

© Дмитриева С.А., 2026;
© Костюк Г.П., 2026

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК/UDC: 616.89, 616.895, 616.89-008.441.13,
616.89

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-2-90-99>

Взаимосвязь психопатологической структуры и приверженности лечению у госпитализированных пациентов с коморбидными расстройствами шизофренического спектра и расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ

Софья Антоновна Дмитриева¹, Георгий Петрович Костюк^{1,2,3,4}

¹ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

²ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», Москва, Россия

³ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)», Москва, Россия

⁴ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Софья Антоновна Дмитриева, sophyyume@yandex.ru

Резюме

Обоснование: коморбидность расстройств шизофренического спектра и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ (ПАВ), ассоциирована с более тяжелым течением, частыми регоспитализациями, снижением качества жизни и социального функционирования, худшим прогнозом психического заболевания. Однако, несмотря на многообразие исследований на эту тему, до сих пор нет единого мнения о влиянии зависимости от ПАВ на клинику расстройств шизофренического спектра, на частоту и причины регоспитализаций в психиатрический стационар. **Цель:** изучить взаимосвязь преобладающего психопатологического синдрома у пациентов в условиях психиатрического стационара с расстройствами шизофренического спектра и расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, с: 1) ремиссией употребления ПАВ; 2) комплаентностью в отношении приема поддерживающей психофармакотерапии. **Пациенты и методы:** на базе ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева», Москва, Россия, было обследовано 188 пациентов с расстройствами шизофренического спектра и сопутствующей наркотической и/или алкогольной патологией. Средний возраст пациентов был 34,9 (± 9,9) года. Мужчины составили 79,8% ($n = 150$) выборки. Применяли клинко-психопатологический (клиническое обследование и данные медицинской документации) и статистический методы. **Результаты:** пациенты с диагнозом «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ» чаще всего ($n = 81$, 88,05%) употребляли опиоиды, каннабиноиды, стимуляторы и кокаин. Частота ремиссии употребления ПАВ значимо отличалась ($p < 0,001$) при ведущем галлюцинаторно-параноидном синдроме ($n = 43$; 74,1%) и в случаях с психопатоподобным синдромом ($n = 4$; 6,9). Активные потребители ПАВ более часто избегали приема поддерживающей терапии ($n = 44$; 47,3%), ($p < 0,001$). Установлена значимая связь между ведущим синдромом расстройства шизофренического спектра, течением аддиктивного заболевания и комплаентностью. Психопатоподобный синдром ассоциирован с наихудшим прогнозом: достоверно ниже частота ремиссии ПАВ и приверженность лечению. Галлюцинаторно-параноидная симптоматика коррелирует с более высокой частотой ремиссии и лучшей комплаентностью. **Заключение:** преобладающая психопатология критически важна для оценки риска рецидива и приверженности терапии. Рост коморбидности расстройств шизофренического спектра и наркотической/алкогольной патологии диктует необходимость разработки интегративных подходов к лечению с участием наркологов.

Ключевые слова: расстройства вследствие употребления психоактивных веществ, шизофрения, психоактивные вещества, социальное функционирование, двойной диагноз, коморбидность

Для цитирования: Дмитриева С.А., Костюк Г.П. Взаимосвязь психопатологической структуры и приверженности лечению у госпитализированных пациентов с коморбидными расстройствами шизофренического спектра и расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ. *Психиатрия*. 2026;24(2):90–99. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-2-90-99>

RESEARCH

UDC: 616.89, 616.895, 616.89-008.441.13, 616.89-008.441.33

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-2-90-99>

The Relationship Between the Psychopathological Structure and Treatment Adherence in Hospitalized Patients with Comorbid Schizophrenia Spectrum and Substance Use Disorders

Sofya A. Dmitrieva¹, Georgy P. Kostyuk^{1,2,3,4}

¹Psychiatric Clinical Hospital No. 1 named after N.A. Alekseev of the Moscow City Health Department, Moscow, Russia

²M.V. Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

³Russian Biotechnological University, Moscow, Russia

⁴I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russia (Sechenov University), Moscow, Russia

Corresponding author: Sofya A. Dmitrieva, sophyyume@yandex.ru

Summary

Background: comorbid schizophrenia spectrum disorders and substance use disorders are associated with more severe illness course, frequent rehospitalizations, reduced quality of life, poorer social functioning, and worse prognosis. This study compared comorbid inpatients based on predominant symptom clusters. **The aim of study** was to investigate the relationship between the predominant psychopathological syndrome in hospitalized patients with schizophrenia spectrum disorders and substance use disorders and key clinical parameters: 1) achieving substance use remission; 2) treatment adherence. **Patients and Methods:** 188 patients with schizophrenia spectrum disorders and comorbid substance use disorders admitted to Psychiatric Clinical Hospital No. 1 named after N.A. Alexeev (Moscow, Russia) were examined. Mean age was 34.9 ± 9.9 years; 79.8% ($n = 150$) were males. Clinical and psychopathological (clinical examination and medical records) and statistical methods were used. **Results:** mean age was 34.9 ± 9.9 years; 79.8% ($n = 150$) were males. The diagnosis "Mental and behavioral disorders due to multiple drug use and use of other psychoactive substances" predominated ($n = 81$, 88.05%) with opioids, cannabinoids, stimulants, and cocaine being the most used substances. The remission rate for substance use differed significantly ($p < 0.001$): it was 74.1% ($n = 43$) in cases with hallucinatory-paranoid syndrome, and 6.9% ($n = 4$) in cases with Psychopathy-like syndrome. Active substance users more frequently avoided taking maintenance therapy (47.3%, $n = 44$) ($p < 0.001$). A significant association exists between predominant psychopathological syndrome, substance use disorders course, and adherence. Pseudopsychopathic syndrome predicts the worst outcomes: significantly lower substance use disorders remission rates, poorer adherence. Hallucinatory-paranoid syndrome correlates with higher remission likelihood and better adherence. **Conclusion:** predominant psychopathological disorders critically impact relapse risk and treatment adherence. Rising comorbidity prevalence underscores the need for integrated treatment strategies involving addiction specialists.

