

УДК 616.89-008.6
Краткое сообщение
<https://doi.org/10.21886/2219-8075-2025-16-3-49-53>

Клинический случай агорафобии с длительным катамнезом

А.И. Ковалев, И.А. Лубянко, А.Я. Перехов, В.В. Мрыхин, А.А. Сидоров

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Автор, ответственный за переписку: Александр Иванович Ковалев, aik_psych@list.ru.

В статье освещается проблема распространённости тревожных расстройств в современных условиях, а также роль и место агорафобии в структуре непсихотических психических расстройств. Представлены собственные данные по выборке пациентов с агорафобией. Было выявлено, что чаще всего агорафобия встречалась в рамках тревожных расстройств и социальных фобий («F40-41»). В клиническом случае показан механизм формирования агорафобии при появлении в клинической картине панических атак. Указывается, что для решения терапевтических задач необходимо избирать комплексный подход в лечении, а именно сочетание медикаментозного и психотерапевтического воздействия. Многолетний катамнез продемонстрировал, что проведённая терапия привела к выздоровлению пациента и повышению его адаптационных возможностей.

Ключевые слова: агорафобия, паническая атака, тревожное расстройство, фобии.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Для цитирования: Ковалев А.И., Лубянко И.А., Перехов А.Я., Мрыхин В.В., Сидоров А.А. Клинический случай агорафобии с длительным катамнезом. *Медицинский вестник Юга России*. 2025;16(3):49-53. DOI 10.21886/2219-8075-2025-16-3-49-53.

A clinical case of agoraphobia with a long catamnesis

A.I. Kovalev, I.A. Lubyanko, A.Ya. Perekhov, V.V. Mrykhin, A.A. Sidorov

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia

Corresponding author: Alexander I. Kovalev, aik_psych@list.ru.

The article highlights the problem of the prevalence of anxiety disorders in modern conditions, as well as the role and place of agoraphobia in the structure of non-psychotic mental disorders. Our own data on a sample of patients with agoraphobia are presented. It was found that agoraphobia was most often found in the context of anxiety disorders and social phobias ("F40-41"). In the clinical case, the mechanism of agoraphobia formation is shown when panic attacks appear in the clinical picture. It is indicated that in order to solve therapeutic problems, it is necessary to choose an integrated approach in treatment: a combination of drug and psychotherapeutic effects. A long-term catamnesis has demonstrated that the therapy performed has led to the patient's recovery and increased his adaptive capabilities.

Keywords: agoraphobia, panic attack, anxiety disorder, phobias.

Financing. The study did not have sponsorship.

For citation: Kovalev A.I., Lubyanko I.A., Perekhov A.Ya., Mrykhin V.V., Sidorov A.A. A clinical case of agoraphobia with a long catamnesis. *Medical Herald of the South of Russia*. 2025;16(3):49-53. DOI 10.21886/2219-8075-2025-16-3-49-53.

Введение

Одна из наиболее актуальных проблемы современной психиатрии — это рост тревожных расстройств. Эпидемиологические данные о тревожных расстройствах из последнего набора исследований о глобальном бремени болезней были проанализированы для определения показателей распространённости, заболеваемости и лет жизни с поправкой на инвалидность (DALY — disability-adjusted life year) за период с 1990 по 2017 гг. для 204 стран и регионов. По оценкам, 4,05% населения земного шара страдает тревожным расстройством, что составляет 301 миллион человек. Число заболевших увеличилось более чем на 55% с 1990 по 2017 гг. [1]. Нас заинтересовали место и роль агорафобии в рамках непсихотических психических расстройств.

Было проведено обследование 874 пациентов с различными формами непсихотических расстройств (тревожные, аффективные, ипохондрические расстройства и др.). В результате проведённой работы были выявлены 295 больных с психопатологическими состояниями, включающими агорафобию. Наиболее часто агорафобия встречалась в рамках тревожных расстройств и социальных фобий (раздел «F40-41») — 150 чел.

Необходимо отметить, что положение агорафобии как отдельной нозологии длительное время было весьма «шатким». В частности, существовал вопрос о том, формируется ли агорафобия вторично по отношению к паническому расстройству или же является отдельной нозологической единицей, как это изначально указывалось в МКБ [2].

