

Психиатрия Psychiatry (Moscow)

научно-практический журнал

Scientific and Practical Journal

Psikhiatriya



L.I. Abramova

Главный редактор

Ю.А. Чайка, д. м. н., директор ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья» Москва, Россия
E-mail: director@ncpz.ru

Зам. гл. редактора

Н.М. Михайлова, д. м. н., ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
E-mail: mikhaylovanm@yandex.ru

Отв. секретарь

Л.И. Абрамова, д. м. н., ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
E-mail: L_Abramova@rambler.ru

Редакционная коллегия

М.В. Алфимова, д. психол. н., ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
Н.А. Бохан, академик РАН, проф., д. м. н., ФГБУ «НИИ психического здоровья», Томский НИМЦ РАН (Томск, Россия)
О.С. Брусов, к. б. н., ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
С.И. Гаврилова, проф., д. м. н., ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
В.Е. Голимбет, проф., д. б. н., ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
И.В. Доровских, проф., д. м. н., РНИМУ им. Пирогова (Москва, Россия)
С.Н. Ениколопов, к. психол. н., ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
О.З. Зайцев, д. м. н., ФГАУ «НИИЦ нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко» МЗ РФ (Москва, Россия)
М.В. Иванов, проф., д. м. н., ФГБУ «НИИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ (Санкт-Петербург, Россия)
С.В. Иванов, проф., д. м. н., ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
А.Ф. Изнак, проф., д. б. н., ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
В.В. Калинин, проф., д. м. н., ФГБУ «НИИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (Москва, Россия)
Д.И. Кича, проф., д. м. н., Медицинский институт РУДН (Москва, Россия)
Г.И. Копейко, к. м. н., ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
Г.П. Костюк, проф., д. м. н., «Психиатрическая клиническая больница №1 имени Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», МГУ им. М.В. Ломоносова (Москва, Россия)
С.В. Костюк, проф., д. б. н., ФГБНУ «РНЦ им. акад. Б. В. Петровского» (Москва, Россия)
И.С. Лебедева, д. б. н., ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
И.В. Макаров, проф., д. м. н., ФГБУ «НИИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ (Санкт-Петербург, Россия)
Е.В. Макушкин, проф., д. м. н., ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России (Москва, Россия)
Е.В. Малинина, проф., д. м. н., Южно-Уральский государственный медицинский университет МЗ РФ (Челябинск, Россия)
Ю.В. Микадзе, проф., д. психол. н., МГУ им. М.В. Ломоносова; ФГБУ «Федеральный центр мозга и нейротехнологий» ФМБА России (Москва, Россия)
М.А. Морозова, д. м. н., ФБУЗ «ЦПРН ДЗМ» (Москва, Россия)
Н.Г. Незанов, проф., д. м. н., «НИИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ (Санкт-Петербург, Россия)
И.В. Олейчик, д. м. н., ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
Н.А. Польская, проф., д. психол. н., ФГБОУ ВО МГППУ; ФБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗ г. Москвы» (Москва, Россия)
М.А. Самушия, член-корресп. РАН, доц., д. м. н., ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ (Москва, Россия)
Н.В. Семенова, д. м. н., «НИИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ (Санкт-Петербург, Россия)
Е.В. Семина, д. б. н., ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
А.П. Сиденкова, д. м. н., Уральский государственный медицинский университет МЗ РФ (Екатеринбург, Россия)
Т.А. Солохина, д. м. н., ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья» (Москва, Россия)
В.К. Шамрей, проф., д. м. н., Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (Санкт-Петербург, Россия)
К.К. Яхин, проф., д. м. н., Казанский государственный медицинский университет (Казань, Респ. Татарстан, Россия)
Иностранные члены редакционной коллегии
З.Н. Алиев, проф., д. м. н., Азербайджанский медицинский университет (Баку, Азербайджан)
Н.Н. Бутрос, проф., Государственный университет Уэйна (Детройт, США)
А.Ю. Клиникова, проф., к. б. н., Университет штата Делавэр (Делавэр, США)
О.А. Скугаревский, проф., д. м. н., Белорусский государственный медицинский университет (Минск, Беларусь)
С.Г. Сукиасян, проф., д. м. н., Центр психосоциальной реабилитации, Армянский государственный педагогический университет им. Х. Абовяна (Ереван, Армения)
П.Дж. Ферхаген, д. м. н., Голландское центральное психиатрическое учреждение (Хардервейк, Нидерланды)
И. Ши, проф., д. н., Центр исследований мозга и технологий интеллекта (CEBST) Институт неврологии (ION) Китайской академии наук (CAS), Институт Bio-X в Шанхайском университете (Шанхай, КНР)

Editor-in-Chief

J.A. Chaika, Dr. Sci. (Med.), Director of FSBSI Russian Mental Health Research Centre (Moscow, Russia)
E-mail: director@ncpz.ru

Deputy Editor-in-Chief

N.M. Mikhaylova, Dr. Sci. (Med.), FSBSI Russian Mental Health Research Centre (Moscow, Russia)
E-mail: mikhaylovanm@yandex.ru

Executive Secretary

L.I. Abramova, Dr. Sci. (Med.), FSBSI Russian Mental Health Research Centre (Moscow, Russia)
E-mail: L_Abramova@rambler.ru

Editorial Board

M.V. Alfimova, Dr. Sci. (Psychol.), FSBSI Russian Mental Health Research Centre (Moscow, Russia)
N.A. Bokhan, Academician of RAS, Prof., Dr. Sci. (Med.), Scientific Research Institute of Mental Health, Research Medical Center, Russian Academy of Sciences (Tomsk, Russia)
O.S. Brusov, Cand. Sci. (Biol.), FSBSI Russian Mental Health Research Centre (Moscow, Russia)
S.I. Gavrilova, Prof., Dr. Sci. (Med.), FSBSI Russian Mental Health Research Centre (Moscow, Russia)
V.E. Golimbet, Prof., Dr. Sci. (Biol.), FSBSI Russian Mental Health Research Centre (Moscow, Russia)
I.V. Dorovskikh, Dr. Sci. (Med.), Prof., Pirogov Russian National Research Medical University (Moscow, Russia)
S.N. Enikolopov, Cand. Sci. (Psychol.), FSBSI Russian Mental Health Research Centre (Moscow, Russia)
O.S. Zaitsev, Dr. Sci. (Med.), N.N. Burdenko National Medical Research Center of Neurosurgery (Moscow, Russia)
M.V. Ivanov, Prof., Dr. Sci. (Med.), V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology (St. Petersburg, Russia)
S.V. Ivanov, Prof., Dr. Sci. (Med.), FSBSI Russian Mental Health Research Centre (Moscow, Russia)
A.F. Iznak, Prof., Dr. Sci. (Biol.), FSBSI Russian Mental Health Research Centre (Moscow, Russia)
V.V. Kalinin, Prof., Dr. Sci. (Med.), FSBSI Serbsky National Research Center (Moscow, Russia)
D.I. Kicha, Prof., Dr. Sci. (Med.), Medical Institute of Peoples' Friendship University of Russia (Moscow, Russia)
G.I. Kopeyko, Cand. Sci. (Med.), FSBSI Russian Mental Health Research Centre (Moscow, Russia)
G.P. Kostyuk, Prof., Dr. Sci. (Med.), "N.A. Alekseev Mental Clinical Hospital №1 of Department of Healthcare of Moscow", Lomonosov Moscow State University (Moscow, Russia)
S.V. Kostyuk, Prof., Dr. Sci. (Biol.), FGBNU "RNTsKh im. aкад. B. V. Petrovskogo" (Moscow, Russia)
I.S. Lebedeva, Dr. Sci. (Biol.), FSBSI Russian Mental Health Research Centre (Moscow, Russia)
I.V. Makarov, Prof., Dr. Sci. (Med.), V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology (St. Petersburg, Russia)
E.V. Makushkin, Prof., Dr. Sci. (Med.), FSU "National Medical Research Center for Children's Health" of the Ministry of Health of Russia (Moscow, Russia)
E.V. Malinina, Prof., Dr. Sci. (Med.), "South-Ural State Medical University" of the Ministry of Health of the RF (Chelyabinsk, Russia)
Yu.V. Mикадзе, Prof., Dr. Sci. (Psychol.), Lomonosov Moscow State University, FSBI "Federal Center for Brain and Neurotechnologies" FMBA (Moscow, Russia)
M.A. Morozova, Dr. Sci. (Med.), CSPNR (Center of Speech Pathology and Neurorehabilitation), (Moscow, Russia)
N.G. Nezanov, Prof., Dr. Sci. (Med.), V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology (St. Petersburg, Russia)
I.V. Oleichik, Dr. Sci. (Med.), FSBSI Russian Mental Health Research Centre (Moscow, Russia)
N.A. Polskaya, Prof., Dr. Sci. (Psychol.), Moscow State University of Psychology & Education, G.E. Sukhareva Scientific and Practical Center for Mental Health of Children and Adolescents (Moscow, Russia)
M.A. Samushiya, Corresponding member RAS, Docent, Dr. Sci. (Med.), Central State Medical Academy (Moscow, Russia)
N.V. Semenova, Dr. Sci. (Med.), V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology (St. Petersburg, Russia)
E.V. Semina, Dr. Sci. (Biol.), FSBSI Russian Mental Health Research Centre (Moscow, Russia)
A.P. Sidenkova, Dr. Sci. (Med.), "Ural State Medical University" of the Ministry of Healthcare of the RF (Ekaterinburg, Russia)
T.A. Solokhina, Dr. Sci. (Med.), FSBSI Russian Mental Health Research Centre (Moscow, Russia)
V.K. Shamrey, Prof., Dr. Sci. (Med.), Kirov Army Medical Academy (St. Petersburg, Russia)
K.K. Yakhin, Prof., Dr. Sci. (Med.), Kazan' State Medical University (Kazan, Russia)
Foreign Members of Editorial Board
Z.N. Aliyev, Prof., Dr. Sci. (Med.), Azerbaijan Medical University (Baku, Republic of Azerbaijan)
N.N. Boutros, Prof., Wayne State University (Detroit, USA)
A.Yu. Klintsova, Prof., Cand. Sci. (Biol.), Delaware State University (Delaware, USA)
O.A. Sкугаревский, Prof., Dr. Sci. (Med.), Belarusian State Medical University (Minsk, Belarus)
S.G. Sukiasyan, Prof., Dr. Sci. (Med.), Center of Psychosocial Recovery, Armenian State Pedagogical University named after Kh. Abovyan (Yerevan, Armenia)
P.J. Verhagen, Dr. Sci. (Med.), GGZ Centraal Mental Institution (Harderwijk, The Netherlands)
Yo. Shi, Prof., PhD, CEBST, ION CAS, Bio-X Shanghai Jiao Tong University (Shanghai, China)

Founders:

**FSBSI "Russian Mental Health Research Centre"
"Medical Informational Agency"**

The journal is registered by Federal Service for Supervision in the Sphere of Telecom, Information Technologies and Mass Communications
Certificate of registration: PI № ФС77-50953 27.08.12.

The journal was founded in 2003 on the initiative of Academician of RAS A.S. Tiganov
Issued 6 times a year.
The articles are reviewed.

The journal is included in the White list of scientific journals, the international Scopus citation database and Russian Science Citation Index (RSCI).

The journal is included in the List of periodic scientific and technical publications of the Russian Federation, recommended for candidate, doctoral thesis publications of State Commission for Academic Degrees and Titles at the Ministry of Education and Science of the Russian Federation.

Publisher

"Medical Informational Agency"

Science editor

Alexey S. Petrov

Address of Publisher House:

108811, Moscow, Mosrentgen, Kievskoye highway,
21st km, 3, bld. 1
Phone: (499) 245-45-55
Website: www.medkniga.ru
E-mail: medjournal@mail.ru

Address of Editorial Department:

115522, Moscow, Kashirskoye sh, 34
Phone: (495) 109-03-97
E-mail: L_Abramova@rambler.ru;
mikhaylovanm@yandex.ru

Site of the journal: <https://www.journalpsychiatry.com>

You can buy the journal:

- at the Publishing House at:
Moscow, Mosrentgen, Kievskoye highway, 21st km, 3, bld. 1;
- either by making an application by e-mail:
miapubl@mail.ru or by phone: (499) 245-45-55.

Subscription

The subscription index in the united catalog «Press of Russia» is 91790.

The journal is in the Russian Science Citation Index (www.eLibrary.ru).

You can order the electronic version of the journal's archive on the website of the Scientific Electronic Library — www.eLibrary.ru.

The journal is member of CrossRef.

Reproduction of materials is allowed only with the written permission of the publisher.

The point of view of Editorial board may not coincide with opinion of articles' authors.

By submitting an article to the editorial office, the authors accept the terms of the public offer agreement. The public offer Agreement and the Guidelines for Authors can be found on the website: <https://www.journalpsychiatry.com>

Advertisers carry responsibility for the content of their advertisements.

Учредители:

ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья»

ООО «Медицинское информационное агентство»

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.

Свидетельство о регистрации СМИ: ПИ № ФС77-50953 от 27.08.12.

Журнал основан в 2003 г. по инициативе академика РАН А.С. Тиганова.

Выходит 6 раз в год.

Все статьи рецензируются.

Журнал включен в «Белый список» научных журналов, международную базу цитирования Scopus, в библиографическую базу данных научных журналов RSCI.

Журнал включен в Перечень научных и научно-технических изданий РФ, рекомендованных для публикации результатов кандидатских, докторских диссертационных исследований.

Издатель

ООО «Медицинское информационное агентство»

Научный редактор

Петров Алексей Станиславович

Адрес издательства:

108811, г. Москва, п. Мосрентген, Киевское ш., 21-й км, д. 3, стр. 1

Телефон: (499) 245-45-55

Сайт: www.medkniga.ru

E-mail: medjournal@mail.ru

Адрес редакции:

115522, Москва, Каширское шоссе, д. 34

Телефон: (495)109-03-97

E-mail: L_Abramova@rambler.ru;

mikhaylovanm@yandex.ru

Сайт журнала: <https://www.journalpsychiatry.com>

Приобрести журнал вы можете:

- в издательстве по адресу:
Москва, п. Мосрентген, Киевское ш., 21-й км, д. 3, стр. 1;
- либо сделав заявку по e-mail: miapubl@mail.ru или по телефону: (499) 245-45-55.

Подписка

Подписной индекс в объединенном каталоге «Пресса России» — 91790.

Журнал представлен в Российском индексе научного цитирования (www.eLibrary.ru).

Электронную версию архива журнала вы можете заказать на сайте Научной электронной библиотеки — www.eLibrary.ru.

Журнал участвует в проекте CrossRef.

Воспроизведение материалов, содержащихся в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции.

Мнение редакции журнала может не совпадать с точкой зрения авторов.

Направляя статью в редакцию, авторы принимают условия договора публичной оферты. С договором публичной оферты и правилами для авторов можно ознакомиться на сайте: <https://www.journalpsychiatry.com>

Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

Подписано в печать 06.07.2026

Формат 60×90/8

Бумага мелованная

ISSN 1683-8319

0 7 0 0 4 >



9 771683 831007

contents



Psychopathology, Clinical and Biological Psychiatry

Clinical and Psychopathological Typology of Therapeutic Adherence in Patients with First-Episode Psychosis
Cherapkin E.S., Golubev S.A., Kaleda V.G. 6

Negative Symptoms Associated with Psychotic Disorders Induced by Narcotic Substances
Fedotov I.A., Shustov D.I., Fateeva V.G., Petrova N.N. 20

Association between Genetic Polymorphisms of Pro- and Anti-Inflammatory Cytokines and C-Reactive Protein and Syndrome-Based Subtypes of Unipolar Depression
Dolgopolova Yu.V., Lezheiko T.V., Golimbet V.E., Kostyuk G.P., Ivanets N.N., Kinkulkina M.A., Tikhonova Yu.G., Adveeva T.I., Sorkina O.Yu., Volel B.A. 31

Psychological Factors of Maladaptation in Female Law Enforcement Officers with Regard to Professional Activity Profile
Shugusheva Z.A., Ichitovkina E.G., Soloviev A.G., Dvinskikh M.V. 44

Clinical and Psychological Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy: Changes in Social Anhedonia and Quality of Life in Patients with Depression
Malakhov I.N., Lutova N.B. 57

Nosogenic Reactions in Patients with Schizotypal Disorder and Comorbid Premature Ovarian Insufficiency: a Pilot Study
Kochergina M.S., Kolpakova T.G., Yureneva S.V., Omelchenko M.A., Avdzy D.M., Averkova V.G., Samushiya M.A. 66

Metatological Markers of Systemic Immune Inflammation in Alcohol Dependence
Vetlugina T.P., Epimakhova E.V., Prokopieva V.D., Kisel N.I., Nikitina V.B., Kartashova I.G., Lebedeva V.F., Bokhan N.A. 78

Scientific Reviews

Clinical and Psychological Mechanisms of Mental Trauma in Modern Armed Conflicts
Protsenko S.A., Gudiev A.V., Shchirskiy A.S. 87

Digital Stress in Adolescents and Young Adults: Mechanisms, Manifestations, and Impact on Mental Health
Popov M.Yu. 101

Methodology for Assessing Behavioral Disorders in Children with Intellectual Disability (Review of Concepts and Research Methods)
Prokhorenko E.S., Makarov I.V. 115

Discussions

Non-Psychiatric Psychiatry: a Conceptual Revision of the Psychosomatic Paradigm
Sukiasyan S.G. 135

Obituary

Galina Petrovna Panteleva 142

СОДЕРЖАНИЕ



Психопатология, клиническая и биологическая психиатрия

Клинико-психопатологическая типология приверженности терапии у пациентов с первым психотическим эпизодом Черепкин Е.С., Голубев С.А., Каледа В.Г.	6
Негативные симптомы после психотических расстройств, вызванных воздействием наркотических веществ: результаты кросс-секционного исследования Федотов И.А., Шустов Д.И., Фаттева В.Г., Петрова Н.Н.	20
Ассоциация полиморфизмов генов про- и противовоспалительных цитокинов и С-реактивного белка с синдромальными типами униполярной депрессии Долгополова Ю.В., Лежейко Т.В., Голимбет В.Е., Костюк Г.П., Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А., Тихонова Ю.Г., Авдеева Т.И., Сорокина О.Ю., Волель Б.А.	31
Психологические факторы дезадаптации у женщин-сотрудников правоохранительных органов с учётом профессионального профиля деятельности Шугушева З.А., Ичитовкина Е.Г., Соловьев А.Г., Двинских М.В.	44
Клинико-психологическая эффективность когнитивно-поведенческой терапии: динамика социальной ангедонии и качества жизни у пациентов с депрессией Малахов И.Н., Лутова Н.Б.	57
Нозогенные реакции у пациенток с шизотипическим расстройством и коморбидной преждевременной недостаточностью яичников: пилотное исследование Кочергина М.С., Колпакова Т.Г., Юренева С.В., Омельченко М.А., Авджды Д.М., Аверкова В.Г., Самушия М.А.	66
Гематологические маркеры системного иммунного воспаления при алкогольной зависимости Ветлугина Т.П., Епимахова Е.В., Прокопьева В.Д., Кисель Н.И., Никитина В.Б., Карташова И.Г., Лебедева В.Ф., Бохан Н.А.	78



Научные обзоры

Клинико-психологические механизмы психической травматизации в условиях современных вооружённых конфликтов Проценко С.А., Гудиев А.В., Щирский А.С.	87
Цифровой стресс у подростков и молодых взрослых: механизмы, проявления, влияние на психическое здоровье Попов М.Ю.	101
Методология оценки расстройств поведения у детей с умственной отсталостью (нарративный обзор) Прохоренко Е.С., Макаров И.В.	115



Дискуссии

Непсихиатрическая психиатрия: концептуальный пересмотр психосоматической парадигмы (письмо в редакцию) Сукиасян С.Г.	135
---	-----



Некролог

Галина Петровна Пантелеева	142
---	-----

© Черепкин У.С., 2026;
© Голубев С.А., 2026;
© Каледа В.Г., 2026

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК/UDC: 616.89-02-085

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-6-19>

Клинико-психопатологическая типология приверженности терапии у пациентов с первым психотическим эпизодом

Егор Степанович Черепкин^{1,2}, Сергей Александрович Голубев^{1,2,3}, Василий Глебович Каледа²

¹ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина», Москва, Россия

²ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья», Москва, Россия

³ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Егор Степанович Черепкин, yegor9112@gmail.com

Резюме

Обоснование: несмотря на то, что приверженность терапии при первом психотическом эпизоде признана ключевым прогностическим фактором и хорошо изучена в качественных показателях, в существующих работах практически отсутствует клинико-психопатологическая типология терапевтического поведения пациентов. Недостаточно исследованы взаимосвязи структуры осознания болезни, когнитивных особенностей и психопатологических проявлений, определяющих качественно различные формы приверженности. **Цель исследования:** разработка и эмпирическая верификация клинико-психопатологической типологии приверженности терапии у пациентов с первым психотическим эпизодом. **Пациенты и методы:** в исследование были включены 123 пациента в возрасте от 18 до 40 лет с диагнозом «шизофрения» (F20 по МКБ-10). В качестве инструментов использованы клинико-психопатологический метод, шкалы PANSS, CDSS, BCIS, MARS, показатель *Proportion of Days Covered* (PDC), а также шкала PSP. **Результаты:** на основании комплексного анализа предложена типология приверженности терапии, включающая два основных типа. Адаптивный тип (24%) характеризуется сформированным осознанием болезни, выраженной терапевтической персистентностью и высоким уровнем приверженности (MARS ≈ 9,1; PDC ≈ 93%). Деадаптивный тип (76%) включает три подтипа: гиперрефлексивно-манипулятивный, амбивалентно-рационализирующий и сопротивляющийся-анозогнозический. Для гиперрефлексивно-манипулятивного подтипа характерны чрезмерная фиксация на симптомах и процессе терапии, высокий уровень саморефлексии (BCIS ≈ 16,4), при этом имеет место скрытая нестабильность терапевтического поведения. Амбивалентно-рационализирующий подтип отличает частичное и фрагментарное осознание болезни, тенденция к рационализации и снижению приверженности на амбулаторном этапе (MARS ≈ 4,7; PDC ≈ 74%). При сопротивляющемся-анозогнозическом подтипе наблюдаются выраженное отрицание болезни, крайне низкая приверженность (MARS ≈ 1,4; PDC ≈ 35%), значительный риск отказа от терапии (OR = 6,5 по сравнению с адаптивным типом). Таким образом, выявленные типологические различия демонстрируют, что характер осознания болезни и структура психопатологических проявлений прямо соотносятся с уровнем терапевтической персистентности и степенью риска отказа от терапии. **Выводы:** предложенная клинико-психопатологическая типология приверженности терапии позволяет дифференцировать пациентов по уровням риска отказа от лечения и служит основой для разработки целевых психообразовательных, фармакологических и реабилитационных стратегий. Выделение адаптивного и трех деадаптивных подтипов формирует предпосылки для внедрения персонализированных программ ведения пациентов с первым психотическим эпизодом и повышения эффективности долгосрочной терапии и улучшения прогноза заболевания.

Ключевые слова: первый психотический эпизод, шизофрения, приверженность терапии, осознание болезни, комплаенс, персистентность

Для цитирования: Черепкин Е.С., Голубев С.А., Каледа В.Г. Клинико-психопатологическая типология приверженности терапии у пациентов с первым психотическим эпизодом. *Психиатрия*. 2026;24(3):6–19. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-6-19>

RESEARCH

UDC 616.89-02-085

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-6-19>

Clinical and Psychopathological Typology of Therapeutic Adherence in Patients with First-Episode Psychosis

Egor S. Cherapkin^{1,2}, Sergey A. Golubev^{1,2,3}, Vasilii G. Kaleda²

¹Mental-health clinic No.4 named after P.B. Gannushkin, Moscow, Russia

²FSBSI Russian Mental Health Research Center, Moscow, Russia

³FSBI of CPE "Central State Medical Academy" The Administrative Directorate of the President of the RF, Moscow, Russia

Corresponding author: Egor S. Cherapkin, yegor9112@gmail.com

Summary

Background: although treatment adherence in first-episode psychosis (FEP) recognized as a key prognostic factor and has been extensively examined in its quantitative aspects, existing studies largely lack a clinical and psychopathological typology of therapeutic behavior. The relationships between the structure of insight, cognitive characteristics, and psychopathological manifestations—factors that determine qualitatively distinct forms of adherence—remain insufficiently explored. **The aim of study** was to develop and empirically validate a clinical-psychopathological typology of treatment adherence in patients with FEP. **Patients and Methods:** the study included 123 patients aged 18 to 40 years diagnosed with schizophrenia (F20 on ICD-10). Assessments included the PANSS, CDSS, BCIS, MARS, the Proportion of Days Covered (PDC), and the PSP scale. **Results:** a typology of treatment adherence identified adaptive type (24%) characterized by developed insight, strong therapeutic persistence, and high adherence (MARS $\approx$ 9.1; PDC $\approx$ 93%). Maladaptive type (76%) subdivided into three subtypes. Hyper-reflective/manipulative subtype characterized excessive symptom focus, elevated self-reflection (BCIS $\approx$ 16.4), with hidden instability of treatment behavior. Ambivalent rationalizing subtype differs with partial awareness of illness, rationalization tendencies, and reduced adherence during outpatient care (MARS $\approx$ 4.7; PDC $\approx$ 74%). Resistant anosognosic subtype shown marked illness denial, extremely low adherence (MARS $\approx$ 1.4; PDC $\approx$ 35%), and high risk of treatment discontinuation (OR = 6.5 vs. adaptive type). Typological differences indicate that the structure of insight and psychopathological features are closely linked to therapeutic persistence and withdrawal from therapy risk. **Conclusions:** the proposed clinical-psychopathological typology differentiates patients by treatment discontinuation risk and provides a framework for targeted psychoeducational, pharmacological, and rehabilitative interventions. Distinguishing one adaptive and three maladaptive subtypes supports the implementation of personalized care strategies in FEP, with the potential to enhance long-term treatment outcomes and improve prognosis.

Keywords: first-episode psychosis, schizophrenia, treatment adherence, insight, compliance, persistence

For citation: Cherapkin E.S., Golubev S.A., Kaleda V.G. Clinical and Psychopathological Typology of Therapeutic Adherence in Patients with First-Episode Psychosis. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2026;24(3):6–19. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-6-19>

ВВЕДЕНИЕ

Проблема приверженности терапии при расстройствах психотического спектра продолжает оставаться одной из центральных в современной психиатрии, определяя не только индивидуальный прогноз, но и социальные последствия заболевания. Многие исследования показывают, что именно приверженность в значительной мере влияет на частоту рецидивов, продолжительность ремиссий и эффективность реабилитационных мероприятий [1–5]. Особое клиническое значение приобретают пациенты с первым психотическим эпизодом, поскольку именно на ранних стадиях болезни закладываются механизмы взаимодействия с системой психиатрической помощи и формируется модель отношения к терапии [6]. Низкий уровень приверженности к лечению сопряжен с высоким риском повторных госпитализаций, снижением качества жизни и увеличением экономической нагрузки на здравоохранение [7–10]. Согласно имеющимся данным, до 60% пациентов с шизофренией прекращают терапию в течение первого года после манифестации заболевания [10–12], что подчеркивает масштаб проблемы и необходимость углубленного анализа не только количественных, но и качественных характеристик приверженности [13–16].

С теоретической точки зрения в современной литературе выделяют три взаимодополняющих понятия: *adherence* (приверженность) как активное и осознанное следование назначенному плану лечения, включая как фармакологические, так и психосоциальные интервенции [17, 18]; *compliance* (комплаенс), подразумевающий преимущественно пассивное выполнение предписаний врача без выраженной вовлеченности пациента в процесс терапевтического выбора [19]; а также *persistence* (персистентность), отражающую

длительность сохранения терапии без существенных перерывов или самовольной отмены [20]. Эти категории позволяют более детально дифференцировать механизмы терапевтического поведения и выявлять скрытые факторы, препятствующие формированию устойчивой приверженности.

На современном этапе одной из приоритетных задач психиатрии становится разработка клинко-психопатологической типологии приверженности терапии у пациентов с первым психотическим эпизодом. Исследовательская гипотеза заключается в предположении о том, что приверженность терапии при первом психотическом эпизоде является качественно неоднородным и динамичным феноменом, структура которого определяется сочетанием уровня осознания болезни, когнитивных характеристик и психопатологических проявлений. Выделение клинко-психопатологических типов терапевтического поведения и определение критических периодов максимального риска отказа от терапии открывает перспективы для создания типологической модели, способной повысить эффективность терапии и улучшить долгосрочный прогноз.

Цель исследования заключалась в разработке и эмпирической верификации клинко-психопатологической типологии приверженности терапии у пациентов с первым психотическим эпизодом на основе анализа структуры осознания болезни, особенностей психопатологии и поведенческих стратегий взаимодействия с лечебной системой.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выполнено проспективное когортное исследование пациентов, наблюдающихся в амбулаторном кабинете клиники первого психотического эпизода и амбулаторных филиалах ГБУЗ «Психиатрическая клиническая

больница №4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы». Все пациенты проходили следующие контрольные точки обследования: госпитализация, поступление в полустационар, 1-й, 3-й, 6-й и 9-й месяцы амбулаторного наблюдения.

Этические аспекты

Все участники исследования подписали добровольное информированное согласие. Проведение исследования соответствовало положениям Хельсинкской декларации 1964 г., пересмотренной в 1975–2024 гг., и одобрено локальным этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ (протокол № 918 от 02.11.2023 г.).

Ethical aspects

All study participants signed an informed consent. The research protocol was approved by the Local Ethics Committee of Mental Health Research Centre (protocol 918, 02.11.2023). This study complies with the Principles of the WMA Helsinki Declaration 1964 amended in 1975–2024.

В исследовании приняли участие 123 пациента с верифицированным диагнозом шизофрении (F20. xxx по МКБ-10), из них 68 (55,3%) женщин и 55 (44,7%) мужчин. Средний возраст участников исследования $28,47 \pm 9,23$ года.

Критерии включения: — возраст пациентов от 18 до 40 лет; — проведение поддерживающей терапии антипсихотическим препаратом.

Критерии не включения: — наличие в анамнезе клинически значимых медицинских состояний, обусловленных нарушением мозгового кровообращения, черепно-мозговой травмой, нейроинфекцией, зависимостью от психоактивных веществ

Психическое состояние квалифицировали клинико-психопатологическим методом. В дополнение использовали шкалу оценки позитивных и негативных синдромов (*Positive and Negative Syndrome Scale*, PANSS) и шкалу депрессии Калгари у больных шизофренией (*Calgary Depression Schizophrenia Scale*, CDSS). Когнитивную составляющую осознания болезни оценивали с помощью шкалы когнитивного инсайта Бека (*Beck Cognitive Insight Scale*, BCIS). Приверженность терапии определяли с помощью шкалы приверженности к лечению (*Medication Adherence Report Scale*, MARS-10). Для оценки уровня приверженности пациента к фармакотерапии также применяли метод пропорции покрытых дней (*Proportion of Days Covered*, PDC), разработанный *Pharmacy Quality Alliance* (США) [21]. Показатель PDC представляет собой отношение дней, в которые пациент фактически принимал препарат, к количеству дней, на которые был выписан препарат по рецепту (результат выражается в процентах). Приверженными к терапии признавали пациентов с $PDC > 80\%$, этот же показатель свидетельствовал о персистентности. Кроме того, подсчитывали частоту визитов в амбулаторный кабинет клиники первого психотического эпизода либо в амбулаторные филиалы, а также длительность перерывов по данным Единой медицинской информационно-аналитической системы города Москвы (ЕМИАС).

Выбор шкалы MARS-10 был обусловлен ее международным распространением и апробацией в исследованиях пациентов с психотическими расстройствами [22, 23]. В настоящем исследовании использована русскоязычная версия шкалы, прошедшая лингвистическую адаптацию. Для повышения объективности оценки приверженности данные MARS сопоставляли с показателем PDC, отражающим фактическую персистентность фармакотерапии. Таким образом, оценка приверженности носила комбинированный характер и включала как субъективный, так и объективный компоненты.

Социальное функционирование оценивали с помощью шкалы личного и социального функционирования (*Personal and Social Performance Scale*, PSP).

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета программ для ПК «SPSS Statistics» (версия 23.0). При оценке статистической значимости различий количественных признаков с распределением, отличающимся от нормального, были использованы непараметрический U-критерий Манна–Уитни–Вилкоксона для независимых выборок, критерий Краскела–Уоллиса, а также значения медианы и квартилей (Me [Q1; Q3]). Для независимых выборок, с целью расчета их однородности, был использован точный тест Фишера (F). Для изучения статистических взаимоотношений количественных показателей производили расчет коэффициента корреляции Спирмена. С целью оценки различий в количественных показателях двух связанных выборок применен критерий Вилкоксона. Для сравнения средних значений двух или более выборок использовали дисперсионный анализ (ANOVA). Уровень статистической значимости p во всех расчетах принят равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Описанная типология приверженности терапии при первом психотическом эпизоде (рис. 1) основана на многоуровневом анализе осознания болезни, психопатологических особенностей и поведенческих моделей взаимодействия пациента с лечением. Она включает два основных типа — адаптивный и дезадаптивный. В рамках дезадаптивного типа выделены три подтипа, каждый из которых отражает уникальные сочетания когнитивных, психопатологических и поведенческих компонентов, влияющих на приверженность.

Тип 1. Адаптивный тип приверженности терапии ($n = 29$; 24%)

Пациенты способны анализировать свое состояние, замечать изменения в психике и осознавать их болезненный характер. Это позволяет им формировать объяснительные модели своего состояния и адекватно воспринимать необходимость лечения. При наблюдении пациентов с приверженностью адаптивного типа отмечена способность учитывать мнение окружающих,

включая врачей и родственников, а также умение планировать, прогнозировать последствия своих действий и контролировать импульсивность.

Полное осознание болезни и необходимости лечения у пациентов этой группы формируется к 3–6-му месяцу амбулаторного наблюдения. Существенную роль в этом процессе играет этап полустационарного лечения, следующий сразу за стационарным. Это подтверждается выявленной корреляцией между длительностью пребывания в полустационаре и уровнем осознания болезни ($r = 0,653$; $p < 0,05$), а также уровнем приверженности к лечению ($r = 0,732$; $p < 0,05$).

Среднее значение по шкале BCIS индекса саморефлексии составило $IS\ 13,2 \pm 1,4$ (средние значения по шкалам приведены в табл. 1), что соответствует высокому уровню когнитивной гибкости и способности к осознанию психопатологических переживаний к 9-му месяцу амбулаторного наблюдения. Эти качества могут быть показателями относительно зрелого и когнитивно-дифференцированного отношения к заболеванию, что проявляется в адекватном осознании патологических переживаний и способности к их внутренней переработке. Оценка по шкале MARS свидетельствует о хорошей приверженности к терапии ($9,1 \pm 0,7$), что дополняется высоким объективным показателем PDC, достигавшим 93%.

В этой же группе была зафиксирована устойчивая терапевтическая персистентность: ни у одного из пациентов не наблюдалось значимых перерывов в приеме антипсихотиков в течение периода наблюдения. Отмечены лишь в 4% случаев отклонения от установленного графика посещений. Эти изменения режима лечения были связаны с непредвиденными обстоятельствами (например, технические или бытовые причины), однако в этих ситуациях пациенты самостоятельно перенесли прием на следующий рабочий день, что демонстрирует сформированное чувство ответственности и сохранение терапевтической установки.

На этапе стационарного лечения у пациентов данной группы доминирует аффективно-бредовой синдром с преимущественно персекуторной или депрессивной фабулой бредовых идей. Средний суммарный балл по позитивной подшкале PANSS составляет $20,12 \pm 4,17$. Значимая редукция продуктивной симптоматики наблюдается уже на этапе полустационарного лечения (PANSS $12,34 \pm 4,32$), а к 6-му месяцу наблюдения продуктивные симптомы практически редуцируются (PANSS $8,50 \pm 1,53$), что подтверждает эффективность антипсихотической терапии.

Однако в дальнейшем по мере регресса продуктивной симптоматики клиническая картина смещается в сторону негативных и депрессивных расстройств, что согласуется с концепцией «расщепления» сложного синдрома. Согласно этой концепции, депрессивные проявления являются продолжением острого психотического эпизода и формируются вследствие «неполной редукции психопатологической симптоматики» под воздействием терапии [24]. Они представляют собой своеобразный «депрессивный шлейф», возникающий после угасания галлюцинаторно-бредовых расстройств. Выраженность негативных расстройств остается умеренной на протяжении всего наблюдения, с тенденцией к стабилизации к 9-му месяцу (PANSS $23,24 \pm 9,12$).

На фоне достаточно сохранного когнитивного потенциала негативные расстройства проявляются в виде эмоционального снижения, ограничения диапазона аффективных реакций, снижения инициативности, отсутствия стремления к межличностным контактам, упрощения и ригидности когнитивных процессов, снижения вариативности мышления. Их стабилизация к 9-му месяцу свидетельствует об относительной неизменности данных симптомов для этой группы пациентов.

Депрессивная симптоматика остается выраженной на протяжении всего периода наблюдения ($r = 0,82$;

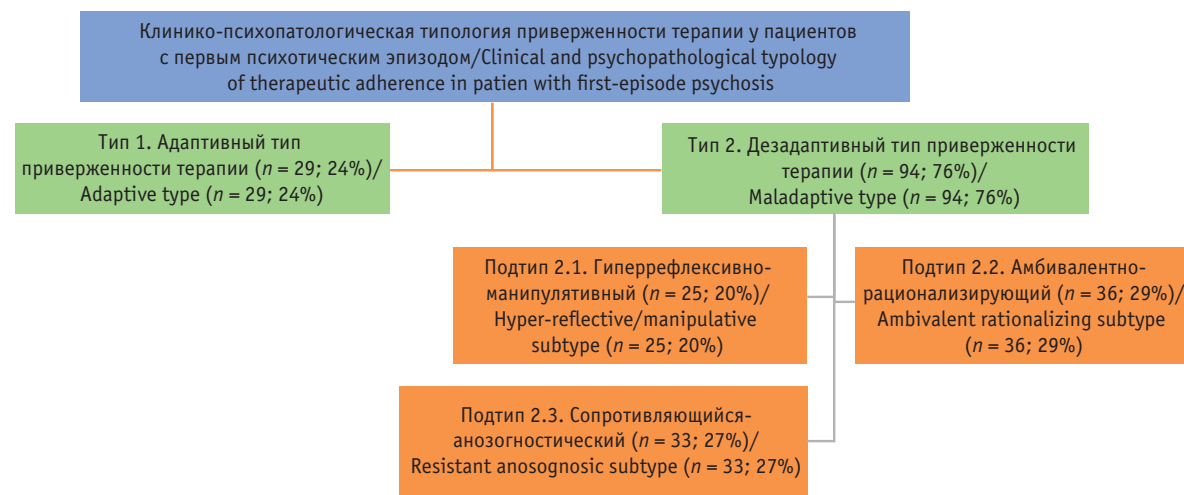


Рис. 1. Клинико-психопатологическая типология приверженности терапии у пациентов с первым психотическим эпизодом

Fig. 1 Clinical and psychopathological typology of therapeutic adherence in patients with first-episode psychosis

$p < 0,01$). Это подтверждается показателями на этапе стационарного лечения (CDSS $9,13 \pm 6,25$) и к 9-му месяцу (CDSS $6,34 \pm 2,77$). В остром периоде депрессия представлена преимущественно дисфорическим и тревожным компонентами, что, вероятно, связано с реакцией на психотический эпизод. В дальнейшем депрессивная симптоматика приобретает апатико-анергический характер, усиливая социальную изоляцию пациентов.

Депрессивные проявления данной группы можно квалифицировать как «депрессию осознания болезни», что выражается в переживании утраты здоровья с формированием тревожно-ипохондрического фона, в снижении мотивации и воли, что ухудшает социальное функционирование, в формировании астено-депрессивного синдрома, затрудняющего реабилитацию.

На этапе амбулаторного наблюдения в течение первых трех месяцев зафиксировано значимое снижение уровня социального функционирования (PSP $64,80 \pm 11,33$). Это, вероятно, обусловлено сочетанием осознания собственной неполноценности на фоне сформированного понимания болезни, а также сохраняющихся депрессивных и умеренных негативных расстройств, препятствующих социальной адаптации. Однако к 9-му месяцу уровень социальной адаптации стабилизируется (PSP $65,62 \pm 9,84$), что свидетельствует об устойчивом снижении функционирования по сравнению с доболезненным уровнем.

Тип 2. Деадаптивный тип приверженности терапии ($n = 94$; 76%)

При данном типе осознание заболевания носит формальный, избирательный или фрагментарный характер и не трансформируется в устойчивую установку на лечение, что отражает недостаточную внутреннюю переработку опыта болезни и слабую связь между интеллектуальным признанием диагноза и его эмоциональным принятием.

Несмотря на возможную внешнюю демонстрацию приверженности терапии, внутренняя структура отношения к болезни отличается противоречивостью, тревожно-манипулятивной направленностью или стойким отрицанием необходимости лечения.

Ведущими характеристиками деадаптивного типа выступают когнитивная дисрегуляция и аффективная нестабильность, обуславливающие колебания в мотивации и поведении, направленном на поддержание приверженности терапии. Сочетание этих признаков приводит к снижению различных компонентов приверженности терапии и дестабилизации процесса социальной адаптации, особенно на амбулаторных этапах лечения.

Подтип 2.1. Гиперрефлексивно-манипулятивный ($n = 25$; 20%)

Этот подтип приверженности к терапии характеризуется неадекватно завышенной оценкой тяжести психического расстройства при отсутствии объективного

критического осмысления структурных и динамических аспектов психопатологических нарушений. Нарушение осознания болезни ассоциировано с формированием сверхценных и ипохондрически-дисморфобических установок, патологической фиксацией на симптомо-комплексе заболевания, что сопровождается отчетливой тенденцией к саморефлексии, гиперболизированному восприятию терапевтического процесса и выраженной потребностью в медицинском патронаже. Часто формируются стойкие убеждения в необратимости болезни, собственной социальной несостоятельности, иногда сопровождающиеся бредоподобными идеями. Пациенты ведут дневники, анализируют малейшие изменения в своем состоянии, активно изучают медицинскую литературу и информацию о своем диагнозе, медицинские форумы в пабликах, сравнивают свое состояние с самыми тяжелыми случаями. Чрезмерно послушно следуя медицинским рекомендациям, они постоянно задают вопросы о необходимости коррекции терапии, опасаются пропустить дозу лекарства. Пациенты требуют постоянного мониторинга, опасаются смены препаратов, панически боятся развития побочных эффектов. При этом многократно консультируются у разных врачей с желанием получить более детальное объяснение, «развеять» сомнения в диагнозе (в сторону как недооценки, так и переоценки тяжести состояния), либо узнать «второе мнение».

Выявлена статистически значимая отрицательная корреляция между длительностью наблюдения в полустационарных условиях и уровнем осознания болезни ($r = -0,675$; $p < 0,05$), что свидетельствует о тенденции к актуализации психогенно обусловленных ипохондрических образований в структуре основного синдрома, формированию сверхценной убежденности в необходимости постоянного медицинского контроля.

Среднее значение по шкале BCIS индекса саморефлексии составило $IS\ 16,4 \pm 1,5$, что соответствует очень высокому уровню. При чрезмерно высоких значениях данный показатель может отражать не адаптивную, а тревожно-ипохондрическую направленность саморефлексии, с дефицитом доверия к профессиональной помощи.

Данные по шкале MARS (в среднем $9,3 \pm 0,3$) свидетельствуют о болезненно утрированной комплаентности, что дополняется достаточно высоким объективным показателем PDC, достигавшим 83%, однако он значительно ниже, чем у пациентов с адаптивным типом приверженности терапии. Это может свидетельствовать о декларируемой лояльности при скрытой нестабильности в поведении, связанной с эпизодическим изменением схем лечения или повторными самостоятельными консультациями у других специалистов. Относительный риск снижения комплаенса в течение первого года терапии при данном подтипе комплаентности по сравнению с адаптивным составляет $OR = 1,9$ (95% CI: 1,3–2,7). Это указывает на умеренно высокий риск отказа от терапии, несмотря на исходно высокий уровень комплаенса.

Таблица 1. Психопатологические и поведенческие характеристики в зависимости от типа/подтипа приверженности терапии
Table 1 Psychopathological and behavioral features associated with different types and subtypes of treatment adherence

Тип, подтип/Type, subtype	Адаптивный тип (n = 29)/Adaptive type (n = 29)					p-зна- чение*/ p-value*	Гиперрефлексивно-манипулятивный подтип (n = 25)/Hyperreflexive/manipulative subtype (n = 25)					p-зна- чение*/ p-value*	Амбивалентно-рационализирующий подтип (n = 36)/Ambivalent rationalizing subtype (n = 36)					p-зна- чение*/ p-value*	Сопровождающийся-анозогностический подтип (n = 33)/Resistant anosognosic subtype (n = 33)					p-зна- чение*/ p-value*			
	Ст.¹	ПСт.²	A1³	A3⁴	A6⁵		Ст.¹	ПСт.²	A1³	A3⁴	A6⁵		Ст.¹	ПСт.²	A1³	A3⁴	A6⁵		A9⁶	Ст.¹	ПСт.²	A1³	A3⁴		A6⁵	A9⁶	
Этап/Stage																											
РАИСС положительные симптомы/positive symptoms, M ± SD	20.12 ± 4.17	12.24 ± 4.32	10.11 ± 2.25	9.33 ± 1.12	8.50 ± 1.53	p < 0.001	23.33 ± 4.02	15.61 ± 3.24	14.4 ± 2.75	12.57 ± 3.43	11.32 ± 3.12	12.15 ± 2.91	p < 0.001	25.15 ± 2.16	16.09 ± 2.01	12.71 ± 1.14	13.22 ± 2.78	13.85 ± 2.11	12.91 ± 2.47	p = 0.002	28.55 ± 3.24	18.23 ± 2.95	14.7 ± 2.45	15.43 ± 3.04	16.52 ± 2.87	16.81 ± 2.15	p < 0.001
РАИСС отрицательные симптомы/negative symptoms, M ± SD	27.47 ± 9.35	24.24 ± 7.45	22.35 ± 8.57	24.75 ± 7.64	23.76 ± 7.44	p = 0.65	28.45 ± 7.42	27.77 ± 8.63	25.45 ± 6.94	26.46 ± 6.72	27.34 ± 7.13	26.39 ± 7.13	p = 0.62	26.73 ± 4.84	26.34 ± 3.97	27.45 ± 5.14	26.93 ± 4.49	26.45 ± 3.89	25.81 ± 3.34	p = 0.002	28.94 ± 7.46	27.46 ± 6.73	26.38 ± 6.28	27.35 ± 6.59	28.54 ± 7.13	28.91 ± 7.54	p = 0.81
РАИСС общая психопатология/general psychopathology, M ± SD	38.53 ± 6.45	34.81 ± 5.63	30.17 ± 6.24	27.3 ± 5.34	25.76 ± 5.94	p < 0.001	39.12 ± 5.29	32.33 ± 6.46	26.46 ± 5.32	26.72 ± 4.34	25.43 ± 4.18	24.84 ± 4.03	p < 0.001	38.94 ± 7.25	34.61 ± 6.53	30.12 ± 6.31	27.45 ± 6.29	28.72 ± 6.72	27.48 ± 7.38	p = 0.098	42.53 ± 6.65	36.58 ± 7.41	33.13 ± 6.37	32.46 ± 7.48	34.57 ± 6.42	34.32 ± 6.94	p < 0.001
РАИСС суммарный балл/total, M ± SD	86.12 ± 12.10	71.29 ± 10.29	62.63 ± 10.84	61.38 ± 9.39	58.02 ± 9.64	p < 0.001	90.90 ± 9.96	75.71 ± 11.26	66.31 ± 9.17	65.75 ± 8.70	64.09 ± 8.30	63.38 ± 8.69	p < 0.001	90.82 ± 8.98	77.04 ± 7.90	70.28 ± 8.22	67.6 ± 8.21	69.02 ± 8.05	66.2 ± 8.47	p = 0.48	100.02 ± 10.51	82.27 ± 10.44	74.21 ± 9.27	75.24 ± 10.42	79.63 ± 10.01	80.04 ± 10.47	p < 0.001
Шкала депрессии Коп-гари/CDS, M ± SD	9.13 ± 6.25	8.54 ± 5.37	7.41 ± 4.21	8.62 ± 3.76	6.98 ± 4.12	p = 0.43	9.25 ± 7.25	7.36 ± 5.59	7.12 ± 5.27	6.35 ± 4.31	6.24 ± 3.45	6.44 ± 2.88	p = 0.007	9.31 ± 3.34	7.39 ± 4.42	6.51 ± 3.75	5.43 ± 2.49	5.04 ± 2.24	4.32 ± 2.19	p < 0.001	8.31 ± 4.62	6.43 ± 3.38	5.27 ± 2.12	5.11 ± 1.84	4.59 ± 2.32	4.34 ± 1.95	p < 0.001
Шкала личностного и социального функционирования/PSF, M ± SD	59.57 ± 9.84	61.34 ± 10.49	63.51 ± 9.93	64.80 ± 11.33	64.51 ± 10.24	p = 0.035	57.56 ± 8.84	65.36 ± 7.48	63.75 ± 7.82	63.24 ± 7.39	62.43 ± 7.54	62.54 ± 8.43	p = 0.006	55.12 ± 10.28	57.79 ± 10.34	58.23 ± 9.13	58.42 ± 10.75	60.45 ± 9.29	61.36 ± 9.54	p = 0.31	49.1 ± 6.78	50.89 ± 6.36	50.51 ± 6.42	50.25 ± 7.34	53.41 ± 8.29	55.02 ± 7.12	p = 0.005
Шкала когнитивного инсайта Бека/BCIS, M ± SD	12.3 ± 1.7	13.1 ± 1.5	12.5 ± 1.7	11.6 ± 1.4	12.7 ± 1.2	p < 0.001	13.5 ± 1.7	14.7 ± 1.8	15.3 ± 1.6	16.1 ± 1.2	15.8 ± 2.1	16.4 ± 1.5	p < 0.001	3.1 ± 1.5	2.5 ± 1.4	2.6 ± 1.5	3.8 ± 2.1	4.5 ± 2.3	5.8 ± 2.3	p < 0.001	-0.4 ± 0.7	-0.7 ± 1.3	-0.2 ± 0.5	0.1 ± 0.8	-0.1 ± 1.7	0.3 ± 1.2	p < 0.001
Шкала приверженности к лечению/MARS-10, M ± SD	8.4 ± 1.4	8.7 ± 0.8	9.0 ± 0.4	8.6 ± 0.8	8.8 ± 0.6	p = 0.031	8.3 ± 1.2	8.6 ± 0.5	9.1 ± 0.4	8.8 ± 0.5	9.2 ± 0.2	9.3 ± 0.3	p < 0.001	6.2 ± 0.5	5.8 ± 0.7	5.1 ± 0.5	4.7 ± 0.4	4.5 ± 0.3	4.6 ± 0.4	p < 0.001	1.8 ± 1.2	2.0 ± 1.4	1.7 ± 1.3	1.6 ± 1.1	1.3 ± 1.2	1.4 ± 1.8	p = 0.41
Пропорция покрытых дней/PDS %	100%	96%	94%	91%	92%	-	100%	100%	92%	86%	84%	83%	-	100%	91%	86%	79%	75%	74%	-	90%	48%	40%	38%	33%	35%	-
Отказы от визитов/Non-attendance %	0%	0%	1%	3%	4%	-	0%	0%	0%	1%	1%	2%	-	0%	5%	11%	14%	15%	17%	-	0%	19%	23%	37%	42%	46%	-

Примечание: Ст.¹ — стационарный этап; ПСт.² — полустационарный этап; A1³ — 1-й месяц амбулаторного наблюдения; A3⁴ — 3-й месяц амбулаторного наблюдения; A6⁵ — 6-й месяц амбулаторного наблюдения; A9⁶ — 9-й месяц амбулаторного наблюдения. p-значение* — данные дисперсионного анализа (ANOVA)
Notes: Ст.¹ — inpatient stage; ПСт.² — day-hospital (partial hospitalization) stage; A1³ — 1st month of outpatient follow-up; A3⁴ — 3rd month of outpatient follow-up; A6⁵ — 6th month of outpatient follow-up; A9⁶ — 9th month of outpatient follow-up; p-value* — results of analysis of variance (ANOVA)

Для гиперрефлексивно-манипулятивного подтипа характерна тенденция к смене лечащих врачей, пересмотру назначений и колебаниям в отношении к диагнозу и терапии. Типичным является парадоксальное поведение, при котором пациенты продолжают терапию, но, несмотря на страх, прерывают ее или самостоятельно модифицируют схему, испытывая недоверие к эффективности, опасения по поводу побочных эффектов или переоценивая тяжесть состояния.

Случаи отказа от визитов к врачу в данной группе редки (2%). Напротив, наблюдается тенденция к гиперконтролю над лечением, что находит отражение в досрочном посещении врача, обращениях «вне графика» и сокращении интервалов между визитами по инициативе пациента. Это поведение следует рассматривать не как следствие высокой мотивации к терапии, а как проявление тревожной неуверенности и чрезмерной бдительности по отношению к заболеванию и медикаментозному вмешательству.

На госпитальном этапе у данной группы преобладает аффективно-бредовая симптоматика (средняя сумма баллов по шкале позитивных симптомов PANSS $23,33 \pm 4,02$). Динамика редукции психотического компонента носит торпидный характер, что обусловлено персистирующими расстройствами мышления ($r = 0,721$; $p < 0,01$). Частичная стабилизация достигается к 3-му месяцу амбулаторного наблюдения, когда показатели выраженности позитивной симптоматики снижаются до $12,57 \pm 3,43$ балла по шкале PANSS.

Кроме того, в клинической картине обращает на себя внимание необычное содержание мыслей ($r = 0,632$; $p < 0,05$) в виде доминирования сверхценных идей, связанных с убежденностью в «особом» клиническом статусе, селективном восприятии симптомокомплекса. Пациенты загружены психотическими переживаниями ($r = 0,732$; $p < 0,01$) с тенденцией к гиперрефлексии, чрезмерной фиксации на психопатологической симптоматике, формированию стойкого субъективного ощущения «неизлечимости». В структуре преобладает персистирующая соматизированная тревога ($r = 0,721$; $p < 0,01$), обусловленная неопределенностью в отношении прогноза течения заболевания, склонность к катастрофизации перспектив дальнейшей социализации в сочетании с выраженной когнитивной ригидностью, тенденцией к гипербулии и фиксацией на терапевтическом процессе ($r = 0,715$; $p < 0,01$).

Негативная симптоматика представлена умеренно выраженными дефицитарными изменениями с отчетливой тенденцией к стабилизации к 6-му месяцу амбулаторного наблюдения (PANSS $26,34 \pm 6,45$; $r = 0,632$; $p < 0,01$). В структуре негативных расстройств доминирует снижение спонтанной активности, инертность в сфере межличностных контактов, редукция мотивации к автономной социальной адаптации; ригидные и фиксированные когнитивные паттерны, тенденция к руминативному анализу субъективных психопатологических переживаний.

Депрессивная симптоматика достигает статистически значимой выраженности ($r = 0,712$; $p < 0,01$) как на стационарном этапе (CDSS $9,25 \pm 7,25$), так и в последующем, сохраняясь к 9-му месяцу амбулаторного наблюдения (CDSS $6,44 \pm 2,88$). Эмоциональная сфера характеризуется дистимическими и дисфорическими включениями, формированием негативистической установки в отношении перспектив социальной адаптации.

Социальное функционирование демонстрирует отчетливую регрессию вплоть до 6-го месяца амбулаторного наблюдения, что находит отражение в снижении баллов по шкале PSP до $62,43 \pm 7,54$. В последующем регистрируется тенденция к относительной стабилизации показателей, что, вероятно, обусловлено процессом вторичной адаптации к роли «пациента».

Подтип 2.2. Амбивалентно-рационализирующий ($n = 36$, 29%)

Пациенты демонстрируют частичное, фрагментарное осознание болезни, в котором отдельные аспекты патологического состояния могут быть признаны, но не интегрированы в целостную модель заболевания. Характерным является распознавание отдельных симптомов — например, нарушений сна, тревожности, снижения концентрации, эмоциональной нестабильности — при полном или частичном отрицании психотической природы этих проявлений.

Атрибутивная структура представлений о болезни у данной группы носит преимущественно внешнеситуативный и соматоцентрический характер. Пациенты склонны объяснять симптомы внешними обстоятельствами (хронический стресс, переутомление, проблемы в семье или на работе), а также соматическими или неврологическими причинами (вегетативная дистония, остеохондроз, дисбаланс гормонов, дефицит витаминов и пр.).

Осознание болезни в этой группе нестабильно и подвержено колебаниям во времени и под влиянием социальной среды. В условиях психообразовательной работы и терапевтической поддержки возможно временное принятие диагноза и необходимости лечения, однако при изменении контекста (например, обострение симптомов, смена врача, давление со стороны родственников) нередко возникают эпизоды ретроспективного отрицания болезни. Пациенты нередко ассоциируют симптомы заболевания с перенесенным «стрессом». Для данного подтипа характерно выраженное амбивалентное отношение к диагнозу и лечению. С одной стороны, пациенты могут демонстрировать элементы рационального анализа состояния и даже на словах соглашаться с необходимостью терапии. С другой стороны, глубинное принятие диагноза часто отсутствует, что приводит к нарушению комплаентности, избирательному приему препаратов и низкой устойчивости приверженности к лечению в долгосрочной перспективе.

По шкале BCIS отмечаются средние значения саморефлексии $IS\ 5,8 \pm 2,3$, что отражает ограниченную

способность к внутреннему сомнению и переоценке ложных убеждений. Отсутствие выраженной когнитивной ригидности сочетается с недостаточной глубиной понимания психопатологии, а склонность к рационализации позволяет сохранить ложный образ «здорового Я».

Пациенты демонстрируют нестабильную и прогрессивно снижающуюся комплаентность, особенно на амбулаторном этапе наблюдения. В период острого психотического эпизода уровень комплаенса может быть относительно удовлетворительным: среднее значение по шкале MARS составляет $6,2 \pm 0,5$, что обусловлено высокой интенсивностью симптоматики и относительной подчиненностью медицинскому персоналу в условиях стационара и на полустационарном этапе. Однако уже в течение первых 3 месяцев амбулаторного наблюдения отмечается достоверное снижение комплаенса: до $4,7 \pm 0,4$, что свидетельствует о деградации терапевтической установки по мере субъективного улучшения состояния и снижения остроты переживаний. Относительный риск (OR) снижения комплаенса у пациентов данного подтипа составляет 2,5 (95% CI: 1,6–3,8) по сравнению с группой с адаптивным типом приверженности.

Объективный показатель PDC в этой группе составил 74%, что соответствует низкой терапевтической персистенции. Такой уровень наблюдается при нерегулярном приеме препаратов, нарушении режима дозирования или самовольной модификации схемы лечения. Пациенты нередко самостоятельно снижают дозу, прекращают прием при субъективном улучшении или заменяют медикаментозную терапию на альтернативные способы саморегуляции (физические нагрузки, БАДы, отказ от «химии» и т. п.). На фоне отсутствия устойчивой внутренней мотивации терапевтическое поведение часто регулируется внешними факторами давления — в частности, родственниками или лечащим врачом — однако этот контроль непродолжителен и нестабилен.

Отказ от визитов к врачу в данной подгруппе встречается в 17% случаев. Пациенты часто переносят даты визитов под разными предлогами, в том числе надуманными или вторичными: работа, усталость, плохое самочувствие, неблагоприятные погодные условия, проблемы с пробуждением и т. д.

Дополнительной особенностью является высокая вероятность аддиктивного поведения, включая употребление алкоголя и каннабиноидов. Эти формы поведения выступают как альтернативные стратегии саморегуляции, замещающие фармакотерапию и психосоциальную поддержку. Это также может указывать на поведенческую импульсивность и стремление избегать переживания фрустрации и тревоги, не прибегая к терапевтическому взаимодействию.

На стационарном этапе лечения у пациентов данной группы доминирует галлюцинаторно-бредовой синдром, что подтверждается высокими баллами по шкале позитивных симптомов PANSS ($25,15 \pm 2,16$).

Характерно формирование систематизированных бредовых построений ($r = 0,667$; $p < 0,01$) преимущественно с персекуторной, метафизической и экспансивной фабулой и включением аффективного компонента. Отмечается склонность к бредовой переработке реального опыта, что затрудняет редукцию симптоматики. Часто наблюдаются комментирующие и императивные галлюцинации ($r = 0,753$; $p < 0,01$), сопровождающиеся явлениями психического автоматизма и анализом галлюцинаторных переживаний при сохраненном чувстве «собственной включенности» в происходящее.

Нарушения мышления проявляются выраженной дезорганизацией ($r = 0,854$; $p < 0,01$) с разорванностью мышления, нарушением логической структуры суждений, затруднением селекции значимой информации и расстройством механизма концептуального перехода. Это приводит к феномену «паралогического осознания» — попытке пациента создать собственную концепцию болезни (например, объяснение симптомов энергетическим воздействием или психосоматическими факторами).

Редукция продуктивной симптоматики происходит относительно быстро: к моменту перевода в полустационар ее выраженность снижается на 40% и более. Однако полное исчезновение симптомов не достигается из-за сохранения нарушений мышления. Относительно полная редукция симптоматики отмечается к 1-му месяцу амбулаторного наблюдения.

Выраженность негативных симптомов на амбулаторном этапе не имеет значимости ($p = 0,07$). К 9-му месяцу наблюдения средний балл по субшкале негативных симптомов PANSS составляет $25,81 \pm 3,34$, однако отдельные компоненты оказывают влияние на формирование осознания болезни и необходимости лечения. К ним относятся снижение эмпатии и повышение отчужденности ($r = 0,422$; $p < 0,05$); ригидность и стереотипное мышление ($r = 0,51$; $p < 0,05$); преобладание сверхценных идей необычного содержания с дисморфофобическими включениями ($r = 0,632$; $p < 0,05$).

Депрессивная симптоматика не оказывает значимого влияния на приверженность ($p = 0,09$), несмотря на присутствие депрессивного расстройства на стационарном этапе (CDSS $9,31 \pm 3,34$).

На этапе амбулаторного наблюдения в первые 3 месяца фиксируется значительное снижение уровня социальной адаптации, что подтверждается показателями по шкале PSP ($58,42 \pm 10,75$). К 6-му месяцу наблюдается частичная компенсация адаптационных нарушений, однако пациенты продолжают испытывать трудности в социальной интеграции. К 9-му месяцу уровень социальной адаптации стабилизируется, что отражается в незначительном повышении показателей PSP ($61,36 \pm 9,54$).

Подтип 2.3. Сопrotивляющийся-анозогнозический подтип ($n = 33$, 27%).

Для пациентов с данным подтипом комплаентности характерны как неполное и преимущественно

ситуативное осознание заболевания с недостаточной когнитивной интеграцией симптомов в структуру психического расстройства, так и выраженное и стойкое нарушение осознания болезни с полным отсутствием признания факта психического расстройства, несмотря на выраженные и зафиксированные нарушения мышления, восприятия и поведения. Представления о болезни в этих случаях чаще всего ограничены распознаванием отдельных психопатологических феноменов, таких как тревожность, бессонница, эмоциональная лабильность, эпизоды необычных ощущений, однако отсутствует связанное представление о наличии стойкого психического расстройства, требующего лечения. В большинстве случаев пациенты не признают сам факт пребывания в болезненном состоянии, рассматривая обращение за помощью и госпитализацию как силовые, несправедливые и необоснованные меры.

Атрибутивная модель восприятия симптомов в этой группе преимущественно внешне-обусловленная. Пациенты склонны объяснять свое состояние влиянием временных или соматических факторов — например, стрессом, переутомлением, конфликтами на работе или проблемами в семье. Также нередко используются соматосенсорные и поведенческие объяснения: «плохой сон», «дефицит витаминов», «пережил кризис» и т.д. В последующем у пациентов этой группы может формироваться «парциальный» тип осознания болезни с поведенческой непоследовательностью: пациенты могут демонстрировать элементы рационального осмысления болезни, но не переводят их в устойчивую терапевтическую установку. Это также проявляется в повышенной чувствительности к побочным эффектам, недоверии к лечению, а также в неустойчивости объяснительных моделей — от «у меня стресс» до «меня лечили неправильно». В этих случаях может формироваться своего рода «дефицитарный» тип нарушения осознания болезни, при котором отсутствует даже частичная когнитивная переработка симптомов. Психопатологические переживания воспринимаются как реальные, актуальные события внешнего мира (например, воздействие, преследование, угроза), что исключает любую возможность их переоценки. Таким образом, симптомы интегрированы в структуру «нормального» субъективного восприятия, и любые попытки со стороны врача объяснить их болезненную природу интерпретируются как враждебные, контролирующие или деструктивные.

По шкале BCIS пациенты данного подтипа демонстрируют показатели индекса саморефлексии ($IS\ 0,3 \pm 1,2$) от низких до отрицательных, при этом значения субшкалы самоуверенности могут быть выраженными, что отражает склонность к ригидным, но некорректным убеждениям, сопротивляющимся переоценке. Это сочетание указывает на низкую готовность к пересмотру своего мнения даже при наличии фактов, подтверждающих необходимость терапии.

Пациенты с сопротивляющимся-анозогнозическим подтипом комплаентности демонстрируют крайне

низкую и нестабильную приверженность к антипсихотической терапии, особенно на амбулаторном этапе. Их терапевтическое поведение отличается формальным согласием на лечение в условиях выраженной симптоматики и давления со стороны врачей и родственников, но у них отсутствует устойчивая внутренняя мотивация к продолжению терапии. Даже при явной редукции продуктивной симптоматики пациенты продолжают отрицать как наличие заболевания, так и факт эффективности лечения. Это подтверждается сохранением бредовых установок и интерпретаций, а также реконструкцией событий госпитализации в негативном ключе («меня силой увезли», «это был сговор»). После выписки большинство пациентов отказываются от полустационарного этапа, мотивируя это «бесполезностью» или «отсутствием болезни».

Фактическая комплаентность на амбулаторном этапе крайне низка. Средний балл по шкале MARS составляет $1,4 \pm 1,8$, что отражает не только отказ от приема препаратов, но и выраженное убеждение в их ненужности или вредности. Показатель PDC не превышает 35%, при этом единственным эпизодом получения лекарств часто становится первый день после выписки, когда рецепты оформляются по инициативе родственников. В дальнейшем прием препаратов не осуществляется. Пропуски визитов к врачу достигают 46%, пациенты избегают контактов с лечащим врачом, отказываются выходить на связь, нередко меняют контактную информацию или попросту исчезают из поля зрения психиатрической службы. Относительный риск (OR) снижения комплаенса у данной подгруппы в сравнении с адаптивным подтипом составляет 6,5 (95% CI: 4,2–9,1), что указывает на крайне высокий риск отказа от терапии уже в течение первого месяца амбулаторного этапа.

Статистически значимая отрицательная корреляция между длительностью нахождения в полустационарных условиях и уровнем приверженности ($r = -0,678$; $p < 0,05$) подтверждает, что у пациентов данной группы более короткий промежуточный этап между стационарным и амбулаторным лечением ассоциирован с более быстрым и выраженным снижением приверженности, что, вероятно, связано с недостаточной проработкой установки на длительное лечение. На амбулаторном и полустационарном этапе пациенты часто подписывают отказ от продолжения лечения. В анамнезе нередко встречаются импульсивные отмены препаратов, эпизоды самолечения, обращения к альтернативной медицине. Пациенты склонны скрывать факт прекращения терапии от родственников и врача, избегают обсуждения проблемы, демонстрируют негативизм и недоверие к медицинским рекомендациям. Также к 3-му месяцу наблюдения возможно полное отсутствие даже формальной приверженности. Пациенты не только уклоняются от лечения, но и демонстрируют активное отвержение терапевтических рекомендаций, склонны скрывать факт госпитализации или диагноза от окружающих, не допускают обсуждения проблемы

в семье. Нередко фиксируются эпизоды демонстративного уничтожения лекарств, написания отказов от дальнейшего наблюдения и лечения, конфликтного поведения на приемах у врача.

На госпитальном этапе у пациентов данной группы доминирует выраженная позитивная симптоматика, что подтверждает высокий суммарный балл по шкале позитивных симптомов PANSS ($28,55 \pm 3,24$) ($r = 0,811$; $p < 0,01$). Симптоматика представлена галлюцинаторно-параноидным и аффективно-бредовым синдромами с систематизированными параноидными идеями ($r = 0,867$; $p < 0,01$). Нередко отмечаются кататонические симптомы ($r = 0,653$; $p < 0,05$). На процесс осознания болезни и приверженность терапии оказывает влияние бредовая симптоматика ($r = 0,734$; $p < 0,01$), а также формальные расстройства мышления по типу разорванности, инкогерентности, паралогичности ($r = 0,794$; $p < 0,01$) с явлениями символизации и псевдологического мышления, что дополнительно затрудняет осознание болезни и реалистичную интерпретацию симптомов. При более выраженном поражении сферы мышления характерным признаком является феномен «фабулирующего мышления» [25] при котором пациенты ретроспективно изменяют восприятие личной истории и опыта в соответствии с бредовой системой. Это проявляется в переформатировании значимых событий в духе собственных убеждений («меня давно хотели „убрать“», «все началось после заговора соседей»), что усиливает сопротивление терапевтическому воздействию.

Редукция продуктивной симптоматики происходит постепенно, к 3-му месяцу амбулаторного наблюдения не является полной — $15,43 \pm 3,04$ по шкале позитивных симптомов PANSS — и не приводит к формированию целостного осознания болезни. Вместо этого пациенты начинают искать альтернативные объяснения своего состояния, что дополнительно снижает уровень комплаенса.

Негативная симптоматика носит хронический и стагнирующий характер, практически не редуцируется даже при уменьшении выраженности продуктивных симптомов. Это свидетельствует о дефицитарном ядре расстройства, которое напрямую связано с глубокой анозогнозией, отказом от терапии и низким уровнем социальной адаптации. Негативные симптомы представлены в виде аутизации, эмоционального обеднения, нарушения эмпатии и социальной отчужденности. У ряда пациентов наблюдается стремление к объяснению своего состояния в терминах эзотерики, мистических воздействий, энергетического дисбаланса и т.п., что отражает использование иррациональных когнитивных стратегий при попытке осмысления болезни ($r = 0,67$; $p < 0,05$). Когнитивная ригидность, снижение вариативности мышления и склонность к руминативному анализу «угроз» сочетаются с выраженной импульсивностью и нестабильностью аффекта, включая эпизоды немотивированной агрессии, вспышки раздражительности, демонстративное или провокационное

поведение, которое сами пациенты не связывают с болезнью ($r = 0,83$; $p < 0,01$).

Депрессивная симптоматика не оказывает значимого влияния на приверженность ($p = 0,07$), несмотря на присутствие проявлений депрессии на стационарном этапе (CDSS $8,31 \pm 4,62$). Эмоциональная сфера характеризуется дистимическими и дисфорическими включениями, формированием негативистической установки в отношении дальнейшего лечения и наблюдения.

Социальное функционирование у данной группы пациентов остается на низком уровне на протяжении всего периода наблюдения. На стационарном этапе среднее значение по шкале PSP составило $49,10 \pm 6,78$, что отражает выраженные нарушения в сфере обслуживания, межличностных взаимодействий и социальной активности. К 3-му месяцу амбулаторного наблюдения ситуация существенно не меняется: показатели социальной адаптации колеблются в пределах $50,25 \pm 7,34$, что указывает на отсутствие спонтанной компенсации дефицитов даже при частичной редукции продуктивной симптоматики.

К 6-му месяцу наблюдается лишь минимальная положительная динамика (PSP $53,41 \pm 8,29$), преимущественно за счет социальной поддержки со стороны семьи, если таковая имеется и принимает участие в жизни пациента. Однако большинство пациентов сохраняют выраженные трудности в бытовом, профессиональном и коммуникативном функционировании, что связано как с тяжестью продуктивной симптоматики, так и с глубокой анозогнозией и стойким отказом от взаимодействия с лечебной системой. К 9-му месяцу наблюдения уровень социальной адаптации остается неудовлетворительным (PSP $55,02 \pm 7,12$), обнаруживая стагнацию.

ОБСУЖДЕНИЕ

Настоящее исследование было направлено на разработку и эмпирическую верификацию клинко-психопатологической типологии приверженности терапии у пациентов с первым психотическим эпизодом, исходя из положения о том, что терапевтическое поведение формируется не только под влиянием выраженности психотической симптоматики, но в значительной степени определяется структурой осознания болезни, когнитивными характеристиками и устойчивыми поведенческими стратегиями взаимодействия пациента с психиатрической службой. Полученные результаты свидетельствуют о качественной неоднородности приверженности терапии уже на ранних этапах шизофренического процесса.

Установлено, что высокая и устойчивая приверженность терапии при первом психотическом эпизоде ассоциирована прежде всего с формированием целостного осознания болезни и когнитивной интеграцией психопатологического опыта, а не только с редукцией продуктивной симптоматики. Полученные

данные не противоречат современным представлениям о том, что базовые установки личности могут предопределять терапевтическое поведение [26]. Вместе с тем результаты исследования демонстрируют, что в условиях манифестации психотического расстройства структура осознания болезни и динамика психопатологических проявлений оказывают дополнительное модифицирующее влияние на характер приверженности.

На раннем амбулаторном этапе (первые 3 месяца) пациенты с дезадаптивным типом нередко демонстрируют феномен клинически маскированной (латентной) некомплаентности: при сохранении внешне корректного терапевтического альянса и декларируемого согласия с рекомендациями формируется диссоциация между заявляемым сотрудничеством и фактическим режимом приема препаратов, включая намеренное сокрытие пропусков. Подобная псевдокомплаентная стратегия затрудняет своевременную клиническую верификацию снижения приверженности и закономерно повышает вероятность рецидива в период ослабления внешнего контроля после выписки. Следовательно, уже на стационарном и полустационарном этапах целесообразно применять клинико-психопатологическую оценку с опорой на предложенную типологию как инструмент стратификации риска неприверженности и заранее рассматривать для пациентов с признаками дезадаптивной стратегии выбор в пользу пролонгированных антипсихотиков (при наличии клинических показаний и достижении терапевтического соглашения). При этом 3-й месяц амбулаторного наблюдения представляется критической временной точкой: именно к данному сроку оправдано плановое проведение многоисточникового скрининга приверженности (структурированная беседа, сведения от родственников/значимого окружения, анализ посещаемости и иных косвенных индикаторов приема), что позволяет выявлять скрытую некомплаентность до наступления клинической декомпенсации и своевременно вносить коррективы в лечебную тактику.

К **ограничениям** исследования следует отнести непродолжительный срок наблюдения, не позволяющий в полной мере оценить долгосрочную стабильность выявленных типов приверженности. Следует отметить, что исследование не включало терапевтический лекарственный мониторинг, рассматриваемый как «золотой стандарт» объективного подтверждения приема психофармакотерапии. В связи с этим оценка приверженности опиралась на клинические и косвенные источники данных, что потенциально увеличивает риск недоучета латентной (скрытой) неприверженности терапии. Кроме того, основной акцент был сделан на фармакологической приверженности, тогда как вклад психосоциальных интервенций и семейных факторов требует дальнейшего изучения. Региональный характер выборки также может ограничивать экстраполяцию полученных результатов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты позволили выработать клинико-психопатологическую типологию приверженности терапии у пациентов с первым психотическим эпизодом, основанную на многоуровневом анализе структуры осознания болезни, особенностей психопатологических проявлений и поведенческих моделей взаимодействия с системой психиатрической помощи.

Выделение адаптивного и дезадаптивного типов, а также отдельных подтипов в структуре дезадаптивной приверженности способствует более точной клинической верификации риска отказа от терапии, выявлению факторов нестабильности терапевтической установки и прогнозированию динамики состояния на амбулаторном этапе. Показана значимость сочетания психопатологических, когнитивных и поведенческих характеристик для стратификации пациентов по уровню приверженности, что имеет непосредственное значение для выбора персонализированных стратегий психообразовательной, медикаментозной и реабилитационной помощи.