Keywords: substance use disorder, schizophrenia, psychoactive substances, social functioning, dual diagnosis, comorbidity

For citation: Dmitrieva S.A., Kostyuk G.P. The Relationship Between the Psychopathological Structure and Treatment Adherence in Hospitalized Patients with Comorbid Schizophrenia Spectrum and Substance Use Disorders. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2026;24(2):90–99. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-2-90-99>

ВВЕДЕНИЕ

В последние десятилетия наблюдается рост распространенности сочетанных расстройств шизофренического спектра и аддиктивной патологии, что связано с увеличением доступности психоактивных веществ (ПАВ) и недостаточной эффективностью профилактических мер [1–3]. Сочетание психических расстройств и аддикций приводит к более тяжелому течению обеих патологий, снижению качества жизни пациентов и увеличению нагрузки на систему здравоохранения [4]. По данным Росстата на 2016 г. под диспансерным наблюдением по поводу наркомании состояло 176,8 человек на 100 тыс. населения [5]. Среди больных шизофренией распространенность сопутствующих расстройств, связанных с употреблением ПАВ, варьируется от 25 до 75% [2, 6]. Риск развития аддиктивной патологии у пациентов с шизофренией в 4,6 раза выше, чем в общей популяции [7–12].

Отмечено, что клинические особенности расстройств шизофренического спектра, отягощенных злоупотреблением ПАВ, в том числе и алкоголем, отличаются от случаев, не отягощенных аддиктивной патологией [13]. Злоупотребление ПАВ может маскировать шизофренический дефект и в то же время усиливать психотические симптомы [14]. Исследователи по-разному трактуют, как протекают у пациентов с шизофренией абстинентный синдром и патологическое влечение к алкоголю, какие формы зависимости и типы опьянения при этом феномене встречаются, как будут влиять расстройства, связанные с употреблением ПАВ, на течение друг друга [14–15]. Одни авторы считают, что алкоголь и наркотики могут временно смягчать симптомы шизофрении, но отмечают, что это облегчение является кратковременным и не улучшает долгосрочный прогноз [16]. Другие исследователи

утверждают, что в долгосрочной перспективе злоупотребление ПАВ ухудшает течение шизофрении, усиливая негативные симптомы и ускоряя развитие дефекта [4, 17]. Это связано как с прямым токсическим действием ПАВ на центральную нервную систему, так и с нарушением комплаенса и несоблюдением режима лечения. Некоторые ученые утверждают, что у пациентов с коморбидностью чаще наблюдаются атипичные и полиморфные аффективные нарушения, которые сложно диагностировать и лечить [18]. Некоторые авторы в своих исследованиях изучали зависимость клинических проявлений от того, какое из психических расстройств манифестировало первым [15, 19–21]. Немаловажной в клинической практике является сложность дифференциальной диагностики психозов при шизофрении от психозов, вызванных ПАВ, которые могут имитировать симптомы шизофрении [19, 22, 23].

Важной предпосылкой для изучения коморбидности становятся особенности мотивов употребления ПАВ у больных шизофренией и другими бредовыми расстройствами. У пациентов со смешанной психической и аддиктивной патологией мотивы употребления ПАВ часто имеют личностно значимый характер: аттрактивные мотивы (снятие тревоги, напряжения), гиперактивизирующие мотивы (повышение активности, улучшение настроения) [20]. У пациентов с алкогольной зависимостью без психических расстройств преобладают гедонистические и социальные мотивы. Также возможно разделять мотивации потребления ПАВ в контексте социальных и ситуационных факторов рецидива. Выделяют внутрличностные факторы употребления алкоголя и ПАВ — тягостные эмоциональные состояния, физический дискомфорт, психологические симптомы, а также межличностные факторы — конфликты с окружающими, социальное давление, предложения наркотиков [24].

Наличие коморбидности влечет за собой различные социальные и медицинские последствия, такие как бездомность, безработица, криминальное поведение и следующая за ним судимость, а также социальная изоляция [25, 26]. В этих случаях наблюдается снижение уровня социального функционирования, что приводит к ухудшению качества жизни [3, 27, 28]. Употребление ПАВ увеличивает риск возникновения инфекционных заболеваний, соматических расстройств, суицидального или агрессивного поведения [29–33].

Коморбидные пациенты часто обнаруживают резистентность к стандартной терапии, что требует применения комбинированных схем лечения, включая атипичные антипсихотики (в частности, клозапин), антидепрессанты и психотерапию [34, 35]. Лечение пациентов с двойным диагнозом требует значительных финансовых затрат из-за повторных госпитализаций и необходимости длительной реабилитации [36]. Одними из важных последствий коморбидности становятся частые обострения психозов и рецидивы употребления алкоголя и ПАВ, что влечет за собой повторные госпитализации [29]. Несмотря на большое количество исследований на эту тему, в настоящее время нет единого мнения о влиянии нарушений, связанных с употреблением ПАВ, на клинические проявления расстройств шизофренического спектра, а также на частоту и причины регоспитализаций [37].

Коморбидность расстройств, связанных с употреблением ПАВ и психиатрической патологией, обуславливает трудности их распознавания, научного исследования, диспансерного наблюдения, профилактики и терапии. В действительности, в таких случаях диагностируется и лечится только одно психическое расстройство, что снижает эффективность оказываемой помощи. Коморбидность шизофрении и зависимости от ПАВ требует дифференцированного подхода к изучению и оказанию помощи с учетом особенностей продуктивной и негативной психопатологической симптоматики и взаимодействующей с ними аддиктивной патологии. Первым элементом такого подхода может стать применение двойного диагноза, когда у одного пациента одновременно диагностируются психическое расстройство и расстройство, связанное с употреблением ПАВ [38].

Цель исследования: изучить особенности клинической картины и показатели ремиссии/употребления ПАВ и приверженности лечению у пациентов с расстройствами шизофренического спектра и коморбидной патологией, связанной с употреблением ПАВ, в зависимости от ведущего симптомокомплекса.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дизайн исследования: проведено ретроспективное описательное исследование. На базе ГБУЗ «ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения Москвы» обследованы 188 пациентов.

Этическая характеристика

Все участники исследования подписали добровольное информированное согласие на участие в программе. Проведение исследования соответствовало положениям Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации 1964 г., пересмотренной в 1975–2024 г., и одобрено локальным этическим комитетом ПКБ №1 (Протокол №2 от 27.10.2021).

