

## РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА СЕПАРАЦИИ У ВЗРОСЛЫХ

*Инна Анатольевна Аркуша, Алла Сергеевна Аведисова, Ксения Валерьевна Захарова*

*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского,  
119034, Российская Федерация, г. Москва, Кропоткинский пер., д.23,  
e-mail: innarkusha@gmail.com*

### Реферат

**Цель.** Оценка распространённости тревожного расстройства сепарации у взрослых в амбулаторной психиатрической сети, исследование клинико-психологических особенностей и коморбидности в зависимости от возраста начала расстройства.

**Методы.** С помощью клинико-психопатологического и психометрического методов обследованы 366 амбулаторных пациентов старше 18 лет.

**Результаты.** Полученные данные свидетельствуют о высоких показателях распространённости и коморбидности тревожного расстройства сепарации, существенном снижении качества жизни исследуемых больных. Среди личностных особенностей преобладали негативная аффективность и уязвимость к сепарации. Отмечено, что начало тревожного расстройства сепарации до 18 лет связано с большей тяжестью сепарационной тревоги у взрослых, более широким кругом коморбидных расстройств, а также более низкими показателями качества жизни и удовлетворённости.

**Вывод.** Отмечена высокая распространённость тревожного расстройства сепарации у взрослых пациентов в амбулаторной сети; полученные результаты имеют значение для классификации, клинической идентификации, а также разработки терапевтических подходов.

**Ключевые слова:** тревожное расстройство сепарации, сепарационная тревога.

### PREVALENCE AND CLINICAL TYPOLOGY OF SEPARATION ANXIETY DISORDER IN ADULTS

Inna A. Arkusha, Alla Avedisova, Ksenia V. Zakharova

V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, 119034, Russia, Moscow, Kropotkinsky per., 23,  
e-mail: innarkusha@gmail.com

### Abstract

**Aim.** To assess the prevalence of separation anxiety disorder (SAD) in adults on an outpatient psychiatric network, to study clinical and psychological characteristics and comorbidity depending on the age at which the disorder began.

**Methods.** Using clinical-psychopathological and psychometric methods, 366 outpatients over 18 years of age were examined.

**Results.** The received data testify to high rates of prevalence and comorbidity of SAD, to essential decrease in quality of life of investigated patients. Among the personality traits, negative affectivity and vulnerability to separation prevailed. It is noted that the childhood onset of SAD is associated with greater severity of separation anxiety in adults, a wider range of comorbid disorders, and lower quality of life enjoyment and satisfaction.

**Conclusion.** There is a high prevalence of SAD in adult patients in the outpatient network; the results obtained are important for classification, clinical identification, and the development of therapeutic approaches.

**Keywords:** separation anxiety, separation anxiety disorder.

Существенные изменения в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го издания (DSM-V — от англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) и проекте Международной классификации болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) присутствуют в категории тревожных расстройств. Её расширение произошло за счёт включения в систематику тревожного расстройства сепарации (ТРС) у взрослых путём исключения ранее существовавшего критерия ограничения возраста начала расстройства 18 годами.

Эти изменения поддерживаются рядом эмпирических исследований, в которых сообщают о высокой распространённости ТРС во взрослой популяции (4,8–6,6%) [1–3], нарушении функционирования таких больных [4], высокой коморбидности ТРС с тревожными и аффективными расстройствами [5, 6], а также о недостаточном ответе таких пациентов на методы лечения, традиционно используемые при купировании других тревожных состояний [7].

ТРС представляется актуальным ввиду его малой изученности во взрослой популяции, отсутствия клинической типологии и терапевтических подходов к ведению пациентов с ТРС в структуре коморбидных тревожных и депрессивных расстройств [8].

Цель исследования — оценка распространённости ТРС у взрослых в амбулаторной психиатрической сети, исследование клинико-психологических особенностей и коморбидности в зависимости от возраста начала расстройства.

На первом этапе исследования сплошным методом с использованием скринингового психометрического инструмента — самоопросника сепарационной тревоги у взрослых (ASA-27) — были обследованы 366 человек старше 18 лет, обратившихся в консультативно-поликлиническое отделение ГБУЗ «Научно-практического психоневрологического центра им. В.В. Соловьёва ДЗМ». На втором этапе исследования у пациентов, достигших  $\geq 22$  баллов по самоопроснику ASA-27 (что свидетельствует о наличии симптомов ТРС), проводили верификацию диагноза с применением клинико-психопатологического метода, структурированного клинического интервью для симптомов сепарационной тревоги (SCI-SAS).

В зависимости от возраста начала заболевания пациенты были распределены по двум группам: первая группа — с началом ТРС до 18 лет (с «детским» началом), вторая группа — с манифестацией ТРС во взрослой жизни.