Практическая значимость предложенной типологии заключается в возможности оптимизации персонализированных стратегий ведения пациентов, включая групповое и индивидуальное психообразование, формирование терапевтического альянса и профилактику раннего отказа от лечения, что в перспективе может способствовать улучшению долгосрочного прогноза и социальной адаптации пациентов. Представленные данные могут служить основой для построения прогностических моделей и оптимальной маршрутизации пациентов с учетом их психопатологического и поведенческого профиля.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Алиева ЛМ, Солохина ТА. Социально-психологические факторы комплаентности больных шизофренией. *Психиатрия*. 2020;18(2):71–81. doi: 10.30629/2618-6667-2020-18-2-71-81
Alieva LM, Solokhina TA. Socio-Psychological Factors of Compliance of Patients with Schizophrenia. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2020;18(2):71–81. (In Russ.). doi: 10.30629/2618-6667-2020-18-2-71-81
2. Незнанов НГ, Вид ВД. Проблема комплаенса в клинической психиатрии. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2004;6(4):2–10.
Neznanov NG, Vid VD. The problem of compliance in clinical psychiatry. *Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2004;6(4):2–10. (In Russ.).
3. Костюк ГП, Шмуклер АБ, Голубев СА. и исследовательская группа. Эпидемиологические аспекты диагностики шизофрении в Москве. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2017;27(3):5–9.
Kostyuk GP, Shmukler AB, Golubev SA and Study Group. Epidemiological aspects of diagnosis of

- schizophrenia in Moscow. *Social and Clinical Psychiatry*. 2017;27(3):5–9. (In Russ.). <https://elibrary.ru/item.asp?id=30025477>
4. Ястребова ВВ, Солохина ТА, Митихин ВГ, Алиева ЛМ, Машошин АИ. Приверженность лечению больных шизофренией и разработка мер по ее повышению. В сб.: Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Выпуск III. Под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. СПб.: Издательство «Таро», 2016:334–341.
Iastrebova VV, Solokhina TA, Mitikhin VG, Alieva LM, Mashoshin AI. Priverzhennost' lecheniiu bol'nykh shizofreniei i razrabotka mer po ee povysheniiu. V sb.: Psikhoterapiia i psikhosotsial'naia rabota v psikiatrii. Vypusk III. Pod red. O.V. Limankina, S.M. Babina. SPb.: Izdatel'stvo "Taro", 2016:334–341. (In Russ.).
 5. Шве́ц КН, Хамская ИС. Факторы социальной дезадаптации больных шизофренией и подходы к психосоциальной терапии и реабилитации (обзор). *Научные результаты биомедицинских исследований*. 2019;5(2):72–85. doi: 10.18413/2658-6533-2019-5-2-0-8
Shvets KN, Khamaskaya IS. Factors of social disadaptation of patients with schizophrenia and approaches to psychosocial therapy and rehabilitation (review). *Research Results in Biomedicine*. 2019;5(2):72–85. (In Russ.). doi: 10.18413/2658-6533-2019-5-2-0-8
 6. Abdel-Baki A, Ouellet-Plamondon C, Malla A. Pharmacotherapy challenges in patients with first-episode psychosis. *J Affect Disord*. 2012;138:S3–14. doi: 10.1016/j.jad.2012.02.029 Epub 2012 Mar 9. PMID: 22405590.
 7. Светличная ТГ, Воронов ВА, Смирнова ЕА. Социобихевиоральные факторы приверженности лечению пациентов с психическими расстройствами, склонных к социально опасному поведению. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2020;120(2):59–65. doi: 10.17116/jnev-ro2022122021115
Svetlichnaya TG, Voronov VA, Smirnova EA. Socio-behavioral factors for of adherence to treatment of patients with mental disorders inclined to socially dangerous behavior. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2020;120(2):59–65. (In Russ.). doi: 10.17116/jnev-ro2022122021115
 8. Березанцев АЮ, Костюк ГП, Бuryгина ЛА, Левин МЕ, Масыкин АВ. Новый этап развития системы лечения и реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2020;64(4):181–189. doi: 10.46563/0044-197X-2020-64-4-181-189
Berezantsev AYU, Kostyuk GP, Burygina LA, Levin ME, Masyakin AV. The new stage in the development of a system for the treatment and rehabilitation of patients with schizophrenic spectrum disorders. *Health care of the Russian Federation*. 2020;64(4):181–189. (In Russ.). doi: 10.46563/0044-197X-2020-64-4-181-189
 9. Abdullah-Koolmees H, Nawzad S, Egberts TCG, Vuyk J, Gardarsdottir H, Heerdink ER. The effect of non-adherence to antipsychotic treatment on rehospitalization in patients with psychotic disorders. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2021;11:20451253211027449. doi: 10.1177/20451253211027449 PMID: 34262690; PMCID: PMC8246479.
 10. Wander C. Schizophrenia: opportunities to improve outcomes and reduce economic burden through managed care. *Am J Manag Care*. 2020;26(3):S62–S68. doi: 10.37765/ajmc.2020.43013 PMID: 32282176.
 11. Rivelli A, Fitzpatrick V, Nelson M, Laubmeier K, Zeni C, Mylavarapu S. Real-world predictors of relapse in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder in a large health system. *Schizophrenia (Heidelb)*. 2024;10(1):28. doi: 10.1038/s41537-024-00448-2 PMID: 38424086; PMCID: PMC10904733.
 12. Березанцев АЮ, Бuryгина ЛА, Левин МЕ. Некоторые современные тенденции применения пролонгированных инъекционных антипсихотиков в условиях модернизации психиатрической службы. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. Спецвыпуски. 2020;120(6–2):61–67. doi: 10.17116/jnev-ro202012006261
Berezantsev AYU, Burygina LA, Levin ME. Some current trends in the use of prolonged injectable antipsychotics in the conditions of modernization of the psychiatric service. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2020;120(6–2):61–67. (In Russ.). doi: 10.17116/jnev-ro202012006261
 13. Li L, Le TH, Kim WS, Odkhuu S, Kang CY, Setiani A, Jeon E, Rami FZ, Chung YC. Predictors of relapse after discontinuing antipsychotics in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia (Heidelb)*. 2025;11(1):42. doi: 10.1038/s41537-025-00592-3 PMID: 40082469; PMCID: PMC11906741.
 14. Zipursky RB, Menezes NM, Streiner DL. Risk of symptom recurrence with medication discontinuation in first-episode psychosis: a systematic review. *Schizophr Res*. 2014;152(2–3):408–14. doi: 10.1016/j.schres.2013.08.001 Epub 2013 Aug 21. PMID: 23972821.
 15. Miller BJ, Bodenheimer C, Crittenden K. Second-generation antipsychotic discontinuation in first episode psychosis: an updated review. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2011;9(2):45–53. doi: 10.9758/cpn.2011.9.2.45 Epub 2011 Aug 31. PMID: 23429653; PMCID: PMC3569083.
 16. Любов ЕБ, Бессонова АА. Первый эпизод шизофрении: клинко-эпидемиологический и социально-экономический аспекты. *Российский психиатрический журнал*. 2008;2:46–50.
Lyubov EB, Bessonova AA. First-episode of schizophrenia: clinico-epidemiological and socio-economic aspects. *Russian Journal of Psychiatry*. 2008;2:46–50. (In Russ.).
 17. Ghosh A, Suhas S, Solanki C, Dave M, Tharayil HM, Damodharan D, Andrade C. From compliance to

- adherence: Changing views, changing concepts. *Indian J Psychiatry*. 2017;59(3):399–400. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_281_17 PMID: 29085113; PMCID: PMC5659104.
18. Данилов Д. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2014;6(2):4–12. doi: 10.14412/2074-2711-2014-2-4-12
Danilov D. Therapeutic collaboration (compliance): Content of the definition, mechanisms of formation, and methods of optimization. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2014;6(2):4–12. (In Russ.). doi: 10.14412/2074-2711-2014-2-4-12
 19. Захарова ЕВ. Теоретические концепции и методы исследования комплаенса и приверженности лечению. *Теоретическая и экспериментальная психология*. 2019;12(3):96–110. EDN: FGXSBG.
Zakharova EV. Theoretical concepts and research methods for compliance and treatment adherence. *Theoretical and Experimental Psychology*. 2019;12(3):96–110. (In Russ.). EDN: FGXSBG.
 20. Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, Wong PK. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health*. 2008;11(1):44–7. doi: 10.1111/j.1524-4733.2007.00213.x PMID: 18237359.
 21. Loucks J, Zuckerman AD, Berni A, Saulles A, Thomas G, Alonzo A. Proportion of days covered as a measure of medication adherence. *Am J Health Syst Pharm*. 2022;79(6):492–496. doi: 10.1093/ajhp/zxab392 PMID: 34637496.
 22. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophr Res*. 2000;42(3):241–7. doi: 10.1016/S0920-9964(99)00130-9 PMID: 10785582.
 23. Gleeson JF, Cotton SM, Alvarez-Jimenez M, Wade D, Gee D, Crisp K, Pearce T, Spiliotacopoulos D, Newman B, McGorry PD. A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first-episode psychosis patients: outcome at 30-month follow-up. *Schizophr Bull*. 2013;39(2):436–48. doi: 10.1093/schbul/sbr165 Epub 2011 Nov 29. PMID: 22130905; PMCID: PMC3576162.
 24. Chang WC, Ho RWH, Tang JYM, Wong CSM, Hui CLM, Chan SKW, Lee EMH, Suen YN, Chen EYH. Early-Stage Negative Symptom Trajectories and Relationships With 13-Year Outcomes in First-Episode Non-affective Psychosis. *Schizophr Bull*. 2019;45(3):610–619. doi: 10.1093/schbul/sby115 PMID: 30124959; PMCID: PMC6483573.
 25. Блейхер ВМ. Расстройства мышления. Киев: Издательство Здоровье, 1983:192.
Bleikher VM. Rasstroistva myshleniya. Kiev: Zdorov'e, 1983:192.
 26. Holmes EA, Hughes DA, Morrison VL. Predicting adherence to medications using health psychology theories: a systematic review of 20 years of empirical research. *Value Health*. 2014;17(8):863–76. doi: 10.1016/j.jval.2014.08.2671 PMID: 25498782.

Сведения об авторах

Егор Степанович Черапкин, врач-психиатр, заведующий филиалом ПНД № 4, ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина»; аспирант, ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья», Москва, Россия

yegor9112@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0005-1040-2980>

Сергей Александрович Голубев, доктор медицинских наук, заместитель главного врача по медицинской части, ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №4 им. П.Б. Ганнушкина»; ведущий научный сотрудник, отдел юношеской психиатрии, ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья»; профессор, кафедра психиатрии, ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

color1982@bk.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0021-4936>

Василий Глебович Каледа, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом юношеской психиатрии, заместитель директора, ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья», Москва, Россия
kaleda-vg@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1209-1443>

Information about the authors

Egor S. Cherapkin, psychiatrist, Head of Branch, Neuropsychiatric Dispensary No. 4, MD, Psychiatrist, Mental-health clinic No.4 named after P.B. Gannushkin, Postgraduated student, FSBSI Russian Mental Health Research Centre, Moscow, Russia

yegor9112@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0005-1040-2980>

Sergey A. Golubev, Dr. Sci. (Med.), Deputy Chief Medical Officer, Mental-health clinic No.4 named after P.B. Gannushkin; Leading Researcher, FSBSI Russian Mental Health Research Centre Professor, Department of Psychiatry, “Central State Medical Academy of The Administrative Directorate of The President of the Russian Federation”, Moscow, Russia

color1982@bk.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0021-4936>

Vasiliy G. Kaleda, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of Department, Department of youth psychiatry, Deputy director, FSBSI Russian Mental Health Research Centre, Moscow, Russia
kaleda-vg@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1209-1443>

Вклад авторов

Черепкин Е.С. — концептуализация, сбор данных, методология, анализ, создание рукописи и редактирование;
Голубев С.А. — администрирование проекта, методология, создание рукописи и редактирование;
Каледа В.Г. — администрирование проекта, методология, анализ и редактирование.

Authors' contributions

Egor S. Cherapkin — conception, data acquisition, methodology, analysis, writing the original draft and editing;
Sergey A. Golubev — project administration, methodology, review and editing;
Vasiliy G. Kaleda — project administration, methodology, data acquisition, review and editing.

Конфликт интересов/Conflict of interests

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflicts of interest.

Дата поступления 04.12.2025 Received 04.12.2025	Дата рецензирования 02.03.2026 Revised 02.03.2026	Дата принятия к публикации 31.03.2026 Accepted for publication 31.03.2026
--	--	--

© Федотов И.А., 2026;
© Шустов Д.И., 2026;
© Фатеева В.Г., 2026;
© Петрова Н.Н., 2026

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
УДК/UDC 616.89; 616.89-02-036

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-20-30>

Негативные симптомы после психотических расстройств, вызванных воздействием наркотических веществ

Илья Андреевич Федотов¹, Дмитрий Иванович Шустов¹, Виктория Германовна Фатеева²,
Наталья Николаевна Петрова²

¹ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Рязань, Россия

²ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

Автор для корреспонденции: Илья Андреевич Федотов, ilyafdtv@yandex.ru

Резюме

Обоснование: особенности негативных симптомов при психотических расстройствах (ПР), вызванных воздействием наркотических веществ (НВ), остаются недостаточно изученными, что затрудняет дифференциальную диагностику с шизофренией. **Цель исследования:** сравнительное изучение характера и выраженности негативных симптомов после психотических расстройств, вызванных воздействием НВ, и после психотического эпизода в рамках шизофрении для определения их значимости для дифференциальной диагностики. **Пациенты и методы:** проведено наблюдательное кросс-секционное исследование с участием 141 пациента. Все обследованные были поделены на четыре группы: 1) 21 пациент с ПР, вызванными природными каннабиноидами; 2) 56 пациентов с ПР, вызванными воздействием синтетических катинонов; 3) 29 пациентов с ПР, вызванными воздействием несколькими НВ; 4) 35 пациентов с шизофренией. Оценка негативных симптомов проводилась с помощью русскоязычной адаптации клинического интервью *Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS)*. Статистический анализ включал непараметрические методы сравнения множественных групп с последующим *post hoc* анализом. **Результаты:** пациенты с психозами, индуцированными НВ всех групп, по сравнению с пациентами с шизофренией имеют статистически значимо менее выраженные негативные симптомы по субшкале эмоциональной выразительности ($p < 0,001$). По общему баллу CAINS пациенты с шизофренией значимо отличались от групп пациентов с ПР, вызванными синтетическими катинонами и несколькими НВ ($p < 0,001$), но не от пациентов с ПР, вызванными природными каннабиноидами ($p = 0,47$). Пациенты с ПР, вызванными природными каннабиноидами, продемонстрировали наиболее выраженные негативные симптомы среди всех групп психозов, индуцированных НВ, сопоставимые с негативными симптомами шизофрении во всех сферах, кроме эмоциональной выразительности. У пациентов с ПР, вызванными синтетическими катинонами и несколькими НВ, антиципаторные негативные симптомы были значительно менее выраженными, а мотивация в социальной, профессиональной и рекреационной областях была лучше, чем у пациентов с шизофренией. **Заключение:** выявлены существенные различия в профиле негативных симптомов между психотическими расстройствами различного генеза. ПР, индуцированные природными каннабиноидами, наиболее близки к шизофрении по степени выраженности негативной симптоматики, что имеет клиническое значение для дифференциальной диагностики и планирования реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: негативные симптомы, психотические расстройства, каннабиноиды, синтетические катиноны, шизофрения, CAINS, мотивация, ангедония

Для цитирования: Федотов И.А., Шустов Д.И., Фатеева В.Г., Петрова Н.Н. Негативные симптомы после психотических расстройств, вызванных воздействием наркотических веществ. *Психиатрия*. 2026;24(3):20–30. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-20-30>

RESEARCH

UDC 616.89; 616.89-02-036

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-20-30>

Negative Symptoms Associated with Psychotic Disorders Induced by Narcotic Substances

Ilya A. Fedotov¹, Dmitri I. Shustov¹, Victoria G. Fateeva², Natalia N. Petrova²

¹Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov of the Ministry of Healthcare of the Russia, Ryazan, Russia

²Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia

Corresponding author: Ilya A. Fedotov, ilyafdtv@yandex.ru

Summary

Background: the characteristics of negative symptoms of drug-induced psychotic disorders (PD) caused by narcotic substances (NS) remain incompletely understood, which impedes the differential diagnosis with schizophrenia. **The aim** was to compare the presentation and severity of negative symptoms after psychotic disorders induced by the narcotic substances and schizophrenic

psychosis in determining their significance for differential diagnosis. **Patients and Methods:** an observational cross-sectional study was conducted involving 141 patients, who were divided into 4 groups: 1) 21 patients with PD caused by natural cannabinoids; 2) 56 patients with PD induced by the synthetic cathinones; 3) 29 patients with PD induced by the several NS; 4) 35 patients with schizophrenia. Negative symptoms were assessed using the CAINS clinical interview, adapted for the Russian-speaking population. Statistical analysis included nonparametric methods of comparing multiple groups and subsequent post hoc analysis. **Results:** patients with schizophrenia had statistically significantly more pronounced negative symptoms on the emotional expressiveness subscale compared to all groups of narcotic-induced psychoses ($p < 0.001$). According to the CAINS total score, patients with schizophrenia differed significantly from the synthetic cathinones-induced PD and several narcotic-induced PD groups ($p < 0.001$), but not from the natural cannabinoids-induced PD group ($p = 0.47$). Patients with natural cannabinoids-induced PD demonstrated the most pronounced negative symptoms among all groups of narcotics-induced psychoses, which were similar to schizophrenia in all areas, except emotional expressiveness. The synthetic cathinones-induced PD and several narcotic-induced PD groups were characterized by significantly less pronounced anticipatory negative symptoms and better motivation in the social, professional, and recreational spheres than patients with schizophrenia. **Conclusion:** significant differences in the profile of negative symptoms between psychotic disorders induced by different NS were identified. PD induced by natural cannabinoids were the closest ones to schizophrenia in the severity of negative symptoms, which is clinically significant for differential diagnosis and planning rehabilitation measures.

Keywords: negative symptoms, psychotic disorders, cannabinoids, synthetic cathinones, schizophrenia, CAINS, motivation, anhedonia

For citation: Fedotov I.A., Shustov D.I., Fateeva V.G., Petrova N.N. Negative Symptoms Associated with Psychotic Disorders Induced by Narcotic Substances. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2026;24(3):20–30. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-20-30>

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы отмечается рост исследований о негативных симптомах психозов, что связано с уточнением концептуализации данной группы расстройств и новых подходов к терапии [1–4]. Актуальный перечень данных симптомов включает 5 основных доменов: абulia, асоциальность, ангедония, алогия и уплощенный аффект [2]. Разделяют первичные негативные симптомы, связанные с основным патогенезом психических расстройств, а также вторичные, которые возникают из-за высокой степени представленности продуктивной симптоматики или могут быть вызваны нежелательными эффектами антипсихотической терапии или депрессией [4]. По данным крупных международных исследований среди возможных причин возникновения первичной негативной симптоматики называют микроатрофию медиальной орбитофронтальной коры [1], а также дофаминовую и глутаматную нейромедиаторные дисфункции [5].

В последние годы клиницисты исследуют и обсуждают проблему дифференциальной диагностики психотических расстройств, вызванных воздействием наркотических веществ (НВ), и шизофрении [6, 7]. Для синтетических наркотических веществ, в особенности для каннабиноидов и катинонов, описаны очень близкие к шизофрении проявления продуктивных симптомов психоза [8]. При этом сведений о выраженности и характере негативной симптоматики недостаточно. Неясно соотношение негативных симптомов у пациентов с психотическими расстройствами, индуцированными приемом различных классов НВ. В опубликованных по этой теме исследованиях чаще использовали Шкалу оценки позитивной и негативной симптоматики (PANSS) [9]. Однако применение более современных шкал второго поколения позволяет выполнять оценку негативной симптоматики более точно в рамках актуальной двухфакторной модели, а также дифференцировать негативные симптомы и проявления постпсихотической депрессии.

Цель работы: провести сравнительное исследование характера и выраженности негативных симптомов после психозов, вызванных воздействием наиболее часто употребляемых наркотических веществ, и после психотического эпизода в рамках шизофрении для определения их значимости для дифференциальной диагностики.

Гипотеза: негативные симптомы после психотических расстройств, вызванных воздействием наркотических веществ, отличаются от шизофрении меньшей степенью выраженности и неоднородностью, а профиль негативных симптомов после психоза зависит от употребляемого наркотика.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования и отбор пациентов

Исследование имеет наблюдательный кросс-секционный дизайн. Набор пациентов проводился на трех клинических базах: ГБУ РО «Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова» (Рязань), ГБУ РО «Областной клинический наркологический диспансер» (Рязань), СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Степанова-Скворцова» (Санкт-Петербург).

Этические аспекты

Протокол исследования был рассмотрен и одобрен локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «Рязанского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова» (протокол №1 от 12.09.2022 г.). Проведение исследования соответствовало всем положениям Хельсинской декларации 1964 г. (последний пересмотр от 2024 г.). Все пациенты подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Ethical aspects

The research protocol was approved by the Local Ethics Committee of the Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov (protocol No.

1 from 12.09.2022). The study was conducted in accordance with all principles of the WMA Helsinki Declaration of 1964 (last revised in 2024). All patients signed a voluntary informed consent form to participate in the study.

Расчет необходимого размера выборки

Для расчета минимального размера выборки использовали показатель стандартизированной разницы средних из метаанализа J. Cohen-Laroque и соавт. [9]. С помощью программы G*Power [10] был проведен необходимый расчет: при предполагаемой мощности исследования 0,94 и уровне альфа равном 0,05 для применения метода дисперсионного анализа для 4 групп минимальный размер общей выборки должен составлять 140 человек.

Критерии включения

По приведенным ниже критериям включения сформировано 4 группы пациентов:

1. Пациенты с психотическими расстройствами, вызванными воздействием природных каннабиноидов (ПРПК, $n = 21$). Диагноз устанавливался по критериям МКБ-10 (F12.2 + F12.5). Употребление природных каннабиноидов подтверждалось результатами химико-токсикологического исследования мочи (выявляли ТНС-СООН — метаболит тетрагидроканнабинола, основного психоактивного вещества, присутствующего в марихуане).

2. Пациенты с психотическими расстройствами, вызванными воздействием синтетических катинонов (ПРСК, $n = 56$). Диагноз устанавливался по критериям МКБ-10 (F15.2 + F15.5). Употребление синтетических катинонов подтверждалось данными химико-токсикологического исследования мочи (чаще всего выявляли альфа-пировалерофенон и мефедрон).

3. Пациенты с психотическими расстройствами, вызванными воздействием нескольких НВ (ПРННВ, $n = 29$). Диагноз устанавливался по критериям МКБ-10 (F19.2 + F19.5). Употребление нескольких НВ подтверждалось результатами химико-токсикологического исследования (выявляли смеси с содержанием природных каннабиноидов, синтетических катинонов и опиоидов).

4. Пациенты с шизофренией ($n = 35$). Диагноз устанавливался по критериям МКБ-10 (F20.0). У пациентов отсутствовало употребление НВ в анамнезе.

Критерии исключения

Общими критериями исключения из исследования стали отказ от прохождения исследования на любом этапе (выбыло 2 пациента), а также высокие показатели Шкалы лжи в тесте Мини-СМИЛ (выбыло 3 пациента).

Психометрическое обследование

Все пациенты проходили однократное клиническое обследование после купирования острых психотических симптомов перед выпиской из стационара. Терапия всех пациентов осуществлялась с использованием антипсихотических средств в средних терапевтических дозах.

Для оценки негативных симптомов применяли «Клиническое интервью для оценки негативных симптомов» (CAINS), адаптированное авторами ранее для использования на русском языке и доказавшее валидность [11]. С каждым пациентом проводили клиническое полуструктурированное интервью с вопросами о прошлом и планах на будущее, а также анализировали информацию из истории болезни, от родственников и медицинского персонала стационара. Оценку симптомов проводил обученный специалист на основе суммирования полученной информации, опроса и наблюдения за пациентом в ходе интервью. По итогам обследования каждый пациент получал оценки по 13 пунктам, которые суммировали для определения степени выраженности негативной симптоматики в четырех основных сферах: социальная сфера, сфера работы и учебы, сфера отдыха, сфера эмоциональной выразительности. Каждый пункт оценивали по 5 балльной шкале (от 0 до 4 баллов). Чем выше балл, тем более выраженными были негативные нарушения.

Кроме того, для каждого пациента заполняли карту с социально-демографическими данными и данными методики Мини-СМИЛ для выявления достоверности ответов по шкале лжи. Результаты сравнения групп по данным параметрам представлены в табл. 1.

Все пациенты с ПР, вызванными воздействием НВ, имели основным диагнозом синдром зависимости, длительность течения расстройства не различалась значительно между группами. Отсутствие статистически значимых различий по социально-демографическим и основным клиническим показателям между группами делает правомерным дальнейшее сравнительное исследование.

Статистический анализ

Статистическая обработка и визуализация результатов проводилась в программе MedCalc (MedCalc Software Ltd., USA). Нормальность распределений оценивали по критерию Шапиро–Уилка. Если все сравниваемые переменные имели нормальное распределение, то проводили множественное сравнение по ANOVA с post hoc анализом межгрупповых различий по Tukey–Kramer's test. В случае, когда хотя бы одна переменная имела отличный от нормального тип распределения, использовали множественное сравнение по методу Краскела–Уоллиса с post hoc анализом по Dunn's test. Для множественного сравнения категориальных переменных применяли критерий хи-квадрат или расширенный точный критерий Фишера, если минимальные требования для критерия хи-квадрат не выполнялись. Распределения показаны в работе в виде «Среднее значение (Стандартное отклонение)» для нормальных распределений или в виде «Медиана [Межквартильный интервал 25%; 75%]» для отличных от нормальных распределений. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

ИИ использовался для перевода резюме на английский язык и для проверки списка литературы с последующим контролем качества результатов человеком.

Таблица 1. Сравнение групп по социально-демографическим характеристикам
Table 1 Group comparison based on socio-demographic characteristics

Характеристика/Features	ПРПК/PDNC (n = 21)	ПРСК/PDSC (n = 56)	ПРННВ/PDPNS (n = 29)	Шизофрения/ Schizophrenia (n = 35)	p
Средний возраст (лет)/Age (years)	31,10 (SD = 9,53)	30,91 (SD = 7,89)	30,55 (SD = 7,64)	29,66 (SD = 3,15)	p = 0,59 (однофакторный дисперсионный анализ ANOVA)
Пол/Sex Мужчины/Male Женщины/Female	13 (61,9%) 8 (38,1%)	46 (82,1%) 10 (17,9%)	23 (79,3%) 6 (20,7%)	22 (62,9%) 13 (37,1%)	p = 0,10 (критерий Хи-квадрат с минимальными требованиями к частотам)
Уровень образования/Educational level Среднее образование/Primary school Среднее специальное образование/College Незаконченное высшее образование/ Incomplete higher education Высшее образование/Higher education	10 (47,6%) 7 (33,3%) 2 (9,5%) 2 (9,5%)	14 (25,0%) 30 (53,6%) 4 (7,1%) 8 (14,3%)	8 (27,6%) 15 (51,7%) 1 (3,4%) 5 (7,2%)	3 (8,6%) 27 (77,1%) 3 (8,6%) 2 (5,7%)	p = 0,06 (расширенный точный критерий Фишера)
Семейное положение/Marital status Холост/Not married Разведен/Divorced В браке/Married	12 (57,1%) 7 (33,3%) 2 (9,5%)	32 (57,1%) 12 (21,4%) 12 (21,4%)	19 (65,5%) 6 (20,7%) 4 (13,8%)	21 (60,0%) 13 (37,1%) 1 (2,9%)	p = 0,24 (расширенный точный критерий Фишера)
Профессиональный статус/Professional status Работает/Working Не работает/Not working	17 (81,0%) 4 (19,0%)	48 (85,7%) 8 (14,3%)	25 (88,2%) 4 (11,8%)	32 (91,4%) 3 (8,6%)	p = 0,73 (расширенный точный критерий Фишера)

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сравнение групп по показателям функционирования в социальной сфере

Данный раздел интервью содержит два пункта, отражающих мотивационный аспект, и два пункта, отражающих гедонистический аспект (табл. 2):

- *первый пункт* оценивает мотивацию к поддержанию близких отношений с семьей, родными или романтическим партнером;
- *второй пункт* оценивает интерес и желание иметь близких друзей, романтические отношения, стремление к социальной близости;

- *третий пункт* оценивает консуматорное удовольствие, т.е. фактический опыт получения удовольствия от социальных контактов в прошедшие 7 дней;
 - *четвертый пункт* оценивает антиципаторное удовольствие, т.е. ожидание удовольствия от предстоящих социальных контактов в ближайшем будущем.
- На рис. 1 представлено сравнение групп по суммарному баллу выраженности негативных симптомов в социальной сфере.

Сравнение групп по показателям функционирования в сфере работы и учебы

Данный раздел методики CAINS включает оценку по двум пунктам (табл. 3):

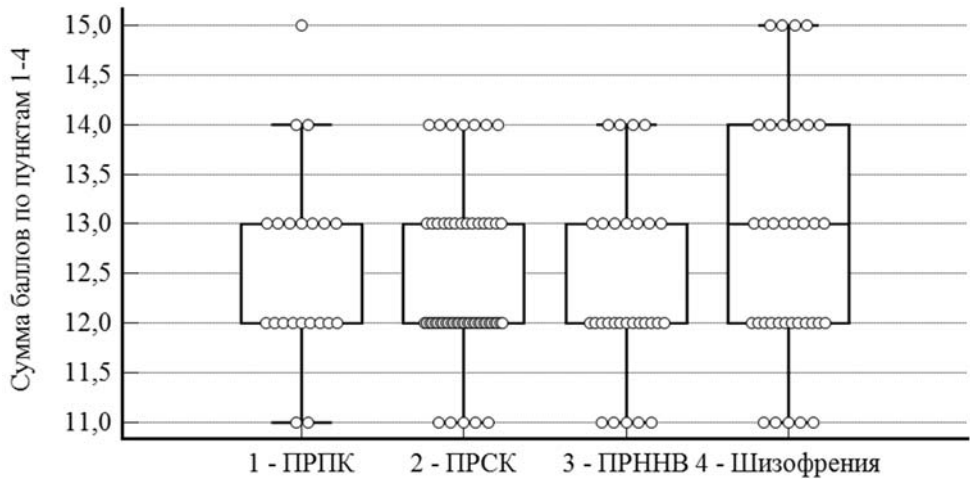


Рис. 1. Сравнение групп по суммарному баллу показателей негативных симптомов в социальной сфере (статистически значимых различий между группами нет, p = 0,2)
Fig. 1 Comparison of groups by total score of the indicators of negative symptoms in the social sphere (there is no significant differences between groups, p = 0.2)

Таблица 2. Сравнение групп по негативным симптомам в социальной сфере**Table 2** Comparison of groups by negative symptoms in the social sphere

Пункт CAINS/Items of CAINS	ПРПК/ PDNS (n = 21)	ПРСК/PDSC (n = 56)	ПРННВ/ PDPNS (n = 29)	Шизо- френия/ Schizophrenia (n = 35)	Результаты сравнения по методу Краскелла–Уоллиса с post hoc анализом по Данну/ Results of comparison using the Kruskal–Wallis method with post hoc testing using Dunn's method
1. Мотивация для близких родственников/ супружеских/партнерских отношений/ Motivation for close family/spouse/partner relationships	1[1,0; 2,0]	1[1,0; 2,0]	1[1,0; 2,0]	2[1,0; 3,0]	$p = 0,47$; статистика теста 2,20; df = 3
2. Мотивация для близких дружественных и романтических отношений/Motivation for close friendships & romantic relationships	2[1,0; 2,25]	2[1,0; 2,0]	1[0,0; 2,0]	2[1,0; 3,0]	$p = 0,02^*$; статистика теста 8,56; df = 3. Группа ПРННВ отличается от группы Шизофрения.
3. Частота социальной активности, приносящей удовольствие, за прошедшую неделю/Frequency of pleasurable social activities — past week	2[1,0; 3,25]	2[1,0; 2,0]	1[1,0; 2,0]	3[1,0; 4,0]	$p = 0,002^*$; статистика теста 13,84; df = 3. Группа ПРННВ отличается от группы ПРПК и группы Шизофрения.
4. Частота ожидаемых социальных мероприятий, приносящих удовольствие, на следующей неделе/Frequency of expected pleasure from social activities — next week	2[1,75; 4,0]	2[1,0; 2,50]	1[1,0; 2,25]	3[2,0; 4,0]	$p = 0,002^*$; статистика теста 18,70; df = 3. Группа Шизофрения отличается от групп ПРСК и ПРННВ.

Примечание: * — в табл. 1–5 статистически значимые различия.

Note: * — in tables 1–5 significant differences.

• пятый пункт оценивает уровень интереса, желания и мотивации к участию в работе, учебе или волонтерской деятельности, при этом учитывается как внутренняя мотивация (желание этим заниматься), так

и поведенческая составляющая (инициатива и настойчивость в выполнении);

• шестой пункт оценивает антиципаторное удовольствие, т.е. ожидание удовольствия от предстоящих

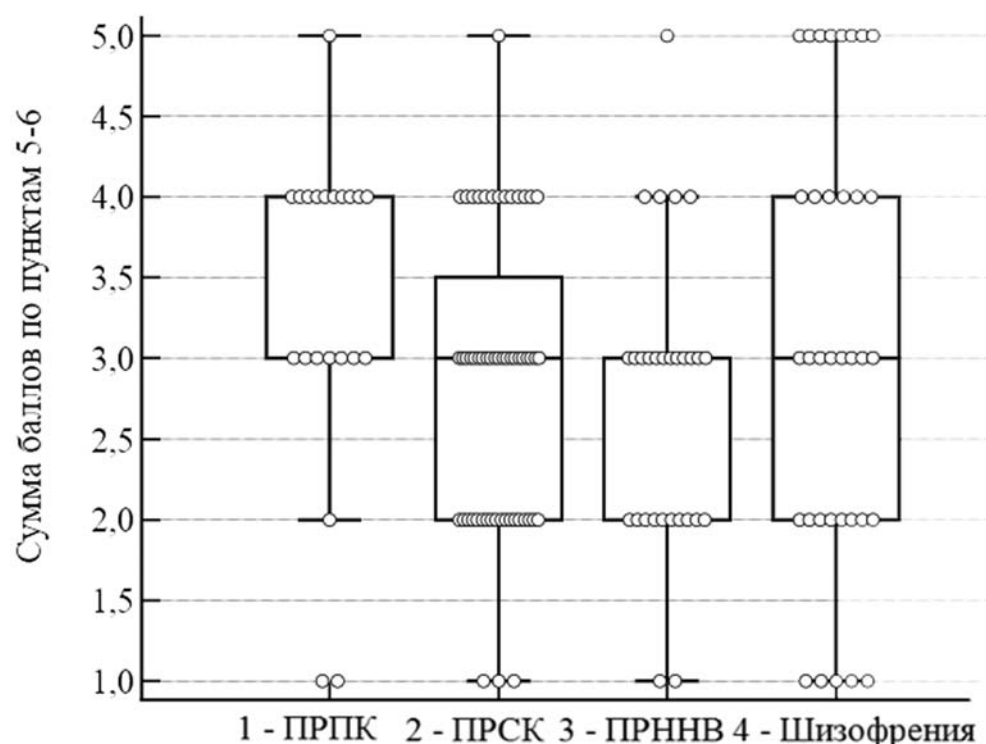
**Рис. 2.** Сравнение групп по суммарному баллу показателей негативных симптомов в области работы и учебы (статистически значимых различий между группами не выявлено, $p = 0,10$)**Fig. 2** Comparison of groups by total score of the indicators of negative symptoms in the area of work and study (no significant differences between groups, $p = 0.10$)

Таблица 3. Сравнение групп по негативным симптомам в области работы и учебы
Table 3 Comparison of groups by negative symptoms in the area of work and study

Пункт CAINS/Items of CAINS	ПРПК/ PDNS (n = 21)	ПРСК/PDSC (n = 56)	ПРННВ/ PDPNS (n = 29)	Шизо- френия/ Schizophrenia (n = 35)	Результаты сравнения по методу Краскелла–Уоллиса с post hoc анализом по Данну/ Results of comparison using the Kruskal–Wallis method with post hoc testing using Dunn's method
5. Мотивация к рабочей и учебной деятельности на прошлой неделе/ Motivation for Work & School Activities — past week	3[2,0; 3,0]	2[1,0; 2,50]	2[1,0; 2,0]	2[1,0; 3,0]	$p = 0,1$; статистика теста 5,8; df = 3
6. Ожидаемое удовольствие от рабочей и учебной деятельности на следующей неделе/Frequency of Expected Pleasure from Work & School Activities — Next Week	3[2,0; 4,0]	2[1,0; 2,0]	2[1,0; 2,25]	3[2,25; 4,0]	$p = 0,00001^*$; статистика теста 35,6; df = 3. <i>Группа Шизофрения отличается от групп ПРСК и ПРННВ.</i>

Таблица 4. Сравнение групп по негативным симптомам в сфере отдыха
Table 4 Comparison of groups in terms of negative symptoms in the sphere of recreation

Пункт CAINS/Items of CAINS	ПРПК/ PDNS (n = 21)	ПРСК/PDSC (n = 56)	ПРННВ/ PDPNS (n = 29)	Шизо- френия/ Schizophrenia (n = 35)	Результаты сравнения по методу Краскелла–past week Уоллиса с post hoc анализом по Данну/ Results of comparison using the Kruskal–Wallis method with post hoc testing using Dunn's method
7. Мотивация для отдыха/Motivation for recreational activities	2[1,75; 3,0]	2[1,0; 3,0]	2[1,0; 2,0]	2[1,0; 3,75]	$p = 0,07$; статистика теста 6,5; df = 3
8. Частота приятных развлекательных мероприятий на прошлой неделе/ Frequency of pleasurable recreational activities — past week	3[2,0; 3,25]	2[1,0; 3,0]	2[1,0; 2,25]	3[2,0; 3,75]	$p = 0,003^*$; статистика теста 12,8; df = 3. <i>Группа ПРННВ отличается от групп ПРПК и Шизофрения.</i>
9. Частота ожидаемого удовольствия от отдыха на следующей неделе/Frequency of Expected Pleasure from Recreational Activities — Next Week	3[2,0; 3,25]	2[1,0; 3,0]	2[1,0; 3,0]	3[1,25; 4,0]	$p = 0,007^*$; статистика теста 11,3; df = 3. <i>Группа ПРПК отличается от группы ПРСК.</i>

профессиональных или учебных занятий в ближайшую неделю.

На рис. 2 представлено сравнение групп по суммарному баллу выраженности негативных симптомов в сфере работы и учебы.

Сравнение групп по показателям функционирования в сфере отдыха

Для получения сведений в сфере отдыха и развлечений используемая методика предлагает оценку по трем пунктам (табл. 4):

- *седьмой пункт* оценивает уровень интереса, желания и мотивации к занятиям в свободное время: хобби, спорт, творческая деятельность, развлечения. Учитывается внутренняя мотивация (желание заниматься) и поведенческая составляющая (проявление инициативы);

- *восьмой пункт* характеризует консуматорное удовольствие, т.е. фактический опыт удовольствия от активного отдыха в последние 7 дней. Оценивается частота и интенсивность приятных переживаний;

- *девятый пункт* позволяет оценить антиципаторное удовольствие, т.е. ожидание удовольствия от предстоящих рекреационных занятий в ближайшую неделю.

На рис. 3 представлено сравнение групп по суммарному баллу выраженности негативных симптомов в сфере рекреационной деятельности.

Сравнение групп по показателям эмоциональной выразительности и итоговым баллам по субшкалам методики CAINS

Оценка степени нарушений эмоциональной выразительности проводилось по четырем пунктам, которые оценивают внешние поведенческие паттерны пациентов во время интервью, что отличает их от предыдущих пунктов, которые опирались на субъективный опыт (табл. 5):

- *десятый пункт* оценивает изменения в мимике, выражающие эмоции (радость, грусть, удивление, гнев и др.). Оценивается частота, интенсивность и разнообразие эмоциональных выражений на лице во время беседы;

- *одиннадцатый пункт* оценивает интонацию, тембр, громкость и выразительность голоса. Обращают внимание на эмоциональную окраску речи, а также на вариативность голосовых характеристик при выражении различных эмоций;

- *двенадцатый пункт* оценивает использование жестов и смену поз при коммуникации — частота и интенсивность жестикуляции, язык тела или

Таблица 5. Сравнение групп по негативным симптомам, связанным с эмоциональной выразительностью
Table 5 Comparison of groups by negative symptoms of emotional expressiveness

Пункт CAINS/Items of CAINS	ПРПК/ PDNS (n = 21)	ПРСК/ PDSC (n = 56)	ПРННВ/ PDPNS (n = 29)	Шизо- френия/ Schizophrenia (n = 35)	Результаты сравнения по методу Краскелла-Уоллиса с post hoc анализом по Данну/Results of comparison using the Kruskal-Wallis method with post hoc testing using Dunn's method
10. Выразительность мимики/ Facial expression	1[0,0; 1,0]	1[0,0; 1,0]	1[0,0; 1,0]	2[1,0; 3,0]	$p = 0,0003^*$; статистика теста 25,7; df = 3. Группа Шизофрения отличается от всех других групп.
11. Выразительность речи/ Vocal Expression	0[0,0; 1,0]	1[0,0; 1,0]	1[0,0; 1,0]	2[1,0; 2,75]	$p = 0,00005^*$; статистика теста 19,9; df = 3. Группа Шизофрения отличается от всех других групп.
12. Выразительность жестов/ Expressive Gestures	0[0,0; 1,0]	1[0,0; 1,0]	1[0,0; 1,0]	2[0,25; 3,0]	$p = 0,0001^*$; статистика теста 18,8; df = 3. Группа Шизофрения отличается от всех других групп.
13. Количество речевой продукции/Quantity of Speech	0[0,0; 1,0]	1[0,0; 1,0]	1[0,0; 1,0]	1[0,0; 2,0]	$p = 0,11$; статистика теста 5,2; df = 3.

выразительность телодвижений, направленность движений;

- *тринадцатый пункт* оценивает общее количество произносимых слов, спонтанность речи, детализацию ответов.

На рис. 4 представлено сравнение групп по суммарным оценкам по субшкале «Мотивация и удовольствие» (*Motivation and pleasure*, MAP), а также по среднему суммарному баллу выраженности негативных симптомов при поведенческой оценке эмоциональной выразительности (они составляют субшкалу *Expressiveness*, EXP) и по общим суммарным оценкам по всем пунктам CAINS. Выявлены статистически значимые различия при сравнении групп по субшкале «Выразительность»

($p = 0,000003$), а также по итоговой суммарной оценке по всем пунктам CAINS ($p = 0,0009$). При сравнении групп по субшкале «Мотивация и удовольствие» статистически значимых различий не обнаружено ($p = 0,47$).

Все группы не различаются между собой по субшкале «Мотивация и удовольствие». По субшкале «Выразительность» пациенты с шизофренией имеют статистически значимо более выраженные нарушения, чем все пациенты с психотическими расстройствами, вызванными воздействием НВ. По итоговому суммарному баллу пациенты с шизофренией имеют статистически значимо более выраженные негативные симптомы, чем пациенты с ПРСК и ПРННВ, при этом их показатели не отличаются от группы ПРПК.

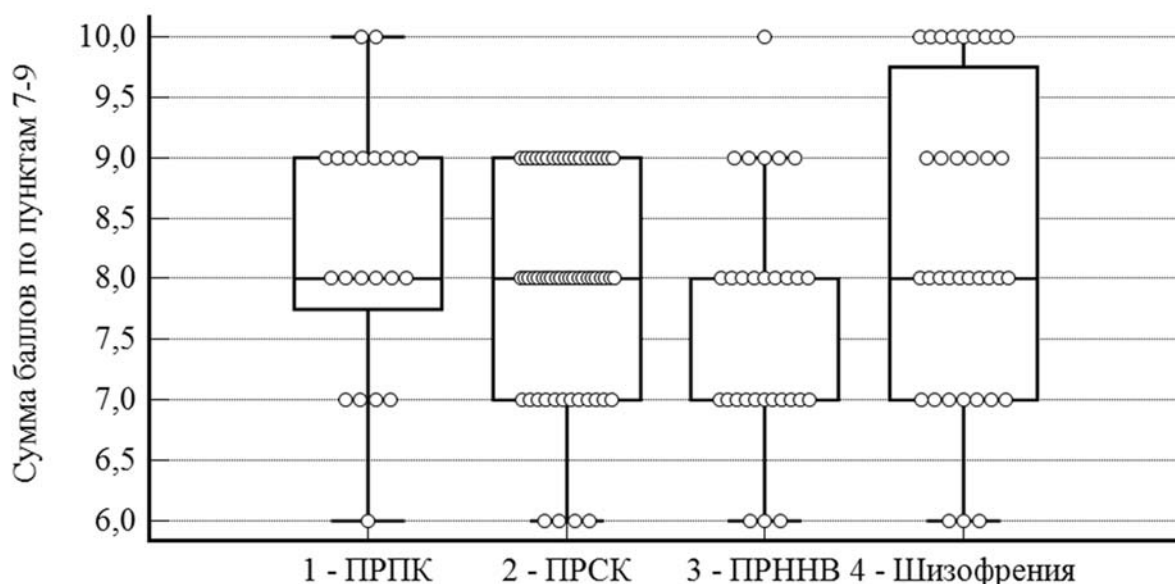


Рис. 3. Сравнение групп по среднему суммарному баллу показателей негативных симптомов в сфере отдыха (статистически значимых различий не выявлено, $p = 0,07$)

Fig. 3 Comparison of groups by average total score of the indicators of negative symptoms in the recreation sphere (no significant differences, $p = 0.07$)

ОБСУЖДЕНИЕ

В метаанализе J. Cohen-Laroque и соавт. [9] было проведено сравнение степени выраженности симптомов по методике PANSS между пациентами с психотическими расстройствами, вызванными воздействием метамfetаминa, и пациентами с шизофренией. По степени выраженности продуктивных симптомов эти пациенты не различались на значимом уровне, а степень выраженности негативных симптомов была выше у пациентов с шизофренией ($SMD = 0,35$ [95% ДИ 0,54; 0,16]; $p = 0,01$; $I^2 = 54\%$). Наши результаты также показывают, что по общему суммарному баллу CAINS у пациентов с шизофренией выраженность негативных симптомов выше, чем в группе ПРСК. Выявленное сходство результатов для СК и метамfetаминa может быть связано с подобным механизмом их действия [12]. При анализе отдельных пунктов шкалы CAINS значимые различия между пациентами с ПРСК и пациентами с шизофренией выявлены для следующих показателей: частота ожидаемых социальных мероприятий, приносящих удовольствие, на следующей неделе; ожидаемое удовольствие от рабочей и учебной деятельности на следующей неделе; показатели выразительности мимики, речи и жестикуляции. Таким образом, в группе ПРСК наблюдаются менее выраженные антиципаторные негативные симптомы и симптомы, связанные с выразительностью. Эти особенности, возможно, связаны с аддиктивным влечением, которое сохраняет хотя бы одну сильную доминанту в системе мотивации, в то время

как у больных шизофренией не остается таких сохраненных сфер волевой деятельности.

Группа пациентов с ПРНВ по итоговому суммарному баллу CAINS показала более низкие показатели негативных расстройств, чем пациенты с шизофренией. В связи с неясной до конца концентрацией и составом употребляемых пациентами наркотических смесей данная группа представляется наиболее неоднородной. Частая встречаемость в наркотических смесях опиоидов, по-видимому, связана с их потенциальным антипсихотическим эффектом [13], что уменьшает степень индукции психотической симптоматики. При детальном анализе различий обнаружено, что группа ПРНВ имеет более низкие показатели негативных симптомов по сравнению с пациентами с шизофренией по следующим пунктам: мотивация для близких дружественных и романтических отношений; частота социальной активности, приносящей удовольствие, на предшествующей опросу неделе; частота ожидаемых социальных мероприятий, приносящих удовольствие, на следующей после опроса неделе; ожидаемое удовольствие от рабочей и учебной деятельности на следующей после опроса неделе; частота приятных развлекательных мероприятий на предшествующей опросу неделе; показатели выразительности мимики, речи и жестикуляции. Как и у пациентов с ПРСК, в этих случаях обнаружен более сохраненный потенциал для антиципаторного удовольствия, причем перечень сфер у данных пациентов более широк, чем у пациентов с ПРПК. Эмоциональная выразительность поведения

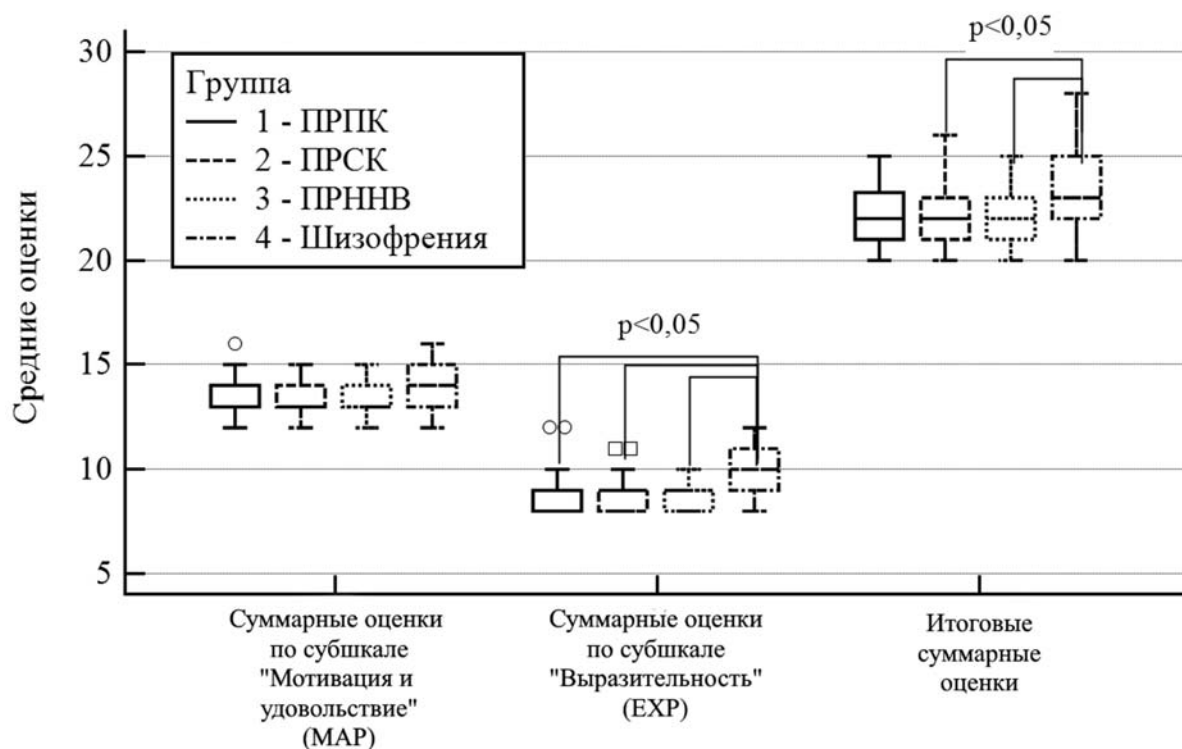


Рис. 4. Сравнение групп по субшкале «Выразительность» (Соединительной линией показаны статистически значимые различия между отдельными группами по Dunn's test при $p < 0,05$)

Fig. 4 Comparison of groups on the "Expressiveness" subscale (the connecting line shows statistically significant differences between individual groups on the Dunn test at $p < 0.05$)

у пациентов с ПРННВ более высокая, чем у пациентов с шизофренией.

Наиболее схожие с шизофренией показатели негативных симптомов обнаружили пациенты с ПРПК: они не отличались по всем пунктам оценки социальной сферы, по всем пунктам сферы работы и учебы, по всем пунктам сферы отдыха, по снижению показателя количества речи (алогии), и имели лишь менее выраженные нарушения выразительности мимики, речи и жестикуляции.

Для каннабиноидов доказана возможность процировать апатические и абулические нарушения при длительном злоупотреблении. Эти проявления часто обозначают как амотивационный синдром [14]. Если пациент с шизофренией начинает употреблять каннабиноиды, то это приводит к обострению позитивных, негативных и когнитивных симптомов [15]. В метаанализе M. Argote и соавт. [16] были получены парадоксальные данные: регулярное преморбидное употребление каннабиса снижало выраженность негативных симптомов при дебюте шизофрении. Таким образом, влияние каннабиноидов на негативные симптомы неоднозначно.

Наше исследование подчеркивает, что у пациентов с ПРПК негативные симптомы более выражены, чем при психотических расстройствах, вызванных синтетическими катинонами и приемом нескольких НВ, и они находятся на уровне показателей негативных расстройств у пациентов с шизофренией, за исключением снижения выразительности речи, жестов и мимики. Эти результаты могут быть учтены при построении клинического суждения о причинах и прогнозе психотических состояний при употреблении НВ и в перспективе при их воспроизведении в других исследованиях могут способствовать более точной дифференциальной диагностике.

Полученные в исследовании различия в характере и выраженности негативных симптомов могут отражать вариативность нейробиологических механизмов действия разных НВ — в частности, блокирование обратного захвата моноаминов синтетическими катинонами может сохранять дофаминергическую функцию, необходимую для прогнозирования вознаграждения, тогда как каннабиноиды нарушают эндоканнабиноидную регуляцию дофаминовых путей, приводя к более устойчивым дефицитарным состояниям.

Ограничением проведенного исследования можно считать применение кросс-секционного сравнительного дизайна. Проведение в дальнейшем проспективных наблюдательных исследований позволит установить влияние длительности заболевания на выраженность различий в негативных симптомах, а также оценить степень редукции негативной симптоматики при становлении ремиссии аддикции и психоза. Получение этих лонгитюдных данных позволит верифицировать возможность применения выявленных в нашем исследовании отличий для дифференциальной диагностики [15].

В исследуемом вопросе еще остаются несколько не включенных потенциальных модификаторов исхода (выраженность продуктивных симптомов, антипсихотическая нагрузка, преморбидные психические и соматические заболевания и т.д.). Их оценка является перспективой для продолжения исследований.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование показало, что пациенты с психотическими расстройствами, вызванными природными каннабиноидами, имеют наиболее выраженные негативные симптомы, сопоставимые с таковыми при шизофрении, за исключением снижения эмоциональной выразительности. При психозах, индуцированных синтетическими катинонами и употреблением нескольких НВ, негативная симптоматика значительно менее выражена, особенно в аспекте антиципаторного удовольствия и мотивации. Полученные данные подчеркивают важность дифференциальной диагностики психотических расстройств различного генеза и необходимость разработки дифференцированных подходов к коррекции негативных симптомов у пациентов с ПР различного генеза. Продолжение научных исследований позволит глубже понять механизм возникновения негативной симптоматики.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

- Walton E, Hibar DP, van Erp TGM, Potkin SG, Roiz-Santiañez R, Crespo-Facorro B, Suarez-Pinilla P, van Haren NEM, de Zwarte SMC, Kahn RS, Cahn W, Doan NT, Jørgensen KN, Gurholt TP, Agartz I, Andreassen OA, Westlye LT, Melle I, Berg AO, Mørch-Johnsen L, Færden A, Flyckt L, Fatouros-Bergman H; Karolinska Schizophrenia Project Consortium (KaSP); Jönsson EG, Hashimoto R, Yamamori H, Fukunaga M, Jahanshad N, De Rossi P, Piras F, Banaj N, Spalletta G, Gur RE, Gur RC, Wolf DH, Satterthwaite TD, Beard LM, Sommer IE, Koops S, Gruber O, Richter A, Krämer B, Kelly S, Donohoe G, McDonald C, Cannon DM, Corvin A, Gill M, Di Giorgio A, Bertolino A, Lawrie S, Nickson T, Whalley HC, Neilson E, Calhoun VD, Thompson PM, Turner JA, Ehrlich S. Prefrontal cortical thinning links to negative symptoms in schizophrenia via the ENIGMA consortium. *Psychol Med*. 2018;48(1):82–94. doi: 10.1017/S0033291717001283 PMID: 28545597; PMCID: PMC5826665.
- Galderisi S, Kaiser S. The pathophysiology of negative symptoms of schizophrenia: main hypotheses and open challenges. *Br J Psychiatry*. 2023;223(1):298–300. doi: 10.1192/bjp.2023.63 PMID: 37232136; PMCID: PMC10331317.
- Моритц АА, Теребова ПС, Иванов МВ. Характеристики первичных и вторичных негативных расстройств у больных шизофренией и их влияние на социальное функционирование. *Доктор.Ру*. 2025;24(6):16–21. doi: 10.31550/1727-2378-Ps(6)3.25

- Moritz AA, Terebova PS, Ivanov MV. The Characteristics of Primary and Secondary Negative Symptoms in Patients with Schizophrenia, and Their Impact on Social Functioning. *Doctor.Ru*. 2025;24(6):16–21. (In Russ.). doi: 10.31550/1727-2378-Ps(6)3.25
4. Петрова НН, Цыренова КА. Негативная и когнитивная симптоматика на разных этапах течения шизофрении. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2023;33(1):5–11.
Petrova NN, Tsyrenova KA. Negative and cognitive symptoms at different stages of schizophrenia. *Social and clinical psychiatry*. 2023;33(1):5–11. (In Russ.).
 5. Correll CU, Schooler NR. Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020;16:519–534. doi: 10.2147/NDT.S225643 PMID: 32110026; PMCID: PMC7041437.
 6. Федотов ИА, Кватрон Д, Шустов ДИ. Индуцированные наркотическими веществами психозы и шизофрения: точки соприкосновения. *Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова*. 2020;28(4):593–604. doi: 10.23888/PAVLOVJ2020284593-604
Fedotov IA, Quattrone D, Shustov DI. Substance-induced psychosis and schizophrenia: the interaction point. *IP Pavlov Russian Medical Biological Herald*. 2020;28(4):593–604. doi: 10.23888/PAVLOVJ2020284593-604
 7. Cherro M, Jatchavala C, Handuleh D, Ransing R, Shoib S, Őri D, Ojeahere MI, Soler-Vidal J, Pereira-Sanchez V. Substance-induced or substance-associated primary psychoses? Continuing the discussion. A response to I.A. Fedotov, et al. *IP Pavlov Russian Medical Biological Herald*. 2021;29(1):171–176. doi: 0.23888/PAVLOVJ2021291171-176
 8. Менделевич ВД. Психотические расстройства в результате употребления наркотиков: современное состояние проблемы. *Наркология*. 2014;13(7):93–100. EDN: SJXQHB
Mendelevich VD. Psychotic disorders due to drug use: current state of the problem. *Narcology*. 2014;13(7):93–100. (In Russ.).
 9. Cohen-Laroque J, Grangier I, Perez N, Kirschner M, Kaiser S, Sabé M. Positive and negative symptoms in methamphetamine-induced psychosis compared to schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res*. 2024;267:182–190. doi: 10.1016/j.schres.2024.03.037 PMID: 38554698.
 10. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res. Methods*. 2007;39(2):175–91. doi: 10.3758/bf03193146 PMID: 17695343.
 11. Федотов ИА, Павличенко АВ, Чумаков ЕМ, Леонова АВ, Сорокин МЮ, Богоявленская ВЮ, Власова ВА, Кузнецова АР, Петрова НН. Результаты многоцентрового клинического исследования по адаптации и валидации русскоязычной версии «Клинического интервью для оценки негативных симптомов» (CAINS). *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева*. 2024;58(4–1):107–119. doi: 10.31363/2313-7053-2024-971
Fedotov IA, Pavlichenko AV, Chumakov EM, Leonova AV, Sorokin MYu, Bogoyavlenskaya VYu, Vlasova VA, Kuznetsova AR, Petrova NN. Results of a Multicenter Clinical Study on Adaptation and Validation of the Russian Version of the Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS). *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2024;58(4–1):107–119. (In Russ.) doi: 10.31363/2313-7053-2024-971
 12. Федотов ИА, Володин БЮ, Новиков ВВ, Леонов ЕВ, Шустов ДИ. Анализ клиники, подходов к терапии и исходов при делирии, вызванном воздействием синтетических катинонов: систематический обзор. *Наука молодых*. 2023;11(2):257–270. doi 10.23888/HMJ2023112257-270
Fedotov IA, Volodin BYu, Novikov VV, Leonov EV, Shustov DI. Analysis of Symptoms, Approaches to Therapy and Outcomes of Synthetic Cathinone-Induced Delirium: Systematic Review. *Eruditio Juvenium*. 2023;11(2):257–270. (In Russ.). doi: HMJ2023112257-270
 13. Maremmani AG, Rovai L, Rugani F, Bacciardi S, Dell'Osso L, Maremmani I. Substance abuse and psychosis. The strange case of opioids. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2014;18(3):287–302. PMID: 24563427.
 14. Petrucci AS, LaFrance EM, Cuttler C. A Comprehensive Examination of the Links between Cannabis Use and Motivation. *Subst Use Misuse*. 2020;55(7):1155–1164. doi: 10.1080/10826084.2020.1729203 PMID: 32100610.
 15. Rajput J, Narahari S, Arif T, Iftikhar R, Arpan T, Tariq A, Ali Duleh HM, Cherukuri SP. The Relationship Between Cannabis Use and Schizophrenia As a Risk Factor or For Its Therapeutic Potential: A Systematic Review of Evidence. *Cureus*. 2025;17(9):e92793. doi: 10.7759/cureus.92793 PMID: 41127784; PMCID: PMC12539040.
 16. Argote M, Sescousse G, Brunelin J, Baudin G, Schaub MP, Rabin R, Schnell T, Ringen PA, Andreassen OA, Addington JM, Brambilla P, Delvecchio G, Bechdolf A, Wobrock T, Schneider-Axmann T, Herzig D, Mohr C, Vila-Badia R, Rodie JU, Mallet J, Ricci V, Martinotti G, Knížková K, Rodriguez M, Cookey J, Tibbo P, Scheffler F, Asmal L, Garcia-Rizo C, Amoretti S, Huber C, Thibeu H, Kline E, Fakra E, Jardri R, Nourredine M, Rolland B. Association between cannabis use and symptom dimensions in schizophrenia spectrum disorders: an individual participant data meta-analysis on 3053 individuals. *EClinicalMedicine*. 2023;64:102199. doi: 10.1016/j.eclinm.2023.102199 PMID: 37731936; PMCID: PMC10507201.

Сведения об авторах

Илья Андреевич Федотов, кандидат медицинских наук, доцент, кафедра психиатрии и психологического консультирования, ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

ilyafdtv@yandex.ru; orcid.org/0000-0002-2791-7180

Дмитрий Иванович Шустов, доктор медицинских наук, профессор, кафедра психиатрии и психологического консультирования, ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

dmitri_shustov@mail.ru; orcid.org/0000-0001-7803-3388

Виктория Германовна Фатеева, ординатор, кафедра психиатрии и наркологии, ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

ayhotg@mail.ru; orcid.org/0009-0007-6212-0904

Наталья Николаевна Петрова, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии, ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

petrova_nn@mail.ru; orcid.org/0000-0003-4096-6208

Information about the authors

Ilya A. Fedotov, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Psychiatry and Psychology Counselling Department, Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

ilyafdtv@yandex.ru; orcid.org/0000-0002-2791-7180

Dmitri I. Shustov, Dr. Sci. (Med.), Professor, Psychiatry and Psychology Counselling Department, Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

dmitri_shustov@mail.ru; orcid.org/0000-0001-7803-3388

Victoria G. Fateeva, resident, Psychiatry and Narcology Department, Saint-Petersburg University, Saint-Petersburg, Russia

ayhotg@mail.ru; orcid.org/0009-0007-6212-0904

Natalia N. Petrova, Dr.Sci. (Med.), Head of Department, Psychiatry and Narcology Department, Saint-Petersburg University, Saint-Petersburg, Russia

petrova_nn@mail.ru; orcid.org/0000-0003-4096-6208

Вклад авторов

Федотов И.А. — концептуализация, методология, формальный анализ, создание черновика рукописи, создание рукописи и ее редактирование, администрирование данных;

Шустов Д.И. — администрирование проекта, редактирование рукописи;

Фатеева В.Г. — проведение исследования;

Петрова Н.Н. — руководство исследованием, редактирование рукописи.

Author's contributions

Ilya A. Fedotov — conceptualization, methodology, formal analysis, drafting the manuscript, writing and editing the manuscript, data administration;

Dmitri I. Shustov — project administration, obtaining funding, editing the manuscript;

Valeria G. Fateeva — conducting the study;

Natalia N. Petrova — research management, editing the manuscript.

Конфликт интересов/Conflict of interests

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interests.

Дата поступления 25.02.2026
Received 25.02.2026

Дата рецензирования 01.04.2026
Revised 01.04.2026

Дата принятия к публикации 02.04.2026
Accepted for publication 02.04.2026

Ассоциация полиморфизмов генов про- и противовоспалительных цитокинов и С-реактивного белка с синдромальными типами униполярной депрессии

Долгополова Ю.В.¹, Лежейко Т.В.², Голимбет В.Е.², Костюк Г.П.^{1,3}, Иванец Н.Н.¹, Кинкулькина М.А.¹, Тихонова Ю.Г.¹, Авдеева Т.И.¹, Сорокина О.Ю.¹, Волель Б.А.^{1,2}

¹Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет), Москва, Россия

²Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Российский научный центр психического здоровья», Москва, Россия

³Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Юлия Валерьевна Долгополова, juliadolgoplova98@gmail.com

Резюме

Обоснование: системное воспаление играет значимую роль в развитии униполярной депрессии. В большинстве исследований, посвященных воспалительным маркерам, униполярные депрессивные расстройства рассматривают как единую нозологическую категорию без выделения синдромальных типов, хотя вклад воспалительных механизмов в формирование синдромальных вариантов заболевания неодинаков. Генетические полиморфизмы, влияющие на экспрессию про- и противовоспалительных цитокинов ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-6, ИЛ-1В и С-реактивного белка (СРБ), могут определять синдромальную принадлежность униполярных депрессивных расстройств. **Цель исследования:** изучить функционально значимые однонуклеотидные полиморфизмы генов ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-6, ИЛ-1В и СРБ у пациентов с униполярными депрессивными расстройствами и их возможные ассоциации с синдромальными типами заболевания. **Пациенты, материалы и методы:** в исследовании участвовали пациенты с верифицированным диагнозом униполярного депрессивного расстройства (коды МКБ-10 F32, F33, F34.1, DSM-V 296.2, 296.3, 300.4) в возрасте от 18 до 65 лет, проходившие лечение в период с мая 2021 г. по апрель 2024 г. Определение синдромального типа депрессии проводили на основе ведущей симптоматики согласно МКБ-10 и DSM-5 (меланхолический, атипичный и тревожный). Генотипирование осуществляли методом плавления высокого разрешения HRM (*High Resolution Melting*) на ПЦР-системе Applied Biosystems QuantStudio 7 Flex Real-Time PCR System (ThermoFisher, США). Статистический анализ данных был выполнен с использованием программного обеспечения «R». **Результаты:** выборку исследования из 93 пациентов ($n = 93$) разделили на три подгруппы в соответствии с синдромальным типом депрессии: меланхолический ($n = 34$; 36,5%), атипичный ($n = 19$; 20,4%) и тревожный ($n = 40$; 43%). Носительство А-аллеля ИЛ-10 (*rs1800872*) было ассоциировано с меланхолическим типом (ОШ = 1,95, скорр. $p = 0,0247$), генотипа С/С ИЛ-4 (*rs2243250*) (ОШ = 3,61, скорр. $p = 0,0121$) и генотипа А/А СРБ (*rs2794521*) (ОШ = 3,35, скорр. $p = 0,0037$) — с атипичным, а генотипа Т/Т ИЛ-4 (*rs2243250*) и генотипов С/С и С/Г ИЛ-6 (*rs1800795*) — с тревожным типом депрессии, при этом носительство упомянутых генотипов ИЛ-6 могло как повышать, так и снижать риск тревожной депрессии в зависимости от этнической принадлежности (ОШ = 6,33; скорр. $p = 0,013$; ОШ = 0,004, скорр. $p = 0,006$). Полиморфизм гена ИЛ1-В *rs16944* не был ассоциирован ни с одним из синдромальных типов. **Выводы:** выявлены статистически значимые ассоциации генетических полиморфизмов ИЛ-10, ИЛ-4, ИЛ-6 и СРБ с меланхолическим, атипичным и тревожным типами униполярной депрессии. Дальнейшее изучение этих полиморфизмов может способствовать разработке персонализированных подходов к диагностике и лечению униполярных депрессивных расстройств.

Ключевые слова: униполярная депрессия, депрессивные расстройства, меланхолическая депрессия, атипичная депрессия, тревожная депрессия, генетические полиморфизмы

Финансирование: данное исследование не получало спонсорской финансовой поддержки.

Для цитирования: Долгополова Ю.В., Лежейко Т.В., Голимбет В.Е., Костюк Г.П., Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А., Тихонова Ю.Г., Авдеева Т.И., Сорокина О.Ю., Волель Б.А. Ассоциация полиморфизмов генов про- и противовоспалительных цитокинов и С-реактивного белка с синдромальными типами униполярной депрессии. *Психиатрия*. 2026;24(3):31–43. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-31-43>

Association between Genetic Polymorphisms of Pro- and Anti-Inflammatory Cytokines and C-Reactive Protein and Syndrome-Based Subtypes of Unipolar Depression

Yulia V. Dolgoplova¹, Tatiana V. Lezheiko², Vera E. Golimbet², Georgy P. Kostyuk^{1,3}, Nikolay N. Ivanets¹, Marina A. Kinkulkina¹, Yulia G. Tikhonova¹, Tatiana I. Avdeeva¹, Olga Yu. Sorokina¹, Beatrice A. Volel^{1,2}

¹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russia (Sechenov University), Moscow, Russia

²Federal State Budgetary Scientific Institution "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia

³N.A. Alexeev Psychiatric Hospital No. 1 of the Department of Health of the City of Moscow, Russia

Corresponding author: Yulia V. Dolgoplova, juliadolgoplova98@gmail.com

Summary

Background: systemic inflammation plays a central role in pathogenesis of unipolar depression. In most studies focusing on inflammatory markers, unipolar depressive disorders are regarded as a single nosological category without subtype differentiation although the extent to which inflammatory mechanisms are involved varies across syndrome-based subtypes. Genetic polymorphisms affecting the expression of pro- and anti-inflammatory cytokines IL-4, IL-10, IL-6, IL-1B and C-reactive protein (CRP) may determine the syndrome-based structure of unipolar depressive disorders. **The aim of study** was to investigate functionally significant single-nucleotide polymorphisms (SNPs) of IL-4, IL-10, IL-6, IL-1B and CRP genes in patients with unipolar depressive disorders and their potential associations with syndrome-based subtypes. **Patients, Materials and Methods:** the study enrolled patients aged 18–65 years with a verified diagnosis of unipolar depression (ICD-10 codes F32, F33, F34.1, DSM-5 codes 296.2, 296.3, 300.4) who were they undergoing treatment from May 2021 to April 2024. Genetic analysis was conducted at the Laboratory of Clinical Genetics of the FSBSI "Mental Health Research Centre". The allocation to each syndrome-based subtype was carried out in line with the leading symptoms according to ICD-10 and DSM-5 criteria (melancholic, atypical and anxious). Genotyping was performed using the High-Resolution Melting method (HRM) run on the Applied Biosystems QuantStudio 7 Flex Real-Time PCR System (ThermoFisher, the US). Statistical analysis was conducted using the R software. **Results:** a total of 93 patients ($n = 93$) were divided into three groups by syndrome-based subtype: melancholic ($n = 34$; 36.5%), atypical ($n = 19$; 20.4%) and anxious ($n = 40$; 43%). The A-allele of IL-10 (*rs1800872*) was associated with the melancholic subtype (OR = 1.95, adjusted $p = 0.0247$). The C/C genotype of IL-4 (*rs2243250*) and the A/A genotype of CRP (*rs2794521*) were both associated with the atypical subtype (OR = 3.61, adjusted $p = 0.0121$ and OR = 3.35, adjusted $p = 0.0037$, respectively). The anxious subtype was associated with the T/T genotype of IL-4 (*rs2243250*) as well as the C/C and the C/G genotypes of IL-6 (*rs1800795*). Notably, carriers of the IL-6 (*rs1800795*) genotypes were either at a higher or a lower risk of developing anxious depression depending on their ethnicity (OR = 6.33; adjusted $p = 0.013$; OR = 0.004, adjusted $p = 0.006$). None of the syndrome-based subtypes were associated with the IL-1B *rs16944* polymorphism. **Conclusions:** genetic polymorphisms of IL-10, IL-4, IL-6 and CRP were shown to be significantly associated with the melancholic, atypical and anxious subtypes of unipolar depression. Further research into these polymorphisms may contribute to the development of personalized diagnostic strategies and treatments for patients with unipolar depressive disorders.

Keywords: unipolar depression, depressive disorders, melancholic depression, atypical depression, anxious depression, genetic polymorphisms

Funding: this study had no sponsor funding.

For citation: Dolgoplova Yu.V., Lezheiko T.V., Golimbet V.E., Kostyuk G.P., Ivanets N.N., Kinkulkina M.A., Tikhonova Yu.G., Avdeeva T.I., Sorokina O.Yu., Volel B.A. Association between Genetic Polymorphisms of Pro- and Anti-Inflammatory Cytokines and C-Reactive Protein and Syndrome-Based Subtypes of Unipolar Depression. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2026;24(3):31–43. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-31-43>

ВВЕДЕНИЕ

Униполярная депрессия объединяет гетерогенные состояния, отличающиеся по клинической картине, течению, профилю ответа на терапию, а также генетическим и нейробиологическим аспектам [1–4]. Несмотря на широкий спектр доступных подходов к лечению депрессии, лишь треть пациентов отвечает на терапию препаратами первой линии, в то время как у сопоставимой доли наблюдается терапевтическая резистентность [5, 6]. Одной из возможных причин недостаточного ответа на терапию может быть биологическая гетерогенность униполярной депрессии, в свете чего выявление и изучение специфических биологических маркеров может быть полезным для дальнейшей

разработки персонализированных терапевтических стратегий.

Многочисленные исследования указывают на значимую роль системного воспаления в патогенезе депрессивных расстройств, при этом вклад воспалительных механизмов, по-видимому, неодинаков при различных синдромальных типах депрессии [7, 8]. Ключевыми компонентами воспалительного ответа являются про- и противовоспалительные интерлейкины, такие как ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-6 и ИЛ-1B, а также С-реактивный белок (СРБ). Периферические уровни этих белков коррелируют не только с общей тяжестью депрессии, но и с выраженностью ее отдельных симптомов [9–11]. В этой связи функционально значимые, то есть влияющие на экспрессию генов данных белков генетические

полиморфизмы могут быть связаны с особенностями клинической картины депрессии, в том числе с принадлежностью к тому или иному синдромальному типу. В зарубежной литературе наиболее часто рассматриваются меланхолический, атипичный и тревожный типы депрессии в соответствии с критериями DSM-5 (*American Psychiatric Association*, 2013) — единственной на сегодняшний день общепризнанной системой классификации психических болезней, выделяющей синдромальные типы депрессивных расстройств. Синдромальные типы, определяемые в соответствии с DSM-5, феноменологически во многом схожи с клиническими типами, выделяемыми в отечественной психиатрии, в частности с тоскливой, астеноадинамической и тревожной депрессией [12–14].

Несмотря на доказанную роль воспалительных процессов в патогенезе депрессивных расстройств и возможный вклад функционально значимых полиморфизмов про- и противовоспалительных интерлейкинов и СРБ в формировании синдромальных типов униполярной депрессии, убедительные и воспроизводимые данные, позволяющие дифференцировать эти типы на генетическом уровне, остаются крайне ограниченными. В подавляющем большинстве опубликованных генетических исследований депрессия рассматривалась как единая нозологическая категория без стратификации по синдромальным типам либо проводилось сравнение только меланхолического типа с совокупностью всех остальных клинических вариантов. Отсутствие прямых сравнительных исследований генетических полиморфизмов между отдельными синдромальными типами заболевания затрудняет выявление специфических молекулярно-генетических механизмов, лежащих в основе их патогенеза, и подчеркивает необходимость проведения стратифицированного по синдромальным типам исследования для уточнения генетической архитектуры униполярной депрессии.

Цель исследования: изучить функционально значимые однонуклеотидные полиморфизмы ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-6, ИЛ1В и СРБ у пациентов с униполярными депрессивными расстройствами и их возможные ассоциации с синдромальными типами заболевания.

ПАЦИЕНТЫ, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В многоцентровом исследовании участвовали пациенты с верифицированным диагнозом униполярного депрессивного расстройства, проходившие стационарное и/или амбулаторное лечение в Клинике психосоматической медицины, Клинике психиатрии им. С.С. Корсакова Университетской клинической больницы №3 и Психиатрической клинической больнице №1 имени Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы в период с мая 2021 г. по апрель 2024 г. Генетический анализ проводился на базе Лаборатории клинической генетики (заведующая лабораторией профессор В.Е. Голиббет) ФГБНУ НЦПЗ (директор — доктор медицинских наук Ю.А. Чайка).

Этические аспекты

Все участники исследования подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Проведение исследования соответствовало положениям Хельсинкской декларации, пересмотренной в 2024 г., и было одобрено локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет) (протокол №07–21 от 28.04.2021).

Ethical aspects

All study participants signed an informed consent form to take part in the study. This study was conducted in line with the Principles of the Helsinki Declaration amended in 2024 and was approved by the Local Ethics Committee (LEC) of the Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University) (Protocol No. 07–21 dated 28/04/2021).

Критерии включения в исследование: 1) возраст не моложе 18 лет и не старше 65 лет, 2) соответствие диагностическим критериям униполярных депрессивных расстройств согласно МКБ-10 (шифры F32, F33, F34.1) и DSM-5 (296.2, 296.3, 300.4).

Критерии не включения: 1) наличие неврологического или психического заболевания неаффективного спектра: зависимость от психоактивных веществ (за исключением никотиновой) в течение последних 6 месяцев, органическое расстройство (F06), расстройства шизофренического спектра (F2), невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4); 2) наличие патологии аффективного спектра, протекающей с маниакальными/гипоманиакальными эпизодами: биполярное аффективное расстройство (F31) и циклотимия (F34.0); 3) наличие психотической симптоматики; 4) беременность 5) недостаточное владением языком или выраженные формальные расстройства мышления; 6) отсутствие подписанного информированного согласия.

Верификацию диагноза и определение синдромальной принадлежности униполярных депрессивных расстройств проводили в ходе развернутого клинического интервью на основе ведущей симптоматики в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 и DSM-5 (меланхолический, тревожный, атипичный варианты). Для объективной оценки тяжести депрессивного эпизода использовали Шкалу Гамильтона (*Hamilton Rating Scale for Depression*, HDRS).

Выбор однонуклеотидных полиморфизмов (*Single Nucleotide Polymorphism*, SNP) был основан на данных многочисленных генетических исследований, указывающих на ассоциацию данных полиморфизмов с депрессивными расстройствами и/или психическими заболеваниями, имеющими генетические пересечения с депрессией, в частности, с шизофренией [15–18]. Для всех изучаемых SNP частота минорных аллелей (*minor allele frequency*, MAF) составляла минимум 10%, что соответствует общепринятому подходу отбора полиморфизмов для генетических исследований. Образцы периферической крови собирали в пробирки,

Таблица 1. Условия проведения полимеразной цепной реакции методом плавления высокого разрешения для рассматриваемых полиморфизмов**Table 1** Conditions for High Resolution Melting polymerase chain reaction for the studied polymorphisms

Название полиморфизма/ Name of polymorphism	Прямой праймер/ Forward primer	Обратный праймер/ Reverse primer	Методика ПЦР-HRM/ PCR-HRM method
ИЛ-4/IL-4 (C-589T, rs2243250)	TGCCAAGGGCTTCCTTATGGGT	AACAGGCAGACTCTCCTACCCCA	95 °C — 5' (95 °C –25" 63 °C –15" 72 °C –25") × 40
ИЛ-10/IL-10 (C-592A, rs1800872)	AATCGGGGTAAAGGAGCCTGG	CTCAAAGTCCCAAGCAGCCC	95 °C — 5' (95 °C –15" 61 °C –30" 72 °C –20") × 40
ИЛ-1B-511/IL-1B-511 (T-511C, rs16944)	GTGGGTCTCTACCTGGGTGC	GCCTGAACCTGCATACCGT	95 °C — 5' (95 °C –20" 62 °C –30" 72 °C –20") × 40
ИЛ-6/IL-6 (C-174G, rs1800795)	AGCGTAGCTCAATGACGAC	CGGGTGGGGCTGATTGGAAA	95 °C — 5' (95 °C –10" 62 °C –20" 72 °C –15") × 45
СРБ/CRP (rs2794521)	CCCAGAGTGTGATGTTCCCTTCCT	GGCCGTCATTAGTGCCAAGATGCT	95 °C — 5' (95 °C –25" 63 °C –15" 72 °C –25") × 40

Примечание: ПЦР — полимеразная цепная реакция, HRM — метод плавления высокого разрешения, СРБ — С-реактивный белок.

Notes: PCR — polymerase chain reaction, HRM — high resolution melting, CRP — C-reactive protein.

содержащие ЭДТА в качестве антикоагулянта. ДНК из образцов крови выделяли стандартным фенол-хлороформным методом. Генотипирование проводили методом плавления высокого разрешения HRM (*High Resolution Melting*) на ПЦР-системе Applied Biosystems QuantStudio 7 Flex Real-Time PCR System (ThermoFisher, США). Условия применения ПЦР для каждого из рассматриваемых полиморфизмов представлены в табл. 1. Каждый образец ДНК был генотипирован дважды. При получении неоднозначных результатов генотипирование проводилось повторно.

Статистический анализ данных проводился с использованием программного обеспечения «R» [19]. Первый этап включал предобработку данных с выбором подходящего для целей анализа набора переменных, проверкой нормальности распределения, определением и коррекцией выбросов. Для проверки гипотезы о нормальности распределения использовали критерий Шапиро–Уилка. Социо-демографические показатели анализировали с помощью методов описательной статистики. Категориальные переменные представлены как абсолютные значения и частота в % [95% ДИ], количественные переменные — как средние значения $\pm$ стандартное отклонение или медиана [Q1, Q3] в зависимости от нормальности выборочного распределения. Для сравнения в подгруппах для категориальных признаков p -значение определяли с использованием критерия χ^2 , для количественных переменных — методом дисперсионного анализа (ANOVA) в модификации по Уэлчу в случае нормального распределения и с использованием критерия Краскала–Уоллиса при несогласованности с нормальным распределением. Статистически значимыми считались результаты со значением $p < 0,05$.

Для изучения ассоциации отдельных SNP с типом депрессии использовали модели логистической регрессии, где в качестве зависимой переменной выступало наличие конкретного синдромального типа депрессии (бинарный исход). Перед построением моделей проводилась проверка соблюдения закона Харди–Вайнберга. Анализ был выполнен в трех независимых моделях:

«меланхолический тип» (наличие меланхолической депрессии против ее отсутствия), «катицичный тип» (наличие атипичной депрессии против ее отсутствия) и «тревожный тип» (наличие тревожной депрессии против ее отсутствия). В каждой модели в качестве независимых переменных выступали данные генотипирования (SNP).

В качестве потенциальных ковариат были тестированы антропометрические и социо-демографические характеристики, а также воздействие средовых факторов: возраст, вес, рост, пол, этническая принадлежность (русская/другая), уровень образования, семейное положение, условия проживания, материальная обеспеченность родительской семьи, структура семьи, преждевременные роды пациента (да/нет), осложнения при родах (да/нет), курение (да/нет), употребление алкоголя (да/нет), употребление психоактивных веществ (да/нет), черепно-мозговые травмы (да/нет), неврологические заболевания (да/нет). Отбор ковариат осуществлялся методом прямого пошагового подбора (*Forward selection stepwise covariate modelling procedure*), где выбор лучшей модели основывался на результате теста отношения правдоподобий (*Log Likelihood Ration test*, LLR). Для каждого случая «ген-тип депрессии» рассматривались модели, где влияние генотипа на зависимую переменную было задано каждым из трех типов наследования, с последующим выбором наилучшей модели (кодминантной, рецессивной или доминантной). После выбора оптимальной модели на основании информационного критерия Акаике (AIC) проводилась коррекция на множественные сравнения методом Бонферрони для определения скорректированного p -значения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследовании приняли участие 93 пациента, состояние которых соответствовало критериям включения. Был выполнен забор генетического материала у пациентов. Выборка участников была представлена пациентами обоих полов с преобладанием женщин ($n = 69$;

Таблица 2. Социо-демографические и клинические данные участников исследования в разбивке по синдромальным типам**Table 2** Sociodemographic and clinical characteristics of study participants by syndrome-based subtype

Показатель/Parameter	Атипичный тип/ Atypical subtype (n = 19)	Меланхолический тип/Melancholic subtype (n = 34)	Тревожный тип/ Anxious subtype (n = 40)	p*
	Среднее значение ± CO/Mean ± SD			
Общий балл по шкале HDRS/Total HDRS score	16,26 ± 8,54	20,4 ± 6,76	20,45 ± 6,7	0,081
Возраст, лет/Age, years	34,95 ± 15,77	37,85 ± 14,59	35,05 ± 12,18	0,65
	n, %			
Женский пол/Female (n = 69)	14, 73,7%	23, 67,6%	32, 80%	0,48
Мужской пол/Male (n = 24)	5, 26,3%	11, 32,4%	8, 20%	0,48
Русская этническая принадлежность/Russian (n = 83)	17, 89,5%	30, 88,2%	36, 90%	0,97
Другая этническая принадлежность/Other (n = 10)	2, 10,5%	4, 11,8%	4, 10%	0,97

Примечание: * — статистически значимо при $p < 0,05$ (рассчитано с использованием критерия χ^2 для категориальных переменных и дисперсионного анализа (ANOVA) с модификацией по Уэлчу для количественных переменных). n — число пациентов, % — доля пациентов, HDRS — Шкала Гамильтона для оценки выраженности депрессии (Hamilton Rating Scale for Depression).