Ethical aspects

All examined participants of study signed the informed consent to take part in a study. This study complies with the Principles of the WMA Helsinki Declaration 1964 amended 1975–2024. The research protocol was approved by Local Ethical Committee of State Budgetary Healthcare Institution “Psychiatric Clinical Hospital No.1 named after N.A. Alekseev of the Moscow City Health Department (protocol N 2 from 27.10.2021).

Критерии включения пациентов: 1) возраст старше 18 лет; 2) диагностированные в соответствии с критериями МКБ-10 расстройства шизофренического спектра: параноидная шизофрения эпизодического и непрерывного типов течения (F20.016, F20.026, F20.006), шизотипическое расстройство (F21.8), острое шизофреноформное расстройство (F23.2), шизоаффективное расстройство (F25), 3) наличие сопутствующего злоупотребления алкоголем или ПАВ, включая согласно критериям МКБ-10: пагубное употребление алкоголя (F10.1), синдром алкогольной зависимости (F10.2), психические расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и употреблением других ПАВ, пагубное употребление (F19.1), психические расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и употреблением ПАВ, синдром зависимости (F19.2).

Критерии исключения: 1) отсутствие хотя бы одного из психических расстройств, указанных в критериях включения 2 и 3; 2) наличие другого диагностированного психического расстройства; 3) возраст моложе 18 лет.

В исследовании использованы клинко-психопатологический метод (клиническое интервью) и анализ медицинской документации. Ведущий симптомокомплекс определял лечащий врач-психиатр на основании клинической беседы при поступлении и наблюдения в ходе лечения с опорой на общепринятые диагностические критерии МКБ-10 и данные медицинской документации. Под ведущим симптомокомплексом в настоящем исследовании понимали клинически доминирующий синдром на момент текущей госпитализации, определяющий картину обострения. Оценку ведущих симптомокомплексов проводили в период купирования обострения, в момент, когда пациенты проходили лечение в круглосуточном психиатрическом стационаре. Воздержание больных от ПАВ оценивали вне зависимости от психического состояния на протяжении года. Статус употребления ПАВ оценивали клинко-анамнестически (по данным клинического интервью

Таблица 1. Параметры пациентов (возраст, диагноз) в зависимости от пола (n = 188)**Table 1** Patient characteristics (age, diagnosis) stratified by sex (n = 188)

Параметр/Characteristics	Мужчины/Male	Женщины/Female	Всего/Total	p	χ^2
Число/Number	n = 150 (79,8%)	n = 38 (20,2%)	n = 188 (100%)		
Возраст/Age	34,9 ($\pm$ 9,3)	34,7 ($\pm$ 12,1)	34,9 ($\pm$ 9,9)		
F20.006	n = 44 (29,3%)	n = 9 (23,7%)	n = 53 (28,2%)	0,094	7,947
F20.016	n = 65 (43,3%)	n = 13 (34,2%)	n = 78 (41,5%)		
F21.8	n = 26 (17,3%)	n = 7 (18,4%)	n = 33 (17,6%)		
F23	n = 0 (0%)	n = 1 (2,6%)	n = 1 (0,5%)		
F25	n = 15 (10,1%)	n = 8 (21,1%)	n = 23 (12,2%)		
F10.1	n = 26 (17,3%)	n = 5 (13,2%)	n = 31 (16,5%)	0,82	4,413
F10.2	n = 52 (34,7%)	n = 13 (34,2%)	n = 65 (34,6%)		
F19.1	n = 22 (14,6%)	n = 2 (5,3%)	n = 24 (12,8%)		
F19.2	n = 34 (22,7%)	n = 11 (28,9%)	n = 45 (23,9%)		
F10 + F19	n = 16 (10,7%)	n = 7 (18,4%)	n = 23 (12,2%)		

Примечания: n — число наблюдений признака; p — уровень статистически значимых отличий; χ^2 — значение критерия Пирсона. Код диагноза по МКБ-10: F20.006/F20.016 — параноидная шизофрения (тип течения согласно клинической классификации), F21.8 — шизотипическое расстройство, F23 — острое и транзиторное психотическое расстройство, F25 — шизоаффективное расстройство, F10.1 — пагубное употребление алкоголя, F10.2 — синдром зависимости от алкоголя, F19.1 — пагубное употребление нескольких/других ПАВ, F19.2 — синдром зависимости вследствие употребления нескольких/других ПАВ.

Notes: n — number of signs, p — level of difference significance, χ^2 — Pearson's chi-square test. Code on ICD-10: F20.006/F20.016 — paranoid schizophrenia, F21.8 — schizotypal disorder, F23 — acute and transitory mental disorder, F25 — schizoaffective disorder, F10.1 — Alcohol abuse, F10.2 — Alcohol dependence, F19.1 — misuse of other substances, F19.2 — substances dependency.

и медицинской документации); ремиссия определялась как воздержание от употребления ПАВ в течение не менее 1 года. Оценку комплаентности к лечению проводили клинически (самостоятельный прием/прием под контролем/отказ).

Статистический анализ результатов исследования проводили с использованием программного обеспечения SPSS v. 27 (IBM, США) (*Statistical Package for the Social Sciences*). Статистическая обработка данных включала методы описательной и сравнительной статистики. Количественные переменные сравнивали с использованием t-критерия Стьюдента, категориальные — χ^2 -критерием Пирсона. $p < 0,05$ считали статистически значимым. Количественные переменные представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения ($M \pm SD$). Категориальные переменные представлены в виде абсолютных и относительных частот (n, %).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследование включены 188 коморбидных пациентов, получавших на момент обследования стационарное лечение. Доля пациентов мужского пола составила 79,8% ($n = 150$), женского пола — 20,2% ($n = 38$). Средний возраст общей выборки составил 34,9 года ($\pm 9,9$); для мужчин — 34,9 ($\pm 9,3$), для женщин — 34,7 ($\pm 12,1$). Значимой разницы в возрасте обнаружено не было, при этом в выборке преобладали мужчины (79,8%; $n = 150$) (табл. 1).

