

В.С. Собенников, М.Л. Прокопьева, В.В. Собенникова

КЛИНИКА СОМАТИЗИРОВАННОЙ ДЕПРЕССИИ ПРИ РАЗЛИЧНОМ ТИПЕ ТЕЧЕНИЯ АФФЕКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРА

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, Иркутск, Россия

Целью работы было уточнение значения гендерного фактора в клинике соматизированной депрессии рекуррентного (РД) и биполярного (БД) типа. Обследовано 99 пациентов. Общей тенденцией была выраженность тревожной, в том числе соматизированной, симптоматики. При РД у женщин преобладали «психические» и «соматические» корреляты тревоги, у мужчин – «типичные» черты депрессии. При БД у женщин доминировала «психическая» тревога и невротические соматизированные симптомы, у мужчин – вегетативные эквиваленты тревоги в сочетании с соматическими симптомами депрессии.

Ключевые слова: аффективные расстройства, соматизированная депрессия, рекуррентная депрессия, биполярная депрессия

CLINICAL FEATURES OF SOMATIZED DEPRESSION FOR VARIOUS COURSE OF AFFECTIVE DISEASE ACCORDING TO GENDER OF THE PATIENT

V.S. Sobennikov, M.L. Prokopyeva, V.V. Sobennikova

Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russia

The purpose of the investigation was to clarify the importance of gender factor in the clinical picture of recurrent (RD) and bipolar depression (BD) with somatization. Total of 99 patients had taken part in the testing including 70 (70.7 %) women and 39 (39.3 %) men. The general trend identified was intensive anxious and somatized signs in clinical structure of depression. In comparison with the men the female patients with RD had predominantly "psychic" and "physical" signs of anxiety, and men had more "typical" traits (depressive somatization). In the clinical picture of BD gender differentiation had shown the signs of anxiety again. In other words, the women with BD had mostly the signs of "mental" anxiety and neurosis (phobic anxiety and hysterical conversion) somatized signs, while male patients with BD more often had vegetative equivalents of anxiety (anxiety disorder) making hypochondriac ideational abnormalities (ideational somatization) in combination with physical signs of depression.

In both testing groups women had the common traits – frequent complaints about paresthesia over extended periods (SSI); it can show some inclination to formation of a morbid personality, exacerbating a patient's condition. The findings indicate that gender differentiation expresses mainly in bipolar course of an affective disease in the clinical picture of somatized depression. The study outcome suggests the improvement of diagnostics and somatized depression treatment.

Key words: affective disorders, somatization, bipolar depression, recurrent depression, gender

Соматизированные варианты депрессивных расстройств имеют значительную распространённость, особенно среди лиц, обращающихся в территориальные поликлиники, где симптомы, соответствующие критериям депрессивного эпизода по МКБ-10, выявляются у 25–30 % [1, 2, 5]. Клиническая структура соматизированной депрессии опосредована коморбидным проявлением депрессии, тревоги и соматоформных симптомов [9, 10, 11, 16], связанных общими этиологическими факторами [13, 14, 17]. Помощь подобным больным затруднена, особенно в первичном медицинском звене, в связи с диагностическими проблемами в верификации типа течения аффективного заболевания, поскольку терапия депрессий рекуррентного и биполярного типа имеет существенные отличия [3, 4, 8].

В ранее проведённом исследовании [7] нами была показана связь клинических характеристик соматизированных депрессий с типом течения аффективного заболевания – рекуррентно-депрессивного (РД) и биполярного (БД). Для рекуррентной депрессии предпочтительна «типичная» картина депрессии с доминированием гипотимного аффекта относительно тревоги, преобладанием психомоторного торможения и собственно депрессивных соматизиро-

ванных симптомов (депрессивная соматизация). При биполярном течении в большей степени выражена тревога в аффективном звене с ажитацией и преобладанием симптомов соматической тревоги (тревожная соматизация), а также частота ипохондрической направленности переживаний с более отчётливыми нарушениями циркадианного ритма и суточными колебаниями аффекта. Однако, с учётом данных о существенном преобладании среди пациентов с соматизированной депрессией лиц женского пола [12, 15] установленные закономерности, предположительно, могут модулироваться гендерным фактором. В доступной нам литературе мы не обнаружили исследований, направленных на анализ значения пола в формировании клинических проявлений соматизированной депрессии при аффективных заболеваниях.