Notes: * — significant if $p < 0.05$. n — number of patients, % — percentage of patients, HDRS — Hamilton Rating Scale for Depression.

Таблица 3. Частота генотипов в общей популяции участников и в разбивке по синдромальным типам**Table 3** Genotype frequency in the total sample of participants and by syndrome-based subtype

Полиморфизм/ Polymorphism	Генотип/ Genotype	Вся выборка/ Total sample (n = 93)	p	Атипичный тип/Atypical subtype (n = 19)	p	Меланхолический тип/Melancholic subtype (n = 34)	p	Тревожный тип/ Anxious subtype (n = 40)	p
		n		n (%)		n (%)		n (%)	
ИЛ-1B-511/ IL-1B-511 (rs16944)	C/C	40	1	9 (47,4%)	0,607	15 (44,1%)	0,706	16 (40%)	0,478
	C/T	42		7 (36,8%)		14 (41,2%)		21 (52,5%)	
	T/T	11		3 (15,8%)		5 (14,7%)		3 (7,5%)	
ИЛ-4/IL-4 (C-589T, rs2243250)	C/C	59	0,352	16 (84,2%)	1	20 (58,8%)	1	23 (57,5%)	0,122
	C/T	28		3 (15,8%)		13 (38,2%)		12 (30%)	
	T/T	6		0 (0%)		1 (2,9%)		5 (12,5%)	
ИЛ-6/IL-6 (C-174G, rs1800795)	C/C	34	0,288	9 (47,4%)	0,06	12 (35,3%)	0,725	13 (32,5%)	1
	C/G	40		5 (26,3%)		15 (44,1%)		20 (50%)	
	G/G	19		5 (26,3%)		7 (20,6%)		7 (17,5%)	
ИЛ-10/IL-10 (C-592A, rs1800872)	A/A	7	1	1 (5,3%)	1	3 (8,8%)	0,706	3 (7,5%)	0,659
	C/A	37		7 (36,8%)		17 (50%)		13 (32,5%)	
	C/C	49		11 (57,9%)		14 (41,2%)		24 (60%)	
СРБ/CRP (rs279452)	A/A	39	0,497	11 (57,9%)	1	13 (38,2%)	0,471	15 (37,5%)	1
	A/G	45		7 (36,8%)		18 (52,9%)		20 (50%)	
	G/G	9		1 (5,3%)		3 (8,8%)		5 (12,5%)	

Примечание: n — число пациентов, % — доля пациентов, ИЛ — интерлейкин; СРБ — С-реактивный белок.

Notes: n — number of patients, % — percentage of patients, IL — interleukin, CRP — C-reactive protein.

74,19% против $n = 24$; 25,81%) в возрастном диапазоне от 18 до 65 лет (средний возраст — $36 \pm 13,77$ года). Большинство участников были русского происхождения (русские — $n = 83$, 89,5%, другой этнической принадлежности — $n = 10$, %, 10,75%). Средний балл по шкале HDRS в выборке составил $19,58 \pm 7,25$ балла, что соответствует депрессивному эпизоду умеренной тяжести.

По результатам клинического интервью общая выборка была разделена на подгруппы в зависимости от синдромального типа депрессии: меланхолический

($n = 34$; 36,5%), атипичный ($n = 19$; 20,4%) и тревожный ($n = 40$; 43%). Социо-демографические и клинические данные участников исследования в разбивке по синдромальным типам депрессии представлены в табл. 2. Статистически значимых различий между участниками трех подгрупп по указанным параметрам выявлено не было.

Частота генотипов в общей популяции пациентов и в разбивке по синдромальным типам представлена в табл. 3. Проверка распределения генотипов на соответствие закону генетического равновесия

Таблица 4. Ассоциации SNP с меланхолическим типом на основании выбранных моделей
Table 4 Associations between SNPs and melancholic subtype based on the selected models

SNP	Модель/Model	Генотипы сравнения/ Compared genotypes	ОШ (95%ДИ)/ OR (CI)	p	p скорр./p adj.
ИЛ-1В-511/IL-1В-511 (<i>rs16944</i>)	Рецессивная/Recessive	Т/Т против./vs. С/С-С/Т	1,41 (0,57, 3,44)	0,3148	1,0000
ИЛ-4/IL-4 (<i>C-589T, rs2243250</i>)	Рецессивная/Recessive	Т/Т против./vs. С/С-С/Т	0,3 (0,06, 1,45)	0,0437	0,2620
ИЛ-6/IL-6 (<i>C-174G, rs1800795</i>)	Доминантная/Dominant	С/С-С/С против./vs. С/С	1,19 (0,64, 2,23)	0,4585	1,0000
ИЛ-10/IL-10 (<i>C-592A, rs1800872</i>)	Доминантная/Dominant	С/А-А/А против./vs. С/С	1,95 (1,06, 3,61)	0,0041	0,0247*
СРБ/CRP (<i>rs279452</i>)	Доминантная/Dominant	А/С-С/С против./vs. А/А	1,24 (0,68, 2,27)	0,3535	1,0000

Примечания в табл 4–6: * — статистически значимо после коррекции методом Бонферрони, ИЛ — интерлейкин; SNP — однонуклеотидный полиморфизм; СРБ — С-реактивный белок, ОШ — отношение шансов, ДИ — доверительный интервал, скорр. — скорректированное.
 Notes in tables 4–6: * — significant after using the Bonferroni adjustment, IL — interleukin, SNP — single-nucleotide polymorphism, CRP — C-reactive protein, OR — odds ratio, CI — confidence interval, adj. — adjusted.

Таблица 5. Ассоциации SNP с атипичным типом на основании выбранных моделей
Table 5 Associations between SNPs and atypical subtype based on the selected models

SNP	Модель/Model	Генотипы сравнения/ Compared genotypes	ОШ (95%ДИ)/ OR (CI)	p	p скорр./p adj.
ИЛ-1В-511/IL-1В-511 (<i>rs16944</i>)	Рецессивная/Recessive	С/С-С/Т против./vs. Т/Т	0,48 (0,14, 1,59)	0,1043	0,6255
ИЛ-4/IL-4 (<i>C-589T, rs2243250</i>)	Доминантная/Dominant	С/С против./vs. С/Т-Т/Т	3,61 (1,21, 10,82)	0,0020	0,0121*
ИЛ-6/IL-6 (<i>C-174G, rs1800795</i>)	Доминантная/Dominant	С/С против./vs. С/С-С/С	1,39 (0,59, 3,28)	0,3105	1,0000
ИЛ-10/IL-10 (<i>C-592A, rs1800872</i>)	Доминантная/Dominant	С/С против./vs. С/А-А/А	2,05 (0,81, 5,16)	0,0402	0,2411
СРБ /CRP (<i>rs279452</i>)	Доминантная/Dominant	А/А против./vs. А/С-С/С	3,35 (1,32, 8,52)	0,0006	0,0037*

Таблица 6. Ассоциации SNP с тревожным типом на основании выбранных моделей
Table 6 Associations between SNPs and anxious subtype based on the selected models

SNP	Модель/Model	Генотипы сравнения/ Comparator genotypes	ОШ (95%ДИ)/ OR (CI)	p/p	p скорр./p adj.
ИЛ-1В-511/IL-1В-511 (<i>rs16944</i>)	Рецессивная/Recessive	Т/Т против./vs. С/С-С/Т	0,42 (0,15, 1,17)	0,022	0,156
ИЛ-4/IL-4 (<i>C-589T, rs2243250</i>)	Рецессивная/Recessive	Т/Т против./vs. С/С-С/Т	6,33 (1,28, 31,3)	0,002	0,013*
ИЛ-6/IL-6 (<i>C-174G, rs1800795</i>)	Рецессивная/Recessive	С/С-С/С Другая/Other против./vs. G/G Другая/Other	0,004 (0, 0,35)	0,001	0,006*
ИЛ-6/IL-6 (<i>C-174G, rs1800795</i>)	Рецессивная/Recessive	С/С-С/С Русская/Russian против./vs. G/G Русская/Russian	2,86 (1,05, 7,81)	0,005	0,034*
ИЛ-10/IL-10 (<i>C-592A, rs1800872</i>)	Доминантная/Dominant	С/С против./vs. С/А-А/А	1,33 (0,71, 2,5)	0,220	1,000
СРБ/CRP (<i>rs279452</i>)	Доминантная Dominant	А/А против./vs. А/С-С/С	0,61 (0,32, 1,16)	0,039	0,272

Харди–Вайнберга показала отсутствие значимых отклонений ($p > 0,05$) как в общей выборке участников, так и в подгруппах, сформированных в соответствии с синдромальным типом депрессии, что указывает на соответствие исследуемых полиморфизмов ожидаемым менделевским закономерностям наследования и обосновывает их использование в дальнейшем анализе ассоциаций (табл. 3). Анализ взаимодействий антропометрических, социо-демографических и клинико-анамнестических факторов с переменными генотипа выявил влияние фактора этнической принадлежности (русская/другая) для полиморфизма *rs2243250* ИЛ-4 при тревожном типе униполярной депрессии. Других статистически значимых взаимодействий и ковариат для рассматриваемых моделей выявлено не было.

Меланхолический тип. Статистически значимая ассоциация была выявлена только для полиморфизма гена ИЛ-10 (*rs1800872*) (табл. 4). У носителей по крайней мере одного А-аллеля (генотип С/А или А/А) ИЛ-10 (*rs1800872*) риск возникновения меланхолической

депрессии был статистически значимо выше такового у носителей генотипа С/С (ОШ = 1,95, скорректированное $p = 0,0247$).

Атипичный тип. Статистически значимая ассоциация была показана для полиморфизмов генов ИЛ-4 и СРБ (табл. 5). Участники с генотипом С/С ИЛ-4 (*rs2243250*) оказались подвержены статистически значимо более высокому риску развития атипичной депрессии по сравнению с носителями по крайней мере одного Т-аллеля (генотип С/Т или Т/Т) (ОШ = 3,61, скорректированное $p = 0,0121$). Генотип А/А СРБ был ассоциирован со статистически значимым повышением риска атипичной депрессии по сравнению с носительством по крайней мере одного G-аллеля (генотип А/С или G/G) (ОШ = 3,35, скорректированное $p = 0,0037$).

Тревожный тип. Статистически значимая ассоциация была показана для полиморфизмов генов ИЛ-4 (*rs2243250*) и ИЛ-6 (*rs1800795*) (табл. 6). Т/Т генотип ИЛ-4 демонстрирует статистически значимую ассоциацию с тревожным типом депрессии по сравнению

с генотипами С/С и С/Т [ОШ = 6,33; скорректированное $p = 0,013$]. Влияние генетического полиморфизма ИЛ-6 (*rs1800795*) зависело от этнической принадлежности: у участников отличной от русской этнической принадлежности генотипы С/С и С/Г были значимо ассоциированы с более низким риском развития тревожной депрессии по сравнению с генотипом Г/Г (ОШ = 0,004, скорректированное $p = 0,006$), в то время как у участников, относящихся к этнической группе русских, те же генотипы были ассоциированы с более высоким риском тревожной депрессии по сравнению с генотипом Г/Г (ОШ = 2,86, скорректированное $p = 0,034$).

Полиморфизм ИЛ-1B-511 (*rs16944*) не был ассоциирован ни с одним синдромальным типом депрессии.

ОБСУЖДЕНИЕ

В проведенном исследовании установлена генетическая гетерогенность униполярных депрессивных расстройств в контексте активации воспалительных процессов, что согласуется с данными научных публикаций, указывающими на неодинаковую роль воспаления при разных синдромальных типах заболевания. Системное воспаление считается наиболее значимым фактором при атипичном типе и может обуславливать характерные симптомы, в частности гиперфагию и гиперсомнию [20–22]. Напротив, при меланхолическом типе центральную роль, по-видимому, играет нарушение нейропластичности и уменьшение количества нейротрофических факторов, таких как нейротрофический фактор головного мозга (*brain-derived neurotrophic factor*, BDNF) [23–25]. Наконец, при тревожном типе депрессии основную роль играют гиперреактивность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (ГГН) и повышение врожденной способности продукции цитокинов (*innate cytokine production capacity*) [26, 27].

Атипичный тип. Полученные данные об ассоциации атипичной депрессии с полиморфизмами генов СРБ и ИЛ-4 соотносятся с концепцией существенного вклада воспалительных механизмов в развитие этого синдромального типа. Носительство генотипа А/А гена СРБ, связанного с повышенной секрецией данного белка острой фазы, ассоциировалось с более чем трехкратным увеличением шанса развития атипичной депрессии в нашей выборке, что согласуется с данными исследований, подтверждающих ассоциацию высокого уровня С-реактивного белка с атипичными чертами [20–22, 28, 29]. Помимо значимости носительства гена СРБ нами выявлена статистически значимая связь между риском развития атипичной депрессии и генотипом С/С *rs2243250*, ассоциированным со сниженной продукцией ИЛ-4. Интерлейкин-4 является частью компенсаторной иммунорегуляторной системы (*compensatory immunoregulatory system*, CIRS), подавляющей избыточное воспаление, и снижение его концентрации в сыворотке крови пациентов с депрессией, описанное в литературе, может указывать на вклад нарушения саморегуляции иммунной системы

в развитие депрессивных расстройств [8, 30]. Таким образом, наши данные позволяют предположить, что развитие атипичной депрессии может быть связано не только с усилением провоспалительных процессов, но и с недостаточностью компенсаторных механизмов.

Меланхолический тип. В нашем исследовании единственным генетическим полиморфизмом, ассоциированным с меланхолической депрессией, оказался полиморфизм ИЛ-10 *rs1800872*. Противовоспалительный цитокин ИЛ-10 тоже является компонентом ранее описанной системы CIRS наряду с ИЛ-4, и многие работы подтверждают снижение периферического уровня данного интерлейкина в общей популяции пациентов с униполярной депрессией [31, 32]. Тем не менее роль изменения периферического уровня ИЛ-10 при меланхолическом типе изучена недостаточно: уровень ИЛ-10 у пациентов с меланхолической и немеланхолической депрессией сравнивали лишь в нескольких работах, при этом достоверных различий выявлено не было [22, 23, 33]. Исследования отдельных полиморфизмов гена ИЛ-10 у пациентов с депрессией также немногочисленны, а полученные результаты противоречивы. В ряде работ не удалось выявить значимых ассоциаций между генетическими полиморфизмами ИЛ-10 и риском развития депрессии, тогда как в других сообщалось о связи отдельных полиморфизмов с развитием заболевания [33–35]. По данным литературы наиболее изученным в отношении риска депрессии представляется генетический полиморфизм ИЛ-10 *rs1800896*: генотип А/А, характеризующийся сниженной продукцией ИЛ-10, ассоциирован с повышенным риском депрессии [35, 36]. Данные по другим генетическим вариантам, включая рассматриваемый нами полиморфизм *rs1800872*, крайне ограничены. В то же время в ряде исследований показана ассоциация носительства генотипа А/А данного полиморфизма и риска развития шизофрении и выраженности негативных симптомов [37, 38]. Феноменологически ключевые проявления меланхолической депрессии, такие как апатия, ангедония, анергия, психомоторная заторможенность и когнитивные нарушения, во многом перекликаются с негативными симптомами шизофрении [39–41]. Такое сходство клинической картины позволяет предположить наличие общих патофизиологических механизмов, в том числе генетических факторов, влияющих на продукцию ИЛ-10, что может объяснять выявленную ассоциацию полиморфизма *rs1800872* с меланхолическим типом депрессии.

Тревожный тип. В настоящем исследовании для тревожного типа статистически значимые ассоциации были показаны для полиморфизмов генов ИЛ-4 и ИЛ-6. Оба цитокина связаны с функционированием ГГН-оси, дисрегуляция которой считается ведущим механизмом при тревожной депрессии: ИЛ-6 сенситизирует гипоталамус, стимулируя продукцию гонадотропин-рилизинг гормона, что ведет к повышению уровня кортизола, в то время как ИЛ-4 подавляет продукцию провоспалительных цитокинов, тем самым уменьшая

вызванную ими гиперактивацию ГГН-оси. Генотип Т/Т рассматриваемого нами полиморфизма ИЛ-4 ассоциирован с повышенной продукцией данного цитокина, что может говорить об отсутствии нарушений со стороны компенсаторной иммунорегуляторной системы при тревожном типе в отличие от атипичного варианта депрессии. Что касается ИЛ-6, эффект рассматриваемого в рамках данной работы полиморфизма *rs1800795* при депрессии, по-видимому, может модулироваться недавними стрессовыми событиями [42], что также согласуется с концепцией главенствующей гиперактивности ГГН-оси при тревожном типе депрессии. В нашем исследовании у пациентов русской этнической группы генотипы С/С и С/С были ассоциированы с повышенным риском тревожной депрессии, а у пациентов других этнических групп — со снижением риска. Полученные данные контрастируют с результатами исследования В.В. Гафарова и соавт., согласно которому у депрессивных пациентов сибирского происхождения носительство G-аллеля было ассоциировано с 1,6-кратным увеличением риска тяжелой депрессии по сравнению с таковым у носителей С-аллеля [43]. Расхождения могут быть обусловлены различиями в методологии. В отличие от анализа депрессии в целом, наше исследование было сосредоточено на синдромальных типах депрессии и включало этническую стратификацию — факторы, способные изменять генетические ассоциации за счет различий в частотах аллелей, структуре популяции и средовых влияниях.

В настоящем исследовании полиморфизм ИЛ-1B-511 *rs16944*, ассоциированный с повышением риска развития униполярной депрессии по данным ряда исследований [44, 45], не продемонстрировал статистически значимой связи ни с одним из синдромальных типов. Это может объясняться сравнительно небольшим объемом выборки исследования и выделением синдромальных типов в отличие от ранее опубликованных работ, рассматривающих униполярную депрессию как единую нозологическую категорию, что могло привести к снижению вероятности выявления ассоциации в подгруппах в зависимости от синдромального типа ввиду недостаточной мощности анализа.

Ограничения исследования

К ограничениям исследования можно отнести сравнительно небольшой объем общей выборки, малое количество наблюдений в группе атипичной депрессии и недостаточную представленность в выборке участников этнической принадлежности, отличной от русской, что могло привести к недостаточной статистической мощности для выявления ассоциаций в подгруппах, а также к проблемам при стратификации по этнической принадлежности и, как следствие, статистическим артефактам. Небольшой объем выборки также не позволил провести анализ с использованием мультиномиальной логистической регрессии. Более того, авторы не имели возможности сопоставить полученные данные с таковыми ранее опубликованных

исследований, поскольку подобных работ в доступной литературе не обнаружено.

В дальнейшем для углубления понимания возможной роли полиморфизмов генов про- и противовоспалительных интерлейкинов и СРБ в формировании синдромальных типов униполярной депрессии представляется перспективным изучить связь различных полиморфизмов в каждом из рассматриваемых генов, а также ассоциации между парами однонуклеотидных полиморфизмов этих генов, при этом анализ должен быть подкреплен данными прямого измерения концентрации цитокинов и СРБ в сыворотке крови пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование продемонстрировало наличие статистически значимых ассоциаций между функционально значимыми полиморфизмами генов ИЛ-4, ИЛ-10, ИЛ-6 и С-реактивного белка и меланхолическим, атипичным и тревожным типами униполярной депрессии. Выявленные связи подтверждают роль воспалительных механизмов в формировании синдромальных типов заболевания и могут служить основой для дальнейших исследований, направленных на определение генетических маркеров униполярных депрессивных расстройств, различающихся по синдромальной структуре, что позволит повысить точность диагностики и разработать персонализированные подходы к терапии.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Pitsillou E, Bresnehan SM, Kagarakis EA, Wijoyo SJ, Liang J, Hung A, Karagiannis TC. The cellular and molecular basis of major depressive disorder: towards a unified model for understanding clinical depression. *Mol Biol Rep.* 2020;47(1):753–770. doi: 10.1007/s11033-019-05129-3
 2. Dadkhah M, Jafarzadehgharehzaaddin M, Molaei S, Akbari M, Gholizadeh N, Fathi F. Major depressive disorder: Biomarkers and biosensors. *Clin Chim Acta.* 2023;547:117437. doi: 10.1016/j.cca.2023.117437
 3. Шмуклер АБ, Кибитов АО, Мазо ГЭ, Рукавишников ГВ, Незнанов НГ. Сетевой анализ как перспективный метод изучения генетической архитектуры депрессии. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2020;30(4):69–75. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/setevoy-analiz-kak-perspektivnyy-metod-izucheniya-geneticheskoy-arhitektury-depressii>
- Shmukler AB, Kibitov AO, Mazo GE, Rukavishnikov GV, Neznanov NG. Network analysis as a promising method for studying of genetic architecture of depression. *Social and Clinical Psychiatry* 2020;30(4):69–75. (In Russ.). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/setevoy-analiz-kak-perspektivnyy-metod-izucheniya-geneticheskoy-arhitektury-depressii>

4. Мазо ГЭ, Рукавишников ГВ, Кибитов АО. Терапевтическая резистентность при депрессии с позиции генетики и фармакогенетики. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2019;(4–1):43–47. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2019-4-1-43-47>
Mazo GE, Rukavishnikov GV, Kibitov AO. Terapevticheskaya rezistentnost' pri depressii s pozicii genetiki i farmakogenetiki. *Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2019;(4–1):43–47. (In Russ.). doi: 10.31363/2313-7053-2019-4-1-43-47
5. Barlati S, Minelli A, Nibbio G, Bertoni L, Necchini N, Paolini S, Muscarella A, Ubertino UB, Calzavara-Pinton I, Vita A, Gennarelli M. The role of pharmacogenetics in the treatment of major depressive disorder: a critical review. *Front Psychiatry*. 2023;14:1307473. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1307473
6. Neuteboom D, Zantvoord JB, Goya-Maldonado R, Wilkening J, Dols A, van Exel E, Lok A, de Haan L, Scheepstra KWF. Accelerated intermittent theta burst stimulation in major depressive disorder: A systematic review. *Psychiatry Res*. 2023;327:115429. doi: 10.1016/j.psychres.2023.115429
7. Beurel E, Touns M, Nemeroff CB. The Bidirectional Relationship of Depression and Inflammation: Double Trouble. *Neuron*. 2020;107(2):234–256. doi: 10.1016/j.neuron.2020.06.002
8. Kouba BR, de Araujo Borba L, Borges de Souza P, Gil-Mohapel J, Rodrigues ALS. Role of Inflammatory Mechanisms in Major Depressive Disorder: From Etiology to Potential Pharmacological Targets. *Cells*. 2024;13(5):423. doi: 10.3390/cells13050423
9. Li Y, Yue Y, Chen S, Jiang W, Xu Z, Chen G, Zhu Z, Tan L, Yuan Y. Combined serum IL-6, C-reactive protein, and cortisol may distinguish patients with anhedonia in major depressive disorder. *Front Mol Neurosci*. 2022;15:935031. doi: 10.3389/fnmol.2022.935031
10. Milaneschi Y, Lamers F, Berk M, Penninx BWJH. Depression Heterogeneity and Its Biological Underpinnings: Toward Immunometabolic Depression. *Biol Psychiatry*. 2020;88(5):369–380. doi: 10.1016/j.biopsych.2020.01.014
11. Zadka Ł, Dziegiel P, Kulus M, Olajossy M. Clinical Phenotype of Depression Affects Interleukin-6 Synthesis. *J Interferon Cytokine Res*. 2017;37(6):231–245. doi: 10.1089/jir.2016.0074
12. Чалая ЕБ, Будза ВГ, Друзь ВФ, Чалый ВА, Чалая ИВ. Характеристика клинических особенностей депрессивных расстройств в постинсультном периоде у больных с двигательными нарушениями. *Медицинский альманах*. 2017;(5):28–31. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/harakteristika-klinicheskikh-osobennostey-depressivnyh-rasstroystv-v-postinsul'tnom-period-e-u-bolnyh-s-dvigatel'nyimi-narusheniyami>
Chalaya EB, Budza VG, Druz' VF, Chalyj VA, Chalaya IV. Harakteristika klinicheskikh osobennostey depressivnyh rasstroystv v postinsul'tnom periode u bol'nyh s dvigatel'nyimi narusheniyami. *Medical Almanac*. 2017;(5):28–31. (In Russ.). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/harakteristika-klinicheskikh-osobennostey-depressivnyh-rasstroystv-v-postinsul'tnom-period-e-u-bolnyh-s-dvigatel'nyimi-narusheniyami>
13. Ахапкин РВ, Маслова МА, Файзуллоев АЗ. Влияние антидепрессивной терапии на когнитивные нарушения у больных с депрессивными расстройствами. *Российский психиатрический журнал*. 2015;(4):80–83. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-antidepressivnoy-terapii-na-kognitivnye-narusheniya-u-bolnyh-s-depressivnyimi-rasstroystvami>
Ahapkin RV, Maslova MA, Fajzullov AZ. The impact of antidepressant therapy on cognitive impairments in patients with depressive disorders *Russian Journal of Psychiatry*. 2015;(4):80–83. (In Russ.). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-antidepressivnoy-terapii-na-kognitivnye-narusheniya-u-bolnyh-s-depressivnyimi-rasstroystvami>
14. Смуглевич АБ, Дубницкая ЭБ, Читлова ВВ. Тревожная депрессия: проблема типологии и конституционального предрасположения. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2013;113(1):56–68. Smulevich AB, Dubnitskaia EB, Chitlova VV. Anxious depression: problem of typology and constitutional predisposition. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2013;113(1):56–68. (In Russ.).
15. Алфимова МВ, Коровайцева ГИ, Габаева МВ, Плакунова ВВ, Лежейко ТВ, Голимбет ВЕ. Генетический полиморфизм цитокинов ИЛ-1β, ИЛ-4 и TNF-α как фактор, модифицирующий влияние неблагоприятного детского опыта на симптоматику шизофрении. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2022;122(9):110–117. doi: 10.17116/jnevro2022122091110
Alfimova MV, Korovaitseva GI, Gabaeva MV, Plakunova VV, Lezheiko TV, Golimbet VE. Genetic polymorphism of cytokines IL-1β, IL-4 and TNF-α as a factor modifying the impact of childhood adversity on schizophrenia symptoms. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2022;122(9):110–117. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro2022122091110
16. Traks T, Koido K, Eller T, Maron E, Kingo K, Vasar V, Vasar E, Kõks S. Polymorphisms in the interleukin-10 gene cluster are possibly involved in the increased risk for major depressive disorder. *BMC Med Genet*. 2008;9:111. doi: 10.1186/1471-2350-9-111
17. Голимбет ВЕ, Волель БА, Коровайцева ГИ, Каспаров СВ, Кондратьев НВ, Копылов ФЮ. Связь генов воспалительных факторов с невротизмом, тревожностью и депрессией у мужчин с ишемической болезнью сердца. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017;117(3):74–79. doi: 10.17116/jnevro20171173174-79
Golimbet VE, Volel' BA, Korovaitseva GI, Kasparov SV, Kondratyev NV, Kopylov FIu. Association of

- inflammatory genes with neuroticism, anxiety and depression in male patients with coronary heart disease. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2017;117(3):74–79. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro20171173174-79
18. Лежейко ТВ, Тихонов ДВ, Жело ВК, Габаева МВ, Коровайцева ГИ, Боев ОИ, Голимбет ВЕ. Молекулярно-генетическая дифференциация депрессии при аффективной патологии и шизофрении с депрессивными расстройствами: роль полиморфизма IL-1 β -511C/T. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2021;(4):371–375. doi: 10.14300/mnnc.2021.16088
Lezheiko TV, Tihonov DV, ZHelo VK, Gabaeva MV, Korovajceva GI, Boev OI, Golimbet VE. Molecular genetic differentiation of depression in affective pathology and schizophrenia with depressive disorders: the role of polymorphism IL-1 β -511C/T. *Medical news of North Caucasus* 2021;(4):371–375. (In Russ.). doi: 10.14300/mnnc.2021.16088
 19. R Core Team (2022), R: A language and environment for statistical computing, R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, R version 4.2.2 (2022-10-31))
 20. Lamers F, Bot M, Jansen R, Chan MK, Cooper JD, Bahn S, Penninx BW. Serum proteomic profiles of depressive subtypes. *Transl Psychiatry*. 2016;6(7):e851. doi: 10.1038/tp.2016.115 PMID: 27404283; PMCID: PMC5545705
 21. Bernier V, Alsaleh G, Point C, Wacquier B, Lanquart JP, Loas G, Hein M. Low-Grade Inflammation Associated with Major Depression Subtypes: A Cross-Sectional Study. *Brain Sci*. 2024;14(9):850. doi: 10.3390/brainsci14090850
 22. Liu H, Wu X, Wang Y, Liu X, Peng D, Wu Y, Chen J, Su Y, Xu J, Ma X, Li Y, Shi J, Yang X, Rong H, Forti MD, Fang Y. TNF- α , IL-6 and hsCRP in patients with melancholic, atypical and anxious depression: an antibody array analysis related to somatic symptoms. *Gen Psychiatr*. 2022;35(4):e100844. doi: 10.1136/gpsych-2022-100844
 23. Spoelma MJ, Serafimovska A, Parker G. Differentiating melancholic and non-melancholic depression via biological markers: A review. *World J Biol Psychiatry*. 2023;24(9):761–810. doi: 10.1080/15622975.2023.2219725
 24. Lin YS, Tsai SJ, Chen MH. Associations between Brain-derived Neurotrophic Factor Val66Met Polymorphism, Melancholic Feature, and Treatment Refractoriness in Patients with Treatment-Resistant Depression. *Taiwanese Journal of Psychiatry*. 2022;36(2):68–73. doi: 10.4103/TPSY.TPSY_15_22
 25. Bakusic J, Vrieze EDM, Ghosh A, Pizzagalli DA, Beekaert S, Claes L, Godderis L: Interplay of Val66Met and BDNF methylation: effect on reward learning and cognitive performance in major depression. *Clin Epigenetics*. 2021;13(1):149. doi: 10.1186/s13148-021-01136-z
 26. Gaspersz R, Lamers F, Wittenberg G, Beekman ATF, van Hemert AM, Schoevers RA, Penninx BWJH. The role of anxious distress in immune dysregulation in patients with major depressive disorder. *Transl Psychiatry*. 2017;7(12):1268. doi: 10.1038/s41398-017-0016-3
 27. Ross RA, Foster SL, Ionescu DF. The Role of Chronic Stress in Anxious Depression. *Chronic Stress (Thousand Oaks)*. 2017;1:2470547016689472. doi: 10.1177/2470547016689472
 28. Köhler-Forsberg O, Buttenschön HN, Tansey KE, Maier W, Hauser J, Dernovsek MZ, Henigsberg N, Souery D, Farmer A, Rietschel M, McGuffin P, Aitchison KJ, Uher R, Mors O. Association between C-reactive protein (CRP) with depression symptom severity and specific depressive symptoms in major depression. *Brain Behav Immun*. 2017;62:344–350. doi: 10.1016/j.bbi.2017.02.020
 29. Moilanen P, Liukkonen T, Jokelainen J, Keinänen-Kiukkaanniemi S, Puukka K, Timonen M, Auvinen J, Eskola P. Cross-sectional analysis of depressive symptom profiles and serum C-reactive protein levels: data from the Northern Finland 1966 birth cohort. *Nord J Psychiatry*. 2024;78(2):95–102. doi: 10.1080/08039488.2023.2274341
 30. Paganin W, Signorini S. Inflammatory biomarkers in depression: scoping review. *BJPsych Open*. 2024;10(5):e165. doi: 10.1192/bjo.2024.787
 31. Stolfi F, Brasso C, Raineri D, Landra V, Mazzucca CB, Ghazanfar A, Scotti L, Sinella R, Villari V, Cappellano G, Rocca P, Chiocchetti A. Deep immunophenotyping of circulating immune cells in major depressive disorder patients reveals immune correlates of clinical course and treatment response. *Brain Behav Immun Health*. 2024;43:100942. doi: 10.1016/j.bbih.2024.100942
 32. Goldsmith DR, Rapaport MH, Miller BJ. A meta-analysis of blood cytokine network alterations in psychiatric patients: comparisons between schizophrenia, bipolar disorder and depression. *Mol Psychiatry*. 2016;21(12):1696–1709. doi: 10.1038/mp.2016.3
 33. Yang C, Tiemessen KM, Bosker FJ, Wardenaar KJ, Lie J, Schoevers RA. Interleukin, tumor necrosis factor- α and C-reactive protein profiles in melancholic and non-melancholic depression: A systematic review. *J Psychosom Res*. 2018;111:58–68. doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.05.008
 34. Koido K, Eller T, Kingo K, Kõks S, Traks T, Shlik J, Vasar V, Vasar E, Maron E. Interleukin 10 family gene polymorphisms are not associated with major depressive disorder and panic disorder phenotypes. *J Psychiatr Res*. 2010;44(5):275–7. doi: 10.1016/j.jpsy-chires.2009.09.001
 35. Jun TY, Pae CU, Chae JH, Bahk WM, Kim KS, Han H. Report on IL-10 gene polymorphism at position-819 for major depression and schizophrenia in Korean population. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2002;56(2):177–80. doi: 10.1046/j.1440-1819.2002.00943.x

36. Martin C, Tansey KE, Schalkwyk LC, Powell TR. The inflammatory cytokines: molecular biomarkers for major depressive disorder? *Biomark Med.* 2015;9(2):169–80. doi: 10.2217/bmm.14.29
37. Holtzman S, Abbey SE, Chan C, Bargman JM, Stewart DE. A genetic predisposition to produce low levels of IL-10 is related to depressive symptoms: a pilot study of patients with end stage renal disease. *Psychosomatics.* 2012;53(2):155–61. doi: 10.1016/j.psych.2011.10.001
38. Gao L, Li Z, Chang S, Wang J. Association of interleukin-10 polymorphisms with schizophrenia: a meta-analysis. *PLoS One.* 2014;9(3):e90407. doi: 10.1371/journal.pone.0090407
39. Михайлова ВА, Алфимова МВ, Плакунова ВВ, Лежечко ТВ, Голиббет ВЕ. Негативные симптомы шизофрении: вклад полиморфизмов генов ИЛ-1 β , ИЛ-4 и ИЛ-10 и неблагоприятного детского опыта. *Российский психиатрический журнал.* 2024;(4):48–54. Mihajlova VA, Alfimova MV, Plakunova VV, Lezhejko TV, Golimbet VE. Negative symptoms of schizophrenia: contribution of il-1 β , il-4, and il-10 gene polymorphisms and adverse childhood experiences. *Russian_Journal_of_Psychiatry.* 2024;(4):48–54. (In Russ.).
40. Мосолов СН. Диагностика и терапия депрессии при шизофрении. *Consortium Psychiatricum.* 2020;1(2):29–42. doi: 10.17650/2712-7672-2020-1-2-29-42
Mosolov SN. Diagnosis and Treatment of Depression in Patients with Schizophrenia *Psychiatricum.* 2020;1(2):29–42. (In Russ.). doi: 10.17650/2712-7672-2020-1-2-29-42
41. Бархатова АН, Кananovich ПС, Коляго ОО. К вопросу сопряженности депрессивных и негативных расстройств при шизофрении. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2021;31(3):21–26. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-sopryazhennosti-depressivnyh-i-negativnyh-rasstroystv-pri-shizofrenii-rasstroystv-pri-shizofrenii>
- Barhatova AN, Kananovich PS, Kolyago OO. On the question of the correlation of depressive and negative symptoms in schizophrenia *Social and Clinical Psychiatry.* 2021;31(3):21–26. (In Russ.). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-sopryazhennosti-depressivnyh-i-negativnyh-rasstroystv-pri-shizofrenii-rasstroystv-pri-shizofrenii>
42. Kovacs D, Eszlari N, Petschner P, Pap D, Vas S, Kovacs P, Gonda X, Bagdy G, Juhasz G. Interleukin-6 promoter polymorphism interacts with pain and life stress influencing depression phenotypes. *J Neural Transm (Vienna).* 2016;123(5):541–8. doi: 10.1007/s00702-016-1506-9
43. Гафаров ВВ, Громова ЕА, Панов ДО, Максимов ВН, Гагулин ИВ, Гафарова АВ. Депрессия и полиморфизм G-174C (rs1800795) гена IL-6 в открытой популяции 25–44 лет в России/Сибири (международная программа ВОЗ «МОНИКА-психосоциальная»). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2022;14(5):22–27. doi: 10.14412/2074-2711-2022-5-22-27
Gafarov VV, Gromova EA, Panov DO, Maksimov VN, Gagulin IN, Gafarova AV. Depression and polymorphism G-174C (rs1800795) of the IL-6 gene in an open population of 25–44 year old in Russia/Siberia (WHO international program MONICA-psychosocial). *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2022;14(5):22–27. (In Russ.) doi: 10.14412/2074-2711-2022-5-22-27
44. Toma FM, Kalam KT, Haque MA, Reza S, Akter R, Islam MS, Islam MR, Nahar Z. Interleukin-1 β rs16944 and rs1143627 polymorphisms and risk of developing major depressive disorder: A case-control study among Bangladeshi population. *PLoS One.* 2025;20(1):e0317665. doi: 10.1371/journal.pone.0317665
45. Huang HY, Yu RL, Tsai WF, Chuang WL, Huang JF, Dai CY, Tan CH. Impact of interleukin-1 β single nucleotide polymorphisms and depressive symptoms in individuals with chronic viral hepatitis. *Kaohsiung J Med Sci.* 2024;40(1):94–104. doi: 10.1002/kjm2.12776

Сведения об авторах

Юлия Валерьевна Долгополова, врач-психиатр, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

juliadolgoplova98@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0006-8011-0307>

Татьяна Викторовна Лежейко, кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник, лаборатория клинической генетики, ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья», Москва, Россия

lezheiko@list.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7873-2039>

Вера Евгеньевна Голимбет, доктор биологических наук, профессор, заведующая лабораторией, лаборатория клинической генетики, ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья», Москва, Россия

golimbet@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9960-7114>

Георгий Петрович Костюк, доктор медицинских наук, профессор, главный врач ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», Кафедра психического здоровья МГУ им. М.В. Ломоносова, доктор медицинских наук, Кафедра психиатрии Московского Государственного Университета Пищевых Производств. Кафедра психиатрии и психосоматики ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

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

Николай Николаевич Иванец, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, почетный заведующий кафедрой психиатрии и наркологии, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

ivanets_n_n@staff.sechenov.ru; <http://orcid.org/0000-0002-0013-5031>

Марина Аркадьевна Кинкулькина, член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет)

kinkulkina_m_a@staff.sechenov.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8386-758X>

Юлия Гулямовна Тихонова, доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

tikhonova_yu_g@staff.sechenov.ru; <http://orcid.org/0000-0001-6071-2796>

Татьяна Ивановна Авдеева, доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

avdeeva_t_i@staff.sechenov.ru; <http://orcid.org/0000-0002-5109-1438>

Ольга Юрьевна Сорокина, кандидат медицинских наук, заведующий психотерапевтическим отделением, УКБЗ, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

msolgasorokina@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8863-8241>

Беатриса Альбертовна Волель, доктор медицинских наук, директор Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, профессор, и.о. заведующего кафедрой психиатрии, психосоматики и психотерапии, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), ведущий научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

volel_b_a@staff.sechenov.ru; <http://orcid.org/0000-0003-1667-5355>

Information about the authors

Yulia V. Dolgoplova, psychiatrist, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

juliadolgoplova98@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0006-8011-0307>

Tatiana V. Lezheiko, Cand. Sci. (Biol.), Leading Researcher, Laboratory of Clinical Genetics, FSBSI "Russian Mental Health Research Centre", Moscow, Russia

lezheiko@list.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7873-2039>

Vera E. Golimbet, Dr. Sci. (Biol.), Professor, Head of Laboratory, Laboratory of Clinical Genetics, FSBSI "Russian Mental Health Research Centre", Moscow, Russia

golimbet@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9960-7114>

Georgy P. Kostyuk, Dr. Sci. (Med.), Professor, Chief Physician of the N.A. Alekseev Psychiatric Clinical Hospital No. 1 of the Moscow Department of Health, Russian Biotechnological University (ROSBIOTECH), Lomonosov Moscow State University, 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>

Nikolai N. Ivanets, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Dr. Sci. (Med.), Professor, Honorary Head of the Department of Psychiatry and Narcology, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

ivanets_n_n@staff.sechenov.ru; <http://orcid.org/0000-0002-0013-5031>

Marina A. Kinkulkina, Corresponding Member of the Russian Academy of Sciences, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of Department, Department of Psychiatry and Narcology, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

kinkulkina_m_a@staff.sechenov.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8386-758X>

Yulia G. Tikhonova, Dr. Sci. (Med.), Professor, Department of Psychiatry and Narcology, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

tikhonova_yu_g@staff.sechenov.ru; <http://orcid.org/0000-0001-6071-2796>

Tatiana I. Avdeeva, Dr. Sci. (Medicine), Professor, Department of Psychiatry and Narcology, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

avdeeva_t_i@staff.sechenov.ru; <http://orcid.org/0000-0002-5109-1438>

Olga Yu. Sorokina, Cand. Sci. (Med.), Head of the Psychotherapy unit, Clinical University Hospital No. 3, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

msolgasorokina@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8863-8241>

Beatrice A. Volel, Dr. Sci (Med.), Director, N.V. Sklifosovskiy Institute of Clinical Medicine, Professor, Acting Head of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Leading Researcher, FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia

volel_b_a@staff.sechenov.ru; <http://orcid.org/0000-0003-1667-5355>

Вклад авторов

Долгополова Ю.В. — проведение исследования, верификация данных, контроль данных, создание черновика рукописи, создание рукописи и ее редактирование;

Лежейко Т.В. — проведение исследования, методология, формальный анализ;

Голимбет В.Е. — ресурсы, руководство исследованием, администрирование проекта;

Костюк Г.П. — ресурсы, руководство исследованием, администрирование проекта;

Иванец Н.Н. — ресурсы, руководство исследованием;

Кинкулькина М.А. — проведение исследования, ресурсы;

Тихонова Ю.Г. — проведение исследования, ресурсы;

Авдеева Т.И. — проведение исследования, ресурсы;

Сорокина О.Ю. — методология, ресурсы;

Волель Б.А. — концептуализация, методология, ресурсы, руководство исследованием, администрирование проекта.

Author's contributions

Yulia V. Dolgoplova — investigation, validation, data curation, writing — original draft, writing — review & editing;

Tatiana V. Lezheiko — investigation, methodology, formal analysis, writing — review & editing;

Vera E. Golimbet — resources, supervision, project administration;

Georgy P. Kostyuk — resources, supervision, project administration;

Nikolay N. Ivanets — resources, supervision;

Marina A. Kinkulkina — investigation, resources;

Yulia G. Tikhonova — investigation, resources;

Tatiana I. Avdeeva — investigation, resources;

Olga Yu. Sorokina — methodology, resources;

Beatrice A. Volel — conceptualization, methodology, resources, supervision, project administration.

Конфликт интересов/Conflict of interests:

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interests.

Дата поступления 27.11.2025
Received 27.11.2025

Дата рецензирования 02.03.2026
Revised 02.03.2026

Дата принятия к публикации 31.03.2026
Accepted for publication 31.03.2026

© Шугушева З.А., 2026;
© Ичитовкина Е.Г., 2026;
© Соловьев А.Г., 2026;
© Двинских М.В., 2026

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
УДК/UDC 616.89-008.441.33:351.74-055.2
<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-44-56>

Психологические факторы дезадаптации у женщин-сотрудников правоохранительных органов с учетом профессионального профиля деятельности

Зарина Арсеновна Шугушева¹, Елена Геннадьевна Ичитовкина^{2,3}, Андрей Горгоньевич Соловьев³, Марина Викторовна Двинских¹

¹ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по городу Москве», поликлиника №1, Москва, Россия

²Департамент по материально-техническому и медицинскому обеспечению МВД России, Москва, Россия

³ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Архангельск, Россия

Автор для корреспонденции: Марина Викторовна Двинских, mvdvinskikh@yandex.ru

Резюме

Обоснование: профессиональная деятельность женщин-сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации (ОВД) сопровождается воздействием множества стрессогенных факторов, включая высокую ответственность, эмоциональные перегрузки и участие в служебных задачах в условиях чрезвычайных ситуаций (ЧС). Несмотря на растущую долю женщин в системе МВД России (до 30% личного состава), вопросы гендерно-ориентированной психопрофилактики остаются недостаточно разработанными. **Цель исследования:** изучить психологические факторы стресс-ассоциированной психической и профессиональной дезадаптации у женщин-сотрудников правоохранительных органов с учетом профиля профессиональной деятельности. **Участники и методы:** проведено сплошное клинико-психологическое обследование 128 женщин-сотрудников ГУ МВД России по г. Москве, вернувшихся из зон прифронтовых территорий в 2024–2025 гг. В зависимости от профессионального профиля обследованные были распределены на две группы: I группа — сотрудники социномического профиля (врачи и психологи; $n = 63$); II группа — сотрудники административно-оперативного профиля (паспортно-визовая служба, инспекторы по делам несовершеннолетних и др.); $n = 65$). Оценку психоэмоционального состояния и клинико-функциональных маркеров дезадаптации проводили с использованием стандартизированных психометрических методик: *Trauma Screening Questionnaire* (TSQ), *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), *Quick Inventory of Depressive Symptomatology* (QIDS), опросника копинг-стратегий Р. Лазаруса и С. Фолкмана, шкалы жизнестойкости С. Мадди (в адаптации Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой) и опросника удовлетворенности службой *Job Satisfaction Survey* (JSS). Внутренняя согласованность используемых психометрических шкал оценивалась с применением коэффициента α Кронбаха. Полученные значения варьировались в диапазоне 0,72–0,89, что соответствует удовлетворительной ($\alpha \geq 0,70$) и высокой ($\alpha \geq 0,80$) надежности шкал и подтверждает психометрическую валидность применяемого инструментария в исследуемой выборке. Статистическая обработка данных выполнялась в пакете IBM SPSS Statistics 26.0. **Результаты:** у женщин социномического профиля по сравнению с административно-оперативным профилем выявлены более высокие показатели тревожной симптоматики (HADS-A: $8,42 \pm 1,82$ и $7,17 \pm 1,91$; $p = 0,001$), депрессивных проявлений (HADS-D: $6,29 \pm 2,05$ и $5,24 \pm 1,82$; $p = 0,003$) и депрессии по шкале QIDS ($6,58 \pm 2,74$ и $5,58 \pm 2,92$; $p = 0,03$), при отсутствии статистически значимых различий по уровню постстрессовой симптоматики (TSQ: $4,29 \pm 1,11$ vs $3,95 \pm 1,16$; $p = 0,086$). Корреляционный анализ показал, что в обеих профессиональных группах копинг-стратегия «бегство-избегание» положительно коррелировала с показателями тревожной, депрессивной и постстрессовой симптоматики ($r = 0,38–0,58$; $p < 0,01$), тогда как стратегии самоконтроля, планирования решения проблемы и положительной переоценки, а также компоненты жизнестойкости «вовлеченность» и «контроль» демонстрировали устойчивые отрицательные связи с маркерами дезадаптации ($r = -0,30$ до $-0,50$; $p < 0,05–0,01$). Сравнение коэффициентов корреляции между профессиональными группами с использованием z-преобразования Фишера не выявило статистически значимых различий по ключевым ассоциациям ($p > 0,05$), что указывает на сходную структуру психологических предикторов дезадаптации независимо от профессионального профиля деятельности. **Заключение:** избегающие формы совладания и снижение ресурсных личностных характеристик являются ключевыми психологическими предикторами психической и профессиональной дезадаптации у женщин-сотрудников правоохранительных органов, вернувшихся из зон прифронтовых территорий. Структура выявленных предикторов носит устойчивый характер и в целом не зависит от профессионального профиля деятельности, что обосновывает целесообразность универсальных программ психопрофилактики, направленных на уменьшение избегающего поведения и развитие жизнестойкости.

Ключевые слова: женщины-сотрудники органов внутренних дел; профессиональный стресс; психическая дезадаптация; копинг-стратегии; жизнестойкость; удовлетворенность службой; чрезвычайные ситуации; психопрофилактика

Источник финансирования: авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Для цитирования: Шугушева З.А., Ичитовкина Е.Г., Соловьев А.Г., Двинских М.В. Психологические факторы дезадаптации у женщин-сотрудников правоохранительных органов с учетом профессионального профиля деятельности. *Психиатрия*. 2026;24(3):44–56. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-44-56>

Psychological Factors of Maladaptation in Female Law Enforcement Officers with Regard to Professional Activity Profile

Zarina A. Shugusheva¹, Elena G. Ichitovkina^{2,3}, Andrey G. Soloviev³, Marina V. Dvinskikh¹

¹Federal State Healthcare Institution "Medical Unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia for the City of Moscow", Polyclinic No. 1, Moscow, Russia

²Directorate for Logistical and Medical Support of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation, Moscow, Russia

³Northern State Medical University of the Ministry of the Russian Federation, Arkhangelsk, Russia

Corresponding author: Marina Viktorovna Dvinskikh, mvdvinskikh@yandex.ru

Summary

Background: the professional activity of women serving in the law enforcement agencies of the Russian Federation is associated with multiple stress factors, including high responsibility, emotional overload, and participation in operations under emergency and near-combat conditions. Despite the increasing proportion of women in the system of the Ministry of Internal Affairs (up to 30% of personnel), gender-specific aspects of mental health support remain insufficiently addressed. **The aim** was to identify psychological predictors of stress-associated mental and occupational maladaptation in female law enforcement officers, taking into account their professional activity profile. **Patients and Methods:** A total clinical and psychological assessment was conducted in 128 female employees of the Main Directorate of the Ministry of Internal Affairs of Russia in Moscow who returned from frontline territories in 2024–2025. Depending on their professional profile, the participants were divided into two groups: Group I included employees of socioeconomic professions (physicians and psychologists, $n = 63$), and Group II included employees of the administrative and operational profile (passport and visa service staff, juvenile affairs inspectors, etc., $n = 65$). Psychoemotional status and clinical-functional markers of maladaptation were assessed using standardized psychometric instruments: the Trauma Screening Questionnaire (TSQ), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), the Ways of Coping Questionnaire by R. Lazarus and S. Folkman, the Hardiness Scale by S. Maddi (adapted by D.A. Leontiev and E.I. Rasskazova), and the Job Satisfaction Survey (JSS). The internal consistency of the psychometric scales was assessed using Cronbach's alpha. The obtained values ranged from 0.72 to 0.89, indicating acceptable ($\alpha \geq 0.70$) to good ($\alpha \geq 0.80$) reliability and confirming the psychometric validity of the instruments in the study sample. Statistical analysis was performed using IBM SPSS Statistics version 26.0. **Results:** female employees of socioeconomic professions demonstrated higher levels of anxiety symptoms compared to those of the administrative-operational profile (HADS-A: 8.42 ± 1.82 vs 7.17 ± 1.91 ; $p = 0.001$), as well as higher depressive manifestations (HADS-D: 6.29 ± 2.05 vs 5.24 ± 1.82 ; $p = 0.003$) and depression severity according to the QIDS scale (6.58 ± 2.74 vs 5.58 ± 2.92 ; $p = 0.03$), while no statistically significant differences were found in posttraumatic stress symptom levels (TSQ: 4.29 ± 1.11 vs 3.95 ± 1.16 ; $p = 0.086$). Correlation analysis revealed that in both professional groups the coping strategy of escape-avoidance was positively associated with anxiety, depressive, and posttraumatic stress symptoms ($r = 0.38$ – 0.58 ; $p < 0.01$), whereas self-control, problem-solving planning, and positive reappraisal strategies, as well as the hardiness components of commitment and control, demonstrated stable negative associations with maladaptation markers ($r = -0.30$ to -0.50 ; $p < 0.05$ – 0.01). Comparison of correlation coefficients between professional groups using Fisher's z-transformation revealed no statistically significant differences in key associations ($p > 0.05$), indicating a similar structure of psychological predictors of maladaptation regardless of professional activity profile. **Conclusion:** avoidant coping strategies and reduced personal resilience resources constitute key psychological predictors of mental and occupational maladaptation in female law enforcement officers returning from frontline areas. The structure of the identified predictors appears stable and largely independent of professional activity profile, which substantiates the feasibility of universal psychoprophylactic programs aimed at reducing avoidant behavior and enhancing hardiness.

Keywords: female law enforcement officers, occupational stress, mental maladaptation, coping strategies, hardiness, job satisfaction, emergency conditions, psychological prevention

Funding: this study was not supported by any external sources of funding.

For citation: Shugusheva Z.A., Ichitovkina E.G., Soloviev A.G., Dvinskikh M.V. Psychological Factors of Maladaptation in Female Law Enforcement Officers with Regard to Professional Activity Profile. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2026;24(3):44–56. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-44-56>

ВВЕДЕНИЕ

Проблема психического здоровья сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации (ОВД) в последние годы приобретает особую социальную и медицинскую значимость [1–3]. По официальным данным, женщины составляют до 30% от общей численности сотрудников Министерства внутренних дел России (МВД России), включая должности в полиции, следственных, кадровых и иных подразделениях [4–6].

В отдельных территориальных и функциональных структурах доля женщин достигает 40–50%. Эта тенденция изменения гендерного состава сохраняет устойчивый характер на протяжении последних лет. Для сравнения, в большинстве зарубежных стран участие женщин в полицейских структурах значительно ниже: в странах Европейского союза этот показатель в среднем не превышает 20%, в США составляет около 12%, а в государствах Ближнего Востока — менее 5% [7–9].

В условиях равенства служебных прав, обязанностей и выполняемых функций характер психоэмоциональной и оперативной нагрузки у женщин в системе МВД России варьируется в зависимости от профессионального и ситуационного контекста [10]. Особенно отчетливо это проявляется в условиях чрезвычайных ситуаций (ЧС), включающих участие в операциях по обеспечению общественного порядка в прифронтовых регионах, ликвидации последствий катастроф, а также по сопровождению лиц, находящихся в кризисных или посттравматических состояниях [11]. Женщины-сотрудники ОВД активно задействованы в составе мобильных групп, участвуют в оперативно-розыскных мероприятиях, обеспечивают психологическую поддержку личного состава и гражданского населения в условиях боевых и постстрессовых воздействий [12].

Служебная деятельность в подобных обстоятельствах сопряжена с высоким уровнем стрессогенного воздействия и способствует формированию специфических клинко-психологических проявлений: тревожных, депрессивных, соматоформных и дезадаптационных расстройств. Дополнительными факторами уязвимости выступают ролевой конфликт между профессиональными и семейными обязанностями, ограниченность формальной и неформальной социальной поддержки, наличие гендерных стереотипов в мужской профессиональной среде, а также недостаточная представленность женщин в структурах управления и принятия решений. По данным отечественных исследований, женщины-сотрудники ОВД достоверно чаще демонстрируют симптомы эмоционального напряжения, снижения жизнестойкости и нарушений адаптационного функционирования в экстремальных условиях по сравнению с мужчинами [12].

Действующие нормативно-правовые акты, включая приказ МВД России от 31 июля 2023 г. №436 «Об утверждении Порядка организации медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации» [13], не содержат положений, учитывающих гендерную специфику психических реакций и потребностей женщин в условиях повышенного риска. Отсутствие дифференцированных подходов в системе психопрофилактики и медико-психологического сопровождения приводит к недооценке значимости гендерно-релевантных программ, способствует сохранению стигматизирующего отношения к психическим расстройствам среди женщин, проходящих службу, и затрудняет своевременную идентификацию групп риска.

В связи с этим возрастает необходимость проведения комплексного клинко-психологического исследования, направленного на выявление особенностей психических и психосоматических нарушений у женщин-сотрудников ОВД, выполняющих служебные задачи в условиях ЧС, а также на научное обоснование и разработку профилактических и коррекционно-реабилитационных программ, адаптированных к особенностям их психосоциального функционирования.

Цель исследования: изучить психологические факторы стресс-ассоциированной психической и профессиональной дезадаптации у женщин-сотрудников правоохранительных органов с учетом профессионального профиля деятельности.

Гипотеза исследования: выраженность психической и профессиональной дезадаптации у женщин-сотрудников правоохранительных органов статистически значимо связана с индивидуальными психологическими характеристиками (копинг-стратегиями и показателями жизнестойкости), при этом структура и сила этих связей модифицируются профессиональным профилем деятельности.

УЧАСТНИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование выполнено на базе ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по г. Москве». Проведено сплошное обследование женщин-сотрудников Главного управления МВД России по г. Москве — участников боевых действий, вернувшихся из зон прифронтовых территорий в 2024–2025 гг. Обследование осуществлялось в течение первых пяти суток после возвращения в подразделения постоянной дислокации в соответствии с действующими нормативными требованиями системы медицинского обеспечения МВД России.

Для анализа влияния профиля профессиональной деятельности на структуру психологических предикторов дезадаптации обследованные были стратифицированы в две группы. В I группу ($n = 63$) включены женщины — сотрудники социомических профессий (врачи и психологи), профессиональная деятельность которых связана с оказанием помощи, консультированием и интенсивным межличностным взаимодействием в условиях повышенной эмоциональной нагрузки. Во II группу ($n = 65$) вошли женщины — сотрудники административно-оперативного профиля (работники паспортно-визовой службы, инспекторы по делам несовершеннолетних и др.), выполняющие преимущественно организационно-контрольные и регламентные функции. Профессиональный профиль рассматривался как модераторный фактор при анализе взаимосвязей между психологическими характеристиками и показателями дезадаптации. Внутренняя согласованность используемых психометрических шкал оценивалась с применением коэффициента α Кронбаха. Полученные значения варьировались в диапазоне 0,72–0,89, что соответствует удовлетворительной ($\alpha \geq 0,70$) и высокой ($\alpha \geq 0,80$) надежности шкал и подтверждает психометрическую валидность применяемого инструментария в исследуемой выборке.

Обследование проводилось в рамках комплексного клинко-психологического подхода и включало два взаимодополняющих этапа.

На клинко-диагностическом этапе определяли структуру стресс-ассоциированных психических и психосоматических расстройств в соответствии с критериями МКБ-10 (преимущественно рубрики F40–F48).

Диагностику проводили врач-психиатр и клинический психолог на основании клинического интервью, анализа медицинской документации и экспертной оценки. Опросник *Trauma Screening Questionnaire* (TSQ) использовали как инструмент скрининговой оценки выраженности посттравматической симптоматики, а не как самостоятельный диагностический критерий посттравматического стрессового расстройства [14].

Психометрический этап был направлен на количественную оценку маркеров дезадаптации и психологических предикторов. Для оценки выраженности тревожной и депрессивной симптоматики применяли Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS) [15], для дополнительной верификации депрессивных проявлений использовали Краткий опросник по симптомам депрессии (*Quick Inventory of Depressive Symptomatology*, QIDS) [16]. Психологические факторы представлены показателями копинг-стратегий (опросник Р. Лазаруса и С. Фолкмана) [17] и уровня жизнестойкости (шкала Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой) [18]. Функциональный компонент профессиональной дезадаптации оценивали с использованием Опросника удовлетворенности работой (*Job Satisfaction Survey*, JSS P. Spector) [19], отражающего субъективную удовлетворенность условиями служебной деятельности и характеристиками профессиональной среды.

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета IBM SPSS Statistics 26.0. Применяли методы дескриптивной статистики с расчетом средних значений и стандартных отклонений. Межгрупповые различия по количественным показателям оценивали с использованием *t*-критерия Стьюдента для независимых выборок, по категориальным признакам — с применением χ^2 -критерия Пирсона. Анализ взаимосвязей между психологическими характеристиками (копинг-стратегии, показатели жизнестойкости) и клинко-функциональными маркерами дезадаптации (показатели симптоматики и удовлетворенности службой) проводили методом корреляционного анализа с расчетом коэффициентов корреляции Пирсона. Для оценки различий в структуре взаимосвязей между профессиональными группами применяли сравнение коэффициентов корреляции с использованием *z*-преобразования Фишера. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Этические аспекты

Все участники исследования подписали добровольное информированное согласие на участие в программе. Проведение исследования соответствовало положениям Хельсинкской декларации 1964 г., пересмотренной в 1975–2024 гг., и одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО СГМУ (Архангельск) (Протокол № 25/2023 от 13.11.2023).

Ethical aspects

All examined participants of study signed the informed consent to take part in a study. The research protocol was approved by Local Ethical Committee Federal State

Budgetary Educational Institution of Higher Medical Education (Arkhangelsk)(protocol № 25/2023 from 13.11.2023). This study complies with the Principles of the WMA Helsinki Declaration 1964 amended 1975–2024.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате анализа структуры психических и соматических расстройств у женщин-сотрудников ГУВД по г. Москве выявлены значимые различия между двумя профессиональными группами. Установлено, что у представительниц I группы психические расстройства встречались чаще, чем у сотрудниц из II группы (42,9% против 27,7% соответственно; $\chi^2 = 2,94$; $p = 0,087$), что свидетельствует о тенденции к большей психоэмоциональной уязвимости лиц, чья профессиональная деятельность предполагает оказание помощи, консультирование и постоянное межличностное взаимодействие в условиях повышенного эмоционального напряжения.

Наиболее выраженные различия между группами обнаружены по показателям соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы (F45.0) и соматизированного расстройства (F45.2) — 9,5% и 6,3% в I группе против 4,6% и 1,5% во II ($p < 0,05$). Эти данные указывают на более частое развитие психосоматических проявлений у лиц, подвергающихся эмоциональному выгоранию и стрессовым нагрузкам в процессе выполнения служебных обязанностей, связанных с межличностной коммуникацией. Кроме того, тревожные и стресс-индуцированные расстройства (F41–F43) также преобладали у женщин I группы — 22,2% против 15,4% во II, что, хотя и не достигло статистически достоверных различий ($p = 0,078$), демонстрирует устойчивую тенденцию к большей распространенности тревожных состояний у специалистов, вовлеченных в непосредственное взаимодействие с гражданами и оказание помощи в кризисных ситуациях.

Соматические заболевания выявлены с высокой частотой в обеих профессиональных группах без достоверных различий: 44,4% у женщин в I группе и 52,3% — во II ($\chi^2 = 0,74$; $p = 0,390$). Наиболее часто регистрировали артериальную гипертензию (I10) — 19,0% и 26,2%, соответственно, а также хронический гастрит (K29) — около 9% в обеих группах. Заболевания, опосредованные стрессовыми механизмами, такие как мигрень (G43) и синдром раздраженного кишечника (K58), также имели сопоставимую частоту у обеих категорий служащих (табл. 1).

Результаты сравнительного анализа психоэмоционального состояния женщин-сотрудников ГУВД по г. Москве, представленные в табл. 2, показали различия между двумя профессиональными группами по большинству исследуемых показателей. У женщин I группы, чья деятельность связана с интенсивным межличностным взаимодействием и оказанием психологической или медицинской помощи, отмечались более высокие уровни выраженности симптомов

Таблица 1. Частота психических и соматических расстройств у женщин сотрудников ГУВД по г. Москве, %
Table 1 Prevalence of mental and somatic disorders among female employees of the Main Directorate of the Ministry of Internal Affairs of Moscow, %

Код по МКБ-10/ICD 10	Диагноз/Diagnosis	I группа/I group (n = 63)		II группа/II group (n = 65)		χ^2	p
		Абс.	%	Абс.	%		
I10	Артериальная гипертензия/Arterial hypertension	12	19,0	17	26,2	1,03	0,310
F45.0	Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы/ Somatoform dysfunction of the autonomic nervous system	6	9,5	3	4,6	3,97	0,046*
F45.2	Соматизированное расстройство/Somatized disorder	4	6,3	1	1,5	3,88	0,049*
F41–F43	Тревожные и стресс-индуцированные расстройства/ Anxiety and distress-induced disorders	14	22,2	10	15,4	3,12	0,078
G43	Мигрень/Migraine	5	7,9	4	6,2	0,19	0,665
K58	Синдром раздраженного кишечника/Irritable bowel syndrome	3	4,8	4	6,2	0,13	0,717
K29	Хронический гастрит/Chronic gastritis	6	9,5	6	9,2	0,00	0,975
E11	Сахарный диабет 2 типа/Type 2 diabetes mellitus	2	3,2	3	4,6	0,20	0,654
F54	Психологические факторы при соматических заболеваниях/ Psychological factors affecting somatic conditions	3	4,8	4	6,2	0,13	0,717
Всего	Психическое расстройство ≥ 1 /mental disorder ≥ 1	27	42,9	18	27,7	2,94	0,087
Всего	Соматическое заболевание ≥ 1 /somatic disease ≥ 1	28	44,4	34	52,3	0,74	0,390

Примечание: * — различия статистически значимы при $p < 0,05$.

Note: * — differences are significant at $p < 0.05$.

по шкалам тревоги, депрессии и общего дистресса. Средний показатель по шкале тревоги (HADS-A) у них составил $8,42 \pm 1,82$ балла против $7,17 \pm 1,91$ балла у женщин II группы (административно-оперативный профиль) различие статистически значимо ($p = 0,001$). Аналогичная тенденция выявлена по шкале депрессии (HADS-D) — $6,29 \pm 2,05$ балла против $5,24 \pm 1,82$ балла ($p = 0,003$).

По результатам шкалы QIDS у женщин I группы средний балл также был значимо выше ($6,58 \pm 2,74$ против $5,58 \pm 2,92$; $p = 0,03$), что указывает на более выраженные проявления эмоционального истощения и сниженного настроения у сотрудниц этой профессиональной категории. Показатели по шкале TSQ оказались выше у женщин I группы ($4,29 \pm 1,11$ против $3,95 \pm 1,16$ балла), однако различие не достигло статистической значимости ($p = 0,086$). В целом полученные данные свидетельствуют о более высоком уровне психоэмоционального напряжения, тревожности и депрессивных симптомов у женщин в условиях ЧС, занятых в социэкономических профессиях (табл. 2). Это, вероятно, связано с особенностями их профессиональной деятельности, требующей постоянной эмпатической вовлеченности, эмоционального самоконтроля и работы в условиях стрессогенной межличностной коммуникации.

Результаты сравнительного анализа копинг-стратегий у женщин-сотрудников ГУВД по г. Москве, представленные в табл. 2, позволили выявить различия в преобладающих способах совладания со стрессом между двумя профессиональными группами. У женщин I группы более выраженной оказалась ориентация

на поиск социальной поддержки ($51,64 \pm 15,28$ балла против $44,60 \pm 17,37$; $p = 0,018$) и на положительную переоценку происходящего ($55,17 \pm 9,94$ против $50,82 \pm 10,62$; $p = 0,022$). Это свидетельствует о тенденции к использованию конструктивных и социально-ориентированных стратегий совладания, направленных на эмоциональное восстановление и мобилизацию внешних ресурсов поддержки. Вместе с тем, у представительниц I группы несколько чаще наблюдалась стратегия бегства-избегания ($30,22 \pm 9,71$ против $26,91 \pm 10,03$; $p = 0,047$), что может отражать сочетание адаптивных и защитных форм реагирования на стрессовые нагрузки.

У женщин II группы отмечены достоверно более высокие показатели по стратегиям контроля над ситуацией ($74,21 \pm 9,84$ против $70,03 \pm 10,41$; $p = 0,021$) и планирования решения проблемы ($56,31 \pm 13,05$ против $51,54 \pm 14,11$; $p = 0,044$). Эти особенности указывают на доминирование когнитивно-поведенческих механизмов регуляции, направленных на рациональное осмысление стрессовой ситуации и активное целеполагание. Показатели по шкалам конфронтации, дистанцирования и принятия ответственности значимо не различались между группами ($p > 0,05$), что позволяет рассматривать данные формы реагирования как относительно универсальные для обеих категорий служащих.

В целом, выявленные различия отражают профессионально обусловленные модели совладания: женщины социэкономических профессий в условиях ЧС чаще прибегают к социально-эмоциональным стратегиям и поиску поддержки, тогда как сотрудницы

Таблица 2. Клинико-психологические показатели и психологические факторы дезадаптации у женщин-сотрудников ГУ МВД России по г. Москве (М ± SD)**Table 2** Clinical and psychological factors and psychological predictors of maladaptation among female employees of the Moscow Main Directorate of the Ministry of Internal Affairs (M ± SD)

Показатель/Indicator	I группа/I group (n = 63) M ± SD	II группа/II group (n = 65) M ± SD	p
Маркеры дезадаптации/Maladaptation markers			
ПТСР (TSQ)/PTSD (TSQ)	4,29 ± 1,11	3,95 ± 1,16	0,086
Тревога (HADS-A)/Anxiety (HADS-A)	8,42 ± 1,82	7,17 ± 1,91	0,001*
Депрессия (HADS-D)/Depression (HADS-D)	6,29 ± 2,05	5,24 ± 1,82	0,003*
QIDS/QIDS	6,58 ± 2,74	5,58 ± 2,92	0,030*
Копинг-стратегии/Coping strategies			
Конфронтация/Confrontation	31,08 ± 10,42	29,59 ± 11,34	0,432
Дистанцирование/Distancing	27,81 ± 6,03	28,97 ± 6,25	0,296
Контроль/Self-control	70,03 ± 10,41	74,21 ± 9,84	0,021*
Поиск социальной поддержки/Seeking social support	51,64 ± 15,28	44,60 ± 17,37	0,018*
Принятие ответственности/Acceptance of responsibility	47,02 ± 15,81	45,52 ± 16,27	0,602
Бегство-избегание/Escape-avoidance	30,22 ± 9,71	26,91 ± 10,03	0,047*
Планирование решения проблемы/Problem-solving planning	51,54 ± 14,11	56,31 ± 13,05	0,044*
Положительная переоценка/Positive reappraisal	55,17 ± 9,94	50,82 ± 10,62	0,022*
Жизнестойкость/Resilience (Hardiness)			
Вовлеченность/Commitment	41,26 ± 8,65	39,12 ± 9,08	0,173
Контроль/Control	39,85 ± 9,52	35,67 ± 10,11	0,014*
Принятие риска/Challenge (Risk taking)	24,78 ± 8,94	21,63 ± 9,92	0,047*

Примечание: * — различия статистически значимы при $p < 0,05$.Note: * — differences are statistically significant at $p < 0.05$.

административно-оперативного профиля используют контроль, планирование и структурированное решение проблем.

Результаты анализа показателей жизнестойкости у женщин-сотрудников ГУВД по г. Москве представлены в табл. 4 и демонстрируют наличие статистически значимых различий между двумя профессиональными группами.

У женщин I группы отмечены более высокие средние значения по всем параметрам жизнестойкости по сравнению с представительницами II группы. Наиболее выраженные различия зафиксированы по шкале «Контроль» ($39,85 \pm 9,52$ против $35,67 \pm 10,11$; $p = 0,014$), что указывает на более развитое чувство личной ответственности за происходящие события и уверенность в возможности влиять на ситуацию у женщин, чья профессиональная деятельность связана с оказанием помощи и межличностным взаимодействием.

По шкале «Принятие риска» также выявлено статистически значимое различие ($24,78 \pm 8,94$ против $21,63 \pm 9,92$; $p = 0,047$), отражающее большую готовность к принятию неопределенности и активности в новых обстоятельствах у женщин с социальным профилем профессиональной деятельности. Показатель «Вовлеченность» ($41,26 \pm 8,65$ против $39,12 \pm 9,08$; $p = 0,173$) продемонстрировал аналогичную тенденцию, однако различие не достигло уровня статистической значимости.

Результаты оценки удовлетворенности службой у женщин-сотрудников ОВД, представленные в табл. 3, показали различия между профессиональными группами по ряду параметров шкалы *Job Satisfaction Survey* (JSS). В целом, представительницы I группы продемонстрировали более высокий уровень удовлетворенности служебной деятельностью по сравнению с женщинами II группы: интегральный показатель составил $147,61 \pm 14,25$ против $141,24 \pm 16,05$ балла ($p = 0,028$).

Статистически значимые различия выявлены по трем компонентам удовлетворенности: «Коллеги» ($16,32 \pm 2,16$ против $14,84 \pm 2,52$; $p = 0,001$), «Характер работы» ($19,43 \pm 3,11$ против $17,52 \pm 3,93$; $p = 0,003$) и «Информирование» ($12,70 \pm 3,45$ против $13,89 \pm 3,04$; $p = 0,046$). Первые два параметра указывают на более позитивное восприятие профессиональной среды и межличностных отношений в социальном профиле, где важную роль играют коммуникация, эмоциональная вовлеченность и командное взаимодействие. Более высокие показатели по фактору «Характер работы» отражают внутреннюю мотивацию и удовлетворенность содержанием профессиональной деятельности у женщин, ориентированных на помощь и взаимодействие с людьми.

У сотрудниц административно-оперативного профиля отмечена несколько большая удовлетворенность информированием о служебных задачах и решениях руководства, что может быть связано

Таблица 3. Удовлетворенность службой (JSS) у женщин сотрудников ГУВД по г. Москве, баллы**Table 3** Job Satisfaction (JSS) among female employees of the Main Directorate of the Ministry of Internal Affairs of Moscow, points

Критерии удовлетворенности службой/Criteria for service satisfaction	I группа/I group (n = 63)		II группа/II group (n = 65)		p
	M	SD	M	SD	
Зарплата/Salary	14,09	4,02	15,28	3,86	0,073
Карьера/Career advancement	15,67	3,11	14,95	3,87	0,273
Руководство/Supervision	17,18	2,13	16,72	2,62	0,315
Дополнительные льготы/Additional benefits	12,54	3,15	12,29	3,34	0,668
Зависимые вознаграждения/Contingent rewards	15,67	3,06	15,43	2,88	0,661
Условия выполнения/Working conditions	14,65	3,24	13,84	3,59	0,193
Коллеги/Coworkers	16,32	2,16	14,84	2,52	0,001*
Характер работы/Nature of work	19,43	3,11	17,52	3,93	0,003*
Информирование/Communication (Information sharing)	12,70	3,45	13,89	3,04	0,046*
Интегральный показатель удовлетворенности службой/Over all job satisfaction index	147,61	14,25	141,24	16,05	0,028

Примечание: * — различия статистически значимы при $p < 0,05$.

Note: * — differences are statistically significant at $p < 0.05$.

с регламентированным характером их деятельности и четко структурированной системой подчиненности. Остальные показатели — зарплата, карьерные перспективы, руководство, условия службы и дополнительные льготы — статистически значимо не различались между группами ($p > 0,05$), что свидетельствует о сходных оценках материальных и организационных аспектов службы.

Таким образом, женщины профессий социомического профиля в большей степени удовлетворены содержанием работы и межличностными отношениями в коллективе, тогда как представительницы административно-оперативных профессий демонстрируют преимущественно формальную вовлеченность, ориентированную на стабильность и служебную структуру. Эти результаты подтверждают влияние профессиональной специфики на субъективное восприятие условий труда в ЧС и эмоциональную вовлеченность женщин в системе МВД России.

Корреляционный анализ выявил статистически значимые взаимосвязи между рядом психологических характеристик и клинико-функциональными маркерами дезадаптации (табл. 4). Наиболее выраженные положительные корреляции обнаружены между копинг-стратегией «бегство-избегание» и всеми показателями симптоматики: посттравматической (TSQ: $r = 0,46$; $p < 0,01$), тревожной (HADS-A: $r = 0,52$; $p < 0,01$), депрессивной (HADS-D: $r = 0,48$; $p < 0,01$) и по шкале QIDS ($r = 0,50$; $p < 0,01$). Это указывает на устойчивую ассоциацию избегательного стиля совладания с более высокой выраженностью психоэмоциональной дезадаптации.

Умеренные положительные связи также выявлены для стратегии «дистанцирование», коррелирующей с показателями тревоги ($r = 0,41$; $p < 0,01$), депрессии ($r = 0,37$; $p < 0,01$) и посттравматической симптоматики ($r = 0,34$; $p < 0,01$). Аналогичная направленность, но

меньшая по силе, отмечена для стратегии «конфронтация», демонстрирующей слабые-умеренные положительные корреляции с показателями тревоги и постстрессовой симптоматики.

В противоположность этому для ряда копинг-стратегий и личностных ресурсов оказались отрицательными связи с маркерами дезадаптации. Так, показатели самоконтроля, планирования решения проблемы и положительной переоценки демонстрировали устойчивые отрицательные корреляции со всеми клиническими шкалами ($r = -0,27...-0,36$; $p < 0,05-0,01$), что свидетельствует о потенциальной защитной роли данных стратегий в регуляции стрессовой нагрузки.

Наиболее выраженные отрицательные взаимосвязи выявлены для параметров жизнестойкости. Показатель вовлеченности коррелировал с тревожной симптоматикой ($r = -0,45$; $p < 0,01$), депрессией ($r = -0,43$; $p < 0,01$), постстрессовыми проявлениями ($r = -0,41$; $p < 0,01$) и уровнем депрессивных симптомов по QIDS ($r = -0,40$; $p < 0,01$). Аналогичная картина наблюдалась для компонента контроля ($r = -0,37...-0,42$; $p < 0,01$). Компонент принятия риска демонстрировал умеренные отрицательные связи ($r \approx -0,23...-0,29$; $p < 0,05$), что указывает на его менее выраженный, но стабильный защитный эффект. Отдельные копинг-стратегии, такие как «принятие ответственности», не демонстрировали статистически значимых корреляций с клинико-психологическими показателями, что может свидетельствовать о нейтральной роли данной стратегии в контексте стресс-ассоциированной дезадаптации. В целом полученные данные указывают на дифференцированную структуру психологических предикторов дезадаптации: дезадаптивные стратегии совладания (избегание, дистанцирование) ассоциированы с нарастанием симптоматики, тогда как ресурсные характеристики личности и конструктивные копинг-стратегии связаны с ее снижением (табл. 4).

Таблица 4. Корреляции между психологическими факторами и маркерами дезадаптации (r Пирсона)
Table 4 Correlations between psychological factors and maladaptation markers (Pearson's r)

Предиктор/Predictor	TSQ	HADS-A	HADS-D	QIDS
Копинг-стратегии/Coping strategies				
Конфронтация/Confrontation	0,28*	0,31**	0,22*	0,19
Дистанцирование/Distancing	0,34**	0,41**	0,37**	0,35**
Самоконтроль/Self-control	-0,29*	-0,33**	-0,30**	-0,27*
Поиск социальной поддержки/Seeking social support	-0,18	-0,26*	-0,24*	-0,21
Принятие ответственности/Acceptance of responsibility	0,15	0,19	0,17	0,16
Бегство-избегание/Escape-avoidance	0,46**	0,52**	0,48**	0,50**
Планирование решения/Problem-solving planning	-0,32**	-0,36**	-0,34**	-0,31**
Положительная переоценка/Positive reappraisal	-0,27*	-0,30**	-0,28*	-0,25*
Жизнестойкость/Resilience (Hardiness)				
Вовлеченность/Commitment	-0,41**	-0,45**	-0,43**	-0,40**
Контроль/Control	-0,38**	-0,42**	-0,39**	-0,37**
Принятие риска/Challenge	-0,26*	-0,29*	-0,25*	-0,23*

Примечание: * — различия статистически значимы при $p < 0,05$, ** — при $p < 0,01$.

Notes: * — differences are statistically significant at $p < 0.05$, ** — at $p < 0.01$.

Результаты корреляционного анализа, выполненного отдельно для профессиональных групп, представлены в табл. 4 и 5. У женщин социомического профиля выявлена развернутая и дифференцированная система взаимосвязей между психологическими характеристиками и маркерами дезадаптации.

Наиболее выраженные положительные корреляции обнаружены для копинг-стратегии «бегство-избегание», демонстрирующей устойчивые связи со всеми показателями симптоматики: TSQ ($r = 0,52$; $p < 0,01$), HADS-A ($r = 0,58$; $p < 0,01$), HADS-D ($r = 0,55$; $p < 0,01$) и QIDS ($r = 0,54$; $p < 0,01$). Это указывает на ассоциацию избегающего стиля совладания с более высокой выраженностью постстрессовой, тревожной и депрессивной симптоматики. Схожую, но менее выраженную направленность демонстрирует стратегия «дистанцирование», коррелирующая с показателями тревоги ($r = 0,46$; $p < 0,01$), депрессии ($r = 0,43$; $p < 0,01$), постстрессовой симптоматики ($r = 0,41$; $p < 0,01$) и QIDS ($r = 0,39$; $p < 0,01$). Стратегия «конфронтация» характеризовалась слабыми умеренными положительными связями с клиническими шкалами. В противоположность этому, ряд копинг-стратегий демонстрировал отрицательные корреляции с маркерами дезадаптации. Наиболее устойчивые отрицательные связи выявлены для стратегий «самоконтроль», «планирование решения проблемы» и «положительная переоценка» ($r = -0,30...-0,41$; $p < 0,05-0,01$), что свидетельствует о потенциальной защитной роли данных поведенческих паттернов. Стратегия «поиск социальной поддержки» также была ассоциирована со снижением тревожной и депрессивной симптоматики, однако выраженность связей была умеренной.