Диагноз параноидной шизофрении эпизодического типа течения был установлен у 41,5% пациентов ($n = 78$), параноидной шизофрении непрерывного типа

течения — у 28,2% пациентов ($n = 53$), шизотипического расстройства — у 17,6% ($n = 33$), шизоаффективного расстройства — у 12,2% ($n = 23$), острого шизофреноформного расстройства — в 0,5% случаев ($n = 1$). Синдром зависимости от алкоголя констатирован у 34,6% пациентов ($n = 65$), диагноз пагубного употребления алкоголя — у 16,5% ($n = 31$). Диагноз «психическое расстройство, вызванное одновременным употреблением нескольких наркотических средств и других психоактивных веществ» был верифицирован в двух формах: синдром зависимости установлен у 23,9% пациентов ($n = 45$), пагубное употребление — у 12,8% ($n = 24$). У 12,2% пациентов ($n = 23$) диагностировали несколько расстройств, связанных с употреблением ПАВ (сочетание F10.x и F19.x). Статистически значимых различий в представленности синдромов в подгруппах мужского и женского пола обнаружено не было (табл. 1). Наркотическими средствами, которыми злоупотребляли пациенты, проходившие исследование, были каннабиноиды, стимуляторы, опиоиды, кокаин. Среди расстройств, связанных с употреблением ПАВ, преобладал диагноз «Психические расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и употреблением других ПАВ» (F19) (88,05%, $n = 81$), гораздо реже (практически единичные случаи) встречалось пристрастие к только одному наркотическому средству.

Коморбидные пациенты были сформированы в группы согласно основному симптомокомплексу и в зависимости от активного употребления ПАВ в настоящее время или же воздержания в течение как минимум 1 года. По основному симптомокомплексу пациенты были распределены в следующие группы: с ведущей

Таблица 2. Распределение ведущих симптомокомплексов в группах активного употребления ПАВ и ремиссии (воздержание ≥ 1 года)**Table 2** Distribution of leading symptom complexes in groups of active substance use and remission (abstinence ≥ 1 year)

Ведущий симптомокомплекс/Predominant symptom cluster	Употребление ПАВ в настоящее время/Current substance use	Воздержание от ПАВ в течение 1 года/Abstinence from substances for 1 year	Всего/Total	χ^2	p
Аффективно-бредовый/Affective-delusional	35,4% ($n = 46$)	19,3% ($n = 11$)	30,3% ($n = 57$)	47,723	< 0,001
Галлюцинаторно-параноидный/Hallucinatory-paranoid	22,3% ($n = 29$)	74,1% ($n = 43$)	38,3% ($n = 72$)		
Психопатоподобный/Psychopathy-like	42,3% ($n = 55$)	6,9% ($n = 4$)	31,4% ($n = 59$)		

Примечания: p — статистическая значимость отличий; χ^2 — значение критерия Пирсона.

Notes: p — level of difference significance, χ^2 — Pearson's chi-square test.

Таблица 3. Распределение ведущих симптомокомплексов в зависимости от комплаентности (отношения к приему поддерживающей психофармакотерапии)**Table 3** Distribution of leading symptom complexes in relation to compliance (attitude towards receiving maintenance psychopharmacotherapy)

	Самостоятельный прием терапии/Self-administration of therapy	Прием терапии под контролем/Supervised administration of therapy	Отказ от приема терапии/Therapy discontinuation	χ^2	p
Аффективно-бредовый/Affective-delusional	36,8% ($n = 21$)	28,1% ($n = 16$)	35,1% ($n = 20$)	12,304	0,015
Галлюцинаторно-параноидный/Hallucinatory-paranoid	26,4% ($n = 19$)	47,2% ($n = 34$)	26,4% ($n = 19$)		
Психопатоподобный/Psychopathy-like	15,3% ($n = 9$)	37,3% ($n = 22$)	47,4% ($n = 28$)		

Примечания: p — статистическая значимость отличий; χ^2 — значение критерия Пирсона.

Notes: p — level of difference significance, χ^2 — Pearson's chi-square test.

галлюцинаторно-параноидной или параноидной симптоматикой (38,3% пациентов, $n = 72$), преобладающей аффективно-бредовой симптоматикой (30,3% пациентов, $n = 57$), с доминирующей психопатоподобной симптоматикой (31,4% пациентов, $n = 59$).

Пациенты также были разделены на две группы: 1) употреблявшие ПАВ в течение последнего года или возобновившие употреблять его в настоящее время (69,1% пациентов, $n = 130$); 2) воздерживавшиеся от употребления ПАВ в течение как минимум 1 года и до настоящего времени (30,9% пациентов, $n = 58$) (табл. 2). Обнаружены статистически значимыми различия по ведущему симптомокомплексу ($\chi^2 = 47,723$, $p < 0,001$).

Большая часть пациентов с ведущей галлюцинаторно-параноидной симптоматикой оказалась в ремиссии по аддиктивному диагнозу, в то время как при наличии аффективных и аффективно-бредовых нарушений воздержание от ПАВ отмечается всего у 19,3%, а среди тех, у кого доминирует психопатоподобная симптоматика, текущее воздержание от ПАВ встречается лишь в единичных случаях (табл. 2). Психопатоподобная симптоматика в выборке проявлялась в большинстве случаев нарушениями поведения (жестокость, агрессивность, расторможенность влечений, асоциальные поступки и поведение, вычурность увлечений) на фоне негативных симптомов, характерных для расстройств шизофренического спектра [39]. Негативная симптоматика могла присутствовать во всех группах, однако

в данной работе групповая принадлежность определялась по доминирующему симптомокомплексу. Таким образом, больные с расстройствами шизофренического спектра с ведущими на данный момент аффективно-бредовыми и психопатоподобными нарушениями в наибольшей степени склонны к употреблению ПАВ. Галлюцинаторно-параноидная симптоматика, напротив, обычно проявляется при отсутствии злоупотребления ПАВ, что указывает на то, что ее обострение, ведущее к госпитализации, чаще всего не связано с экзогенными факторами и, в свою очередь, не провоцирует аддикцию.