Впервые агорафобия была описана Вестфалем в 1871 г. и до появления международных классификаций (DSM и ICD) определялась как достаточно распространённое тревожное расстройство или так называемый фобический невроз (*phobic neurosis*). Впоследствии агорафобия была включена в МКБ-9 как независимый синдром, проявляющийся множественными страхами, причём в МКБ-10 она занимает такой же статус (МКБ-10, 1995).

В США, где основной системой классификации психических расстройств является DSM, главенствует определение агорафобии как «чувства страха с избегающим поведением, формирующегося при пребывании одному или среди людей в тех местах, из которых сложно выбраться или получить медицинскую помощь в экстренной ситуации». Можно сказать, что данное определение похоже на определение панического расстройства (ПР) и определение агорафобии, данное в МКБ-10. Тем не менее, определение агорафобии в DSM ближе к ПР, чем к фобиям. Агорафобия с паническими атаками (ПА) в данном контексте должна быть закодирована как его начальная фаза, когда имеются повторяющиеся ПА, что в свою очередь приводит к развитию страха такого приступа и, соответственно, избегания ситуаций и мест, которые могут такой приступ спровоцировать [3]. Если в анамнезе нет ПА, то диагноз звучит как «Агорафобия без ПА», но, согласно DSM, требуется, чтобы избегающее поведение было результатом тревоги по поводу развития ПА, то есть в любом случае указывается на связь между ПР или атакой и агорафобией, что является отличием данной классификации от МКБ-10 [4]. Таким образом, с DSM-III-R агорафобия определялась как ответ на ситуации, в которых имела место быть ПА. Однако эволюция последующих пересмотров DSM шла по пути всё большего признания агорафобии вне конструкции ПА или ПР. В классификации DSM-V, вышедшей в 2013 г., были внесены значительные изменения в рубрику тревожных расстройств, включая агорафобию и ПР. Они были разделены на два отдельных диагноза, то есть при формулировке диагноза следует пользоваться двумя разными кодами.

Можно сказать, что диагностические критерии агорафобии претерпели лишь незначительные изменения. В частности, необходимо подтверждение возникновения страха в двух и более ситуациях, чтобы исключить другие фобии (APA, 2013). В группе пациентов с тревожными расстройствами (включая ПР и социальные фобии) агорафобическая симптоматика наблюдалась в 50,5% случаев (150 чел.), как правило, развиваясь одновременно с началом основного заболевания (88% случаев). У 10,7% этих больных дебют непсихотического психического расстройства и агорафобии наблюдался уже в возрасте младше 20 лет, в 21,3% случаев имела место резидуально-органическая почва формирования тревожной симптоматики с проявлениями астенического варианта психоорганического синдрома. В 26,7% случаев в преморбиде либо на фоне невротического расстройства наблюдались эпизоды злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами. Агорафобия в этой группе всегда сопровождалась развернутыми приступами паники, включавшими не менее 4 симптомов