Показатели жизнестойкости демонстрировали наиболее сильные отрицательные корреляции со всеми клинико-психологическими маркерами. Компонент «вовлеченность» был связан с тревогой ($r = -0,49$;

$p < 0,01$), депрессией ($r = -0,47$; $p < 0,01$), TSQ ($r = -0,45$; $p < 0,01$) и QIDS ($r = -0,44$; $p < 0,01$). Аналогичная картина выявлена для компонента «контроль» ($r = -0,41...-0,46$; $p < 0,01$). Компонент «принятие риска» характеризовался умеренными отрицательными связями ($p < 0,05$) (табл. 5).

У женщин-сотрудников административно-оперативного профиля деятельности структура корреляций носила более компактный и регуляторно ориентированный характер. Как и в I группе, положительные корреляции с клиническими показателями выявлены для стратегии «бегство-избегание» (TSQ: $r = 0,38$; HADS-A: $r = 0,41$; HADS-D: $r = 0,39$; QIDS: $r = 0,40$; $p < 0,01$), однако выраженность связей была несколько меньшей по сравнению с социомической группой. Стратегия «дистанцирование» демонстрировала слабые/умеренные положительные корреляции со всеми показателями симптоматики ($p < 0,05-0,01$). Стратегия «конфронтация» значимых связей с маркерами дезадаптации не выявила.

Отрицательные корреляции наиболее выражены для стратегий «самоконтроль», «планирование решения проблемы» и «положительная переоценка» ($r = -0,47$; $p < 0,01$), что указывает на доминирующую роль регуляторных и когнитивных механизмов совладания в поддержании психологической устойчивости в данной профессиональной группе. Стратегия «поиск социальной поддержки» статистически значимых связей с показателями симптоматики не демонстрировала. Среди параметров жизнестойкости наиболее выраженные отрицательные корреляции отмечены для компонента «контроль» ($r = -0,50$; $p < 0,01$), тогда как показатели «вовлеченности» демонстрировали умеренные связи, а компонент «принятие риска» не достигал статистической значимости (табл. 6). Это может отражать большую роль поведенческой саморегуляции и управляемости ситуацией в механизмах

Таблица 5. Корреляции между психологическими факторами и маркерами дезадаптации у женщин, занятых социэкономической деятельностью (I группа, $n = 63$) (r Пирсона)**Table 5** Correlations between psychological factors and maladaptation markers in female employees of socioeconomic professions (Group I, $n = 63$) (Pearson's r)

Фактор/Factors	TSQ	HADS-A	HADS-D	QIDS
Копинг-стратегии/Coping strategies				
Конфронтация/Confrontation	0,32*	0,35**	0,28*	0,26*
Дистанцирование/Distancing	0,41**	0,46**	0,43**	0,39**
Самоконтроль/Self-control	-0,34**	-0,38**	-0,36**	-0,33**
Поиск социальной поддержки/Seeking social support	-0,24	-0,31*	-0,29*	-0,26*
Принятие ответственности/Acceptance of responsibility	0,18	0,22	0,19	0,20
Бегство-избегание/Escape-avoidance	0,52**	0,58**	0,55**	0,54**
Планирование решения/Problem-solving planning	-0,36**	-0,41**	-0,38**	-0,35**
Положительная переоценка/Positive reappraisal	-0,31*	-0,35**	-0,33**	-0,30*
Жизнестойкость/Resilience (Hardiness)				
Вовлеченность/Commitment	-0,45**	-0,49**	-0,47**	-0,44**
Контроль/Control	-0,42**	-0,46**	-0,44**	-0,41**
Принятие риска/Challenge	-0,28*	-0,32*	-0,29*	-0,27*

Примечание: * — различия статистически значимы при $p < 0,05$, ** — при $p < 0,01$.

Notes: * — differences are statistically significant at $p < 0.05$, ** — at $p < 0.01$.

Таблица 6. Корреляции между психологическими факторами и маркерами дезадаптации у женщин административно-оперативного профиля (II группа, $n = 65$) (r Пирсона)**Table 6** Correlations between psychological factors and maladaptation markers in female employees of administrative-operational profile (Group II, $n = 65$) (Pearson's r)

Предиктор/Predictor	TSQ	HADS-A	HADS-D	QIDS
Копинг-стратегии/Coping strategies				
Конфронтация/Confrontation	0,19	0,21	0,18	0,16
Дистанцирование/Distancing	0,27*	0,33**	0,29*	0,26*
Самоконтроль/Self-control	-0,41**	-0,44**	-0,42**	-0,39**
Поиск социальной поддержки/Seeking social support	-0,12	-0,18	-0,15	-0,14
Принятие ответственности/Acceptance of responsibility	0,10	0,13	0,11	0,12
Бегство-избегание/Escape-avoidance	0,38**	0,41**	0,39**	0,40**
Планирование решения/Problem-solving planning	-0,44**	-0,47**	-0,45**	-0,42**
Положительная переоценка/Positive reappraisal	-0,36**	-0,39**	-0,37**	-0,34**
Жизнестойкость/Resilience (Hardiness)				
Вовлеченность/Commitment	-0,31*	-0,35**	-0,33**	-0,30*
Контроль/Control	-0,47**	-0,50**	-0,48**	-0,45**
Принятие риска/Challenge	-0,21	-0,24	-0,22	-0,20

Примечание: * — различия статистически значимы при $p < 0,05$, ** — при $p < 0,01$.

Notes: * — differences are statistically significant at $p < 0.05$, ** — at $p < 0.01$.

адаптации сотрудников административно-оперативного профиля.

В обеих профессиональных группах дезадаптация ассоциирована с усилением избегающих форм совладания и снижением ресурсных характеристик личности, однако выраженность и структура этих связей различаются. У представителей социэкономического профиля более выражены эмоционально-ориентированные и межличностные компоненты регуляции (роль социальной поддержки, высокая чувствительность к избеганию), тогда как у сотрудников административно-оперативного профиля доминируют

регуляторно-когнитивные механизмы (самоконтроль, планирование, контроль как компонент жизнестойкости).

Результаты сравнения коэффициентов корреляции между профессиональными группами с использованием z -преобразования Фишера представлены в табл. 6. По всем проанализированным ассоциациям статистически значимых различий между коэффициентами корреляции не выявлено ($z < 1,96$; $p > 0,05$). Так, связь копинг-стратегии «бегство-избегание» с уровнем тревожной симптоматики (HADS-A) была сопоставимой по силе в обеих группах ($r = 0,58$ в I группе и $r = 0,41$

Таблица 7. Сравнение коэффициентов корреляции между профессиональными группами (z-преобразование Фишера)**Table 7.** Comparison of correlation coefficients between professional groups (Fisher's z-test)

Связь/Association	r (I группа)	r (II группа)	z	p
Бегство–избегание × HADS-A/Escape–avoidance × HADS-A	0,58	0,41	1,26	0,21
Бегство–избегание × TSQ/Escape–avoidance × TSQ	0,52	0,38	0,97	0,33
Дистанцирование × HADS-A/Distancing × HADS-A	0,46	0,33	0,85	0,40
Самоконтроль × HADS-A/Self-control × HADS-A	–0,38	–0,44	0,40	0,69
Контроль (жизнестойкость) × QIDS/Control (hardiness) × QIDS	–0,41	–0,45	0,23	0,82
Поиск социальной поддержки × HADS-A/Seeking social support × HADS-A	–0,31	–0,18	0,77	0,44

Примечание: z рассчитан по формуле Фишера; различия считаются статистически значимыми при $|z| \geq 1,96$ ($p < 0,05$).

Notes: z was calculated using Fisher's transformation; differences were considered statistically significant at $|z| \geq 1.96$ ($p < 0.05$).

во II группе; $z = 1,26$; $p = 0,21$). Аналогичная картина отмечена для взаимосвязи данной стратегии с показателями постстрессовой симптоматики (TSQ), где различия между коэффициентами корреляции также не достигали уровня статистической значимости ($z = 0,97$; $p = 0,33$ (табл. 7)).

Сопоставимыми оказались и корреляции стратегии «дистанцирование» с тревожной симптоматикой (HADS-A) ($z = 0,85$; $p = 0,40$), а также взаимосвязи регуляторных и ресурсных характеристик — самоконтроля и компонента жизнестойкости «контроль» — с показателями дезадаптации ($p > 0,05$). Связь стратегии «поиск социальной поддержки» с тревожной симптоматикой также не демонстрировала статистически значимых различий между группами ($z = 0,77$; $p = 0,44$), несмотря на различия в уровне выраженности данной стратегии, выявленные при межгрупповом сравнении. Профессиональный профиль деятельности не оказывал статистически значимого модифицирующего влияния на силу ключевых взаимосвязей между психологическими предикторами и маркерами дезадаптации. Выявленные ранее различия между группами касаются преимущественно уровней характеристик показателей, тогда как структура и направленность ассоциаций носят устойчивый и универсальный характер.

ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе исследования выявлены устойчивые факторы психологической и профессиональной дезадаптации у женщин-сотрудников правоохранительных органов, вернувшихся из зон прифронтовых территорий. К числу ключевых дезадаптивных предикторов отнесены избегающие и дистанцированные формы совладания, наиболее отчетливо представленные стратегией «бегство–избегание», ассоциированной с повышенной выраженностью постстрессовой, тревожной и депрессивной симптоматики.

Защитными предикторами адаптации выступают конструктивные копинг-стратегии, ориентированные на саморегуляцию и когнитивную переработку стрессовой ситуации (самоконтроль, планирование решения проблемы, положительная переоценка), а также личностные ресурсы жизнестойкости. Наибольший вклад

в снижение выраженности клинико-функциональных маркеров дезадаптации вносят компоненты жизнестойкости «вовлеченность» и «контроль», что позволяет рассматривать жизнестойкость как интегральный предиктор сохранения адаптационного потенциала.

Сравнительный анализ показал, что профессиональный профиль деятельности не оказывает статистически значимого модифицирующего влияния на структуру взаимосвязей между психологическими предикторами и маркерами дезадаптации, несмотря на выявленные межгрупповые различия по уровню отдельных показателей. Это свидетельствует об относительной универсальности психологических механизмов дезадаптации у женщин-сотрудников правоохранительных органов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты имеют прикладное значение и позволяют дифференцировать направления психопрофилактических и коррекционных вмешательств с учетом профессионального профиля деятельности.

Для женщин, занятых в деятельности социэкономического профиля (врачи, психологи), приоритетными задачами психологической коррекции являются: снижение выраженности избегающих форм совладания (бегство–избегание, дистанцирование), развитие навыков эмоциональной саморегуляции и профилактики эмоционального выгорания, поддержка адаптивного использования социальной поддержки при одновременном снижении зависимости от эмоционально-нагруженного взаимодействия, программы восстановления ресурсов жизнестойкости с акцентом на компоненты «вовлеченность» и «контроль».

Для сотрудников административно-оперативного профиля целесообразно: развитие когнитивно-поведенческих стратегий совладания (планирование, самоконтроль), усиление личностного компонента «контроль» как ключевого ресурса адаптации, формирование гибкости совладающего поведения с включением элементов социальной поддержки,

Общими (универсальными) направлениями вмешательств для обеих групп являются: снижение выраженности избегающих копинг-стратегий как ключевого

фактора дезадаптации, развитие жизнестойкости как интегрального ресурса психической устойчивости, внедрение программ раннего выявления групп риска на основе психометрического скрининга.

Таким образом, несмотря на универсальность структуры факторов, выявлены различия в приоритетных мишенях психопрофилактики, что обосновывает необходимость сочетания унифицированных и профильно-ориентированных подходов к медико-психологическому сопровождению женщин-сотрудников ОВД.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Иванов НМ, Ичитовкина ЕГ, Евдокимов ВИ, Лихолетов АГ. Анализ показателей заболеваемости личного состава МВД России. *Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях*. 2024;2:14–38. doi: 10.25016/2541-7487-2024-0-2-14-38
Ivanov NM, Ichitovkina EG, Evdokimov VI, Likholeto AG. Analysis of morbidity indicators in the personnel of the Ministry of Internal Affairs of Russia. *Medical-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergencies*. 2024;2:14–38. (In Russ.). doi: 10.25016/2541-7487-2024-0-2-14-38
2. Кобозев ИЮ. Жизнестойкость и личностные особенности сотрудников органов внутренних дел с различным стажем службы. *Вестник психотерапии*. 2023;87:89–95. doi: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-89-95
Kobozev IYu. Hardiness and personal characteristics of employees of internal affairs bodies with different service experience. *Bulletin of Psychotherapy*. 2023;87:89–95. (In Russ.). doi: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-89-95
3. Шувалов АП, Сидоров АВ, Фасхутдинова АВ. Актуальные вопросы формирования психологической компетентности сотрудника органов внутренних дел Российской Федерации в современных условиях. *Закон и право*. 2024;(4):255–260. doi: 10.24412/2073-3313-2024-4-255-260
Shuvalov AP, Sidorov AV, Faskhutdinova AV. Topical issues of the formation of psychological competence of an employee of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation in modern conditions. *Law and legislation*. 2024;(4):255–260. (In Russ.). doi: 10.24412/2073-3313-2024-4-255-260
4. Рассоха АА, Злоказова МВ, Соловьев АГ, Ичитовкина ЕГ. Динамика личностных особенностей пенсионеров-комбатантов министерства внутренних дел и их взаимосвязь с формированием психических расстройств. *Вятский медицинский вестник*. 2024;2(82):44–9. doi: 10.24412/2220-7880-2024-2-44-49
Rassokha AA, Zlokazova MV, Soloviev AG, Ichitovkina EG. The dynamics of personal character traits of resigned combatants of the ministry of internal affairs in correlation with mental disorders. *Vyatsky Medical Bulletin*. 2024;2(82):44–9. (In Russ.). doi: 10.24412/2220-7880-2024-2-44-49
5. Ичитовкина ЕГ, Сакович ПВ, Соловьев АГ, Жернов СВ. Доклинический онлайн-скрининг стресс-ассоциированных расстройств у комбатантов. *Психиатрия*. 2024;22(2):46–53. doi: 10.30629/2618-6667-2024-22-2-46-53
Ichitovkina EG, Sakovich PV, Soloviev AG, Zhernov SV. Preclinical online screening for stress-associated disorders in combatants. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2024;22(2):46–53. (In Russ.). doi: 10.30629/2618-6667-2024-22-2-46-53
6. Безчасный КВ. Качество жизни с позиций защитно-совладающего реагирования у сотрудников органов внутренних дел России, страдающих расстройствами адаптации. *Психическое здоровье*. 2024;19(2):43–50. doi: 10.25557/2074-014X.2024.02.43-50
Bezchasny KV. Quality of life from the standpoint of a protective and coping response among police officers of Russia suffering from adaptation disorders. *Mental Health*. 2024;19(2):43–50. (In Russ.). doi: 10.25557/2074-014X.2024.02.43-50
7. Wei J, Zhang L, Zhao X, Fritzsche K. Current trends of psychosomatic medicine in China. *Psychother. Psychosom*. 2016;85(6):388–90. doi: 10.1159/000447780
8. Dhabhar FS. Effects of stress on immune function: the good, the bad, and the beautiful. *Immunol. Res*. 2014;58(2–3):193–210. doi: 10.1007/s12026-014-8517-0
9. Rees C, Breeden S, Powell D. Gender differences in occupational stress and coping in police personnel: A systematic review. *Policing: An International Journal*. 2020;43(3):422–440. doi: 10.1108/PIJPSM-02-2019-0034
10. Светличный ЕГ, Витютнев ЕЕ, Редько СС. Пути повышения стрессоустойчивости сотрудника правоохранительных органов в экстремальных и постэкстремальных условиях. *Проблемы современного педагогического образования*. 2024;82(2):303–306. doi: 10.24412/2073-3313-2024-4-255-260
Svetlichny EG, Vityutnev EE, Redko SS. Ways to increase stress resilience of a law enforcement officers in extreme and post-extreme conditions. *Problems of Modern Pedagogical Education*. 2024;82–2:303–306. (In Russ.).
11. Толоконин АО. Модели патогенеза психосоматических расстройств и концепция психосоматического сценария. *Медицинский вестник Юга России*. 2023;14(2):61–66. doi: 10.21886/2219-8075-2023-14-2-61-66
Tolokonin AO. Models of pathogenesis of psychosomatic disorders and the concept of psychosomatic scenario. *Medical Bulletin of the South of Russia*. 2023;14(2):61–6. (In Russ.). doi: 10.21886/2219-8075-2023-14-2-61-66
12. Бондарь ИВ, Ичитовкина ЕГ, Соловьев АГ, Кроткова ЮА. Психосоциальные особенности женщин-кандидатов на службу в полицию. *Психическое*

- здоровье. 2019;5:51–55. doi: 10.25557/2074-014X.2019.05.51-55
Bondar IV, Ichitovkina EG, Soloviev AG, Krotkova YuA. Psychosocial features of women candidates on service to police. *Mental Health*. 2019;5:51–5. (In Russ.). doi: 10.25557/2074-014X.2019.05.51-55
13. Приказ МВД России от 31 июля 2023 г. № 43606 утверждении Порядка организации медико-психологической реабилитации сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации ГАРАНТ. РУ. URL: <https://www.garant.ru> (дата обращения: 20.03.2026).
Order of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation No. 436, July 31, 2023. On approval of the procedure for organizing medical and psychological rehabilitation of employees of the internal affairs bodies of the Russian Federation. (In Russ.). URL: <https://www.garant.ru> (accessed: 20 March 2026). (In Russ.).
 14. Walters JTR, Bisson JI, Shepherd JP. Predicting post-traumatic stress disorder: validation of the Trauma Screening Questionnaire in victims of assault. *Psychological Medicine*. 2007;37(1):143–150. doi: 10.1017/S0033291706008658
 15. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361–70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x PMID: 6880820.
 16. Rush AJ, Trivedi MH, Ibrahim HM, Carmody TJ, Arnow B, Klein DN, Markowitz JC, Ninan PT, Kornstein S, Manber R, Thase ME, Kocsis JH, Keller MB. The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biol Psychiatry*. 2003;54(5):573–83. doi: 10.1016/s0006-3223(02)01866-8 Erratum in: *Biol Psychiatry*. 2003;54(5):585. PMID: 12946886.
 17. Folkman S., Lazarus RS. Manual for the Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1988:131.
 18. Леонтьев ДА, Рассказова ЕИ. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006:63.
Leontiev DA, Rasskazova EI. The Resilience Test. Moscow: Smysl, 2006:63. (In Russ.).
 19. Spector PE. Job Satisfaction Survey: Development of the JSS. *Applied Psychology*. 1985;69(4):593–603. doi: 10.1037/0021-9010.69.4.593

Сведения об авторах

Зарина Арсеновна Шугушева, врач-психиатр, ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве», поликлиника №1, Москва, Россия

kardangush@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4280-0474>

Елена Геннадьевна Ичитовкина, доктор медицинских наук, доцент, главный психиатр МВД России, Департамент по материально-техническому и медицинскому обеспечению МВД России, кафедра психиатрии и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Москва, Архангельск, Россия

elena.ichitovckina@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8876-669X>

Андрей Горгоньевич Соловьев, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и клинической психологии, ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Архангельск, Россия

ASoloviev1@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0350-1359>

Марина Викторовна Двинских, кандидат медицинских наук, врач-психиатр, ФКУЗ «МСЧ МВД России по г. Москве», поликлиника №1, Москва, Россия

mvdvinskikh@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0004-5443-6931>

Information about the authors

Zarina A. Shugusheva, psychiatrist, polyclinic №1, Federal State Healthcare Institution “Medical Unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia for Moscow”, Moscow, Russia

kardangush@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4280-0474>

Elena G. Ichitovkina, Dr. Sci. (Med), Associate Professor, Chief psychiatrist of Ministry of Internal Affairs of Russia, Directorate for Logistical and Medical Support of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation, Department of Psychiatry and Clinical Psychology, Northern State Medical University, Moscow, Arkhangelsk, Russia

elena.ichitovckina@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8876-669X>

Andrey G. Soloviev, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of Department, Department of Psychiatry and Clinical Psychology, Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia,

ASoloviev1@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-0350-1359>

Marina V. Dvinskikh, Cand. Sci. (Med.), psychiatrist, polyclinic №1, Federal State Healthcare Institution "Medical Unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia for Moscow", Moscow, Russia
mvdvinskikh@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0004-5443-6931>

Вклад авторов

Шугушева З.А. — концептуализация, методология, формальный анализ, проведение исследования, создание черновика рукописи, создание рукописи и ее редактирования;

Ичитовкина Е.Г. — концептуализация, методология, формальный анализ, ресурсы, контроль данных, создание черновика рукописи, создание рукописи и ее редактирования;

Соловьев А.Г. — концептуализация, методология, формальный анализ, ресурсы, контроль данных, создание черновика рукописи, создание рукописи и ее редактирования;

Двинских М.В. — концептуализация, методология, формальный анализ, проведение исследования, создание черновика рукописи, создание рукописи и ее редактирования.

Authors' contributions

Zarina A. Shugusheva — conception, methodology, conducting research, formal analysis, creating a draft manuscript, creating a manuscript and editing it;

Elena G. Ichitovkina — conception, methodology, formal analysis, resources, data curation, creating a draft manuscript, creating a manuscript and editing it;

Andrey G. Soloviev — conception, methodology, formal analysis, resources, data curation, creating a draft manuscript, creating a manuscript and editing it;

Marina V. Dvinskikh — conception, methodology, conducting research, formal analysis, creating a draft manuscript, creating a manuscript and editing it.

Конфликт интересов/Conflict of interests

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interests.

Дата поступления 12.11.2025
Received 12.11.2025

Дата рецензирования 19.03.2026
Revised 19.03.2026

Дата принятия к публикации 31.03.2026
Accepted for publication 31.03.2026

Клинико-психологическая эффективность когнитивно-поведенческой терапии: динамика социальной ангедонии и качества жизни у пациентов с депрессией

Игорь Николаевич Малахов, Наталия Борисовна Лутова

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», Санкт-Петербург, Россия

Автор для корреспонденции: Игорь Николаевич Малахов, cerebrum-org@mail.ru

Резюме

Обоснование: депрессивные расстройства сопровождаются снижением качества жизни и нарушением социального функционирования, при этом социальная ангедония рассматривается как один из ключевых компонентов депрессии и фактор неблагоприятного течения и прогноза. В то же время мало данных о том, как когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) влияет именно на социальную ангедонию и связанные с ней показатели качества жизни по SF-36, а также о том, как изменения социальной ангедонии соотносятся с динамикой депрессивной симптоматики и субъективного восприятия качества жизни. **Цель исследования:** оценить клинико-психологическую эффективность КПТ при депрессии через анализ динамики социальной ангедонии и качества жизни, а также изучить их взаимосвязь. **Пациенты и методы:** в проспективное исследование включены 56 пациентов с депрессией, находившиеся на амбулаторном или стационарном лечении. Основная группа — 34 пациента — проходила краткосрочную групповую КПТ в сочетании с фармакотерапией. В группе сравнения (контроля внимания) 22 пациентам в дополнение к фармакотерапии проводились регулярные поддерживающие встречи как терапевтическое вмешательство, однако без применения протокола КПТ. До и после лечения оценивали клинические и психологические показатели (MADRS, RSAS и SF-36). Анализ включал парные и межгрупповые сравнения и корреляции ($p < 0,05$). **Результаты:** в группе КПТ отмечено значительное снижение суммарного балла MADRS с 30,4 до 14,8 ($\Delta = -15,6$; $p < 0,001$), клинический ответ — в 55,9%, ремиссия — в 29,4%. В группе сравнения снижение ограничивалось $\Delta = -2,4$ ($p = 0,011$), без формирования терапевтического ответа и ремиссии. Показатель социальной ангедонии (*Revised Social Anhedonia Scale*, RSAS) в группе КПТ уменьшился с 19,44 до 14,53 балла ($p < 0,001$), в группе сравнения снизился незначимо. Показатель качества жизни по SF-36 улучшился преимущественно в основной группе. Более выраженное уменьшение выраженности ангедонии в группе КПТ было связано с увеличением показателей ментального (MCS) компонента здоровья ($p = -0,54$), психического здоровья (MH) ($p = -0,46$) и физического (PCS) здоровья ($p = -0,42$). **Выводы:** КПТ приводит к ослаблению выраженности депрессии, уменьшению социальной ангедонии и улучшению качества жизни. Динамика ангедонии сильнее сопряжена с улучшением качества жизни, чем с изменением уровня депрессии, что подчеркивает ее значение как дополнительного клинического исхода.

Ключевые слова: депрессия, социальная ангедония, когнитивно-поведенческая терапия, КПТ, качество жизни, SF-36, RSAS, MADRS, клинические исходы, ментальное здоровье

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Для цитирования: Малахов И.Н., Лутова Н.Б. Клинико-психологическая эффективность когнитивно-поведенческой терапии: динамика социальной ангедонии и качества жизни у пациентов с депрессией. *Психиатрия*. 2026;24(3):57–65. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-57-65>

RESEARCH

UDC 615.851.6

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-57-65>

Clinical and Psychological Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy: Changes in Social Anhedonia and Quality of Life in Patients with Depression

Igor N. Malakhov, Natalia B. Lutova

V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

Corresponding author: Igor N. Malakhov, cerebrum-org@mail.ru

Summary

Background: depressive disorders are associated with reduced quality of life and impaired social functioning, with social anhedonia considered a key component of depression and as a factor of unfavorable course and prognosis. At the same time,

there is limited evidence on how cognitive behavioral therapy (CBT) specifically affects social anhedonia and related quality of life indicators assessed by the SF-36, as well as on how changes in social anhedonia relate to the dynamics of depressive symptoms and subjective quality of life. **The aim of study** was to evaluate the clinical and psychological effectiveness of CBT in depression by analyzing changes in social anhedonia and quality of life, and to examine their interrelationships. **Patients and Methods:** this prospective study included 56 patients (34 in the CBT group and 22 in comparison group) receiving outpatient or inpatient care. The main group underwent short-term group CBT in combination with pharmacotherapy. The attention-control group received pharmacotherapy and regular supportive meetings perceived as a therapeutic intervention, but without the use of a CBT protocol. Clinical and psychological measures (MADRS, RSAS, and SF-36) were assessed before and after treatment. The analysis included within-group and between-group comparisons and correlation analyses ($p < 0.05$). **Results:** in the CBT group, MADRS scores decreased significantly from 30.4 to 14.8 ($\Delta = -15.6$; $p < 0.001$); 55.9% of patients achieved a clinical response and 29.4% achieved remission. In the control group, the reduction was limited ($\Delta = -2.4$; $p = 0.011$), with no responses or remissions. Social anhedonia (RSAS) decreased in the CBT group from 19.44 to 14.53 ($p < 0.001$) and showed no significant change in the control group. Quality of life assessed by the SF-36 improved predominantly in the CBT group. A greater reduction in social anhedonia in the CBT group was associated with increases in the mental component summary (MCS) ($p = -0.54$), mental health (MH) ($p = -0.46$), and physical component summary (PCS) ($p = -0.42$). **Conclusions:** CBT is associated with a reduction in depressive symptoms, a decrease in social anhedonia, and improvements in quality of life. Changes in social anhedonia are more strongly related to improvements in quality of life than to changes in depression severity, highlighting social anhedonia as an additional relevant clinical outcome.

Keywords: depression, social anhedonia, cognitive behavioral therapy, CBT, quality of life, SF-36, RSAS, MADRS, clinical outcomes, mental health

Funding: the study had no financial support.

For citation: Malakhov I.N., Lutova N.B. Clinical and Psychological Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy: Changes in Social Anhedonia and Quality of Life in Patients with Depression. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2026;24(3):57–65. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-57-65>

ВВЕДЕНИЕ

Депрессия признается одним из наиболее дорогостоящих и распространенных заболеваний в мире. Экономическое бремя депрессии обусловлено как широкой представленностью, так и функциональными нарушениями, которые она вызывает [1]. Функциональные нарушения в свою очередь приводят к ухудшению качества жизни пациентов, или субъективного восприятия благополучия в социальных, профессиональных либо связанных со здоровьем областях [2]. Поэтому оценка качества жизни, являясь маркером индивидуального восприятия состояния здоровья, отражает успех проведенного лечения [3].

Ангедония рассматривается как одно из ядерных проявлений депрессии и связана с более тяжелым течением, неблагоприятным прогнозом, увеличением суицидального риска и ухудшением показателей здоровья, связанных с качеством жизни [4–8]. Исследования показывают, что выраженность ангедонии ассоциирована с ограничением физического, психологического и социального функционирования и более низкими значениями показателей качества жизни у пациентов с аффективными расстройствами [9, 10].

Для оценки качества жизни в клинической практике и психиатрических исследованиях широко используется опросник SF-36 (*The Short Form-36*), который зарекомендовал себя как надежный и валидный инструмент для анализа как соматического, так и психического компонентов здоровья с выделением суммарных показателей физического и психического функционирования [11, 12]. В свою очередь, отечественные данные демонстрируют, что SF-36 чувствителен к клинко-функциональным изменениям у пациентов с депрессией и отражает неполноту ремиссии

при сохранении нарушений психологического и социального функционирования [10].

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) относится к числу наиболее изученных и эффективных методов лечения депрессии. Метаанализы показывают, что как КПТ, так и другие виды психотерапии и фармакотерапии приводят к умеренному, клинически значимому улучшению качества жизни у пациентов с депрессией, при этом улучшение качества жизни не сводится только к уменьшению выраженности депрессивной симптоматики [13]. Однако, несмотря на накопленный массив данных, имеется недостаточно исследований, специально посвященных динамике социальной ангедонии и показателей качества жизни по SF-36 у пациентов с депрессией после курса структурированной КПТ, а также их взаимосвязи. Таким образом, представляется актуальным анализ связи динамики социальной ангедонии с клиническим улучшением и субъективным качеством жизни.

Цель исследования: оценить эффективность краткосрочной групповой КПТ по динамике клинических проявлений, показателей социальной ангедонии и качества жизни больных с депрессией.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Исследование имело проспективный интервенционный сравнительный дизайн с предварительной и итоговой оценкой исследуемых параметров у пациентов, получивших комплексное лечение: психофармакотерапию (согласно клиническим рекомендациям) и групповую когнитивно-поведенческую терапию (основная группа). В группе сравнения пациенты получали психофармакотерапию согласно клиническим рекомендациям и поддерживающие беседы (контроль внимания). Фармакотерапия в обеих группах была сопоставимой.

Межгрупповых различий по представленности антидепрессантов, нормотимиков, антипсихотиков и анксиолитиков (преимущественно бензодиазепинов), а также по частоте комбинированной терапии не выявлено (критерий Фишера, $p > 0,05$). Таким образом, маловероятна связь выявленных клинических, психологических и биологических различий с особенностями фоновой фармакотерапии.

КПТ проводилась в формате структурированного краткосрочного курса, ориентированного на лечение депрессивных расстройств. Программа включала 12 сессий продолжительностью 60 минут, проводимых 1 раз в неделю, в сочетании с ежедневной онлайн-поддержкой. Терапия осуществлялась врачом-психотерапевтом, прошедшим подготовку по КПТ.

Структура курса включала следующие основные этапы:

1. психообразование, направленное на формирование у пациентов представлений о депрессии и КПТ;
2. выявление и анализ дисфункциональных автоматических мыслей и когнитивных схем;
3. когнитивная реструктуризация с использованием техник сократического диалога, проверки гипотез и поведенческих экспериментов;
4. поведенческая активация с постепенным расширением репертуара адаптивной активности;
5. обучение навыкам самонаблюдения, ведению дневников мыслей и эмоций, а также построению концептуализации;
6. профилактика рецидивов с формированием индивидуального плана поддержания достигнутых изменений.

Данные обследования пациентов обеих групп собирали в период с 01.10.2024 по 13.11.2025. Работа выполнена на базе 2-го отделения интегративной фармако-психотерапии НМИЦ им. В.М. Бехтерева, а также в амбулаторных условиях ПНД №3 Петроградского района Санкт-Петербурга.

Этические аспекты

Все участники исследования подписали добровольное информированное согласие на участие в программе. Проведение исследования соответствовало положениям Хельсинкской декларации 1964 г., пересмотренной в 1975 и 2024 гг., и одобрено локальным этическим комитетом ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России (протокол №8 от 28.11.2024).

Ethical aspects

All examined participants of study signed the informed consent to take part in a study. The research protocol was approved by Local Ethical Committee of the V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology of the Ministry of Health of the Russian Federation. (Protocol No. 8 from 28.11.2024). This study complies with the Principles of the WMA Helsinki Declaration 1964 amended 1975–2024.

Отбор пациентов проводился после оценки соответствия установленным критериям включения/исключения.

Критерии включения в исследование: подписание информированного добровольного согласия; мужчины и женщины в возрасте 20–45 лет с верифицированным диагнозом депрессивного эпизода F31, F32, F33 (МКБ-10).

Критерии не включения: диагноз иного психического расстройства, отличного от рубрики F3 (МКБ-10); выявление коморбидных аддитивных расстройств; наличие острой психопатологической симптоматики и высокого суицидного риска; обострение острых аутоиммунных и хронических соматических заболеваний; выраженность когнитивных нарушений, препятствующих проведению КПТ.

Критерии исключения: отказ пациента от участия в исследовании; острые заболевания и обострение хронических соматических заболеваний, возникших в процессе исследования; обострение психопатологической симптоматики и появление высокого суицидного риска в период проведения исследования.

Распределение пациентов по группам осуществляли последовательно в рамках клинического потока.

Клинико-психологическое обследование включало использование валидированных русскоязычных психометрических инструментов. Выраженность депрессивной симптоматики оценивали по шкале Монтомери–Асберг (*The Montgomery–Asberg Depression Rating Scale, MADRS*), применяемой в отечественных клинических исследованиях и основанной на оригинальной работе авторов [14]. Выраженность социальной ангедонии определяли при помощи Шкалы социальной ангедонии (*Revised Social Anhedonia Scale, RSAS*) в русскоязычной версии [15, 16]. Качество жизни (КЖ) оценивали по валидированной русской версии опросника (*The Short Form-36, SF-36*), разработанной на основе международной методологии и широко используемой в клинической практике [17]. Опросник включает восемь субшкал: физическое функционирование (*Physical Functioning — PF*); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (*Role-Physical Functioning — RP*); интенсивность боли (*Bodily pain — BP*); общее состояние здоровья (*General Health — GH*); жизненная активность (*Vitality — VT*); социальное функционирование (*Social Functioning — SF*); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (*Role-Emotional — RE*); психическое здоровье (*Mental Health — MH*), а также интегральные показатели физического (PCS) и ментального (MCS) компонентов здоровья. Ответы оценивали в баллах (от 0 до 100), отражающих степень удовлетворенности и общее благополучие человека. Чем выше оценка, тем лучше уровень КЖ. Все психометрические показатели собирали в двух временных точках — до начала лечения и после завершения курса, что обеспечивало корректную оценку динамики.

Статистическая обработка включала описательные показатели и сравнение групп с использованием *t*-критерия Стьюдента или критерия Манна–Уитни. Анализ динамики в основной группе проводился с помощью парных критериев (*t*-тест, критерий Уилкоксона).

Таблица 1. Исходные характеристики выборки пациентов**Table 1** Baseline characteristics of the patient sample

Показатель/Indicator	КПТ/СВТ (n = 34)	Контроль/Control (n = 22)	p (t Уэлча)
Возраст, лет/Age, years	28,97 ± 8,10	33,41 ± 8,79	0,064
Количество депрессивных эпизодов/Number of depressive episodes	4,7 ± 5,77	5,00 ± 3,74	0,818
Возраст дебюта, лет/Age of onset, years	21,76 ± 8,16	20,55 ± 9,88	0,632
Количество госпитализаций/Number of hospitalizations	2,24 ± 5,07	2,23 ± 1,77	0,993
Длительность депрессии до включения в исследование, мес./Depression duration before treatment, months	8,65 ± 10,46	4,18 ± 8,23	0,081

Корреляции рассчитывали методом Спирмена. Уровень значимости устанавливали при $p < 0,05$. Расчеты выполняли в IBM SPSS Statistics.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследование были включены 56 пациентов с депрессивными расстройствами (F32, F33 и F31.3 по МКБ-10), из которых 34 проходили курс КПТ в сочетании со стандартной фармакотерапией, а 22 пациента составили группу контроля внимания, получавшую медикаментозное лечение. Средний возраст участников группы КПТ составил 28,97 года, в контрольной группе — 33,41 года. Средний возраст дебюта заболевания в обеих группах — около 21 года, среднее количество депрессивных эпизодов в течение жизни — от 4 до 5. Показатели длительности заболевания, числа госпитализаций и времени до обращения за помощью не различались статистически значимо между группами ($p > 0,05$, критерий Уэлча).

Динамика клинических показателей (MADRS)

После курса КПТ отмечалось значительное ослабление выраженности депрессивной симптоматики по шкале MADRS. Средний суммарный балл MADRS в группе КПТ уменьшился с $30,4 \pm 6,4$ до $14,8 \pm 8,3$ балла, что отражает выраженный клинический эффект терапии ($t = -12,99$; $p < 0,001$). Среднее изменение этого показателя составило $-15,6$ балла (95% ДИ: $[-18,0; -13,1]$). В контрольной группе уменьшение выраженности депрессии было минимальным — с $29,4 \pm 6,9$ до $27,0 \pm 6,6$ балла ($t = -2,78$; $p = 0,011$). У пациентов, прошедших курс КПТ, доля респондеров (уменьшение суммы баллов MADRS на $\geq 50\%$ от исходного уровня) составила 55,9%, а наступление ремиссии (MADRS ≤ 10) зарегистрировано в 29,4%. В группе сравнения подобных изменений не отмечено.

Динамика социальной ангедонии (RSAS)

После курса КПТ отмечено выраженное снижение показателя социальной ангедонии по RSAS. Среднее значение уменьшилось с $19,44 \pm 6,97$ до $14,53 \pm 5,36$ ($p = 0,0003$). В группе сравнения изменений клинически заметного масштаба не было: от $17,32 \pm 5,83$ до $15,86 \pm 5,95$ ($p = 0,0629$). Эти данные указывают на преимущественное улучшение показателя RSAS у пациентов, прошедших КПТ.

Динамика качества жизни SF-36

Отмечено существенное улучшение оценки качества жизни по всем субшкалам SF-36. Наибольшее увеличение показателей самооценки отмечено по ролевому функционированию (эмоциональному и физическому), общему здоровью, социальному функционированию, жизненной активности и суммарным компонентам PCS и MCS. Это согласуется с выраженным снижением выраженности депрессии по MADRS в той же группе.

Корреляции между ангедонией (RSAS), качеством жизни (SF-36) и клиническими показателями (MADRS)

В группе КПТ более выраженное снижение депрессии по MADRS сопровождалось отчетливым улучшением отдельных компонентов качества жизни. Таким образом, чем больше уменьшалась выраженность депрессивных симптомов, тем заметнее возрастала жизненная активность (ΔVT), что подтверждается высокой силой связи ($r = -0,68$, $p < 0,05$). В свою очередь, аналогичным образом проявлялась связь с интегральным индексом психического компонента здоровья (MCS) ($r = -0,37$, $p < 0,05$), а также с показателем психического благополучия (MH) ($r = -0,37$, $p < 0,05$). Следует отметить, что ассоциация между снижением MADRS и улучшением физического компонента здоровья PCS носила характер тенденции и не достигала статистической значимости ($r = -0,26$).

В группе сравнения ($n = 22$) обнаружена лишь одна устойчивая взаимосвязь: снижение MADRS сопрягалось с ростом MCS ($r = -0,67$, $p < 0,05$). Другие показатели качества жизни не продемонстрировали значимых связей с клинической динамикой.

В обеих группах сохранялась ожидаемая внутренняя согласованность шкал качества жизни. Таким образом, изменения PCS тесно соотносились с динамикой физического функционирования и ролевых ограничений вследствие соматического состояния (PF и RP), тогда как рост MCS был связан с жизненной активностью, социальным функционированием, эмоциональным ролевым функционированием и психическим здоровьем (VT, SF, RE, MH), что отражает структурную целостность доменов SF-36.

В группе КПТ снижение выраженности депрессии по MADRS сопровождалось согласованным ростом ключевых показателей самооценки ментального здоровья. Таким образом, улучшение клинического состояния

Таблица 2. Динамика показателей SF-36 в группе КПТ и группе сравнения (среднее $\pm$ SD) до и после вмешательства
Table 2 Dynamics of SF-36 scores (mean $\pm$ SD) in the CBT-group and compared (control-attention) group before and after intervention

Шкала/Scale	КПТ-группа/CBT-group				Группа сравнения (контроль внимания)/ Compared group (control-attention)			
	До КПТ/CBT Before	После КПТ/ CBT After	Δ (после — до)/ (after — before)	p (парный t-крите- рий)	До лечения/ Before treatment	После лечения/ After treatment	Δ (после — до)/ (after — before)	p (парный t-крите- рий)
Физическое функционирование/Physical Functioning	75,44 $\pm$ 22,74	83,09 $\pm$ 19,03	7,65	0,0035	76,82 $\pm$ 23,12	70,91 $\pm$ 23,99	-5,91	0,1039
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием/Role-Physical Functioning	23,53 $\pm$ 32,53	55,88 $\pm$ 28,91	32,35	< 0,0001	27,27 $\pm$ 40,76	16,59 $\pm$ 27,75	-10,68	0,2096
Интенсивность боли/Bodily pain	62,82 $\pm$ 23,93	68,94 $\pm$ 19,86	6,12	0,1047	67,00 $\pm$ 21,82	66,23 $\pm$ 18,33	-0,77	0,7718
Общее состояние здоровья/General Health	36,62 $\pm$ 23,12	64,12 $\pm$ 28,46	27,50	< 0,0001	28,41 $\pm$ 11,48	35,00 $\pm$ 17,99	6,59	0,0274
Интегральный показатель физического здоровья/Physical Component Summary	49,60 $\pm$ 16,55	68,01 $\pm$ 19,86	18,40	< 0,0001	49,88 $\pm$ 17,85	47,18 $\pm$ 17,37	-2,69	0,3917
Психическое здоровье/Mental Health	28,47 $\pm$ 15,78	51,18 $\pm$ 21,74	22,71	< 0,0001	31,64 $\pm$ 18,14	39,55 $\pm$ 19,48	7,91	0,0127
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием/Role-Emotional	14,72 $\pm$ 22,03	52,95 $\pm$ 31,93	38,24	< 0,0001	9,09 $\pm$ 18,35	14,09 $\pm$ 30,13	5,00	0,2839
Социальное функционирование/Social Functioning	33,81 $\pm$ 18,34	64,00 $\pm$ 22,68	30,19	< 0,0001	38,64 $\pm$ 29,10	44,86 $\pm$ 22,99	6,23	0,1504
Жизненная активность/Vitality	21,62 $\pm$ 14,29	44,56 $\pm$ 21,12	22,94	< 0,0001	24,09 $\pm$ 20,91	30,91 $\pm$ 18,17	6,82	0,0389
Интегральный показатель ментального здоровья/MCS	24,65 $\pm$ 12,34	53,17 $\pm$ 21,44	28,52	< 0,0001	25,86 $\pm$ 15,99	32,35 $\pm$ 17,97	6,49	0,0023

закономерно сочеталось с ростом интегрального ментального компонента качества жизни (MCS), а также с увеличением жизненной активности (VT) и укреплением субъективного психического здоровья (MH). В свою очередь, такая конфигурация показателей формирует характерный «ментальный кластер» улучшений, отражающий одновременно эмоциональное восстановление, повышение энергии и снижение психопатологической нагрузки.

В группе сравнения ключевые показатели улучшения были менее выраженными. Следует отметить, что единственной статистически устойчивой связью оказалась ассоциация между уменьшением суммарного балла MADRS и увеличением MCS. Другие показатели ментального благополучия не формировали сопоставимой структуры взаимосвязей, что указывает на меньшую согласованность и, вероятно, меньшую специфичность наблюдаемого улучшения.

Физический компонент качества жизни (PCS), в свою очередь, демонстрировал ожидаемую внутреннюю согласованность со своими структурными доменами SF-36. Он был тесно связан с физическим функционированием (PF), ролевыми ограничениями вследствие соматического состояния (RP), интенсивностью боли (BP) и общим состоянием здоровья (GH). Однако PCS не

показал устойчивой ассоциации с динамикой депрессии по MADRS. Таким образом, физическое качество жизни в рамках настоящего исследования формировалось преимущественно за счет соматических и поведенческих характеристик, а не клинической редукции депрессивной симптоматики.

В группе КПТ снижение уровня социальной ангедонии проявляло отчетливую согласованность с улучшением качества жизни. Таким образом, более выраженное уменьшение показателя RSAS сопровождалось ростом интегрального ментального компонента здоровья MCS ($r = -0,54$, $p = 0,0009$), а также улучшением субъективного психического благополучия MH ($r = -0,46$, $p = 0,006$). В свою очередь, положительные изменения коснулись и физического компонента качества жизни PCS ($r = -0,42$, $p = 0,013$), что отражает более широкий вклад снижения социальной ангедонии не только в эмоциональное, но и в соматическое функционирование пациента.

Следует отметить наличие тенденций, которые, хотя и не достигли порога статистической значимости, выстраиваются в логичную клинко-психологическую конфигурацию. Речь идет о связях между уменьшением RSAS и улучшением социального функционирования SF ($r = -0,32$; $p = 0,07$), а также жизненной активности VT

Таблица 3. Матрица корреляций (Спирмен ρ) изменений в группе КПТ ($n = 34$)**Table 3** Spearman correlation matrix (ρ) of change scores in the CBT group ($n = 34$)

	Δ MADRS	Δ PF	Δ RP	Δ BP	Δ GH	Δ VT	Δ SF	Δ RE	Δ MH	Δ PCS	Δ MCS
Δ MADRS	1,00*	0,06	-0,12	-0,06	-0,27	-0,68*	-0,17	-0,22	-0,37*	-0,26	-0,37*
Δ PF	0,06	1,00*	0,41*	0,23	0,22	0,16	0,36*	0,37*	0,24	0,60*	0,39*
Δ RP	-0,12	0,41*	1,00*	-0,12	0,19	0,20	0,36*	0,36*	0,18	0,73*	0,37*
Δ BP	-0,06	0,23	-0,12	1,00*	0,14	0,15	0,23	0,06	0,45*	0,35*	0,26
Δ GH	-0,27	0,22	0,19	0,14	1,00*	0,35*	0,14	0,50*	0,30	0,66*	0,34
Δ VT	-0,68*	0,16	0,20	0,15	0,35*	1,00*	0,52*	0,42*	0,60*	0,39*	0,72*
Δ SF	-0,17	0,36*	0,36*	0,23	0,14	0,52*	1,00*	0,46*	0,56*	0,38*	0,82*
Δ RE	-0,22	0,37*	0,36*	0,06	0,50*	0,42*	0,46*	1,00*	0,37*	0,51*	0,75*
Δ MH	-0,37*	0,24	0,18	0,45*	0,30	0,60*	0,56*	0,37*	1,00*	0,41*	0,77*
Δ PCS	-0,26	0,60*	0,73*	0,35*	0,66*	0,39*	0,38*	0,51*	0,41*	1,00*	0,83*
Δ MCS	-0,37*	0,39*	0,37*	0,26	0,34	0,72*	0,82*	0,75*	0,77*	0,??	1,00*

Примечание: значимые связи помечены «*». Переменные — дельты (после-до).

Таблица 4. Матрица корреляций (Спирмен ρ) изменений в группе сравнения (контроль-внимание) ($n = 22$)**Table 4** Spearman correlation matrix (ρ) of change scores in the compared (control-attention) group ($n = 22$)

	Δ MADRS	Δ PF	Δ RP	Δ BP	Δ GH	Δ VT	Δ SF	Δ RE	Δ MH	Δ PCS	Δ MCS
Δ MADRS	1,00*	0,07	-0,03	0,03	-0,08	0,07	-0,03	-0,11	-0,13	-0,18	-0,67*
Δ PF	0,07	1,00*	0,45*	0,02	0,05	0,06	0,01	0,02	-0,13	0,45*	-0,07
Δ RP	-0,03	0,45*	1,00*	-0,14	0,12	0,27	0,22	0,14	-0,35	0,83*	-0,15
Δ BP	0,03	0,02	-0,14	1,00*	0,19	-0,06	-0,04	-0,05	0,25	0,19	-0,07
Δ GH	-0,08	0,05	0,12	0,19	1,00*	0,25	0,24	0,12	0,08	0,42*	0,33
Δ VT	0,07	0,06	0,27	-0,06	0,25	1,00*	0,64*	0,27	0,40	0,15	0,64*
Δ SF	-0,03	0,01	0,22	-0,04	0,24	0,64*	1,00*	0,36	0,03	-0,05	0,58*
Δ RE	-0,11	0,02	0,14	-0,05	0,12	0,27	0,36	1,00*	0,03	0,00	0,29
Δ MH	-0,13	-0,13	-0,35	0,25	0,08	0,40	0,03	0,03	1,00*	-0,27	0,46*
Δ PCS	-0,18	0,45*	0,83*	0,19	0,42*	0,15	-0,05	0,00	-0,27	1,00*	-0,06
Δ MCS	-0,67*	-0,07	-0,15	-0,07	0,33	0,64*	0,58*	0,29	0,46*	-0,06	1,00*

Примечание: значимые связи помечены «*». Переменные — дельты (Δ) (после-до).

($\rho = -0,29$; $p = 0,09$). Эти связи могут указывать на то, что уменьшение выраженности социальной ангедонии постепенно восстанавливает способность к взаимодействию и эмоциональной вовлеченности.

Корреляция между изменением выраженности депрессии (Δ MADRS) и динамикой социальной ангедонии (Δ RSAS) не достигала уровня значимости ($\rho = 0,18$; $p = 0,30$), что указывает на относительную независимость этих параметров и более тесную сопряженность ангедонии именно с показателями качества жизни.

В контрольной группе значимые ассоциации между динамикой RSAS и показателями качества жизни отсутствовали. Ни PCS, ни MCS, ни отдельные субшкалы SF-36 не демонстрировали связи с изменением ангедонии ($p > 0,28$). В свою очередь, сохранялась ранее выявленная связь между снижением MADRS и ростом MCS ($\rho = -0,67$, $p < 0,05$), однако динамика RSAS в этой группе не формировала системного паттерна сопряженности с качеством жизни. Это подтверждает, что специфическая чувствительность социальной ангедонии к терапевтическим изменениям проявляется

преимущественно в условиях активного психотерапевтического воздействия.

ОБСУЖДЕНИЕ

В нашем исследовании курс КПТ сопровождался значимым уменьшением депрессивной симптоматики (MADRS), уменьшением выраженности социальной ангедонии (RSAS) и отчетливым ростом показателей качества жизни по SF-36, главным образом в ментальном (MCS, MH), а также в физическом доменах (PCS). В группе сравнения, то есть без проведения КПТ, изменения были слабо выраженными и несистемными (MADRS: $29,4 \pm 6,9$ до, $27,0 \pm 6,6$ после, $\Delta = -2,4 \pm 4,1$, $t = -2,78$; $p = 0,011$). Эти результаты согласуются с данными метаанализа об эффективности КПТ по сравнению с контрольными условиями и указывают, что клиническое улучшение при КПТ переносится в субъективное благополучие и функциональность [18]. Ключевое наблюдение касается снижения показателя социальной ангедонии после КПТ и сопряжено с повышением MCS и MH, а также PCS. Это укладывается в современное

Таблица 5. Корреляции (Спирмен ρ) между изменениями по шкалам RSAS, MADRS и SF-36
Table 5 Spearman correlations (ρ) between changes in RSAS, MADRS, and SF-36 scores

КПТ/СВТ	ρ	p	Контроль/Control	ρ	p
$\Delta\text{MADRS} \leftrightarrow \Delta\text{MCS}$	-0,37	0,033	$\Delta\text{MADRS} \leftrightarrow \Delta\text{MCS}$	-0,67	0,0006
$\Delta\text{MADRS} \leftrightarrow \Delta\text{MH}$	-0,37	0,033	$\Delta\text{RSAS} \leftrightarrow \Delta\text{MCS}$	-0,08	0,7264
$\Delta\text{MADRS} \leftrightarrow \Delta\text{VT}$	-0,68	< 0,0001	$\Delta\text{RSAS} \leftrightarrow \Delta\text{MH}$	-0,14	0,5349
$\Delta\text{RSAS} \leftrightarrow \Delta\text{MCS}$	-0,54	0,0009	$\Delta\text{RSAS} \leftrightarrow \Delta\text{PCS}$	-0,20	0,3691
$\Delta\text{RSAS} \leftrightarrow \Delta\text{MH}$	-0,46	0,0064	$\Delta\text{RSAS} \leftrightarrow \Delta\text{VT}$	0,09	0,7011
$\Delta\text{RSAS} \leftrightarrow \Delta\text{PCS}$	-0,42	0,0135	$\Delta\text{RSAS} \leftrightarrow \Delta\text{SF}$	-0,08	0,7097
$\Delta\text{RSAS} \leftrightarrow \Delta\text{SF}$	-0,32	0,0692	$\Delta\text{RSAS} \leftrightarrow \Delta\text{MADRS}$	0,24	0,2889
$\Delta\text{RSAS} \leftrightarrow \Delta\text{VT}$	-0,29	0,0926			
$\Delta\text{RSAS} \leftrightarrow \Delta\text{MADRS}$	0,18	0,3035			

Примечание: Δ — «после — до». Для строк с ΔMADRS в КПТ и плацебо ρ оценены по t-аппроксимации (двусторонняя проверка, $df = n-2$).

понимание ангедонии как фактора социальной дисфункции и ядра депрессивной психопатологии, чувствительного к поведенческим вмешательствам и контакту с вознаграждением (поведенческая активация, тренинг удовольствия, целенаправленные социальные действия) [19].

Отдельно отметим, что наши результаты по динамике ангедонии согласуются с данными о повышении чувствительности к вознаграждению и уменьшении социальной ангедонии при поведенческой активации (ПА) и похожих протоколах психотерапевтического вмешательства. Так в недавних работах показано превосходство поведенческой активации над альтернативными видами терапии у пациентов с выраженной ангедонией, а также краткосрочные эффекты онлайн-интервенций в ответ на вознаграждение при ангедонии [20]. При этом не во всех исследованиях КПТ с ПА превосходит другие подходы, что указывает на частичную клиническую эффективность [21–23].

Полученные нами данные об улучшении качества жизни по SF-36 дополняют результаты исследований, в которых показано, что психотерапия при депрессии, включая КПТ, приводит к улучшению качества жизни. Наши данные особенно согласуются с улучшением ментального компонента (MCS) и шкал MH/SF/VT. [2, 24].

Практические выводы. Во-первых, социальная ангедония — это самостоятельная и клинически значимая мишень для психотерапии. Мониторинг RSAS до и после терапии может служить индикатором «переноса» симптоматического улучшения в качество жизни. Во-вторых, при планировании КПТ целесообразно встроить модули поведенческой активации, социального подхода и расписания вознаграждающих активностей, направленные именно на восстановление интереса, удовольствия и социальной вовлеченности. В-третьих, учитывая данные о сопоставимой эффективности очного и дистанционного форматов, расширение доступа к КПТ может иметь значение для повышения КЖ в реальной практике. [24, 25].

Ограничения исследования включают небольшой объем выборки, одноцентровый характер. Оценка ограничена клиническими и психологическими

показателями (биомаркеры рассматриваются в отдельной работе), множественные корреляционные проверки без строгой коррекции могли повысить риск I рода. Отсутствие отдаленного катамнестического наблюдения требует осторожности при обобщении результатов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Значительное уменьшение выраженности социальной ангедонии связано с большим ростом интегральных и частных показателей качества жизни, особенно психического компонента. В свою очередь отсутствие тесной связи между динамикой RSAS и MADRS указывает на относительную автономность этих изменений. Следует отметить, что восстановление способности переживать удовольствие и включаться в социальные взаимодействия не сводится к простому уменьшению депрессивных симптомов и может рассматриваться как самостоятельная, клинически значимая цель психотерапии.

КПТ при депрессии приводит не только к ослаблению симптомов депрессии, но и к уменьшению социальной ангедонии, что связано с субъективным улучшением качества жизни прежде всего в ментальном домене. Фокус на восстановление способности к получению удовольствия и социальной вовлеченности представляется одним из ключевых механизмов благоприятного влияния терапии.

Результаты исследования задают перспективное направление для дальнейших научных разработок. Представляется целесообразным уточнить роль социальной ангедонии как возможного медиатора связи между клинической ремиссией, изменениями качества жизни и биологическими показателями, а также оценить устойчивость эффектов КПТ в более длительном наблюдении.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). IHME. 2023. URL:

- <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare> (дата обращения: 11.07.2025).
- Hofmann SG, Curtiss J, Carpenter JK, Kind S. Effect of treatments for depression on quality of life: a meta-analysis. *Cogn Behav Ther.* 2017;46(4):265–286. doi: 10.1080/16506073.2017.1304445 Epub 2017 Apr 25. PMID: 28440699; PMCID: PMC5663193.
 - Dionisie V, Puiu MG, Manea M., Pacearca IA. Predictors of Changes in Quality of Life of Patients with Major Depressive Disorder — A Prospective Naturalistic 3-Month Follow-Up Study. *J Clin Med.* 2023;12(14):4628. doi: 10.3390/jcm12144628
 - Wu C, Mu Q, Gao W, Lu S. The characteristics of anhedonia in depression: a review from a clinically oriented perspective. *Transl Psychiatry.* 2025;15(1):90. doi: 10.1038/s41398-025-03310-w
 - Al-Soleiti M, Vande Voort JL, Singh B. Anhedonia as a Core Symptom of Depression and a Construct for Biological Research. *Focus.* 2025;23(2):163–172. doi: 10.1176/appi.focus.20240050
 - Касимова ЛН, Святогор МВ. Ангедония в структуре аффективных расстройств: возможности терапии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2019;119(11):116–122. doi: 10.17116/jnevro2019119111116
Kasimova LN, Svyatogor MV. Anhedonia in the structure of affective disorders: therapeutic possibilities. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2019;119(11):116–122. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro2019119111116
 - Barthel AL, Pinaire MA, Curtiss JE, Hoepfner SS, Simon NM, Hofmann SG. Anhedonia is central for the association between quality of life, metacognition, sleep, and affective symptoms in generalized anxiety disorder: a complex network analysis. *J Affect Disord.* 2020;277:1013–1021. doi: 10.1016/j.jad.2020.08.077
 - Рукавишников ГВ, Касьянов ЕД, Шишковская ТИ, Олейчик ИВ, Незнанов НГ, Кибитов АО, Мазо ГЭ. Взаимосвязь ангедонии с коморбидными психическими расстройствами, суицидальностью и чертами личности у пациентов с депрессией. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски.* 2023;123(11–2):85–91. doi: 10.17116/jnevro20231231128513
Rukavishnikov GV, Kasyanov ED, Shishkovskaya TI, Oleichik IV, Neznanov NG, Kibitov AO, Mazo GE. Association of anhedonia with comorbid psychiatric disorders, suicidality and personality traits in patients with depression. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2023;123(11–2):85–91. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro20231231128513
 - Gooding DC, Pflum M. The transdiagnostic nature of social anhedonia: historical and current perspectives. *Curr Top Behav Neurosci.* 2022;58:381–395. doi: 10.1007/7854_2021_301
 - Петрова НН. Клинико-функциональная оценка ремиссии у пациентов с рекуррентной депрессией. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2019;11(4):88–93. doi: 10.14412/2074-2711-2019-4-88-93
Petrova NN. Clinical and functional assessment of remission in patients with recurrent depression. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2019;11(4):88–93. (In Russ.). doi: 10.14412/2074-2711-2019-4-88-93
 - Brazier JE, Harper R, Jones NM, O'Cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, Westlake L. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ.* 1992;305(6846):160–164. doi: 10.1136/bmj.305.6846.160
 - Ware JE Jr, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol.* 1998;51(11):903–912. doi: 10.1016/S0895-4356(98)00081-X
 - Kamenov K, Twomey C, Cabello M, Prina AM, Ayuso-Mateos JL. The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: a meta-analysis. *Psychol Med.* 2017;47(3):414–425. doi: 10.1017/S0033291716002774
 - Montgomery SA, Åsberg MA New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change. *Br J Psychiatry.* 1979;134(4):382–389. doi: 10.1192/bjp.134.4.382
 - Рычкова ОВ, Холмогорова АБ. Адаптация методики диагностики социальной ангедонии (RSAS) на российской выборке. *Консультативная психология и психотерапия.* 2016;24(4):62–96. <https://doi.org/10.17759/cpp.2016240404>
Rychkova OV, Kholmogorova AB. Adaptation of the Revised Social Anhedonia Scale (RSAS) for a Russian sample. *Consultative Psychology and Psychotherapy.* 2016;24(4):62–96. (In Russ.). doi: 10.17759/cpp.2016240404
 - Chan RC, Shi HS, Geng FL, Liu WH, Yan C, Wang Y, Gooding DC. The Chapman psychosis-proneness scales: Consistency across culture and time. *Psychiatry Res.* 2015;228(1):143–9. doi: 10.1016/j.psychres.2015.04.031
 - Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;30(6):473–483
 - Cuijpers P, Miguel C, Harrer M, Plessen CY, Ciharova M, Ebert D, Karyotaki E. Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry.* 2023;22(1):105–115. doi: 10.1002/wps.21069
 - Winer ES, Jordan DG, Collins AC. Conceptualizing anhedonias and implications for depression treatments. *Psychol Res Behav Manag.* 2019;12:325–335. Published 2019 May 13. doi: 10.2147/PRBM.S159260
 - Nagy GA, Cernasov P, Pisoni A, Walsh E, Dichter GS, Smoski MJ. Reward network modulation as a mechanism of change in behavioral

- activation. *Behav Modif.* 2020;44(2):186–213. doi: 10.1177/0145445518805682
21. Cernasov PM, Walsh EC, Nagy GA, et al. A parallel-arm, randomized trial of Behavioral Activation Therapy for anhedonia versus mindfulness-based cognitive therapy for adults with anhedonia. *Behav Res Ther.* 2024;182:104620. doi: 10.1016/j.brat.2024.104620
 22. Potsch L, Rief W. Effectiveness of behavioral activation and mindfulness in increasing reward sensitivity and reducing depressive symptoms: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther.* 2024;173:104455. doi: 10.1016/j.brat.2023.104455
 23. Alsayednasser B, Widnall E, O'Mahen H, Wright K, Warren F, Ladwa A, Khazanov GK, Byford S, Kuyken W, Watkins E, Ekers D, Reed N, Fletcher E, McMillan D, Farrand P, Richards D, Dunn BD. How well do Cognitive Behavioural Therapy and Behavioural Activation for depression repair anhedonia? A secondary analysis of the COBRA randomized controlled trial. *Behav Res Ther.* 2022;159:104185. doi: 10.1016/j.brat.2022.104185
 24. Maj A, Michalak N, Graczykowska A, Andersson G. The effect of internet-delivered cognitive behavioral therapy for depression and anxiety on quality of life: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Internet Interv.* 2023;33:100654. Published 2023 Jul 23. doi: 10.1016/j.invent.2023.100654
 25. Zandieh S, Abdollahzadeh SM, Sadeghirad B, Wang L, McCabe RE, Yao L, Inness BE, Pathak A, Couban RJ, Crandon H, Torabiardakani K, Bieling P, Busse JW. Therapist-guided remote versus in-person cognitive behavioural therapy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *CMAJ.* 2024;196(10):E327-E340. doi: 10.1503/cmaj.230274 Erratum in: *CMAJ.* 2024;196(14):E488. doi: 10.1503/cmaj.240432

Сведения об авторах

Игорь Николаевич Малахов, аспирант, отделение интегративной фармако-психотерапии психических расстройств, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева», Санкт-Петербург, Россия
cerebrum-org@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0006-5683-8891>

Наталья Борисовна Лутова, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения интегративной фармако-психотерапии психических расстройств, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева», Санкт-Петербург, Россия
lutova@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9481-7411>

Information about the authors

Igor N. Malakhov, Postgraduate Student, Department of Integrative Pharmacotherapy and Psychotherapy of Mental Disorders, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia
ecerebrum-org@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0006-5683-8891>

Natalia B. Lutova, Dr Sci. (Med.), Chief Researcher, Head of the Department, Department of Integrative Pharmacotherapy and Psychotherapy of Mental Disorders, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia
lutova@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9481-7411>

Вклад авторов

Малахов И.Н. — разработка концепции и дизайна исследования, обзор литературы, сбор данных, анализ и интерпретация результатов, проведение статистического анализа;

Лутова Н.Б. — составление черновика рукописи и формирование его окончательного варианта, критический пересмотр черновика рукописи.

Authors' contributions

Igor N. Malakhov — development of the study concept and design, literature review, data collection, analysis and interpretation of results, and statistical analysis;

Natalia B. Lutova — drafting the manuscript and preparing its final version, critical revision of the manuscript

Конфликт интересов/Conflict of interests

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interests.

© Кочергина М.С., 2026; © Колпакова Т.Г., 2026;
 © Юренева С.В., 2026; © Омельченко М.А., 2026;
 © Авдзжы Д.М., 2026; © Аверкова В.Г., 2026;
 © Самушия М.А., 2026

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК/UDC: 616.89

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-66-77>

Нозогенные реакции у пациенток с шизотипическим расстройством и коморбидной преждевременной недостаточностью яичников: пилотное исследование

Кочергина М.С.¹, Колпакова Т.Г.², Юренева С.В.², Омельченко М.А.¹, Авдзжы Д.М.³, Аверкова В.Г.², Самушия М.А.¹

¹ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ, Москва, Россия

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва, Россия

³ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Мария Сергеевна Кочергина, mariakochergina.s@gmail.com

Резюме

Обоснование: коморбидность шизотипического расстройства (ШР) и преждевременной недостаточности яичников (ПНЯ) у женщин репродуктивного возраста сопряжена с формированием нозогенных реакций, в значительной степени ухудшающих комплаентность и существенно снижающих уровень качества жизни таких пациенток. **Цель исследования:** проанализировать структуру и клинические особенности нозогенных реакций у лиц с коморбидными ШР и ПНЯ, а также оценить влияние нозогенных на течение менопаузального синдрома и оценку качества жизни. **Пациентки и методы:** в кросс-секционное исследование вошли пациентки с установленным диагнозом ШР (F21 по МКБ-10) ($n = 13$). В ходе исследования использовали клинико-психопатологический, психометрический методы с применением шкал HDRS, HARS, SPQ, WHOQOL-BREF, MRS, а также соматический метод с оценкой гормонального профиля (уровень эстрадиола и фолликулостимулирующего гормона на момент постановки диагноза, уровень эстрадиола на момент включения в исследование на фоне приема заместительной гормональной терапии (ЗГТ)). **Результаты:** на основе анализа клинико-anamnestических, психометрических и гормональных данных выделены две клинические подгруппы, соответствующие двум полюсам психопатологического спектра: экспансивному ($n = 7$) и дефензивному ($n = 6$). Пациентки с расстройствами экспансивного полюса обнаруживали гипонозогнозические реакции, подозрительность, эмоциональную уплощенность и сниженную комплаентность к соматическому диагнозу, тогда как у пациенток с дефензивным полюсом наблюдались гипернозонозические реакции, выраженная тревожно-депрессивная симптоматика и низкие показатели качества жизни. При анализе без коррекции на множественные сравнения между подгруппами выявлены различия по большинству использованных шкал; однако после применения поправки Бонферрони статистически значимыми ($p < 0,00227$) остались лишь различия по субшкалам «отсутствие близких друзей» и «подозрительность» опросника SPQ. Остальные различия, включая показатели качества жизни, тревоги, депрессии и менопаузального синдрома, не достигли скорректированного уровня значимости, что подчеркивает предварительный характер результатов и необходимость дальнейших исследований на больших выборках. Уровни эстрадиола не различались между подгруппами. **Выводы:** полученные результаты подчеркивают необходимость междисциплинарного подхода к ведению данной категории пациенток, включающего не только ЗГТ, но и персонализированную психофармакотерапию, психообразовательные вмешательства и коррекцию нозогенных реакций для улучшения приверженности лечению и общего прогноза. Исследование впервые детально описывает специфику взаимодействия ШР и ПНЯ, выявляя высокую частоту данной коморбидности (16,25% в когорте с ПНЯ) и ее значимое влияние на качество жизни и внутреннюю картину болезни у женщин репродуктивного возраста, несмотря на прием ЗГТ.

Ключевые слова: шизотипическое расстройство, преждевременная недостаточность яичников, нозогенные реакции, уровень качества жизни, коморбидность

Для цитирования: Кочергина М.С., Колпакова Т.Г., Юренева С.В., Омельченко М.А., Авдзжы Д.М., Аверкова В.Г., Самушия М.А. Нозогенные реакции у пациенток с шизотипическим расстройством и коморбидной преждевременной недостаточностью яичников: пилотное исследование. *Психиатрия*. 2026;24(3):66–77. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-66-77>

RESEARCH

UDC: 616.89

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-66-77>

Nosogenic Reactions in Patients with Schizotypal Disorder and Comorbid Premature Ovarian Insufficiency: a Pilot Study

Maria S. Kochergina¹, Tamara G. Kolpakova², Svetlana V. Yureneva², Maria. A. Omelchenko¹, Denis M. Avdzhys³, Victoria G. Averkova², Marina A. Samushiya¹

¹Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

²National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after academician V.I. Kulakov, Moscow, Russia

³I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Corresponding author: Maria S. Kochergina, mariakochergina.s@gmail.com

Summary

Background: the comorbidity of schizotypal disorder (SD) and premature ovarian insufficiency (POI) in women of reproductive age is associated with the formation of nosogenic reactions, which significantly hinder compliance and treatment adherence, and also substantially reduce the quality of life in these patients. **The aim of study** was to analyze the structure and clinical features of nosogenic reactions in individuals with comorbid SD and POI, and to assess the impact of nosogenies on the course of menopausal syndrome and quality of life assessments. **Patients and Methods:** a cross-sectional study included patients with an established diagnosis of SD (ICD-10 F21) ($n = 13$). The study employed a clinical-psychopathological method, a psychometric assessment using the HDRS, HARS, SPQ, WHOQOL-BREF, and MRS scales, as well as a somatic method with hormone level determination (estradiol and follicle-stimulating hormone (FSH) levels at time of POI diagnosis, as well as estradiol level at study entry given the hormone replacement therapy (HRT) treatment). **Results:** based on the analysis of clinical-anamnestic, psychometric and hormonal data, two clinical subgroups were identified, corresponding to two poles of the psychopathological spectrum: expansive ($n = 7$) and defensive ($n = 6$). Patients with expansive pole of disorders were characterized by hyponosognosic reactions, suspiciousness, emotional flattening, and reduced compliance regarding the somatic diagnosis, whereas patients with disorders of defensive pole exhibited hypernosognosic reactions, pronounced anxiety-depressive symptoms, and low quality of life indicators. In the uncorrected analysis, differences between the subgroups were observed for most scales used; however, after Bonferroni correction for multiple comparisons, only the “no close friends” and “paranoid ideation” subscales of the SPQ remained statistically significant ($p < 0.00227$). Other differences, including those in quality of life, anxiety, depression, and menopausal symptoms, did not reach the adjusted significance level, underscoring the preliminary nature of the findings and the need for further research in larger cohorts. Estradiol levels did not differ between the groups. **Conclusion:** the obtained results highlight the necessity of an interdisciplinary approach to managing this patient category, including not only HRT but also personalized psychopharmacotherapy, psychoeducational interventions, and correction of nosogenic reactions to improve treatment adherence and overall prognosis. The study is the first one to describe in detail the specifics of the interaction between SD and POI, revealing a high frequency of this comorbidity (16.25% in the POI cohort) and its significant impact on the quality of life and internal picture of the disease in women of reproductive age, despite receiving HRT.

Keywords: schizotypal disorder, premature ovarian insufficiency, nosogenic reactions, quality of life, comorbidity

For citation: Kochergina M.S., Kolpakova T.G., Yureneva S.V., Maria. A. Omelchenko M.A., Avdzhay D.M., Averkova V.G., Samushiya M.A. Nosogenic Reactions in Patients with Schizotypal Disorder and Comorbid Premature Ovarian Insufficiency: a Pilot Study. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2026;24(3):66–77. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-66-77>

ВВЕДЕНИЕ

Накапливается все больше данных, свидетельствующих о высокой распространенности первичных нейроэндокринных нарушений при расстройствах шизофренического спектра (РШС) и шизотипическом расстройстве (ШР). К ним относят дисрегуляцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (ГГН-оси) [1] с последующим подавлением активности гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси (ГГЯ-оси) и снижение секреции женских половых гормонов [2–4]. Результаты исследований указывают на развитие эстрогендефицитных состояний у женщин с РШС, раннее не получавших лечение антипсихотическими препаратами. Предметом изучения становятся ановуляторные менструальные циклы, низкий паритет родов и развитие остеопороза на отдаленных этапах жизни [5, 6]. По имеющимся данным, у пациенток с РШС отмечаются более низкие показатели фертильности в сравнении с психически здоровыми женщинами [6–9].

В данном контексте критически важным коморбидным состоянием выступает преждевременная недостаточность яичников (ПНЯ) — симптомокомплекс, характеризующийся угасанием овариальной функции в возрасте до 40 лет, сопровождающийся снижением уровня эстрогена и повышением уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) (более 25 МЕ/л) [10]. Клинически ПНЯ проявляется олиго- и аменореей, генитоуринарным менопаузальным синдромом, ассоциированными с гипоестрогенией вазомоторными симптомами (приливы жара, потливость), снижением либидо и стойким бесплодием [10–12]. В долгосрочной

перспективе ПНЯ приводит к увеличению риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, остеопороза, деменции и паркинсонизма, а также выступает в качестве изолированного фактора риска развития метаболического синдрома [12–14]. С целью профилактики указанных заболеваний в качестве терапии ПНЯ используется заместительная гормональная терапия (ЗГТ) препаратами эстрадиола в сочетании с гестагеном, предпочтительно микронизированным прогестероном, до возраста наступления физиологической менопаузы [10–13]. По данным В.Г. Аверковой и соавт., несмотря на регулярную ЗГТ у пациенток с ПНЯ отмечается низкое качество жизни, сопоставимое с таковым при серьезных хронических заболеваниях [15]. ПНЯ оказывает негативное влияние как на физический, так и на психический компоненты здоровья [14, 16]. Таким образом, у больных ШР и коморбидной ПНЯ преждевременная утрата физиологической гормональной защиты кумулирует первичные нейроэндокринные нарушения, что выводит таких пациенток в группу повышенного риска, а также значительно затрудняет проведение лечебных мероприятий.

Для женщин репродуктивного возраста ПНЯ становится не только медицинским диагнозом, но и источником личных переживаний в контексте потери генеративной функции, «преждевременного старения» и раннего развития возраст-ассоциированных заболеваний [17]. Психологические аспекты, отражающие внутреннюю картину болезни, а также сопутствующие нозогенные реакции играют определяющую роль в приверженности лечению, мотивации к коррекции образа жизни и, в конечном итоге, в общем прогнозе.

Несмотря на очевидную клиническую значимость, проблема нозогенных реакций у пациенток с «мягкими» вариантами РШС, в частности ШР, и ПНЯ остается практически не изученной. Отсутствуют данные о структуре и типологии нозогений и их влиянии на приверженность лечению, что определяет цели и задачи данного исследования.

Цель исследования: описать и систематизировать нозогенные реакции, возникающие у лиц с шизотипическим расстройством (ШР) и коморбидной преждевременной недостаточностью яичников (ПНЯ), изучить их влияние на субъективную оценку менопаузального синдрома и качества жизни в группе исследования.

ПАЦИЕНТКИ И МЕТОДЫ

В ходе настоящего кросс-секционного пилотного исследования из общей когорты пациенток с ПНЯ ($n = 80$), наблюдавшихся амбулаторно в научно-консультативном отделении амбулаторной онкологической помощи ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, была выделена группа из 13 пациенток (16,25%) с диагнозом ШР, установленным в ходе клинико-психопатологического обследования.

Критерии включения: установленный диагноза ШР и ПНЯ (F21 и E28.3 по МКБ-10 соответственно); возраст пациенток от 18 до 45 лет. Диагноз ПНЯ устанавливали врачи-гинекологи в соответствии с критериями ESHRE: аменорея или олигоменорея длительностью более 4 месяцев в возрасте до 40 лет и повышение уровня ФСГ > 25 МЕ/л в парных сыворотках крови с интервалом в 4 недели. В рамках данного исследования с целью оценки текущего гормонального статуса на фоне проводимой ЗГТ анализировали уровень эстрадиола.

Критерии не включения: тяжелые психические расстройства, затрудняющие исследование в необходимом объеме (умственная отсталость, грубое органическое поражение центральной нервной системы, злоупотребление психоактивными веществами); ятрогенная форма ПНЯ. Пациентки могли добровольно отозвать свое участие в исследовании в любое время после предоставления информированного добровольного согласия и до завершения исследования.

Клинико-психопатологическое обследование проводил консилиум с участием профессорско-преподавательского состава кафедры психиатрии ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ в составе заведующей кафедрой, члена-корреспондента РАН, доктора медицинских наук, доцента М.А. Самушия и доктора медицинских наук, доцента М.А. Омельченко, а также заведующей научно-консультативным диагностическим отделением амбулаторной онкологической помощи ФГБУ «НМИЦ АГП им. ак. В.И. Кулакова» МЗ РФ, доктора медицинских наук, профессора, врача акушера-гинеколога, гинеколога-эндокринолога С.В. Юренивой. Диагноз ШР выставлялся на основании клинико-психопатологического интервью и строгого соответствия критериям F21 по МКБ-10. Производился сбор

клинико-anamnestических данных, в том числе сведения семейного анамнеза — отягощенность психической патологией со стороны родственников, возраст наступления менопаузы у родственниц. Также учитывались объективные анамnestические сведения со стороны близкого окружения пациенток (члены семьи).

Психометрическое обследование для выявления нозогений, установления их структуры и тяжести проводили с использованием шкалы депрессии Гамильтона (*Hamilton's Depression Rating Scale, HDRS*), шкалы тревоги Гамильтона (*Hamilton's Anxiety Rating Scale, HARS*), опросника шизотипических черт личности (*Schizotypal Personality Questionnaire, SPQ*), опросника качества жизни (*WHO Quality of Life — brief version, WHOQOL-BREF*), шкалы оценки симптомов менопаузы (*Menopause Rating Scale, MRS*).

Были проанализированы показатели уровня эстрадиола и ФСГ в сыворотке крови на момент постановки диагноза ПНЯ, уровень эстрадиола на момент включения в исследование на фоне ЗГТ, анамnestические сведения о наличии симптомов предменструального дисфорического расстройства (ПМДР) в репродуктивном периоде пациенток, возраст начала менструаций и первых клинических проявлений ПНЯ, прием ЗГТ, семейная отягощенность ПНЯ и ранним наступлением менопаузы (до 45-летнего возраста).

Оценка приверженности лечению оценивалась на основе анализа данных о назначении ЗГТ в определенной дозировке в медицинской документации, самоотчета пациенток в свободной форме о пропусках приема препаратов или самовольного изменения дозировок в последние 3 месяца. Низкой приверженностью считалось наличие факта пропуска приема препарата более 2 раз в неделю и самостоятельное изменение режима дозирования.

Этические аспекты

Все участники исследования подписали добровольное информированное согласие на участие в программе. Проведение исследования соответствовало положениям Хельсинкской декларации 1964 г., пересмотренной в 1975–2024 гг., и одобрено локальным этическим комитетом ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ (протокол № 7/2024 от 29 августа 2024 г.).

Ethical aspects

All examined participants of study signed the informed consent to take part in a study. The research protocol was approved by Local Ethical Committee of Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs (protocol No. 7/2024 from 29.08.2024). This study complies with the Principles of the WMA Helsinki Declaration 1964 amended 1975–2024.

Сбор данных, их последующую коррекцию, систематизацию исходной информации и визуализацию полученных результатов осуществляли в электронных таблицах Microsoft Office Excel (2016). Статистическую обработку результатов проводили средствами языка программирования Python (v. 3.12, Python Software Foundation, <https://www.python.org/>). Количественные

показатели оценивали на предмет соответствия нормальному распределению, для этого использовали критерий Шапиро–Уилка. Проверка на нормальность распределения показала, что данные в исследовании не имеют нормального распределения. Поэтому в дальнейшем расчеты производили методами непараметрической статистики. В случае описания количественных показателей, имеющих распределение отличное от нормального, в качестве центра распределения была определена медиана, а в качестве показателей вариации — квартили (Me [Q1; Q3]). Для сравнения двух несвязанных выборок использовали U-критерий Манна–Уитни. Результаты качественных признаков выражены в абсолютных числах с указанием долей в %. Сравнение номинальных данных в группах проводили при помощи критерия χ^2 Пирсона. В тех случаях, когда число ожидаемых наблюдений в любой из ячеек четырехпольной таблицы было менее 10, для оценки уровня значимости различий использовался точный критерий Фишера. Различия считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$, использовали двусторонний p -уровень значимости. Для учета множественных сравнений при анализе психометрических шкал применяли поправку Бонферрони. Уровень значимости α был скорректирован делением 0,05 на число выполненных сравнений ($n = 22$), что дало порог $p < 0,00227$. В табл. 2 представлены исходные p -значения, а символом «†» отмечены различия, сохраняющие значимость после коррекции.