Целью данного исследования было уточнение клинических особенностей соматизированной депрессии при различных типах течения аффективного заболевания (рекуррентно-депрессивном и биполярном) в зависимости от гендерных особенностей пациентов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 99 стационарных пациентов с расстройствами аффективного спектра, из них женщин

– 70 (70,7 %), мужчин – 29 (39,3 %), соотношение мужчин и женщин – 1 : 1,8. Средний возраст на момент исследования составил $43,6 \pm 1,1$ лет (медиана – 45,0 лет; нижний квартиль – 34,0 лет; верхний квартиль – 53,0 лет). Клиническая картина заболевания во всех случаях определялась депрессивной симптоматикой в сочетании со множественными соматизированными психопатологическими нарушениями (патологические телесные сенсации – алгии и сенестоалгии, вегетативные сенсации и дисфункции). Диагностика осуществлялась на основе комплексного, совместного с интернистами, изучения.

В качестве психопатологических оценочных инструментов применялись шкалы депрессии, тревоги Гамильтона (HDRS, HARS) и опросник соматических симптомов (SSI). Использование такого набора инструментов опосредовано парадигмой сложной (коморбидной) структуры соматизированной депрессии. При этом комплексный учёт семантики оценочных пунктов всего набора позволяет не только дифференцированно определять выраженность нарушений, но и соотносить симптомы с известными механизмами соматизации – депрессивной, тревожной, невротической и идеаторной [6, 11]. При оценке типологии течения аффективного заболевания применялась шкала биполярности (BSDS – The Bipolar Spectrum Diagnostic Scale).

Выделялись 2 группы: 1-я группа – рекуррентной соматизированной депрессии (РД) (43 (43,4 %)

пациента), с низкой вероятностью биполярного течения (сумма баллов BSDS – от 0 до 12); 2-я группа – биполярной депрессии (БД) в рамках биполярного аффективного расстройства (БАР) (56 (56,6 %) пациента) (BSDS = 20–25 баллов). Распределение больных по полу и возрасту в зависимости от клинических групп представлено в таблице 1.

При анализе психопатологической структуры соматизированной депрессии проверялась значимость связи между категоризированными показателями пола больных и показателями инструментальной оценки с учётом градации признаков по выраженности, их статуса с применением критерия Пирсона χ^2 в зависимости от типа течения (табл. 2, 3).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Существенных различий в распределении больных по полу и возрасту между группами не установлено. В аффективном звене обоих вариантов была представлена тревожная симптоматика, имеющая, как правило, умеренную и тяжёлую степень выраженности. Усреднённый суммарный результат по шкале HARS для пациентов с РД составил $23,7 \pm 0,98$ (медиана – 23 балла; нижний квартиль – 19 баллов; верхний квартиль – 29 баллов), для пациентов с БД – $23,6 \pm 0,82$ балла (медиана – 22,5 балла; нижний квартиль – 20,0 балла; верхний квартиль – 27,0 баллов), без гендерных различий. Результаты исследования с применением шкалы депрессии Гамильтона (HDRS)

Таблица 1
Распределение больных соматизированной депрессией по полу и возрасту в зависимости от выделенных клинических групп

Возраст	РД (n = 43)		БД (n = 56)	
	Мужчины (20,9 %)	Женщины (79,1 %)	Мужчины (35,7 %)	Женщины (64,3 %)
16–29 лет	1 (11,1 %)	3 (8,8 %)	7 (35,0 %)	5 (13,9 %)
30–54 лет	6 (66,7 %)	19 (55,9 %)	12 (60,0 %)	22 (61,1 %)
55 и старше	2 (22,2 %)	12 (35,3 %)	1 (5,0 %)	9 (25,0 %)
Всего	9 (100 %)	34 (100 %)	20 (100 %)	36 (100 %)

Таблица 2
Клинические показатели (по шкалам HARS и HDRS, опроснику SSI) соматизированной депрессии в зависимости от гендерных особенностей больных в РД-группе