по МКБ-10, с быстрым нарастанием тревожного аффекта, достигающего уровня всепоглощающего ужаса, отчаяния, растерянности, и соматовегетативными проявлениями с преобладанием симпатoadреналовых (57,3%) или смешанных (30%) вегетативных расстройств (учащённое сердцебиение, колебания артериального давления, потливость, одышка и др.). При этом телесные сенсации, как правило, были ограничены по длительности и локализации. Фобическая симптоматика в структуре ПА выходила на первый план, характер страха мог проявляться как ощущением недифференцированной угрозы и неизбежной смерти (танатофобия), так и конкретным страхом смерти от инсульта, инфаркта (кардиофобия), удушья, страхом сумасшествия (лиссофобия), страхом потери сознания или контроля над своими действиями [5]. Возникновению ПА предшествовала мысль о беспомощности больного в пугающей ситуации. Выраженность агорафобии определялась выраженностью тревоги с отчётливым ухудшением состояния к вечеру. В 76% случаев отмечалось длительное ригидное течение с тенденцией к расширению и утяжелению фобической симптоматики. К классическим агорафобическим ситуациям пребывания вне дома без сопровождения, дальних поездок и др. присоединялась боязнь замкнутых пространств, потери средств связи, медикаментов, страх за сопровождающих больного близких, избегание физических нагрузок, употребления алкоголя в любых количествах. В динамике отмечалось усиление тревожных нарушений от приступа к приступу, круг ситуаций избегания расширялся, присоединялись аффективные расстройства [6]. На фоне субъективно мучительных ПА возникала стойкая боязнь тревоги (фобифобия), тревожное ожидание приступа, которое не исчезало даже в межприступный период. Больные постоянно наблюдали за своими ощущениями, интерпретируя малейшие изменения в самочувствии как признаки надвигающейся паники. Содержание страхов постепенно усложнялось, к переживаниям, связанным с работой внутренних органов и головного мозга, присоединялись социальные страхи, происходила генерализация страхов, любые изменения в своем состоянии или окружающей обстановке когнитивно интерпретировались с катастрофичной точки зрения. При этом страхи соматических заболеваний достаточно легко поддавались разубеждению после посещения врачей соматического профиля, в отличие от фобифобии. В дальнейшем на фоне тревожно-мнительных характерологических черт развивались идеи собственной несостоятельности, личной непривлекательности, социальной неадекватности, чрезмерная склонность к сомнениям и осторожности, перфекционизма, страхи критики, неодобрения или отвержения. В результате возникавших затруднений с передвижением по улице, на общественном транспорте, в машине, необходимостью оставаться в одиночестве больные испытывали значительные затруднения в выполнении семейных и профессиональных обязанностей, существенно ограничивалась их социальная активность. Больные начинали планировать маршруты передвижения или разрабатывать охранительные ритуалы, включающие смену работы на более приближенную к дому, выстраивание договоренностей с попутчиками, щадящий образ жизни. При невозможности дальнейшего

продолжения охранительного избегания по каким-либо причинам происходило сужение жизненной активности вплоть до ограничения её пределами квартиры. Вашему вниманию предлагается клинический случай одного из возможных вариантов формирования агорафобии.

Пациент Р., дата рождения – 30.03.1979 г.

Анамнез. Наследственность психопатологически отягощена: со слов пациента отец был «пьющим» (отмечались периодические запои, эксплозивные формы опьянения, но за медицинской помощью не обращался), отличался склонностью к пессимизму, «мрачным периодам настроения», тётя по материнской линии проходила лечение у психиатра по поводу предположительно тревожного расстройства. Пациент родился от второй беременности, вторых родов. Есть старшая сестра (1972 г. р.). Беременность протекала физиологично. Роды срочные, без патологии. При этом родился крупным, с массой тела 5200 г. На момент родов матери было 25 лет, отцу — 30 лет. Раннее психофизическое развитие в рамках возрастных нормативов. Рос в структурно полной семье. Отношения с матерью пациент охарактеризовал как «натянутые», «давящие», объяснил это недопониманием и обидами, которые иногда между ними возникали. В целом фигура отца ассоциировалась с безразличием, которое иногда перемежалось с ненавистью. Отношения с сестрой охарактеризовал фразой «всегда друг другу помогали». Сестра была для него значимым человеком, к мнению которой он всегда прислушивался. Воспитанием в большей степени занималась мать, изредка — сестра. В возрасте полутора лет начал посещать детский сад-ясли в г. Шахты. Адаптировался хорошо. Посещал «спокойно», однако устраивал «истерички», если родители вовремя не забирали, так как боялся, что его могли оставить ночевать. В возрасте шести лет был переведён в другой детский сад, который посещать не любил. Новое место вызывало напряжение: «обстановка была незнакомой, пахло краской». В школу пошел с семи лет подготовленным. Читать и писать начал с семи лет, помогала мать. С первого по третий класс, со слов пациента, посещал с «обычной детской радостью». Объяснил это понятие тем, что школа ассоциировалась с чем-то новым, со знаниями. В этом временном промежутке нравились труд, рисование, чтение. Со слов пациента любил всё, что получалось. Со второго класса начал посещать музыкальную школу по классу фортепиано. Однако вскоре прекратил, так как требовались дисциплинированность и усидчивость, а также музыкальные способности. В общеобразовательной школе учился в основном на «хорошо» и «отлично». В конце третьего — начале пятого класса (1989 г.) родители развелись по инициативе матери. Со слов пациента, ничего не понимал тогда, на развод родителей не отреагировал, отнёсся спокойно. Вместе с матерью переехали в Ставропольский край, пошёл в поселковую школу. С пятого по девятый классы было некомфортно, что связывал с новым коллективом. Вновь испытал трудности с адаптацией к новому месту и коллективу. Был только один друг. Пытался поступить в музыкальный клуб, но его не взяли, так как «не было слуха». Стал «домоседом». Большую часть времени проводил дома за книгами. В основном предпочитал художественную литературу отечественных