Для оценки размера эффекта при сравнении двух независимых групп с помощью U-критерия Манна–Уитни использовали коэффициент $r = Z / \sqrt{N}$, где Z — стандартизованное значение теста, N — общий объем выборки. Значения r интерпретировали как малый (0,1–0,3), средний (0,3–0,5) и большой ($> 0,5$) эффект. Также для ключевых показателей рассчитывали медианные разности с 95% доверительным интервалом (методом Ходжеса–Лемана).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В исследование вошли 13 пациенток репродуктивного возраста (медиана 35,0 [25,0; 41,0] лет) с ШР (F21 по МКБ-10) и коморбидной ПНЯ (E28.3 по МКБ-10). Все пациентки получали эстроген-гестагенную заместительную гормональную терапию в циклическом режиме в дозе E2 (2,25 и 3 мг трансдермально). Формирование психопатологической симптоматики происходило в 24,0 [20,0; 28,0] года, дебют ПНЯ приходился на 25,0 [21,0; 32,0] лет. В среднем между началом ШР и проявлением овариальной недостаточности прошло около 1,5 года (18,2 $\pm$ 28,4 месяца). Клинико-анамнестические сведения отображены в табл. 1.

На основании клинико-психопатологического, психометрического обследования и двумерной модели «внутренней картины болезни» [18] выделены две подгруппы, соответствующие концепции психопатологических расстройств экспансивного и дефензивного

полюсов, возникающих в результате влияния эндогенного процесса на структуру личности [19–21].

Подгруппа 1 ($n = 7$; 53,8%) с формированием гипозогнозического варианта нозогенных реакций

В преморбиде пациенток данной подгруппы регистрировали проявления проприоцептивного диатеза [22] с парадоксальными ощущениями, гетеронормными нормальной перцепции, носящими характер мигрирующих телесных сенсаций в сочетании с гипестезией общего чувства тела. Психопатологическая семейная отягощенность выявлена в 6 случаях (85,7%). Психическое расстройство дебютировало в 27,0 [20,0; 30,0] лет с субдепрессивной симптоматики с нарастанием подозрительности и идей отношения. На фоне чувства тревоги пациентки ощущали на себе недоброжелательные взгляды малознакомых людей, видели «скрытый смысл» в их жестах и мимике. В ходе подробного расспроса они признавали убежденность в том, что некоторые коллеги намеренно пересекают им дорогу, затевают против них интриги, «подсиживают» на рабочем месте. У части пациенток обнаружено неконгруэнтное аффективным переживаниям формирование сверхценных идей эротоманического содержания.

В период стабилизации психопатологической симптоматики отмечено формирование «общих симптомов» экспансивного полюса: доминирование раздражительности и гневливости с элементами гипомании, носящей монотонный и моноидеистический характер в отношении своей сексуальной привлекательности и притязаний со стороны лиц противоположного пола на фоне нарастания эмоциональной уплощенности, что впоследствии приводило к снижению социальной активности. Данную группу характеризовали недоверчивость, подозрительность (по субшкале идей отношений и субшкале подозрительности SPQ), социальная отгороженность (по субшкале отсутствия близких друзей и межличностному фактору SPQ), эмоциональная холодность (по субшкале аффективной уплощенности SPQ) (таблица 2).

Первые симптомы овариальной недостаточности в форме олигоменореи и проявлений эстрогенодефицита возникали в 29,0 [23,5; 32,5] лет. Тем не менее последующее обращение к врачу-гинекологу в связи с приливами жара и снижением полового влечения происходило в среднем спустя 7,42 $\pm$ 1,9 месяца после появления первых проявлений ПНЯ. На известия о репродуктивном неблагополучии в результате установления диагноза ПНЯ больные реагировали равнодушно. Формирование нозогений происходило по гипозогнозическому варианту с поиском «преимуществ» соматического заболевания (отказ от использования средств контрацепции) вплоть до возникновения установок добровольного отказа от деторождения («чайлд-фри»). В дальнейшем происходило развитие гипоманиакальных состояний по реактивному механизму с повышением полового влечения. Отмечено превалирование необычных жалоб, носящих характер телесных

Таблица 1. Сравнительный анализ диагноза, демографических и клинико-анамнестических характеристик
Table 1 Comparative Analysis of Diagnosis, Demographic and Clinical-Anamnesic Characteristics

Параметры/ Parameters	Все/Total n = 13	Подгруппа 1/ Subgroup 1 n = 7	Подгруппа 2/ Subgroup 2 n = 6	p
Диагнозы по МКБ-10/Diagnoses of ICD-10:				
F21.2, абс. (%)	1 (8,0%)	–	1 (17,0%)	0,462
F21.3, абс. (%)	6 (46,0%)	2 (29,0%)	4 (67,0%)	0,286
F21.4, абс. (%)	6 (46,0%)	5 (71,0%)	1 (17,0%)	0,103
Возраст (лет)/Age (years)	35,0 [25,0; 41,0]	40,0 [30,0; 42,0]	28,0 [24,5; 38,25]	0,519
Возраст менархе (лет)/Age of menarche (years)	13,0 [12,0; 15,0]	13,0 [12,5; 14,0]	13,5 [12,25; 14,75]	0,660
Возраст начала ПНЯ (лет)/Age of POI manifestation (years)	25,0 [21,0; 32,0]	29,0 [23,5; 32,5]	23,0 [21,25; 24,75]	0,391
Длительность заболевания ПНЯ (лет)/Duration of POI (years)	7,0 [5,0; 11,0]	8,0 [6,5; 11,5]	5,0 [5,0; 8,75]	0,388
Возраст дебюта ШП (лет)/Age of SD manifestation (years)	24,0 [20,0; 28,0]	27,0 [20,0; 30,0]	22,5 [20,25; 24,75]	0,567
Длительность заболевания ШП (лет)	8,0 [6,0; 13,0]	8,0 [7,0; 14,5]	6,5 [5,25; 11,5]	0,474
Симптомы ПМДР в анамнезе, абс (%) / PMDD symptoms, abs (%)	4 (31,0%)	2 (29,0%)	2 (33,0%)	1,000
Семейная отягощенность по ПНЯ/ранней менопаузе, абс (%) / Family history of POI/ early menopause, abs (%)	2 (15,0%)	0 (0%)	2 (33,0%)	0,192
Психопатологическая семейная отягощенность, абс. (%) / Family history of Mental illnesses, abs (%)	10 (77,0%)	6 (86,0%)	4 (67,0%)	0,559
Прием заместительной гормональной терапии, абс (%) / HRT treatment, abs (%)	13 (100%)	7 (100%)	6 (100%)	1,000
Прием психотерапии, абс. (%) / Psychopharmacotherapy treatment, abs (%)	4 (31,0%)	3 (43,0%)	1 (17,0%)	0,559

сенсаций — ощущение «сжатия» матки, аномальной консистенции вагинальных выделений и пр. В данной подгруппе наблюдалась низкая комплаентность к режиму ЗГТ. В попытках усилить половое влечение пациентки «преобразовывали» терапию: вопреки рекомендациям акушеров-гинекологов нарушали дозирование заместительной гормональной терапии (ЗГТ).

В психическом состоянии регистрировали умеренные уровни тревоги и депрессии (суммарная оценка HARS, HDRS), легкую степень выраженности менопаузального синдрома (суммарная оценка MRS), относительно высокую удовлетворенность физическим здоровьем, психологической сферой и общим состоянием здоровья. Более низкие баллы WHOQOL-BREF при оценке доменов социальных взаимоотношений и окружающей среды (табл. 2) после поправки не достигли скорректированного уровня значимости отличий, что согласуется с выявленной социальной отгороженностью этих пациенток.

Подгруппа 2 (n = 6, 46,2%) с реализацией нозогений гипернозогнозического варианта

По конституциональному складу пациентки данной подгруппы обнаруживали принадлежность к невропатии с неустойчивостью вегетативных функций, общей гипостенией и усилением телесной перцепции, в том числе связанной с метеорологическими условиями. Семейная отягощенность манифестными психозами отмечена у 4 пациенток (66,6%).

Первые признаки психических нарушений появились в 22,5 [20,25; 24,75] года. На фоне подавленности настроения и необъяснимого беспокойства регистрировались явления ауто- и соматопсихической деперсонализации — больные переживали измененность

собственного Я, «видели» себя со стороны («душа отсоединилась от физического тела»), чувствовали, будто их тело не принадлежит им. Квазипсихотическая симптоматика представлена преимущественно явлениями псевдогаллюцинаций («звучанием» собственных мыслей внутри головы), мягкими кататоническими включениями (оцепенением и непреодолимым мышечным напряжением), эпизодами открытости мыслей (ощущением доступности мыслей и переживаний окружающим людям), сопровождающихся страхом сумасшествия и потери контроля над собой.

В периоды аттенуации психопатологической симптоматики наблюдалось формирование «общих симптомов» дефензивного полюса с доминированием повышенной ранимости, эмоциональной уязвимости, слабости и утомляемости, упадком сил; пациентки отмечали появление «тумана» в голове, с которым часто связывали забывчивость и трудности при выполнении рабочих и бытовых обязанностей. У пациенток из данной подгруппы регистрировался страх социального взаимодействия (по субшкале социальной тревоги SPQ), необычное поведение и вычурность суждений (по субшкале магического мышления, субшкале необычных ощущений и восприятия, субшкале странного поведения и субшкале странной речи SPQ) (табл. 2).

В 23,0 [21,25; 24,75] года отмечались первые клинические проявления ПНЯ в виде нарушений менструального цикла по типу олигоменореи, приливов жара, повышенной потливости в ночное время. Спустя 1,8 ± 0,6 месяца следовало обращение к акушеру-гинекологу. Выявление яичниковой недостаточности и потеря репродуктивной функции сопровождались гипернозогнозическими нозогенными реакциями с отчетливым

Таблица 2. Сравнительный анализ результатов психометрического исследования**Table 2** Comparative Analysis of Psychometric Study Results

Параметры/Parameters	Все/Total n = 13	Подгруппа 1/ Subgroup 1 n = 7	Подгруппа 2/ Subgroup 2 n = 6	p	r (размер эффекта/ size effect)	Медианная разность [95% ДИ/CI]
Сумма баллов SPQ/SPQ Total Score	44,0 [42,0; 5,0]	45,0 [42,0; 46,5]	43,5 [43,0; 44,75]	0,7730	0,099 (малый)	–1,50 [–7,50; 2,00]
Идеи отношения, SPQ/Ideas of Reference, SPQ	8,0 [2,0;9,0]	9,0 [8,0;9,0]	2,0 [2,0; 3,5]	0,0026	0,832 (очень большой)	–7,00 [–8,00; –6,00]
Повышенная социальная тревожность, SPQ/Social Anxiety, SPQ	7,0 [3,0;8,0]	3,0 [2,0; 3,5]	8,0 [8,0; 8,0]	0,0032	–0,812 (очень большой)	5,00 [3,50; 6,00]
Магическое мышление, SPQ/Odd Beliefs of Magical Thinking, SPQ	6,0 [4,0; 7,0]	4,0 [3,5; 5,0]	7,0 [7,0; 7,0]	0,0103	–0,693 (очень большой)	3,00 [2,00; 4,00]
Необычные ощущения и восприятие, SPQ/Unusual Perceptual Experiences, SPQ	4,0 [2,0; 8,0]	2,0 [2,0; 3,0]	8,5 [8,0; 9,0]	0,0030	–0,832 (очень большой)	6,50 [5,00; 7,51]
Странное поведение, SPQ/Eccentric Behavior, SPQ	5,0 [3,0; 6,0]	3,0 [3,0; 4,0]	6,5 [6,0; 7,0]	0,0029	–0,832 (очень большой)	3,50 [2,50; 4,73]
Отсутствие близких друзей, SPQ/No Close friends, SPQ	6,0 [2,0; 7,0]	7,0 [7,0; 7,0]	2,0 [2,0; 2,0]	0,0019†	0,832 (очень большой)	–5,00 [—]
Странная речь, SPQ/Odd Speech, SPQ	4,0 [2,0; 7,0]	2,0 [2,0; 3,0]	7,0 [6,25;7,75]	0,0050	–0,792 (очень большой)	5,00 [3,50; 7,00]
Упущенный аффект, SPQ/Constricted Affect, SPQ	4,0 [3,0; 5,0]	5,0 [5,0; 6,0]	2,5 [1,25; 3,0]	0,0029	0,832 (очень большой)	–2,50 [–4,00; –1,00]
Подозрительность, SPQ/Paranoid Ideation, SPQ	8,0 [1,0; 8,0]	8,0 [8,0; 8,0]	0,5 [0,0; 1,75]	0,0014†	0,832 (очень большой)	–7,50 [–8,00; –6,00]
Перцептивно-когнитивный фактор, SPQ/Cognitive-Perceptual Factor, SPQ	21,0 [19,0; 22,0]	22,0 [22,0; 24,5]	19,0 [18,25; 19,0]	0,0038	0,812 (очень большой)	–3,00 [–5,00; –1,00]
Межличностный фактор, SPQ/Interpersonal Factor, SPQ	21,0 [13,0; 24,0]	24,0 [22,0; 26,0]	13,0 [12,25; 13,0]	0,0032	0,832 (очень большой)	–11,00 [–14,50; –8,00]
Фактор дезорганизации, SPQ/Disorganized Factor, SPQ	9,0 [6,0; 13,0]	6,0 [4,5; 7,0]	13,5 [12,25; 14,75]	0,0033	–0,832 (очень большой)	7,50 [4,00; 10,00]
Сумма баллов HARS/HARS Total Score	9,0 [7,0; 12,0]	7,0 [6,0; 7,0]	12,0 [12,0; 12,75]	0,0030	–0,832 (очень большой)	5,00 [2,40; 6,00]
Сумма баллов HDRS/HDRS Total Score	14,0 [13,0; 19,0]	13,0 [11,0; 14,0]	19,5 [19,0; 20,75]	0,0031	–0,832 (очень большой)	6,50 [4,50; 9,50]
Сумма баллов MRS/MRS Total Score	12,0 [10,0; 19,0]	10,0 [9,0; 10,5]	19,0 [18,25; 19,0]	0,0031	–0,832 (очень большой)	9,00 [7,00; 10,00]
Физическое здоровье, WHOQOL-BREF/hysical Health, WHOQOL-BREF	68,0 [57,0; 71,0]	71,0 [69,5; 75,0]	57,0 [46,5; 57,0]	0,0029	0,832 (очень большой)	–14,00 [–21,00; –7,00]
Психологическая сфера, WHOQOL-BREF/Psychological Sphere, WHOQOL-BREF	67,0 [62,0; 71,0]	71,0 [67,0; 75,0]	60,0 [58,0; 62,0]	0,0028	0,832 (очень большой)	–11,00 [–21,00; –5,00]
Социальные взаимоотношения, WHOQOL-BREF/Social Relationships, WHOQOL-BREF	71,0 [67,0; 84,0]	67,0 [56,0; 67,0]	85,5 [82,5; 87,0]	0,0031	–0,832 (очень большой)	18,50 [13,45; 25,00]
Окружающая среда, WHOQOL-BREF/Environment, WHOQOL-BREF	64,0 [62,0; 84,0]	62,0 [60,5; 63,0]	85,5 [84,0; 87,0]	0,0134	–0,693 (очень большой)	23,50 [11,00; 28,00]
Оценка качества жизни, WHOQOL-BREF/Quality of Life, WHOQOL-BREF	75,0 [50,0; 75,0]	75,0 [75,0; 75,0]	50,0 [50,0; 50,0]	0,0041	0,693 (очень большой)	–25,00 [—]
Оценка состояния здоровья, WHOQOL-BREF/Quality of General Health, WHOQOL-BREF	50,0 [25,0; 75,0]	75,0 [75,0; 75,0]	25,0 [25,0; 43,75]	0,0027	0,792 (очень большой)	–50,00 [—]

Примечание/Note: * — статистическая значимость различий/significance p-значения представлены без коррекции; с учетом поправки Бонферрони ($\alpha = 0,00227$) значимые различия отмечены символом «†».

депрессивным фоном, развитием реактивных тревожных депрессий, переживанием идей собственной «неполноценности» в роли матери, самообвиняющих мыслей в отношении «запоздалого» гинекологического обследования. Состояние пациенток характеризовали высокие уровни тревоги и депрессии (суммарный балл HDRS, HARS), более тяжелое течение климактерия

(суммарная оценка MRS). Несмотря на низкую удовлетворенность пациенток состоянием здоровья и качеством жизни по результатам прохождения WHOQOL-BREF, пациентки продемонстрировали более высокие показатели по доменам социальных взаимоотношений и окружающей среды; однако после поправки на множественные сравнения эти различия не достигали

Таблица 3. Сравнительный анализ коморбидной соматической патологии**Table 3** Comparative Analysis of Comorbid Somatic Pathology

Параметры/Parameters	Все/Total n = 13	Подгруппа 1/ Subgroup 1 n = 7	Подгруппа 2/ Subgroup 2 n = 6	p
Сопутствующих заболеваний нет, абс. (%) / No concomitant disease, abs (%)	6 (46,0%)	4 (57,0%)	2 (33,0%)	0,592
1 сопутствующее заболевание, абс. (%) / 1 concomitant disease, abs (%)	5 (38,0%)	1 (14,0%)	4 (67,0%)	0,103
2 сопутствующих заболевания, абс. (%) / 2 concomitant diseases, abs (%)	2 (15,0%)	2 (29,0%)	0 (0%)	0,462
Аутоиммунный тиреоидит, абс. (%) / Autoimmune thyroiditis, abs (%)	4 (31,0%)	2 (29,0%)	2 (33,0%)	1,000
Псориаз, абс. (%) / Psoriasis, abs (%)	1 (8,0%)	0 (0%)	1 (17,0%)	0,462
Бронхиальная астма, абс. (%) / Bronchial asthma, abs (%)	1 (8,0%)	0 (0%)	1 (17,0%)	0,462
Болезнь Крона, абс. (%) / Crohn's disease, abs (%)	1 (8,0%)	1 (14,0%)	0 (0%)	1,000
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, абс. (%) / Gastroesophageal reflux disease, abs (%)	2 (15,0%)	2 (29,0%)	0 (0%)	0,462

Таблица 4. Сравнительный анализ результатов гормонального исследования на момент постановки диагноза ПНЯ**Table 4** Comparative Analysis of Hormonal Study Results at Time of POI diagnosis

Гормоны/Hormones	Все/Total n = 13	Подгруппа 1/ Subgroup 1 n = 7	Подгруппа 2/ Subgroup 2 n = 6	Референсные значения/ Reference Range	p
ФСГ (МЕ/л)/FSH (IU/L)	56,1 [44,25; 67,25]	44,25 [40,25; 59,75]	65,62 [58,08; 89,64]	2,0–10,0	0,138
Эстрадиол (пг/мл)/Estradiol (pg/ml)	94,0 [86,0; 112,0]	89,0 [86,5; 103,0]	100,92 [83,21; 133,0]	150–450	0,534

Таблица 5. Сравнительный анализ результатов гормонального исследования на момент включения в исследование**Table 5** Comparative Analysis of Hormonal Study Results at Study Entry

Гормоны/Hormones	Все/Total n = 13	Подгруппа 1/ Subgroup 1 n = 7	Подгруппа 2/ Subgroup 2 n = 6	Референсные значения/ Reference Range	p
Эстрадиол (пг/мл)/Estradiol (pg/ml)	180,0 [162,0; 201,3]	189,1 [166,0; 204,8]	179,0 [159,25; 195,98]	150–450	0,836

скорректированного уровня значимости. Тем не менее выявленная тенденция может отражать активный поиск врачебной помощи в рамках гипернозогностической реакции (табл. 2).

Ввиду малого размера групп ($n_1 = 7$; $n_2 = 6$) для ряда шкал U-критерий Манна–Уитни дал минимальное теоретически возможное p -значение ($p = 0,003$). Однако после поправки Бонферрони ($\alpha = 0,00227$) эти различия не достигали порога статистической значимости.

Сопутствующая соматическая патология, преимущественно аутоиммунного генеза, диагностирована у 54% пациенток (табл. 3). Ни по одному из отдельных аутоиммунных или соматических заболеваний статистически значимых различий выявлено не было ($p > 0,45$). Пациентки 2-й подгруппы существенно чаще имели одно сопутствующее заболевание, в то время как в 1-й подгруппе чаще встречались пациентки без сопутствующей патологии или с двумя заболеваниями. При этом редкие, но тяжелые заболевания (псориаз, бронхиальная астма) в данной малой выборке встречались только во 2-й гипернозогностической группе.

Были проанализированы результаты исследования ФСГ и эстрадиола пациенток на момент постановки диагноза до начала приема ЗГТ. Не обнаружено статистически значимых различий между двумя подгруппами, которые представлены в табл. 4. Отмечается общая

для двух групп тенденция к повышению уровня ФСГ и снижению уровня эстрадиола по сравнению с референсными значениями, что является критерием постановки диагноза ПНЯ.

На момент исследования обе подгруппы были скомпенсированы по уровню эстрадиола и получали адекватную дозу ЗГТ (табл. 5).

ОБСУЖДЕНИЕ

Настоящее исследование позволило впервые описать специфику нозогенных реакций у пациенток с ШР и коморбидной ПНЯ с выявлением дихотомии: гипо- и гипернозогностического вариантов [18]. Полученные данные соотносятся с моделью «общих симптомов» патохарактерологических расстройств [21], однако в представленном исследовании экспансивный и дефензивный полюсы проявились также в структуре нозогений, что предполагает патопластическое влияние ШР на субъективное восприятие соматического диагноза.

Выявленная частота коморбидности (16,25% из общей когорты пациенток с ПНЯ) согласуется с недавним полногеномным исследованием ассоциаций с изучением однонуклеотидных полиморфизмов на крупной европейской выборке больных с шизофренией,

обнаружившим потенциальную причинно-следственную связь между шизофренией и ПНЯ ($OR = 1,316$, 95% CI: 1,011 to 1,713, $p = 0,041$) [22]. К возможным этиопатогенетическим механизмам возникновения овариальной недостаточности относят нарушение секреции эстрогенов, тормозящее пролиферацию клеток в тканях яичника и приводящее к их апоптозу [23], повышение маркеров оксидативного стресса в периферической крови, способное как самостоятельно ускорять фолликулярную атрезию, так и посредством активации провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-18 и др.) [24–27].

При рассмотрении доменов WHOQOL-BREF была обнаружена разнонаправленная динамика. Пациентки 1-й подгруппы отмечали более высокий уровень субъективного восприятия физического здоровья, однако имели более низкие показатели социальной поддержки, в то время как пациентки 2-й подгруппы показали более высокие баллы по доменам окружающей среды и социальных взаимоотношений, несмотря на низкую оценку состояния физического здоровья (табл. 2). Вероятным объяснением служит стимуляция к активному поиску помощи и мобилизации социального окружения при наличии коморбидной гипернозогнозической реакции и склонности к социальной изоляции при гипонозогнозическом варианте развития нозогении.

Ключевым клиническим наблюдением стало расхождение между субъективным восприятием эстрогенодефицитного состояния и объективным гормональным статусом. Несмотря на отсутствие статистически значимых различий уровня гормонов в подгруппах (табл. 5), оценка тяжести менопаузального синдрома различалась почти вдвое (10,0 [9,0; 10,5] против 19,0 [18,25; 19,0]); однако после поправки на множественные сравнения это различие не достигло скорректированного уровня значимости (исходно $p = 0,003$). Тем не менее данная тенденция не является уникальной для коморбидной популяции. Несмотря на адекватную ЗГТ, у психически здоровых женщин ПНЯ ассоциирована со снижением уровня качества жизни [14]. Предположительно, при наличии коморбидного ШР данный феномен может приобретать структурированный характер, опосредованный влиянием эндогенного процесса.

У пациенток подгруппы 2 отмечается клинически выраженная тенденция к наличию одного диагностированного сопутствующего заболевания, в то время как 1-я гипонозогнозическая подгруппа демонстрирует либо отсутствие сопутствующей патологии, либо два заболевания. Указанные результаты, вероятно, обусловлены минимизацией переживания болезни с недооценкой степени тяжести соматического состояния, отрицанием проблем со здоровьем либо с хаотичным накоплением сопутствующих соматических заболеваний без их интеграции в целостную картину болезни у пациенток 1-й подгруппы, фокусом на одном «основном» соматическом неблагополучии с проведением расширенной диагностики во 2-й подгруппе. Кроме

того, пациентки 2-й гипернозогнозической подгруппы были моложе, и у них отмечен более ранний дебют ПНЯ, в то время как в 1-й подгруппе наблюдается тенденция к большей длительности ШР.

В подгруппе 1 с формированием гипонозогнозических реакций наблюдается приуменьшение значимости ПНЯ, поиск «преимуществ» диагноза и низкая комплаентность к ЗГТ с формированием собственных методик лечения, что не может быть объяснено простым «пренебрежением», а скорее может диктоваться сверхценным стремлением к сохранению контроля над собственным соматическим состоянием. Описанная симптоматика соответствует aberrантной ипохондрии [28], при которой отрицание болезни сочетается с искаженной интерпретацией соматических симптомов, «преодолевающим» стилем поведения и низкой приверженностью лечению. Подобные реакции описаны у пациентов с РШС и другими коморбидными состояниями [29, 30], однако в случае коморбидной ПНЯ приобретают особую значимость из-за экзистенциальной семантики диагноза.

Напротив, во 2-й подгруппе высокая комплаентность сопряжена с формированием выраженных тревожно-фобических реакций и катастрофизацией диагноза, что соотносится с описанной А.Б. Смугиным невротической ипохондрией [28] и согласуется с данными о том, что негативная симптоматика и эмоциональная лабильность у пациентов с РШС являются ключевыми предикторами снижения качества жизни вне зависимости от соматического статуса [14, 31].

Исследования психически здоровых пациенток с ПНЯ демонстрируют доминирование стрессогенных реакций [32–35], в то время как при сопутствующем ШР нозогенные реакции структурированы в соответствии с преобладанием «общих симптомов» патохарактерологических расстройств. Дальнейшее углубленное изучение этой коморбидной патологии, вероятно, позволит прогнозировать поведение пациенток и рекомендовать соответствующие тактики ведения этих случаев. Помимо назначения ЗГТ в дозах, достаточных для восполнения существующего эстрогенодефицита, первостепенной задачей в повышении качества жизни выступает применение психофармакотерапии, в частности, антипсихотиков третьего поколения в связи с меньшей выраженностью побочных эффектов со стороны эндокринной системы [36, 37], а также психологическая работа, направленная на повышение комплаентности и приверженности лечению [38].

Ограничения исследования

Данное исследование обладает рядом ограничений. Во-первых, малый объем выборки ($n = 13$), что не позволяет сформировать устойчивую клиническую типологию, в связи с чем полученные результаты должны трактоваться как предварительные. Кроме того, отсутствие использования инструментов структурированного интервью (например, SCID II) может оказывать негативное влияние на точность диагностики ШР в пограничных случаях. Во-вторых, одноцентровой характер

исследования и набор пациентов в клинику ФГБУ НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова могут создавать систематическую ошибку отбора, поскольку данная выборка может отличаться от общей популяции пациентов с ПНЯ. В-третьих, кросс-секционный дизайн исследования и отсутствие динамического наблюдения ограничивает установление четких причинно-следственных связей, а также затрудняет разграничение проявлений основного ШР от клинической картины нозогенных реакций, основываясь лишь на субъективных катамнестических данных, что может искажать реальную клиническую картину.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Формирующиеся в данной группе больных нозогенно представляют собой своеобразный психопатологический комплекс, с одной стороны, определяющийся выраженностью «общих симптомов» экспансивного и дефензивного полюсов, с другой — отражающий стигматизирующую семантику диагноза ПНЯ, наносящую удар по ключевым составляющим женской идентичности: репродуктивной, социальной и телесной. Выявленная тенденция к диссоциации между компенсированным гормональным статусом и тяжестью менопаузального синдрома (различия не достигли статистической значимости после коррекции на множественные сравнения) тем не менее требует учета психопатологического фактора при интерпретации соматических жалоб в клинической практике. Ведение таких пациенток требует междисциплинарного взаимодействия гинеколога-эндокринолога и психиатра с целью разработки индивидуального подхода к терапии, направленного как на восполнение нарушений гормонального фона, так и на минимизацию последующих ассоциированных рисков и улучшение качества жизни. Полученные данные носят предварительный характер и подчеркивают необходимость проведения более масштабных исследований с целью валидации выявленных клинических профилей.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

- Bradley AJ, Dinan TG. A systematic review of hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in schizophrenia: implications for mortality. *J Psychopharmacol*. 2010;24(4):91–118. doi: 10.1177/1359786810385491
- Riecher-Rössler A, Häfner H, Stumbaum M, Maurer K, Schmidt R. Can estradiol modulate schizophrenic symptomatology? *Schizophr Bull*. 1994;20(1):203–214. doi: 10.1093/schbul/20.1.203
- Huber TJ, Rollnik J, Wilhelms J, Von Zur Mühlen A, Emrich HM, Schneider U. Estradiol levels in psychotic disorders. *Psychoneuroendocrinology*. 2001;26(1):27–35. doi: 10.1016/S0306-4530(00)00034-2
- Markham JA. Sex steroids and schizophrenia. *Rev Endocr Metab Disord*. 2012;13(3):187–207. doi: 10.1007/s11154-011-9184-2
- Bergemann N, Riecher-Rössler A. Estrogen effects in psychiatric disorders. Springer Science & Business Media; 2005. doi: 10.1007/b12686
- Riecher-Rössler A. Oestrogens, prolactin, hypothalamic-pituitary-gonadal axis, and schizophrenic psychoses. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(1):63–72. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30379-0
- Тювина НА, Николаевская АО. Бесплодие и психические расстройства у женщин. Сообщение 1. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2019;11(4):117–124. doi: 10.14412/2074-2711-2019-4-117-124
Tyuvina NA, Nikolaevskaya AO. Infertility and mental disorders in women. Communication 1. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2019;11(4):117–124. (In Russ.). doi: 10.14412/2074-2711-2019-4-117-124
- Тювина НА, Николаевская АО. Роль психологических и психопатологических факторов в генезе идиопатического бесплодия. *Психиатрия*. 2022;20(1):110–119. doi: 10.30629/2618-6667-2022-20-1-110-119
Tyuvina NA, Nikolaevskaya AO. The Role of Psychological and Psychopathological Factors in the Genesis of Idiopathic Infertility. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2022;20(1):110–119. (In Russ.). doi: 10.30629/2618-6667-2022-20-1-110-119
- Bundy H, Stahl D, MacCabe JH. A systematic review and meta-analysis of the fertility of patients with schizophrenia and their unaffected relatives. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;123(2):98–106. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01623.x
- European Society of Human Reproduction and Embryology. International Guideline on Premature Ovarian Insufficiency. 2024. Available from: <https://www.eschre.eu/guidelines>
- Блинов ДВ, Хазан ПЛ, Мнацаканьян АН, Корабельников ДИ, Сафаров АТ, Павлова НВ, Захарова НС, Пономарев ДА, Петренко ДА. Ранняя менопауза и преждевременная недостаточность яичников: проблемы и перспективы. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2020;14(3):328–345. doi: 10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2020.173
Blinov DV, Hasan PL, Mnatsakanyan AN, Korabelnikov DI, Safarov AT, Pavlova NV, Zakharova NS, Ponomarev DA, Petrenko DA. Early menopause and premature ovarian insufficiency: problems and perspectives. *Obstetrics, Gynecology and Reproduction*. 2020;14(3):328–345. (In Russ.). doi: 10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2020.173
- Колпакова ТГ, Кочергина МС, Аверкова ВГ, Юренива СВ, Самушия МА. Психическое здоровье и сексуальное функционирование женщин с преждевременной недостаточностью яичников. *Акушерство и гинекология*. 2024;(11):34–39. doi: 10.18565/aig.2024.188
Kolpakova TG, Kochergina MS, Averkova VG, Yureneva SV, Samushiya MA. Mental health and sexual function in women with premature ovarian insufficiency.

- Obstetrics and Gynecology*. 2024;(11):34–39. (In Russ.). doi: 10.18565/aig.2024.188
13. Podfigurna-Stopa A, Czyzyk A, Grymowicz M, Smolarczyk R, Katulski K, Czajkowski K, Meczekalski B. Premature ovarian insufficiency: the context of long-term effects. *J Endocrinol Invest*. 2016;39(9):983–990. doi: 10.1007/s40618-016-0467-z
 14. Зими́на МВ, Дора СВ, Халимов ЮШ, Лискер АВ, Шве́ц ЗВ, Волкова АР, Мкртчян СМ, Мамедова АШ. Преждевременная недостаточность яичников как фактор риска метаболического синдрома. *Вестник терапевта*. 2025;(3):68. doi: 10.31550/2712-8601-VT-2025-3-1
Zimina MV, Dora SV, Khalimov YS, Lisker AV, Shvets ZV, Volkova AR, Mkrtchyan SM, Mamedova AS. Premature ovarian insufficiency as a risk factor for metabolic syndrome. *Therapist's Bulletin*. 2025;(3):68. (In Russ.). doi: 10.31550/2712-8601-VT-2025-3-1 (In Russ.)
 15. Аверкова ВГ, Юрене́ва СВ. Оценка качества жизни пациенток с преждевременной недостаточностью яичников, принимающих заместительную гормональную терапию. *Акушерство и гинекология*. 2023;(5):50–58. doi: 10.18565/aig.2023.16
Averkova VG, Yureneva SV. Quality of life in patients with premature ovarian insufficiency treated with hormone replacement therapy. *Obstetrics and Gynecology*. 2023;(5):50–58. (In Russ.). doi: 10.18565/aig.2023.16
 16. Кочергина МС, Саму́шия МА, Диланян ТГ, Юрене́ва СВ, Титова ВВ, Харитоненкова, ЕЮ. Место психической патологии в структуре преждевременной недостаточности яичников. *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2024;(2):77–81. doi: 0.48612/cgma/kef6-1ukk-7tfh
Kochergina MS, Samushiya MA, Dilanyan TG, Yureneva SV, Titova VV, Kharitonenkova EYu. The Role of Psychopathology in Premature Ovarian Insufficiency. *Kremlin Medicine Journal*. 2024;(2):77–81. (In Russ.). doi: 0.48612/cgma/kef6-1ukk-7tfh
 17. Hammond J, Marczak M. Women's experiences of premature ovarian insufficiency: a thematic synthesis. *Psychol Health*. 2025;40(2):192–216. doi: 10.1080/08870446.2023.2192738
 18. Сму́левич АБ. Ипохондрия и соматоформные расстройства. *Логос*. 1992:175.
Smulevich AB. Ipocondriya i somatomorfnye rasstroystva. *Logos*. 1992:175. (In Russ.).
 19. Galderisi S, Mucci A, Bitter I, Libiger J, Bucci P, Fleischhacker WW, Kahn RS. Persistent negative symptoms in first episode patients with schizophrenia: results from the European First Episode Schizophrenia Trial. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013;23(3):196–204. doi: 10.1016/j.euroneuro.2012.04.019
 20. Galderisi S, Rossi A, Rocca P, Bertolino A, Mucci A, Bucci P, Rucci P, Gibertoni D, Aguglia E, Amore M, Bellomo A, Biondi M, Brugnoli R, Dell'Osso L, De Ronchi D, Di Emidio G, Di Giannantonio M, Fagiolini A, Marchesi C, Monteleone P, Oldani L, Pinna F, Roncone R, Sacchetti E, Santonastaso P, Siracusano A, Vita A, Zeppegno P, Maj M. The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia. *World Psychiatry*. 2014;13(3):275–287. doi: 10.1002/wps.20167
 21. Сму́левич АБ, Дубницкая ЭБ, Лобанова ВМ, Воронова ЕИ, Жилин ВО, Колю́цкая ЕВ, Самойлова ЕД, Сорокина ОЮ. Расстройства личности и шизофренический дефект (проблема коморбидности). *Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова*. 2018;118(11):4–14. doi: 10.17116/jnevro20181181114
Smulevich AB, Dubnitskaya EB, Lobanova VM, Voronova EI, Zhylin VO, Kolyutskaya EV Samoilova ED, Sorokina OY. Personality disorders and schizophrenic defect (problem of comorbidity). *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2018;118(11):4–14. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro20181181114
 22. Rado S. Dynamics and classification of disordered behavior. *Am J Psychiatry*. 1953;110(6):406–416. doi: 10.1176/ajp.110.6.406
 23. Wen J, Zhang F, Cheng G, Liu C, Zhang Y. Schizophrenia may be a risk of polycystic ovary syndrome (PCOS) and primary ovarian insufficiency (POI): A Mendelian randomisation study. *World J Biol Psychiatry*. 2025;1–9. doi: 10.1080/15622975.2025.2555173
 24. Zhang FL, Kong L, Zhao AH, Ge W, Yan ZH, Li L, De Felici M, Shen W. cytokines as key players of apoptosis induced by environmental estrogens in the ovary. *Environ Res*. 2021;198:111225. doi: 10.1016/j.envres.2021.111225
 25. Zilocchi M, Broderick K, Phanse S, Aly KA, Babu M. Mitochondria under the spotlight: On the implications of mitochondrial dysfunction and its connectivity to neuropsychiatric disorders. *Comput Struct Biotechnol J*. 2020;18:2535–2546. doi: 10.1016/j.csbj.2020.09.008
 26. Fíziková I, Dragašek J, Račay P. Mitochondrial dysfunction, altered mitochondrial oxygen, and energy metabolism associated with the pathogenesis of schizophrenia. *Int J Mol Sci*. 2023;24(9):7991. doi: 10.3390/ijms24097991
 27. Lliberos C, Liew SH, Zareie P, La Gruta NL, Mansell A, Hutt K. Evaluation of inflammation and follicle depletion during ovarian ageing in mice. *Sci Rep*. 2021;11(1):278. doi: 10.1038/s41598-020-79488-4
 28. Сму́левич АБ. Расстройства личности и соматическая болезнь (к проблеме нажитых ипохондрических психопатий). *Психиатрия*. 2005;5(17):13–21. EDN: PWXYWD
Smulevich AB. Personality disorders and somatic disease (to the problem of stressed hypochondriac psychopathy). *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2005;5(17):13–21. (In Russ.). EDN: PWXYWD
 29. Овчаренко СИ, Галецкайте ЯК, Волель БА, Пушкарев ДФ, Лас ЕА. Типология расстройств личности

и реагирования на заболевание при хронической обструктивной болезни легких. *Пульмонология*. 2014;(2):74–80. doi: 10.18093/0869-0189-2013-0-2-74-80

Ovcharenko SI, Galetskayte YaK, Volel BA, Pushkarev DF, Las EA. Patterns of personality disorders and disease-related responses in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Pulmonologiya*. 2014;(2):74–80. (In Russ.). doi: 10.18093/0869-0189-2013-0-2-74-80

30. Смулевич АБ, Сыркин АЛ, Трошина ДВ, Волель БА, Сыркина ЕА, Новикова НА, Грубова МВ, Малутина АА. Шизотипические реакции при фибрилляции предсердий (к проблеме выделения психокardiологических синдромов). *Психические расстройства в общей медицине*. 2017;3–4:11–19. EDN: YQNNAQ

Smulevich AB, Syrkin AL, Troshina DV, Volel BA, Syrkina EA, Novikova NA, Grubova MV, Malyutina AA. Schizotypal reactions in atrial fibrillation (to the problem of identification of psychocardiological syndromes). *Mental Disorders in General Medicine*. 2017;3–4:11–19. (In Russ.). EDN: YQNNAQ

31. Watson P, Zhang JP, Rizvi A, Tamaiev J, Birnbaum ML, Kane J. A meta-analysis of factors associated with quality of life in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*. 2018;202:26–36. doi: 10.1016/j.schres.2018.07.013
32. Golezar S, Keshavarz Z, Ramezani Tehrani F, Ebadi A. (2020). An exploration of factors affecting the quality of life of women with primary ovarian insufficiency: a qualitative study. *BMC women's health*. 2020;20(1):163. doi: 10.1186/s12905-020-01029-y

33. Singer D. Managing the psychological sequelae of POI. *Post Reproductive Health*. 2019;25(3):150–155. doi: 10.1177/2053369119874640

34. Li XT, Li PY, Liu Y, Yang HS, He LY, Fang YG, Liu BY, Chaplin JE. Health-related quality-of-life among patients with premature ovarian insufficiency: a systematic review and meta-analysis. *Qual Life Res*. 2020;29(1):19–36. doi: 10.1007/s11136-019-02326-2

35. Аверкова ВГ, Донников АЕ. Преждевременная недостаточность яичников: последствия для здоровья и стратегии заместительной гормональной терапии. *Доктор Ру*. 2023;22(5):49–53. doi: 10.31550/1727-2378-2023-22-5-49-53

Averkova VG, Donnikov AE. Premature Ovarian Insufficiency: Long-Term Health Consequences and Hormone Replacement Therapy Strategies. *Doktor Ru*. 2023;22(5):49–53. (In Russ.). doi: 10.31550/1727-2378-2023-22-5-49-53

36. Mailman RB, Murthy V. Third generation antipsychotic drugs: partial agonism or receptor functional selectivity? *Curr Pharm Des*. 2010;16(5):488–501. doi: 10.2174/138161210790361461

37. Петрова НН, Софронов АГ. Антипсихотики: от первого к третьему поколению. *Формулы фармации*. 2020;2(4):82–89. doi: 10.17816/phf55260

Petrova NN, Sofronov AG. Antipsychotics: from first to third generation. *Pharmacy Formulas*. 2020;2(4):82–89. (In Russ.). doi: 10.17816/phf55260

38. Bäuml J, Pitschel-Walz G, Volz A, Lüscher S, Rentrop M, Kissling W, Jahn T. Psychoeducation improves compliance and outcome in schizophrenia without an increase of adverse side effects: a 7-year follow-up of the Munich PIP-study. *Schizophr Bull*. 2016;42(1):S62–S70. doi: 10.1093/schbul/sbw008

Сведения об авторах

Мария Сергеевна Кочергина, аспирант, кафедра психиатрии, ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ, Москва, Россия
mariakochergina.s@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-5011-539X>

Тамара Геворговна Колпакова, аспирант, ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва, Россия

toma-di@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8071-5713>

Светлана Владимировна Юренива, доктор медицинских наук, профессор, заведующий научно-консультативным диагностическим отделением амбулаторной онкологической помощи, заместитель директора по научной работе, Институт онкогинекологии и маммологии, ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова», Москва, Россия

syureneva@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-2864-066X>

Мария Анатольевна Омельченко, доктор медицинских наук, доцент, кафедра психиатрии ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ, Москва, Россия

omelchenko-ma@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8343-168X>

Денис Месутович Авдзю, студент, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

denisavdzyu@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0004-6091-3095>

Виктория Геннадьевна Аверкова, кандидат медицинских наук, научный сотрудник, Институт онкогинекологии и маммологии, ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова», Москва, Россия

buch1202@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8584-5517>

Марина Антиповна Самушия, доктор медицинских наук, доцент, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой психиатрии, проректор по научной работе, ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ, Москва, Россия
sma-psychiatry@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3681-9977>

Information about the authors

Maria S. Kochergina, Postgraduate Student, Department of Psychiatry, Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

mariakochergina.s@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-5011-539X>

Tamara G. Kolpakova, Postgraduate Student, V.I. Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Moscow, Russia

toma-di@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8071-5713>

Svetlana V. Yureneva, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of Scientific and Advisory Diagnostic Department of Outpatient Oncological Care, Deputy Director for Research, Oncogynecology and Mammology Institute, V.I. Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Moscow, Russia

syureneva@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-2864-066X>

Maria A. Omelchenko, Dr. Sci. (Med.), Associate Professor, Department of Psychiatry, Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

omelchenko-ma@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8343-168X>

Denis M. Avdzy, student, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia.

denisavdzy@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0004-6091-3095>

Victoria G. Averkova, Cand. Sci. (Med.), Researcher of Oncogynecology and Mammology, V.I. Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Moscow, Russia

buch1202@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-8584-5517>

Marina A. Samushiya, Dr. Sci. (Med.), Associate Professor, RAS Corresponding Member, Head of Department, Department of Psychiatry, Vice-Rector for Scientific Work, Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

sma-psychiatry@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3681-9977>

Вклад авторов

Кочергина М.С. — концептуализация, методология, сбор данных, анализ данных, написание — первоначальный проект;

Колпакова Т.Г. — сбор данных, анализ данных, написание — обзор и редактирование;

Юренина С.В. — концептуализация, методология, написание — обзор и редактирование;

Омельченко М.А. — концептуализация, методология, написание — обзор и редактирование;

Авдзы Д.М. — сбор данных;

Аверкова В.Г. — сбор данных, анализ данных;

Самушия М.А. — концептуализация, методология, написание — обзор и редактирование.

Authors' contributions

Maria S. Kochergina — conceptualization, methodology, data acquisition, data analysis, writing — original draft;

Tamara G. Kolpakova — data acquisition, data analysis, writing — review and editing;

Svetlana V. Yureneva — conceptualization, methodology, writing — review and editing;

Maria A. Omelchenko — conceptualization, methodology, writing — review and editing;

Denis M. Avdzy — data acquisition;

Victoria G. Averkova — data acquisition, data analysis;

Marina A. Samushiya — conceptualization, methodology, writing — review and editing.

Конфликт интересов/Conflict of interests

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interests.

Дата поступления 29.01.2026
Received 29.01.2026

Дата рецензирования 23.02.2026
Revised 23.02.2026

Дата принятия к публикации 31.03.2026
Accepted for publication 31.03.2026

© Ветлугина Т.П., 2026; © Епимахова Е.В., 2026;
 © Прокопьева В.Д., 2026; © Кисель Н.И., 2026;
 © Никитина В.Б., 2026; © Карташова И.Г., 2026;
 © Лебедева В.Ф., 2026; © Бохан Н.А., 2026

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК/UDC 616-092.6: 616.89: 616-002.2: 613.81

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-78-86>

Гематологические маркеры системного иммунного воспаления при алкогольной зависимости

Ветлугина Т.П.¹, Епимахова Е.В.¹, Прокопьева В.Д.¹, Кисель Н.И.¹, Никитина В.Б.¹, Карташова И.Г.¹, Лебедева В.Ф.¹, Бохан Н.А.^{1,2,3}

¹ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томск, Россия

²ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск, Россия

³ФГАУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет», Томск, Россия

Автор для корреспонденции: Тамара Парфеновна Ветлугина, vetluga21@mail.ru

Резюме

Обоснование: сложность патогенеза алкогольной зависимости обусловлена специфическим воздействием этанола на структуры мозга с формированием зависимости и токсическим действием на системы и органы, сопровождающимся воспалением и соматической патологией. В научной литературе обсуждается возможность использования в качестве маркеров воспаления соотношений нейтрофилов, лимфоцитов и тромбоцитов, информация о содержании которых может быть получена рутинными методами общего анализа крови. **Цель исследования:** изучить у больных алкогольной зависимостью уровень нейтрофильно-лимфоцитарного отношения (НЛО), тромбоцитарно-лимфоцитарного отношения (ТЛО), индекса системного иммунного воспаления (ИСВ), полученных на основе общего анализа крови, и оценить их связь с длительностью заболевания и соматическойотягощенностью. **Пациенты, группа контроля:** обследованы 95 мужчин в возрасте 30–60 лет с диагнозом «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя» (синдром зависимости — F10.21 и синдром отмены — F10.30 по МКБ-10) и 26 условно здоровых мужчин. **Методы:** клинический анализ крови проводили на гематологическом анализаторе Mindray BC-3600. Образцы крови пациентов брали после проведения алкогольной детоксикации. По абсолютным значениям индивидуальных гемограмм вычисляли НЛО, ТЛО, ИСВ. **Результаты:** у пациентов общей группы по отношению к контрольной группе здоровых снижено количество тромбоцитов, повышено значение НЛО. Наибольшее повышение НЛО установлено в группе пациентов с давностью заболевания более 10 лет, сочетанной соматической патологией 3–4 систем организма. Наибольшая соматическая отягощенность обнаружена у пациентов со значением ИСВ 500 и выше. **Заключение:** наиболее значимым маркером воспаления при алкогольной зависимости является НЛО. ИСВ выше 500 возможно использовать для стратификации пациентов с выраженной соматической отягощенностью, назначения углубленного обследования и адекватного лечения на ранних этапах госпитализации.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, алкоголизм, воспаление, нейтрофильно-лимфоцитарное отношение, тромбоцитарно-лимфоцитарное отношение, индекс системного иммунного воспаления

Финансирование: Исследование выполнено за счет бюджетного финансирования ГЗ №075-00490-25-00, тема НИР №122020200053-1.

Для цитирования: Ветлугина Т.П., Епимахова Е.В., Прокопьева В.Д., Кисель Н.И., Никитина В.Б., Карташова И.Г., Лебедева В.Ф., Бохан Н.А. Гематологические маркеры системного иммунного воспаления при алкогольной зависимости. *Психиатрия*. 2026;24(3):78–86. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-78-86>

RESEARCH

UDC 616-092.6: 616.89: 616-002.2: 613.81

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-78-86>

Hematological Markers of Systemic Immune Inflammation in Alcohol Dependence

Tamara P. Vetlugina¹, Elena V. Epimakhova¹, Valentina D. Prokopieva¹, Natalia I. Kisel¹, Valentina B. Nikitina¹, Irina G. Kartashova¹, Valentina F. Lebedeva¹, Nikolay A. Bokhan^{1,2,3}

¹Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Mental Health Research Institute, Tomsk, Russia

²Siberian State Medical University, Tomsk, Russia

³National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia

Corresponding author: Tamara P. Vetlugina, vetluga21@mail.ru

Summary

Background: the complexity of the pathogenesis of alcohol dependence is due to the specific effect of ethanol on brain structures with the formation of dependence and toxic effects on systems and organs, accompanied by inflammation and somatic pathology. The possibility of using the ratios of neutrophils, lymphocytes and platelets as markers of inflammation, information

on the content of which can be obtained by routine methods of a complete blood count, are discussed in literature. **The aim** was to study the level of neutrophil-lymphocyte ratio (NLR), platelet-lymphocyte ratio (PLR), systemic immune inflammation index (SII) in patients with alcohol dependence, obtained on the basis of a complete blood count, and to assess their relationship with the duration of the disease and somatic burden. **Patients, control group:** 95 men aged 30–60 years with the ICD-10 diagnosis of Mental and behavioral disorders due to alcohol use (dependence syndrome — F10.21 and withdrawal syndrome — F10.30) and 26 conditionally healthy men were examined. **Methods:** clinical blood analysis was performed on BC-3600 hematology analyzer. Blood was taken from patients after alcohol detoxification. Based on the absolute values of individual's hemogram, the NLR, PLR, and SII were calculated. **Results:** in patients with alcohol dependence, in relation to the control group, the platelet count was reduced, the NLR value was increased. The greatest increase in NLR was found in the group of patients with disease duration of more than 10 years, with combined somatic pathology of 3–4 body systems. Patients with SII 500 and above were characterized by the greatest somatic burden. **Conclusion:** the most significant marker of inflammation in alcohol dependence is NLR; SII above 500 can be used to stratify patients with severe somatic burden, prescribe an in-depth examination and adequate treatment at the early stages of hospitalization.

Keywords: alcohol dependence, alcoholism, inflammation, neutrophil-lymphocyte ratio, platelet-lymphocyte ratio, systemic immune inflammation index

Funding: the study was carried out with budget funding from the State Program No. 075-00490-25-00, research topic No. 122020200053-1.

For citation: Vetlugina T.P., Epimakhova E.V., Prokopieva V.D., Kisel N.I., Nikitina V.B., Kartashova I.G., Lebedeva V.F., Bokhan N.A. Hematological Markers of Systemic Immune Inflammation in Alcohol Dependence. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2026;24(3):78–86. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-78-86>

ВВЕДЕНИЕ

Воспаление является типовым процессом патогенеза многих заболеваний инфекционной и неинфекционной природы. Для оценки выраженности воспаления исследуются различные биомаркеры, такие как С-реактивный белок, лейкоцитарная эластаза, провоспалительные цитокины и другие медиаторы воспаления. В настоящее время в литературе активно обсуждается возможность использования в качестве маркеров воспаления соотношений нейтрофилов, лимфоцитов и тромбоцитов. Информация о содержании этих клеток у конкретных индивидов может быть получена легкодоступными методами общего анализа крови. Нейтрофилы и лимфоциты являются ключевыми компонентами врожденного и адаптивного иммунитета. Эти клетки играют решающую роль при воспалении, выполняя особые и взаимосвязанные, взаимозависимые функции [1–3]. Хорошо известна роль тромбоцитов в гемостазе, в процессах свертывания крови. В последние годы исследуется их воспалительный и иммунологический потенциал. Установлена способность тромбоцитов, используя различные рецепторы и сигнальные пути, связывать бактерии, взаимодействовать с нейтрофилами и секретировать медиаторы воспаления, что позволяет рассматривать их как компоненты системы иммунитета [4].

Многочисленные исследования последних лет посвящены определению при разных заболеваниях информативной ценности гематологических индексов (коэффициентов): отношения количества нейтрофилов к лимфоцитам (НЛО — NLR), тромбоцитов к лимфоцитам (ТЛО — PLR), индекса системного иммунного воспаления (ICB — SII), рассчитываемого по соотношению этих клеток.

Установлена возможность применения гематологических индексов для прогнозирования неблагоприятного течения и риска смертности при сердечно-сосудистой [5–8] и онкологической [9] патологии, а также

для предсказания тяжести заболевания и исхода у пациентов с COVID-19 [10, 11]. Выявлены отличия уровня простых гематологических маркеров, указывающих на наличие слабовыраженного системного воспаления, в группах больных шизофренией и биполярным расстройством [12].

Некоторые исследования посвящены изучению связи между расстройством, связанным с употреблением алкоголя, и маркерами воспаления, полученными на основе оценки гемограммы. Анализ лабораторных данных 54 мужчин с алкогольной зависимостью установил повышение уровней нейтрофилов, индекса системного иммунного воспаления у пациентов по сравнению с контролем [13]. В другом исследовании при определении индексов NLR, PLR, SII у 72 пациентов с алкогольной зависимостью установлено повышение только уровня NLR по сравнению с здоровыми лицами [14]. Авторы предлагают продолжить исследования в этом направлении на более крупных группах пациентов, чтобы определить возможность применения в будущем простых гематологических маркеров для оценки особенностей течения заболевания. Большой объем информации по применению гематологических маркеров системного воспаления для определения тяжести процесса и прогнозирования течения соматической и психической патологии обобщены в обзорах и метаанализах [15–17].

Алкогольная зависимость (АЗ) остается значимой медико-социальной проблемой вследствие широкой распространенности и неэффективности лечения, обусловленного не только специфическим влиянием этанола на структуры мозга с развитием синдрома зависимости, но и токсическим действием на системы и органы с формированием у пациентов сопутствующей соматической патологии. Известно, что в патогенезе алкогольной зависимости вовлечены общебиологические процессы, такие как окислительный стресс, нейроиммунный дисбаланс, воспаление [18–20]. Представляет интерес продолжение исследований

гематологических маркеров воспаления у этого контингента больных.

Цель исследования: изучить у больных алкогольной зависимостью уровень нейтрофильно-лимфоцитарного отношения (НЛО), тромбоцитарно-лимфоцитарного отношения (ТЛО), индекса системного иммунного воспаления (ИСВ), полученных на основе общего анализа крови, и оценить их связь с длительностью заболевания и соматической отягощенностью.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В группу обследования включены 95 мужчин алкогольной зависимостью (АЗ) в возрасте 30–60 лет ($46,3 \pm 7,9$), поступивших на лечение в клинику НИИ психического здоровья в период 2023–2025 г. с диагнозом «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя» (синдром зависимости — F10.21 и синдром отмены — F10.30 по МКБ-10). Средняя длительность заболевания составила $14,2 \pm 8,5$ года.

Критерии не включения: возраст старше 60 лет, диагноз эндогенного заболевания, эпилепсии; наличие заболеваний, передающихся половым путем; отказ больного от участия в исследовании.

Пациенты поступали в стационар в состоянии синдрома отмены алкоголя с различной степенью выраженности нейровегетативных, аффективных, диссоматических, астенических расстройств. Оценка соматического статуса проводилась с применением традиционных методов исследования функционального состояния органов и систем. У пациентов выявлена сопутствующая соматическая патология органов сердечно-сосудистой системы (ССС), желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), мочеполовой системы (МПС), дыхательной системы (ДС) организма. У большинства пациентов установлены сочетанные соматические заболевания.

Группу контроля составили 26 условно здоровых мужчин в возрасте 28–55 лет, не состоящих на диспансерном учете, на момент обследования не имеющих хронических соматических заболеваний в стадии обострения, признаков перенесенных острых инфекций и ведущих привычный образ жизни.

Этические аспекты

Все участники подписали добровольное информированное согласие на участие в программе. Проведение исследования соответствовало положениям Хельсинкской декларации 1964 г., пересмотренной в 1975–2024 гг. Протокол исследования был одобрен Локальным Этическим комитетом НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (протокол №147 от 22 ноября 2021 г.).

Ethic aspects

All participants signed a voluntary informed consent form to participate in the program. The study was conducted in accordance with the ethical standards developed in accordance with the 1964 Helsinki Declaration of the World Medical Association, revised in

1975–2024. The research protocol was approved by Local Ethical Committee of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center (protocol No. 147 from 22.11.2021).

Клинический анализ крови проводили на автоматическом гематологическом анализаторе Mindray BC-3600 (Китай). Взятие крови для исследования осуществляли из локтевой вены утром натощак с использованием стерильной системы однократного применения Vacutainer с антикоагулянтом EDTA. У пациентов кровь брали после алкогольной детоксикации, у лиц контрольной группы — утром в обычные дни. По абсолютным значениям индивидуальных гемограмм количества лимфоцитов, нейтрофилов, тромбоцитов вычисляли НЛО, ТЛО, ИСВ, рассчитанный по формуле:

$$\text{ИСВ} = \frac{\text{КТ} \times \text{АКН}}{\text{АКЛ}},$$

где КТ — Количество тромбоцитов; АКН — Абсолютное количество нейтрофилов; АКЛ — Абсолютное количество лимфоцитов.

Статистическую обработку данных проводили с помощью программы SPSS, версия 23.0. Описательная статистика представлена медианой (Me) и межквартильным интервалом (LQ; UQ). Возраст участников исследования и длительность заболевания представлены в виде среднего арифметического и стандартного отклонения ($M \pm \sigma$). Проверку на нормальность распределения значений переменных проводили по критерию Шапиро–Уилка. Для межгруппового сравнения независимых выборок использовали критерий Манна–Уитни. Статистически значимыми различия считали при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В общей группе больных алкоголизмом по отношению к контролю (табл. 1) отмечено статистически значимое снижение количества тромбоцитов ($p = 0,011$) и повышение нейтрофильно-лимфоцитарного отношения ($p = 0,005$).

Адгезия тромбоцитов к нейтрофилам — один из механизмов миграции нейтрофилов из кровотока в очаг воспаления. Данные исследований, обобщенных в обзорах, свидетельствуют о тромбоцитопении при чрезмерном употреблении алкоголя, что способствует усилению воспалительной реакции, осложнению клинического течения алкогольной зависимости и неблагоприятным исходам у пациентов с алкогольной болезнью печени [21, 22].

Исследование зависимости маркеров воспаления от длительности заболевания (табл. 2) установило повышение нейтрофильно-лимфоцитарного индекса у пациентов с давностью заболевания 10 и более лет ($p = 0,036$). Эти пациенты были также закономерно старше.

Токсический эффект алкоголя при хроническом его потреблении сопровождается формированием

Таблица 1. Показатели крови в общей группе пациентов и в группе контроля**Table 1** Blood parameters in the general patient group and the control group

Показатели/Parameters	Обследуемые группы/The groups under study		p между группами/ p between groups
	Пациенты/Patients (n = 95)	Контроль/Control (n = 26)	
Лимфоциты ($\times 10^9/\text{л}$)/Lymphocytes ($\times 10^9/\text{л}$)	2,20 (1,90; 2,70)	2,40 (2,30; 2,70)	0,080
Нейтрофилы ($\times 10^9/\text{л}$)/Neutrophils ($\times 10^9/\text{л}$)	3,80 (3,20; 4,70)	3,50 (2,90; 4,30)	0,235
Тромбоциты ($\times 10^9/\text{л}$)/Platelets ($\times 10^9/\text{л}$)	191,00 (157,00; 238,00)	221,50 (201,00; 256,00)	0,011
НЛО/NLR	1,74 (1,24; 2,43)	1,38 (1,17; 1,69)	0,005
ТЛО/PLR	83,91 (64,63; 117,37)	89,35 (74,69; 107,92)	0,750
ИСВ/SII	340,10 (209,14; 491,11)	343,75 (276,00; 381,39)	0,516

Примечания: НЛО — нейтрофильно-лимфоцитарное отношение; ТЛО — тромбоцитарно-лимфоцитарное отношение; ИСВ — индекс системного иммунного воспаления; значимые отличия выделены полужирным.

Notes: NLR — Neutrophil-lymphocyte ratio; PLR — Platelet-lymphocyte ratio; SII — Systemic immune inflammation index; significant differences are bold.

Таблица 2. Гематологические маркеры воспаления у больных алкогольной зависимостью с разной длительностью заболевания**Table 2** Hematological markers of inflammation in patients with alcohol addiction with different disease duration

Показатели/Parameters	Длительность заболевания/Duration of the disease		p между группами/ p between groups
	9 лет и менее/9 years or less (n = 32)	10 лет и более/10 years or more (n = 63)	
Лимфоциты ($\times 10^9/\text{л}$)/Lymphocytes ($\times 10^9/\text{л}$)	2,35 (1,90; 2,70)	2,20 (1,90; 2,70)	0,568
Нейтрофилы ($\times 10^9/\text{л}$)/Neutrophils ($\times 10^9/\text{л}$)	3,55 (2,80; 4,20)	3,90 (3,30; 4,80)	0,052
Тромбоциты ($\times 10^9/\text{л}$)/Platelets ($\times 10^9/\text{л}$)	192,00 (156,00; 242,00)	190,00 (169,00; 237,00)	0,987
НЛО/NLR	1,48 (1,21; 1,86)	1,91 (1,28; 2,52)	0,036
ТЛО/PLR	80,91 (62,50; 118,42)	85,53 (64,74; 116,81)	0,696
ИСВ/SII	313,79 (194,78; 450,50)	372,00 (228,00; 519,35)	0,161
Возраст (лет)/Age (years)	41,71 $\pm$ 8,05	48,34 $\pm$ 6,84	< 0,001
Длительность заболевания (лет)/Duration of the disease (years)	5,06 $\pm$ 2,43	18,75 $\pm$ 6,53	< 0,001

Примечания: НЛО — нейтрофильно-лимфоцитарное отношение; ТЛО — тромбоцитарно-лимфоцитарное отношение; ИСВ — индекс системного иммунного воспаления; значимые отличия выделены полужирным.

Notes: NLR — Neutrophil-lymphocyte ratio; PLR — Platelet-lymphocyte ratio; SII — Systemic immune inflammation index; significant differences are bold.

сопутствующей соматической патологии. Алкоголь оказывает токсическое воздействие на системы и органы через множество механизмов, включая цитотоксический эффект, нарушение метаболизма, окислительный стресс, воспалительную реакцию [18]. Системное воздействие алкоголя приводит к патологии печени, ССС, ЖКТ, МПС, органов дыхания, метаболическим и эндокринным нарушениям. У обследованных пациентов с АЗ выявлены нарушения функции печени (в виде реактивного гепатита, алкогольного гепатита, алкогольной жировой болезни печени); артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца; язвенные поражения желудка или двенадцатиперстной кишки (ДПК), гастрит; алкогольное поражение почек (в виде токсической нефропатии, нефротического синдрома) и другая соматическая патология.

Учитывая широкий спектр сопутствующих заболеваний у больных АЗ, было проведено ранжирование уровня индивидуальной соматической отягощенности на основе следующего подхода: 1 уровень — патология

не выявлена; 2 уровень — патология одной системы организма; 3 уровень — патология двух систем; 4 уровень — патология трех систем; 5 уровень — патология четырех систем организма, или трех систем с присоединением метаболического синдрома (МС) и/или сахарного диабета 2-го типа (СД 2).

Принимая во внимание факт, что индивидуальные значения ИСВ у больных АЗ варьировали в пределах от 100 до 1500, все пациенты были разделены на две полярные группы. В группу 1 вошли 23 пациента со значением ИСВ 500 и выше, в группу 2 — 57 пациентов с ИСВ 380 и ниже. Основанием выбора этих критериев для разделения групп послужили сообщения исследователей о неблагоприятном прогнозе течения и худшей выживаемости при сердечно-сосудистых, онкологических заболеваниях, патологии легких у лиц с ИСВ выше 500 [6, 23]; 380 — это значение верхнего квартиля ИСВ в группе контроля (табл. 1). У остальных пациентов (15 человек) ИСВ колебался в пределах 379–491.

Таблица 3. Соматическая отягощенность у больных алкогольной зависимостью с разным уровнем индекса системного иммунного воспаления**Table 3** Somatic burden in patients with alcohol addiction with different levels of systemic immune inflammation index

Уровень соматической отягощенности/ Somatic burden level	Группа 1 (ИСВ 500+)/Group 1 (SII 500+) (n = 23)	Группа 2 (ИСВ < 380)/Group 2 (SII < 380) (n = 57)
	Число лиц в группе/% /Number of people in the group/%	
Уровень 1–3/Level 1–3	–	36/ 63%
Уровень 4–5/Level 4–5	23/100%	21/ 37%
Итого/Total	23	57

Примечания: группа 1 — ИСВ 500 и выше; группа 2 — ИСВ 380 и ниже.

Notes: Group 1 — SII 500 and above; Group 2 — SII 380 and below.

Таблица 4. Лимфоцитарные соотношения, индекс системного иммунного воспаления у больных алкогольной зависимостью с разным уровнем соматической отягощенности**Table 4** Lymphocyte ratios and systemic immune inflammation index in patients with alcohol addiction and different levels of somatic burden

Показатели/Parameters	Пациенты/Patients		p между группами/ p between groups
	Группа 3/Group 3 (n = 21)	Группа 4/Group 4 (n = 74)	
НЛО/NLR	1,42 (1,20; 1,74)	1,93 (1,44; 2,65)	0,002
ТЛО/PLR	73,50 (58,52; 98,71)	89,37 (68,00; 121,25)	0,080
ИСВ/SII	300,67 (193,95; 424,75)	356,50 (228,00; 562,50)	0,060
Возраст (лет)/Age (years)	40,81 ± 7,78	47,85 ± 7,24	< 0,001
Длительность заболевания (лет)/ Duration of the disease (years)	9,47 ± 6,49	15,56 ± 8,56	0,003

Примечания: НЛО — нейтрофильно-лимфоцитарное отношение; ТЛО — тромбоцитарно-лимфоцитарное отношение; ИСВ — индекс системного иммунного воспаления; группа 3 — пациенты с соматической отягощенностью 1–2 уровня; группа 4 — пациенты с соматической отягощенностью 3–5 уровней; значимые отличия выделены полужирным.

Notes: NLR — Neutrophil-lymphocyte ratio; PLR — Platelet-lymphocyte ratio; SII — Systemic immune inflammation index. Group 3 — patients with 1–2 levels of somatic burden; Group 4 — patients with 3–5 levels of somatic burden; significant differences are bold.

Далее была проанализирована соматическая отягощенность у больных АЗ группы 1 и группы 2 (табл. 3).

Как видно из таблицы, все пациенты 1-й группы, то есть с высокими значениями ИСВ, отнесены к 4–5 уровню соматической отягощенности, т.е. у них диагностирована сочетанная патология четырех систем организма или трех систем с присоединением МС и/или СД 2. В большинстве случаев такие пациенты имеют избыточную массу тела или ожирение, эндокринные нарушения, прежде всего в виде гипергликемии, повышение АД, нарушение сердечного ритма, заболевания печени и мочеполовой системы. Такие пациенты относятся к высокой группе риска по сердечно-сосудистым заболеваниям, но редко обращаются к терапевту или кардиологу. Перечисленные заболевания у части пациентов усугубляются табакокурением, что приводит к развитию ХОБЛ. Со стороны ЖКТ в этой группе пациентов преобладают язвенные дефекты слизистой оболочки желудка или ДПК, гастрит, дуоденит, как правило, долго не диагностированные.

Во 2-й группе у пациентов преобладала соматическая отягощенность 1–3 уровней (63%). В «промежуточной группе» (ИСВ 397–491) из 15 пациентов у 13 диагностирована патология двух систем (3 уровень) и 2 пациента имели 4 уровень соматической отягощенности.

Представляло интерес сравнить исследуемые гематологические индексы у пациентов с разной

соматической отягощенностью. С этой целью 95 больных АЗ были разделены на две группы. Группу 3 составили 21 пациент (22%) с соматической отягощенностью 1–2-го уровня, т.е. патология либо не выявлена (у 5 пациентов), либо диагностирована патология одной системы, чаще всего ЖКТ или ССС. Остальные 74 пациента с соматической отягощенностью 3–5-го уровня вошли в группу 4. В табл. 4 представлены результаты исследования гематологических индексов в этих группах.

ОБСУЖДЕНИЕ

Проведено исследование гематологических маркеров воспаления: НЛО, ТЛО и индекса ИСВ, рассчитанных по результатам общего анализа крови у больных алкогольной зависимостью после купирования острых проявлений синдрома отмены алкоголя.

Сравнительный анализ данных подтвердил важность НЛО как маркера воспаления при алкогольной зависимости. В группе 4 с выраженной соматической патологией этот показатель был выше по сравнению с группой пациентов с меньшей соматической отягощенностью ($p = 0,002$). В группе 4 установлены также тенденция к повышению ИСВ ($p = 0,060$), статистически значимое повышение длительности заболевания ($p = 0,003$) и возраста пациентов ($p < 0,001$). Иными словами, с увеличением длительности заболевания и возраста происходит накопление соматической

отягощенности и усиливается процесс воспаления. Большая информативная ценность НЛО по сравнению с другими гематологическими индексами отмечена разными авторами, в частности в прогнозировании риска развития послеоперационной фибрилляции предсердий [5], ответа на лечение пациентов с депрессией [24].

Наиболее значимым маркером воспаления при алкогольной зависимости является НЛО, связанное с длительностью заболевания и уровнем соматической отягощенности. Характерным для больных АЗ является широкий диапазон индивидуальных значений индекса системного иммунного воспаления в пределах 100–1500. Подавляющее большинство пациентов имели сопутствующую соматическую патологию, накапливающуюся с увеличением длительности заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ранжирование уровня индивидуальной соматической отягощенности при алкогольной зависимости показало, что пациенты с ИСВ 500 и выше имели сочетанную патологию трех-четырех систем организма. Значение ИСВ выше 500 является маркером выраженной соматической отягощенности и может быть применено для стратификации пациентов, назначения углубленного обследования и адекватного лечения на ранних этапах госпитализации.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Фрейдлин ИС. Взаимосвязи врожденного и приобретенного иммунитета при инфекциях (ревизия классических догм). *Инфекция и иммунитет*. 2011;1(3):199–206.
Frejdlin IS. Relationship between the innate and adaptive immunity in infections (revision of classic dogma) *Russian Journal of Infection and Immunity*. 2011;1(3):199–206. (In Russ.).
2. Долгушин ИИ. Нейтрофильные гранулоциты: новые лица старых знакомых. *Бюллетень сибирской медицины*. 2019;18(1):30–37. doi: 10.20538/1682-0363-2019-1-30–37
Dolgushin II. Neutrophil granulocytes: new faces of old acquaintances. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2019;18(1):30–37. (In Russ.). doi: 10.20538/1682-0363-2019-1-30–37
3. Старостин ДО, Долгих ВТ, Кузовлев АН. Нейтрофилы как важнейшие факторы неспецифической резистентности организма. *Клиническая патофизиология*. 2023;29(1):28–45.
Starostin DO, Dolgikh VT, Kuzovlev AN. Neutrophils as important factors of non-specific resistance of the organism. *Clinical Pathophysiology*. 2023;29(1):28–45. (In Russ.).
4. Margraf A, Perretti M. Immune Cell Plasticity in Inflammation: Insights into Description and Regulation of Immune Cell Phenotypes. *Cells*. 2022;11(11):1824. doi: 10.3390/cells11111824 PMID: 35681519; PMCID: PMC9180515
5. Мингалимова АР, Сагиров МА, Джигоева ОН, Драпкина ОМ. Прогностическая ценность показателей системного воспаления в стратификации риска развития фибрилляции предсердий после операции коронарного шунтирования. *Профилактическая медицина*. 2023;26(7):53–60. doi: 10.17116/profmed20232607153
Mingalimova AR, Sagirov MA, Dzhigoeva ON, Drapkina OM. Predictive value of systemic inflammatory indicators in atrial fibrillation risk stratification after coronary artery bypass grafting. *Russian Journal of Preventive Medicine*. 2023;26(7):53–60. (In Russ.). doi: 10.17116/profmed20232607153
6. Xia Y, Xia C, Wu L, Li Z, Li H, Zhang J. Systemic Immune Inflammation Index (SII), System Inflammation Response Index (SIRI) and Risk of All-Cause Mortality and Cardiovascular Mortality: A 20-Year Follow-Up Cohort Study of 42,875 US Adults. *J Clin Med*. 2023;12(3):1128. doi: 10.3390/jcm12031128 PMID: 36769776; PMCID: PMC9918056
7. Павлова ОС, Ясюкайт НВ, Барбук ОА, Денисевич ТЛ, Затолока НВ, Русских ИИ, Колядко МГ. Ассоциация показателей воспаления и гематологических индексов с гипертрофией левого желудочка у пациентов с артериальной гипертензией. *Артериальная гипертензия*. 2024;30(1):108–120. doi: 10.18705/1607-419X-2024-2405
Pavlova OS, Yasiukaits NV, Barbuk OA, Denisevich TL, Zatoloka NV, Russkikh II, Kaliadka MG. Association of inflammatory and hematological indices with left ventricular hypertrophy in hypertensive patients. *Arterial Hypertension*. 2024;30(1):108–120. (In Russ.). doi: 10.18705/1607-419X-2024-2405
8. Bulbul E, Tabur A, Yilmaz Y. A New Perspective on NSTEMI-ACS Patients in the Emergency Department: Cardiac Risk Prediction with New Inflammation Markers. *Med Sci Monit*. 2025;31:e948699. doi: 10.12659/MSM.948699 PMID: 40601529; PMCID: PMC12232489
9. Zhang Y, Chen B, Wang L, Wang R, Yang X. Systemic immune-inflammation index is a promising noninvasive marker to predict survival of lung cancer: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(3):e13788. doi: 10.1097/MD.00000000000013788 PMID: 30653090; PMCID: PMC6370019.
10. Садовский ИС, Круглова ОС, Савченко АА, Собко ЕА, Каспаров ЭВ, Демко ИВ, Борисов АГ. Комплексные показатели воспаления у больных с постковидным синдромом. *Российский иммунологический журнал*. 2023;26(1):77–86. doi: 10.46235/1028-7221-1186-CII
Sadovskiy IS, Kruglova OS, Savchenko AA, Sobko EA, Kasparov EV, Demko IV, Borisov AG. Complex inflammation indexes in patients with post-COVID syndrome. *Russian Journal of Immunology*. 2023;26(1):77–86. (In Russ.). doi: 10.46235/1028-7221-1186-CII
11. Adamescu AI, Tilişcan C, Stratan LM, Mihai N, Ganea OA, Ciobanu S, Marinescu AG, Aramă V, Aramă ŞS. Decoding

- Inflammation: The Role of Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio and Platelet-to-Lymphocyte Ratio in Predicting Critical Outcomes in COVID-19 Patients. *Medicina (Kaunas)*. 2025;61(4):634. doi: 10.3390/medicina61040634 PMID: 40282925 PMCID: PMC12028830
12. Inaltekin A, Yağci İ. Evaluation of Simple Markers of Inflammation and Systemic Immune Inflammation Index in Schizophrenia, Bipolar Disorder Patients and Healthy Controls. *Türk Psikiyatri Derg.* 2023;34(1):11–15. doi: 10.5080/u26248 PMID: 36970957; PMCID: PMC10552167
 13. Gürbüz N, Özcan Tozoğlu E. Inflammation, Immunonutritive and Cardiovascular Risk Biomarkers in Men With Alcohol Use Disorder. *Cureus*. 2024;16(5):e59522. doi: 10.7759/cureus.59522 PMID: 38826899; PMCID: PMC11144015
 14. Kok Kendirlioglu B, Arat Celik HE, Buyuksandalyaci Tunc AE, Ozmen M, Corekli Kaymakci E, Demir S, Kuçukgoncu S. Lymphocyte-related ratios, systemic immune-inflammatory and systemic inflammatory response index in alcohol use disorder. *J Immunoassay Immunochem*. 2024;45(1):38–49. doi: 10.1080/15321819.2023.2277806 PMID: 37953614.
 15. Tian BW, Yang YF, Yang CC, Yan LJ, Ding ZN, Liu H, Xue JS, Dong ZR, Chen ZQ, Hong JG, Wang DX, Han CL, Mao XC, Li T. Systemic immune-inflammation index predicts prognosis of cancer immunotherapy: Systemic review and meta-analysis. *Immunotherapy*. 2022;14(18):1481–1496. doi: 10.2217/imt-2022-0133 PMID: 36537255
 16. Islam MM, Satıcı MO, Eroglu SE. Unraveling the clinical significance and prognostic value of the neutrophil-to-lymphocyte ratio, platelet-to-lymphocyte ratio, systemic immune-inflammation index, systemic inflammation response index and delta neutrophil index: An extensive literature review. *Türk J Emerg Med*. 2024;24(1):8–19. doi: 10.4103/tjem.tjem_198_23 PMID: 38343523; PMCID: PMC10852137
 17. Горбунова АП, Рукавишников ГВ, Касьянов ЕД, Мазо ГЭ. Роль гематологических коэффициентов системного воспаления в диагностике и оценке риска аффективных расстройств. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2024;58(1):47–55. doi: 10.31363/2313-7053-2024-794
 - Gorbunova AP, Rukavishnikov GV, Kasyanov ED, Mazo GE. The role of hematological coefficients of systemic inflammation in the diagnosis and risk assessment of affective disorders *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology* 2024;58(1):47–55 (In Russ.), doi: 10.31363/2313-7053-2024-794
 18. Ветлугина ТП, Прокопьева ВД, Бохан НА. Биологические основы адъювантной терапии алкоголизма. — Томск: Изд-во Томского государственного университета, 2023:208. ISBN 978-5-907572-88-1
 - Vetlugina TP, Prokopieva VD, Bokhan NA. Biological basis of adjuvant therapy for alcoholism. Tomsk: TSU Press, 2023:208. ISBN 978-5-907572-88-1 (In Russ.).
 19. Прокопьева ВД, Ветлугина ТП, Мандель АИ, Епимахова ЕВ, Мартыненко ЛИ, Воробьева СА. Показатели красной крови больных алкоголизмом с разным уровнем периферических маркеров окислительного стресса. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2024;3(124):5–11. doi: 10.26617/1810-3111-2024-3(124)-5-11
 - Prokopieva VD, Vetlugina TP, Mandel AI, Epimakhova EV, Martynenko LI, Vorobieva SA. Red blood cell indices in patients with alcoholism with different levels of peripheral markers of oxidative stress *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry* 2024;3(124):5–11. (In Russ.), doi: 10.26617/1810-3111-2024-3(124)-5-11
 20. Прокопьева ВД, Ветлугина ТП, Епимахова ЕВ, Бойко АС, Бохан НА. Ассоциации периферических маркеров окислительного стресса с клиническими характеристиками и факторами воспаления у больных алкоголизмом. *Биохимия*. 2024;89(11):1–8. doi: 10.1134/S000629792411004X
 - Prokopieva VD, Vetlugina TP, Epimakhova EV, Boyko AS, Bokhan NA. Associations oxidative stress peripheral markers with clinical characteristics and inflammatory factors in alcoholic patients. *Biochemistry*. 2024;89(11):1–8 (In Russ.). doi: 10.1134/S000629792411004X
 21. Silczuk A, Habrat B. Alcohol-induced thrombocytopenia: Current review. *Alcohol*. 2020;86:9–16. doi: 10.1016/j.alcohol.2020.02.166 PMID: 32330589
 22. Wang J, Wang X, Peng H, Dong Z, Liangpunsakul S, Zuo L, Wang H. Platelets in Alcohol-Associated Liver Disease: Interaction With Neutrophils. *Cell Mol Gastroenterol Hepatol*. 2024;18(1):41–52. doi: 10.1016/j.jcmgh.2024.03.001 PMID: 38461963; PMCID: PMC11127035
 23. Ruta VM, Man AM, Alexescu TG, Motoc NS, Tarmure S, Ungur RA, Todea DA, Coste SC, Valean D, Pop MC. Neutrophil-To-Lymphocyte Ratio and Systemic Immune-Inflammation Index-Biomarkers in Interstitial Lung Disease. *Medicina (Kaunas)*. 2020;56(8):381. doi: 10.3390/medicina56080381 PMID: 32751302; PMCID: PMC7466218
 24. Ninla-Aesong P, Kietdumrongwong P, Neupane SP, Puangsri P, Jongkrijak H, Chotipong P, Kaewpijit P. Relative value of novel systemic immune-inflammatory indices and classical hematological parameters in predicting depression, suicide attempts and treatment response. *Sci Rep*. 2024;14(1):19018. doi: 10.1038/s41598-024-70097-z PMID: 39152198; PMCID: PMC11329510

Сведения об авторах

Тамара Парфеновна Ветлугина, доктор биологических наук, профессор, главный научный сотрудник, лаборатория клинической психонейроиммунологии и нейробиологии, НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

vetluga21@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-2068-0931>

Елена Викторовна Епимахова, кандидат биологических наук, научный сотрудник, отделение аддитивных состояний, НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

elenaepimakhova@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9304-4496>

Валентина Даниловна Прокопьева, доктор биологических наук, ведущий научный сотрудник, лаборатория клинической психонейроиммунологии и нейробиологии, НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

valyaprok@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4811-984X>

Наталья Игоревна Кисель, кандидат медицинских наук, заведующая клиническим психотерапевтическим отделением, НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

tashakisa@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5573-9775>

Валентина Борисовна Никитина, доктор медицинских наук, заведующая лабораторией клинической психонейроиммунологии и нейробиологии, НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

vbnikitina@yandex.ru; <http://orcid.org/0000-0002-1644-770X>

Ирина Геннадьевна Карташова, кандидат медицинских наук, врач-терапевт, клиника НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

kirinag28@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-4250-8879>

Валентина Федоровна Лебедева, доктор медицинских наук, главный врач, клиника НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

lebedeva.vf@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9266-8291>

Николай Александрович Бохан, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, директор НИИ психического здоровья, руководитель отделения аддитивных состояний, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии, ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, профессор, кафедра психологии, Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Россия

bna909@gmail.com; <http://orcid.org/0000-0002-1052-855X>

Information about the authors

Tamara P. Vetlugina, Dr. Sci (Biol.), Professor, Chief Researcher, Laboratory of Clinical Psychoneuroimmunology and Neurobiology, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia

vetluga21@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-2068-0931>

Elena V. Epimakhova, Cand. Sci. (Biol.), Researcher, Department of Addictive States, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia

elenaepimakhova@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-9304-4496>

Valentina D. Prokopyeva, Dr. Sci (Biol.), Leading Researcher, Laboratory of Clinical Psychoneuroimmunology and Neurobiology, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia

valyaprok@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4811-984X>

Natalia I. Kisel, Cand. Sci. (Med.), Head of the Clinical Psychotherapeutic Unit, Mental Health Research Institute of Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences Tomsk, Russia

tashakisa@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5573-9775>

Valentina B. Nikitina, Dr. Sci. (Med.), Head of Lab, Laboratory of Clinical Psychoneuroimmunology and Neurobiology, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia

vbnikitina@yandex.ru; <http://orcid.org/0000-0002-1644-770X>

Irina G. Kartashova, Cand. Sci. (Med.), Internist, Mental Health Research Institute of Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia

kirinag28@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-4250-8879>

Valentina F. Lebedeva, Dr. Sci. (Med.), Chief Physician of the clinic, Mental Health Research Institute of Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences Tomsk, Russia

lebedeva.vf@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9266-8291>

Nikolay A. Bokhan, academician of the Russian Academy of Sciences, Dr. of Sci. (Med.), Prof., Director, Head of Addictive States Department, Mental Health Research Institute TNRM RAS; Head of Psychiatry, Psychotherapy and Narcology Department, Siberian State Medical University of Ministry of Healthcare of the Russian Federation; Professor of Psychotherapy and Psychological Counseling of the Psychology Department of National Research Tomsk State University. Tomsk, Russia

bna909@gmail.com; <http://orcid.org/0000-0002-1052-855X>

Вклад авторов

Ветлугина Т.П. — концептуализация, методология, анализ, создание рукописи и редактирование;

Епимахова Е.В. — сбор данных, проведение исследования, формальный анализ;

Прокопьева В.Д. — создание рукописи и редактирование;

Кисель Н.И. — сбор и представление клинических данных;

Никитина В.Б. — создание рукописи и редактирование;

Карташова И.Г. — сбор и представление клинических данных;

Лебедева В.Ф. — администрирование проекта;

Бохан Н.А. — редактирование рукописи, администрирование проекта.