Пациенты с коморбидной патологией, которые активно употребляют ПАВ в настоящее время, чаще высказывают нежелание принимать лекарственную поддерживающую терапию и активно уклоняются от ее приема (47,3% пациентов ($n = 44$)) ($\chi^2 = 21,663$, $p < 0,001$), что говорит о меньшей комплаентности данной группы пациентов (табл. 3).

Госпитализация, ассоциированная с употреблением ПАВ (табл. 4), чаще отмечалась у пациентов в группе некомплаентности по отношению к терапии ($\chi^2 = 21,663$; $p < 0,001$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Данные, полученные после изучения выборки пациентов, которым ставится коморбидный диагноз шизофрении и зависимости от ПАВ, подтверждают, что

Таблица 4. Распределение зависимости госпитализации от употребления ПАВ при различной комплаентности (отношения к приему поддерживающей психофармакотерапии)**Table 4** Distribution of the dependence of hospitalization on substance use in relation to compliance (attitude towards receiving maintenance psychopharmacotherapy)

	Самостоятельный прием терапии/ Self-administration of therapy	Прием терапии под контролем/ Supervised administration of therapy	Отказ от приема терапии/Therapy discontinuation	χ^2	p
Госпитализация зависела от ПАВ/Hospitalization was associated with substance use	11,8% ($n = 11$)	40,9% ($n = 38$)	47,3% ($n = 44$)	21,663	< 0,001
Госпитализация не зависела от ПАВ/Hospitalization was not associated with substance use	40,0% ($n = 38$)	35,8% ($n = 34$)	24,2% ($n = 23$)		

Примечания: p — статистическая значимость отличий; χ^2 — значение критерия Пирсона.Notes: p — level of difference significance, χ^2 — Pearson's chi-square test.

коморбидной патологии подвержены чаще лица мужского пола. В выборке коморбидных пациентов (как мужчин, так и женщин) обычно наблюдается либо алкогольная, либо полинаркотическая зависимость. Среди пациентов с диагностированной наркоманией чаще всего встречалось расстройство вследствие употребления нескольких/других ПАВ (F19.x), гораздо реже — пристрастие лишь к одному наркотическому средству. Многие авторы выявляют общие факторы риска двойного диагноза: мужской пол, молодой возраст, низкий уровень образования, высокая импульсивность, склонность к поиску новых ощущений, неблагоприятная семейная обстановка, социальная изоляция, доступность ПАВ. Исследования близнецов и семейные исследования показывают, что предрасположенность к аддикциям и психическим расстройствам может быть частично обусловлена общими генетическими факторами [1]. Однако в данном исследовании не было выявлено статистически значимых различий при сравнении пациентов по полу или возрасту.

Характер ведущего психопатологического синдрома у пациентов с расстройствами шизофренического спектра и коморбидной зависимостью является критически важным фактором, определяющим течение аддиктивного расстройства и приверженность пациентов к психофармакотерапии. В частности, у пациентов с преобладанием психопатоподобной симптоматики можно говорить о весьма неблагоприятном прогнозе в отношении достижения ремиссии по синдрому зависимости от ПАВ и комплаентности к лечению. Эта группа характеризовалась наименьшей частотой воздержания, очень низкой комплаентностью и более частыми конфликтными отношениями с родственниками. Также у пациентов этой группы госпитализация в круглосуточный психиатрический стационар чаще зависела от употребления ими ПАВ.

Более высокие показатели ремиссии и комплаенса получены в группе с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой — среди них 74,1% пациентов находились в ремиссии по наркотической и/или алкогольной патологии. У больных с галлюцинаторно-параноидным синдромом употребление ПАВ потенциально больше зависело от окружения, а сами пациенты реже

находились в конфликтных отношениях со своими родственниками. Кроме того, рецидивы галлюцинаторно-параноидной симптоматики у больных шизофренией чаще происходят независимо от употребления ПАВ и в свою очередь не провоцируют его возобновления.

Все эти данные частично разрешают противоречия в литературе о влиянии ПАВ на шизофрению [4, 16, 37], указывая, что эффект может существенно зависеть от психопатологического профиля пациента. С учетом полученных клинических данных и известной роли приверженности к лечению в исходах коморбидных расстройств можно предположить, что применение пролонгированных форм антипсихотиков может рассматриваться как потенциально перспективный подход, требующий дальнейшей оценки в проспективных исследованиях. Установленная сильная связь активного текущего употребления ПАВ с низкой комплаентностью (отказ от терапии, уклонение от приема препаратов) может являться ключевым объяснением частых рецидивов и регоспитализаций («синдром вращающихся дверей») у данной группы [29, 36]. Попытки лечить только психическое расстройство, особенно при активном употреблении ПАВ, обречены на низкую эффективность из-за несоблюдения режима терапии.

Для практической работы представляется важным то, что пациенты с психопатоподобной симптоматикой требуют особого внимания как группа максимального риска стойкой аддикции и низкого комплаенса. Неэффективность разобщенного лечения подтверждается данными о низкой комплаентности и отсутствии критики к аддикции у многих пациентов. Создание специализированных структур (отделения/бригады двойного диагноза) с участием и психиатров, и наркологов представляется не просто желательным, а обязательным условием улучшения исходов. Лечение должно быть направлено одновременно на купирование психоза, терапию зависимости (включая фармакотерапию, например, атипичными антипсихотиками с антикрейвиновым эффектом [34–35]) и мотивационную работу, сфокусированную на выявленном ведущем мотиве потребления (Когнитивно-поведенческая терапия, КПТ, мотивационное интервьюирование [6]).

Ограничения исследования: данное исследование на базе одного стационара требует подтверждения в проспективных многоцентровых когортах. Не исследовалось влияние конкретных схем фармакотерапии или психотерапевтических программ на исходы в разных группах, что является важным направлением для будущих работ. Отсутствуют общепринятые критерии оценки «комплаенс» — «нонкомплаенс». Также не оценивали влияние других факторов, таких как возраст, социально-демографические факторы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящее ретроспективное исследование 188 коморбидных пациентов, проходящих лечение в круглосуточном стационаре, выявило значимую взаимосвязь между характером ведущего психопатологического синдрома и течением аддиктивного расстройства, а также комплаентностью. Ключевым результатом является установление того, что преобладание психопатоподобной симптоматики ассоциировано с наихудшим прогнозом в отношении патологии зависимости. Пациенты этой группы достоверно реже достигали ремиссии по употреблению ПАВ ($\chi^2 = 47,723$, $p < 0,001$), демонстрировали наименьшую комплаентность ($p < 0,012$), а госпитализации пациентов этой группы чаще были ассоциированы с употреблением ПАВ ($\chi^2 = 21,663$, $p < 0,001$).