писателей, соответствующую школьной программе, но с некоторым опережением. Рядом находилась ферма, иногда вместе с другом и знакомыми катались на лошадях, ходили на озеро или речку. Успеваемость удерживал на должном уровне. Учиться продолжал в основном на «хорошо» и «отлично». В девятом классе (1994 г.) по инициативе сестры переехал к отцу в город Шахты с целью подготовки к поступлению в вуз. Удалось вернуться в свой класс. Отношения с одноклассниками сразу возобновились, дружил со всеми. Свободное время по-прежнему проводил за книгами и подготовкой домашнего задания. С девятого по одиннадцатый классы больше всего нравились геометрия, биология, рисование, черчение. При этом «грезил поступать в медицинский». Участвовал в школьной команде КВН в рамках школы. В 1996 г. окончил школу. В этом же году по настоянию сестры поступил в технический вуз в г. Ростове-на-Дону. Нравиться учёба начала лишь с 3-го курса в связи с появлением дисциплин по специальности. С одногруппниками был другой уровень общения, что нравилось, однако было тяжело проживать в общежитии. В 1999 г. мать начала новую семейную жизнь. Пациент испытывал радость за неё. С новым мужем матери общение было поверхностным. Ездить к ним получалось только на каникулах. В 2002 г. окончил университет. В этом же году поступил на работу в том же вузе на должность программиста. В 2007 г. защитил кандидатскую диссертацию. В это время умер отец. Известие о смерти сначала никаких чувств не вызвало, но позже появились переживания, чувство утраты длившееся несколько месяцев. Суточной динамики не отмечал. Удавалось переключиться на повседневные жизненные ситуации, сохранял живость эмоций. В 2008 г. мать развелась со вторым супругом и переехала в город Шахты. В 2011 г. произошло объединение нескольких кафедр. Пациенту пообещали, что он в скором будущем станет заведующим, но, когда этого не произошло, переживал, закливался. Через несколько недель удалось отпустить эти переживания. В 2013 г. приобрел квартиру, до указанного времени проживал в общежитии. В 2013 г. предложили должность доцента кафедры в другом университете. Пациент признаёт, что большую часть жизненных конфликтов и психогений переживал в себе, старался не показывать свои переживания внешне. 13 мая 2013 г. на работе без видимой причины упал в обморок. Коллеги вызвали скорую помощь. Пациенту измерили артериальное давление, которое оказалось повышенным (150/90), сняли электрокардиограмму и произвели инъекцию (название препарата пациенту неизвестно). Был доставлен в приёмное отделение многопрофильной больницы по скорой помощи. К этому времени АД нормализовалось. Однако врач приёмного покоя обратил внимание на увеличенный край печени и сделал заключение, что пациент в прошедшие майские праздники злоупотреблял алкоголем, что на самом деле не соответствовало истине. Госпитализирован не был. Самочувствие восстановилось полностью, однако был озадачен произошедшими событиями. Появился страх, что может потерять сознание в людном месте, не будет себя контролировать. При выходе из дому стал испытывать напряжение. 17 мая 2013 г. пациент пошёл в парикмахерскую, где во время стрижки случился первый эпизод «паники», когда ощутил выраженную

тревогу, тошноту, чувство нехватки воздуха, тахикардию. Парикмахер дал пациенту валидол. Выйдя из парикмахерской, пациент позвонил старосте студенческой группы и отменил занятие, позвонил на работу и сообщил, что не придёт. Приступ длился несколько минут. Второй эпизод произошел на следующий день, когда пациент подходил к работе, что стало причиной очередного «прогула». Эпизоды «паники» участились, однако оставались нерегулярными, чаще возникали в первой половине дня. Проходил обследование у врачей-интернистов. Клинически значимой соматической патологии не выявлено. Принимал в разные периоды времени магне-В6, мексидол, адаптол, афобазол, пустырник форте, корвалол, валидол. Эффекта не отмечалось. Обращался к целительнице с временной положительной динамикой. Дошло до того, что на работу пациент приходил только по предварительной договорённости со студентами. Под него подстраивали расписание. По собственной инициативе обратился на консультацию к врачу-психотерапевту. После проведённой консультации добровольно госпитализировался в психотерапевтическое отделение клиники ФГБОУ ВО МЗ РФ РостГМУ, где проходил лечение с 27.02.2014 г. по 20.03.2014 г.