Инструментальные показатели (выраженные симптомы)	Женщины	Мужчины	Уровень значимости (χ^2)	
			Z	p
HARS, страхи	52,9 %	11,1 %	2,247	0,025
HARS-8, соматические симптомы (сенсорные)	32,4 %	–	1,978	0,048
HARS-10, респираторные симптомы	26,5 %	–	1,736	0,083
HDRS-8, заторможенность	32,4 %	77,8 %	2,456	0,014
HDRS-9, агитация	36,3 %	–	2,099	0,03
HDRS-12, ЖКТ-соматические симптомы	29,4 %	–	1,857	0,063
HDRS-13, общие соматические симптомы	47,1 %	11,1 %	1,961	0,050
HDRS-18A1, суточные колебания (ухудшение утром)	23,5 %	77,8 %	3,036	0,002
SSI, шум в ушах	29,4 %	–	1,857	0,063
SSI, выраженное плохое самочувствие в течение последних лет	26,5 %	–	1,736	0,083

Таблица 3

Клинические показатели (по шкалам HARS и HDRS, опроснику SSI) соматизированной депрессии в зависимости от гендерных особенностей больных в БД-группе

Инструментальные показатели (выраженные симптомы)	Женщины	Мужчины	Уровень значимости (χ^2)	
			Z	p
HARS-5, интеллектуальные нарушения	61,1 %	30 %	2,231	0,026
HARS-11, гастроинтестинальные симптомы	5,6 %	25,0 %	2,108	0,035
HDRS-7, нарушение работоспособности и активности	86,1 %	100 %	1,746	0,081
HDRS-8, заторможенность, заметная в беседе	11,1 %	30,0 %	1,768	0,077
HDRS-9, агитация в форме беспокойства	41,7 %	5,0 %	2,91	0,004
HDRS-10, психическая тревога с беспокойством по незначительным поводам	44,4 %	15,0 %	2,23	0,026
HDRS-11, соматическая тревога	19,4 %	40,0 %	1,664	0,096
HDRS-13, общие соматические симптомы (тяжесть, утрата энергии, упадок сил)	63,9 %	35,0 %	2,077	0,038
HDRS-15, ипохондрия выраженная	47,2 %	75,0 %	2,013	0,044
HDRS-16 (Б), выраженное снижение веса	19,4 %	40,0 %	1,664	0,096
HDRS-17, критичность отношения к болезни	36,9 %	65,0 %	1,874	0,061
HDRS-18, суточные колебания (Б) сильные (недифференцированные)	33,3 %	10,0 %	1,932	0,053
HDRS-21, обсессивно-компульсивные симптомы	13,9 %	–	1,746	0,081
SSI-4, чувство дурноты или головокружения	58,3 %	30,0 %	2,033	0,042
SSI-5, ухудшение зрения в достаточной степени (4)	8,3 %	25,0 %	1,708	0,088
SSI-6, мышечные подёргивания	44,4 %	70,0 %	1,837	0,066
SSI-7, слабость, утомляемость, усталость от всего	80,6 %	55,0 %	2,028	0,043
SSI-10, запоры выраженные	50,0 %	15,0 %	2,592	0,010
SSI-13, шум или звон в ушах	36,1 %	10,0 %	2,114	0,034
SSI-15, сложности в сохранении равновесия при ходьбе	75,0 %	45,0 %	2,245	0,025
SSI-16, расстройство ЖКТ или изжога	22,2 %	55,0 %	2,482	0,013
SSI-21, чувство слабости в отдельных частях тела	75,0 %	50,0 %	1,893	0,058
SSI-22, плохое самочувствие в течение последних лет	94,4 %	75,0 %	2,108	0,035

также не установили существенных отличий и свидетельствовали о преобладании депрессии тяжёлого (> 23 баллов) уровня. Среди пациентов с РД усреднённый суммарный результат составил $24,4 \pm 0,8$ баллов (медиана – 25,0 баллов; нижний квартиль – 20,0 баллов; верхний квартиль – 28,0 баллов), среди пациентов с БД – $25,0 \pm 0,8$ балла (медиана – 25,0 балла; нижний квартиль – 21,5 балла; верхний квартиль – 29,0 баллов), вне зависимости от пола больных.

