, Forthoffer N, Maillard L. Attention disorders in adults with epilepsy. Determinants and therapeutic strategies. *Rev Neurol (Paris)*. 2019;175(3):135–140. doi: 10.1016/j.neurol.2019.01.394
41. Гребенюк ОВ, Казенных ТВ. Формирование когнитивного дефицита у пациентов, страдающих парциальной эпилепсией. *Научное обозрение. Медицинские науки*. 2019;(2):5–9. doi: 10.17513/srms.1074
Grebenyuk OV, Kazennykh TV. Formation of cognitive deficit in patients with partial epilepsy. *Scientific review. Medical sciences*. 2019;(2):5–9. (In Russ.). doi: 10.17513/srms.1074

Сведения об авторах

Марина Валерьевна Усюкина, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения экзогенных психических расстройств, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-2670-4378>
marina_gnc@mail.ru

Лаврущик Марина Вячеславовна, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения экзогенных психических расстройств, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-8961-795X>

marinalav87@mail.ru

Information about the authors

Marina V. Usyukina, Dr. Sci. (Med.), Leading Researcher, Department of Exogenous Mental Disorders, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-2670-4378>

marina_gnc@mail.ru

Marina V. Lavrushchik, Cand Sci. (Med.), Senior Researcher, Department of Exogenous Mental Disorders, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-8961-795X>

marinalav87@mail.ru

Вклад авторов

М.В. Усюкина — концепция, методология, проведение исследования, руководство исследованием, администрирование проекта, создание рукописи и ее редактирование;

М.В. Лаврущик — верификация данных, формальный анализ, администрирование данных, создание черновика рукописи.

Authors' contribution

Marina V. Usyukina — conception, methodology, conducting research, research management, project administration, review and editing;

Marina V. Lavrushchik — data acquisition, analysis and writing the original draft, conducting research.

Конфликт интересов

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

The authors declares no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Дата поступления 19.08.2024 Received 19.08.2024	Дата рецензирования 28.09.2024 Revised 28.09.2024	Дата принятия к публикации 26.11.2024 Accepted for publication 26.11.2024
--	--	--