

КРЫСЕНКО ПЕТР БОРИСОВИЧ

**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
СИНДРОМА ВОПЛОЩЕННОГО ПРИСУТСТВИЯ**

14.01.06 - Психиатрия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Ростов-на-Дону – 2020

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:

Солдаткин Виктор Александрович - доктор медицинских наук, доцент

Официальные оппоненты:

Крылов Владимир Иванович – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры психиатрии и наркологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Калинин Владимир Вениаминович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения экзогенно-органических расстройств и эпилепсии Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Ведущая организация - Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится «_____» _____ 2020 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 900.006.07 при Федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», Медицинской академии имени С.И. Георгиевского (структурное подразделение): 295051, г. Симферополь, бульвар Ленина, 5/7.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Медицинской академии имени С.И. Георгиевского (структурное подразделение) ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского» по адресу: 295051, г. Симферополь, бульвар Ленина, 5/7 и на сайте <http://www.ma.cfuv.ru>.

Автореферат разослан

«_____» _____ 2020 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета Д 900.006.07

Т.М. Дусалеева

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Психиатрия относится к той отрасли клинической медицины, где, несмотря на огромный арсенал новых методов исследования, ведущим в диагностическом процессе остается клинко-психопатологический метод, основой которого является качественная описательная характеристика психопатологической симптоматики (Незнанов Н.Г., 2018; Цыганков Б.Д., 2017; Петрова Н.Н., 2017; Руженков В.А., 2018; Бухановский А.О., 2002). Изучение «редких», сравнительно малоизученных психопатологических феноменов, к которым относится синдром воплощенного присутствия, в этом контексте представляется актуальным, имеющим потенциал совершенствования ранней диагностики психических расстройств (Калинин В.В., 2002).

Синдром воплощенного присутствия характеризуется ошибочным ощущением присутствия постороннего существа в непосредственной близости от больного, при ясном сознании. При этом присутствие не воспринимается ни с помощью слуха, ни с помощью зрения (Ясперс К., 2019). По результатам работ Калинина В.В. (2002) известно, что в структуре синдрома воплощенного присутствия могут присутствовать элементарные зрительные и гаптические галлюцинации; основной характеристикой всех трех компонентов синдрома воплощенного присутствия является рудиментарность и незавершенность переживаний. Высказывалось мнение (Калинин В.В., 2002), что синдром воплощенного присутствия имеет тропность к шизофрении и чаще развивается перед развернутыми галлюцинаторно-параноидными психозами; однако надежной доказательной базы это утверждение не имеет.

Степень разработанности темы исследования. В немногочисленных работах, посвященных рассматриваемому синдрому (Thomson С., 1982; Калинин В.В., 2002; Ясперс К., 2019), постулируется исключительная редкость синдрома воплощенного присутствия и его ассоциация с дальнейшим развитием в структуре шизофрении аффективно-бредового, галлюцинаторно-параноидного или парафренного психозов. При этом авторами отмечается недостаточная изученность этого вопроса. Совершенно не ясно, насколько редким является синдром воплощенного присутствия. Мы не знаем, как феномен связан с шизофренией и не знаем о его клинко-динамическом взаимодействии с другими нозологиями. Никто не изучал клинические проявления синдрома воплощенного присутствия у психически здоровых людей. Как указывается в работе Thomson С. (1982), симптоматика *Anwesenheit* не является исключительной прерогативой больных шизофренией, но может встречаться при ряде других психозов, в частности при височной эпилепсии, реактивных состояниях у лиц, понесших тяжелую утрату,

различных интоксикациях, явлениях депривации сна. Вполне обоснованной можно считать точку зрения Калинина В.В. (2002) о том, что наличие синдрома воплощенного присутствия не позволяет утвердительно указать на внутренние или внешние причины возникновения психического расстройства и не исключает участия в патологическом развитии правой гемисферы и общий характер происхождения «Anwesenheit». При этом возникает закономерный вопрос о роли predispositions, в частности функциональной асимметрии мозга, характерологических особенностей в возникновении синдрома воплощенного присутствия. Изучение синдрома воплощенного присутствия позволит углубить представления о «зарницах» психопатологии и расширить границы о предрасположенности к психическим расстройствам, что, в свою очередь, повысит уровень проведения дифференциальной диагностики на этапе профилактики и ранней диагностики, с учетом клинико-динамических особенностей синдрома воплощенного присутствия.

Цель исследования: Клинико-психопатологическое изучение синдрома воплощенного присутствия при различных психических расстройствах, с оценкой его как предиктора психопатологии.

Задачи исследования:

1. Оценить распространенность синдрома воплощенного присутствия у психически здоровых людей и у пациентов с алкогольной зависимостью, перенесших алкогольный делирий, шизофренией, аффективными расстройствами, невротическими расстройствами.
2. Изучить клинико-динамические характеристики синдрома воплощенного присутствия у обследованных больных.
3. Выявить факторы predispositions к синдрому воплощенного присутствия.
4. Изучить роль синдрома воплощенного присутствия в качестве предвестника психических заболеваний.

Научная новизна исследования. Впервые удалось установить распространенность синдрома воплощенного присутствия среди пациентов, страдающих алкогольной зависимостью, перенесших алкогольный делирий, больных шизофренией, аффективными расстройствами, неврозами и у людей без психических расстройств.

Впервые выявлена клинико-динамическая структура синдрома воплощенного присутствия в группах сравнения, изучены различия у больных и здоровых. Впервые обнаружены признаки, предрасполагающие к синдрому воплощенного присутствия.

Впервые глубоко исследована корреляция возникновения синдрома

воплощенного присутствия с характеристиками функциональной асимметрии мозга: для пациентов с опытом синдрома воплощенного присутствия независимо от вида психического расстройства, характерно значимое превалирование смешанного типа функциональной асимметрии мозга, а для пациентов без опыта синдрома воплощенного присутствия независимо от вида психического расстройства, характерно значимое превалирование право асимметричного типа функциональной асимметрии мозга.

Предложена новаторская оценка синдрома воплощенного присутствия в качестве предвестника психических расстройств психотического уровня, основанная на клинико-психопатологическом методе исследования.

Теоретическая и практическая значимость работы. Теоретическая значимость работы состоит в углублении знаний о предрасположенности к психическим расстройствам, донозологических формах нарушений психической деятельности. Полученные в ходе исследования результаты являются аргументами в пользу концепции нозологической неспецифичности психопатологических образований, общности ряда патогенетических механизмов развития психических расстройств. Теория «барьера психической адаптации» находит подтверждение в результатах исследования, при этом установлена роль ряда клинических признаков в качестве свидетельств глубины и тяжести поражения барьера, с соответствующим возрастанием риска психотической дезинтеграции.