Состояние пациентов оценивали с помощью международного нейропсихиатрического интервью («MINI»), шкалы Гамильтона для оценки тревоги (HARS) и депрессии (HDRS), опросника качества жизни и удовлетворённости (QLES-Q), опросника «Опыт близких отношений» (ECR), личностного опросника для DSM-5 (PID-5). Анализ данных проводили в программе SPSS Statistics 23 с применением стандартных методов описательной статистики, непараметрических методов.

В соответствии с результатами первого этапа исследования из 366 пациентов, обследованных с использованием ASA-27, 96 (26,2%) пациентов имели отдельные симптомы ТРС (по самоопроснику  $\geq 22$  баллов). Клинико-психопатологический анализ этих пациентов, а также использование структурированного клинического интервью (SCI-SAS) позволили оценить распространённость ТРС у взрослых в 6,01% случаев (22 пациента), что соответствует данным зарубежных авторов [2, 6].

По социально-демографическим характеристикам пациенты с ТРС распределялись следующим образом: средний возраст исследуемой группы  $36,4 \pm 13,2$  года, 9,1% мужчин и 90,9% женщин. 59,1% исследуемых состояли в браке, 40,8% были «холосты/не замужем». Подавляющее большинство больных (72,7%) имели высшее образование, 22,7% — среднее специальное, 4,5% — неполное среднее. Более половины опрошенных (59,1%) работали, 27,2% были временно нетрудоустроены, 9,1% составляли учащиеся/студенты, 4,5% — пенсионеры.

С помощью клинико-психопатологического исследования и SCI-SAS, позволяющего провести оценку симптомов ТРС как на момент наблюдения, так и ретроспективно, пациенты были разделены на две группы. Бóльшая часть пациентов (68,2%), у которых ТРС манифестировало в детском возрасте, составили первую группу больных. Возраст манифестации в данной группе составил  $8,9 \pm 4,4$  года. Во вторую группу вошло 31,8% случаев с появлением ТРС во взрослом возрасте без «детского» анамнеза.

Полученные результаты соответствуют литературным данным, в соответствии с которыми в 43,1% случаев манифестация ТРС приходится на возраст старше 18 лет [6], или 1/3–1/4 случаев ТРС начинается во взрослом возрасте [6, 9]. Начало ТРС во второй группе пациентов приходилось на возраст  $34,9 \pm 11,5$  года, что несколько выше среднего возраста возникновения ТРС у взрослых в аналогичных исследованиях —  $23,1 \pm 11,5$  года, по данным Pini и соавт. (2010) [4]. В группе пациентов с началом ТРС до 18 лет степень тяжести симптомов ТРС, оцениваемая по ASA-27, была выше ( $46,5 \pm 17,09$ ), чем в группе пациентов с манифестацией симптомов во взрослой жизни ( $32 \pm 4$ ), однако различия не достигли статистической значимости.

Преципитирующие факторы возникновения ТРС обнаружены у 60% пациентов первой и 57,1% пациентов второй исследуемой группы, в обоих случаях они были связаны с объектом привязанности — болезнью, разлука в связи, например, с переездом в другой город, окончания романтических отношений и измены со стороны партнёра и др.

В группе пациентов с началом расстройства во взрослом возрасте все опрошенные имели один объект привязанности: у большинства исследуемых (71,4%) объектом привязанности были партнёры (супруги), у 28,6% чрезмерная привязанность была сформирована в отношении детей. В первой группе данные об объекте привязанности существенно отличались. Так, 40% опрошенных на момент исследования имели более одного объекта привязанности: 26,7% имели два объекта, один из которых обязательно был родителем или человеком, его замещающим, остающимся неизменным на протяжении жизни; 13,3% имели три объекта привязанности. В 60% случаев при ТРС у взрослых с первыми проявлениями в детстве объект привязанности сохранялся во взрослой жизни. «Неизменными» фигурами привязанности были родители пациентов (53,3%), преимущест-

венно матери, в 6,7% случаев — «суррогатные родители» (бабушки/дедушки, принявшие на себя ответственность за внуков и заботу о них) [10].

Ряд авторов выдвигали предположения о том, что ТРС может соотноситься с небезопасными стилями привязанности [11, 12]. Согласно двухфакторной модели привязанности [13], где стили привязанности образуются сочетанием степени беспокойства по поводу отношений привязанности и степени их избегания, в настоящем исследовании оценка опыта близких отношений (ECR) показала, что в 81,8% случаев привязанность пациентов с ТРС характеризовалась небезопасными стилями. В 63,3% привязанность характеризовалась низким уровнем избегания и высоким уровнем беспокойства, что соответствует тревожно-озабоченному (зависимому) стилю, в 18,2% — высокими показателями беспокойства и избегания, что соответствует избегающе-опасающему стилю. При этом в группе с «детским началом» ТРС более половины пациентов (75%) имели небезопасные стили привязанности (тревожно-озабоченный — 50%, избегающе-опасающийся — 15%) и только 25% — надёжный, в то время как во второй группе все опрошенные пациенты имели тревожно-озабоченный (зависимый) небезопасный стиль привязанности.