В группе больных с РД показатели шкалы тревоги Гамильтона (HARS) лишь незначительно отличались у женщин и мужчин. Различия касались большей выраженности среди женщин страхов, соматических сенсорных и, на уровне тенденции ($p < 0,1$), респираторных симптомов тревоги. В группе БД у пациентов женского пола чаще были представлены интеллектуальные нарушения, а гастроинтестинальные признаки тревоги, напротив, значимо преобладали среди мужчин.

Более очерченные различия между женщинами и мужчинами выявлялись при исследовании с помощью шкалы депрессии Гамильтона. Среди пациентов женского пола с рекуррентной депрессией чаще встречались агитация, общие соматические симптомы депрессии, а также, на уровне тенденции,

желудочно-кишечные симптомы и суточные колебания состояния с ухудшением вечером. В клинической картине лиц мужского пола значимо преобладали заторможенность и типичные суточные колебания состояния с утренними ухудшениями. Среди пациентов группы БД также превалировали психическая тревога и агитация, общие соматические симптомы депрессии и выраженные суточные колебания состояния с вечерними ухудшениями, а на уровне тенденции – обсессивно-компульсивные симптомы. В мужской группе значимо чаще была представлена лишь выраженная ипохондрия, а на уровне тенденции – такие симптомы, как нарушение работоспособности и активности, заторможенность, выявляемая во время беседы, соматическая тревога, редукция веса и такой параметр, как отсутствие критики к состоянию.

Исследование посредством опросника SSI не выявило существенных различий в представленности симптомов между женщинами и мужчинами в группе РД. Однако на уровне тенденции ($p < 0,1$) среди женщин большую распространённость имели такие общие признаки, как склонность к запорам, шум в ушах и выраженное плохое самочувствие в течение последних лет.

Гендерные различия в выраженности соматизированных симптомов, регистрируемых с помощью опросника SSI, у пациентов группы БД включали преобладание среди женщин сильного чувства дурноты или головокружения, слабости, утомляемости, усталости, запоров в сильной степени, затруднения сохранения равновесия при ходьбе, чувства слабости в отдельных частях тела и плохого самочувствия на протяжении нескольких лет. Среди мужчин были чаще представлены жалобы на расстройства желудка или изжогу, а на уровне тенденции – на ухудшение зрения, мышечные подергивания.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В соответствии с семантикой применяемого инструментария (HARS, HDRS, SSI) можно выделить интегративные компоненты дифференциации клинических проявлений соматизированной депрессии в зависимости от гендерной принадлежности, в рамках выделенных клинических типов течения.

При рекуррентно-депрессивном течении заболевания установлены минимальные гендерные различия, ограниченные преобладанием как психических (страхи, ажитация), так и соматических (соматические сенсорные симптомы, желудочно-кишечные дисфункции, шум в ушах) коррелятов тревоги среди женщин. У мужчин более выраженными оказались такие «типичные» симптомы депрессии, как заторможенность и суточные колебания состояния с утренними ухудшениями.

В группе больных биполярной депрессией установлен более широкий спектр дифференцирующих признаков. Хотя в клинике соматизированной депрессии у женщин, относительно мужчин, также преобладали симптомы тревоги. Это касалось преимущественно психических её проявлений (интеллектуальные симптомы по HARS, ажитация и психическая тревога, выраженные суточные колебания состояния, но с акцентом на вечерние часы, обсессивно-компульсивные симптомы по HDRS). Данная симптоматика проявлялась совместно с широким спектром нарушений, которые, согласно семантике диагностического инструментария (опросник SSI), могут быть соотнесены с астено- и истеро-невротическими (сильное чувство дурноты или головокружения, слабость, утомляемость, усталость, наличие шума и звона в ушах, трудности сохранения равновесия при ходьбе) нарушениями, на фоне выраженной «психической» тревоги (невротическая соматизация). Лишь выраженные запоры по SSI можно соотнести с собственно соматическими признаками депрессии. В мужской группе большую выраженность имели вегетативно-соматические компоненты тревоги – гастроинтестинальные симптомы по HARS и соматическая тревога (HDRS). На первый план выступало преобладание большинства типичных симптомов депрессии – снижение работоспособности и активности, признаки идеомоторного торможения, и общие соматические симптомы депрессии – тяжесть, утрата энергии, упадок сил, выраженное снижение веса. Из сомато-вегетативных дисфункций чаще были представлены симптомы со стороны ЖКТ. Характерным было отсут-