Authors' contributions

Tamara P. Vetlugina — conception, methodology, analysis, writing the original draft and editing;

Elena V. Epimakhova — data acquisition, conducting research, formal analysis;

Valentina D. Prokopieva — writing the original draft and editing;

Natalia I. Kisel — collection and presentation of clinical data;

Valentina B. Nikitina — writing the original draft and editing;

Irina G. Kartashova — collection and presentation of clinical data;

Valentina F. Lebedeva — project administration;

Nikolay A. Bokhan — editing the manuscript, project administration.

Конфликт интересов/Conflict of interests

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The author declare no conflicts of interests.

Дата поступления 15.10.2025
Received 15.10.2025

Дата рецензирования 16.01.2026
Revised 16.01.2026

Дата принятия к публикации 31.03.2026
Accepted for publication 31.03.2026

Клинико-психологические механизмы психической травматизации в условиях современных вооруженных конфликтов

Сергей Анатольевич Проценко, Александр Валерьевич Гудиев, Александр Сергеевич Щирский
ФГБОУ ВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации» (РАНХиГС),
Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Сергей Анатольевич Проценко, proccent@mail.ru

Резюме

Обоснование: психотравмирующая среда современных вооруженных конфликтов качественно отличается от войн прошлого. Факторы, характерные для современных боевых действий, формируют уникальный перманентный стрессор, требующий пересмотра классических клинико-психологических моделей, основанных на опыте локальных войн с чередованием фаз «бой — передышка». **Цель обзорной статьи:** клинико-психологический анализ пяти ключевых факторов современной войны и их комплексного воздействия на психическое функционирование и поведение военнослужащих для разработки более точных диагностических подходов и адресных планов психологической помощи. **Материал и метод:** для достижения цели был проведен скопинговый обзор рецензируемой научной литературы за 2010–2025 гг., а также анализ тематических публикаций. Поиск осуществлялся в базах данных PubMed/MEDLINE, PsycINFO, Scopus, Web of Science и eLIBRARY.ru. Критериями включения были релевантность пяти выделенным факторам современной войны: распределенная опасность и отсутствие безопасного тыла; постоянная высокая интенсивность угроз; культурная близость противника и связанная с этим эмоциональная сложность; «витринность» и утрата приватности вследствие тотальной наблюдаемости; предельная продолжительность участия в боевых действиях. **Заключение:** на основе анализа публикаций сформирована интегративная модель, описывающая современную войну как перманентный стрессор. Предлагаемая модель перманентной травматической нагрузки (*Permanent Traumatic Load Model*, PTL-Model) фиксирует кумулятивное воздействие сенсорных, когнитивных и социальных факторов, формирующих устойчивые нарушения регуляции и специфические клинико-психологические последствия. Определены приоритеты помощи: подход «сначала — стабилизация» с фокусом на восстановление сна и снижение гипервозбуждения; рутинная оценка и адресация моральной травмы; работа с утратой приватности и восстановлением личных границ; учет кумулятивной длительности экспозиции; включение семейно-ориентированной поддержки в риадапционный маршрут.

Ключевые слова: современные вооруженные конфликты, перманентный стрессор; гипербдительность; моральная травма; утрата приватности («витринность»); инсомния; непрерывный травматический стресс; аллостатическая нагрузка; психологическая демобилизация.

Финансирование: статья подготовлена в рамках выполнения научно-исследовательской работы государственного задания РАНХиГС.

Для цитирования: Проценко С.А., Гудиев А.В., Щирский А.С. Клинико-психологические механизмы психической травматизации в условиях современных вооруженных конфликтов. *Психиатрия*. 2026;24(3):87–100. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-87-100>

REVIEW

UDC: 159.9

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-87-100>

Clinical and Psychological Mechanisms of Mental Trauma in Modern Armed Conflicts

Sergey A. Protsenko, Alexander V. Gudiev, Alexander S. Shchirskiy

Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (RANEPA), Moscow, Russia

Corresponding author: Sergey A. Protsenko, proccent@mail.ru

Summary

Background: the psychotraumatic environment of contemporary armed conflicts is qualitatively different from the wars of the past. Factors characteristic of modern warfare form a unique permanent stressor, requiring a revision of classical clinical-psychological models based on the experience of local wars with alternating phases of “combat and respite.” **The aim of review** was a clinical-psychological analysis of five key factors of modern warfare and their complex impact on the mental functioning and behavior of military personnel, in order to develop more accurate diagnostic approaches and targeted psychological support

plans. **Materials and Methods:** to achieve this aim, a scoping review of peer-reviewed scientific literature from 2010–2025 was conducted, along with an analysis of relevant publications and subject-specific literature. The search was performed in the PubMed/MEDLINE, PsycINFO, Scopus, Web of Science, and eLIBRARY.ru databases. The inclusion criteria were relevance to the five identified factors of modern warfare: distributed danger and the absence of a safe rear; constant high intensity of threats; cultural proximity of the adversary and the associated emotional complexity; the “showcase effect” and loss of privacy due to total surveillance; and the extreme duration of participation in combat operations. **Conclusion:** based on the analysis, an integrative model was formed, describing modern warfare as a permanent stressor. the study introduces the Permanent Traumatic Load Model (PTL-Model), which conceptualizes modern warfare as a continuous, multi-component stressor. The model highlights the cumulative impact of sensory, cognitive, and social stress factors that produce persistent regulatory disruptions and distinct clinical-psychological outcomes. Priorities for assistance were identified: a “stabilization-first” approach focusing on restoring sleep and reducing hyperarousal; routine assessment and addressing of moral injury; work on the loss of privacy and restoration of personal boundaries; accounting for the cumulative duration of exposure; and the inclusion of family-oriented support in the readaptation pathway.

Keywords: contemporary armed conflicts, permanent stressor; hypervigilance, moral injury, loss of privacy (“showcase effect”), insomnia, continuous traumatic stress, allostatic load, psychological demobilization

Funding: the review was written on the basis of the RANEPa state assignment research programme.

For citation: Protsenko S.A., Gudiev A.V., Shchirskiy A.S. Clinical and Psychological Mechanisms of Mental Trauma in Modern Armed Conflicts. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2026;24(3):87–100. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-87-100>

ВВЕДЕНИЕ

Современные вооруженные конфликты формируют качественно иную психотравмирующую среду по сравнению с войнами второй половины XX в. Классические клиничко-психологические модели, созданные на материале локальных войн с относительно предсказуемой динамикой боевых действий (БД), оказываются недостаточными для объяснения феноменологии переживаний и поведения участников нынешних конфликтов. Психолог «не работает с травмой вне контекста» [1]: характер угроз, каналы их доставки и социально-культурная ткань противостояния радикально изменились, задавая новые условия травматизации и реадaptации личности [2].

В настоящей работе предлагается концепция PTL-Model (*Permanent Traumatic Load Model*), формализующая современный конфликт как среду непрерывного, многокомпонентного стрессового воздействия. В отличие от классических моделей, ориентированных на отдельные травматические события или эпизоды боевого контакта, PTL-Model рассматривает психотравмирующий контекст как постоянно действующую систему стрессоров — сенсорных, когнитивных, эмоциональных и социальных. Эти факторы формируют устойчивую конфигурацию хронической мобилизации, затрудняют восстановление, нарушают ритмы сна и регуляции, поддерживают паноптическое переживание наблюдаемости и повышают вероятность моральной амбивалентности.

Такое понимание позволяет анализировать психическое функционирование военнослужащих не только как реакцию на отдельные события, но как проявление длительной аллоstaticеской перестройки, возникающей в условиях отсутствия «кокон безопасности». PTL-Model служит теоретическим каркасом для последующего разбора ключевых факторов современной войны и определяет основания для клинической интерпретации наблюдаемых паттернов поведения и эмоциональной регуляции.

В настоящей работе анализируются ключевые особенности современной войны, имеющие первостепенное значение для клинического психолога: 1) протяженность фронта и распределенная опасность, стирающие границы между «передовой» и «тылом» и поддерживающие устойчивую невозможность локализовать источник угрозы; 2) постоянно высокая интенсивность угроз, переводящая нервно-психические системы регуляции в режим непрерывной готовности; 3) культурная близость противника и связанная с ней эмоциональная сложность конфликта («почти свои»), усиливающие амбивалентность и повышающие риск моральной травмы; 4) «витринность» («Гезелл-эффект») и утрата приватности в условиях тотальной наблюдаемости и медийной экспозиции; 5) предельная продолжительность участия в боевых действиях, приводящая к накоплению истощающих последствий хронического стресса. Эти акценты соединяют изменения боевого пространства (техника, тактика, информационная насыщенность) с психологическими механизмами адаптации.

Первый фактор — изменение пространственной логики угроз. Современный бой разворачивается на обширной территории с возможностью поражения «сверху», «снизу» и «издалека» (ракеты, беспилотные летательные аппараты (БПЛА), дальнобойная артиллерия, диверсионно-разведывательные группы (ДРГ)) [3, 4]. В результате формируется феномен распределенной опасности. Формально известная линия соприкосновения не обеспечивает субъективного чувства защищенности, что поддерживает настороженность и «сканирование» среды даже в гражданском быту. Клинически это проявляется устойчивой гипербдительностью, избеганием открытых пространств, трудностями расслабления и сна.

Второй фактор — хронизация интенсивности угроз. В отличие от модели «бой-передышка», современные боевые действия напоминают непрерывный поток сигналов о возможном нападении, где система тревожной готовности не выключается даже вне

контакта с противником. Это поддерживает состояние гипербдительности и физиологической мобилизации по умолчанию, что закономерно ведет к истощению ресурсов саморегуляции [5].

Третий фактор — культурная близость противника. Конфликт с «почти своими» усиливает внутреннюю амбивалентность, затрудняет осмысление собственной агрессии и переживание вины/стыда, а также осложняет интеграцию пережитого опыта в личностную идентичность [6]. Этот фактор выступает самостоятельным источником психоэмоционального напряжения, выходящего за рамки классического стрессора угрозы жизни.

Четвертый фактор — «витринность» и утрата приватности. Тотальная наблюдаемость боевого пространства (дроны, сенсоры, камеры, цифровые следы) и его медийная прозрачность [7] создают постоянное переживание «пребывания на виду». Даже вне боя это поддерживает настороженность, самоцензуру, ощущение уязвимости, затрудняет восстановление спонтанности и приватности. Описываемый «Гезелл-эффект» («витринность») переносится в гражданскую жизнь и нередко приводит к реактивному избеганию социальной активности.

Пятый фактор — предельная продолжительность участия. Современные конфликты демонстрируют расширение временных рамок нахождения в зоне боевых действий [7] при наличии поддерживающих факторов (социальные мотивы, краткосрочные отпуска, онлайн-связь с семьей). Вместе с тем длительная экспозиция к «перманентному стрессору» чревата хронификацией усталости, апатией и «психологической демобилизацией», а позитивные модераторы зачастую действуют как временные стимуляторы, не предотвращающие отложенные последствия.

В совокупности обозначенные особенности современных вооруженных конфликтов формируют «тотальную среду», где стресс не прекращается ни днем, ни ночью, ни в бою, ни вне его. Для клинициста это означает: помимо расстройств травматического спектра (ПТСР) в поле зрения должны систематически включаться феномены хронической гипербдительности, нарушений сна и восстановления, устойчивого переживания «витринности» и утраты приватности, амбивалентности и моральной боли — то есть конфигурации, отражающие не «разовый стресс», а долговременную перенастройку систем безопасности, границ и субъективного контроля.

Цель обзорной статьи: провести клинико-психологический анализ специфики современных вооруженных конфликтов через призму пяти указанных факторов современной войны и на этой основе обосновать интегративную модель перманентной травматической нагрузки (PTL-Model), описывающую механизмы воздействия этих факторов на психику и поведение человека как в период боевых действий, так и на этапе реадaptации и возвращения к гражданской жизни.

Статья адресована практикующим клиническим психологам и смежным специалистам и призвана уточнить диагностику, психообразование и планирование вмешательств с учетом контекста перманентной стрессогенности современной войны. В последующих разделах по каждой характеристике будут рассмотрены механизмы воздействия и клинические проявления, затем — интегративная модель и практические следствия для оценки и помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Скопинговый обзор научных публикаций с последующей нарративной, клинико-психологической интерпретацией оформлен по рекомендациям PRISMA-ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews*) [8].

На первом этапе поиск публикаций проводился в рецензируемых базах данных (БД) и индексах: PubMed/MEDLINE, PsycINFO, Scopus, Web of Science Core Collection, Crossref, а также Google Scholar для расширенного охвата. Для русскоязычной литературы использовалась библиотека eLIBRARY.ru (РИНЦ). В обзор также были включены отдельные отраслевые журналы военной мысли с критической оценкой по чек-листу AACODS (*Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date, Significance*) [9].

В качестве поисковых запросов использовались комбинации терминов (англ./рус.): — боевые особенности: «transparent battlefield», «persistent ISR», «UAS OR drones», «no safe rear*», «distributed danger*», «прозрачность поля боя», «БПЛА/дроны», «распределенная опасность», «нет тыла». — психологические феномены: «hypervigilance», «continuous traumatic stress», «moral injury», «sleep disturbance», «loss of privacy», «surveillance AND mental health», «гипербдительность», «непрерывный травматический стресс», «моральная травма», «утрата приватности/наблюдаемость».

Критерии включения/исключения

В обзорную статью включены исследования с участием военнослужащих/ветеранов или непосредственных аналогов боевой экспозиции (военно-медицинский персонал в зоне БД); обзоры и первичные исследования (наблюдательные, когортные, РКИ — при наличии), а также авторитетные аналитические отчеты о характеристиках современного поля боя, имеющие прямые клинико-психологические импликации. Исключались чисто технические публикации без связи с психическим здоровьем; мнения/комментарии без аналитической базы; дубликаты.

Скрининг и отбор

Далее был проведен двухэтапный скрининг (название/аннотации — полные тексты), в процессе которого исключались дубликаты и применялся метод «снежного кома» для поиска в библиографиях ключевых статей. Для оценки «серой литературы» использовался инструмент AACODS. В окончательную выборку вошли

только источники с проверяемой методологией и данными, опубликованные под эгидой авторитетных институций.

Извлечение данных

Для каждого включенного источника извлекались поля: 1) характеристика современного боя (протяженность/распределенная опасность; постоянная интенсивность угроз; культурная близость противника/эмоциональная сложность; «витринность»/наблюдаемость и утрата приватности; длительность участия); 2) популяция/дизайн/страна; 3) психические механизмы (гипербдительность, непрерывный травматический стресс, моральная травма и др.); 4) клинические/поведенческие проявления; 5) модераторы/медиаторы; 6) клинические импликации для диагностики и помощи.

Синтез

На этом этапе было проведено тематическое картирование источников относительно пяти заявленных факторов с интеграцией в клинично-психологическую модель «перманентного стрессора» современной войны. Примеры ключевых источников, легших в основу синтеза: — гипербдительность/внимание к угрозе у военных; лонгитюдные последствия боевой экспозиции; траектории депрессии после развертываний; — моральная травма (обзоры, эмпирика, факторы риска); — «прозрачное» боевое пространство/персистентная наблюдаемость и психологические следствия (БПЛА/дроны; «нет безопасного тыла»); — непрерывный травматический стресс в условиях затяжных военных угроз; — «витринность»/наблюдаемость и утрата приватности как стрессоры (общая литература по психическим эффектам постоянного наблюдения).

Ограничения

Скопинговый дизайн не предполагает метааналитического объединения эффектов; часть аргументации «прозрачности поля боя» опирается на высококачественные аналитические отчеты и сравнительно новые эмпирические наблюдения, что отражает динамику предметной области и требует дальнейшей клинической валидации.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Фактор №1. Протяженность фронта и распределенная опасность

Описание фактора. «Фронт» больше не гарантирует субъективной безопасности «за линией соприкосновения»; поражение и наблюдение возможны на большой глубине за счет БПЛА, дальнобойных средств, ДРГ и высокоточного оружия. Угроза многовекторна (с воздуха, земли, воды, из-под земли и из космоса), а потому переживается как повсюду присутствующая.

Современные полевые обзоры и аналитика схожаты в оценке «прозрачности» поля боя: наблюдение и поражение распространяются в тыл, лишая подразделения и инфраструктуру «убежищ». Как предупреждают современные военные эксперты, границы войны

стираются. Сегодня, по их мнению, у конфликта больше нет «передовой» и «тыла» в классическом понимании, он вышел далеко за рамки суши, моря и воздушного пространства. [10] Командные пункты и крупные цели системно обнаруживаются и поражаются. К подобным выводам приходят и другие исследователи современной войны [11] (системная разведка и поражение тыловых районов/коммуникаций). Эмпирические сводки по Украине дополняют картину: «ближний тыл» регулярно становится зоной ударов артиллерии, авиации и дронов.

Механизмы действия фактора. Распределенная опасность поддерживает устойчивую *гипербдительность* и режим хронической мобилизации. В терминах клинической психологии это соответствует континууму *continuous traumatic stress* (CTS — непрерывный травматический стресс) — ситуации реалистичной текущей угрозы, где система безопасности не получает «окна» на восстановление [12]. Концепция CTS описана как отдельный феномен по отношению к «прошедшей травме» и применяется к контекстам затяжных конфликтов. На уровне психофизиологии стойкая гиперактивация связана с нарушениями сна и восстановительных процессов (инсомния, укорочение глубокой фазы, ночные пробуждения) [13], что подтверждается данными обследования военнослужащих и ветеранов.

Поведенческие корреляты. Для участников боевых действий и вернувшихся ветеранов описывают: постоянное «сканирование» пространства, избегание открытых участков, настороженность к визуальным/акустическим триггерам, затруднение расслабления даже в безопасной среде; на бытовом уровне — маршруты с избыточными проверками «сектора», трудности сна и отдыха. Эти проявления трактуются как *адаптация к среде тотального риска*, а не как «необъяснимая тревожность» [14]. В клинических выборках ветеранов нарушение сна и гиперторможение стабильно ассоциированы с симптоматикой посттравматического спектра и снижением качества жизни.

Модераторы и усугубляющие факторы. Техническая «витринность» (персистентное наблюдение ISR/БПЛА) и глубина поражения тыла уменьшают различие между «боевой» и «небоевой» зонами, препятствуя восстановлению субъективного чувства контроля, это усиливает циклы гипербдительности–истощения. Политика и тактика «ударов по ближнему тылу» в реальных конфликтах (Украина) служат постоянным источником подтверждающих сигналов угрозы.

Таким образом, протяженность фронта и распределенная опасность формируют для психики состояние непрерывной угрозы, где «тыл» не восстанавливает чувство безопасности. Клинично-психологически это проявляется устойчивой гипербдительностью, нарушениями сна/восстановления и поведенческими паттернами избегания и «сканирования». Для практики это требует: 1) нормализации бдительности как адаптивной реакции, 2) целевых вмешательств в нарушение сна, 3) обучение стратегиям управления вниманием

и телесной регуляции до перехода к глубокой проработке травматических воспоминаний.

Фактор №2. Постоянная высокая интенсивность угроз

Описание фактора. Современный конфликт утрачивает ритм «бой–передышка» и превращается в непрерывный поток сигналов об опасности. Даже вне прямого боестолкновения психика остается в режиме ожидания удара; система тревоги не «выключается». На нейронном уровне описываются такие феномены, как устойчивое состояние гипербдительности, усиление амигдало-лимбической реактивности (кортизол), относительное подавление префронтальной регуляции, а также хронические нарушения сна, препятствующие интеграции травматических воспоминаний в биографическую память. Клинически тревога становится состоянием «по умолчанию».

Парадигма CTS [15] описывает ситуации реалистичной текущей угрозы без «кокон безопасности», характерные для затяжных конфликтов; при CTS поддерживается постоянная мобилизация и гипербдительность как адаптация к непрекращающейся опасности. Хроническая активация систем стресса ведет к *аллостатической нагрузке*: долговременной «изнашивающей» цене поддержания готовности с изменениями в нейроэндокринной, иммунной и метаболической регуляции [16]. Стрессовые сигнальные каскады быстро ухудшают функции префронтальной коры (рабочая память, «топ-даун» (нисходящий) контроль), что снижает способность к когнитивной переработке угрозы и усиливает реактивное поведение.

Нарушения сна как ключевой маркер интенсивности угроз. Для военнослужащих и ветеранов нарушения сна (инсомния, фрагментация сна, кошмары) — один из наиболее устойчивых феноменов, связанных с травматическим стрессом [17], причем инсомния нередко приобретает относительную автономность и требует целевого лечения [18]. Современные обзоры показывают связь более выраженных расстройств сна с большей тяжестью посттравматической симптоматики; постоянная недостаточность сна повышает риск последующих психических расстройств.

Состояние постоянной угрозы также поддерживает гипербдительность и смещение внимания (*attentional bias*) к сигналам опасности, что связано с рецидивом навязчивых воспоминаний и усилением реакций испуга; при этом стресс-индуцированное снижение префронтального контроля ухудшает селективное внимание и регуляцию импульсов [19].

На поведенческом уровне это проявляется перманентным «сканированием» окружения, избеганием мест с непредсказуемыми стимулами, раздражительностью, утомляемостью и трудностями расслабления даже в формально безопасной среде [19, 20].

Клинические следствия для оценки и помощи предполагают: — обоснованность интерпретации гипербдительности и нарушения сна как *адаптивных следов*

проживания CTS, а не как «нелогичную тревожность»; нормализации переживаний как обязательного компонента психообразования; — на этапе стабилизации необходимость купирования нарушений сна и состояний гипербдительности перед переходом к глубокой терапевтической работе; — в формулировке случая учитывать аллостатическую нагрузку (факторы износа) и стресс-индуцированное снижение префронтальных функций — это объясняет трудности концентрации, планирования, контроля аффекта.

Фактор №3. Культурная близость противника и эмоциональная сложность конфликта

Описание фактора. В современных конфликтах противостоящие стороны часто культурно и ментально близки: общий язык, схожие имена, общие исторические коды, нередко — территориальное и биографическое «соседство». Это придает столкновению статус «противостояния с почти своими», усиливая внутренний конфликт бойца. Этот конфликт можно объяснить через концепцию «нарциссизма малых различий», введенную Зигмундом Фрейдом [14; с.24] — чем меньше культурная дистанция, тем сильнее эмоциональная заряженность различий и угроз идентичности

Психологическая литература по проблеме *moral injury* (моральная травма) показывает, что события, нарушающие глубоко удерживаемые моральные нормы (потенциально морально травмирующие события, Potentially Morally Injurious Events, PMIEs), ассоциированы с выраженными чувствами вины/стыда, депрессией, усилением ПТСР-симптоматики и суицидальным риском [2, 20]. Обобщающие обзоры/метаанализы подтверждают устойчивые связи между показателями моральной травмы и неблагоприятными психическими исходами [21]. Эмпирические разработки по специфическим актам (например, опыт убийства на войне) демонстрируют независимую связь с ПТСР-симптомами, диссоциацией и функциональным снижением, что указывает на особую нагрузку морально окрашенных эпизодов. В военных выборах роль моральных эмоций (вина/стыд) в структуре расстройств после боевой экспозиции подтверждена скопинговыми и систематическими обзорами [22].

Механизмы действия фактора. Амбивалентность и затрудненная агрессия. Культурная близость снижает эффективность «демонизации» противника; приемлемость собственной агрессии ослабевает, усиливаются вина и стыд — центральные аффекты моральной травмы.

Конфликт идентичностей. Пересечение символических «мы»/«они» при минимальных различиях обостряет угрозу «Я-образу» (роль защитника/гуманиста), вызывает идеи «идейной диссоциации» и утрату опоры на прежние ценности.

Моральная травма как контур повреждения совести. При PMIEs формируются устойчивые убеждения «я плохой/мы плохие/мир испорчен», поддерживаемые переживаниями стыда/вины, которые хуже поддаются

стандартным протоколам, нацеленным на страх. Обзоры 2019–2024 гг. подчеркивают необходимость дифференциации моральной травмы и ПТСР при разработке клинических стратегий [23, 24].

Клинические и поведенческие корреляты включают: — трудность открыто говорить об агрессии и «ненависти к врагу»; злость часто смешана с печалью/скорбью и переживается как морально «опасная»; — избегание тем, связанных с этической оценкой собственных действий; повышенная чувствительность к социальному суждению (семьи/сообщества), что усиливает самоцензуру и вкладывается в переживание «витринности»; — выраженные чувства вины/стыда, депрессивная симптоматика, усиление ПТСР-кластеров (повторные переживания, гиперактивация).

Модераторы и контекстуальные факторы

- *Нормативные нарративы и пропагандистские рамки.* При культурной близости противника «жесткие» бинарные нарративы усваиваются хуже; несоответствие публичного дискурса личному опыту усиливает моральный конфликт.
- *Социальная близость/пересечение семейных и профессиональных ролей.* Общие языки/ритуалы/истории повышают вероятность эмпатического резонанса с противником и последующего когнитивного диссонанса после применения насилия, что, по данным исследований о роли морали, коррелирует с виной/стыдом и неблагоприятными исходами.
- *Тип пережитых событий.* Эпизоды, включающие причинение вреда или свидетельство страдания «почти своих», сопряжены с более высоким риском тяжелых моральных эмоций и последующей симптоматики.

Отличие от «классической» страх-центрированной травмы. В «страх-модели» ядром выступают условные реакции на угрозу жизни/целостности, тогда как в факторе культурной близости ведущими являются нарушения в системе моральных значений и идентичности. Потому феноменологически превалируют вина/стыд, экзистенциальные вопросы, переживание «испорченности»/«предательства», а страх может занимать вторичную позицию.

Для клинициста это означает необходимость систематической оценки РМIEs, различения страха и моральных аффектов, а также проведение психотерапевтического просвещения и вмешательств, учитывающих амбивалентность и уязвимость идентичности в конфликтах «с почти своими».

Фактор №4. «Витринность» и утрата приватности

Описание фактора. В современных конфликтах исчезает «внекадровое» пространство: постоянное присутствие БПЛА, спутников, сенсоров, тепловизоров и камер (а также цифровая среда с записью и распространением эпизодов боя) создает ощущение неизбежной наблюдаемости — «витринности» (Гезелл-эффект) [25, 26]. Приватность как психологическое убежище утрачивается, формируются внутренняя

настороженность и тревога «под взглядом» даже в одиночестве [27].

Механизмы действия фактора от «переживания взгляда» к стрессу и когнитивной «сужаемости». Психологические и нейрокогнитивные исследования показывают: восприятие постоянного наблюдения подрывает чувство приватности и самообладания, повышает тревогу и стресс, а также меняет регуляцию внимания (смещение к сигналам контроля/надзора). Обзоры по влиянию систем безопасности и наблюдения на психику отмечают связь с ощущением утраты приватности, повышенным напряжением и стресс-реактивностью [28]; экспериментальные и обзорные работы дополняют данными о влиянии «взгляда, который наблюдает», на сенсорную и поведенческую реактивность. Параллельные метааналитические и эпидемиологические данные из гражданских контекстов (электронный мониторинг труда, *workplace surveillance*) демонстрируют повышение стресса и ухудшение показателей психического здоровья при длительном наблюдении — эффекты, правдоподобно обостряющиеся в условиях боевого контроля и угрозы.

Поведенческие корреляты: самоконтроль, самоцензура, утрата спонтанности. Под влиянием наблюдаемости усиливается самоконтроль и сужается репертуар поведения: описаны *chilling effects* — устойчивое самоограничение и самоцензура при осознании надзора, включая снижение готовности к выражению мнений и к действиям, чреватых публичной экспозицией. Эти эффекты многократно показаны в исследованиях цифрового надзора [29, 30] и концептуально объясняются паноптической саморегуляцией. Для военной среды это означает перенесение самоцензурирующих стратегий и «позы под камерой» в бытовое поведение ветерана [31, 32]. Полевые отчеты из зон интенсивного применения БПЛА (Афганистан, Пакистан, Украина, Газа) описывают стойкий страх атаки, бессонницу и ощущение постоянной опасности у населения, живущего под персистентным воздушным наблюдением/угрозой [33]. Хотя эти материалы относятся к «серой» литературе и требуют аккуратной интерпретации, они согласуются с механизмом «витринности» и документируют субъективный опыт «жизни под взглядом».

Для клинициста этот фактор характеризуется высокой вероятностью хронической гиперактивации, нарушений сна и стойких поведенческих ограничений (самоцензура, избегание), требующий в диагностике фокуса на переживании «взгляда» и утраты приватности как самостоятельных мишеней понимания и помощи.

Фактор №5. Предельная продолжительность участия в боевых действиях

Описание фактора. Исторические данные указывали на предел боевой выносливости порядка 180–240 суток для контингентов, не защищающих непосредственно Родину [34, 14; с.28]. В современных конфликтах срок участия расширяется за счет мощных социальных мотивов, краткосрочных отпусков и возможности

поддерживать связь с близкими. Однако эти факторы действуют скорее как «психостимуляторы» на находящихся на линии боевого столкновения (ЛБС) и не предупреждают последующие психологические проблемы и не предотвращают развитие хронической усталости, апатии и «психологической демобилизации».

Данные МНАТ (*Mental Health Advisory Team* — Консультативная группа по психическому здоровью) [35] показывают, что продолжительное пребывание в зоне боевых действий и многократные циклы «вывод в тыл — возвращение на передовую» ассоциированы с ростом доли положительных результатов скрининга на психические проблемы; причем при третьей–четвертой ротации они становятся значимо выше. Исследования Центра военных исследований в области здравоохранения (*King's Centre for Military Health Research* — КСМНР, Королевский колледж, Лондон) показали, что совокупная длительность пребывания в зоне боевых действий более 12 месяцев за 3 года приводила к существенному росту показателей психологического дистресса и результатам по шкале ПТСР [36].

Механизмы фактора. Длительная экспозиция поддерживает хроническую мобилизацию и формирует *аллостатическую нагрузку* — «цену адаптации» к длительному стрессу с нейронными и соматическими последствиями (дисфункция префронтальной регуляции, эмоциональная реактивность, соматические сдвиги) [37]. Центральным узлом выступает сон: хроническая фрагментация/недосып дают дозозависимые когнитивные дефициты и ухудшение саморегуляции, которые не компенсируются субъективным ощущением «привычки к недосыпу».

Поведенческие и клинические корреляты. На поздних этапах участия в боевых действиях и после возвращения типичны устойчивая утомляемость, апатия, снижение инициативы («пассивный отдых» как доминирующая стратегия), раздражительность, нарушения сна, у ряда ветеранов — усиление симптомов ПТСР/депрессии, рост риска злоупотребления психоактивных веществ (ПАВ). Эти проявления согласуются с исследованиями о накопительном эффекте длительности/повторов и с данными о снижении когнитивного контроля на фоне хронического стресса и недосыпа. Поддерживающие факторы (патриотическая мотивация, краткие отпуска, связь с семьями) действительно удлиняют функциональный срок участия [14; с.29], но действуют как временные стимуляторы и не предотвращают отсроченных последствий, напротив, при завершении службы возможны «провалы» в настроении, мотивации и активности. Это перекликается с эмпирикой о значимости реального *dwelt time* (время пребывания, англ.) и качества восстановления, а не только «позитивной мотивации».

Вывод по фактору. Предельная длительность участия — самостоятельный генератор психической травмы, действующий через кумуляцию аллостатической нагрузки и «срывы» восстановительных систем (прежде всего сна). Клинически это означает необходимость: 1) документировать календарь и суммарную

длительность участия/повторов и времени пребывания на ЛБС в формулировке случая; 2) на этапе стабилизации приоритизировать восстановление сна и дневной энергии, энергосберегающие протоколы и «пошаговую ремобилизацию» активности; 3) учитывать риск «психологической демобилизации» и планировать поддерживающие вмешательства на первые месяцы после возвращения.

ОБСУЖДЕНИЕ

Современная война как перманентный стрессор: интегративная модель

Опираясь на пять факторов современных войн (распределенная опасность, постоянная интенсивность угроз, культурная близость противника, «витринность»/утрата приватности, предельная длительность участия), предлагаем рассматривать современную войну как перманентный стрессор — среду, где субъективная и объективная угроза не прерывается и не локализуется, а потому поддерживает хроническую мобилизацию и препятствует восстановлению.

В контексте обсуждения перманентной стрессогенности современной войны представляется целесообразным formalизовать предлагаемый нами подход в виде *модели перманентной травматической нагрузки* (*Permanent Traumatic Load Model, PTL-Model*). Под этим термином понимается совокупность устойчивых и непрерывно действующих стрессоров операционной среды, которые не ограничиваются отдельными эпизодами угрозы, а создают длительное, кумулятивное и многокомпонентное давление на психическую регуляцию военнослужащего.

В рамках PTL-Model перманентная травматическая нагрузка трактуется как результат постоянного воздействия сенсорных, когнитивных, эмоциональных и социальных факторов, характерных для современных конфликтов: высокой плотности сигналов угрозы, информационной насыщенности, моральной амбивалентности ситуаций, сужения приватности и нарушенной возможности восстановления. В совокупности эти элементы формируют специфическую конфигурацию хронической мобилизации, в которой механизмы обработки угрозы и системы стрессовой регуляции функционируют в состоянии пролонгированной активации.

Такое определение позволяет рассматривать современный вооруженный конфликт не как последовательность травматических событий, а как среду непрерывного травматического воздействия, порождающую устойчивую аллостатическую перестройку, нарушения восстановления, особенности морального переживания и долговременные клинико-психологические последствия. PTL-Model тем самым задает концептуальные основания для анализа как феноменологии участника конфликта, так и возможных различий в траекториях реадaptации и потребностях в последующей помощи.

Полученные из изученных материалов данные позволяют нам построить многоуровневую модель,

описывающую динамику хронификации психопатологических проявлений у военнослужащих в условиях современных боевых действий. Модель интегрирует ключевые факторы оперативной обстановки, опосредующие психобиологические механизмы и клинически наблюдаемые феномены, связанные в устойчивые самоподкрепляющиеся циклы. Архитектура модели представлена на рис. 1.

Ключевые факторы современной боевой обстановки, выступающие триггерами модели, включают: 1) пространственно неограниченную и распределенную опасность при отсутствии безопасного тыла; 2) непрерывный поток угрожающих сигналов; 3) морально-идентичностную амбивалентность, обусловленную культурной близостью противника; 4) эффекты постоянного наблюдения («витринность») и утрату приватности; 5) кумулятивную длительность экспозиции.

Промежуточные механизмы связывают эти предикторы с клиническими исходами: — непрерывный травматический стресс как форма адаптации к персистирующей угрозе; — аллостатическая нагрузка как психофизиологическая цена хронической гипермобилизации; — дисрегуляция сна как ключевой узел поддержания и отягощения симптоматики; — моральная травма как контур повреждения ценностно-нравственной системы; — паноптические эффекты, поддерживающие тревогу и поведенческое ограничение.

Клинико-поведенческие феномены на выходе модели проявляются в виде симптомокомплекса, включающего устойчивую гипербдительность и внимание к угрозе, раздражительность, инсомнию, хроническую

усталость, апатию, социальное избегание и переживание моральной боли.

В основе хронификации лежат следующие **ключевые самоподкрепляющиеся циклы**:

1. **Нейрофизиологический цикл «гипервозбуждение-сон»**: непрерывная угроза поддерживает состояние гипербдительности, что напрямую ведет к фрагментации сна и инсомнии. Нарушенный сон, в свою очередь, ослабляет префронтальный контроль над эмоциями и миндалевидным комплексом, что еще более усиливает гипервозбуждение и бдительность.

2. **Поведенческо-аффективный цикл «витринность-избегание»**: переживание постоянной наблюдаемости («витринности») порождает высокий уровень фоновой тревоги и приводит к самоцензуре. Это, в свою очередь, ведет к избегающему поведению и сужению поведенческого репертуара, что ограничивает доступ к позитивным подкрепляющим стимулам и усиливает общую напряженность и тревогу, замыкая петлю. Данный механизм объясняет возникновение «сдерживающих эффектов» (*chilling effects*) даже после возвращения из зоны боевых действий.

3. **Морально-дезадаптивный цикл «амбивалентность-депрессивность»**: столкновение с морально-травмирующими событиями в условиях культурной близости противника обостряет моральную амбивалентность, способствуя развитию интенсивных чувств вины и стыда. Эти аффекты напрямую ассоциированы с повышенным риском депрессии и суицидальности, создавая порочный круг, в котором депрессивная симптоматика затрудняет интеграцию травматического опыта и моральную адаптацию. Важно отметить, что



Рис. 1. Модель перманентной травматической нагрузки (Permanent Traumatic Load Model, PTL-Model)

Figure 1 Permanent Traumatic Load Model, PTL-Model

стандартные, сфокусированные на страхе протоколы терапии оказываются недостаточно эффективными без целевой работы с моральными аффектами.

4. *Кумулятивно-нейрокогнитивный цикл «длительность-аллостаз»*: кумулятивная длительность экспозиции к боевому стрессу приводит к прогрессирующему накоплению аллостатической нагрузки. Нейробиологически это коррелирует с функциональными изменениями в префронтальной коре, гиппокампе и миндалине, что клинически выражается в снижении когнитивного контроля, усилении аффективной реактивности и росте уязвимости к другим стрессовым воздействиям, в дальнейшем ускоряя накопление аллостатической нагрузки.

Представленная модель позволяет целостно описать патогенез нарушений, выходящих за рамки классического ПТСР, и подчеркивает необходимость комплексных вмешательств, одновременно нацеленных на нормализацию сна, снижение аллостатической нагрузки и проработку морально-травматических переживаний.

Дифференциально-диагностическая перспектива

ПТСР (прошлая угроза) vs. CTS (непрерывная/реалистичная угроза). При *continuous traumatic stress* (CTS) источник угрозы сохраняется во времени и пространстве, ведущим становится устойчивое гипервозбуждение с поведенческой «боевой готовностью», тогда как событийно-флэшбековая феноменология ПТСР может быть менее выражена. Для терапии CTS ключевой является контекстная оценка реальной угрозы и «окон безопасности», а не только ретроспективная проработка травматического эпизода. Это обосновывает приоритет стабилизации сна и регуляции, прежде чем переходить к экспозиционным техникам. Важно учитывать, что CTS представляет собой не только описательную категорию, фиксирующую присутствие непрерывной угрозы, но и форму адаптационной перестройки психики в условиях постоянной опасности. CTS отражает функциональное поддержание мобилизации и гипербдительности как способ выживания в среде без «окон безопасности». В этом контексте гиперреактивность, нарушения сна и сужение поведения выступают не патологическими симптомами, а устойчивыми адаптивными ответами, сформированными длительным воздействием угрозы.

Моральная травма vs. «страх-центрированная» травма. В моральной травме доминируют вина/стыд, переживание «испорченности»/«предательства», экзистенциальные убеждения («я плохой/мир испорчен»); реакция страха — вторична. При культурной близости противника риск моральной травмы возрастает, а эффективность стандартных протоколов, нацеленных на страх (чистая экспозиция), ниже без адресации моральных аффектов и ценностных конфликтов.

«Витринность»/утрата приватности vs. социальная тревожность. Ощущение постоянного наблюдения (персистентный ISR/дроны, цифровая экспозиция) формирует «паноптическую» тревогу и *chilling effects*

(самоцензура, сужение поведения), не сводимые к страху негативной оценки в обычных социальных ситуациях. Здесь триггер — именно режим наблюдения, а не социальная оценка как таковая.

Гипербдительность/боевой сканинг vs. генерализованное тревожное расстройство. При распределенной опасности внимание закономерно «прилипает» к угрозо-сигналам внешней среды; это адаптация к прозрачному полю боя («нет безопасного тыла»), а не диффузная «свободно плавающая» тревога. Клиническая ошибка — трактовать такой паттерн как «избыточную тревожность», игнорируя контекст угроз.

Инсомния коморбидная с травмой vs. первичная инсомния. При длительном пребывании в зоне боевых действий сон выступает центральным узлом поддержания симптомов (фрагментация, кошмары). Коморбидная инсомния часто автономизируется и требует первоочередного лечения (напр., когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ), проработки содержания кошмаров), иначе техники, направленные на проработку травматического опыта, «скользят» по поверхности.

Многоосевая формулировка случая

Рекомендуется фиксировать пять осей, вытекающих из пяти травмирующих факторов:

1. *Ось угрозы пространства*: описание степени распределенной опасности и «окон безопасности» в текущей жизни.

2. *Ось интенсивности*: описание частоты и плотности «угрозо-сигналов», выраженности гипербдительности и нарушений сна.

3. *Ось моральной травмы*: фиксация потенциально морально травмирующих событий, описание профиля вины/стыда и убеждений.

4. *Ось наблюдаемости/приватности*: оценка и описание субъективной «витринности», выявление триггеров «надзора», характеристика признаков поведенческой сужаемости.

5. *Ось длительности/кумуляции*: внесение информации о времени суммарного пребывания в зоне боевого стресса, числа ротаций, продолжительности промежутков между ротациями и т.п.

Таким образом, *минимальный диагностический пакет* может включать в себя: скрининг травматического спектра и коморбидностей + измерение сна/гипервозбуждения + оценка моральной травмы и переживания наблюдаемости. Конкретные инструменты подбираются в соответствии с локальными стандартами, где приоритетом являются валидизированные опросники и дневники сна. При выраженной моральной боли и бессоннице — обязательная оценка суицидального риска; инсомния и моральная травма являются независимыми факторами уязвимости.

Импlications для планирования помощи должны учитывать следующие принципы: — *Принцип «вначале — стабилизация»*. На первом этапе — снижение гипервозбуждения и восстановление сна (КБТ, поведенческие протоколы сна, тренинги дыхательной/вегетативной регуляции), нормализация гипербдительности

как адаптивного следа CTS. Только после появления «окон безопасности» — переход к экспозиционной и нарративной работе. — *Адресация моральной травмы*. Включение модулей, направленных на вину/стыд, реконструкцию ценностных убеждений, признание и смысловую интеграцию (элементы адаптивного раскрытия/поведенческой активации/экзистенциальной работы или духовно-информированных подходов по клинической целесообразности). Терапия без адресации моральных аффектов — риск ретравматизации или неэффективности. — *Работа с «витринностью»*. Психосообразование с предложением представлений о паноптических эффектах, тренинг границ и приватности (управление «цифровыми» триггерами, «зоны/временные окна приватности»), поведенческие эксперименты для расширения репертуара за пределами самооцензуры. — *Длительность и аллостатическая нагрузка*. Энергосберегающий режим восстановления, дозированная ремобилизация активности, мониторинг дневной усталости и функции исполнительного контроля; приоритет профилактики рецидивов инсомнии. — *Семейно-ориентированная компонента*. Учитывая перенос боевых паттернов (сканирование, самооцензура, раздражительность) в быт — работа с семьей по нормализации и распределению ролей снижает вторичную конфликтность и «подпитку» гипервозбуждения.

При планировании помощи необходимо учитывать, что боевой стресс может выступать мощным декомпенсирующим фактором для лиц с донозологическими или диагностированными расстройствами личности кластера В (антисоциальное, пограничное, нарциссическое), для которых характерны импульсивность и склонность к агрессии [38]. У таких ветеранов агрессивные проявления будут носить наиболее стойкий и плохо контролируемый характер, поскольку они наслаиваются на изначально существующие нейробиологические особенности (например, уменьшенный в сравнении с нормой объем префронтальной коры). Работа с этой группой требует не только стандартных протоколов стабилизации, но и длительной психотерапии, направленной на коррекцию глубинных личностных нарушений, а также повышенного внимания к вопросам безопасности в семейном и социальном окружении.

Предлагаемый подход переориентирует клиническую работу: от универсального «протокола ПТСР» — к контекстно-чувствительному плану с приоритетом сна, регуляции и безопасности, адресацией моральной боли и восстановлением границ/приватности, с обязательным учетом длительности экспозиции и аллостатической нагрузки.

Ограничения

Характер доказательной базы. Синтез имеющихся данных носил скорее скопинговый, чем систематический обзорный характер. Модель построена на аналитическом обобщении разнородных источников, включая данные «серой литературы», поэтому выводы не могут быть приравнены к результатам метаанализа с количественными оценками эффектов.

Контекстуальная вариативность. Проявления ключевых предикторов (таких как распределенная опасность, «витринность», культурная близость противника) значительно варьируются в зависимости от театра военных действий и их динамики. Это ограничивает прямую экстраполяцию выводов между различными конфликтами.

Методологические сложности измерения. Для части центральных конструкторов модели (например, переживание «витринности», операционализация непрерывного травматического стресса в военных когортах) в настоящее время отсутствуют валидированные измерительные инструменты. Также ощущается дефицит русскоязычных шкал моральной травмы с доказанной метрической инвариантностью.

Потенциал смещения. На наблюдаемые эффекты могли повлиять смещающие факторы, включая коморбидные депрессивные и соматические симптомы, хроническую боль, применение психотропной терапии. Риск смещения особенно высок при анализе долгосрочных последствий и эффектов повторных развертываний.

Ограничения дизайна первичных исследований. Значительная часть доказательств получена в поперечных исследованиях с опорой на данные самоотчетов, тогда как лонгитюдные работы с применением объективных методов (актиграфия, вариабельность сердечного ритма, нейрокогнитивное тестирование) остаются редкими. Это не позволяет делать однозначных выводов о причинно-следственных связях.

Временная динамика. Быстрое развитие военных технологий (БПЛА, средства наблюдения, радиоэлектронной борьбы) и трансформация тактики ведения боя обуславливают постоянное изменение оперативной обстановки. В связи с этим некоторые выводы могут быстро утрачивать актуальность, что требует непрерывного обновления доказательной базы.

Направления дальнейших исследований

Сформулированная концептуальная модель задает четкую повестку для эмпирической верификации и практической реализации. Основной вызов заключается в переходе от теоретического описания к измеримой, каузально проверяемой и клинически применимой системе знаний. Для этого требуются скоординированные усилия в нескольких ключевых областях.

Во-первых, критически важным направлением является операционализация и разработка валидного измерительного инструментария. Это включает в себя создание и апробацию шкал для оценки таких сложных конструкторов, как переживание «витринности» и утраты приватности, с обязательной проверкой их психометрических свойств. Параллельно необходима адаптация инструментов для диагностики непрерывного травматического стресса для военных выборок с уточнением их дискриминантной валидности относительно ПТСР и генерализованного тревожного расстройства. Не менее актуальна задача полной русскоязычной валидации существующих шкал моральной травмы с оценкой

инвариантности измерений. Для комплексной оценки регуляторных процессов перспективным представляется использование мультимодальных маркеров, таких как актиграфия, вариабельность сердечного ритма, биомаркеры аллостатической нагрузки и тесты исполнительных функций, интегрированные с методом экологического мгновенного оценивания для фиксации проявлений гипербдительности в естественной среде.

Во-вторых, необходимы эпидемиологические исследования, сфокусированные на установлении причинно-следственных связей. Лонгитюдные когортные исследования, основанные на априорных причинных графах, позволят отследить траектории динамики сна, гиперактивации, моральной боли и функциональных исходов в течение 6–24 месяцев после возвращения из зоны боевых действий. Ценную информацию могут предоставить исследования с дизайном «естественного эксперимента», например, анализирующие влияние изменений в политике ротации или внедрения новых средств маскировки на уровень стресса и функциональные показатели. Для количественной оценки вклада морального фактора целесообразно проведение сравнительных исследований на различных театрах военных действий, характеризующихся разной культурной дистанцией с противником.

В-третьих, центральное место занимает разработка и тестирование целевых интервенций. Требуют проверки в рамках рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) такие гипотезы, как приоритетность когнитивно-поведенческой терапии инсомнии перед травма-фокусированной терапией у пациентов с выраженной гиперактивацией. Следует сравнить эффективность модулей, нацеленных на моральную травму, со стандартными, сфокусированными на страхе, протоколами для контингента с опытом морально травмирующих событий. Перспективными являются разработка и оценка вмешательств, направленных на восстановление приватности и границ, а также семейно-ориентированных программ в качестве адьюванта к индивидуальной терапии.

Наконец, для внедрения полученных знаний в практику необходимы исследования в области науки о реализации. Это предполагает оценку ступенчатых моделей оказания помощи в реальных условиях военных и ветеранских служб с точки зрения их охвата, эффективности и экономической целесообразности. Важным компонентом является разработка и оценка программ обучения специалистов пятифакторной оценке и принципам «сначала — стабилизация». Отдельного внимания требует разработка этических протоколов, обеспечивающих приватность и кибербезопасность при использовании методов цифрового сбора данных, а также процедур для раннего выявления суицидального риска в полевых условиях.

В качестве системной основы для всех перечисленных направлений предлагается создание единого минимального набора показателей для исследований в данной популяции, формирование живого реестра

для актуализации данных о влиянии новых технологий на психическое здоровье, а также проектирование и оценка четких клинических маршрутов помощи. Реализация этой комплексной повестки позволит обеспечить воспроизводимость результатов, точную диагностику и создание безопасных, адресных и эффективных траекторий помощи для участников боевых действий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современные вооруженные конфликты представляют для человека **перманентный стрессор**: угроза не локализуется «линией фронта», а распределяется в пространстве и времени, поддерживая хроническую мобилизацию и препятствуя восстановлению. Эта среда складывается из пяти взаимосвязанных факторов — распределенной опасности, постоянно высокой интенсивности угроз, культурной близости противника с моральной сложностью, «витринности» (утраты приватности) и предельной длительности участия — и формирует устойчивую конфигурацию психических и поведенческих проявлений: гипербдительность и «сканирование» среды, нарушения сна и регуляции, самоцензуру и сужение поведения, амбивалентность с выраженной виной/стыдом, хроническую усталость и «психологическую демобилизацию».

Из клинко-практической перспективы приоритеты помощи следуют из указанной конфигурации. Во-первых, стабилизация прежде «глубокой терапии»: нормализация адаптивных следов CTS, снижение гипервозбуждения и целевая работа со сном (как центральным узлом поддержания симптоматики) должны предшествовать экспозиционным и нарративным вмешательствам; только появление «окон безопасности» делает углубленную обработку травматического опыта терапевтически оправданной. Во-вторых, при наличии моральной боли необходима ее явная диагностика и адресация (работа с виной/стыдом, пересборка ценностных убеждений), поскольку «страх-центричные» техники в этом случае оказываются недостаточными.

В-третьих, следует системно учитывать и корректировать феномен «витринности»: обучать восстановлению границ и приватности (включая управление цифровыми триггерами) и расширять поведенческий репертуар за пределы самоцензуры, что снижает поддерживающую тревогу «жизнь под взглядом».

В-четвертых, длительность и повторность участия должны фиксироваться в формулировке случая и планировании маршрута помощи: кумуляция нагрузки требует энергосберегающих протоколов восстановления и профилактики рецидивов, особенно в первые месяцы после возвращения. Наконец, семейно-ориентированная работа и психопросвещение — обязательная часть маршрута: снижение вторичной конфликтности и обучение поддерживающему языку среды уменьшают подпитку гипервозбуждения и помогают восстановлению.

В терминах профилактики это означает: раннюю многоосевую оценку по пяти психотравмирующим

боевым факторам с последующей «ступенчатой» траекторией (скрининг — стабилизация сна и регуляции — целевые травма-фокусированные модули/адресация моральной травмы — восстановление границ/приватности и семейной включенности — поддержка ремиссии), что повышает клиническую управляемость процесса и воспроизводимость результатов на уровне служб и команд специалистов.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Shay J. Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character. New York: Scribner, 1994:246. doi: 10.2307/3791817
2. Litz BT. Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clin Psychol Rev*. 2009;29(8):695–706. doi: 10.1016/j.cpr.2009.07.003
3. Пособие по тактической и технической подготовке. сост.: А.Н. Родионов, В.И. Янковский, И.К. Острейко, А.С. Дубовик. Гродно: ГрГУ, 2007:288. Posobie po takticheskoj i tehnichejskoj podgotovke. sost.: AN Rodionov, VI Jankovskij, IK Ostrejko, AS Dubovik. Grodno: GrGU, 2007:288. (In Russ.).
4. Малюченко ГН. Проблемы и пути комплексной проработки последствий боевого стресса и боевых травм. *Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика*. 2023;23(4):438–444. doi: 10.18500/1819-7671-2023-23-4-438-444
Maljuchenko GN. Problems and ways of comprehensive study of the consequences of combat stress and combat injuries *Izvestiya of Saratov University. Philosophy. Psychology. Pedagogy*. 2023;23(4):438–444. (In Russ.). doi: 10.18500/1819-7671-2023-23-4-438-444
5. Караяни АГ. Боевой стресс: проблемы определения и классификации. *Вестник Московского университета МВД России*. 2024;1:254–264. doi: 10.24412/2073-0454-2024-1-254-264
Karajani AG. Combat stress: problems of definition and classification. *Vestnik of Moscow University of the Ministry of Internal Affairs of Russia* 2024;1:254–264. (In Russ.). doi: 10.24412/2073-0454-2024-1-254-264
6. Бабаян ГР. Медийный фактор влияния на восприятие вооруженных. *Вестник науки*. 2024;6(75):840–848.
Babajan GR. Media factor influences on perception armed conflicts. *Vestnik nauki*. 2024;6(75):840–848. (In Russ.).
7. Kaminer D. Continuous traumatic stress as a mental and physical health challenge: Case studies from South Africa. *J Health Psychol*. 2018;23(8):1038–1049. doi: 10.1177/1359105316642831
8. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Moher D, Peters MDJ, Horsley T, Weeks L, Hempel S, Akl EA, Chang C, McGowan J, Stewart L, Hartling L, Aldcroft A, Wilson MG, Garritty C, Lewin S, Godfrey CM, Macdonald MT, Langlois EV, Soares-Weiser K, Moriarty J, Clifford T, Tunçalp Ö, Straus SE. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467–473. doi: 10.7326/M18-0850
9. Tyndall J. AACODS checklist (authority, accuracy, coverage, objectivity, date, significance). 2010. URL: https://dspace.flinders.edu.au/xmlui/bitstream/handle/2328/3326/AACODS_Checklist.pdf (дата обращения: 19.11.2025).
10. Stewart R. The shifting battlefield: technology, tactics, and the risk of blurring lines in warfare. *Humanitarian Law & Policy*. 2025. URL: <https://blogs.icrc.org/app/uploads/sites/102/2025/05/the-shifting-battlefield-technology-tactics-and-the-risk-of-blurring-lines-in-warfare.pdf> (дата обращения: 19.11.2025).
11. Antal J. The Target that Sticks Out Gets Hammered! Preparing Tactical Command Posts for the Next War. In: *European Security & Defence*. 2023;54:36–38.
12. Eagle G, Kaminer D. Continuous traumatic stress: Expanding the lexicon of traumatic stress *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*. 2013. 19(2):85–99. doi: 10.1037/a0032485
13. Кемстач ВВ, Коростовцева ЛС, Алехин АН. Исследования психофизиологических аспектов и этиопатогенеза инсомнии: российские и зарубежные подходы. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика*. 2020;17(2):288–309. doi: 10.22363/2313-1683-2020-17-2-288-309
Kemstach VV, Korostovceva LS, Aljohin AN. Studies of insomnia psychophysiological aspects and etiopathogenesis: Russian and foreign approaches. *RUDN Journal of Psychology and Pedagogics*. 2020;17(2):288–309. (In Russ.). doi: 10.22363/2313-1683-2020-17-2-288-309
14. Проценко, С.А., Караяни, А.Г. Комплексная реадaptация участников современных боевых действий: сущность, проблемы, стратегии психологического сопровождения. Москва, 2025:17–18.
Protsenko, S.A., Karayani, A.G. Comprehensive readaptation of participants in modern military operations: essence, problems, strategies of psychological support. Moscow. 2025:17–18. (In Russ.).
15. Truskauskaitė I, Kvedaraitė M, Goral A, Daniūnaite I. Living under threat: adolescents' continuous traumatic stress reactions in relation to violence exposure. *Eur J Psychotraumatol*. 2025;16(1). doi: 10.1080/20008066.2025.2481803
16. Guidi J, Lucente M, Sonino N, Fava GA. Allostatic Load and Its Impact on Health: A Systematic Review. *Psychother Psychosom*. 2021;90(1):11–27. doi: 10.1159/000510696
17. American Academy of Sleep Medicine. Practice Guidelines & Insomnia Toolkit (summaries and resources). American Academy of Sleep Medicine (AASM). 2024–2025. URL: <https://aasm.org/clinical-resources/>

- practice-standards/practice-guidelines/ (дата обращения: 06.10.2025).
18. New guideline supports behavioral and psychological treatments for insomnia (news release). American Academy of Sleep Medicine (AASM). 2020. URL: <https://aasm.org/new-guideline-supports-behavioral-psychological-treatments-for-insomnia/> (дата обращения: 06.10.2025).
 19. Main LC, McLoughlin LT, Flanagan SD, Canino MC, Banks S. Monitoring cognitive function in the fatigued warfighter: A rapid review of cognitive biomarkers. *J Sci Med Sport*. 2023;26:675–690. doi: 10.1016/j.jsams.2023.04.009
 20. Jamieson N, Usher K, Maple M, Ratnarajah D. Invisible wounds and suicide: Moral injury and veteran mental health. *Int J Ment Health Nurs*. 2020;29(2):105–109. doi: 10.1111/inm.12704
 21. McEwen C, Alisic E, Jobson L. Moral injury and mental health: A systematic review and meta-analysis. *Traumatology*. 2021;27 (3):303–315. doi: 10.1037/trm0000287
 22. Williamson V, Stevelink SAM, Greenberg N. Occupational moral injury and mental health: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2018;212(6):339–346. doi: 10.1192/bjp.2018.55
 23. VA/DoD Clinical Practice Guideline. Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. 2017; Washington, DC: U.S. Government Printing Office. p. 200 <https://guidelines.gov/summaries/summary/51046/vadod-clinical-practice-guideline-for-the-management-of-posttraumatic-stress-disorder-and-acute-stress-disorder>
 24. Lang AJ, Hamblen JL, Holtzheimer P, Kelly U, Norman SB, Riggs D, Schnurr PP, Wiechers I. A clinician's guide to the 2023 VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. *J Trauma Stress*. 2024;37(1):19–34. doi: 10.1002/jts.23013
 25. Zafra M, Hunder M, Rao A, Kiyada S. How Drone Combat in Ukraine Is Changing Warfare. *Reuters*. 2024. URL: <https://www.reuters.com/graphics/UKRAINE-CRISIS/DRONES/dwpkeyjwkp/> (дата обращения: 19.11.2025).
 26. Караяни АГ, Кулешов ДО. Гезелл-состояние у участников боевых действий с применением БПЛА и дистанционных средств наблюдения. В кн.: Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. Сборник научных статей XIII международной научно-практической конференции (Владивосток, 5–7 июля 2024 г.) Ульяновск: Зебра, 2024. 2024;14:100–105.
Karajani AG, Kuleshov Gesell state in participants in combat operations with the use of uavs and remote observation means V kn.: Lichnost' v jekstremaal'nyh uslovijah i krizisnyh situacijah zhiznedejatel'nosti. Sbornik nauchnyh statej XIII mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii (Vladivostok, 5–7 iyulya 2024 g.) Ul'yanovsk: Zebra 2024;14:100–105. (In Russ.).
 27. DeVore MR. «No End of a Lesson» Observations from the First High-Intensity Drone War. *Defense & Security Analysis*. 2023;39(2):263–266. doi: 10.1080/14751798.2023.2178571
 28. Rehman MH. Correlation of Workplace surveillance with Psychological Health, Productivity, and Privacy of employees. *International Journal of Scientific and Engineering Research*. 2022;14(1):45–73. doi: 10.6084/m9.figshare.21900642.v1
 29. Penney JW. Internet surveillance, regulation, and chilling effects online: a comparative case study. *Internet Policy Review*. 2017;6(2):1–39, doi: 10.14763/2017.2.692
 30. Stoycheff E, Liu J, Xu K, Wibowo K. Privacy and the Panopticon: Online mass surveillance's deterrence and chilling. *New Media and Society*. 2019;21(3):602–619. doi: 10.1177/1461444818801317
 31. Hijazi A, Ferguson CJ, Ferraro FR, Hall H, Hovee M, Wilcox S. Psychological Dimensions of Drone Warfare. *Curr Psychol*. 2019;38(5):1285–1296, doi: 10.1007/s12144-017-9684-7
 32. Richardson M. Drone Trauma: Violent Mediation and Remote Warfare. *Media Culture and Society (MCS)* 2023;45(1):202–211. doi: 10.1177/01634437221122257
 33. Living under drones: Death, injury, and trauma to civilians from US drone practices in Pakistan. International Human Rights and Conflict Resolution Clinic at Stanford Law School and Global Justice Clinic at NYU School of Law. 2012:169. doi: 10.18130/pnem-p106
 34. USAF Personnel Rotation in Southeast Asia (A Chronology): 1961 through 1971. DD. Little, BL. Spink; Air Force Historical Research Agency. Maxwell Air Force Base (Alabama). 2013:31.
 35. Mental Health Advisory Team (MHAT) IV, Operation Iraqi Freedom 05–07. Final Report. Office of the Surgeon, Multinational Force-Iraq, Office of the Surgeon General (Army). 2006:89.
 36. Rona RJ, Jones M., Keeling M., Hull L, Wessely S, Fear NT. Mental health consequences of overstretch in the UK Armed Forces, 2007–09: a population-based cohort study. *The Lancet Psychiatry*. 2014;1(7):531–538. doi: 10.1136/bmj.39274.585752.BE
 37. McEwen BS. Allostasis and Allostatic Load: Implications for Neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharmacology*. 2000;22(2):108–124. doi: 10.1016/S0893-133X(99)00129-3
 38. Чайка ЮА, Баранов МЛ. Современное состояние проблемы агрессии в психиатрии *Психиатрия*. 2025;23(1):98–112. doi: 10.30629/2618-6667-2025-23-1-98-112
Chaika YuA., Baranov ML. Aggression in Psychiatry: State of the Art. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2025;23(1):98–112. (In Russ.). doi: 10.30629/2618-6667-2025-23-1-98-112

Сведения об авторах

Сергей Анатольевич Проценко, кандидат психологических наук, директор, Центр разработок и аналитики факультета оценки и развития управленческих кадров, Институт «Высшая школа государственного управления», Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, Москва, Россия

proccent@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0002-7381-0541>

Александр Валерьевич Гудиев, аспирант, кафедра личности в системах управления, ведущий эксперт, Центр разработок и аналитики факультета оценки и развития управленческих кадров, Институт «Высшая школа государственного управления», Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, Москва, Россия

alex@gudiev.com; <https://orcid.org/0009-0006-8827-3960>

Александр Сергеевич Щирский, специалист, Центр разработок и аналитики факультета оценки и развития управленческих кадров, Институт «Высшая школа государственного управления», Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, Москва, Россия

shchirskiy-as@ranepa.ru; <https://orcid.org/0009-0008-1838-8054>

Information about the authors

Sergey A. Protsenko, Cand. Sci. (Psychol.), Director, The Center of Research and Analytics of the Faculty of Assessment and Development of Managerial Personnel of Institute of Graduate School of Public Management, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, Russia

proccent@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0002-7381-0541>

Alexander V. Gudiev, Postgraduated Student, Personality Department, The Center of Research and Analytics of the Faculty of Assessment and Development of Managerial Personnel of Institute of Graduate School of Public Management, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, Russia

alex@gudiev.com; <https://orcid.org/0009-0006-8827-3960>

Alexander S. Shchirskiy, Specialist, The Center of Research and Analytics of the Faculty of Assessment and Development of Managerial Personnel of Institute of Graduate School of Public Management, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, Russia

shchirskiy-as@ranepa.ru; <https://orcid.org/0009-0008-1838-8054>

Вклад авторов

Проценко С.А. — руководство проведением исследования; оформление и представление его результатов; написание и оформление рукописи; участие в разработке концептуальных положений; оценка уровня научной разработанности исследуемой проблемы, анализ публикаций по теме исследования; аннотирование; перевод структурных единиц статьи на английский язык;

Гудиев А.В. — анализ публикаций по теме исследования; участие в разработке концептуальных положений; написание и оформление рукописи;

Щирский А.С. — написание и оформление рукописи; перевод структурных единиц статьи на английский язык.

Authors' contributions

Sergey A. Protsenko — leadership in conducting the research, preparation and presentation of its results, drafting and formatting of the manuscript, participation in the development of conceptual frameworks, assessment of the research landscape and literature analysis on the topic; annotating, drafting, and formatting the manuscript, translation of the article's structural elements into English;

Alexander V. Gudiev — analysis of publications on the research topic, participation in the development of conceptual frameworks, drafting and formatting of the manuscript;

Alexander S. Shchirsky — drafting and formatting the manuscript, translation of the article's structural elements into English.

Конфликт интересов/Conflict of interest

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interests.

Дата поступления 21.11.2025
Received 21.11.2025

Дата рецензирования 26.01.2026
Revised 26.01.2026

Дата принятия к публикации 31.03.2026
Accepted for publication 31.03.2026

Цифровой стресс у подростков и молодых взрослых: механизмы, проявления, влияние на психическое здоровье

Михаил Юрьевич Попов

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Автор для корреспонденции: Михаил Юрьевич Попов, popovmikhail@mail.ru

Резюме

Обоснование: стремительная цифровизация общества привела к тому, что цифровые платформы становятся основной средой социализации подростков и молодых взрослых. Параллельно с этим отмечается устойчивый рост распространенности психических расстройств в данной возрастной группе. Прямые причинно-следственные связи между временем использования цифровых технологий и психическим неблагополучием являются упрощенными, что указывает на необходимость изучения опосредующих механизмов, среди которых центральное место занимает цифровой стресс. **Цель обзора:** обобщить современные научные публикации о цифровом стрессе как о потенциальном медиаторе и факторе риска развития психических расстройств у подростков и молодых взрослых и на этой основе систематизировать подходы к его клинической оценке и коррекции. **Материал и методы:** в обзор включены оригинальные исследования, обзорные и теоретические работы. Поиск релевантных публикаций проводился в электронных базах данных PubMed, Google Scholar, eLIBRARY.RU. **Заключение:** представлена пятифакторная модель цифрового стресса (коммуникационная перегрузка, давление доступности, страх упущенных возможностей, тревога одобрения, онлайн-бдительность), основанная на возрастной нейробиологической уязвимости и социально-психологических факторах. Цифровой стресс выступает центральным медиатором, опосредующим влияние онлайн-рисков (кибербуллинг, социальное сравнение, проблемные паттерны использования) на развитие депрессии, тревоги, расстройств пищевого поведения, аутоагрессии и цифровых зависимостей. Интеграция стандартизированных методов оценки цифрового стресса в клиническую практику и применение доказательных профилактических и коррекционных интервенций являются необходимыми элементами помощи. Результаты обзора свидетельствуют о том, что цифровой стресс является значимым трансдиагностическим фактором риска, требующим внимания специалистов в области психического здоровья.

Ключевые слова: цифровой стресс, онлайн-риски, подростки, молодые взрослые, психическое здоровье

Для цитирования: Попов М.Ю. Цифровой стресс у подростков и молодых взрослых: механизмы, проявления, влияние на психическое здоровье. *Психиатрия*. 2026;24(3):101–114. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-101-114>

REVIEW

UDC 616.89-008.44:004.77

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-101-114>

Digital Stress in Adolescents and Young Adults: Mechanisms, Manifestations, and Impact on Mental Health

Mikhail Yu. Popov

V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

Corresponding author: Mikhail Yu. Popov, popovmikhail@mail.ru

Summary

Background: the rapid digitalization of society has transformed digital platforms into a key socialization environment for adolescents and young adults. Concurrently, there is a persistent increase in the prevalence of mental health disorders in this age group. Simple direct causal relationships between technology use duration and psychological distress have proven oversimplified, highlighting the need to investigate mediating mechanisms, with digital stress assuming a central role. **The aim of review** was to summarize current evidence on digital stress as a potential mediator and risk factor for mental health disorders in adolescents and young adults, and to systematize approaches to its clinical assessment and intervention. **Materials and Methods:** the review incorporates original research, reviews, and theoretical papers identified through searches of PubMed, Google Scholar, and eLIBRARY.RU databases. **Conclusion:** a five-factor model of digital stress is presented, comprising connection overload, availability stress, fear of missing out, approval anxiety, and online vigilance. This model is grounded in age-related neurobiological vulnerability and psychosocial factors. Digital stress serves as a central mediator through which online risks —

including cyberbullying, social comparison, and problematic usage patterns — influence the development of depression, anxiety, eating disorders, self-injurious behavior, and digital addictions. The integration of standardized digital stress assessment tools into clinical practice and the implementation of evidence-based preventive and intervention strategies constitute essential elements of care provision. Thus, digital stress emerges as a significant transdiagnostic risk factor warranting attention from mental health professionals. The findings underscore the importance of systematic clinical evaluation and evidence-informed intervention approaches to mitigate its adverse effects on adolescent and young adult mental health.

Keywords: digital stress, online risks, adolescents, young adults, mental health

For citation: Popov M.Yu. Digital Stress in Adolescents and Young Adults: Mechanisms, Manifestations, and Impact on Mental Health. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2026;24(3):101–114. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-101-114>

ВВЕДЕНИЕ

Стремительная и тотальная цифровизация общества привела к тому, что цифровые технологии перестали быть лишь инструментом, превратившись в основную среду социализации и социально-психологического развития подростков и молодых взрослых [1, 2]. Смартфоны, социальные сети и онлайн-платформы формируют новый «цифровой ландшафт», в котором протекает их повседневная жизнь. Этот процесс, значительно ускоренный пандемией COVID-19, сопровождается экспоненциальным ростом экранного времени и глубины погружения в цифровую среду [3, 4].

Однако парадокс состоит в том, что, несмотря на беспрецедентные возможности для общения, обучения и самопомощи, среди подростков и молодых взрослых отмечается устойчивый рост распространенности психических расстройств, в первую очередь тревожных и депрессивных [5, 6]. Противоречивость данных о влиянии экранного времени на риск формирования психических расстройств ставит под сомнение прямую причинно-следственную связь, указывая на наличие опосредованных механизмов, через которые цифровая среда может становиться источником психологического неблагополучия [7].

Преодолеть методологические ограничения упрощенных линейных моделей позволяет концепция **цифрового стресса** — хронического негативного психофизиологического состояния, возникающего в результате неспособности эффективно адаптироваться к требованиям цифровой среды или справляться с ними здоровым образом [8]. В отличие от понятия «техностресс», ограниченного профессиональной сферой [9], цифровой стресс носит диффузный и перманентный характер. Его источники, такие как информационная перегрузка, давление онлайн-имиджа, социальное сравнение, не имеют четких границ и пронизывают все сферы жизни — общение, учебу, отдых, создавая состояние хронической перегрузки [10]. Это состояние проявляется многоуровневыми нарушениями, включая когнитивные (снижение концентрации, фрагментация мышления), эмоциональные (тревога, фрустрация, страх) и поведенческие (компульсивная проверка устройств, прокрастинация) [8, 10].

Несмотря на растущий интерес к данной теме, в научном дискурсе сохраняются значимые пробелы,

имеющие прямое отношение к клинической практике. Во-первых, подавляющее большинство исследований носит кросс-секционный характер, что затрудняет установление причинно-следственных связей и определение точной роли цифрового стресса: является ли он независимым фактором риска, критическим медиатором, связующим использование технологий с клиническими исходами, или следствием уже имеющейся уязвимости. Во-вторых, недостаточно исследований, которые бы четко переводили этот психосоциальный конструкт в клиническую плоскость, устанавливая специфические связи с развитием и поддержанием конкретных психических расстройств. В-третьих, существует явный дефицит в систематизации практического инструментария для клинической оценки цифрового стресса и психотерапевтических вмешательств.

Цель аналитического обзора: обобщить современные данные о цифровом стрессе как о потенциальном медиаторе и факторе риска развития психических расстройств у подростков и молодых взрослых и на этой основе систематизировать подходы к его клинической оценке и коррекции.

Для достижения поставленной цели в обзоре поставлены следующие задачи:

- 1) проанализировать нейробиологические, психологические и социальные факторы, обуславливающие особую уязвимость к цифровому стрессу в подростковом и молодом взрослом возрасте;
- 2) обобщить эмпирические данные о связи цифрового стресса и его компонентов с конкретными психическими расстройствами и оценить доказательств его медиаторной роли;
- 3) обозначить подходы к клинической оценке цифрового стресса, а также направления коррекционных и профилактических интервенций.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Стратегия поиска литературы

Для отбора литературы был проведен поиск в электронных базах данных PubMed, Google Scholar, eLIBRARY.RU. Период поиска охватывал 10 лет — с 2015 по 2025 г., однако допускалось включение и более ранних релевантных работ. Были использованы следующие ключевые слова и их комбинации: «digital stress», «technostress», «adolescents», «young adults», «mental health», «fear of missing out», «cyberbullying»,

«problematic social media use», а также эквиваленты на русском языке. Дополнительно проводился поиск по спискам литературы отобранных статей (метод «снежного кома»).

Критерии соответствия

В обзор включали оригинальные лонгитюдные и кросс-секционные исследования, систематические и нарративные обзоры, а также теоретические работы, опубликованные на английском или русском языке и посвященные:

- концептуализации цифрового стресса и его компонентов;
- нейробиологическим и психосоциальным механизмам уязвимости к цифровому стрессу в подростковом и молодом взрослом возрасте;
- эмпирическим данным о связи цифрового стресса с психическими расстройствами;
- методам оценки цифрового стресса;
- доказательным стратегиям профилактики и психотерапевтической коррекции.

Не включали нерецензируемые публикации, а также исследования, посвященные исключительно взрослым популяциям или клиническим группам, не связанным напрямую с тематикой обзора.

Анализ и синтез данных

Отобранные источники были категоризированы и проанализированы по трем тематическим блокам:

- 1) предпосылки возрастной уязвимости и существующие теоретические модели цифрового стресса;
- 2) эмпирические данные о связи цифрового стресса с психическими нарушениями;
- 3) валидные инструменты оценки цифрового стресса и доказательные интервенции.

С учетом аналитического (нарративного) характера обзора основной фокус был сделан на тематическом синтезе и интерпретации данных, а не на их формальной количественной оценке.

Структура обзора

Логика изложения материала была выстроена в соответствии с поставленными задачами: от анализа возрастных предпосылок уязвимости к опосредующей роли цифрового стресса во влиянии цифровой среды на психическое здоровье и, наконец, к практическим стратегиям диагностики и вмешательства.

Использование искусственного интеллекта

На заключительном этапе подготовки рукописи был использован сервис на базе искусственного интеллекта Perplexity.ai. Этот сервис применялся в редакторских целях для повышения качества академического письма (проверки грамматики, пунктуации, стилистической согласованности текста, устранения опечаток и т.п.), а также для форматирования списка литературных источников. Содержательная сторона статьи (общая концепция, постановка цели и задач, поиск и анализ литературы, интерпретация данных, формулировка выводов) является результатом собственной работы автора.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Факторы уязвимости к цифровому стрессу в подростковом и молодом взрослом возрасте

Цифровому стрессу могут быть подвержены практически все возрастные группы, но в наибольшей степени — подростки (условно 13–17 лет) и молодые взрослые (условно 18–25 лет). Их особая уязвимость связана с несколькими факторами: высокой интенсивностью использования цифровых технологий на фоне незавершенного нейробиологического развития и специфических для этого возраста социально-психологических задач, что в совокупности создает «идеальную почву» для реализации онлайн-рисков.

Нейробиологические предпосылки уязвимости

В подростковом и молодом взрослом возрасте мозг продолжает находиться в состоянии активной структурной и функциональной перестройки, что делает его чрезвычайно пластичным, но и уязвимым к внешним воздействиям, включая цифровой стресс [11, 12]. Основной особенностью данного возрастного периода является асинхронное развитие подкорковых структур и префронтальной коры (ПФК).