Практическая значимость состоит в установлении закономерностей, позволяющих совершенствовать раннюю диагностику и профилактику психических расстройств. При доказанной нозологической неспецифичности синдрома воплощенного присутствия и выявленных общих факторах predisпозиции (смешанный тип функциональной асимметрии мозга и личностная склонность к диссоциативным проявлениям) ряд признаков позволяет прогнозировать уровень последующего психического расстройства. Так, наличие в структуре синдрома воплощенного присутствия галлюцинаторной составляющей, а также увеличение экспозиции феномена указывают на высокий риск развития психопатологии психотического уровня. Полученные данные имеют определенный потенциал раннего выявления лиц с повышенным риском развития тяжелых психических заболеваний.

Рекомендации, составленные в ходе исследования, могут быть применены в рамках диагностических и профилактических программ.

Методология и методы исследования. Основным методом исследования являлся клинико-психопатологический, с применением разработанной «Исследовательской карты». При ее заполнении осуществлялось определение функциональной асимметрии головного мозга (ФАМ), составлялся

индивидуальный профиль функциональной межполушарной асимметрии головного мозга (ИПФАМ); для выявления особенностей личности и психологического профиля у пациентов использовались стандартизированные психодиагностические методики: опросник СМИЛ (MMPI) (Собчик Л.Н., 2009) и диссоциативная шкала (Dissociative Experience Scale) (Bernstein E.M., Putnam F.W., 1986) для исследования и оценки эксплицированности диссоциативных переживаний и состояний, включая пограничный уровень психопатологических расстройств. Математико-статистический анализ и обработка данных проводились с использованием пакета статистических программ «SPSS-23».

Положения, выносимые на защиту:

1. Синдром воплощенного присутствия не является казуистически редким и нозологически специфичным психопатологическим феноменом. Синдром воплощенного присутствия достаточно часто встречается у больных с синдромом зависимости от алкоголя, перенесенным алкогольным психозом (32,0%), у пациентов с шизофренией (39,3%), пациентов с расстройствами настроения (27,3%), у больных с невротическими расстройствами (26,6%), в группе здоровых (40,7%).

2. Во всех изученных группах синдром воплощенного присутствия возникает преимущественно в вечерне-ночной период, в одиночестве, в замкнутом пространстве, сопровождается чувством страха и дискомфорта, в большинстве случаев ощущение присутствия сопровождается элементарными галлюцинациями – статистически значимо ($p < 0,05$) чаще это имело место в группе больных шизофренией и алкогольной зависимостью с перенесенным делирием; в этих же группах имело место значимо большая продолжительность ощущения присутствия и близость во времени между проявлениями воплощенного присутствия и психоза. Синдром воплощенного присутствия возникает на доманифестном этапе заболевания.

3. Нозологически неспецифическими факторами predispositions к синдрому воплощенного присутствия являются смешанный тип функциональной асимметрии мозга и личностная склонность к диссоциативным проявлениям.

4. Синдром воплощенного присутствия можно отнести к неспецифическим предболезненным образованиям, «зарницам», отражающим напряжение барьера психической адаптации. Повторяемость феномена воплощенного присутствия, выраженность галлюцинаторной составляющей, увеличение экспозиции феномена, отражая сравнительно большее напряжение систем адаптации, свидетельствуют о риске психотической дезинтеграции.

Степень достоверности и апробация результатов исследования. Основные положения диссертации и результаты исследования докладывались на IV Конгрессе

врачей первичного звена здравоохранения Юга России (Ростов-на-Дону, 2014); итоговых сессиях молодых ученых РостГМУ (Ростов-на-Дону, 2015, 2016, 2017); Российской научной конференции с международным участием «Психопатология войны: психические и поведенческие расстройства у жертв тяжелого стресса», (Ростов-на-Дону, 2015); клинической конференции кафедры психиатрии и наркологии ФПК и ППС и научно-координационного совета ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России (Ростов-на-Дону, 2016); Российской научной конференции с международным участием «Общая психопатология: традиции и перспективы» (Ростов-на-Дону, 2017); научно-практической конференции с международным участием «Современная наркология: достижения, проблемы, перспективы развития» (Москва, 2017).

Репрезентативный достаточный объем совокупной выборки ($n=750$), а также применение адекватных методов статистики делают положения и выводы диссертационного исследования достоверными и обоснованными в соответствии с принципами доказательной медицины. Диссертация соответствует паспорту специальности ВАК РФ психиатрия – 14.01.06 (пункт 4 «Клиника, диагностика, терапия психических расстройств и реабилитация психически больных» и пункт 7 «Организация психиатрической помощи. Профилактика психических расстройств»). Результаты исследования внедрены в работу Аксайского филиала ГБУ РО «Психоневрологический диспансер» (Аксайский район Ростовской области), территориально обслуживающего жителей г. Ростов-на-Дону; в педагогическую работу кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО РостГМУ, в педагогическую работу кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии Белгородского государственного национального исследовательского университета.

Диссертация прошла апробацию на заседании научно-координационного совета «Научно-организационные основы профилактики и лечения основных заболеваний внутренних органов» и кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России (протокол № 11 от 28.11.2019 г).

По теме диссертации опубликовано 20 научных работ, в том числе 4 – в научных изданиях, рекомендованных ВАК РФ.

Личный вклад автора. Автором самостоятельно проведен анализ отечественной и зарубежной литературы, посвященной данной проблеме; разработан дизайн исследования; самостоятельно осуществлен отбор пациентов, проведена процедура подписания добровольного информированного согласия. Автором самостоятельно выполнено клинико-психопатологическое исследование всех пациентов, проведен анализ статистических данных, сформулированы

выводы, даны практические рекомендации, написаны главы диссертации и автореферат.

Объем и структура диссертации.

Материалы диссертации изложены на 206 страницах компьютерного набора. Диссертационная работа состоит из введения, 5 глав (обзор литературы, материалы и методы исследования, 4 главы собственных исследований), заключения. Список литературы содержит 184 источников (92 кириллицей и 92 латиницей). Диссертация иллюстрирована 19 рисунками, содержит 58 таблиц и одно приложение.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Нами было обследовано 750 пациентов, в возрасте от 18 до 70 лет. Мужчин было 375, женщин – 375. Работа была основана на анализе клинко-психопатологических особенностей СВП в группах сравнения. В ходе исследования были сформированы четыре одинаковые по численному составу ($n=150$) группы: пациенты с диагнозами: «психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ» (F1), «шизофрения» (F2), «аффективные расстройства» (F3), «невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства» (F4). В группу здоровых (ГЗ) вошли 150 здоровых мужчин и женщин, они прежде не наблюдались у врача-психиатра и были на период исследования психически и физически здоровыми.