ствие критики в отношении болезни с отнесением её за счёт питания, переутомления, соматических причин и т.д., с наличием ипохондрических тенденций и трактовок. Кроме того, общей особенностью пациентов женского пола в обеих группах клинического течения (РД и БД) была частота констатации наличия плохого самочувствия на протяжении длительного периода (нескольких лет) по SSI, что может свидетельствовать о наклонности к формированию морбидного развития личности, осложняющего прогноз.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение гендерных различий в клинических проявлениях соматизированной депрессии при рекуррентно-депрессивном течении аффективного заболевания подтвердило общую тенденцию – большую выраженность тревоги в аффективном звене депрессии среди пациентов женского пола и более «типичный» характер клинической картины депрессии у мужчин.

Клинические проявления соматизированной депрессии в случае БАР также включают выраженную тревожную симптоматику, которая, однако, проявляется дифференцированно, в зависимости от гендерной принадлежности пациентов. У женщин в большей степени представлена «психическая» тревога и невротические соматизированные симптомы (фобические и истеро-конверсионные). У мужчин в рамках общей с РД закономерности имеет наибольшую выраженность собственно «соматический синдром» депрессии (депрессивная соматизация), а тревога проявляется преимущественно в виде вегетативных эквивалентов (тревожная соматизация) и модулирует ипохондрические идеаторные образования (идеаторная соматизация).

Полученные данные свидетельствуют о гендерной дифференциации клиники соматизированной депрессии, преимущественно при биполярном течении аффективного заболевания, что позволяет оптимизировать диагностику, прогноз, терапию. Патогенетическое значение пола в клиническом оформлении депрессии при аффективных заболеваниях требует дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

1. Краснов В.Н., Довженко Т.В., Бобров А.Е. Совершенствование методов ранней диагностики психических расстройств (на основе взаимодействия со специалистами первичного звена здравоохранения). – М.: Медпрактика, 2008. – 136 с.
2. Краснов В.Н., Довженко Т.В., Ривкина Ю.Л. Диагностика и терапия расстройств аффективного спектра в первичной медицинской сети: возможности и ограничения // Современные тенденции и организации психиатрической помощи: клинические

и социальные аспекты: Матер. Всерос. конф. – 2004. – С. 66–68.

Krasnov VN, Dovzhenko TV, Rivkina YL (2004). Diagnostics and treatment of affective disorders in primary care: possibilities and limitations [Diagnostika i terapiya rasstroystv affektivnogo spektra v pervichnoy meditsinskoj seti: vozmozhnosti i ogranicheniya]. *Sovremennye tendentsii i organizatsii psikhiatricheskoj pomoshchi: klinicheskie i sotsial'nye aspekty: Materialy Vserossiyskoj konferentsii*, 66–68.

3. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Цукарзи Э.Э. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению биполярного аффективного расстройства у взрослых (проект). – 2013. – 104 с.

Mosolov SN, Kostyukova EG, Tsukarzi EE (2013). Federal clinical guidelines for the diagnostics and treatment of bipolar affective disorder in adults (draft) [Federal'nye klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu bipolyarnogo affektivnogo rasstroystva u vzroslykh (proekt)], 104.

4. Симуткин Г.Г. Современные инструменты скрининга биполярных аффективных расстройств (обзор литературы) // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2012. – № 3. – С. 34–41.

Simutkin GG (2012). Modern tools screening of bipolar affective disorder (review) [Sovremennye instrumenty skrininga bipolyarnykh affektivnykh rasstroystv (obzor literatury)]. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoj psikhologii*, (3), 34–41.

5. Смуглевич А.Б. Депрессия в общей медицине. – М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – 782 с.

Smulevich AB (2001). Depression in general medicine [Depressiya v obshchey meditsine], 782.

6. Собенников В.С. Соматизация и соматоформные расстройства. – Иркутск: Рыжий лис, 2014. – 304 с.

Sobennikov VS (2014). Somatization and somatoform disorders [Somatizatsiya i somatoformnye rasstroystva], 304.