Данные о сопутствующих расстройствах («MINI») свидетельствуют о 100% коморбидности ТРС: в 50% случаях — с аффективными расстройствами, в 45,3% — с тревожными, в 9,1% — с шизотипическим расстройством. В 95,5% случаев зарегистрировано 1 коморбидное расстройство, в 4,5% — 2 расстройства.

Структура коморбидности в исследованных группах существенно различалась. У пациентов с началом ТРС в детском возрасте присутствовала коморбидность с депрессивными расстройствами (46,7%), представленными первичным депрессивным эпизодом (20%), рекуррентным депрессивным расстройством (13,3%), биполярными депрессиями (6,7%) и дистимией (6,7%). В группе тревожных расстройств преобладали паническое расстройство (20%), также отмечена коморбидность со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (13,3%) и расстройствами адаптации (6,7%).

Спектр коморбидности различался в двух группах пациентов. Во второй группе чаще, чем в первой, присутствовала коморбидность с депрессивными расстройствами (57,2% в сравнении с 46,7%), в том числе с биполярной депрессией (28,6% в сравнении с 6,7%), расстройствами

адаптации (13,3% в сравнении с 6,7%), обсессивно-компульсивным расстройством (14,3% при отсутствии таковой в первой группе). Разброс в показателях коморбидности с первичным депрессивным эпизодом (14,3 и 20%), рекуррентным депрессивным расстройством (14,3 и 13,3%), смешанным тревожным и депрессивным расстройством (14,3 и 13,3%) почти не различался в анализируемых группах. У пациентов с манифестацией ТРС во взрослой жизни не отмечено коморбидности с паническим расстройством.

При анализе данных, полученных с использованием опросников HDRS и HARS, различия между группами не выявлено: показатели тревоги составили  $16,7 \pm 4,51$  для первой группы и  $16,9 \pm 4,38$  для второй, депрессии —  $15,3 \pm 0,58$  и  $15,9 \pm 1,91$  соответственно.

У всех пациентов с ТРС выявлено ухудшение качества жизни и удовлетворённости при оценке с использованием QLES-Q на 42,8% (от общего балла по четырём оцениваемым сферам). Наибольшие нарушения зарегистрированы в сферах физического здоровья и эмоциональных переживаний, где показатели удовлетворённости составили 44,6 и 57,5% соответственно, в меньшей степени пострадали сферы общения и активности в свободное время, где снижение не превысило 1/3.

У пациентов в первой группе общий показатель качества жизни был ниже, чем у пациентов с началом ТРС во взрослом возрасте —  $46,3 \pm 12,5$  и  $55 \pm 10,2$  соответственно. В группе пациентов с началом ТРС в детском возрасте показатели качества и удовлетворённости по трём сферам (эмоциональные переживания, активность в свободное время, сфера общения) были также ниже, чем в группе с началом во взрослом возрасте, однако в меньшей степени страдала сфера физического здоровья (46,9% в сравнении с 38,3% во второй группе). У пациентов второй группы удовлетворённость по трём другим оцениваемым сферам (эмоциональные переживания, активность в свободное время, сфера общения) составила более 70%. Однако выявленные различия между группами не были статистически значимыми.

У всех пациентов отмечены нарушения в пяти сферах индивидуальных особенностей по PID-5 (негативный аффект, отгороженность, антагонизм, расторможенность, психотизм). Доминировали нарушения в следующих доменах: негативная аффективность ( $2,1 \pm 0,51$ ), отгороженность ( $1,71 \pm 1,3$ ) и расторможенность ( $1,26 \pm 0,3$ ). Личностный портрет опрошенных характеризо-

вался высокими степенями доброжелательности (низкий антагонизм) и люцидности (низкий психотизм). По аспектам индивидуальных особенностей наиболее высокие баллы зафиксированы в показателях тревожности, ангедонии и сепарационной уязвимости. У 75% опрошенных выявилась высокая тревожность как личностная черта, у 62,5% — высокий уровень ангедонии, набрав более 2 баллов по шкалам тревожности и ангедонии PID-5.

Кроме того, результаты показали, что ровно половина (50%) участников набрали более 2 баллов по шкале сепарационной уязвимости. При сравнении групп пациентов с ТРС с «детским» началом и манифестацией во взрослом возрасте получены данные о высоких степенях негативной аффективности в обеих группах (2,2±0,49 и 2,02±0,75).