На первоначальном этапе все больные, выразившие согласие на участие в исследовании, проходили процедуру проверки установленного диагноза в соответствии с критериями МКБ-10 и заполняли разработанную нами экспресс – анкету для выявления анамнестического опыта СВП. В каждой группе (ГЗ, F1, F2, F3, F4) была сформирована основная группа (ОГ), куда были включены все имеющие опыт СВП участники исследования, и контрольная группа (КГ), включающая пациентов, не имевших такого опыта.

Критериями исключения из групп было наличие иного психического заболевания, психотических и выраженных когнитивных нарушений, а также возраст младше 18 и старше 70 лет.

СВП в группе больных алкоголизмом был выявлен в 32,0% случаев. При наличии СВП в клинической картине алкоголизм отличался меньшим количеством экзогенных вредностей в анамнезе – 12 (25,0%), $p=0,047$ и циклоидными чертами личности в преморбиде – 7(14,5%), $p=0,049$.

СВП у больных алкоголизмом характеризовался:

а) ощущением присутствия рядом с собой незнакомого человека (54,1%, $p<0,001$);

- б) чувством страха и дискомфорта (85,4 %, $p < 0,001$);
- в) частым сочетанием с элементарными галлюцинациями – (72,9%, $p < 0,001$);
- г) вариабельной продолжительностью: от нескольких секунд (50,0%) или минут (39,6%) до нескольких часов (10,4%);
- д) суточной динамикой, с преобладанием возникновения в вечерне-ночное время (89,6%, $p < 0,001$);
- е) возникновение в одиночестве (95,2%, $p < 0,001$) и в замкнутом пространстве (87,8%, $p < 0,001$);
- ж) повторяющимся течением по типу «клише» (45,8%). Доля пациентов с однократным проявлением – 54,2%.

СВП и алкогольный делирий имели следующие клинико-динамические связи: у большей части (52,1%) больных проявления СВП без «светлого» промежутка переходили в алкогольный психоз, причем в структуре развернутого делирия клиники СВП уже не отмечалось; ни у одного из пациентов ОГФ1 СВП не возникал на фоне текущего алкогольного делирия; у всех пациентов (100,0%) ОГФ1 отсутствовали клинические проявления СВП после купирования алкогольного делирия.

Смешанный тип ФАМ оказался характерным для больных, перенесших алкогольный делирий, с опытом СВП (Таблица 2).

Таблица 2 – Типы функциональной асимметрии мозга в основной группе F1 и контрольной группе F1

Типы ФАМ	Группа ОГФ1 (n=48)		Группа КГФ1 (n=102)		p
	n	%	n	%	
Преимущественно право асимметричный	23	47,9	76	74,5	0,002
Смешанный	17	35,4	7	6,9	<0,001
Праволатеральный	6	12,5	5	4,9	0,11
Преимущественно лево асимметричный	2	4,2	14	13,7	0,093

Примечание – p значимость различий по частоте встречаемости различных типов функциональной асимметрии мозга в основной группе F1 и контрольной группе F1, точный двусторонний критерий Фишера.

Усредненные профили СМЛ группы F1 приведены на рисунке 1.

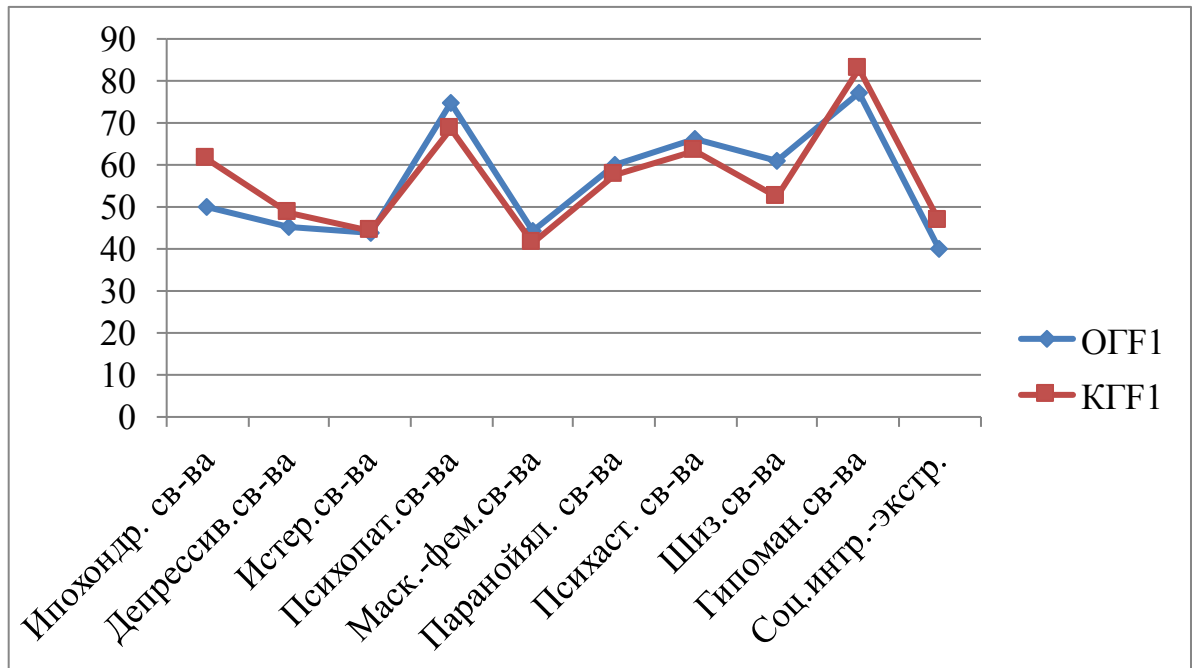


Рисунок 1 – Сравнение профилей опросника СМЛ (ММРІ) между основной группой F1 и контрольной группой F1

Статистически значимые ($p < 0,05$) отличия были найдены по шкалам ипохондрии (более выраженные показатели в КГ) и шизоидности (более выраженные показатели в ОГ). Были установлены значимые различия показателей по шкале диссоциации. В ОГФ1 медианный балл ШД – 11,67 (5,65; 20,0) в КГФ1 – 7,6 (3,88; 11,94), значимость различий между группами (критерий Манна–Уитни) – $p < 0,001$. Таким образом, склонность к диссоциации, ассоциирована с опытом СВП.

СВП в группе больных шизофренией был выявлен в 39,3% случаев.

К факторам predisposition к СВП у больных, страдающих шизофренией, относились: мужской пол; полинаркотизм до манифестации шизофрении – с преобладанием сочетанного употребления каннабиоидов, опиоидов и дизайнерских наркотиков ($p = 0,02$); преобладание галлюцинаторного варианта непрерывно текущей шизофрении ($p = 0,040$).