Пациенты с ведущей галлюцинаторно-параноидной симптоматикой чаще достигали ремиссии по ПАВ и демонстрировали большую приверженность лечению, а их госпитализация в круглосуточный психиатрический стационар реже была ассоциирована с употреблением ПАВ, чаще — с обострением психопродуктивной симптоматики. Вместе с тем, активное употребление ПАВ в данной группе также являлось значимым предиктором низкой комплаентности ($p < 0,001$).

Полученные результаты показывают равновеликий вклад расстройств спектра шизофрении и зависимости от ПАВ в тяжесть психического состояния больного, что подчеркивает критическую важность учета преобладающей психопатологии при оценке риска рецидива аддикции, комплаенса и при разработке индивидуальных программ лечения для пациентов с коморбидностью.

Рост распространенности количества пациентов, которые страдают расстройствами шизофренического спектра,отягощенными злоупотреблением ПАВ, диктует необходимость внедрения интегративных моделей помощи (совместная работа психиатров и наркологов) и разработки специализированных протоколов, учитывающих выявленные взаимосвязи, особенно для группы с психопатоподобными расстройствами как наиболее уязвимой. В частности, возможно создание отделений для пациентов с двойным диагнозом, в которых лечение патологии может осуществляться при содействии наркологов и психиатров. У этой группы пациенты необходимо анализировать причины и мотивации употребления ПАВ, разрабатывать алгоритмы

выявления лиц из группы повышенного риска и протоколы комплексной терапии коморбидных расстройств шизофренического спектра и наркотической и/или алкогольной патологии.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Сиволап ЮП, Янушкевич МВ, Савченков ВА. Двойной диагноз: шизофрения и злоупотребление психоактивными веществами. *Неврологический вестник*. 2017;49(2):57–60.
Sivolap YuP, Yanushkevich MV, Savchenkov VA. Dual Diagnosis: Schizophrenia and Substance Abuse. *Neurological Bulletin*. 2017;49(2):57–60. (In Russ.).
2. Mårtensson S, Düring SW, Johansen KS, Tranberg K, Nordentoft M. Time trends in co-occurring substance use and psychiatric illness (dual diagnosis) from 2000 to 2017 — a nationwide study of Danish register data. *Nord J Psychiatry*. 2023;77(4):411–419. doi: 10.1080/08039488.2022.2134921 Epub 2022 Oct 22. PMID: 36271867.
3. Handest R, Mølstrøm IM, Henriksen MG, Nordgaard J. Revisiting the relationship between impaired social functioning and psychopathology in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2025;346:116389. doi: 10.1016/j.psychres.2025.116389 Epub 2025 Feb 4. PMID: 39938173.
4. Turan S, Ermiş Ç, Eray Ş, Ağaç N, Karakuş OB, Sağlam Y, Bandırma A, Güler D, Tunçtürk M, Çıray RO, Karaçetin G, İnal N, Üçok A. Illness-related outcomes of illicit substance use disorder in adolescents with early onset schizophrenia: a multicenter study. *J Addict Dis*. 2025;43(2):141–145. doi: 10.1080/10550887.2024.2332512 Epub 2024 Apr 2. PMID: 38566305.
5. Менделевич ВД. Психиатрия в эпоху аддиктологии: новые диагностические и терапевтические реалии. *Неврологический вестник*. 2015;47(2):5–15.
Mendelevich VD. Psychiatry in the Era of Addictology: New Diagnostic and Therapeutic Realities. *Neurological Bulletin* 2015;47(2):5–15. (In Russ.).
6. Smith J, Hucker S. Schizophrenia and substance abuse. *Br J Psychiatry*. 1994;165(1):13–21. doi: 10.1192/bjp.165.1.13 PMID: 7953023.
7. Bersani G, Orlandi V, Kotzalidis GD, Pancheri P. Cannabis and schizophrenia: impact on onset, course, psychopathology and outcomes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2002;252(2):86–92. doi: 10.1007/s00406-002-0366-5 PMID: 12111342.
8. Carrà G, Johnson S, Bebbington P, Angermeyer MC, Heider D, Brugha T, Azorin JM, Toumi M. The lifetime and past-year prevalence of dual diagnosis in people with schizophrenia across Europe: findings from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;262(7):607–16. doi: 10.1007/s00406-012-0305-z Epub 2012 Mar 17. PMID: 22427152.
9. Chambers RA, Krystal JH, Self DW. A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in

- schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 2001;50(2):71–83. doi: 10.1016/s0006-3223(01)01134-9 PMID: 11526998; PMCID: PMC2913410.
10. Volkow ND, Blanco C. Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention. *World Psychiatry*. 2023;22(2):203–229. doi: 10.1002/wps.21073 PMID: 37159360; PMCID: PMC10168177.
 11. Буданова АА, Бойко ЕО, Северцев ВВ. ПАВ-индуцированные психозы у больных шизофренией. *Вопросы наркологии*. 2023;35(2):60–73. Budanova AA, Boyko EO, Severtsev VV. Substance-induced psychotic disorders in patients with schizophrenia. *Journal of addiction problems*. 2023;35(2):60–73. (In Russ.).
 12. Скугаревский ОА. Проблема «двойного диагноза» в психиатрии и попытка ее решения *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2023;14(3):328–337. doi: 10.34883/PI.2023.14.3.006 Skugarevsky OA. The problem of “dual diagnosis” in psychiatry and an attempt to solve it. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2023;14(3):328–337. (In Russ.). doi: 10.34883/PI.2023.14.3.006
 13. Фастовцов ГА, Осколкова СН. Проблема диагностики шизофрении у лиц, потребляющих психоактивные вещества. *Российский психиатрический журнал*. 2018;(5):51–63. Fastovtsov GA, Oskolkova SN. The Problem of Diagnosing Schizophrenia in Individuals Using Psychoactive Substances. *Russian Journal of Psychiatry*. 2018;(5):51–63. (In Russ.).
 14. Овсянников МВ. Основные типы аддиктивных расстройств у больных шизофренией *Известия вузов. Северо-Кавказский регион. Серия: Естественные науки*. 2006;(4):112–115. Ovsyannikov MV. Main Types of Addictive Disorders in Patients with Schizophrenia. *University News. North Caucasus Region. Natural Sciences Series*. 2006;(4):112–115. (In Russ.).
 15. Овсянников МВ. Клиника и течение наркомании и алкоголизма у больных шизофренией *Вопросы наркологии*. 2006;(6):37–41. Ovsyannikov MV. Clinical Presentation and Course of Drug Addiction and Alcoholism in Schizophrenia Patients *Problems of Narcology*. 2006;(6):37–41.
 16. Li KJ, Chen A, DeLisi LE. Opioid use and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*. 2020;33(3):219–224. doi: 10.1097/YCO.0000000000000593 PMID: 32073422.
 17. Семеняк ИВ, Шилова ЕВ. Проблема психического здоровья пациентов с «двойным диагнозом» В сб.: Приверженность вопросам психического здоровья: материалы III Международной научно-практической конференции, Москва, 05–07 октября 2022 года. Москва: Российский университет дружбы народов (РУДН). 2022:600–606.
 - Semeniak I1 Shilova Ev. The problem of mental health of patients with a «double diagnosis». In: Materials of III International scientific and practical conference, Moscow, 05–07 oct 2022, Peoples' Friendship University of Russia. 2022;600–606 (In Russ.).
 18. Chorlton E, Smith IC. Understanding How People with Mental Health Difficulties Experience Substance Use. *Subst Use Misuse*. 2016;51(3):318–29. doi: 10.3109/10826084.2015.1108341 Epub 2016 Feb 19. PMID: 26894310.
 19. Гуревич ГЛ, Клименко ТВ, Агибалова ТВ. Эффективность психотерапии больных алкогольной зависимостью с коморбидными эндогенными заболеваниями *Наркология*. doi: 10.25557/1682-8313.2020.11.43-51 Gurevich GL, Klimenko TV, Agibalova TV. Effectiveness of psychotherapy of alcohol-dependent patients with comorbid endogenous disorders *Narcology*. 2020;19(11):43–51. (In Russ.). doi: 10.25557/1682-8313.2020.11.43-51
 20. Ерышев ОФ, Тульская ТЮ, Рыбакова КВ, Ерошин СП. Клинические характеристики коморбидных состояний при сочетании малопрогрессирующей шизофрении и алкогольной зависимости. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2012;(4):32–29. Eryshev OF, Tul'skaya TYu, Rybakova KV, Eroshin SP. Institute. Clinical Characteristics of Comorbid Conditions in the Combination of Low-Grade Schizophrenia and Alcohol Dependence. *V.M. Bechterev review of psychiatry and medical psychology*. 2012;(4):32–29. (In Russ.).
 21. Иванец НН, Винникова МА, Ежкова ЕВ, Титков МС, Булатова РА. Особенности клиники и терапии синдрома зависимости от нескольких психоактивных веществ у больных шизофренией. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2021;121(4):63–69. doi: 10.17116/jnevro202112104163 Ivanets NN, Vinnikova MA, Ezhkova EV, Titkov MS, Bulatova RA. Clinical presentations and therapy of polysubstance dependence in patients with schizophrenia. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2021;121(4):63–69. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro202112104163
 22. Иванова ЛА, Терских ТВ, Тарасенко ТВ, Иванова ЛВ. Психотические расстройства у лиц, употребляющих синтетические каннабиноиды (спайсы). *Acta Biomedica Scientifica*. 2017;2(2):14–17. doi: 10.12737/article_59a614f6883957.55938557 Ivanova LA, Terskikh TV, Tarasenko TV, Ivanova LV. Psychotic disorders in people using synthetic cannabinoids (spice). *Acta Biomedica Scientifica*. 2017;2(2):14–17. (In Russ.). doi: 10.12737/article_59a614f6883957.55938557
 23. Бохан НА. Параноидная шизофрения и зависимость от синтетических каннабиноидов. В кн.: НА Бохан, ГЮ Селиванов. Томск: Интегральный