При анализе различий по аспектам индивидуальных особенностей обнаружено, что у большинства пациентов первой группы высокие уровни тревожности (71,4%), ангедонии (57,1%) и патологически повышенной отвлекаемости (42,9%), в то время как во второй группе значительные уровни тревожности и ангедонии отмечены лишь у половины пациентов, а патологически повышенная отвлекаемость отсутствовала. Личностный профиль пациентов с манифестацией ТРС во взрослом возрасте также характеризовался эмоциональной лабильностью: 50% участников данной группы набрали более 2 баллов по шкале эмоциональной лабильности PID-5. Аспект «сепарационная уязвимость» одинаково характерен для личностного портрета участников обеих групп.

#### ВЫВОДЫ

1. Получены данные о высокой распространённости ТРС среди взрослых амбулаторных пациентов. В большинстве случаев ТРС у взрослых было продолжением ТРС у детей.

2. При начале расстройства в детском возрасте объект монопривязанности в большинстве случаев сохранялся во взрослой жизни, тогда как ТРС с началом во взрослом возрасте характеризовалось множественными объектами привязанности и меньшей тяжестью сепарационной тревоги. Привязанность в большинстве случаев характеризовалась небезопасным стилем — тревожно-озабоченным (зависимым).

3. Все пациенты с ТРС имели коморбидные расстройства — тревожного, депрессивного и шизотипического спектров, однако у пациентов с ранним началом заболевания круг коморбидной симптоматики был шире.

4. Степень снижения качества жизни и удовлетворённости при ТРС с началом в детском возрасте была существенно ниже, чем при ТРС с поздним началом.

5. Для личностных особенностей пациентов с ТРС характерно преобладание негативной аффективности и уязвимости к сепарации.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Bögels S., Knappe S., Clark L. Adult separation anxiety disorder in DSM-5. *Clin. Psychol. Rev.* 2013; 33 (5): 663–674. DOI: 10.1016/j.cpr.2013.03.006.
2. Shear K. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Am. J. Psychiatry.* 2006; 163 (6): 1074. DOI: 10.1176/appi.ajp.163.6.1074.
3. Silove D., Alonso J., Bromet E. et al. Pediatric-onset and adult-onset separation anxiety disorder across countries in the world mental health survey. *Am. J. Psychiatry.* 2015; 172 (7): 647–656. DOI: 10.1176/appi.ajp.2015.14091185.
4. Pini S., Abelli M., Shear K. et al. Frequency and clinical correlates of adult separation anxiety in a sample of 508 outpatients with mood and anxiety disorders. *Acta. Psychiatr. Scand.* 2009; 122 (1): 40–46. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2009.01480.x.
5. Lewinsohn P., Holm-Denoma J., Small J. et al. Separation anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness. *J. Am. Acad. Child & Adolescent Psychiatry.* 2008; 47 (5): 548–555. DOI: 10.1097/chi.0b013e31816765e7.
6. Silove D., Marnane L.M., Wagner R. et al. The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic. *BMC Psychiatry.* 2010; 10 (1): 21. DOI: 10.1186/1471-244x-10-21.
7. Miniati M., Calugi S., Rucci P. et al. Predictors of response among patients with panic disorder treated with medications in a naturalistic follow-up: The role of adult separation anxiety. *J. Affect. Disord.* 2012; 136 (3): 675–679. DOI: 10.1016/j.jad.2011.10.008.
8. Аведисова А.С., Аркуша И.А., Захарова К.В. Тревожное расстройство сепарации у взрослых — новая диагностическая категория. *Ж. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2018; 10: 54–63. [Avedisova A.S., Arkusha I.A., Zakharova K.V. Separation anxiety disorder in adults — a new diagnostic category. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova.* 2018; 10: 54–63. (In Russ.)] DOI: 10.17116/jnevro201811810166.
9. Manicavasagar V., Silove D., Curtis J. Separation anxiety in adulthood: a phenomenological investigation. *Comprehensive psychiatry.* 1997; 38 (5): 274–282. DOI: 10.1016/S0010-440X(97)90060-2.
10. Aisenberg R., Treas J. *The family in late life. Psychological and demographic consideration.* Handbook of the psychology of aging. 1985; 169–186.
11. Manicavisigar V., Silove D., Marnane C., Wagner R. Adult attachment styles in panic disorder with and without adult separation anxiety disorder. *Australian and New Zealand J. Psychiatry.* 2009; 43: 167–172. DOI: 10.1080/00048670802607139.
12. Troisi A., Massaroni P., Cuzzolaro M. Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *Brit. J. Clin. Psychol.* 2005; 44 (1): 89–97. DOI: 10.1348/014466504X20053.
13. Bartholomew K., Horowitz L.M. Attachment styles among young adults: attest of a four-category model. *J. Personal. Soc. Psychol.* 1991; 61 (2): 226.

Поступила 28.08.2019; принята в печать 03.09.2019.