Подкорковые структуры, отвечающие за обработку эмоций и вознаграждения (например, прилежащее ядро, миндалины), созревают раньше. Это приводит к пику сензитивности к социальному одобрению, новизне и немедленному подкреплению [13]. Механизмы социальных сетей и игр, построенные на лайках, уведомлениях и виртуальных наградах, напрямую эксплуатируют эту гиперчувствительность, обеспечивая мощный выброс дофамина и формируя компульсивные паттерны поведения [14, 15]. При этом гиперчувствительность системы вознаграждения не только объясняет склонность к компульсивному использованию, но и создает нейробиологическую основу для развития аддитивных расстройств и ангедонии.

Области ПФК, отвечающие за исполнительные функции — когнитивный контроль, подавление импульсов, оценку рисков, долгосрочное планирование и принятие решений, — продолжают созревать вплоть до 25 лет [11]. Нейровизуализационные исследования подтверждают, что у подростков и молодых взрослых с проблемным использованием интернета и социальных сетей наблюдаются структурные и функциональные изменения именно в сетях ПФК, связанных с контролем [16, 17]. Дефицит нисходящего контроля означает, что в этом возрасте объективно сложнее регулировать время использования гаджетов, противостоять соблазну проверять уведомления и осмысливать долгосрочные последствия онлайн-действий [18]. Недостаточность контроля со стороны ПФК делает подростков и молодых взрослых более импульсивными и затрудняет регуляцию эмоций в ответ на кибербуллинг или социальное сравнение, повышая риск дезадаптивных копинг-стратегий (например, несуицидальных самоповреждений).

Психологические и социальные факторы риска

На нейробиологическую уязвимость накладываются особые социально-психологические задачи, встающие перед индивидуумом в подростковом и молодом взрослом возрасте, что резко повышает восприимчивость к цифровым стрессорам.

Подростковый возраст — период активного поиска ответа на вопрос «кто я?». Самооценка становится крайне зависимой от внешней обратной связи, переносимой в онлайн-пространство. Это создает почву для тревоги одобрения и зависимости самооценки от количества лайков, комментариев и подписчиков [8, 19]. Социальное сравнение, являющееся естественным механизмом развития [20], в идеализированной среде соцсетей легче приобретает патологический характер, ведущий к заниженной самооценке, неудовлетворенности телом и «синдрому самозванца» [21].

Снижение влияния родителей и рост авторитета сверстников делают подростков особенно чувствительными к социальной инклюзии и эксклюзии. Страх пропустить значимое событие или выпасть из круга общения становится мощным драйвером компульсивного онлайн-поведения, поскольку пропущенное событие в чате или ленте воспринимается как угроза социальному статусу и принадлежности [22]. В этом же контексте кибербуллинг переживается особенно остро, а его последствия (тревога, депрессия, суицидальные мысли) оказываются более тяжелыми, чем при офлайн-травле [23].

У молодых взрослых высокую актуальность приобретают иные социально-психологические задачи, связанные с академической и профессиональной самореализацией, построением карьеры и формированием автономии от родительской семьи. Социальное сравнение смещается из плоскости внешности и популярности в плоскость профессиональных достижений и жизненных успехов, что порождает специфические формы дистресса.

Исследования выделяют ряд черт, повышающих риск развития цифрового стресса и проблемного использования технологий: нейротизм (эмоциональная нестабильность), импульсивность, перфекционизм (особенно в самопрезентации) и социальная тревожность [24, 25]. Для индивидуумов с социальной тревожностью или чувством одиночества интернет может становиться дезадаптивным механизмом совладания. Однако уход от проблем реального мира в виртуальный усугубляет социальные трудности, что, в свою очередь, может приводить к еще большему цифровому эскапизму [26, 27].

Пятифакторная модель цифрового стресса

С учетом возрастной специфики разработана интегративная модель цифрового стресса, релевантная для подростков и молодых взрослых. Данная модель была предложена и эмпирически валидирована R.G. Steele и соавт. в 2020 г. [8] и получила развитие в последующих исследованиях [19, 28]. Для клинической практики эта модель представляет особую ценность,

так как операционализирует субъективный опыт цифрового стресса в наблюдаемые и диагностируемые компоненты. Модель включает пять взаимосвязанных компонентов, каждый из которых находит отражение в возрастных нейробиологических и психосоциальных особенностях (табл. 1).

Представленные компоненты формируют ядро субъективного переживания цифрового стресса, который возникает не просто из-за «переизбытка» экранного времени, а в результате сложного взаимодействия между специфически уязвимым развивающимся мозгом и принципами организации цифровой среды, нацеленными на максимальное вовлечение и удержание внимания.

Основные различия в проявлениях цифрового стресса у подростков и молодых взрослых определяются спецификой их возрастных задач. У подростков стресс фокусируется на сфере непосредственного социального принятия и формирования идентичности, что проявляется в гипертрофированной значимости обратной связи от сверстников, страхе социальной эксклюзии и зависимости самооценки от онлайн-одобрения, особенно в визуально ориентированных сетях [29, 30]. У молодых взрослых на первый план выходят такие стрессоры, как коммуникационная и информационная перегрузка, связанная с работой или учебой, а также давление необходимости построения публичного цифрового имиджа (включая профессиональные сети) [31, 32]. Эта возрастная динамика отражает переход от стресса, центрированного на группе сверстников, к стрессу, опосредованному задачами интеграции во «взрослые» социальные институты через цифровые платформы.

Таким образом, специфические возрастные уязвимости и структура цифрового стресса напрямую обуславливают те механизмы, через которые цифровая среда становится фактором риска развития психических расстройств в каждой из этих возрастных групп.

Цифровой стресс как медиатор связи между цифровой средой и развитием психических расстройств

Согласно результатам проведенных исследований, развитие цифрового стресса может служить опосредующим звеном (медиатором), связывающим паттерны онлайн-поведения с клинически значимыми нарушениями.

Одним из таких паттернов является цифровая социальная многозадачность — использование устройств во время живого общения. В исследовании с участием более 2000 подростков показано, что выраженность этого феномена и степень его восприятия как нормы («все так делают») значимо предсказывают уровень цифрового стресса [33]. В другом исследовании с применением методов математического моделирования выявлены две опосредующие эмоциональные траектории: цифровой стресс способен привести к проблемному использованию социальных сетей либо через повышение негативного

Таблица 1. Компоненты цифрового стресса у подростков и молодых взрослых и их связь с возрастной уязвимостью [8, 19, 28, 29]

Компонент цифрового стресса	Основные проявления	Нейробиологическая и психосоциальная основа уязвимости
Коммуникационная перегрузка	Когнитивное истощение от непрерывного потока информации из множества каналов (мессенджеры, соцсети, электронная почта, новостные ленты)	Недостаточная зрелость когнитивного контроля со стороны префронтальной коры на фоне высокой социальной активности и необходимости поддерживать связь одновременно с несколькими группами сверстников затрудняет фильтрацию и приоритизацию информации
Давление доступности	Убежденность в необходимости быть постоянно онлайн и незамедлительно реагировать, стирание границ между личным и публичным временем	Гиперчувствительность к социальному одобрению и отвержению трансформирует естественную потребность в общении в императив быть постоянно на связи
Страх упущенных возможностей (<i>FOMO</i>)	Тревога, вызванная ощущением, что другие получают более позитивный и ценный опыт	Дефицит когнитивного контроля и максимальная значимость группы сверстников затрудняют рациональную оценку реальной ценности «упускаемых» событий
Тревога одобрения	Беспокойство о реакции других на размещенный контент (пост, фото, сторис), зависимость самооценки от лайков и комментариев	Формирование идентичности через внешнюю обратную связь, стремление к перфекционизму в самопрезентации
Онлайн-бдительность	Постоянная ориентация внимания на цифровую среду, непроизвольное сканирование на предмет новых уведомлений, навязчивые мысли об онлайн-активности	Адаптация к постоянной стимуляции при сниженном контроле со стороны префронтальной коры затрудняет переключение внимания и фокусировку на офлайн-задачах

Примечание: выраженность отдельных компонентов цифрового стресса может различаться в зависимости от возраста: у подростков относительно выше тревога одобрения и страх упущенных возможностей, тогда как у молодых взрослых может доминировать коммуникационная перегрузка и давление доступности, связанные с учебной и профессиональной деятельностью. Ограниченность эмпирических данных о возрастных различиях требует верификации в дальнейших исследованиях.

Table 1 Components of digital stress in adolescents and young adults and their relationship to age-related vulnerability [8, 19, 28, 29]

Digital stress component	Primary manifestations	Neurobiological and psychosocial basis of vulnerability
Connection Overload	Cognitive exhaustion stemming from continuous information flow across multiple channels (messaging, social media, email, news feeds)	Immature cognitive control from the prefrontal cortex amid heightened social engagement and the need to maintain simultaneous communication with multiple peer groups impedes information filtering and prioritization
Availability Stress	Conviction of the necessity to remain constantly online and respond immediately, lack of boundaries between personal and public time	Hypersensitivity to social approval and rejection transforms natural social needs into an imperative to be constantly available
Fear of Missing Out (<i>FOMO</i>)	Anxiety provoked by the perception that others are experiencing more positive and valuable experiences	Deficit in cognitive control and the paramount significance of peer groups complicate rational assessment of the actual value of “missed» events
Approval Anxiety	Preoccupation with others' responses to posted content (posts, photos, stories), dependence of self-esteem on likes and comments	Development of the identity through external feedback, striving for perfectionism in self-presentation
Online Vigilance	Constant focus on the digital environment, involuntary scanning for new notifications, intrusive thoughts about online activity	Adaptation to continuous stimulation with diminished prefrontal cortex control impairs attentional switching and focus on offline tasks

Note: the severity of individual digital stress components may vary across age groups: adolescents exhibit relatively higher approval anxiety and fear of missing out, whereas young adults may predominantly experience connection overload and availability stress related to academic and professional activities. Due to limited empirical data, age differences need to be confirmed in future research.

аффекта (тревога, раздражительность, фрустрация из-за перегрузки, кибербуллинга или социального сравнения), либо через попытку компенсировать низкую самооценку поиском внешнего одобрения [34]. Важно, что способность к когнитивной переоценке ослабляет оба пути, что указывает на точку приложения для интервенций.

Таким образом, цифровой стресс может являться не просто сопутствующим симптомом, а центральным звеном цепи, связывающей особенности цифровой среды, личностную уязвимость и риск возникновения психических и поведенческих расстройств. При этом

различные категории онлайн-рисков сопряжены со специфическими компонентами цифрового стресса, которые, в свою очередь, способны привести к развитию определенных групп симптомов (табл. 2). Ниже обобщены эмпирические данные, подтверждающие эти связи.

Депрессивные и тревожные расстройства

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), депрессия и тревожные расстройства входят в число наиболее частых заболеваний среди подростков и молодых взрослых [35]. Риски социального взаимодействия, такие как кибербуллинг

Таблица 2. Опосредующая роль цифрового стресса в формировании психических нарушений: от онлайн-рисков к клиническим последствиям [5, 22, 23, 36–44]

Категория онлайн-рисков/стрессоров	Релевантные компоненты цифрового стресса (медиаторы)	Ассоциированные психические расстройства/симптомы	Краткое описание механизма медиации
Риски социального взаимодействия: кибербуллинг, социальное сравнение, ожидание мгновенной реакции	Тревога одобрения, страх упущенных возможностей, давление доступности	Социальная тревога, депрессия, самоуничтожение, несуицидальные самоповреждения	Травматичный опыт отвержения (кибербуллинг) или хроническое сравнение с идеалами активируют и усиливают базовые компоненты стресса, что приводит к устойчивому негативному аффекту и искаженному восприятию себя
Риски информационной среды: информационная перегрузка, алгоритмическая навязчивость контента, деструктивный контент (<i>pro-ana, fitspiration</i>)	Коммуникационная перегрузка, онлайн-бдительность, тревога одобрения	Тревога, нарушение внимания, «цифровая усталость», расстройства пищевого поведения, дисморфофобия	Невозможность справиться с потоком информации истощает когнитивные ресурсы; алгоритмическое подталкивание к деструктивному контенту напрямую эксплуатирует уязвимости, формируя искаженные установки
Риски, связанные с паттернами использования: компульсивная проверка, цифровая многозадачность, нарушение цифрового баланса (номофобия)	Все компоненты, особенно страх упущенных возможностей и онлайн-бдительность	Расстройства импульсивного контроля, цифровые зависимости, нарушения сна, тревога	Дезадаптивные поведенческие паттерны выступают одновременно и проявлением, и подкрепляющим фактором для компонентов стресса, повышая риск аддикции

Примечание: представленные в таблице медиационные связи установлены преимущественно в кросс-секционных исследованиях. В связи с этим механизмы медиации следует рассматривать как теоретически обоснованные гипотезы, требующие верификации в лонгитудных исследованиях.

Table 2 Mediating role of digital stress in the development of mental disorders: from online risks to clinical outcomes [5, 22, 23, 36–44]

Category of online risks/stressors	Relevant digital stress components (mediators)	Associated mental disorders/symptoms	Brief description of mediation mechanism
Social interaction risks: cyberbullying, social comparison, expectation of immediate response	Approval anxiety, fear of missing out, availability stress	Social anxiety, depression, self-deprecation, non-suicidal self-injury	Traumatic experiences of rejection (cyberbullying) or chronic comparison with idealized standards activate and amplify core stress components, leading to persistent negative affect and distorted self-perceptions
Information environment risks: information overload, algorithmic content imposition, harmful content (<i>pro-ana, fitspiration</i>)	Connection overload, online vigilance, approval anxiety	Anxiety, impaired attention, “digital fatigue”, eating disorders, body dysmorphia	Inability to manage information flow exhausts cognitive resources; algorithmic promotion of destructive content directly exploits vulnerabilities, establishing distorted attitudes and beliefs
Usage pattern risks: compulsive checking, digital multitasking, impaired digital balance (nomophobia)	All components, particularly fear of missing out and online vigilance	Impulse control disorders, digital addictions, impaired sleep, anxiety	Maladaptive behavioral patterns function as both manifestations of and reinforcing factors for stress components, increasing addiction risk

Note: the mediation relationships presented in the table have been established primarily in cross-sectional studies. Accordingly, the mediation mechanisms should be regarded as theoretically grounded hypotheses requiring verification in longitudinal studies.

и социальное сравнение, опосредованные тревогой одобрения и страхом упущенных возможностей (*Fear of Missing Out*, FoMO), способствуют формированию тревожной и депрессивной симптоматики у подростков [5, 22]. Показано, что у жертв кибербуллинга повышен риск развития депрессии и посттравматического стрессового расстройства [23, 36]. Постоянное сравнение себя с идеализированными образами в соцсетях способствует формированию негативной самооценки и росту тревоги. У молодых взрослых большее значение может приобретать феномен «цифровой усталости» или информационного перегруза, симптомы которого — хроническая усталость, эмоциональная нестабильность, снижение концентрации и головные боли — часто служат продромом или коморбидным состоянием при тревожно-депрессивных расстройствах [37].

Расстройства пищевого поведения

Потребление контента, пропагандирующего нездоровые диеты, в комплексе с патологическим социальным сравнением усиливают цифровой стресс, и в первую очередь тревогу одобрения, которая потенциально опосредует связь с развитием неудовлетворенности телом и расстройствами пищевого поведения (РПП) [38]. Мощным катализатором этого процесса являются платформы, ориентированные на визуальный контент. Риск развития РПП наиболее высок в подростковом возрасте, особенно в период полового созревания и формирования образа тела [38]. Навязывание нереалистичных стандартов красоты способствует формированию искаженного эталона и оправдывает ригидные, опасные для здоровья практики. У предрасположенных подростков это становится триггером для развития неудовлетворенности

своим телом, дисморфофобии и дезадаптивного пищевого поведения [38, 39]. Исследования показывают, что именно сравнение своей внешности с отредактированными онлайн-образами, а не просто время в сети, повышает риск РПП [40]. У молодых взрослых эти механизмы сохраняются, однако могут модифицироваться: социальное сравнение смещается в сторону профессиональных успехов и жизненных достижений.

Аутоагрессивное поведение

Кибербуллинг сам по себе является мощным прямым фактором травматического воздействия, а также усиливает компоненты цифрового стресса (FoMO, тревогу одобрения), что в совокупности опосредует связь с несуицидальными самоповреждениями и суицидальными мыслями [41, 42]. Усугубляет ситуацию чувство беспомощности и безнадежности вследствие публичности и перманентности и частой анонимности онлайн-травли. Отдельным риском выступает феномен «социальной контагиозности», когда онлайн-демонстрация самоповреждающего поведения ведет к его нормализации в глазах подростков. Самоповреждения, в свою очередь, относятся к числу наиболее значимых предикторов суицида — одной из ведущих причин смерти в старшем подростковом и молодом взрослом возрасте [35], что подчеркивает критическую важность профилактики цифровых стрессоров. Пик несуицидальных самоповреждений и суицидальных мыслей, индуцированных кибербуллингом, приходится на средний и старший подростковый возраст [41, 42], тогда как у молодых взрослых аутоагрессивные проявления могут быть в большей степени связаны с другими механизмами.

Цифровые зависимости

Интернет-зависимость и проблемное использование социальных сетей, характеризующиеся потерей контроля, абстиненцией, негативными последствиями для повседневной жизни и психологического благополучия, являются не только следствием, но и фактором, усугубляющим цифровой стресс [34]. Дезадаптивные паттерны использования (компульсивная проверка, многозадачность) сами становятся риском, формируя порочный круг с компонентами стресса (онлайн-бдительность, FoMO), что, в свою очередь, может способствовать развитию проблемного использования [43]. Исследования подтверждают двунаправленный характер связи: с одной стороны, преморбидные особенности (такие как тревожность, возбудимость, эмоциональная неустойчивость, низкий эмоциональный интеллект, нейропсихологические нарушения) повышают риск аддикции [44–46], с другой — сверхувлеченность цифровой средой усугубляет психоэмоциональное неблагополучие [47]. Данные ВОЗ свидетельствуют о масштабе проблемы: в 2022 г. проблемное использование соцсетей выявлено у 11% подростков в Европе и Центральной Азии (в 2018 г. — у 7%), при этом среди девушек оно встречается чаще (13%), чем среди юношей (9%) [48].

Психофизиологические механизмы

Клинические последствия цифрового стресса в подростковом и молодом взрослом возрасте имеют биологическую основу, связанную с длительным воздействием на развивающуюся систему стресс-реактивности.

Постоянная активация в ответ на многочисленные микро-стрессоры (уведомления, ожидание реакции, социальная оценка) может приводить к нарушению суточного ритма кортизола и устойчивой симпатикотонии. Это сопровождается стойкими диссомническими нарушениями и постоянным чувством напряжения, что снижает когнитивные ресурсы и эмоциональную устойчивость, создавая почву для формирования психических расстройств [14, 49].

Гиперстимуляция мезолимбического дофаминового пути непредсказуемыми социальными подкреплениями, такими как лайки и комментарии, может снижать чувствительность к естественным вознаграждениям, способствуя формированию ангедонии — центральному симптому депрессии. Одновременно хронический стресс в еще большей степени ослабляет нисходящий когнитивный контроль и эмоциональную регуляцию, что затрудняет управление цифровым потреблением и совладание с негативными эмоциями, вызванными, например, кибербуллингом или социальным сравнением [17].

Следует отметить, что определенные индивидуальные особенности в некоторых случаях могут модулировать реакцию на цифровой стресс, способствуя психологической устойчивости. Например, показано, что высокая чувствительность к вознаграждению связана с более эффективным восстановлением уровня кортизола в ответ на стресс и лучшей функциональной связью между гиппокампом и префронтальной корой, что обеспечивает адекватный когнитивный контроль над стрессовой реакцией [50]. Однако в контексте гиперстимуляции эта же черта может повышать риск аддикции, что требует дальнейших исследований.

Таким образом, цифровой стресс можно рассматривать в качестве системного дисрегулятора, который, взаимодействуя с возрастной нейробиологической уязвимостью, запускает каскад психофизиологических изменений. Эти изменения формируют общий патогенетический субстрат, манифестация которого возможна в виде различных, часто коморбидных, психических расстройств — от тревоги и депрессии до аддиктивного и аутоагрессивного поведения. Данный подход переводит цифровой стресс из плоскости социально-психологического конструкта в плоскость клинически значимого фактора, требующего целенаправленной оценки и целевых вмешательств.

Принципы клинической оценки цифрового стресса

Адекватные подходы к оценке должны фокусироваться не только на времени использования устройств, но и на качественных особенностях цифрового опыта. Стандартную клиническую беседу целесообразно

дополнять сбором «цифрового анамнеза» — информации о цифровых привычках и связанных с ними переживаниях. Можно выделить ряд содержательных доменов, потенциально важных для клинической практики [51, 52]:

- паттерны использования (предпочитаемые платформы, типичное время и длительность сеансов, цели обращения к сети, склонность к многозадачности);
- субъективное эмоциональное состояние при нахождении онлайн, а также при невозможности выхода в сеть, например, при отсутствии связи или ограничениях со стороны родителей (тревога, гнев);
- наличие специфических цифровых стрессоров (ощущение необходимости быть постоянно на связи, страх упущенных возможностей, тревога по поводу одобрения со стороны других пользователей, переживания, связанные с кибербуллингом);
- влияние цифровой активности на сон, академическую или профессиональную деятельность, а также на офлайн-отношения.

Следует уточнить, что в настоящее время не существует единого стандартизированного клинического интервью, специально разработанного для оценки цифрового стресса. Перечисленные содержательные области основаны на консенсусе экспертных публикаций [8, 51, 52] и требуют дальнейшей эмпирической проверки в клинических выборках.

В повседневной клинической и научно-исследовательской работе сбор цифрового анамнеза может дополняться стандартизированной оценкой с использованием валидированных психометрических инструментов. Многомерная шкала цифрового стресса (*Multidimensional Digital Stress Scale*, MDSS) оценивает его отдельные компоненты в соответствии с представленной выше пятифакторной моделью [19]. Шкала стресса от смартфона (*Smartphone Stress Scale*) сфокусирована на стрессе, специфичном для использования смартфона подростками, оценивает такие компоненты стресса, как неудовлетворительная информация и коммуникация, неудовлетворенная рекреационная мотивация, бремя онлайн-обучения, социальные опасения, бесполезные и избыточные уведомления, вербальные онлайн-атаки [52].

В российской практике для оценки ассоциированных с цифровым стрессом конструктов используются как оригинальные отечественные разработки (например, индекс виртуализации личности интернет-пользователя [53], опросник «Уровень интернет-активности личности» [54]), так и адаптированные зарубежные методики. В частности, для оценки различных аспектов цифровой вовлеченности используются русскоязычные версии шкалы зависимости от смартфона (*Smartphone Addiction Scale*) [55], опросника проблемного использования социальных сетей (*Problematic Facebook Use Scale*) [56], опросника номофобии (*Nomophobia*

Questionnaire) [57], опросника страха упущенных возможностей (*Fear of Missing Out Scale*) [58]. Для оценки общего уровня дистресса может применяться русскоязычная версия шкалы воспринимаемого стресса (*Perceived Stress Scale*) [59].

Основная цель сбора «цифрового анамнеза» и психометрической оценки заключается не только в констатации факта наличия цифрового стресса, но и в определении конкретных мишеней для терапевтического воздействия. Результаты оценки информируют выбор потенциальной стратегии интервенции. Логика выбора может строиться в соответствии со следующими принципами.

Выявление ведущего компонента стресса. Высокие баллы по шкалам, измеряющим конкретные компоненты (например, FoMO), указывают на выраженность соответствующих дисфункциональных убеждений и поведенческих паттернов, которые становятся первоочередными мишенями для психосоциальных интервенций.

Определение преобладающего механизма. Если в анамнезе доминирует травматический опыт кибербуллинга, фокус смещается на травма-фокусированные подходы. Если на первый план выходит компульсивное использование как способ регуляции аффекта, в центре внимания оказываются техники эмоциональной регуляции и развития осознанности.

Оценка степени нарушения контроля. Данные шкал зависимого поведения и выраженность поведенческих симптомов помогают определить необходимость работы над восстановлением поведенческого контроля и цифрового баланса, что может быть эффективно дополнено соответствующими психосоциальными подходами.

Такая комплексная оценка позволяет перейти от общего понятия «цифровой стресс» к персонализированному плану вмешательства, нацеленному именно на те специфические механизмы, которые выявлены у конкретного индивидуума. Например, у подростка в «цифровом анамнезе» выявлен травматический опыт кибербуллинга, а психометрическая оценка показывает пики по шкалам социальной тревоги и тревоги одобрения. Согласно предлагаемой логике, это определяет выбор интервенции: работу целесообразно основывать на травма-фокусированных подходах для проработки последствий буллинга с параллельным тренингом эмоциональной регуляции для снижения зависимости самооценки от внешней обратной связи.

Потенциальные направления психотерапевтических интервенций

Терапевтическая работа с цифровым стрессом может быть основана на коррекции дисфункциональных паттернов мышления и поведения, а также последствий травмирующего онлайн-опыта.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) имеет прочную доказательную базу при стресс-ассоциированных расстройствах [60]. Ее мишени — дисфункциональные убеждения, питающие стресс: иррациональные

императивы («я должен быть доступен 24/7»), катастрофизация пропущенных взаимодействий, условная самооценочность («моя значимость зависит от лайков») и перфекционизм в онлайн-самопрезентации. КПТ помогает провести когнитивную реструктуризацию этих установок. Например, возможно использование техники «сбора доказательств» для проверки убеждения «если я не отвечу мгновенно, меня исключат из чата» (давление доступности). Поведенческим экспериментом может стать осознанная задержка ответа на 30 минут с последующим анализом реальных последствий.

Терапия принятия и ответственности (Acceptance and Commitment Therapy) предлагает альтернативный путь, фокусируясь на развитии психологической гибкости. Вместо борьбы с негативными мыслями, терапия принятия и ответственности обучает принятию дискомфорта от неопределенности («я могу не знать всего, что происходит онлайн») и сознательному выбору действий, соответствующих личным ценностям в офлайн-жизни. Это может оказывать эффект при компульсивном использовании и руминации [61]. Так, упражнение «ценности и цифровые действия» помогает осознать, как компульсивный скроллинг (проявление онлайн-бдительности) отдаляет от ценности «живого общения с друзьями», и поставить небольшую, ценностно-ориентированную цель — например, раз в неделю назначать личную встречу.

Тренинг эмоциональной регуляции и навыков нацелен на замену дезадаптивных копинг-стратегий (компульсивные проверки, думскроллинг в ответ на тревогу) на адаптивные (когнитивная переоценка онлайн-конфликтов, переключение внимания на офлайн-активность, поиск социальной поддержки в реальной жизни) [62]. На борьбу с коммуникационной перегрузкой направлена техника «цифрового минимума», например, выделение 2–3 обязательных к проверке каналов и временных «окон» для этого с отключением уведомлений в остальное время.

Специфическая работа с последствиями конкретных цифровых угроз требует отдельных протоколов. Жертвам кибербуллинга необходима терапия, направленная на проработку травматического опыта, восстановление самооценки и чувства безопасности [63]. Коррекция искаженного образа тела, сформированного под влиянием соцсетей, включает психообразование, развитие критического отношения к цифровому контенту и методы, направленные на принятие себя [38].

Важным направлением является дифференцированная коррекция интернет-зависимости. Как показывают эмпирические данные, для подростков с выраженными нейропсихологическими нарушениями (дефицит контроля, снижение тонуса) оптимальны программы с элементами нейропсихологической коррекции. В тех случаях, когда зависимость формируется на фоне акцентуированных черт характера, более эффективны программы, направленные на коррекцию дезадаптивных паттернов поведения и развитие навыков эмоциональной регуляции [46].

Следует подчеркнуть, что рандомизированные контролируемые исследования, оценивающие эффективность перечисленных интервенций у пациентов с цифровым стрессом, практически отсутствуют. Приведенные выше рекомендации основаны на общих принципах когнитивно-поведенческой терапии и терапии принятия и ответственности при стресс-ассоциированных и тревожно-депрессивных расстройствах [60–62], а также на пилотных исследованиях в области цифровых зависимостей [46]. Уровень доказательности предложенных техник низкий (экспертные мнения и единичные исследования).

Роль профилактики и психообразования

С учетом высокой распространенности проблемы критически важной является первичная профилактика, направленная на развитие здоровых цифровых привычек и устойчивости.

Развитие цифровой грамотности и гигиены является основой профилактики. Подростков и родителей необходимо обучать не только техническим навыкам, но и критическому анализу информации, пониманию механизмов работы алгоритмов, осознанному управлению уведомлениями и настройкам приватности [64]. Для развития навыков цифровой гигиены эффективны интерактивные форматы: разбор кейсов на распознавание манипулятивных техник в рекламе, практикумы по настройке «цифрового благополучия» в смартфоне, игры по отработке реакций на кибербуллинг и т.п.

Семейная медиация, т.е. активная поддерживающая позиция родителей (совместное обсуждение онлайн-опыта, установление согласованных границ), а не жесткий контроль, является важным протективным фактором, снижающим риск проблемного использования интернета [65, 66]. Семейная медиация может начинаться с совместного составления «цифрового договора», где права и обязанности (например, время без гаджетов за ужином) обсуждаются и принимаются всеми членами семьи, а не навязываются в одностороннем порядке.

Задачи образовательных учреждений включают интеграцию тем цифрового благополучия и кибербезопасности в учебные программы, создание в школе среды, защищающей от кибербуллинга, и обучение педагогов распознаванию ранних признаков цифрового стресса у учащихся [67].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ современной литературы позволяет рассматривать цифровой стресс как клинически значимый феномен, заслуживающий внимания при диагностике и терапии психических расстройств у подростков и молодых взрослых.

Во-первых, цифровой стресс представляет собой закономерный результат взаимодействия специфически уязвимой развивающейся психики с принципами организации цифровой среды, нацеленными на постоянное вовлечение. Пятифакторная модель

(коммуникационная перегрузка, давление доступности, FoMO, тревога одобрения, онлайн-бдительность) предоставляет адекватный инструмент для операционализации этого сложного конструкта, связывая нейробиологические особенности (асинхронное созревание лимбической системы и префронтальной коры) с актуальными социально-психологическими задачами, стоящими перед индивидуумом в этом возрасте.

Во-вторых, накопленные эмпирические данные указывают на потенциальную роль цифрового стресса в медиации связи между онлайн-рисками (кибербуллинг, социальное сравнение, алгоритмическая навязчивость контента, дезадаптивные паттерны использования) и формированием клинически значимых последствий. Результаты исследований позволяют обозначить гипотетические пути, связывающие отдельные компоненты цифрового стресса с депрессивными и тревожными расстройствами, РПП, аутоагрессивным и зависимым поведением.

В-третьих, полученные данные указывают на целесообразность включения оценки цифрового стресса в диагностический процесс. Сбор «цифрового анамнеза» и использование валидированных шкал могут быть полезными элементами клинической работы с подростками и молодыми взрослыми, позволяя выявлять ведущие компоненты стресса. Коррекция цифрового стресса предполагает избирательные интервенции, направленные на дисфункциональные убеждения и дефициты регуляции.

Основным ограничением настоящего обзора является его нарративный характер, что создает риски селективного цитирования и систематической ошибки, связанной с отсутствием формализованной оценки качества включенных исследований. Кроме того, преобладание кросс-секционных исследований в анализируемой литературе не позволяет оценивать направленность причинно-следственных связей между цифровым стрессом и психическими расстройствами. Соответственно, выводы обзора следует рассматривать как предварительные, особенно в отношении предлагаемых интервенций, эффективность которых требует подтверждения в рандомизированных контролируемых исследованиях.

Перспективные направления для будущих работ включают разработку и валидацию скрининговых инструментов для клинической практики; создание и оценку эффективности целенаправленных интервенций для конкретных компонентов цифрового стресса; проведение лонгитюдных исследований, учитывающих роль защитных факторов и социального контекста.

Несмотря на ограничения текущей доказательной базы, цифровой стресс может рассматриваться как потенциальный трансдиагностический фактор риска, требующий дальнейшего изучения и в перспективе — интеграции в практику оказания психологической и психиатрической помощи подросткам и молодым взрослым.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Солдатова ГУ, Войскунский АЕ. Социально-когнитивная концепция цифровой социализации: новая экосистема и социальная эволюция психики. *Психология. Журнал Высшей школы экономики*. 2021;18(3):431–450. doi: 10.17323/1813-8918-2021-3-431-450
Soldatovaa GU, Voiskounsky AE. Socio-Cognitive Concept of Digital Socialization: A New Ecosystem and Social Evolution of the Mind. *Psychology. Journal of the Higher School of Economics*. 2021;18(3):431–450. (In Russ.). doi: 10.17323/1813-8918-2021-3-431-450
2. Волкова ЕН. Феномены социализации современных подростков: Pro et contra. *Социальная психология и общество*. 2025;16(2):23–42. doi: 10.17759/spso.2025160203
Volkova EN. Socialization phenomenas of modern adolescents: Pro et contra. *Social Psychology and Society*. 2025;16(2):23–42. (In Russ.). doi: 10.17759/spso.2025160203
3. Madigan S, Eirich R, Pador P, McArthur BA, Neville RD. Assessment of changes in child and adolescent screen time during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*. 2022;176(12):1188–1198. doi: 10.1001/jamapediatrics.2022.4116
4. Santos RMS, Mendes CG, Sen Bressani GY, de Alcantara Ventura S, de Almeida Nogueira YJ, de Miranda DM, Romano-Silva MA. The associations between screen time and mental health in adolescents: a systematic review. *BMC Psychol*. 2023;11(1):127. doi: 10.1186/s40359-023-01166-7
5. Ivie EJ, Pettitt A, Moses LJ, Allen NB. A meta-analysis of the association between adolescent social media use and depressive symptoms. *J Affect Disord*. 2020;275:165–174. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.014
6. Alonzo R, Hussain J, Stranges S, Anderson KK. Interplay between social media use, sleep quality, and mental health in youth: A systematic review. *Sleep Med Rev*. 2021;56:101414. doi: 10.1016/j.smrv.2020.101414
7. Tang S, Werner-Seidler A, Torok M, Mackinnon AJ, Christensen H. The relationship between screen time and mental health in young people: A systematic review of longitudinal studies. *Clin Psychol Rev*. 2021;86:102021. doi: 10.1016/j.cpr.2021.102021
8. Steele RG, Hall JA, Christofferson JL. Conceptualizing digital stress in adolescents and young adults: Toward the development of an empirically based model. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2020;23(1):15–26. doi: 10.1007/s10567-019-00300-5
9. Berger M, Schäfer R, Schmidt M, Regal C, Gimpel H. How to prevent technostress at the digital workplace: A Delphi study. *J Bus Econ*. 2023;93:1–63. doi: 10.1007/s11573-023-01159-3
10. Cioffi G, Balducci C, Toderi S. Digital stress-preventive management competencies: Definition,

- identification and tool development for research and practice. *Int J Environ Res Public Health*. 2025;22(2):267. doi: 10.3390/ijerph22020267
11. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2(3):223–228. doi: 10.1016/S2352-4642(18)30022-1
 12. Paus T. Development and Maturation of the Human Brain, from Infancy to Adolescence. *Curr Top Behav Neurosci*. 2024;68:327–348. doi: 10.1007/7854_2024_514
 13. Crone EA, Konijn EA. Media use and brain development during adolescence. *Nature Commun*. 2018;9:588. doi: 10.1038/s41467-018-03126-x
 14. Lissak G. Adverse physiological and psychological effects of screen time on children and adolescents: Literature review and case study. *Environ Res*. 2018;164:149–157. doi: 10.1016/j.envres.2018.01.015
 15. De D, El Jamal M, Aydemir E, Khera A. Social Media Algorithms and Teen Addiction: Neurophysiological Impact and Ethical Considerations. *Cureus*. 2025;17(1):e77145. doi: 10.7759/cureus.77145
 16. Ding K, Shen Y, Liu Q, Li H. The Effects of Digital Addiction on Brain Function and Structure of Children and Adolescents: A Scoping Review. *Healthcare (Basel)*. 2023;12(1):15. doi: 10.3390/healthcare12010015
 17. León Méndez M, Padrón I, Fumero A, Marrero RJ. Effects of internet and smartphone addiction on cognitive control in adolescents and young adults: A systematic review of fMRI studies. *Neurosci Biobehav Rev*. 2024;159:105572. doi: 10.1016/j.neubiorev.2024.105572
 18. Brand M, Young KS, Laier C. Prefrontal Control and Internet Addiction: A Theoretical Model and Review of Neuropsychological and Neuroimaging Findings. *Front Hum Neurosci*. 2014;8:375. doi: 10.3389/fnhum.2014.00375
 19. Hall JA, Steele RG, Christofferson JL, Mihailova T. Development and initial evaluation of a multidimensional digital stress scale. *Psychol Assess*. 2021;33(3):230–242. doi: 10.1037/pas0000979
 20. Festinger L. A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations*. 1954;7(2):117–140. doi: 10.1177/001872675400700202
 21. Vincente-Benito I, Ramírez-Durán MDV. Influence of Social Media Use on Body Image and Well-Being Among Adolescents and Young Adults: A Systematic Review. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2023;61(12):11–18. doi: 10.3928/02793695-20230524-02
 22. Dam VAT, Dao NG, Nguyen DC, Vu TMT, Boyer L, Auquier P, Fond G, Ho RCM, Ho CSH, Zhang MWB. Quality of life and mental health of adolescents: Relationships with social media addiction, fear of missing out, and stress associated with neglect and negative reactions by online peers. *PLoS One*. 2023;18(6):e0286766. doi: 10.1371/journal.pone.0286766
 23. Giumetti GW, Kowalski RM. Cyberbullying via social media and well-being. *Curr Opin Psychol*. 2022;45:101314. doi: 10.1016/j.copsyc.2022.101314
 24. Marengo D, Poletti I, Settanni M. The interplay between neuroticism, extraversion, and social media addiction in young adult Facebook users: Testing the mediating role of online activity using objective data. *Addict Behav*. 2020;102:106150. doi: 10.1016/j.addbeh.2019.106150
 25. Zhao Y, Paulus MP, Tapert SF, Bagot KS, Constable RT, Yaggi HK, Redeker NS, Potenza MN. Screen time, sleep, brain structural neurobiology, and sequential associations with child and adolescent psychopathology: Insights from the ABCD study. *J Behav Addict*. 2024;13(2):542–553. doi: 10.1556/2006.2024.00016
 26. Wegmann E, Brand M. A narrative overview about psychosocial characteristics as risk factors of a problematic social networks use. *Curr Addict Rep*. 2019;6:402–409. doi: 10.1007/s40429-019-00286-8
 27. Ghanayem LK, Shannon H, Khodr L, McQuaid RJ, Helleman KGC. Lonely and scrolling during the COVID-19 pandemic: Understanding the problematic social media use and mental health link among university students. *Front Psychiatry*. 2024;15:1247807. doi: 10.3389/fpsy.2024.1247807
 28. Khetawat D, Steele RG. Examining the association between digital stress components and psychological wellbeing: A meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2023;26:957–974. doi: 10.1007/s10567-023-00440-9
 29. Бочарова ЛА. Особенности стресса в цифровом обществе и его влияние на представителей подросткового и юношеского возраста. *Мир науки. Педагогика и психология*. 2024;12(6): 52PSMN624
 30. Bocharova LA. Features of stress in the digital society and its impact on adolescents and young adults. *World of Science. Pedagogy and psychology*. 2024;12(6):52PSMN624. (In Russ.).
 31. Angelini F, Gini G. Digital stress and friendship conflict in adolescence: the role of perceived norms and features of social media. *Front Digit Health*. 2025;7:1497222. doi: 10.3389/fdgth.2025.1497222
 32. Кружкова ОВ, Воробьева ИВ, Матвеева АИ, Жданова НЕ. Стресс-факторы городской цифровой среды: личностные детерминанты восприимчивости. *Национальный психологический журнал*. 2024;19(1):175–186. doi: 0.11621/npj.2024.0112
 33. Kruzhkova OV, Vorobyeva IV, Matveeva AI, Zhdanova NE. Stress factors of the urban digital environment: personal determinants of susceptibility. *National Psychological Journal*. 2024;19(1):175–186. (In Russ.). doi: 0.11621/npj.2024.0112
 34. Лядова АВ, Заплетнюк МА. Психическое здоровье молодежи в условиях цифровой медиатизации. *Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология*. 2025;31(1):178–201. doi: 10.24290/1029-3736-2025-31-1-178-201

- Liadova AV, Zapletnuk MA. Mental health of youth under the digital mediatization. *Moscow State University Bulletin. Series 18. Sociology and Political Science*. 2025;31(1):178–201. (In Russ.). doi: 10.24290/1029-3736-2025-31-1-178-201
33. Yang CC, Smith C. Digital social multitasking (DSMT) and digital stress among adolescents: A peer norm perspective. *Heliyon*. 2024;10(10):e31051. doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e31051
 34. Zhan Y, Luo L, Hu X. Digital stress and problematic social media use among college students: exploring dual emotional pathways and the moderating role of cognitive reappraisal. *BMC Psychol*. 2025;13:1311. doi: 10.1186/s40359-025-03675-z
 35. World Health Organization. Mental health of adolescents. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> (date of access: 09.12.2025).
 36. Chen H, Li Y, Xiong J, Yu J, Wu T. Cyberbullying victimization and post-traumatic stress disorder symptoms among college students: Mediating role of negative coping and moderating role of perceived control. *Curr Psychol*. 2024;43:19294–19303. doi: 10.1007/s12144-024-05760-9
 37. Dhir A, Yossatorn Y, Kaur P, Chen S. Online social media fatigue and psychological wellbeing — A study of compulsive use, fear of missing out, fatigue, anxiety and depression. *Int J Inf Manage*. 2018;40:141–152. doi: 10.1016/j.ijinfomgt.2018.01.012
 38. McLean SA, Paxton SJ. Body Image in the Context of Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2019;42(1):145–156. doi: 10.1016/j.psc.2018.10.006
 39. Мовсисян КР. Влияние социальных сетей на формирование и развитие расстройств пищевого поведения. *Северо-Кавказский психологический вестник*. 2022;20(1):15–28. doi: 0.21702/ncpb.2022.1.2
Movsisyan KR. The influence of social networks on the formation and development of eating disorders. *North-Caucasian Psychological Bulletin*. 2022;20(1):15–28. (In Russ.). doi: 0.21702/ncpb.2022.1.2
 40. Кочетова ЮА, Климакова МВ. Подросток в цифровой среде: идентичность и образ себя. *Социальные науки и детство*. 2025;6(3):85–98. doi: 10.17759/ssc.2025060306
Kochetova YuA, Klimakova MV. Adolescent in the digital environment: identity and self-image. *Social Sciences and Childhood*. 2025;6(3):85–98. (In Russ.). doi: 10.17759/ssc.2025060306
 41. John A, Glendenning AC, Marchant A, Montgomery P, Stewart A, Wood S, Lloyd K, Hawton K. Self-Harm, Suicidal Behaviours, and Cyberbullying in Children and Young People: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2018;20(4):e129. doi: 10.2196/jmir.9044
 42. Orsolini L, Reina S, Longo G, Volpe U. “Swipe & slice»: decoding digital struggles with non-suicidal self-injuries among youngsters. *Front Psychiatry*. 2024;15:1403445. doi: 10.3389/fpsy.2024.1403445
 43. Brand M, Wegmann E, Stark R, Müller A, Wölfling K, Robbins TW, Potenza MN. The Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model for addictive behaviors: Update, generalization to addictive behaviors beyond internet-use disorders, and specification of the process character of addictive behaviors. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019;104:1–10. doi: 10.1016/j.neubiorev.2019.06.032
 44. Казаринова ЕЮ, Холмогорова АБ. Предпочитаемый контент в интернете и социальная тревожность как факторы интернет-зависимости у подростков и студенческой молодежи. *Психолого-педагогические исследования*. 2021;13(2):123–139. doi: 10.17759/psyedu.2021130208
Kazarinova EYu, Kholmogorova AB. Preferred Internet Content and Social Anxiety as Drivers of Internet Addiction in Teens and Students. *Psychological-Educational Studies* 2021;13(2):123–139. (In Russ.). doi: 10.17759/psyedu.2021130208
 45. Малыгин ВЛ, Хомерики НС, Антоненко АА. Индивидуально-психологические свойства подростков как факторы риска формирования интернет-зависимого поведения. *Медицинская психология в России*. 2015;1(30):7.
Malygin VL, Khomeriki NS, Antonenko AA. Individually-psychological qualities of adolescents as risk-factors for development of internet-addictive behaviour. *Medical Psychology in Russia*. 2015;1(30):7. (In Russ.).
 46. Малыгин ВЛ, Меркурьева ЮА. Дифференцированная психологическая коррекция интернет-зависимости у подростков. *Консультативная психология и психотерапия*. 2020;28(3):142–163. doi: 10.17759/cpp.2020280309
Malygin VL, Merkurieva YA. Differentiated Intervention Model for Internet Addiction in Adolescents. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2020;28(3):142–163. (In Russ.). doi: 10.17759/cpp.2020280309
 47. Каменская ВГ, Томанов ЛВ. Цифровые технологии и их влияние на социальные и психологические характеристики детей и подростков. *Экспериментальная психология*. 2022;15(1):139–159. doi: 10.17759/exppsy.2022150109
Kamenskaya VG, Tomanov LV. Digital Technologies and their Impact on the Social and Psychological Characteristics of Adolescents. *Experimental Psychology (Russia)*. 2022;15(1):139–159. (In Russ.). doi: <https://doi.org/10.17759/exppsy.2022150109>
 48. World Health Organization. Teens, screens and mental health. URL: <https://www.who.int/europe/news/item/25-09-2024-teens--screens-and-mental-health> (date of access: 09.12.2025).
 49. Nelson BW, Harvie HMK, Jain B, Knight EL, Roos LE, Giuliano RJ. Smartphone photoplethysmography pulse rate covaries with stress and anxiety during a digital acute social stressor. *Psychosom Med*. 2023;85(7):577–584. doi: 10.1097/PSY.0000000000001178

50. Hu W, Zhao X, Liu Y, Ren Y, Wei Z, Tang Z, Tian Y, Sun Y, Yang J. Reward sensitivity modulates the brain reward pathway in stress resilience via the inherent neuroendocrine system. *Neurobiol Stress*. 2022;20:100485. doi: 10.1016/j.ynstr.2022.100485
51. Poli R. Internet addiction update: diagnostic criteria, assessment and prevalence. *Neuropsychiatry*. 2017;7(1). doi: 10.4172/Neuropsychiatry.1000171
52. Huang S, Lai X, Ke L, Qin X, Yan JJ, Xie Y, Dai X, Wang Y. Smartphone stress: Concept, structure, and development of measurement among adolescents. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*. 2022;16(5):1. doi: 10.5817/CP2022-5-1
53. Расина ЭО. Индекс виртуализации личности интернет-пользователя: апробация психометрической методики. *СибСкрипт*. 2023;25(2):228–239. doi: 10.21603/sibscript-2023-25-2-228-239
 Rasina EO. Internet User Personality Virtualization Index: Psychometric Technique Approbation. *SibScript*. 2023;25(2):228–239. (In Russ.). doi: 10.21603/sibscript-2023-25-2-228-239
54. Богдан МС, Бура ЛВ. Опросник «Уровень интернет-активности личности». *Системная психология и социология*. 2025;56(4):5–14. doi: 10.24412/2223-6872-2025-456-5-14
 Bogdan MS, Bura LV. Questionnaire “Internet activity level of person». *Systems Psychology and Sociology*. 2025;56(4):5–14. (In Russ.). doi: 10.24412/2223-6872-2025-456-5-14
55. Шейнов ВП. Адаптация и валидизация опросника «Шкала зависимости от смартфона» для русскоязычного социума. *Системная психология и социология*. 2020;35(3):75–84. doi: 10.25688/2223-6872.2020.35.3.6
 Sheinov VP. Adaptation and validization of the questionnaire «Scale of dependence on the smartphone» for the Russian-speaking society. *Systems Psychology and Sociology*. 2020;35(3):75–84. (In Russ.). doi: 10.25688/2223-6872.2020.35.3.6
56. Сирота НА, Московченко ДВ, Ялтонский ВМ, Ялтонская АВ. Разработка русскоязычной версии опросника проблемного использования социальных сетей. *Консультативная психология и психотерапия*. 2018;26(3):33–55. doi: 10.17759/cpp.2018260303
 Sirota NA, Moskovchenko DV, Yaltonsky VM, Yaltonskaya AV. Development of the Russian Version of the Questionnaire for the Problematic Use of Social Networks. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2018;26(3):33–55. (In Russ.). doi: 10.17759/cpp.2018260303
57. Максименко АА, Золотарева АА, Курапов СВ, Курапова АС. Без смартфона как без рук? Номофобия, прокрастинация и академическая мотивация: адаптация русскоязычного опросника номофобии и анализ цифровых зависимостей студентов. *Высшее образование в России*. 2025;34(8-9):93–113. doi: 10.31992/0869-3617-2025-34-8-9-93-113
- Максименко АА, Золотарева АА, Курапов СВ, Курапова АС. Without a Smartphone Like Without Hands? Nomophobia, Procrastination and Academic Motivation: Adaptation of the Russian-Language Nomophobia Questionnaire (NMP-Q) and Analysis of Students' Digital Dependencies. *Higher Education in Russia*. 2025;34(8-9):93–113. (In Russ.). doi: 10.31992/0869-3617-2025-34-8-9-93-113
58. Ардисламов ВВ, Кляхина ПР, Шаипова ЭР. Адаптация русскоязычной версии опросника страха упущенных возможностей. *Психологические исследования*. 2024;17(96):1. doi: 10.54359/ps.v17i96.1619
 Ardislamov VV, Klyakhina PR, Shaipova ER. Adaptation of fear of missing out questionnaire for Russian language. *Psychological Studies*. 2024;17(96):1. (In Russ.). doi: 10.54359/ps.v17i96.1619
59. Золотарева АА. Психометрические свойства русскоязычной версии Шкалы воспринимаемого стресса (версии PSS-4, 10, 14). *Клиническая и специальная психология*. 2023;12(1):18–42. doi: 10.17759/cpse.2023120102
 Zolotareva AA. Psychometric Properties of the Russian Version of the Perceived Stress Scale (PSS-4, 10, 14). *Clinical Psychology and Special Education*. 2023;12(1):18–42. (In Russ.). doi: 10.17759/cpse.2023120102
60. Nakao M, Shiotsuki K, Sugaya N. Cognitive-behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies. *Biopsychosoc Med*. 2021;15(1):16. doi: 10.1186/s13030-021-00219-w
61. Stafford-Brown J, Pakenham K. The Effectiveness of an ACT Informed Intervention for Managing Stress and Improving Therapist Qualities in Clinical Psychology Trainees. *J Clin Psychol*. 2012;68(6):592–613. doi: 10.1002/JCLP.21844
62. Wierenga K, Fresco D, Alder M, Moore S. Emotion Regulation Training May Improve Stress, Depression, Anxiety, and Physical Activity. *Innov Aging*. 2020;4(1):587–588. doi: 10.1093/geron/igaa057.1967
63. Bottino SM, Bottino CM, Regina CG, Correia AV, Ribeiro WS. Cyberbullying and adolescent mental health: Systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015;31(3):463–475. doi: 10.1590/0102-311x00036114
64. Weinstein E, James C. School-Based Initiatives Promoting Digital Citizenship and Healthy Digital Media Use. In: Nesi J, Telzer EH, Prinstein MJ, eds. *Handbook of Adolescent Digital Media Use and Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press; 2022:365–388.
65. Корниенко ДС, Руднова НА, Смирнова ЯК, Калимуллин АМ, Семенов ЮИ. Цифровые предпочтения старших подростков: проблемы онлайн-активности и роль социальной поддержки. *Социальная психология и общество*. 2025;16(2):78–95. doi: 10.17759/sps.2025160206

- Kornienko DS, Rudnova NA, Smirnova YK, Kalimulin AM, Semenov YI. Digital media preferences in late adolescence: challenges of online engagement and the importance of social support. *Social Psychology and Society*. 2025;16(2):78–95. (In Russ.). doi: 10.17759/sps.2025160206
66. Liu J, Wu L, Sun X, Bai X, Duan C. Active Parental Mediation and Adolescent Problematic Internet Use: The Mediating Role of Parent-Child Relationships and Hiding Online Behavior. *Behav Sci (Basel)*. 2023;13(8):679. doi: 10.3390/bs13080679
67. Espelage DL, Hong JS. Cyberbullying Prevention and Intervention Efforts: Current Knowledge and Future Directions. *Can J Psychiatry*. 2017;62(6):374–380. doi: 10.1177/0706743716684793

Сведения об авторе

Михаил Юрьевич Попов, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения терапии психических расстройств у лиц молодого возраста, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
popovmikhail@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7905-4583>

Information about the author

Mikhail Yu. Popov, Dr. Sci (Med.), Chief Researcher, Head of Department, Department of Treatment of Adolescents and Young Adults with Mental Disorders, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia
popovmikhail@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7905-4583>

Конфликт интересов/Conflict of interests

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
The author declares no conflicts of interests.

Дата поступления 23.12.2025
Received 23.12.2025

Дата рецензирования 20.01.2026
Revised 20.01.2026

Дата принятия к публикации 31.03.2026
Accepted for publication 31.03.2026

Методология оценки расстройств поведения у детей с умственной отсталостью (обзор концепций и методов исследования)

Екатерина Сергеевна Прохоренко¹, Игорь Владимирович Макаров^{1,2}

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Автор для корреспонденции: Екатерина Сергеевна Прохоренко, fabulakati@gmail.com

Резюме

Обоснование: расстройства поведения выступают ключевым фактором дезадаптации у 30–50% детей с умственной отсталостью (УО), существенно ограничивая реализацию их интеллектуального потенциала и качество жизни. Несмотря на высокую распространенность, методологический арсенал для их оценки в русскоязычной популяции остается недостаточно разработанным. Существующие диагностические инструменты зачастую не адаптированы к когнитивным и эмоционально-волевым особенностям данной категории детей, что создает риск некорректной интерпретации симптоматики и затрудняет разработку индивидуализированных коррекционных программ. Обозначенный методологический дефицит также затрудняет интеграцию отечественных исследований в международный научный контекст, где валидность и сопоставимость диагностических данных достигается за счет использования стандартизированного, культурно-адаптированного инструментария. **Цель обзора:** провести комплексный анализ методологических подходов к оценке расстройств поведения у детей с УО. В задачи входило: систематизировать историческую эволюцию диагностических парадигм, сопоставить номотетические и идеографические методы, критически оценить применимость существующего инструментария (опросники, шкалы наблюдения, проективные методики) и сформулировать принципы многоуровневой диагностики согласно системному подходу к проблеме диагностики расстройств поведения при нарушениях интеллектуального развития. **Материалы и методы:** проведен нарративный обзор литературы по ключевым словам: «behavioral disorders», «intellectual disability», «children», «assessment methodology», «расстройства поведения», «умственная отсталость», «дети», «методология оценки». Поиск осуществлялся в базах данных PubMed, Scopus, eLibrary и Google Scholar за последние два десятилетия. В отбор вошли оригинальные статьи, систематические обзоры, монографии. Из 152 публикаций для обзора отобрано 115, наиболее точно удовлетворяющих цели настоящей статьи. Из анализа исключались источники, не соответствующие цели обзора, а также работы, в которых отсутствовало четкое описание методов оценки поведенческих нарушений, не приводились данные о психометрических характеристиках инструментария или не была обоснована его адаптация к группе детей с умственной отсталостью. Дополнительно исключались тезисы конференций, авторефераты и диссертации, а также исследования с выборкой менее 20 участников. Основной временной интервал поиска составил 2006–2025 гг., классические работы, опубликованные ранее, включались выборочно — в рамках исторического очерка и при наличии фундаментальных положений, сохраняющих актуальность. **Заключение:** выявлен дефицит валидированных и культурно-релевантных диагностических инструментов для русскоязычной популяции (в сравнении с иностранными публикациями). Анализ публикаций подтверждает необходимость перехода от фрагментарной оценки отдельных симптомов к целостной клинико-психологической модели, интегрирующей данные о когнитивном дефиците, эмоциональной регуляции, адаптивном функционировании и социальном контексте. Наиболее перспективным направлением признан интегративный подход, сочетающий стандартизированные опросники (для скрининга) с методами структурированного наблюдения и клинического интервью для понимания функции и контекста поведенческих нарушений. Разработка и адаптация такого методологического аппарата позволят формализовать диагностический процесс, повысить точность прогноза и применять адресные коррекционные вмешательства.

Ключевые слова: расстройства поведения, умственная отсталость, детский возраст, методология, методики исследования расстройств поведения у детей

Для цитирования: Прохоренко Е.С., Макаров И.В. Методология оценки расстройств поведения у детей с умственной отсталостью (обзор концепций и методов исследования). *Психиатрия*. 2026;24(3):115–134. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-115-134>

REVIEW

UDC: 616.89–008.454–053.2–07

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-115-134>**Methodology for Assessing Behavioral Disorders in Children with Intellectual Disability (Review of Concepts and Research Methods)**Ekaterina S. Prokhorenko¹, Igor V. Makarov^{1,2}¹V.M. Bekhterev National medical research center for psychiatry and neurology of the Ministry of Health of the Russia, St. Petersburg, Russia²North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov of the Ministry of Healthcare of the Russia, St. Petersburg, RussiaCorresponding author: Ekaterina S. Prokhorenko, fabulakati@gmail.com**Summary**

Background: behavioral disorders are a key factor of maladaptation in 30–50% of children with intellectual disability (ID), significantly limiting the realization of their intellectual potential and quality of life. Despite their high prevalence, the methodological arsenal for assessing these disorders in the Russian-speaking population remains underdeveloped. Existing diagnostic tools are often not adapted to the cognitive and emotional-volitional characteristics of this category of children, which creates a risk of incorrect interpretation of symptoms and complicates the development of individualized intervention programs. This methodological deficit also hinders the integration of Russian studies into the international scientific context, where validity and comparability of diagnostic data are achieved through the use of standardized, culturally adapted instruments.

Aim: to conduct a comprehensive analysis of methodological approaches to the assessment of behavioral disorders in children with ID. The objectives included: systematizing the historical evolution of diagnostic paradigms, comparing nomothetic and idiographic methods, critically evaluating the applicability of existing tools (questionnaires, observation scales, projective techniques), and formulating the principles of multilevel diagnostics in accordance with a systemic approach to the diagnosis of behavioral disorders in intellectual disability.

Materials and Methods: a narrative review of the literature was performed using the following keywords: “behavioral disorders”, “intellectual disability”, “children”, “assessment methodology”. The search was conducted in PubMed, Scopus, eLibrary, and Google Scholar databases covering the last two decades. The selection included original articles, systematic reviews, and monographs. Out of 152 publications, 115 were included in the review as they most closely aligned with the purpose of this article. Sources that did not meet the aim of the review were excluded, as were studies that lacked a clear description of methods for assessing behavioral disorders, did not provide data on the psychometric properties of the instruments, or did not justify their adaptation to the group of children with intellectual disability. Additionally, conference abstracts, dissertations, and studies with a sample size of less than 20 participants were excluded. The main search period covered 2006–2025, classic works published earlier were selectively included within the historical overview and when they contained fundamental concepts that remain relevant.

Conclusion: a deficit of validated and culturally relevant diagnostic instruments for the Russian-speaking population was identified (compared to English-language publications). Analysis of the publications confirms the need to move from fragmented assessment of individual symptoms toward an integrated clinical-psychological model that incorporates data on cognitive deficit, emotional regulation, adaptive functioning, and social context. The most promising direction is recognized as an integrative approach that combines standardized questionnaires (for screening) with structured observation and clinical interviewing to understand the function and context of behavioral disorders. The development and adaptation of such a methodological framework will make it possible to formalize the diagnostic process, improve prognostic accuracy, and design targeted corrective interventions.

Keywords: behavioral disorders, intellectual disability, childhood, methodology, methods for studying behavioral disorders in children

For citation: Prokhorenko ES, Makarov IV. Methodology for Assessing Behavioral Disorders in Children with Intellectual Disability (Review of Concepts and Research Methods). *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2026;24(3):115–134. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-115-134>

ВВЕДЕНИЕ

Распространенность умственной отсталости (УО) в популяции достигает 1–3%, при этом сопутствующие поведенческие расстройства отмечаются у 30–50% пациентов [1–6]. У детей данной категории расстройства поведения выступают ключевым фактором, снижающим качество жизни и повышающим риск социальной дезадаптации. Показано, что риск развития психических расстройств у детей с УО значимо выше, чем у их сверстников без интеллектуальных нарушений [4, 5].

Устойчивость поведенческих нарушений при УО является следствием онтогенетической предрасположенности к их формированию и закреплению [7–12]. Каждый компонент поведения — от биологических основ

до социального контекста — может служить объектом междисциплинарного исследования. При этом, независимо от этиологии УО (наследственной, органической или смешанной), методология оценки поведенческих расстройств базируется на единых принципах, что позволяет рассматривать ее в обобщенном виде.

Изучение исторической эволюции концепций, терминологического аппарата и современных подходов к расстройствам поведения при УО формирует методологическую основу для системного анализа взаимосвязи «онтогенез — интеллект — поведение — среда», которая может лечь в основу практико-ориентированной классификации форм нарушенного поведения при УО. Несмотря на выраженность нарушений поведения и сложность их коррекции в группах умеренной

и тяжелой умственной отсталости [13], основной акцент в представленном обзоре сделан на детях с легкой умственной отсталостью (ЛУО), так как эти пациенты чаще представляют исследовательский интерес для специалистов психологического, психиатрического и педагогического профиля, учитывая возможности применения широкого спектра диагностических методов. Вместе с тем, при более тяжелых степенях когнитивного дефицита приоритетными остаются методы структурированного наблюдения и отчеты информантов, что отражено в соответствующих разделах.

Методика оценки поведенческих расстройств при умственной отсталости должна учитывать качественное своеобразие, обусловленное основным диагнозом, что трансформирует диагностику в развернутый аналитический процесс по построению индивидуального поведенческого профиля. Данный подход методологически соотносится с позицией Л.С. Выготского, предупреждавшего об ограниченности негативного определения явлений: «Если мы станем отделять цвета, которые не являются черными, только по этому отличительному признаку, то получим пеструю смесь: тут будут и красные, и желтые, и синие цвета — только потому, что они не черные» [14]. Развивая идеи Л.С. Выготского, следует подчеркнуть, что применительно к поведенческим нарушениям при умственной отсталости их оценка не может ограничиваться ни фиксацией отдельных симптомов, ни простым утверждением о целостности, соответствующей холистическому подходу, а требует выявления иерархии связей между когнитивным дефицитом, эмоционально-волевой регуляцией, адаптивным поведением и социальным контекстом. Таким образом, оценка поведения не может сводиться к констатации отклонений от нормы, а требует выявления специфических закономерностей, характерных для развития при умственной отсталости в контексте системного подхода.

Исследования расстройств поведения при умственной отсталости, краткий исторический очерк

Интерес исследователей в России к формированию личности и особенностям поведения детей и подростков с умственной отсталостью возрастает в конце XIX в., а в 1910 г. на Первом Всероссийском съезде по экспериментальной педагогике предметом обсуждения становятся методы обследования детей. Далее, в 1924 г. в Санкт-Петербурге был организован педологический съезд, где центральной темой становятся проблемы так называемых «дефективных детей» и их обследования. Одним из главных представителей школы экспериментальной психологии стал Г.И. Россолимо, объединивший результаты дифференцированного тестирования в «психологические профили». Л.С. Выготский [15] критиковал преобладание количественных оценок, подчеркивая необходимость анализа качественных особенностей развития ребенка в единстве со средовыми факторами. Значительный вклад в развитие методов наблюдения внесли А.Ф. Лазурский (концепция естественного эксперимента) [16,

17] и М.Я. Басов (этологический подход) [18]. Сравнительные исследования нормального и нарушенного развития проводил Г.Я. Трошин [19], а Л.В. Занков [20] анализировал поведенческие реакции в образовательной среде, рассматривая поведение как индикатор психического развития.

В 50–70-е гг. XX в. дифференциация подходов к изучению нарушений поведения происходила под влиянием нейропсихологии (Б.В. Зейгарник [21], А.Р. Лурия [22]) и теории деятельности (А.Н. Леонтьев [23, 24]). Поведение стали интерпретировать как результат взаимодействия функциональных систем мозга [22], основываясь на учениях Л.С. Выготского. Клиническую основу понимания детской психопатологии с акцентом на наблюдении за ребенком в динамике в качестве не только диагностического, но и терапевтического инструментов, разработала Г.Е. Сухарева [25], подчеркивая важность оценки невербального поведения, которое в ряде случаев может являться единственным способом контакта ребенка с окружающим миром. Значительный вклад в методологическое осмысление поведенческой диагностики внес В.В. Лебединский [26], представивший системную классификацию нарушений психического развития и рассматривавший нарушения поведения при умственной отсталости неотрывно от оценки сформированности высших психических функций, то есть как итог взаимодействия функциональных и личностных компонентов на фоне общей психической дезорганизации. Клинико-физиологическая классификация С.С. Мнухина и Д.Н. Исаева [27] включила поведенческие характеристики в описание форм УО. К концу XX в. сформировался целостный подход к пониманию поведения как многомерного явления, возникающего в результате взаимодействия внутренних факторов (когнитивные процессы, эмоционально-волевая регуляция) и внешних условий (социальная среда, требования окружения). Этот синтез заложил методологическую основу для современных исследований нарушений поведения при УО.

Методология оценки поведения — анализ развития современных концепций

Основу исследования поведенческих феноменов составляют взаимодополняющие номотетический и идеографический подходы. Номотетический подход фокусируется на выявлении общих закономерностей через стандартизированные методы, требующие сопоставления с нормой, в то время как идеографический рассматривает личность как целостную систему, используя методы без «правильного ответа» для раскрытия индивидуальных особенностей. Наиболее информативной тактикой в исследовании расстройств поведения, учитывая интеллектуальный уровень и возможности контакта, является комбинация методов, включающих не только «номотетическое» тестирование, но и индивидуализированные методики, в том числе наблюдение. Фиксация отдельных симптомов должна быть интегрирована в контекст всей клинической картины с учетом факторов, влияющих

на жизнь испытуемого, так как «любой перечень симптомов будет бесконечно уступать по сложности клинической реальности» [28].

Психодиагностические методики имеют несколько классификаций, которые разграничивают их по используемому материалу, исследуемым показателям, формам ответа, стандартизованности, степени однородности задач, психической активности испытуемого (интроспективные и экстраспективные). Так, классификация методик по А.А. Бодалеву и В.В. Столину [29] разделяет методы по характеристике методического принципа и степени вовлеченности диагноста: объективные (минимальная вовлеченность) и диалогические (значительная вовлеченность). В работе с детьми с УО значение приобретает анализ эмоциональных реакций, понимание инструкций, характер деятельности и возможность использования помощи.

В исследованиях расстройств поведения при УО особую роль играют методы, основанные на отчетах родителей. Примером номотетического подхода служит модель С. Oliver и соавт. [13], выделяющая девять этиологических доменов нарушений поведения, включая боль/дискомфорт, сенсорную чувствительность, тревогу/сниженное настроение, нарушения сна, эмоциональную дисрегуляцию, особенности когнитивного функционирования, усвоенное поведение, коммуникативные способности и особенности социального взаимодействия. Эти домены рассматриваются не только как мишени для терапевтического вмешательства, но и как объекты динамического мониторинга для оценки эффективности коррекции. Модель также систематизирует 12 ключевых форм поведенческих расстройств, от самоповреждающего поведения до произвольной рвоты. В своей работе авторы оценивали поведение наиболее сложной, с точки зрения дифференцированного подхода, группы пациентов — с тяжелой и глубокой УО.

В противовес этому, идеографический подход, разработанный М.К. Бардышевской и В.В. Лебединским [30, 31], акцентирует качественный анализ уникальных случаев через призму концепции аффективно-поведенческих комплексов (АПК), организованных по многоуровневому принципу — от оценки интенсивности средовых воздействий до уровня символической регуляции. Этот подход предусматривает систематизацию различных поведенческих паттернов (пищевое поведение, сон-бодрствование, территориальное и др.) и их оценку через видеофиксацию и специализированные протоколы. Таким образом, в контексте клинко-психопатологического метода врач-психиатр получает представления об особенностях психических и поведенческих расстройств у ребенка с УО на основании изучения совокупности характеристик его речевого общения и невербального поведения, а также путем опроса родителей/законных представителей пациента.

Состояние психологической диагностики как на уровне отрасли, так и на уровне отдельно взятых

методик определяется разработанностью теории измеряемого явления, качеством технического оснащения инструментария и сформированностью практического запроса на диагностику конкретных качеств и свойств [32].

Применительно к нарушениям поведения при умственной отсталости особую значимость обретает дискуссия о дименсиональном и категориальном подходах к диагностике психических расстройств [33, 34]. Категориальный подход, лежащий в основе традиционных классификаций (МКБ-10, DSM-IV), предполагает бинарное решение о наличии или отсутствии расстройства на основе набора критериев. В контексте номотетической парадигмы он обеспечивает унификацию диагноза, однако при УО когнитивный дефицит и атипичность симптоматики нередко затрудняют однозначную категоризацию, повышая риск гипердиагностики или, напротив, игнорирования коморбидных состояний [3, 35].

Дименсиональный подход, напротив, рассматривает поведенческие феномены в континууме «адаптация — дезадаптация», оценивая их выраженность количественно. Этот принцип может быть реализован как в рамках номотетических методов, так и в идеографическом анализе, где, например, индивидуальный профиль аффективно-поведенческих комплексов отражает степень выраженности нарушений в многоуровневой системе регуляции. В DSM-5 и МКБ-11 намечился переход к интеграции размерных оценок: введены дополнительные коды для степени тяжести, а также дименсиональные меры в ряде разделов [36]. Такой подход позволяет отслеживать динамику поведенческих нарушений и оценивать эффективность вмешательств в количественных показателях, не ограничиваясь бинарным заключением [4, 37]. Таким образом, номотетический и идеографический подходы не противостоят дименсиональности и категориальности, но дополняют их: категориальная диагностика задает нозологические рамки, а дименсиональные методы (как стандартизированные шкалы, так и качественный анализ уникальных случаев) обеспечивают индивидуальную оценку выраженности симптомов и динамическое наблюдение.

Прежде чем рассматривать категории методов оценки расстройств поведения, стоит оговориться, что несмотря на существующие представления о сходстве поведенческих нарушений у детей с сохранным интеллектом и с УО, современные диагностические инструменты не всегда обеспечивают валидную интерпретацию симптоматики в данной популяции. Ярким примером служит шкала «эмоционального неблагополучия и атипичного поведения» А.М. Казьмина и соавт. [38], где такие проявления как «много плачет, быстро устает, отсутствует интерес к окружающему» авторы интерпретируют в рамках депрессивного симптомокомплекса. Однако при УО эти же признаки могут отражать нарушения психического тонуса и продуктивности, что ставит под вопрос валидность их исключительно

аффективной трактовки и указывает на риск гипердиагностики депрессивных расстройств.

Методы оценки расстройств поведения, используемые при обследовании детей и подростков с умственной отсталостью

1. Категории расстройств поведения по отчетам информантов

При сборе жалоб родителей/законных представителей ребенка количество категорий, составляющих феномен расстройства поведения, может зависеть от выбора инструмента, фиксирующего эти нарушения. В зарубежной практике сложился комплекс валидированных методик, каждая из которых предлагает особую структуру категоризации поведенческих проблем. Наиболее признанными являются: «Контрольный список отклоняющегося поведения» (*Aberrant Behavior Checklist, ABC*) [39], операционализирующий нарушения через пять ключевых субшкал («Раздражительность/возбуждение», «Вялость/социальная изоляция», «Стереотипное поведение», «Гиперактивность/непослушание» и «Нарушения речи»), чьи психометрические свойства подтверждены метаанализом S. Flynn и соавт. (2017) [37]; «Перечень проблемного поведения» (*Behavior Problems Inventory, BPI*) [40], сфокусированный исключительно на тяжелых нарушениях («самоповреждающее поведение», «стереотипное поведение», «агрессия» и «деструктивное поведение»); специальный опросник для оценки поведения в группе детей с нарушениями интеллектуального развития «Контрольный список оценки поведенческого развития» (*Developmental Behaviour Checklist, DBC*) [41, 42], оценивающий «дисрегуляцию поведения» (агрессия, гиперактивность, импульсивность), «тревожность», «нарушения коммуникации», «социальные отношения» и «стереотипии» и имеющий отдельные формы для родителей и учителей. Разработана также «Оценочная форма поведения детей Нисонгера» (*Nisonger Child Behavior Rating Form, NCBRF*) [43, 44], которая раздельно рассматривает «социальное поведение» и «проблемное поведение» и предполагает описание обстоятельств, предшествующих патологическим проявлениям.

В отличие от развитого зарубежного арсенала, отечественная практика испытывает дефицит валидированных инструментов, адаптированных для русскоязычной популяции детей с УО. Наиболее применимым остается «Контрольный список поведения» (*Child Behavior Checklist, CBCL*) [2, 45–48], включающий шкалы интернализованных и экстернализованных проблем, однако его использование преимущественно ограничено детьми с расстройствами аутистического спектра (РАС) [49] или с нормальным интеллектом [50].

В русскоязычном научном сегменте исследования, направленные на систематизацию расстройств поведения при УО, поиск причин и методов коррекции чаще встречаются в педагогической практике и имеют свои оценочные инструменты. Например, Ю.А. Королева [51] определяла типы нарушений поведения у школьников

с отставанием в интеллектуальном развитии, ссылаясь на работы М.Э. Вайнер [52] и ее классификацию «неконструктивного поведения», к которому относятся следующие типы: конформный, протестный, гиперактивный, демонстративный, агрессивный, социальная дезориентация. В качестве инструмента использовался опросник М.Э. Вайнер для учителей, работающих с детьми с нарушениями развития. В группе детей с легкой умственной отсталостью (ЛУО) (84 ребенка) преобладающим оказался конформный тип поведения (объясняемый ригидностью мышления, недостаточностью критики и волевой сферы, что определяло повышенную внушаемость и ограниченный поведенческий репертуар). Также дети с ЛУО чаще имели сопутствующую гиперактивность, что было отнесено автором к резидуально-органическому симптомокомплексу. Остальные типы поведения были распределены равномерно между детьми с УО и детьми с нормальным интеллектуальным развитием.

2. Наблюдение как инструмент оценки расстройств поведения

Как подчеркивает Ю.С. Шевченко [53], ключевым этологическим постулатом является адаптивная или защитная функция любого поведения. Однако комплексный анализ деятельности, интегрирующий когнитивный и аффективный компоненты, представляет методологическую сложность и требует междисциплинарного подхода. Несмотря на то, что прямое наблюдение и анализ видеоматериалов считаются «золотым стандартом» диагностики, их применение является достаточно трудоемким процессом. Вследствие этого наиболее практичным инструментом выступают стандартизированные протоколы наблюдения, такие как «Карта наблюдения Д. Стотта» [54], включающая 198 утверждений, объединенных в 16 симптомокомплексов. Однако данный метод имеет существенные ограничения: субъективность оценки, отсутствие анализа причинно-следственных связей, отсутствие норм для детей с УО, а также культурная и временная специфичность (часть формулировок устарела и не отражает современные социальные реалии).

Перспективным представляется подход М.М. Семаго и Н.Я. Семаго [55], разработанный на основе работ К.С. Лебединской и О.С. Никольской [56, 57]. Их «Схема наблюдения за поведением ребенка» основана на теории уровневой организации аффективной регуляции. Несмотря на первоначальную ориентированность на РАС, ее ключевые положения — об иерархической организации аффективной сферы (от базальных уровней тонуса и стереотипий до сложной смысловой регуляции) и рисках дезинтеграции при нарушениях развития — носят универсальный характер. При УО дисфункция проявляется прежде всего в недостаточности высших уровней регуляции (эмоционального контроля, экспансии) при относительной сохранности базальных, что приводит к преобладанию ригидных, стереотипных форм поведения и дезадаптивным реакциям на фоне когнитивного дефицита. Эта теория

представляет основу для анализа индивидуального профиля аффективного развития, выявления дисбаланса между уровнями регуляции и определения мишеней коррекции, направленной на постепенную интеграцию аффективной сферы. Таким образом, ее применение при УО обосновано необходимостью понимания глубинных механизмов поведенческих нарушений, выходящих за рамки когнитивного дефицита, и позволяет разрабатывать более дифференцированные стратегии вмешательства.

Метод стандартизированного наблюдения эффективен для фиксации дискретных поведенческих феноменов, но для анализа интернализированных паттернов требует дополнения другими методами: клиническим интервью, самоотчетами, проективными методиками или функциональным анализом. Современным инструментом, облегчающим такой анализ, является программное обеспечение для поведенческих исследований «Observer XT», позволяющее интегрировать и синхронизировать мультимодальные данные (видео, аудио, физиологические показатели) [58, 59].

3. *Феноменология расстройств поведения в рамках умственной отсталости: изолированная оценка эмоциональной регуляции, сенсомоторных нарушений, агрессии, тревожности*

Эмоциональная регуляция. В основе внешних проявлений нарушенного поведения всегда лежат внутренние механизмы регуляции эмоций. Определение эмоциональной регуляции в рамках культурно-деятельностного подхода было предложено Е.И. Первичко [60]: «эмоциональная регуляция — это совокупность психических процессов, психологических механизмов и регуляторных стратегий, которые используются человеком для сохранения способности к продуктивной деятельности в ситуации эмоциональной нагрузки для обеспечения оптимального контроля над побуждениями и эмоциями, для поддержания эмоционального возбуждения на оптимальном для него уровне». Исследование регуляции эмоций является отдельным направлением психодиагностики, представленным в рамках различных концепций эмоционального развития. Наиболее комплексной и эмпирически обоснованной концепцией, систематизирующей широкий спектр регуляторных стратегий в их временной динамике, выступает процессуальная модель, разработанная под руководством Дж. Гросса [61, 62]. Согласно данной модели, регуляция эмоций трактуется как развернутый во времени процесс, разделенный на два этапа моментом генерации эмоционального импульса. В рамках этой модели выделяются два типа глобальных стратегий регуляции: стратегии, направленные на оценку и восприятие ситуации, предшествующие возникновению эмоциональной реакции (*antecedent-focused*); стратегии, применяемые после возникновения эмоционального ответа (*response-focused*). Оба типа стратегий могут носить как адаптивный, так и дезадаптивный характер [63–65]. В процессуальной модели Дж. Гросса детализированы пять классов стратегий

регуляции эмоций, распределенных вдоль временной оси развития эмоциональной реакции: выбор ситуации (*situation selection*), модификация ситуации (*situation modification*), распределение внимания (*attentional deployment*), когнитивное изменение (*cognitive change*), модуляция ответа (*response modulation*). Данная классификация представляет собой целостную систему анализа регуляторных процессов в их временной перспективе.

Изучение эмоциональной регуляции в соответствии с концепцией, предложенной Дж. Гроссом, легло в основу исследования регуляторных механизмов поведения у детей и подростков с УО (М. Girgis и соавт. [66]). Авторы утверждают, что расстройства поведения в данной группе пациентов встречаются в 48–100% случаев по сравнению с детьми без интеллектуальных нарушений. В исследовании приняли участие родители 20 пациентов, сбор информации проводился путем однократного полуструктурированного интервью с целью фиксации адаптивных и дезадаптивных стратегий поведения в ситуации эмоционального возбуждения в ответ на триггер. Все пять стратегий регуляции эмоций оказались применимы к данной группе испытуемых, а в дополнение к компонентам процессуальной модели авторы идентифицировали три самостоятельных тематических единицы, описывающих особенности эмоционального развития детей с УО: низкая эмоциональная дифференцированность, недостаточность метакогнитивных способностей, потребность во внешней регуляции эмоций.

Стандартизированным инструментом оценки нарушений эмоциональной регуляции является «Опросник для оценки функций программирования и контроля» — *Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF)*, разработанный G.A. Gioia и соавт. [67] (переведен и адаптирован под русскоязычную выборку Е.Ю. Гориной и соавт. в 2011 г. [68, 69]). Данный опросник предназначен для оценки эмоциональной регуляции детей 5–18 лет, имеет две формы (для родителей и учителей) и представляет собой список утверждений с указанием частоты выраженности нарушений по следующим категориям: «отторгивание», «переключение», «контроль эмоций», «инициатива», «рабочая память», «планирование/организация деятельности», «порядок в вещах», «когнитивный контроль». Итогом обработки полученных результатов являются значения трех индексов исполнительных функций: «регуляция поведения», «метакогнитивный индекс» и суммарный «общий индекс управляющих функций». Применимость методики в группе детей с УО подтверждается исследованиями, однако выборка в оригинальном исследовании 2000 г. [70] была ограничена ($n = 16$). При этом русскоязычная адаптация не включала детей с УО. И все же по имеющимся данным было установлено, что дети с УО имели значительные нарушения рабочей памяти по сравнению с группой нормального интеллектуального развития. Специалисты также отмечают более низкую диагностическую валидность версии для

родителей по сравнению с версией для учителей [71]. Таким образом, использование опросника BRIEF представляет значительный интерес для изучения регуляторных функций у детей с УО, однако требует дальнейшей апробации на русскоязычной выборке с учетом специфики данной популяции.