СВП у больных шизофренией характеризовался:

- ощущением присутствия рядом с собой незнакомого человека – у 21 (35,6%);
- чувством страха и дискомфорта – у 43 (72,9%), ($p < 0,001$);
- преобладанием элементарных галлюцинаций – у 43 (72,9 %), ($p < 0,001$);
- вариабельной продолжительностью: от нескольких секунд – у 20 (33,9 %) или минут – у 29 (49,1%) до 1 суток – у 2 (3,4%);
- суточной динамикой, с преобладанием возникновения в вечерне-ночное

время – у 53 (89,8%), ($p < 0,001$);

е) преобладанием возникновения в одиночестве (86,5%, $p < 0,001$) и замкнутом пространстве (78,0%, $p < 0,001$);

ж) преобладанием СВП с повторяющимся течением по типу «клише» – у 35 больных (59,3%), ($p = 0,043$).

СВП и шизофрения имели следующие клинико-динамические связи: у 39 (66,1%) пациентов ($p < 0,001$) клиника СВП появлялась незадолго до манифестного психоза (менее 1 месяца); у всех 59 (100,0%) пациентов ОГФ2 отсутствовали клинические проявления СВП после выхода из психоза.

При анализе частот типов ФАМ между ОГФ2 и КГФ2 было выявлено, что по частоте встречаемости количество пациентов со смешанным типом ФАМ в ОГФ2 – 33 (55,9%) статистически значимо отличался от пациентов со смешанным типом ФАМ в КГФ2 – 35 (38,5%), ($p=0,044$) (Таблица 3).

Таблица 3 – Типы функциональной асимметрии мозга в основной группе F2 и контрольной группе F2

Типы ФАМ	Группа ОГФ2 (n=59)		Группа КГФ2 (n=91)		p
1	2		3		4
	n	%	n	%	
Смешанный	33	55,9	35	38,5	0,044
Преимущественно право асимметричный	22	37,3	49	53,8	0,065
Преимущественно лево асимметричный	4	6,8	4	4,4	0,71
Праволатеральный	0	0,0	3	3,3	0,28

Примечание – p значимость различий по частоте встречаемости различных типов функциональной асимметрии мозга в основной группе F2 и контрольной группе F2, точный двусторонний критерий Фишера.

Усредненные профили СМЛ группы F2 приведены на рисунке 2.

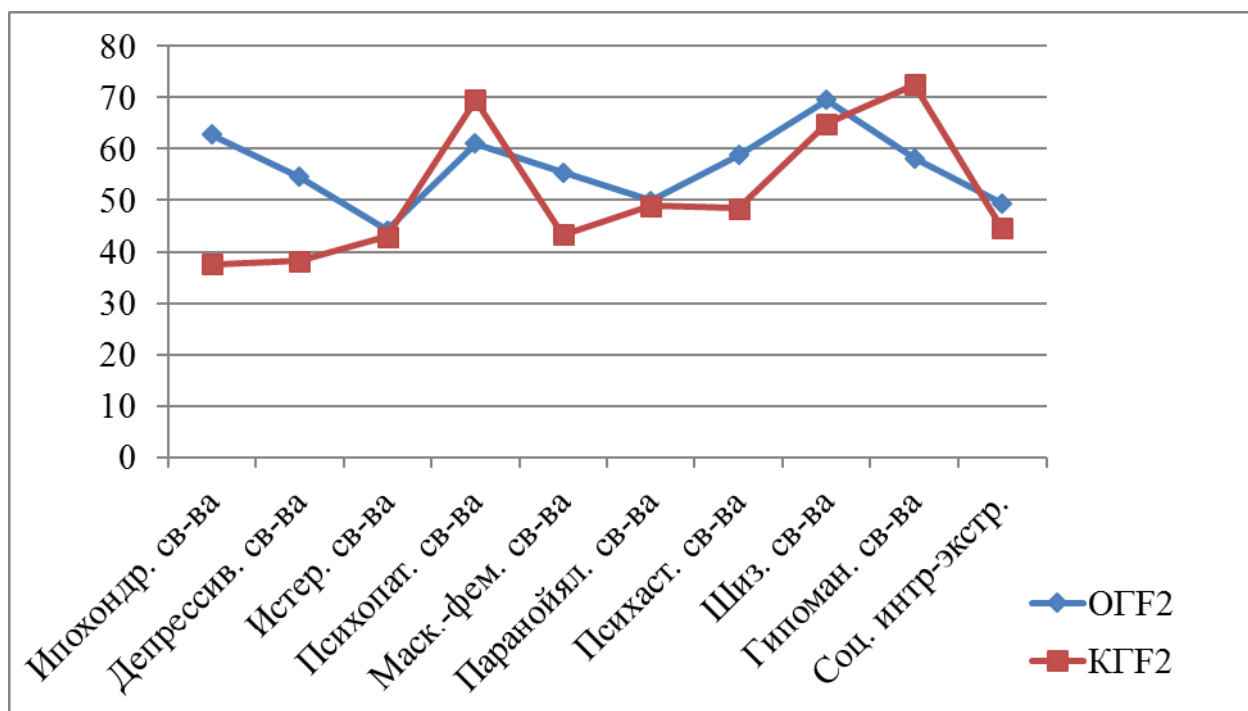


Рисунок 2 – Сравнение профилей опросника СМЛ (MMPI) между основной группой F2 и контрольной группой F2

Статистически значимые ($p < 0,05$) отличия были найдены по шкалам ипохондрии (более выраженные показатели в ОГ) и гипоманиакальности (более выраженные показатели в КГ). В ОГ F2 ($n=59$) медианный балл шкалы диссоциации составил 15,0 (10,0; 25,0), в КГ F2 ($n=91$) – 10,14 (3,25; 18,7), значимость различий между группами (критерий Манна–Уитни) – $p < 0,001$. Следовательно, склонность к диссоциации, у больных шизофренией была также ассоциирована с опытом СВП.

СВП в группе больных с аффективными расстройствами был выявлен в 27,3% случаев. К факторам predisposition к СВП у больных, страдающих аффективными расстройствами, относились: женский пол – у 30 (73,2%), ($p < 0,001$) и наличие шизоидных черт личности в преморбиде – у 7 (17,1%), ($p = 0,019$).

СВП у больных с аффективными расстройствами характеризовался:

- ощущением присутствия рядом с собой «энергетической сущности» – у 19 (46,3 %);
- чувством страха и дискомфорта – у 34 (83,0%), ($p < 0,001$);
- преобладанием элементарных галлюцинаций – у 25 (60,9%), ($p = 0,077$);
- вариабельной продолжительностью: от несколько секунд – у 23 (56,0 %) или минут – у 16 (39,0%) до 1 часа – у 2 (5,0%);
- суточной динамикой, с преобладанием возникновения в вечерне-ночное время – у 37 (90,2%), ($p < 0,001$)
- возникновением в одиночестве – у 39 (95,5%), ($p < 0,001$) и замкнутом пространстве – у 35 (85,4%), ($p < 0,001$);

ж) у 32 (78,1%) больных, ($p < 0,001$) больных проявления СВП отмечались задолго (от 1 месяца до 5 лет) до аффективного расстройства.