Психический статус. Сознание ясное. В месте, времени и собственной личности ориентирован правильно. В беседе держится вежливо, уважительно. Рассказывает о себе неохотно. Речь в нормальном темпе. Содержание беседы подчеркивает интонационно. Мимика, пантомимика оживлённые, выразительные, соответствуют содержанию беседы. В беседе фон настроения ровный. Одёт опрятно, со вкусом. Вне общения выглядит собранным, серьёзным. В отделении освоился быстро. В беседе с персоналом и пациентами доброжелателен, но держится на дистанции. Ни с кем близко не сошелся. Предъявляет жалобы на «панику», страх потерять сознание на глазах у людей в людном месте, тошноту, сильное сердцебиение, «нервозность», головные боли. При целенаправленной беседе удается выявить обеспокоенность своим состоянием. Мышление по структуре и содержанию не нарушено. Критичен к своему состоянию. Настроен на лечение.

Терапия в отделении. Проходил комплексное лечение. На начальных этапах введения сертралина получал парентерально (внутривенно-капельно) бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 1 мг №10. Доза сертралина была доведена до 100 мг/сут. Также пациент проходил когнитивно-поведенческую психотерапию. Состояние полностью стабилизировалось уже к концу госпитализации. Исчезли эпизоды «паники», страх потерять сознание на глазах у людей, снизилась «нервозность». Стал передвигаться в транспорте и по городу спокойно.

Катамнез. Терапию сертралином в указанной дозировке получал амбулаторно в течение полугода. Затем препарат в течении месяца был отменён. Сеансы психотерапии продолжались еще в течении двух лет с изменением акцента в сторону личностно-ориентированной. В дальнейшем пациент за психиатрической и психотерапевтической помощью не обращался, так как не было в этом необходимости. Продолжил работу с карьерным ростом. Женится, имеет двоих детей.

Клинический разбор. На основании жалоб пациента, анамнестических сведений и с помощью клинко-психопатологического метода была выявлена наследственная отягощённость по обеим линиям тревожной и аффективной патологией. Отец предположительно страдал симптоматической формой алкоголизма. Сам пациент преморбидно отличался психастеническими чертами характера, не достигающими степени акцентуации характера, был склонен к интрапунитивному реагированию, что стало предрасположением в развитии его расстройства. Было выявлено, что заболевание началось аутохтонно в мае 2013 г. с вегетативного криза с последующим формированием страха выхода на улицу, потери сознания в людном месте. Данный страх проявлялся и закрепился исключительно в указанных ситуациях. Клинически значимой соматической патологии у пациента выявлено не было. Синдромальной завершенности аффективной симптоматики не выявляется. Таким образом, основной клинический диагноз по МКБ-10 — «Агорафобия с паническим расстройством F40.01».

Выводы

Данный клинический случай продемонстрировал один из вариантов формирования агорафобии, а именно появление страха после перенесённой панической атаки. Раскрыт психогенез заболевания. При этом необходимо отметить, что правильно выбранная терапевтическая тактика позволила привести к выздоровлению пациента. В подобных случаях терапию целесообразно начинать с медикаментозного лечения для купирования тревожной симптоматики, используя препараты группы СИОЗС в сочетании с бензодиазепинами. Достаточно быстро необходимо подключать когнитивно-поведенческую психотерапию. Всё это в совокупности в достаточно сжатые сроки позволило справиться с фобической симптоматикой. А сформированная установка на личностно-ориентированную психотерапию дала возможность в течение долгого времени быть психически здоровым человеком и адаптивно решать текущие психологические проблемы.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789–1858. Erratum in: *Lancet*. 2019;393(10190):e44. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
2. Schmidt NB, Norr AM, Korte KJ. Panic Disorder and Agoraphobia: Considerations for DSM-V. *Research on Social Work Practice*. 2013;24(1):57–66. <https://doi.org/10.1177/1049731512474490>
3. Александровский Ю.А., Бухановский А.О., Волель Б.А., Волкова Н.И., Дубатова И.В., и др. *Пограничная психиатрия и психосоматика*. Москва; 2021. Alexandrovsky Yu.A., Bukhanovsky A.O., Volel B.A., Volkova N.I., Dubatova I.V., et al. *Borderline psychiatry and psychosomatics*. Moscow; 2021. (In Russ).