7. Собенников В.С., Прокопьева М.Л. Социально-психологические и клинко-динамические особенности соматизированной депрессии рекуррентно-депрессивного и биполярного типов // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: сб. тез. XVII науч. отчёт: сессии НИИ психического здоровья (Томск, 6 октября 2015 г.) и II Российско-Китайской науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы биопсихосоциальной реабилитации пациентов с аффективными расстрой-

ствами» (Томск, 7 октября 2015 г.). – Томск: Изд-во «Иван Фёдоров», 2015. – Вып. 17. – С. 124.

Sobennikov V.S, Prokopyeva M.L. (2015). Socio-psychological and clinical-dynamic features of somatisation depression of recurrent depressive and bipolar types [Sotsial'no-psikhologicheskie i kliniko-dinamicheskie osobennosti somatizirovannoy depressii rekurrentno-depressivnogo i bipolyarnogo tipov]. *Aktual'nye voprosy psikhiatrii i narkologii: sbornik tezisov XVII nauchnoy otchetnoy sessii NII psikhicheskogo zdorov'ya (Tomsk, 6 oktyabrya 2015 g.) i II Rossiysko-Kitayskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii «Aktual'nye voprosy biopsikhosotsial'noy reabilitatsii patsientov s affektivnymi rasstroystvami» (Tomsk, 7 oktyabrya 2015 g.)*, 124.

8. Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic V, Eich D, Rössler HW (2003). Diagnostic issues in bipolar disorder. *Eur. Neuropsychopharmacol.*, (13), 43–50.

9. Escobar JI, Burnam MA, Karno M, Torsythe A, Golding JM (1987). Somatization in the Community. *Arch. Gen. Psychiatry*, (8), 713–718.

10. Katon WJ, Buchwald D, Simon G, Russo JE, Mease PJ (1991). Psychiatric illness in patients with chronic fatigue and those with rheumatoid arthritis. *J. Gen. Intern. Med.*, (6), 277–285.

11. Kirmayer LJ, Robbins JM (1993). Current concepts of somatization: research and clinical perspectives, 107–141.

12. Lesse S (1967). Hypochondriasis and psychosomatic disorders masking depression. *Amer. J. Psychother.*, (2), 607.

13. Lieb R, Meinlschmidt G, Araya R (2007). Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: an update. *Psychosom. Med.*, (9), 860–863.

14. Löwe B, Spitzer RL, Williams JB, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K (2008). Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 30 (3), 191–199.

15. Pollitt JD (1965). Suggestions for a physiological classification of depression. *Br. J. Psychiat.*, (111), 489–495.

16. Stein MB, Kirk P, Prabhu V, Grott M, Terepa M (1995). Mixed anxiety – depression in primary-care clinic. *J. Affective Disorders*, (2), 79–84.

17. Stein DJ, Muller J (2008). Cognitive-affective neuroscience of somatization disorder and functional somatic syndromes: reconceptualizing the triad of depression-anxiety-somatic symptoms. *CNS Spectr.*, 13 (5), 379–384.

Сведения об авторах Information about the authors

Собенников Василий Самуилович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России (664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1; тел.: 8 (3952) 24-36-61; e-mail: vsobennikov@gmail.com)

Sobennikov Vasily Samuilovich – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry and Medical Psychology of Irkutsk State Medical University (664003, Irkutsk, Krasnogo Vosstaniya Str., 1; tel.: +7 (3952) 24-36-61; e-mail: vsobennikov@gmail.com)

Прокопьева Мария Леонидовна – врач клиники неврозов и психотерапии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России (664003, Иркутск, б. Гагарина, 6; тел.: 8 (3952) 28-08-08; e-mail: maria310782@rambler.ru)

Prokopyeva Mariya Leonidovna – Psychiatrist at the Clinic of Neuroses and Psychotherapy of Irkutsk State Medical University (664003, Irkutsk, Gagarin bulv., 6; tel.: +7 (3952) 28-08-08; e-mail: maria310782@rambler.ru)

Собенникова Вероника Васильевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России (e-mail: nikasob@list.ru)

Sobennikova Veronika Vasilyevna – Candidate of Medical Sciences, Teaching Assistant at the Department of Psychiatry and Medical Psychology of Irkutsk State Medical University (e-mail: nikasob@list.ru)