Анализ типов ФАМ (Таблица 4) выявил статистически значимое преобладание преимущественно право асимметричного типа ФАМ в КГФЗ; в ОГФЗ чаще встречался смешанный тип ФАМ (53,6%).

Таблица 4 – Типы функциональной асимметрии мозга в основной группе F3 и контрольной группе F3

Типы ФАМ	Группа ОГФЗ (n=41)		Группа КГФЗ (n=109)		p
	n	%	n	%	
Смешанный	22	53,6	40	36,7	0,07
Преимущественно право асимметричный	13	31,7	58	53,2	0,027
Преимущественно лево асимметричный	4	9,8	7	6,5	0,11
Синистральный	2	4,9	2	1,8	0,30
Праволатеральный	0	0,0	2	1,8	1,0

Примечание – p значимость различий по частоте встречаемости различных типов функциональной асимметрии мозга в основной группе F3 и контрольной группе F, точный двусторонний критерий Фишера.

Усредненные профили СМЛ группы F3 приведены на рисунке. 3.

Статистически значимые ($p < 0,05$) отличия были найдены по шкале психастении (более выраженные показатели в ОГ).

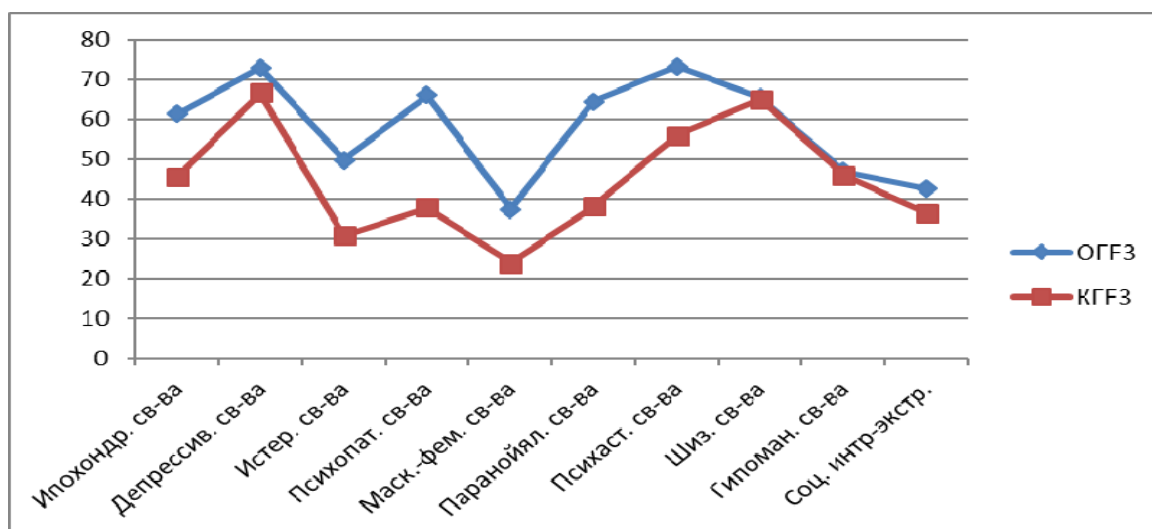


Рисунок 3 – Сравнение профилей опросника СМЛ (ММРІ) между основной группой F3 и контрольной группой F3

В ОГФ3 (n=41) медианный балл шкалы диссоциации составил 16,0 (11,0; 25,5), в КГФ3 (n=109) – 6,0 (4,0; 12,0), значимость различий между группами (критерий Манна-Уитни) – $p < 0,001$. Следовательно, склонность к диссоциации у больных с аффективными расстройствами так же ассоциирована с опытом СВП.

СВП у пациентов с невротическими расстройствами был выявлен в 26,6 % случаев. К факторам predisposition к СВП у больных с невротическими расстройствами относились:

а) женский пол – у 35 (87,5%), ($p < 0,001$);

б) наличие истероидных черт личности в преморбиде – у 7 (17,5%), ($p = 0,016$).

СВП у больных с невротическими расстройствами характеризовался:

а) ощущением присутствия рядом с собой «энергетической сущности, духа, сгустка энергии» – у 13 (32,5%);

б) чувством страха и дискомфорта – у 22 (55,0%); реже равнодушием – 13 пациентов (32,5%);

в) преобладанием ощущения присутствия без элементарных галлюцинаций – у 25 (62,5%), ($p = 0,043$);

г) продолжительностью в несколько секунд – у 25 (62,5%), ($p < 0,001$);

д) суточной динамикой, с преобладанием возникновения в вечерне-ночное время – у 33 (82,5%), ($p < 0,001$);

е) возникновением чаще в одиночестве (95,0%, $p < 0,001$) и замкнутом пространстве (90,0%, $p < 0,001$);

ж) повторяющимся течением по типу «клише» – у 25 (62,5%), ($p = 0,043$).

СВП и невротические расстройства имели следующие клинико-динамические связи: у 32 (80,0%) пациентов ($p < 0,001$) клиника СВП отмечалась задолго до возникновения невротического расстройства и в дальнейшем больше не проявлялась; ни у кого из больных ОГФ4 СВП не дебютировал на фоне текущего невротического расстройства; у всех пациентов ОГФ4 отсутствовали клинические проявления СВП после выхода из невротического расстройства.

При анализе частот типов ФАМ между ОГФ4 и КГФ4 было выявлено преобладание в ОГ смешанного типа ФАМ (Таблица 5).

Таблица 5 – Типы функциональной асимметрии мозга в основной группе F4 и контрольной группе F4

Типы ФАМ	Группа ОГФ4 (n=40)		Группа КГФ4 (n=110)		p
	n	%	n	%	
Смешанный	27	67,5	49	44,9	0,016
Преимущественно право асимметричный	10	25,0	45	40,8	0,085
Амбидекстральный	2	9,8	0	0,0	0,069
Преимущественно лево асимметричный	1	4,9	7	6,1	0.68
Праволатеральный	0	0,0	9	8,2	0.11

Примечание – p значимость различий по частоте встречаемости различных типов функциональной асимметрии мозга в основной группе F4 и контрольной группе F4, точный двусторонний критерий Фишера.

Усредненные профили СМЛ группы F4 приведены на рисунке 4.