4. Стаценко О.А., Иванова Т.И. Клинико-динамические особенности агорафобии с паническим расстройством невротического генеза. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2011;(1):27-30.
Statsenko O.A., Ivanova T.I. Preventive maintenance of neurotic and psychosomatic diseases in business-men. *Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology*. 2011;(1):27-30. (In Russ).
eLIBRARY ID: 16158300 EDN: NPPKCT
5. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е., Азаматова В.В., Перехов А.Я., и др. *Общая психопатология*.

Информация об авторах

Ковалев Александр Иванович, ассистент кафедры психиатрии и наркологии, врач-психотерапевт неврологического центра клиники, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия; <https://orcid.org/0000-0002-6412-020X>; E-mail: aik_psych@list.ru.

Лубянка Игорь Александрович, врач-психотерапевт неврологического центра клиники, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия; <https://orcid.org/0000-0001-5163-2903>; E-mail: lu-bjanko@yandex.ru.

Перехов Алексей Яковлевич, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия; <https://orcid.org/0000-0002-6629-7404>; E-mail: perekhov_a@mail.ru.

Мрыхин Владимир Валерьевич, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия; <https://orcid.org/0000-0002-0437-3002>; E-mail: 2793665@mail.ru.

Сидоров Алексей Алексеевич, врач-психиатр-нарколог Центра психологической поддержки, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия; <https://orcid.org/0000-0001-6039-4089>; E-mail: alexe7890@mail.ru.

Вклад авторов

А.И. Ковалев, И.А. Лубянка — разработка плана обследования пациента;

В.В. Мрыхин, А.Я. Перехов — получение и анализ полученных результатов обследования;

А.И. Ковалев — написание текста статьи;

А.А. Сидоров, А.И. Ковалев — обзор публикаций по теме статьи.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Учебное пособие. Москва; 2022.

Bukhanovsky A.O., Kutayvin Yu.A., Litvak M.E., Azamatova V.V., Perekhov A.Ya., et al. *General psychopathology*. Ser. Postgraduate study. Moscow; 2022. (In Russ).

6. Азаматова В.В., Анцыборов А.В., Бойко Е.О., Бухановский А.О., Васенина Е.Е., и др. *Краткий курс психиатрии*. Ростов-на-Дону, 2019.
Azamatova V.V., Antsyborov A.V., Boyko E.O., Bukhanovsky A.O., Vasenina E.E., et al. *A short course in psychiatry*. Rostov-on-Don; 2019. (In Russ).

Information about the authors

Alexander I. Kovalev, Assistant Professor of the Department of Psychiatry and Narcology, psychotherapist at the Neurological Center of the Clinic, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-6412-020X>; E-mail: aik_psych@list.ru.

Igor A. Lubyanko, psychotherapist at the Neurological Center of the clinic, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia; <https://orcid.org/0000-0001-5163-2903>; E-mail: lu-bjanko@yandex.ru.

Alexey Y. Perekhov, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Psychiatry and Narcology, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-6629-7404>; E-mail: perekhov_a@mail.ru.

Vladimir V. Mrykhin, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Psychiatry and Narcology, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-0437-3002>; E-mail: 2793665@mail.ru.

Alexey A. Sidorov, psychiatrist-narcologist at the Center for Psychological Support, Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russia; <https://orcid.org/0000-0001-6039-4089>; E-mail: alexe7890@mail.ru.

Authors's contribution

A.I. Kovalev, I.A. Lubyanko — development of a patient examination plan;

V.V. Mrykhin, A.Ya. Perekhov — obtaining and analyzing the results of the examination;

A.I. Kovalev — writing the text of the article;

A.A. Sidorov, A.I. Kovalev — review of publications on the topic of the article.

Conflict of interest

Authors declares no conflict of interest.

Поступила в редакцию / Received: 10.02.2025

Принята к публикации / Accepted: 25.03.2025