- переплет, 2024:252. ISBN 978-5-907509-52-8. EDN FRVOZD.
- Bohan NA. Paranoid Schizophrenia and Synthetic Cannabinoid Dependence In: NA Bohan, GYu Selivanov. Tomsk: Integralny Pereplet, 2024:252. ISBN 978-5-907509-52-8. EDN FRVOZD. (In Russ.).
24. Bradizza CM, Stasiewicz PR. Qualitative analysis of high-risk drug and alcohol use situations among severely mentally ill substance abusers. *Addict Behav.* 2003;28(1):157–69. doi: 10.1016/s0306-4603(01)00272-6 PMID: 12507534.
 25. Любов ЕБ. Зависимые от психоактивных веществ как группа риска суицидального поведения. *Российский психиатрический журнал.* 2017;3:19–26. Lyubov EB. Substance-Dependent Individuals as a Suicide Risk Group. *Russian Journal of Psychiatry.* 2017;3:19–26. (In Russ.).
 26. Montanari L. Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. *Eur J Public Health.* 2024;34(3):ckae144.524. doi: 10.1093/eurpub/ckae144.524 PMID: PMC11517894.
 27. Fazel S, Långström N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA.* 2009;301(19):2016–23. doi: 10.1001/jama.2009.675 PMID: 19454640; PMID: PMC4905518.
 28. Green AI, Drake RE, Brunette MF, Noordsy DL. Schizophrenia and co-occurring substance use disorder. *Am J Psychiatry.* 2007;164(3):402–8. doi: 10.1176/ajp.2007.164.3.402 PMID: 17329463.
 29. Никифоров ИА, Бuryгина ЛА, Белова МЮ, Костюк ГП, Подколзина ОН. Коморбидные расстройства у больных шизофренией, злоупотребляющих каннабиноидами (обзор литературы). *Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: естественные и технические науки.* 2021;(1):180–187. doi: 10.37882/2223-2966.2021.01.22
Nikiforov IA, Burygina LA, Belova MYu, Kostyuk GP, Podkolzina ON. Comorbid disorders in schizophrenic patients who abuse cannabinoids (literature review) *Modern Science: Current Problems of Theory and Practice. Series: Natural and Technical Sciences.* 2021;(1):180–187. doi: 10.37882/2223-2966.2021.01.22 (In Russ.).
 30. Bridgman A, Ouellet-Plamondon C, Morozova M, George TP. Understanding the Neurobiological Basis of Drug Abuse: Comorbidity in Schizophrenia *Psychiatric Times.* 2013;30(2).
 31. Koura S, White A, Masdon J, Brewer KL, Parker-Cote JL, Meggs WJ. Retrospective chart review of substance abuse in patients with psychiatric emergencies in an emerging urban county. *J Am Coll Emerg Physicians Open.* 2023;4(4):e13028. doi: 10.1002/emp2.13028 PMID: 37600902; PMID: PMC10435894.
 32. Levit JD, Meyers JL, Georgakopoulos P, Pato MT. Risk for alcohol use problems in severe mental illness: Interactions with sex and racial/ethnic minority status. *J Affect Disord.* 2023;325:329–336. doi: 10.1016/j.jad.2022.12.140 Epub 2022 Dec 30. PMID: 36587907; PMID: PMC9942932.
 33. Roncero C, Buch-Vicente B, Martín-Sánchez ÁM, Álvarez-Navares AI, Andrés-Olivera P, Gamonal-Limcaoco S, Lozano-López MT, Aguilar L, Sánchez-Casado F, García-Ullán L. Prevalence of hepatitis C virus infection in patients with chronic mental disorders: The relevance of dual disorders. *Gastroenterol Hepatol.* 2023;46(3):171–177. English, Spanish. doi: 10.1016/j.gastrohep.2022.06.005 Epub 2022 Jun 30. PMID: 35780956.
 34. Rafizadeh R, Danilewitz M, Bousman CA, Mathew N, White RF, Bahji A, Honer WG, Schütz CG. Effects of clozapine treatment on the improvement of substance use disorders other than nicotine in individuals with schizophrenia spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Psychopharmacol.* 2023;37(2):135–143. doi: 10.1177/026988112221142575 Epub 2022 Dec 12. PMID: 36507548; PMID: PMC9912304.
 35. Skryabin VYu, Vinnikova MA, Ezhkova EV, Titkov MS, Bulatova RA. Atypical antipsychotics in the treatment of patients with a dual diagnosis of schizophrenia spectrum disorders and substance use disorders: the results of a randomized comparative study. *J Addict Dis.* 2021;39(4):513–525. doi: 10.1080/10550887.2021.1905589 Epub 2021 Apr 9. PMID: 33832406.
 36. Добровольская АЕ, Софронов АГ, Пашковский ВЭ. Некоторые социально-демографические и клинико-динамические показатели больных шизофренией, отягощенной злоупотреблением психоактивными веществами. *Наркология.* 2012;11(2):50–53
Dobrovolskaya AE., Sofronov AG., Pashkovskiy VE. Some socio-demographic, clinical and dynamic performance of patients with schizophrenia burdened with substance abuse *Narcology.* 2012;11(2):50–53. (In Russ.).
 37. Софронов АГ, Добровольская АЕ, Пашковский ВЭ. Полинаркотизация как патопластический фактор, влияющий на проявления расстройств шизофренического спектра *Неврологический вестник.* 2018;50(2):5–10.
Sofronov AG., Dobrovol'skaya AE., Pashkovskiy VE. Polydrug abuse as a pathoplastic factor influencing the manifestations of schizophrenia spectrum disorders *Neurological Bulletin.* 2018;50(2):5–10.
 38. Драпкина ОМ, Шутов АМ, Ефремова ЕВ. Коморбидность, мультиморбидность, двойной диагноз — синонимы или разные понятия? *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2019;18(2):65–69. doi: 10.15829/1728-8800-2019-2-65-69
Drapkina OM, Shutov AM, Efremova EV, Comorbidity, multimorbidity, dual diagnosis — synonyms or different terms? *Cardiovascular Therapy and Prevention.* 2019;18(2):65–69. (In Russ.). doi: 10.15829/1728-8800-2019-2-65-69

39. Пилиавская ОИ. Гендерные различия психопатологического синдрома при подростковой шизофрении. *Непрерывное медицинское образование и наука*. 2020;15(2):17–20.

Pilyavskaya OI. Gender differences of a psychopathic syndrome in teenager schizophrenia. *Continuing Medical Education and Science*. 2020;15(2):17–20. (In Russ.).

Сведения об авторах

Софья Антоновна Дмитриева, врач-психиатр, ГБУЗ «ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ», Москва, Россия
sophyyume@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0003-8919-2853>

Георгий Петрович Костюк, доктор медицинских наук, профессор, главный врач, ГБУЗ «ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы»; кафедра психического здоровья, МГУ им. М.В. Ломоносова; кафедра психиатрии, Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ); кафедра психиатрии и психосоматики ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

kgr@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3073-6305>

Information about the authors

Sofya A. Dmitrieva, psychiatrist, Psychiatric Clinical Hospital No.1 named after N.A. Alekseev of the Department of Health of the City of Moscow, Moscow, Russia

sophyyume@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0003-8919-2853>

Georgy P. Kostyuk, Dr. Sci. (Med.), Professor, Chief physician, Psychiatric Clinical Hospital No.1 named after N.A. Alekseev of the Department of Health of the City of Moscow; Department of Mental Health, Lomonosov Moscow State University; Department of Psychiatry, Russian Biotechnological University (ROSBIOTECH); Department of Psychiatry and Psychosomatics, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

kgr@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3073-6305>

Вклад авторов

Дмитриева С.А. — концептуализация, методология, верификация данных, проведение исследования, ресурсы, создание черновика рукописи, создание рукописи и ее редактирование, визуализация;

Костюк Г.П. — администрирование проекта.

Authors contributions

Sofya A. Dmitrieva — conception, methodology, conducting research, data verification, resources, creating a draft manuscript, creating a manuscript and editing, visualization;

Georgy P. Kostyuk — project administration.

Конфликт интересов/Conflict of interests

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interests.