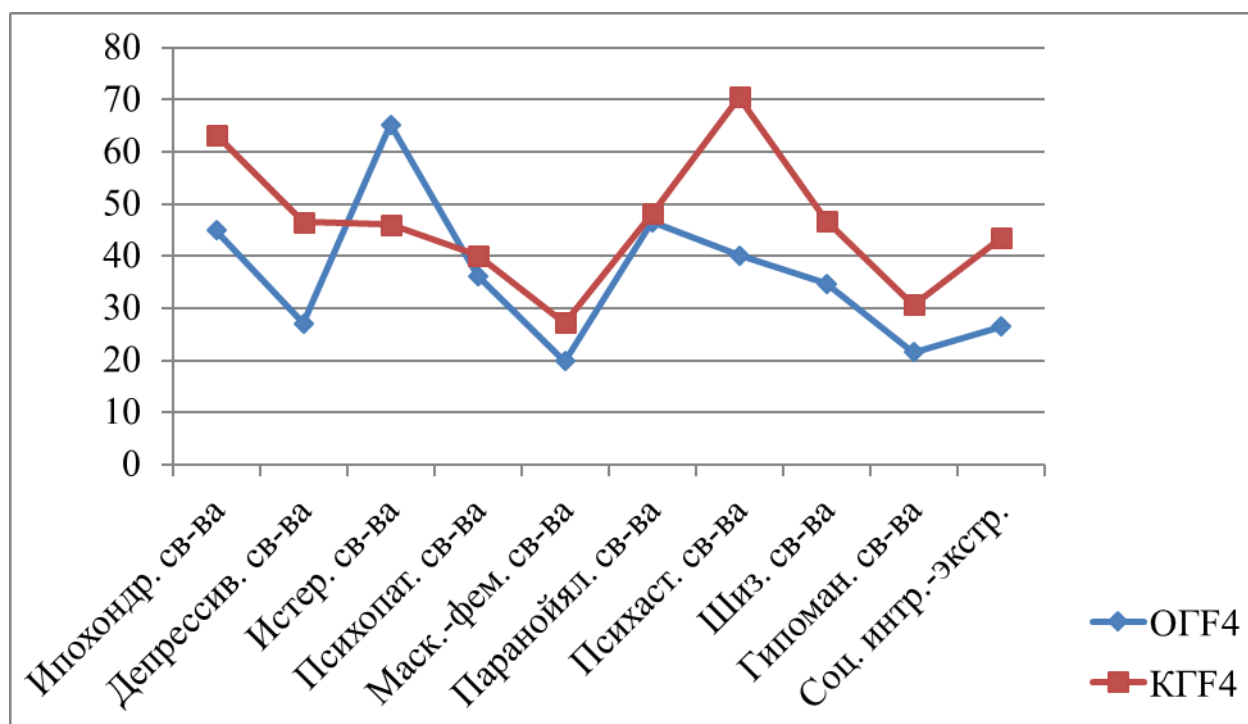


Рисунок 4 – Сравнение профилей опросника СМЛ (MMPI) между основной группой F4 и контрольной группой F4

Статистически значимые ($p < 0,05$) отличия были найдены по шкалам истерии (более выраженные показатели в ОГ), психастении и ипохондрии (более выраженные показатели в КГ). В ОГФ4 ($n=40$) медианный балл шкалы диссоциации составил 12,5 (8,33; 15,5); в КГФ4 ($n=110$) – 6,0 (3,0;9,0), значимость различий между группами (критерий Манна-Уитни) – $p < 0,001$. Следовательно, склонность к диссоциации у больных невротическими расстройствами так же ассоциирована с опытом СВП.

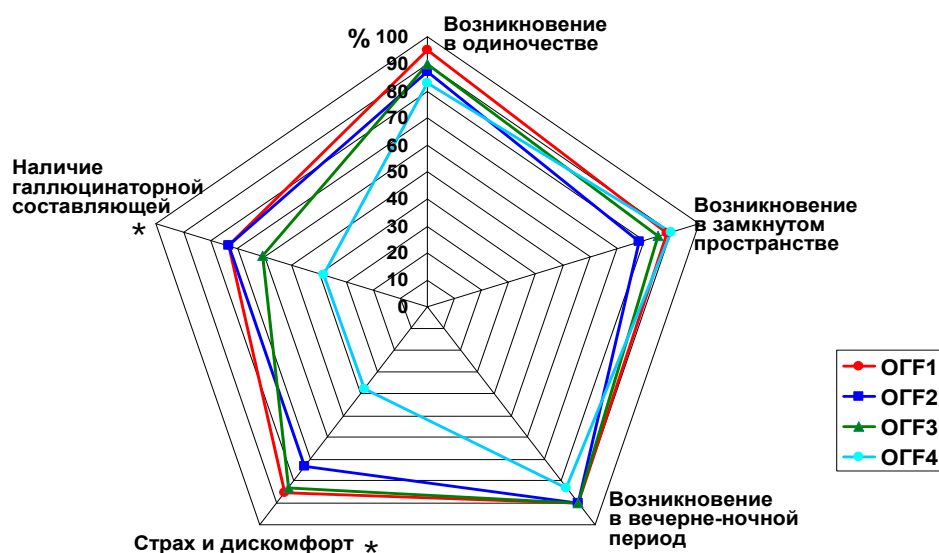
СВП в группе здоровых был выявлен в 40,7% случаев.

СВП у здоровых лиц характеризовался следующим:

1. У всех (100%) участников опыт СВП проявлялся в виде мимолетного ощущения чувства присутствия рядом с собой кого-то незримого, которого они не видели и не слышали, но у всех было чувство, что они «не одни».
2. Галлюцинаторная составляющая ОГЗ была представлена следующим образом: ощущение присутствия + экстракампинные галлюцинации – у 20 (32,8%); ощущение присутствия + гаптические галлюцинации – у 8 (16,4%).
3. СВП у всех (100%) пациентов был однократным.
4. СВП появлялся не только в одиночестве, но и в присутствии других лиц.
5. СВП появлялся преимущественно в замкнутом пространстве, но мог иметь место на улице или площади.
6. У всех (100%) пациентов ОГЗ появление СВП не вызывало никаких эмоций.
7. По продолжительности СВП преимущественно длился менее минуты.
8. Появление СВП не было связано с засыпанием или пробуждением; не зависело от времени суток.
9. Появление СВП не связано с перенесенным стрессом или конфликтом.
10. У всех пациентов основной группы после СВП не возникло никаких расстройств (на момент завершения исследования).

Во всех группах синдром воплощенного присутствия у пациентов возникал преимущественно в вечерне–ночной период (92,7%), в одиночестве (94,4%), в замкнутом пространстве (88,4%), сопровождался чувством страха и дискомфорта (56,2%), в большинстве случаев (58,6%) ощущение присутствия сопровождалось элементарными галлюцинациями. Синдром воплощенного присутствия всегда возникал на доманифестном этапе заболевания, никогда – на этапе выздоровления.

Галлюцинаторная составляющая статистически значимо ($p < 0,05$) чаще имела место в группе больных шизофренией и алкогольной зависимостью с перенесенным делирием (Рисунок 5). В этих же группах имели место значимо большая продолжительность ощущения присутствия и близость во времени между проявлениями воплощенного присутствия и психоза.



Примечание – * статистически значимые различия, $p < 0,05$.

Рисунок 5 – Характеристики СВП в группах сравнения

Статистически значимое ($p < 0,05$) отличие СВП в группе здоровых лиц по сравнению с группами F1-F4 состоит в отсутствии эмоциональной реакции.

Установлено, что вне зависимости от нозологической принадлежности основная группа отличалась значимо большей представленностью смешанного типа ФАМ ($\chi^2 = 23,77$ при $p < 0,001$), а контрольная – право асимметричного ($\chi^2 = 18,98$ при $p = 0,001$). В целом, установленные закономерности позволяют рассматривать смешанный тип ФАМ как предиктор развития СВП (Таблица 6).

Таблица 6 – Типы функциональной асимметрии мозга в основной группе F и контрольной группе F

Типы ФАМ	ОГ (n = 188)		КГ (n = 412)		p
	n	%	n	%	
Смешанный	99	52,7	131	31,8	<0,0001
Преимущественно право асимметричный	68	36,2	228	55,3	<0,0001
Преимущественно лево асимметричный	11	5,8	32	7,8	0,40
Праволатеральный	6	3,2	19	4,6	0,42
Синистральный	2	1,1	2	0,5	0,18
Амбидекстральный	2	1,1	0	0,0	0,12

Примечание – p значимость различий типов функциональной асимметрии мозга по всем больным без разделения по нозологии, точный двусторонний критерий Фишера.

В отношении склонности к диссоциативным проявлениям следует отметить, что в ОГ (n=188) медианный балл ШД составил 13,8 (5,65; 25,5), в КГ (n=412) – 6,0 (3,0; 18,7), значимость различий между группами (критерий Манна–Уитни) – $p < 0,001$. В связи с этим можно сделать заключение, что у пациентов с клиникой СВП преобладает личностная склонность к диссоциативным проявлениям.

Следовательно, СВП можно отнести к тем феноменам, которые традиционно обозначаются как форпост-синдромы (Gross G., 1969), «зарницы» (Личко А.Е., 1979), симптомы продромального типа (Herz M.I., Lamberti J.S., 1995), «предвестники шизофрении» (Гиндикин В. Я., 1996).

Таким образом, СВП в свете концепции об индивидуальном барьере психической адаптации представляет собой предболезненное состояние, которое оценивается вне рамок какого-либо психического заболевания. СВП можно рассматривать в виде реакции, сигнализирующей о напряжении функциональной активности индивидуального барьера психической адаптации. Однако, в ряде случаев, произошедший «надрыв» барьера психической адаптации представляет собой в дальнейшем основу для формирования психотических расстройств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выводы

1. Установлено, что синдром воплощенного присутствия является частым и нозологически неспецифичным психопатологическим феноменом. Анамнестически он был выявлен у 40,7% здоровых лиц; у 32,0% больных, страдающих синдромом зависимости от алкоголя с перенесенным делирием; у 39,3% пациентов, больных шизофренией; у 27,3% больных, страдающих аффективными расстройствами; и у 26,6% пациентов, страдающих невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами.

2. Во всех изученных группах синдром воплощенного присутствия возникал преимущественно в вечерне-ночной период (92,7%), в одиночестве (94,4%), в замкнутом пространстве (88,4%), сопровождался чувством страха и дискомфорта (56,2%), в большинстве случаев (58,6%) ощущение присутствия сопровождалось элементарными галлюцинациями – статистически значимо ($p < 0,05$) чаще это имело место в группе больных шизофренией и алкогольной зависимостью с перенесенным делирием. Синдром воплощенного присутствия возникал на доманифестном этапе заболевания.

3. Нозологически неспецифическими факторами predisпозиции к синдрому воплощенного присутствия достоверно являлись смешанный тип функциональной

асимметрии мозга (52,7%; $p < 0,001$) и личностная склонность к диссоциативным проявлениям ($p < 0,001$).

4. Синдром воплощенного присутствия можно отнести к неспецифическим предвестникам, «зарницам», отражающим напряжение барьера психической адаптации. Выраженность галлюцинаторной составляющей в структуре феномена воплощенного присутствия, увеличение экспозиции феномена, отражая сравнительно большее напряжение систем адаптации, свидетельствовали о риске психотической дезинтеграции.

Рекомендации

1. Для выявления признаков синдрома воплощенного присутствия рекомендуется использовать экспресс-анкету, предназначенную для самостоятельного заполнения пациентами в течение 2-3 минут (приложение А).

2. Наличие галлюцинаторной составляющей, рецидивирование синдрома воплощенного присутствия с увеличением экспозиции, рекомендуется рассматривать как признаки высокого риска развития психопатологии.

Перспективы дальнейшей разработки темы исследования

Изучение клинико-динамических особенностей синдрома воплощенного присутствия у пациентов, страдающих эпилепсией, а также у больных с органическим поражением ЦНС позволит уточнить понимание синдрома воплощенного присутствия как предиктора психических расстройств. Увеличение числа наблюдений и продолжительности наблюдения за респондентами позволит углубить и расширить исследование. Представляется целесообразным продолжительное катамнестическое наблюдение за участниками исследования, имеющими опыт синдрома воплощенного присутствия. Дальнейшее изучение синдрома воплощенного присутствия позволит разработать эффективные методы ранней психопрофилактики и внедрить их в клиническую практику. Внедрение в систему здравоохранения клинических рекомендаций, основанных на результатах изучения клинико-динамических особенностей синдрома воплощенного присутствия, позволит быстро и с минимальными затратами повысить эффективность ранней диагностики психических расстройств. Применение на практике результатов исследования будет способствовать снижению финансовых последствий психических расстройств (менее затратное лечение, сокращение количества дней нетрудоспособности); получив своевременный доступ к эффективному лечению, пациент имеет больше шансов на сохранение рабочего, социального, семейного статуса, что будет способствовать повышению качества жизни пациентов.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Солдаткин, В.А. Синдром воплощённого присутствия как предиктор психических заболеваний/ В.А. Солдаткин, П.Б. Крысенко, Н.И. Никитенко // Сборник статей IV конгресса врачей первичного звена здравоохранения юга России. г. Ростов–на–Дону. – 2014 г. –С.185-188.
2. Солдаткин, В.А. Клинические особенности синдрома воплощенного присутствия / В.А. Солдаткин, П.Б. Крысенко, Н.А. Рогова, Н.В. Никонова // Proceedings of the International Conference“Modern Achievements of Science and Technology: World Experience and Practice”.Buea, Cameroon, 2015 г. – С. 225-230.
3. Крысенко, П.Б. Особенности постпроцессуальной депрессии при шизофрении с синдромом воплощённого присутствия (тезисы) / П.Б. Крысенко // 2-я итоговая научная сессия молодых учёных РостГМУ: сборник материалов, 4 июня 2015 г., г. Ростов–на–Дону – 2015 г. – С. 37-38.
4. Крысенко, П.Б. Особенности постпроцессуальной депрессии при шизофрении с синдромом воплощённого присутствия / П.Б. Крысенко, Н.И. Никитенко // Материалы Российской научной конференции с международным участием «Психопатология войны: психические и поведенческие расстройства у жертв тяжелого стресса». г. Ростов–на–Дону – 2015 г. – С. 294-300.
5. Крысенко, П.Б. Клинические особенности синдрома воплощенного присутствия у больных, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя // Психиатрия в 2016 году: наука и искусство. Материалы региональной научной конференции. Ростов–на–Дону – 2015 г. – С.55-69.
6. Солдаткин, В.А. Anwesenheit, феномен воплощенного присутствия/ В.А. Солдаткин, П.Б. Крысенко // Независимый психиатрический журнал – 2016 г. – №1– С.40-54.
7. Крысенко, П.Б. Клинические особенности синдрома воплощенного присутствия у больных шизофренией (тезисы) // 3-я итоговая научная сессия молодых учёных РостГМУ: сборник материалов, 1 июня 2016 г., Ростов–на–Дону. – 2016 г. – С. 58-60.
8. Солдаткин, В.А. Клинические особенности синдрома воплощенного присутствия при шизофрении / В.А. Солдаткин, П.Б. Крысенко, Н.В. Никонова // **Социальная и клиническая психиатрия. – 2017 г. – Т. 27. № 2. –С. 5-8.**
9. Психиатрия. Ростовская научно-педагогическая школа. Учебник: в 2 томах / Под ред. В.А. Солдаткина Ростов–на–Дону. – 2017 г. – Том 2 (2-е издание, исправленное и дополненное) – С.560\20

10. Солдаткин, В.А. Клинические особенности синдрома воплощенного присутствия у больных алкоголизмом, перенесших делирий / В.А. Солдаткин, П.Б. Крысенко // Вопросы наркологии. (Приложение). Тезисы научно-практической конференции с международным участием «Современная наркология: достижения, проблемы, перспективы развития» –2017 г. – № 6. – С. – 73-74.

11. Солдаткин, В.А. Клинические особенности синдрома воплощенного присутствия у больных алкоголизмом, перенесших делирий/ В.А. Солдаткин, П.Б. Крысенко // Материалы Российской научной конференций с международным участием. Общая психопатология: традиции и перспективы. Ростов–на–Дону. – 2017 г. – С. – 166-169

12. Солдаткин, В.А. Клинические проявления синдрома воплощенного присутствия у больных перенесших алкогольный делирий / В.А. Солдаткин, П.Б Крысенко., А.Я. Перехов, В.В. Мрыхин, А.И. Ковалев, М.Н. Крючкова, В.В. Азаматова, Е.В. Малышко, В.Г. Петров // Сборник материалов международного конгресса «Медицинские и биологические науки: достижения и перспективы». Танзания. – 2018 г. – С. – 364-368.

13. Солдаткин, В.А. Психопатология синдрома воплощенного присутствия при шизофрении / В.А. Солдаткин, П.Б Крысенко., А.Я. Перехов, В.В. Мрыхин, А.И. Ковалев, М.Н. Крючкова, В.В. Азаматова, Е.В. Малышко // Сборник материалов международного конгресса «Медицинские и биологические науки: достижения и перспективы», Танзания, 2018 г. – С. 369-375.

14. Крысенко, П.Б. Клинические особенности синдрома воплощенного присутствия у больных с аффективной патологией / П.Б. Крысенко // Материалы региональной научной конференции «Душевные расстройства: от понимания к коррекции и поддержке». Ростов–на–Дону – 2018 г. – С. – 113-117.

15. Крысенко, П.Б. Особенности шкалы диссоциации и типа функциональной асимметрии мозга у больных с синдромом воплощённого присутствия / П.Б. Крысенко // Материалы региональной научной конференции «Душевные расстройства: от понимания к коррекции и поддержке», Ростов–на–Дону. – 2018 г. – С. 118-121.

16. Солдаткин, В.А. Клинические особенности синдрома воплощенного присутствия у больных с невротическими расстройствами / В.А. Солдаткин, П.Б Крысенко., А.Я. Перехов, В.В. Мрыхин, А.И. Ковалев, М.Н. Крючкова // Сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы психиатрии: интеграция, инновация, модернизация». Ташкент. – 2019 г. – С. 44-45.

17. Солдаткин, В.А. Клинические особенности синдрома воплощенного

присутствия у больных с аффективными расстройствами / В.А. Солдаткин, П.Б. Крысенко., А.Я. Перехов, В.В. Мрыхин, А.И. Ковалев, М.Н. Крючкова // Сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы психиатрии: интеграция, инновация, модернизация». Ташкент, – 2019 г. – С. 45-46.

18. Солдаткин, В.А. Синдром воплощенного присутствия – редкое психопатологическое образование? / В.А. Солдаткин, П.Б. Крысенко, М.Н. Крючкова // **Журнал неврологии и психиатрии. С.С. Корсакова. – 2019 г. –Т.119 № 3. – С. 82-91.**

19. Солдаткин, В.А. Клинико-психопатологическое исследование феномена воплощенного присутствия / В.А. Солдаткин, П.Б. Крысенко // **Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. –2019 г. –№ 10 (120). – С.48-56.**

20. Солдаткин, В.А. Синдром воплощенного присутствия в контексте функциональной асимметрии мозга / В.А. Солдаткин, П.Б. Крысенко // **Психическое здоровье. – 2020 г. –№ 5. – С. 11-19.**

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ГЗ	– группа здоровых
КГ	– контрольная группа
ОГ	– основная группа
СВП	– синдром воплощенного присутствия
СМИЛ	– стандартизированный многофакторный метод исследования личности
ФАМ	– функциональная асимметрия головного мозга
ЧМТ	– черепно-мозговая травма
ШД	– шкала диссоциации
F1	– группа пациентов с алкогольной зависимостью, перенесшие делирий
F2	– группа пациентов, страдающих шизофренией
F3	– группа пациентов с аффективными расстройствами
F4	– группа пациентов с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами
MMPI	– Миннесотский многофазный личностный тест