Сенсомоторные нарушения. Установлено, что у детей с умственной отсталостью сенсомоторное развитие значительно отстает по срокам формирования и происходит неравномерно. Замедленность, недифференцированность, узость объема зрительного восприятия, нарушения и специфические недостатки моторики затрудняют их знакомство с окружающим миром, нарушена гибкость процессов сенсорного восприятия, отмечается недостаточность сенсорной интеграции [72]. Нарушения поведения, связанные с сенсорным профилем, встречаются в разных клинических группах нарушений развития, а в случае с УО чаще наблюдаются при атонической форме [73], согласно клинико-физиологической классификации. Эталон для оценки нарушений моторного развития является предложенная в 1923 г. шкала Н.И. Озерецкого [74, 75].

Диагностика сенсорных нарушений у детей с умственной отсталостью осуществляется с применением стандартизированных инструментов, методов наблюдения и опросников. В зарубежной практике широко используются такие методики, как «Тесты сенсорной интеграции и праксиса» (*Sensory Integration and Praxis Tests, SIPT*), «Сенсорный профиль» (*Sensory Profile*) [76] для выявления гипо- или гиперреактивности в различных сенсорных модальностях, а также протоколы наблюдения за реакциями на тактильные, вестибулярные или слуховые стимулы. В российской практике из методов, прошедших адаптацию и валидацию, применяется преимущественно опросник *Sensory Profile-2* [73], используемый в клинических и исследовательских целях для оценки сенсорной обработки у детей с нарушениями развития.

Особую клиническую значимость в структуре поведенческих нарушений при УО приобретают расстройства пищевого поведения, которые нередко манифестируют или усугубляются в периоды возрастных кризисов и при изменении привычной семейной и макросоциальной среды. Для диагностики сенсорных механизмов, лежащих в основе нарушений пищевого поведения, в зарубежной практике применяются субшкалы оральной сенсорной обработки упомянутого опросника *Sensory Profile-2* [73], позволяющие дифференцировать гипо- и гиперреактивность в оральной области. Также перспективным в этом отношении представляется использование структурированного опросника «Сенсорно-перцептивный профиль» О.Б. Богдашиной [77], позволяющего детализировать индивидуальный сенсорный профиль по всем модальностям, включая вкусовую и обонятельную, что создает основу для понимания механизмов пищевых нарушений и выбора мишеней коррекционного вмешательства.

Агрессия. Расстройства поведения, выходящие за пределы индивидуальных вариаций конструктивного взаимодействия со средой с целью адаптации, включая агрессивные тенденции, целесообразно рассматривать в рамках социально-психологических форм, к которым отечественными авторами отнесены следующие: антидисциплинарное, асоциальное, аутоагрессивное и делинквентное поведение [78]. Ю.Б. Можгинский [79] акцентирует внимание на необходимости дифференциации ситуационно обусловленных реакций от патологических форм агрессии, ключевыми критериями которых автор считает стойкость, тотальность и степень социальной дезадаптации [25, 27, 80]. Это разграничение определяет не только диагностические выводы, но и тактику психолого-педагогической и клинической коррекции. Автор выделяет три основных типа патологической агрессивности: ситуационную, импульсивную и сверхценную. Для клинической оценки предлагается использовать авторскую шкалу патологической агрессивности, оценивающую вид, характер и частоту агрессивных действий, уровень сознательного контроля и степень социальной дезадаптации. Шкала рекомендуется к использованию в комплексе со шкалой патологической аффективности для оценки сопутствующих тревожных и депрессивных расстройств.

Трудность дефиниции понятий между непатологическими и собственно психопатологическими формами нарушений поведения в контексте умственной отсталости определяется прежде всего первичным когнитивным дефицитом, способствующим переходу ситуативных поведенческих нарушений к их устойчивым проявлениям. Особую роль в формировании такой устойчивости занимают «патохарактерологические формирования», определяющиеся неблагоприятным воздействием микросоциального окружения, и психопатоподобные состояния, развивающиеся на резидуально-органическом фоне. Наличие же конституциональной предрасположенности в совокупности с психогенным влиянием внешних факторов формирует психопатические синдромы, в раннем возрасте обретающие тенденции к декомпенсации при наличии умственной отсталости [80].

Тревожность. У детей с УО тревожные расстройства встречаются значимо чаще, чем у их сверстников без нарушений интеллекта [81, 82], что обусловлено недостаточностью критичности мышления и выраженными трудностями адаптации к непредсказуемым ситуациям [83]. Неспособность к вербализации эмоционального состояния нередко приводит к трансформации тревоги в агрессивные поведенческие формы [84]. Оценка тревожности у данной популяции традиционно опирается на методы самоотчета, однако их эффективность ограничена в связи с когнитивным дефицитом, затрудняющим идентификацию и коммуникацию переживаний. Вследствие этого приоритет отдается методам внешнего наблюдения [85]. Дополнительную сложность представляет выявление триггеров

и поведенческих маркеров тревоги, поскольку их проявления часто носят нетипичный характер, что снижает валидность стандартных диагностических инструментов [37]. В зарубежной практике для оценки тревожности у детей без интеллектуальных нарушений применяется «Модифицированная шкала наблюдения за проявлениями тревоги» (*Modified Anxiety Dimensional Observation Scale*, M-Anx-DOS) [86], тогда как для детей с УО более релевантны методы физиологической оценки субъективного благополучия [87]. В отечественных исследованиях сохраняется практика использования методик, применяемых к детям без интеллектуальных нарушений («Карта наблюдений Стотта» [54], «Методика Филлипса» [88]), однако их применение подвергается обоснованной критике в связи с недостаточной адаптацией к особенностям эмоционально-волевой сферы при УО или вследствие диагностической несостоятельности [89].

4. Оценка уровня адаптации

Социально-психологическая адаптация понимается как состояние взаимодействия личности и группы, при котором индивид без длительных внешних и внутренних конфликтов эффективно выполняет свою основную деятельность, удовлетворяет свои ключевые социогенные потребности, в полной мере соответствует тем ролевым ожиданиям, которые предъявляет к нему эталонная группа. Важным аспектом оценки поведенческих нарушений выступает способность ребенка к взаимодействию со средой, соблюдению социальных норм и модуляции поведения в соответствии с социокультурными требованиями. Для детей с умственной отсталостью уровень адаптивного функционирования приобретает особое прогностическое значение, поскольку степень дезадаптации прямо коррелирует с тяжестью поведенческих расстройств и создает риск социальной изоляции [42]. Исследование социальных навыков с помощью «Системы оценки социальных навыков» (*Social Skills Rating System*, SSRS) [90] демонстрирует тесную связь социальных компетенций с академической успеваемостью и поведенческими проблемами. В русскоязычных исследованиях адаптации наибольшей популярностью пользуется вторая версия «Шкалы адаптивного поведения Вайнленд» (*Vineland Adaptive Behavior Scale*, VABS-II), чаще встречающаяся в контексте изучения нарушений адаптивных навыков у детей с РАС [91, 92]. Однако данная шкала подходит для оценки нарушений адаптации и у детей с УО. Так, исследование А.М. Алексеевой и соавт. (2013) [93] выявило достоверно более низкие показатели адаптации у детей с ЛУО по сравнению с группой детей с патологией личности органического генеза, причем уровень вербального интеллекта оказался определяющим фактором социально-психологической дезадаптации. Методика также была успешно апробирована на выборке детей раннего возраста [94].

В педагогической практике определения нарушений адаптации у детей с УО популярностью пользуется авторский опросник для педагогов Е.Л. Инденбаум [95]

«Шкала социопсихологической адаптации», являющаяся опросным методом, в который включены 10 областей: бытовые навыки (БН), социально-бытовая ориентировка (СБО), взаимодействие со сверстниками (ВС), взаимодействие со взрослыми (ВВ), умение вести себя в здании школы и на групповых мероприятиях (Пов), усвоение учебного материала (Усп), отношение к учебе (ОтнУ), трудовые навыки (ТН), отношение к труду (ОтнТ), речевая компетентность (РК). По результатам опросника исследователь может судить об уровнях развития социальной, коммуникативной и аутопсихологической компетенций. Также необходимо отметить, что оценка адаптации может быть включена в стандартизированные методики оценки развития раннего возраста. Примером таких методик служат валидированные в России шкалы KID («Кентская шкала оценки развития младенцев» — *Kent Infant Development Scale*) и RCDI («Шкала оценки развития ребенка» — *Child Development Inventory*) [96], помогающие оценить уровень развития ребенка в сравнении с нормативами раннего возраста.

5. Вспомогательные методики для индивидуальной работы с пациентами в рамках комплексных исследований расстройств поведения

Индивидуальная работа с пациентами при анализе причин поведенческих нарушений и целей терапии должна учитывать первичность когнитивного дефицита, который служит основой для формирования как поведенческих проблем, так и специфических личностных особенностей. По мнению Д.Н. Исаева [75], в периоды возрастных кризисов у таких детей наблюдается не только декомпенсация поведения, но и значительное снижение когнитивной продуктивности, включая замедление скорости обработки информации, что осложняет вербальный контакт и рефлексивные процессы. В случаях, когда удается установить продуктивный контакт, методы индивидуальной диагностики (проективные методики, анкеты для самоотчета) предоставляют ценную информацию о внутреннем мире ребенка, его субъективных переживаниях и эмоциональном состоянии. Эти данные дополняют стандартную клиническую оценку и способствуют более дифференцированному подбору коррекционных вмешательств. Важным ограничением применимости этих методов остается недостаточность когнитивного компонента в случаях умеренной и тяжелой умственной отсталости, а также невозможность их изолированного использования в контексте оценки субъективных переживаний для достоверного прогнозирования реальных поведенческих проявлений. К тому же искусственность ситуации тестирования может провоцировать тревогу и защитные реакции, которые ошибочно интерпретируются как личностные особенности.

Исследования особенностей формирующейся личности при умственной отсталости с применением патохарактерологического опросника (ПДО) единичны, что обусловлено недостаточной сформированностью абстрактного мышления, повышенной истоцаемостью

внимания, затруднением рефлексии со стороны респондентов и необходимостью контроля и направляющей помощи со стороны специалиста, а также потребностью в адаптации предложенного материала. Считать полученные результаты достоверными при отсутствии описания способов преодоления ограничений исследования представляется сомнительным. Примером такого исследования служит работа В.Н. Киньшиной и соавт. [97], описывающая результаты применения ПДО у мальчиков 10–15 лет с интеллектуальной недостаточностью. Авторами установлено преобладание гипертимной акцентуации, реакций эмансипации и значительная склонность к делинквентности и алкоголизации.

В исследовании Д.С. Ошевского и соавт. [98] проводилось сравнительное изучение подростков с ЛУО и дисциплинарными нарушениями, подростков с делинквентным поведением и нормативно развивающихся сверстников. Применяемый методический комплекс включал тест руки Вагнера для оценки склонности к агрессии, индивидуально-типологический опросник (ИДТО) и методику «Оценка рисков и возможностей». Результаты исследования показали, что у подростков с ЛУО отмечаются недостаточность механизмов сдерживания, повышенные показатели по шкалам «Ригидность», «Сензитивность» и «Эмотивность», а также подтверждена роль неблагоприятной семейной обстановки в реализации агрессивного поведения. В исследовании Л.А. Самойлюк и соавт. (2021) [99] проводился сравнительный анализ агрессивного поведения у подростков с ЛУО с учетом влияния органического поражения головного мозга. Методический аппарат включал экспертные оценки (учительский опросник Е.Л. Инденбаум для выявления нарушений поведения), наблюдение и проективную методику «Детский апперцептивный тест» С. Беллака. Авторы выделили два типа агрессивного поведения: «ситуативное» (лучше поддающееся коррекции) и «органически-обусловленное» (с нарушением оценки последствий и сниженной эмпатией).

Еще одним примером интегративного методологического подхода служит исследование Н.Ю. Верхотуровой (2010) [100], в основе которого лежит адаптированная версия методики наблюдения за эмоциональными проявлениями Й. Шванцара [101]. Автор сочетала объективное наблюдение с проективной методикой «Дом–Дерево–Человек», нацеленной на оценку экспрессивного компонента эмоционального реагирования у младших школьников с интеллектуальными нарушениями. Автор выявила континуум нарушений эмоционального реагирования, структурированный по параметрам интенсивности, предметности и длительности реакций. Эмпирически установленные нарушения манифестировали в виде снижения адекватности и точности идентификации эмоциональных переживаний, вплоть до полного отсутствия понимания их причин; диссоциации между силой/длительностью реакции и интенсивностью внешнего стимула; системных

трудностей в дифференциации, интерпретации и вербализации собственных эмоциональных состояний.

Оценку интернализированных эмоциональных реакций представляет исследование О.А. Бажуковой (2011) [102], посвященное изучению влияния фрустрации на поведенческие паттерны подростков с ЛУО. Методологическая схема исследования включала комбинацию стандартизированного опросника Басса–Дарки (*Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI*), проективной методики «тест рисуночной фрустрации Розенцвейга» (1945, Saul Rosenzweig) (в адаптации С.Я. Добровольской) и метода структурированного наблюдения. Применение опросника Басса–Дарки выявило существенные методические сложности, связанные с недостаточным пониманием испытуемыми вербальных формулировок, что потребовало дополнительного разъяснения и адаптации вопросов в процессе проведения. Проективная методика Розенцвейга позволила оценить два ключевых параметра фрустрационных реакций: направленность агрессии (экстрапунитивная, интропунитивная, импунитивная) и ее тип (препятственно-доминантный, самозащитный, необходимо-упорствующий). Результаты исследования продемонстрировали преобладание экстрапунитивных реакций (51,5%) при фрустрации, характеризующихся фиксацией на внешних причинах и ригидными поведенческими паттернами. Качественный анализ выявил доминирование самозащитного типа реакций с максимальным уровнем агрессивных проявлений. Полученные данные интерпретируются авторами через призму специфики аффективного развития личности, обусловленной интеллектуальной недостаточностью. Отмечается сохранение симбиотического характера социализации и преобладание аффективных установок в регуляции поведения, что обуславливает снижение способности к конструктивному разрешению фрустрирующих ситуаций (поиск помощи, терпение, активное преобразование ситуации).

Исследования с применением проективных методик («Метаморфозы», «Несуществующее животное» [103], цветовой «тест Люшера» (*Lüscher-Test*) [104]) показывают, что агрессивное поведение часто является псевдокомпенсацией тревоги. В работе А.С. Григорьевой (2014) [105] для воспитанников детского дома, имеющих умственные нарушения, выявлена трехфакторная модель: компенсация тревожности, вспыльчивость и тревога за принятие взрослыми. Т.А. Колосова (2007) [106] предметом своего исследования обозначила особенности совладающего поведения у подростков с умственной отсталостью. Автор подчеркивает, что эффективность копинг-стратегий данной категории лиц во многом определяет успешность их социально-психологической адаптации в условиях изменяющихся жизненных обстоятельств. Эмпирическое исследование включало применение комплекса диагностических методик: карты наблюдений Стотта, адаптированной версии опросника копинг-стратегий для школьников, методики исследования самооценки

С.А. Будасси, а также опросник механизмов психологической защиты Плутчика–Келлермана–Конте «Индекс жизненного стиля» — ИЖС (*Life Style Index, LSI*, R. Plutchik, H. Kellerman, H. Conte) [107]. Результаты исследования позволили выявить следующие закономерности: снижение адаптационного потенциала коррелирует с использованием агрессивных поведенческих стратегий и примитивных механизмов психологической защиты (регрессия, отрицание); подростки с ЛУО используют ограниченный репертуар копинг-стратегий с выраженной стереотипностью их применения, личностная организация подростков с ЛУО имеет недостаточную пластичность, что ограничивает вариативность адаптационных реакций.

Полученные данные подчеркивают необходимость учета эмоциональной составляющей при анализе поведенческих нарушений у подростков с интеллектуальной недостаточностью, а также важность адаптации диагностического инструментария к когнитивным возможностям данной категории испытуемых. Интерпретация результатов проективных методик у детей с УО требует крайней осторожности в связи с высоким риском гиперинтерпретации и игнорирования когнитивного компонента выполнения заданий. Также, несмотря на диагностическую ценность комбинации проективных и опросных методик, стоит подчеркнуть возможность их использования только в группе детей с легкой умственной отсталостью без выраженных нарушений коммуникативной функции речи.

б. Оценка взаимоотношений в семье и ближайшем окружении

Родительское воспитание — ключевой фактор социальной среды, детерминирующий развитие ребенка в раннем и дошкольном возрасте [108]. Своевременная диагностика воспитательных практик является эффективной мерой профилактики поведенческих нарушений [109]. Однако традиционные методики — «Анализ семейных взаимоотношений» (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис), «Опросник родительского отношения» (А.Я. Варга, В.В. Столин [110]) — не адаптированы для родителей детей с интеллектуальными нарушениями и могут провоцировать негативные реакции респондентов (например, «в недостатках моего ребенка виноват я сам» или «для своего возраста мой ребенок немножко незрелый»). Для данной категории семей требуются специализированные инструменты. Например, «Опросник родительской отзывчивости» И.Н. Галасюк и соавт. [111, 112] оценивает стиль взаимодействия по шкалам «Доминирование», «Апатичность», «Чуткость» и «Поддержка». Родители детей с атипичным развитием демонстрируют повышенные показатели по шкалам «Апатичность» и «Доминирование», что отражает подавляющий стиль родительской отзывчивости. По мнению авторов, такая акцентуация профиля родительской отзывчивости связана, с одной стороны, со стремлением родителей компенсировать интеллектуальное отставание ребенка за счет интенсивной учебной и коррекционной

работы, а с другой — с более выраженным истощением и усталостью от постоянного взаимодействия, по сравнению с родителями детей без интеллектуальных нарушений.

Авторами также разработана методика оценки родительской позиции («отвергающая», «доминантная», «наставническая», «партнерская») в семьях с детьми с особенностями развития [113]. Важно, что тип позиции не коррелирует с уровнем заботы, а отражает способы реализации отношения. Отвергающая позиция может быть обусловлена учетом интересов других членов семьи или попыткой оградить их от трудностей. На формирование родительской позиции значительное влияние оказывают возраст ребенка и тяжесть диагноза: более тяжелые случаи повышают риск развития отвергающего поведения. Несмотря на значительный вклад авторов, дальнейшая апробация методики в группе детей с умственной отсталостью на релевантной выборке не проводилась.

Относительно взаимоотношений с окружающими имеются отдельные исследования социального интеллекта в группе подростков с ЛУО. Так, в основу исследования О.Н. Егоровой (2014) [114] легла авторская батарея тестирования, базирующаяся на модели социального интеллекта Дж. Гилфорда (тест «Социальный интеллект» Гилфорда; Joy Paul Guilford — *Four Factor Test of Social Intelligence*) [115]. Дж. Гилфорд сосредоточил свои исследования на познании поведения, которое включает в себя 6 факторов: способность выделять из контекста вербальную и невербальную экспрессию поведения, способность распознавать общие свойства в некотором потоке экспрессивной или ситуативной информации о поведении, способность понимать отношения, существующие между единицами информации о поведении, способность понимать логику развития целостных ситуаций взаимодействия людей, смысл их поведения в этих ситуациях, способность понимать изменения значения сходного поведения (вербального или невербального) в разных ситуационных контекстах, способность предвидеть последствия поведения, исходя из имеющейся информации. Для измерения шести выделенных факторов социального интеллекта использовали специализированные тесты. Объектом исследования стал 51 подросток с ЛУО и девиантным поведением в виде противоправных (воровство, хулиганство) и непротивоправных (употребление ПАВ, уходы из школы и бродяжничество) нарушений. Группой сравнения стали делинквентные подростки с нормальным интеллектом. Автором установлено, что при УО отмечаются закономерные трудности понимания невербальных сигналов; невозможность предвидеть последствия своего поведения; трудности понимания сходных вербальных реакций в зависимости от контекста ситуации и непонимание логики развития ситуации.

Таким образом, ключевой проблемой в исследованиях взаимоотношений с родителями и межличностных

отношений детей с интеллектуальными нарушениями является диссонанс между высокой социальной значимостью данной тематики и недостаточной разработанностью соответствующего диагностического инструментария. Преодоление этого методологического разрыва за счет создания адаптированных, этичных и релевантных специфике контингента методик является первоочередной задачей для дальнейших исследований в этой области.

В заключительной части обзора рассмотрим основные этапы оценки патологического поведения при умственной отсталости в детском возрасте, объединив информацию в поэтапную структуру фиксации и анализа расстройств поведения.

Многоуровневая модель оценки нарушений поведения при умственной отсталости

Этап 1: Сбор анамнеза и скрининговая оценка на основе отчетов информантов:

1. Клиническое (полуструктурированное) интервью с родителями/законными представителями (жалобы, анамнез психоречевого развития, частота, интенсивность, контекст возникновения и продолжительность проблемного поведения).

2. Стандартизированные опросники, ориентированные на расстройства поведения в целом.

3. Стандартизированные опросники, ориентированные на отдельные феномены, ассоциированные с расстройствами поведения (эмоциональная регуляция, агрессивность, тревожность, сенсомоторные нарушения).

4. Оценка уровня развития адаптивных навыков и социализации.

Этап 2: Прямое наблюдение и анализ в естественной среде:

1. Структурированное и неструктурированное наблюдение за ребенком в ключевых ситуациях (занятия, свободная игра, режимные моменты).

2. Функциональный анализ поведения (ФАП): ABC-анализ (*Antecedent–Behavior–Consequence*) для выявления функции поведения.

3. Экологическая оценка: фиксация факторов среды (физическое пространство, расписание, характер требований, стиль взаимодействия взрослых), которые могут провоцировать или поддерживать проблемное поведение.

Этап 3: Индивидуальная психодиагностика внутренних механизмов (когнитивных, эмоциональных, мотивационных), лежащих в основе поведенческих нарушений:

1. Оценка эмоционально-личностной сферы (при достаточном уровне контакта и коммуникации, способности дать отчет своему поведению как патологическому, т.е. преимущественно для ЛУО без выраженных нарушений коммуникативной стороны речи):

- Учет обратной связи от ребенка — клиническая беседа.
- Самоотчеты.
- Проективные методики.

Этап 4: Анализ средовых и контекстуальных факторов:

1. Оценка семейной системы: стиль воспитания, детско-родительские отношения, психологический климат в семье (интервью, опросники для родителей и детей).

2. Оценка образовательной среды: анализ адекватности учебных требований возможностям ребенка, стиля взаимодействия педагога, социального климата в классе/группе.

3. Оценка социальной ситуации развития в целом: культурный контекст, социально-экономические факторы, доступность психолого-педагогической коррекции.

Этап 5: Интегративный анализ и формулировка заключения.

ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенный анализ методологических подходов демонстрирует эволюцию научных взглядов — от фрагментарных описаний и холистической парадигмы к комплексному системному подходу в соответствии с общепризнанным учением Л.С. Выготского. В рамках этого подхода нарушения поведения рассматриваются не как изолированный симптом, а как результат динамического взаимодействия множества факторов: когнитивного дефицита, поведенческих фенотипов, специфики онтогенеза, семейного контекста и социальной среды. Такой подход принципиально меняет цель оценки: от констатации факта нарушенного поведения — к пониманию его функции в жизни конкретного ребенка. Ключевой тенденцией становится смещение фокуса с исключительно проблемно-ориентированной оценки на анализ адаптивного функционирования и качества жизни. Это подчеркивает важность использования не только инструментов, выявляющих расстройства поведения, но и методов, оценивающих сильные стороны ребенка и его семьи для определения «зоны ближайшего развития» [11]. Главным методологическим ограничением остается дефицит валидированных и стандартизированных именно для русскоязычной популяции детей с УО диагностических инструментов. Большинство применяемых методик либо заимствованы без кросс-культурной адаптации, либо разработаны для детей без нарушений интеллекта, что снижает их валидность и надежность. К тому же важным ограничением методологической проработанности оценки поведения при умственной отсталости является закономерное преобладание методов для категории детей с легкой интеллектуальной недостаточностью, в то время как пациенты с умеренной и тяжелой интеллектуальной недостаточностью оцениваются специалистами преимущественно путем интервьюирования родителей/законных представителей. Данная категория пациентов может быть включена в исследования с преобладанием этологического метода и методов

фиксации физиологических показателей для уточнения причинно-следственных связей между внешними, внутренними стимулами и реализацией действия, попадающего в категорию патологического поведения. Формирование системного подхода, интегрирующего данные о когнитивном профиле, внутрисемейных взаимоотношениях и социальном окружении, представляет собой сложный исследовательский процесс, требующий декомпозиции целого на подсистемы с целью понимания их роли и типов взаимосвязи. Тем не менее только такой подход позволяет построить многомерную модель, адекватно отражающую сложность феномена нарушенного поведения при УО. Также важно подчеркнуть, что рассматриваемые диагностические инструменты применимы независимо от установленной этиологии умственной отсталости. В исследованиях, включавших детей с подтвержденными биологическими нарушениями, показана эффективность этих способов оценки поведенческих расстройств [82, 88, 89].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нарушения поведения у детей с умственной отсталостью представляют собой комплексную многофакторную проблему, являющуюся ключевым препятствием для их адаптации и реализации имеющегося интеллектуального потенциала. Эффективная работа с данной проблемой невозможна без современной, научно обоснованной методологии оценки, которая должна быть комплексной, функциональной и индивидуализированной. Своевременная и многогранная диагностика, учитывающая широкий круг биологических, психологических и социальных факторов, является краеугольным камнем для построения эффективных программ раннего вмешательства. Это позволит не только снизить уровень дезадаптации, но и сформировать индивидуальный прогноз, минимизировать риск хронификации поведенческих расстройств во взрослом возрасте и существенно улучшить качество жизни ребенка и его семьи. Таким образом, совершенствование методологии — это не сугубо академическая задача, а непосредственный вклад в практику абилитации и повышение эффективности помощи наиболее уязвимой категории детей.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Einfeld SL, Tonge BJ. Population prevalence of psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: II. Epidemiological findings. *J Intellect Disabil Res.* 1996;40(Pt2):99–109. doi: 10.1046/j.1365-2788.1996.768768.x
2. Dekker MC, Koot HM, van der Ende J, Verhulst FC. Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *J Child Psychol Psychiatry.* 2002;43(8):1087–1098. doi: 10.1111/1469-7610.00235
3. Emerson E, Einfeld S. Emotional and behavioural difficulties in young children with and without developmental delay: a bi-national perspective. *J Child Psychol Psychiatry.* 2010;51(5):583–93. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02179.x
4. Totsika V, Liew A, Absoud M, Adnams C, Emerson E. Mental health problems in children with intellectual disability. *Lancet Child Adolesc Health.* 2022;6(6):432–444. doi: 10.1016/S2352-4642(22)00067-0
5. Молоткова НЮ. Оценка эффективности программ реабилитации детей с умственной отсталостью в условиях специальной (коррекционной) общеобразовательной школы VIII вида. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2016;4(93):65–68. EDN XHCOUD.
Molotkova NYu. Efficiency of rehabilitation programs for children with mental retardation in the conditions of special (correctional) comprehensive school of kind VIII. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2016;4(93):65–68. (In Russ.). EDN XHCOUD.
6. Singh S, Singh LK, Sahu M, Tikka SK. Do comorbidities among patients with mental retardation differ across various age groups? *Asian J Psychiatr.* 2019;39:12–14. doi: 10.1016/j.ajp.2018.11.001
7. Emerson E, Hatton C. Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *Br J Psychiatry.* 2007;191:493–499. doi: 10.1192/bjp.bp.107.038729
8. Коробейников ИА. Нарушения развития и социальная адаптация. М: ПЕР СЭ, 2002. ISBN 5-9292-0068-8
Korobeinikov IA. Developmental Disorders and Social Adaptation. М: PER SE, 2002. (In Russ.). ISBN 5-9292-0068-8
9. Поппе ГК. Нарушения поведения у олигофренов. В сб. «Биологические и социальные факторы нарушений поведения у детей и подростков», Ленинград: Изд-во ЛГПИ им. А.И. Герцена, 1989. ISBN 5-1718693-A
Poppe GK. Narusheniya povedeniya u oligofrenov. V sb. «Biologicheskie i social'nye faktory narushenij povedeniya u detej i podrostkov», Leningrad: Izd-vo LGPI im. A.I. Gercena, 1989. (In Russ.). ISBN 5-1718693-A
10. Прохоренко ЕС, Макаров ИВ, Гасанов РФ, Емелина ДА. Психический тонус как фактор формирования нарушений поведения у детей с умственной отсталостью. *Вопросы психического здоровья детей и подростков.* 2025;25(2):4–13. EDN: SYGBBW
Prokhorenko ES, Makarov IV, Gasanov RF, Emelina DA. Mental tone as a factor in the formation of behavioral disorders in children with mental retardation. *Mental Health of Children and Adolescent.* 2025;25(2):4–13. (In Russ.). EDN: SYGBBW
11. Прохоренко ЕС, Макаров ИВ. Расстройства поведения у детей и подростков с умственной отсталостью. *Журнал неврологии и психиатрии им.*

- C.C. Корсакова. 2022;122(4):36–43. doi: 10.17116/jnevro202212204136
- Prokhorenko ES, Makarov IV. Behavioral disorders in children and adolescents with intellectual disability. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2022;122(4):36–43. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro202212204136
12. Шипова ЛВ. Особенности нарушений поведения у умственно отсталых школьников. *Психология обучения*. 2015;3:115–128. ISSN 1561-2457.
Shipova LV. Features of violations of behavior at mentally retarded school students. *Psychology of education*. 2015;3:115–128. ISSN 1561-2457. (In Russ.).
 13. Oliver C, Ellis K, Agar G, Bissell S, Chung J, Crawford H, Pearson E, Wade K, Waite J, Allen D, Deeprase L, Edwards G, Jenner L, Kearney B, Shelley L, Smith K, Trower H, Adams D, Daniel L, Woodcock K. Distress and challenging behavior in people with profound or severe intellectual disability and complex needs: Assessment of causes and evaluation of intervention outcomes. In: Contemporary Issues in Evaluating Treatment Outcomes in Neurodevelopmental Disorders. 2022. doi: 10.1016/bs.irrdd.2022.05.004
 14. Выготский ЛС. Основы дефектологии. Санкт-Петербург: Лань, 2003.
Vygotskij LS. Osnovy defektologii. Sankt-Peterburg: Lan', 2003. (In Russ.).
 15. Выготский ЛС. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства. Собр. соч.: в 6 т. М.: Педагогика, 1983.
Vygotskij LS. Diagnostika razvitiya i pedologicheskaya klinika trudnogo detstva. Sobr. soch.: v 6 t. M.: Pedagogika, 1983. (In Russ.).
 16. Слабинский ВЮ. Вклад Александра Федоровича Лазурского в становление отечественной медицинской психологии: к 150-летию со Дня рождения. *Медицинская психология в России: сетевой науч. журн.* 2024;16–2(83):3 EDN LUNNQM.
Slabinsky V.Yu. The contribution of Alexander Fedorovich Lazursky to the formation of domestic medical psychology: to the 150th anniversary of his birth. *Medical psychology in Russia: network scientific journal*. 2024;16–2(83):3 (In Russ.). EDN LUNNQM
 17. Лазурский АФ. Психология общая и экспериментальная. 1-е изд, серия 22, Антология мысли. Москва: Издательство Юрайт, 2019. ISBN 978-5-534-09730-6. EDN DWYSYG.
Lazurskij AF. Psihologiya obshchaya i eksperimental'naya. 1-e izd, seriya 22, Antologiya mysli. Moskva: Izdatel'stvo Yurajt, 2019. (In Russ.). ISBN 978-5-534-09730-6. EDN DWYSYG.
 18. Богданчиков СА. К истории отечественной психологии советского периода: М.Я. Басов и его школа. *История российской психологии в лицах: Дайджест*. 2016;6:205–226.
Bogdanchikov SA. The history of Russian psychology of the Soviet period: M. Basov and his school. *Istoriya*
 - rossijskoj psihologii v licah: Dajdzhest*. 2016;6:205–226. (In Russ.).
 19. Трошина НВ. Вклад Г.Я. Трошина в развитие отечественной дефектологической науки (на рубеже XIX-XX веков). В сб.: Межрегиональные Пименовские чтения. 2014;11:396–400. EDN YAJKPJ.
Troshina NV. The Contribution of G.Y. Troshin to the Development of Russian Defectological Science (at the Turn of the 19th-20th Centuries). V sb.: Mezhhregional'nye Pimenovskie chteniya. 2014;11:396–400. (In Russ.). EDN YAJKPJ.
 20. Коробейников ИА. К 120-летию со дня рождения Леонида Владимировича Занкова (1901–1977). *Дефектология*. 2021;4:70–78. EDN EALNJJ.
Korobejnikov IA. On the 120th Anniversary of the Birth of Leonid Vladimirovich Zankov (1901–1977). *Defectology*. 2021;4:70–78. (In Russ.). EDN EALNJJ.
 21. Золотова НВ. Научное наследие и жизненный путь Б.В. Зейгарник. *Методология и история психологии*. 2007;2(2):135–146. EDN QAAUWV.
Zolotova NV. The Scientific Legacy and Life Path of B.V. Zeigarnik. *Metodologiya i istoriya psihologii*. 2007;2(2):135–146. (In Russ.). EDN QAAUWV.
 22. Астаева АВ. Основные проблемы нейропсихологического исследования в детском возрасте. *Психология. Психофизиология*. 2010;4(180):71–76. EDN MENHLD.
Astaeva AV. The basic problems of neuropsychological researches at children's age. *Psychology. Psychophysiology*. 2010;4(180):71–76. (In Russ.). EDN MENHLD.
 23. Нечаев НН. О возможности реинтеграции культурно-исторической психологии Л.С. Выготского и теории деятельности А.Н. Леонтьева. *Вопросы психологии*. 2018;2:3–18. EDN XURTYD.
Nechaev NN. Towards the problem of reintegration of cultural historical psychology by L.S. Vygotsky and activity theory by A.N. Leontiev. *Voprosy Psikhologii*. 2018;2:3–18. (In Russ.). EDN XURTYD.
 24. Черенева ЕА, Гуткевич ЕВ. Теоретико-методологический анализ предпосылок построения концепции изучения регуляции поведения детьми с интеллектуальными нарушениями. *Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева*. 2017;2(40):180–186.
Chereneva EA, Gutkevich EV. Theoretical and methodological analysis of prerequisites for constructing the concept of the study of mentally retarded children behavior regulation. *Vestnik Krasnoârskogo gosudarstvennogo pedagogičeskogo universiteta im. V.P. Astaf'eva*. 2017;2(40):180–186. (In Russ.).
 25. Сухарева ГЕ. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М.: Медицина, 1974.
Suhareva GE. Klinicheskie lekciï po psichiatrii detskogo vozrasta. M.: Medicina, 1974. (In Russ.).
 26. Лебединский ВВ. Некоторые актуальные проблемы детской патопсихологии. *Вопросы психического*

- здоровья детей и подростков. 2009;9(1):90–96. EDN RVKRDV.
- Lebedinskij VV. Some Current Issues in Child Pathopsychology. *Mental Health of Children and Adolescent*. 2009;9(1):90–96. (In Russ.). EDN RVKRDV.
27. Исаев ДН. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство. СПб.: Речь, 2003. ISBN 5-9268-0212-1
Isaev DN. Umstvennaya otstalost' u detej i podrostkov. Rukovodstvo. SPb.: Rech', 2003. (In Russ.). ISBN 5-9268-0212-1
 28. Давтян ЕН. Психиатрия сегодня: последствия глобализации. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2021;4:3–6. EDN: PLVFTD
Davtian EN. Psychiatry today: consequences of globalization. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2021;4:3–6. (In Russ.). EDN: PLVFTD
 29. Караванов АА, Филоненко ЛВ, Таболин НР. Теоретические подходы к определению термина психодиагностика. *Моя профессиональная карьера*. 2024;1(66):274–282. EDN AMTDNL.
Karavanov AA, Filonenko LV, Tabolin NR. Theoretical Approaches to Defining the Term “Psychodiagnostics”. *Moya professional'naya kar'era*. 2024;1(66):274–282. (In Russ.). EDN AMTDNL.
 30. Бардышевская МК. Аффективно-поведенческие комплексы, Наблюдение, оценка и развитие. М.: МГУ, 2020. ISBN: 978-5-19-011783-7
Bardyshevskaya MK. Affektivno-povedencheskie komplekсы, Nablyudenie, ocenka i razvitie. M.: MGU, 2020. (In Russ.). ISBN: 978-5-19-011783-7
 31. Бардышевская МК. Проблемы исследования эмоционально-личностного развития ребенка в рамках уровневой модели. *Вестник Московского университета. Серия 14: Психология*. 2012;2:68–74. EDN MBEJJR.
Bardyshevskaya MK. Issues in Studying the Emotional-Personal Development of the Child within a Level-Based Model. *The Moscow University herald. Series 14*. 2012;2:68–74. (In Russ.). EDN MBEJJR
 32. Ануфриев АФ. Разработка диагностических методик как предмет психодиагностики. *Педагогика и психология образования*. 2023;4:184–200. doi: 10.31862/2500-297X-2023-4-184-200
Anufriev AF. Development of diagnostic techniques as a subject of psychodiagnostics. *Pedagogy and Psychology of Education*. 2023;4:184–200. (In Russ.). doi: 10.31862/2500-297X-2023-4-184-200
 33. First MB, Reed GM, Hyman SE, Saxena S. The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry*. 2015;14(1):82–90. doi: 10.1002/wps.20189
 34. Krueger RF, Kotov R, Watson D, Forbes MK, Eaton NR, Ruggero CJ, Simms LJ, Widiger TA, Achenbach TM, Bach B, Bagby RM, Bornovalova MA, Carpenter WT, Chmielewski M, Cicero DC, Clark LA, Conway C, DeClercq B, DeYoung CG, Docherty AR, Drislane LE, First MB, Forbush KT, Hallquist M, Haltigan JD, Hopwood CJ, Ivanova MY, Jonas KG, Latzman RD, Markon KE, Miller JD, Morey LC, Mullins-Sweatt SN, Ormel J, Patalay P, Patrick CJ, Pincus AL, Regier DA, Reininghaus U, Rescorla LA, Samuel DB, Sellbom M, Shackman AJ, Skodol A, Slade T, South SC, Sunderland M, Tackett JL, Venables NC, Waldman ID, Waszczuk MA, Waugh MH, Wright AGC, Zald DH, Zimmermann J. Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry*. 2018;17(3):282–293. doi: 10.1002/wps.205
 35. Dekker MC, Koot HM. DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. I: prevalence and impact. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(8):915–22. doi: 10.1097/01.CHI.0000046892.27264.1A
 36. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022.
 37. Flynn S, Vereenoghe L, Hastings RP, Adams D, Cooper SA, Gore N, Hatton C, Hood K, Jahoda A, Langdon PE, McNamara R, Oliver C, Roy A, Totsika V, Waite J. Measurement tools for mental health problems and mental well-being in people with severe or profound intellectual disabilities: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 2017;57:32–44. doi: 10.1016/j.cpr.2017.08.006 Epub 2017 Aug 11. PMID: 28821007.
 38. Казьмин АМ, Коновко НА, Сальникова ОГ, Тупицина ЕК, Федина ЕВ. Шкала эмоционального неблагополучия и атипичного поведения дошкольников. *Клиническая и специальная психология*. 2014;3(3):62–75.
Kazmin AM, Konovko NA, Salnikova OG, Tupicina EK, Fedina EV. Scale of Emotional Distress and Atypical Behavior in Preschoolers. *Clinical Psychology and Special Education*. 2014;3(3):62–75. (In Russ.).
 39. Aman MG, Singh NN, Stewart AW, Field CJ. The aberrant behavior checklist: a behavior rating scale for the assessment of treatment effects. *Am J Ment Defic*. 1985;89(5):485–491.
 40. Rojahn J, Rowe EW, Sharber AC, Hastings R, Matson JL, Didden R, Kroes DB, Dumont EL. The Behavior Problems Inventory-Short Form for individuals with intellectual disabilities: part I: development and provisional clinical reference data. *J Intellect Disabil Res*. 2012;56(5):527–45. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01507.x Epub 2011 Dec 12. PMID: 22151184.
 41. Einfeld SL, Tonge BJ. The Developmental Behavior Checklist: the development and validation of an instrument to assess behavioral and emotional disturbance in children and adolescents with mental retardation. *J Autism Dev Disord*. 1995;25(2):81–104. doi: 10.1007/BF02178498

42. Schoop-Kasteler N, Hofmann V, Antonius HN. Cillessen, Christoph M. Müller Social Status of Students with Intellectual Disabilities in Special Needs Schools: The Role of Students' Problem Behavior and Descriptive Classroom Norms. *Journal of mental health research in intellectual disabilities*. 2023;16(2):67–91. doi: 10.1080/19315864.2022.2029644
43. Aman MG, Tassé MJ, Rojahn J, Hammer D. The Nisonger CBRF: a child behavior rating form for children with developmental disabilities. *Res Dev Disabil*. 1996;17(1):41–57. doi: 10.1016/0891-4222(95)00039-9 PMID: 8750075.
44. Tassé MJ, Aman MG, Hammer D, Rojahn J. The Nisonger Child Behavior Rating Form: age and gender effects and norms. *Res Dev Disabil*. 1996;17(1):59–75. doi: 10.1016/0891-4222(95)00037-2 PMID: 8750076.
45. Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist/4-18. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry. 1991.
46. Carter AS, Grigorenko EL, Pauls DL. A Russian adaptation of the child behavior checklist: Psychometric properties and associations with child and maternal affective symptomatology and family functioning. *J Abnorm Child Psychol*. 1995;23:661–684. doi: 10.1007/BF01447471
47. Корнилова ТВ, Григоренко ЕЛ, Смирнов СД. Подростковая группа риска. СПб.: Питер, 2005. ISBN 978-5-534-07748-3
Kornilova TV, Grigorenko EL, Smirnov SD. Podrostkovaya gruppya riska. SPb.: Piter, 2005. (In Russ.). ISBN 978-5-534-07748-3
48. Ahmed S, Youssef AM, Abdelmageed RI, Abdelaziz AW. Behavioral and Sexual problems in Children with Mild Intellectual Disability: An Observational Study. *QJM: An International Journal of Medicine*. 2024;117(2):hcae175–843. doi: 10.1093/qjmed/hcae175.843
49. Плешкова НЛ, Татаренко ОВ, Севрюгин ДВ. Оценка эмоциональных и поведенческих нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра с помощью метода CBCL/1½-5. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология*. 2020;10(3):274–288. doi: 10.21638/spbu16.2020.305
Pleshkova NL, Tatarsenko OV, Sevryugin DV. Assessment of emotional and behavioural problems among children with autism spectrum disorder using the CBCL/1½-5. *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology*. 2020;10(3):274–288. (In Russ.). doi: 10.21638/spbu16.2020.305
50. Касаткин ВН, Бородин ИД, Девятерикова АА, Мальных СБ, Карелин АФ. Выявление нарушений поведения с помощью опросника Ахенбаха у детей с опухолями задней черепной ямки после завершения специального лечения (пилотажное исследование). *Онкогематология*. 2022;17(4):158–65. doi: 10.17650/1818-8346-2022-17-4-158-165
Kasatkin VN, Borodina ID, Devyaterikova AA, Malykh SB, Karelin AF. Identification of behavioral disorders using the Achenbach questionnaire in children with tumors of the posterior cranial fossa after completion of special treatment (pilot research). *Oncohematology*. 2022;17(4):158–65. (In Russ.). doi: 10.17650/1818-8346-2022-17-4-158-165
51. Королева ЮА. Типы поведения подростков с разными отклонениями в развитии. *Проблемы современного педагогического образования*. 2020;66–3:361–364.
Koroleva YuA. Types of behavior of teenagers with different deviations in development. *Problems of Modern Education*. 2020;66–3:361–364. (In Russ.).
52. Вайнер МЭ. Игровые технологии коррекции поведения дошкольников. Москва: Педагогическое общество России, 2004.
Vajner ME. Igrovyte tekhnologii korrektsii povedeniya doshkol'nikov. Moskva: Pedagogicheskoe obshchestvo Rossii, 2004. (In Russ.).
53. Шевченко ЮС. Этологические и социобиологические механизмы психопатологических расстройств. XIX Национальный конкурс «Золотая Психея» по итогам 2017 года. Материалы к проекту «Клиническая психотерапия: инстинктивно-поведенческие и нейропсихологические модели» (монография). 2017.
Shevchenko YuS. Etologicheskie i sociobiologicheskie mehanizmy` psihopatologicheskikh rasstrojstv. XIX Nacional`ny`j konkurs Zolotaya Psiheya po itogam 2017 goda. Materialy k proektu Klinicheskaya psihoterapiya: instinktivno-povedencheskie i ne-jropsihologicheskie modeli (monografiya). 2017. (In Russ.).
54. Дубровина ИВ, Акимова МК, Борисова ЕМ. Рабочая книга школьного психолога. М.: Просвещение, 1991 ISBN: 5-09-003074-X
Dubrovina IV, Akimova MK, Borisova EM. Rabochaya kniga shkol'nogo psihologa. M.: Prosveshchenie, 1991. (In Russ.). ISBN: 5-09-003074-X
55. Семаго ММ, Семаго НЯ. Диагностика базовой аффективной регуляции. *Школьный психолог*. 2001;05(77). [процитировано 25 июля 2025]. Доступно: <https://psy.1sept.ru/article.php?ID=200100505>
Semago MM, Semago NYa. Assessment of Basic Affective Regulation. *Shkol'nyj psiholog*. 2001;05(77). (In Russ.). [Cited July 25, 2025]. Available at: <https://psy.1sept.ru/article.php?ID=200100505>
56. Лебединская КС, Никольская ОС. Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления. М.: Просвещение, 1991. ISBN 5-09-003454-0
Lebedinskaya KS, Nikolskaya OS. Diagnosis of Early Childhood Autism: Initial Manifestations. M.: Prosveshchenie, 1991. (In Russ.). ISBN 5-09-003454-0
57. Никольская ОС. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма. М.: Центр лечебной педагогики, 2000. ISBN 5-88707-018-8
Nikolskaya OS. The Human Affective Sphere: A View Through the Lens of Childhood Autism. M.:

- Centr lechebnoj pedagogiki, 2000. (In Russ.). ISBN 5-88707-018-8
58. Морозова ИГ, Галасюк ИН, Шинина ТВ, Пасечник ОН. Методика «оценка детско-родительского взаимодействия» (ЕСПИ) с применением компьютерной системы «THE OBSERVER XT». В кн.: Сборник материалов Ежегодной международной научно-практической конференции «Воспитание и обучение детей младшего возраста». 2018;7:61–63. ISSN: 2308–6408
Morozova IG, Galasyuk IN, Shinina TV, Pasechnik ON. Metodika ocenka detsko-roditel'skogo vzaimodejstviya (ECPI) s primeneniem komp'yuternoj sistemy THE OBSERVER XT. V kn.: Sbornik materialov Ezhegodnoj mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoj konferencii «Vospitanie i obuchenie detej mladshego vozrasta». 2018;7:61–63. (In Russ.). ISSN: 2308-6408
 59. Delgado C, Gonzalez-Gordon RG, Aragón E and Navarro JI. Different Methods for Long-term Systematic Assessment of Challenging Behaviors in People with Severe Intellectual Disability. *Front. Psychol.* 2017;8:17. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00017
 60. Первичко ЕИ. Стратегии регуляции эмоций: процессуальная модель Дж. Гросса и культурно-деятельностный подход. *Национальный психологический журнал.* 2014;4(16):13–22.
Pervichko EI. Emotion regulation strategies: procedure modeling of J. Gross and cultural activity approach. *National Psychological Journal.* 2014;4(16):13–22. (In Russ.).
 61. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Rev. Gen. Psychol.* 1998;2(3):271–299
 62. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: Conceptual foundations. In *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press, 2007.
 63. Gross JJ. Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychol. Inq.* 2015;26(1):1–26. doi: 10.1080/1047840X.2014.940781
 64. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003;85(2):348–62. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348 PMID: 129165752
 65. John OP, Gross JJ. Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. *J Pers.* 2004;72(6):1301–33. doi: 10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x PMID: 15509284
 66. Girgis M, Paparo J, Kneebone I. How do children with intellectual disabilities regulate their emotions? The views of parents. *J Intellect Dev Disabil.* 2025;50(1):45–58. doi: 10.3109/13668250.2024.2372810
 67. Gioia GA, Isquith PK. Ecological assessment of executive function in traumatic brain injury. *Dev Neuropsychol.* 2004;25(1–2):135–58. doi: 10.1080/87565641.2004.9651925 PMID: 14984332.
 68. Горина ЕЮ, Ахутина ТВ. Оценка функций программирования и контроля у первоклассников: нейropsихологическое обследование, анализ ошибок на письме, опросник BRIEF. *Культурно-историческая психология.* 2011;7(3):105–113.
Gorina EYu, Ahutina TV. Assessment of programming and control functions in first-graders: neuropsychological testing, writing error analysis, and the BRIEF questionnaire. *Cultural-Historical Psychology.* 2011;7(3):105–113. (In Russ.).
 69. Горина ЕЮ. Опросник для оценки функции программирования и контроля у детей. Под ред. Т.В. Ахутиной. М. Теревинф, 2019. ISBN: 978-5-4212-0716-0
Gorina EYu. Questionnaire for Assessing the Programming and Control Function in Children. Pod red. T.V. Ahutinoj. M. Terevinf, 2019. (In Russ.). ISBN: 978-5-4212-0716-0
 70. Pratt B, Chapman T. Behavior Rating Inventory of Executive Function ratings in children with mental retardation. In *Behavior Rating Inventory of Executive function*. Edited by: Gioia GA, Isquith PK, Guy SC, Kenworthy L. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc. 2000:75–77.
 71. Protic M, Válková H. Confirmatory factor analysis of Bosnian version of Behavior Rating Inventory of executive functions in children with intellectual disability. *Journal of Exceptional People.* 2019;1(14):39–52. ISSN: 1805-4986
 72. Быкова НБ. Возрастная специфика сенсомоторной интеграции у детей и взрослых с умственной отсталостью. В сб.: Психологические проблемы подростка в современной школе и пути их решения. Санкт-Петербург: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2003. ISBN: 5-8064-0768-3
Bykova NB. Vozrastnaya specifika sensomotornoj integracii u detej i vzroslyh s umstvennoj otstalost'yu. V sb.: Psihologicheskie problemy podrostka v sovremennoj shkole i puti ih resheniya. Sbornik. Sankt-Peterburg: Izd-vo RGPU im. A.I. Gercena, 2003. (In Russ.). ISBN: 5-8064-0768-3
 73. Поздняк ВВ, Болсуновская ЮО. Особенности сенсорной обработки информации и адаптивного поведения в зависимости от клинко-физиологической формы умственной отсталости. *Образование: Ресурсы развития. Вестник ЛОИРО.* 2020;1:81–85.
Pozdnyak VV, Bolsunovskaya YuO. Features of Sensory Information Processing and Adaptive Behavior Depending on the Clinical-Physiological Form of Intellectual Disability. *Obrazovanie: Resursy razvitiya. Vestnik LOIRO.* 2020;1:81–85. (In Russ.).
 74. Будаева СД. К вопросу о сенсорном развитии обучающихся с интеллектуальными нарушениями. *Вестник Бурятского государственного университета. Образование. Личность. Общество.* 2022;2:19–22. doi: 10.18101/2307-3330-2022-2-19-22
Budaeva SD. More on sensory development of pupils with intellectual disabilities. *Vestnik*

- Buryatskogo gosudarstvennogo universiteta. Obrazovanie. Lichnost'. Obshchestvo.* 2022;2:19–22. (In Russ.). doi: 10.18101/2307-3330-2022-2-19-22
75. Исаев ДН. Трудные проблемы умственной отсталости. Специальная педагогика и специальная психология: современные методологические подходы: Коллективная монография. Под ред. Богдановой Т.Г., Назаровой Н.М. Москва: ЛОГОМАГ, 2013:281–286. EDN UFTVER.
Isaev DN. Trudnye problemy umstvennoj otstalosti. Special'naya pedagogika i special'naya psihologiya: sovremennye metodologicheskie podhody: Kollektivnaya monografiya. Pod red. Bogdanovoj T.G., Nazarovoj N.M. Moskva: LOGOMAG, 2013:281–286. (In Russ.). EDN UFTVER.
 76. Dunn W. Sensory profile 2. Psych Corporation. 2014. ISBN 0158700023, 9780158700021
 77. Богдашина ОБ. Особенности сенсорного восприятия при аутизме: введение в проблему. *Сибирский вестник специального образования.* 2012;2(6):13–31.
Bogdashina OB. Osobennosti sensorного восpriyatiya pri autizme: vvedenie v problemu. *Siberian Journal of Special Education.* 2012;2(6):13–31. (In Russ.).
 78. Кондрашова СМ. Расстройства поведения: неоднозначность терминологического подхода. *Вестник Витебского государственного медицинского университета.* 2003;2(1):52–57.
Kondrashova SM. Rasstrojstva povedeniya: neodnoznamenost' terminologicheskogo podhoda. *Vitebsk Medical Journal.* 2003;2(1):52–57. (In Russ.).
 79. Можгинский ЮБ. Агрессивность детей и подростков. Распознавание, лечение, профилактика. Изд. 2-е, стереотип. М.: «Когито-Центр», 2008. ISBN 978-5-89353-246-3
Mozhginskij YuB. Aggression in Children and Adolescents: Recognition, Treatment, Prevention. Izd. 2-e, stereotip. M.: «Kogito-Centr», 2008. (In Russ.). ISBN 978-5-89353-246-3
 80. Ковалев ВВ. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1979; 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1995.
Kovalyov VV. Psihiatriya detskogo vozrasta. M.: Medicina, 1979; 2-e izd., pererab. i dop. M.: Medicina, 1995. (In Russ.).
 81. Maïano C, Coutu S, Tracey D, Bouchard S, Lepage G, Morin AJS, Moullec G. Prevalence of anxiety and depressive disorders among youth with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2018;236:230–242. doi: 10.1016/j.jad.2018.04.029 Epub 2018 Apr 6. PMID: 29751238
 82. Whitney DG, Shapiro DN, Peterson MD, Warschausky SA. Factors associated with depression and anxiety in children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research.* 2019;63(5):408–417. doi: 10.1111/jir.12583
 83. Пекарь ИВ. Влияние тревожности на противоправное поведение несовершеннолетнего правонарушителя в норме и умственной отсталости. *Актуальные вопросы современной науки.* 2009;10:75–80.
Pekar IV. The Impact of Anxiety on Delinquent Behavior in Juvenile Offenders with Typical Development and Intellectual Disabilities. *Modern Science: actual problems of theory and practice.* 2009;10:75–80. (In Russ.).
 84. Богомолова АО. Особенности проявления тревожности у детей с умственной отсталостью. *Форум молодых ученых.* 2019;5(33):260–262.
Bogomolova AO. Peculiarities of manifestation of anxiety in children with mental retardation. *Forum molodyh uchenyh.* 2019;5(33):260–262. (In Russ.).
 85. Appleton H, Roberts J, Simpson K. How is anxiety identified and diagnosed in individuals with autism spectrum disorder and intellectual disability? A scoping review. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities.* 2019;12(3–4):152–175. doi: 10.1080/19315864.2019.1679299
 86. Mian ND, Carter AS, Pine DS, Wakschlag LS, Briggs-Gowan MJ. Development of a novel observational measure for anxiety in young children: The Anxiety Dimensional Observation Scale. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015;56(9):1017–25. doi: 10.1111/jcpp.12407 Epub 2015 Mar 16. PMID: 25773515; PMCID: PMC4532614
 87. Vos P, De Cock P, Petry K, Van Den Noortgate W, Maes B. (2010). Do you know what I feel? A first step towards a physiological measure of the subjective well-being of persons with profound intellectual and multiple disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities.* 2010;23(4):366–378. doi: 10.1111/j.1468-3148.2010.00553.x
 88. Реан АА, Костромина СН. Психология подростка. Практикум. Тесты, методики для психологов, педагогов, родителей. СПб.: «прайм-ЕВРОЗНАК», 2003. ISBN 5-93878-017-9
Rean AA, Kostromina SN. Psihologiya podrostka. Praktikum. Testy, metodiki dlya psihologov, pedagogov, roditelej. SPb.: «prajm-EVROZNAK», 2003. (In Russ.). ISBN 5-93878-017-9
 89. Борисова НА, Белобрыкина ОА, Гейдебрект НА, Штайц ТК. Школьная тревожность: противоречия диагностики (на примере анализа методики Б. Филлипса). *РЕМ: Psychology. Educology. Medicine.* 2016;2:123–165.
Borisova NA, Belobrykina OA, Geydebrekht NA, Schtaiz TK. School anxiety: diagnostics contradictions (case of analysis of technique of B. Phillips). *PEM: Psychology. Educology. Medicine.* 2016;2:123–165. (In Russ.).
 90. Sasikala G. Relationship between social skills and problem behaviour on academic performance of the children with mild intellectual disability in inclusive education in trichy district. *International Journal Of Pharmaceutical Sciences And Research.* 2023. doi: 10.13040/IJPSR.0975-8232.14(7).3575-84

91. Данилина КК, Горбачевская НЛ. Исследование адаптивного статуса и аутистических проявлений у разновозрастных групп пациентов с моногенной формой расстройств аутистического спектра — синдромом Мартина–Белл. *Клиническая и специальная психология*. 2020;9(2):79–98. doi: 10.17759/cpse.2020090204
Danilina KK, Gorbachevskaya NL. Investigation of Adaptive Functioning and Autistic Manifestations in Different Age Groups of Patients with a Monogenic Form of Autism Spectrum Disorder — Martin-Bell Syndrome. *Clinical Psychology and Special Education*. 2020;9(2):79–98. (In Russ.). doi: 10.17759/cpse.2020090204
92. Сайфутдинова ЛР, Сударикова МА. Оценка уровня развития адаптации ребенка с помощью шкалы Вайнленд. *Школа здоровья*. 2004;1:48–56.
Sajfutdinova LR, Sudarikova MA. Assessment of the Level of Adaptive Functioning in a Child Using the Vineland Scale. *Shkola zdorovya*. 2004;1:48–56. (In Russ.).
93. Алексеева АМ, Бурина ЕА, Ильина МН, Щелкова ОЮ. Взаимосвязь когнитивных функций и социальной адаптации детей с психическими нарушениями. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология*. 2013;4:45–60.
Alekseeva AM, Burina EA, Ilyina MN, Shchelkova OYu. The interrelation of cognitive functions and social adaptation of children with mental disorders. *Vestnik of Saint Petersburg University Sociology. Sociologiya*. 2013;4:45–60. (In Russ.).
94. Овчинникова ИВ, Жукова МА, Григоренко ЕЛ. Апробация методики Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS) на русскоязычной выборке. *Вопросы психологии*. 2018;6:134–145.
Ovchinnikova IV, Zhukova MA, Grigorenko EL. Experimental testing of the technique Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS) on a Russian language sample. *Voprosy Psikhologii*. 2018;6:134–145. (In Russ.).
95. Инденбаум ЕЛ. Методическое обеспечение мониторинга психосоциальной адаптированности школьников с нарушением в развитии. *Специальное образование*. 2024;1(73):85–113.
Indenbaum EL. Methods for monitoring the level of psychosocial adaptation of students with developmental disabilities. *Special Education*. 2024;1(73):85–113. (In Russ.).
96. Рагозина ГА. Практическое применение диагностических методик KID-R и RCDI-2000 для оценки актуального уровня развития ребенка раннего возраста. Изучение и образование детей с различными формами дизонтогенеза. В сб.: Материалы Международной научно-практической конференции памяти профессора В.В. Коркунова. Екатеринбург 2021. ISBN 978-5-7186-1828-0
Ragozina GA. Practical Application of the KID-R and RCDI-2000 Diagnostic Tools for Assessing the Current Developmental Level of Young Children. Study and Education of Children with Various Forms of Dysontogenesis. V sb.: Materialy Mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii pamyati professora V.V. Korkunova. Ekaterinburg 2021. (In Russ.). ISBN 978-5-7186-1828-0
97. Киньшина ВН, Ширяев ОЮ, Чаплин АВ. Особенности личности и выраженность аффективных нарушений у умственно отсталых подростков с девиантным поведением. *Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья*. 2010;39(2):12–15.
Kin'shina VN, Shiryayev OYu, Chaplin AV. Personality traits and the level of affective disorder in teenagers with developmental disability and deviations. *Medical Scientific Bulletin of Central Chernozemye*. 2010;39(2):12–15. (In Russ.).
98. Ошевский ДС, Соловьева МС. Социально-психологические факторы риска агрессивного поведения у подростков с умственной отсталостью. *Психическое здоровье*. 2016;14;1(16):26–31.
Oshevsky DS, Solovieva MS. The social and psychological risk factors for aggressive behavior in adolescents with mental retardation. *Mental health*. 2016;14;1(16):26–31. (In Russ.).
99. Самойлюк ЛА, Логунова КГ, Юшкова АЭ. Особенности проявлений агрессии у подростков с легкой умственной отсталостью. *Педагогический ИМИДЖ*. 2021;15;2(51):247–259. doi: 10.32343/2409-5052-2021-15-2-247-259
Samojlyuk LA, Logunova KG, Yushkova AE. Distinctive characteristics of aggression in adolescents with mild mental retardation. *Pedagogical IMAGE*. 2021;15;2(51):247–259. (In Russ.). doi: 10.32343/2409-5052-2021-15-2-247-259
100. Верхотурова НЮ. Комплексная оценка эмоционального реагирования учащихся младшего школьного возраста с нарушением интеллектуального развития. *Вестник Череповецкого государственного университета*. 2012;(vol.2)4(43):142–146.
Verhoturova NYu. A Comprehensive Assessment of Emotional Responsiveness in Primary School Children with Intellectual Development Disorders. *Vestnik Cherepoveckogo gosudarstvennogo universiteta*. 2012;(vol.2)4(43):142–146. (In Russ.).
101. Шванцара Й. Диагностика психического развития: монография. Йозеф Шванцара и коллектив авторов; общая редакция перевода с чешского Г.А. Овсянников. Прага: Авиценум, 1978.
Shvancara J. Diagnostika psichicheskogo razvitiya: monografiya. Jozef Shvancara i kolektiv avtorov; obshchaya redakciya perevoda s cheshskogo G.A. Ovsyannikov. Praha: Avicenum, 1978. (In Russ.).
102. Бажукова ОА. Влияние фрустрации на поведение умственно отсталых учащихся подросткового возраста. *Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена*. 2011;139:53–59.
Bajukova OA. Frustration impact on the behavior of mentally retarded teenagers. *Izvestia*:

- Herzen University Journal of Humanities & Sciences. 2011;139:53–59. (In Russ.).
103. Овчинников АА, Султанова АН, Сычева ТЮ, Васильева ЮЕ, Максименко ПА. Особенности эмоционально-личностной сферы у детей с умственной отсталостью *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2019;2:55–60. doi: 10.31363/2313-7053-2019-2-55-60
Ovchinnikov AA, Sultanova AN, Sycheva TYu, Vasileva YuE, Maksimenko PA. Features of the emotional-personal sphere in children with mental retardment. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2019;2:55–60. (In Russ.). doi: 10.31363/2313-7053-2019-2-55-60
 104. Николаенко ЯН. Отклоняющееся поведение подростков с легкой степенью умственной отсталости. *Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена*. 2009;98:286–290.
Nikolaenko YaN. Deviant behaviour of mentally retarded teenagers. *Izvestia: Herzen University Journal of Humanities & Sciences*. 2009;98:286–290. (In Russ.).
 105. Григорьева АС. Факторы дезадаптивного поведения умственно отсталых подростков. *Высшее образование сегодня*. 2014;3:47–50.
Grigor'eva AS. Factors of Maladaptive Behavior in Adolescents with Intellectual Disabilities. *Higher education today*. 2014;3:47–50. (In Russ.).
 106. Колосова ТА. Особенности копинг-поведения и механизмов психологической защиты умственно отсталых подростков. *Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена*. 2007;10(31):189–193.
Kolossova TA. Features of Coping Behavior and Psychological Defense Mechanisms in Adolescents with Intellectual Disabilities. *Izvestia: Herzen University Journal of Humanities & Sciences*. 2007;10(31):189–193. (In Russ.).
 107. Plutchik R, Kellerman H, Conte HR. A Structural Theory of Ego Defenses and Emotions. Carol E. Izard (ed.). *Emotions in Personality and Psychopathology*. Springer, 1979
 108. Крайг Г, Бокум Д. Психология развития. СПб.: Питер, 2005.
Krajg G, Bokum D. *Psihologiya razvitiya*. SPb.: Piter, 2005. (In Russ.).
 109. Логинова СВ, Слободская ЕР, Козлова ЕА, Корниенко ОС. Адаптация опросника для изучения практик родительского воспитания детей дошкольного возраста (APQ-PR). *Психологические исследования*. 2016;9(47):12.
Loginova SV, Slobodskaya ER, Kozlova EA, Kornienko OS. Psychometric properties of a russian version of the Alabama Parenting Questionnaire — preschool revision (APQ-PR). *Psychological Studies*. 2016;9(47):12. (In Russ.).
 110. Карелин АА. Большая энциклопедия психологических тестов. М.: Эксмо, 2003.
Karelin AA. *Bol'shaya enciklopediya psihologicheskikh testov*. M.: Eksmo, 2003. (In Russ.).
 111. Галасюк ИН, Митина ОВ, Горелов НЕ. Разработка и апробация опросника «родительская отзывчивость» для родителей детей раннего возраста. Современные направления диагностики в клинической (медицинской) психологии. Научное издание. Коллективная монография г/под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рошиной. М.: ООО «Сам Полиграфист», 2021. ISBN 978-5-94051-150-4.
Galasyuk IN, Mitina OV, Gorelov NE. Development and Validation of the “Parental Responsiveness” Questionnaire for Parents of Young Children. Current Trends in Assessment within Clinical (Medical) Psychology. Nauchnoe izdanie. Kollektivnaya monografiya g/pod red. N.V. Zverevoy, I.F. Roshchinoj. M.: ООО «Sam Poligrafist», 2021. (In Russ.). ISBN 978-5-94051-150-4.
 112. Галасюк ИН, Митина ОВ. Детско-родительское взаимодействие в период раннего детства: сравнительный анализ профилей родительской отзывчивости в диадах с типично и атипично развивающимися детьми. *Консультативная психология и психотерапия*. 2021;29.2:119–144. doi: 10.17759/cpp.2021290206
 - Galasyuk IN, Mitina OV. Parent-Child Interaction in Early Childhood: A Comparative Analysis of Parental Responsiveness Profiles in Dyads with Typically and Atypically Developing Children. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2021;29.2:119–144. (In Russ.). doi: 10.17759/cpp.2021290206
 113. Галасюк ИН, Митина ОВ. Разработка и апробация опросника «родительская позиция в семье с особым ребенком». *Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование*. 2017;4(10):137–154.
Galasyuk IN, Mitina OV. The development and approbation of the questionnaire “Parental position in the family with a special child”. *RGGU Bulletin. Seriya “Psihologiya. Pedagogika. Obrazovanie”*. 2017;4(10):137–154. (In Russ.).
 114. Егорова ОН. Особенности социального интеллекта подростков с легкой степенью умственной отсталости с девиантным поведением. *Современные проблемы науки и образования*. 2014;1:417.
Egorova ON. Features of social intelligence in adolescences with mental retardation with deviant behaviour. *Modern problems of science and education*. 2014;1:417. (In Russ.).
 115. Guilford J. The nature of human intelligence. N.Y.: McGraw-hill, 1967.

Сведения об авторах:

Екатерина Сергеевна Прохоренко, младший научный сотрудник, отделение детской психиатрии, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева», Санкт-Петербург, Россия

fabulakati@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-3867-548X>

Игорь Владимирович Макаров, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения детской психиатрии, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева»; профессор кафедры психиатрии и наркологии, ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

ppsy@list.ru; <http://orcid.org/0000-0003-0176-3846>

Information about the authors

Ekaterina S. Prokhorenko, Junior Researcher, Department of Child Psychiatry, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

fabulakati@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-3867-548X>

Igor V. Makarov, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of Department, Department of Child Psychiatry, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology; professor, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

ppsy@list.ru; <http://orcid.org/0000-0003-0176-3846>

Вклад авторов

Прохоренко Е.С. — поиск и анализ литературных источников, написание черновика рукописи, редакторская подготовка;

Макаров И.В. — научное руководство.

Authors' contribution

Ekaterina S. Prokhorenko — search and analysis of literary sources, writing of the manuscript draft, editorial preparation;

Igor V. Makarov — scientific supervision.

Конфликт интересов/Conflict of interests

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interests.

Дата поступления 19.09.2025

Received 19.09.2025

Дата рецензирования 04.03.2026

Revised 04.03.2026

Дата принятия к публикации 31.03.2026

Accepted for publication 31.03.2026

Непсихиатрическая психиатрия: концептуальный пересмотр психосоматической парадигмы

Самвел Грантович Сукиасян

Центр психосоциального регулирования, Ереван, Армения

Армянский государственный педагогический университет им. Х Абовяна, Ереван, Армения

Для корреспонденции: Самвел Грантович Сукиасян doc.sukiasyan@gmail.com; samsu57@yahoo.com

Резюме

В статье анализируются ограничения доминирующей психосоматической парадигмы в современной психиатрии и общей медицине. На основе эпидемиологических данных и критического обзора теоретических оснований обосновывается необходимость новой интегративной модели — «непсихиатрической психиатрии». Концепция фокусируется на церебральном единстве психических и соматических функций как предмете исследования, предлагая пересмотр диагностических и терапевтических подходов в условиях роста психосоматической патологии в первичном звене здравоохранения.

Ключевые слова: психиатрия, непсихиатрическая психиатрия, психиатрическая парадигма, психосоматические расстройства, предмет психиатрии, психиатрический синдром

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

DISCUSSION

UDC 616–89

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-3-135-141>

Non-Psychiatric Psychiatry: a Conceptual Revision of the Psychosomatic Paradigm

Samvel G. Sukiasyan

Psychosocial Recovery Center, Armenian State Pedagogical University named after Kh. Abovyan, Yerevan, Armenia

Corresponding author: Samvel G. Sukiasyan doc.sukiasyan@gmail.com; samsu57@yahoo.com

Summary

The article analyzes the limitations of the dominant psychosomatic paradigm in modern psychiatry and general medicine. Based on epidemiological data and a critical review of theoretical foundations, the necessity for a new integrative model — “non-psychiatric psychiatry” — is substantiated. The concept focuses on the cerebral unity of mental and somatic functions as the subject of research, proposing a revision of diagnostic and therapeutic approaches in the context of increasing psychosomatic pathology in primary healthcare.

Keywords: psychiatry, non-psychiatric psychiatry, psychiatric paradigm, psychosomatic disorders, subject of psychiatry, psychiatric syndrome

Funding: The study was conducted on an initiative basis without sponsorship.

ВВЕДЕНИЕ

Психосоматическая парадигма, представленная свыше 300 концепций (психологическими, нейро-биологическими, клиническими), доминирует в современной психиатрии и общемедицинской практике [1, 2]. Однако наблюдается тенденция к гипердиагностике психосоматических расстройств, которые охватывают практически всю человеческую патологию, особенно на первичном уровне оказания

помощи (до 50% пациентов) [3]. Эпидемиологическая распространенность выступает одним из ключевых факторов актуальности: исследования свидетельствуют, что у 18,6–27,7% населения имеются какие-либо симптомы, требующие вмешательства, при этом 69–76% пограничных психических расстройств манифестируют соматически [4]. Вместе с тем, успехи нейронаук последних лет поставили проблему пересмотра ряда категорий и понятий в психиатрии [5].

Проблема интервенции в общемедицинскую сеть

Наблюдается устойчивый рост обращаемости пациентов с психиатрической симптоматикой в первичное звено [6]. Этот процесс сопровождается экспансией интернистов (неврологов, терапевтов, эндокринологов) в область пограничной психиатрии. Отсутствие у них специализированной подготовки приводит к фокусировке на соматических жалобах, функциональных и психовегетативных нарушениях и назначению симптоматической терапии, даже при отсутствии органической патологии [7]. Это указывает на системную дисфункцию: общемедицинская сеть де-факто выполняет несвойственные ей функции психиатрической помощи [8, 9].

Кризисные явления в современной психиатрии

Несмотря на значимые достижения как в психиатрии, так и в смежных науках (концепция стресса Селье, психофармакология, нейровизуализация, нейротрансмиссия и т.д.), психиатрия сталкивается с методологическими и концептуальными вызовами, которые воспринимались как кризисы в психиатрии еще в середине прошлого века [10] и продолжают восприниматься как таковые в наше время [11–14]:

Нозологический тупик

Крепелиновская модель, основанная на принципах природной сущности психиатрии, иерархии симптомов и независимости от неврологии, неадекватна для психосоматики. Современные классификации (DSM, МКБ) описывают расстройства, а не болезни, теряя клинико-научную специфику. Это обусловлено сложным характером и природой психических процессов, отсутствием специфических маркеров и неполноценностью классификаций.

Синдромологический застой

Имеющиеся подходы к пониманию и дифференциации синдромов перестали соответствовать клинической реальности, особенностям пограничной психиатрии, отсутствует прогресс в дифференциации синдромов, имеющих слабую связь с выбором терапии. Подобные проблемы были затронуты еще А. Кронфельдом в 40-х годах прошлого века [15]. Современное состояние понятия «синдром» отражается в классификациях психических расстройств, в частности в МКБ-10 [16]. В ней основная часть функционально и органически обусловленной психической патологии представлена в виде синдромальных рубрик; сам термин «синдром» подменяется такими понятиями, как «расстройство», «эпизод», «реакция», «дисфункция», «нарушение». А некоторые клинические состояния (синдромы-диагнозы) определяются сокращенно: деменция, делирий, фуга, амнезия.

Разрыв теории и практики

Нейробиологические открытия последних 2–3 десятилетий (нейромедиация, генетика, нейроморфология) остались не интегрированными в рутинную диагностику и лечение [17–20].

Доминанта соматизации

Клиническая картина все чаще характеризуется преобладанием соматических ощущений при пограничных и даже психотических психических расстройствах [21–24]. Главное концептуальное упущение существующих моделей — ограничение предмета психиатрии исключительно «патологией психики», игнорируя мозг как интегрирующий орган, регулирующий все функции организма (психические, соматические, эндокринные, вегетативные) [25].

Концепция непсихиатрической психиатрии: теоретические основания

Концепция непсихиатрической психиатрии исходит и опирается на три аспекта психосоматической проблемы: нейробиологический [26–28], психологический [29–31] и клинический [32–38].

Нейробиологический аспект проблемы

Более или менее изучен дофаминовый обмен при психических расстройствах. Имеющиеся данные подтверждают, что дофаминовые системы мозга коррелируют с отдельными психопатологическими симптомами и с поражением определенных мозговых структур через определенные тракты в мозге. Патогенез многих психосоматических расстройств связан со снижением активности ГАМКергических и серотониновых нейронов и активацией гистаминовых, норадреналиновых, глутаматных нейронов [39]. Вся разнообразная гамма соматических симптомов в психосоматике связана с изменениями активности указанных нейронов. Однако с нейробиологических позиций нет специфических патогенетических механизмов и структур мозга для того или иного психического расстройства. Единственное, что объединяет психосоматические расстройства — это наличие в их структуре симптомов соматического содержания. Диагноз болезни зависит от того, к какому специалисту обратится пациент. Дофаминовая теория подводит «органическую» основу под психические расстройства.

Психологические аспекты проблемы

Разграничение психосоматических расстройств проводилось с позиций психогенеза. Много интересных концепций, объясняющих психогенез этих расстройств. Наиболее интересной представляется концепция F. Alexander [40] — «теория специфического психодинамического конфликта», в которой он, следуя идеям Р. Вирхова (любая болезнь связана с каким-то патологическим процессом в клетках) и Л. Пастера (микроорганизмы вызывают болезни), показал, что любая эмоция имеет специфическое соматическое проявление. Соматические симптомы — это не символическое выражение вытесняемых эмоций (как в психоанализе), а естественный физиологический коррелят эмоционального состояния. То есть каждый соматический симптом «имеет» специфичные для каждого патологического состояния неосознанные эмоциональные конфликты. Но выбор органа, который «заболеет», согласно «концепции де- и ресоматизации» M. Schur предопределяется как врожденными, так и приобретенными

факторами [41]. То есть в проявлении психосоматического симптома имеют значение органические факторы.

Как классические, так и современные представления о роли личности в формировании психосоматических расстройств едины во мнении, что существует некая «препсихосоматическая личность» (или личностный радикал), предопределяющая развитие психосоматической патологии. Имеется в виду некая совокупность преморбидных личностных особенностей, которые приводят к заболеванию вследствие их «включенности» в психосоматическое переживание.

Клинические аспекты проблемы

Функциональные нарушения внутренних органов связаны с такими психическими расстройствами, как тревога и депрессия, а также астения, ипохондрия и т.д. [42, 43]. Расстройства тревожного и депрессивного спектра рассматриваются как ведущие клинические факторы, определяющие многолетнее персистирование соматических (соматоформных) нарушений. Длительное сочетание тревожных и депрессивных феноменов с функциональными нарушениями внутренних органов приводит к ипохондрической фиксации на деятельности организма [44]. Предлагаемая концепция базируется на пересмотре предмета психиатрии как патологии головного мозга в его функциональной целостности, а не исключительно патологии психики [25, 45].

Ключевые теоретические предпосылки

Теория функциональных систем (П.К. Анохин)

Мозг состоит из психофизиологических функциональных систем, которые включают элементы морфофункциональных, нейродинамических и гомеостатических систем — морфология, связи, функция. Свою деятельность психофизиологические системы осуществляют через вегетативную нервную систему и эмоции, морфологической основой которых являются подкорковые структуры (лимбическая система, таламус, гипоталамус и др.). Деятельность системы направлена на сохранение гомеостаза. Перегрузка психофизиологической системы (аллостатическая перегрузка) приводит к изменениям физиологических, психологических и социально-психологических характеристик человека, которые проявляются симптомами соматических и психических патологических состояний [46, 47].

Учение о *vigor vitalis* (И.М. Сеченов)

В норме интерцепция остается подпороговой и неосознанной. Это обеспечивает здоровый тонус организма, соматопсихический комфорт. Сеченов рассматривал это свойство как имманентное человеку. Патология выводит телесные ощущения на уровень сознания, они становятся выраженными, мучительными, формируя первичное звено соматопсихического дискомфорта с тревогой и страхом. Эмоции и ощущения (иначе говоря — душа и сома) проявляются как единое целое и составляют первичное психопатологическое звено последующего патологического процесса. Именно это

звено лежит в основе всех проявлений психосоматического континуума (непрерывности) [48].

Концепция кайнестопатий/сенестопатий (М.И. Аствацатуров, В.А. Гиляровский)

Эта концепция является развитием учения Сеченова о жизненных валовых чувствах. Кайнестопатии — это не просто ощущения, а комплексные переживания, состоящие из мучительных ощущений, сопровождающихся беспокойством, тревогой, страхом [49]. Иначе говоря — это сенестопатии. В.А. Гиляровский рассматривал ощущения как «выражение тончайших процессов мозга» и «основной источник познания», поэтому исследование психических заболеваний должно начинаться с анализа ощущений [50, 51].

Уровневая модель сознания (А.А. Меграбян)

Это учение логически продолжает теорию П.К. Анохина на уровне психологии. Сознание личности формируется в онтогенезе последовательно — от элементарного уровня ощущений до высших форм сознания, проходя следующие этапы: интеллектуально-мнестическая деятельность, эмоционально-волевая сфера и разумно-нравственное поведение. Постепенно личность учится активно управлять своим сенсорным миром. На первом уровне человек подчиняется стихии ощущений и эмоций. На втором — преодолевает ее через развитие мышления. На третьем — полностью подчиняет свои телесные (соматические) функции. На четвертом — учится координировать свои влечения, аффекты и страсти. И, наконец, на пятом уровне — преодолевая свою, мягко говоря, архаическую сущность, человек поднимается на вершину разумной нравственности. Сознание постепенно обогащается информационным содержанием. Нарушения способности к управлению ощущениями, мыслями, эмоциями и действиями, по мнению А.А. Меграбяна, являются одним из ключевых признаков психических расстройств. Прекращение доступа информации вызывает «сенсорный голод» и, как следствие, приводит к расстройству психической деятельности. То есть происходит нарушение *vigor vitalis* (жизненной энергии), по И.М. Сеченову, что, в свою очередь, запускает психосоматическое (непсихиатрическое) расстройство [52].

Патогенетическая модель и структура расстройств

Построение модели опирается на концепцию единства «тела и души» [53, 54]. Патогенетическая модель и структура расстройств представляется следующим образом. Напряжение функциональных систем (стресс, аллостатическая нагрузка) вызывает два типа реакций: неспецифические (общие) и специфические (особые). Сначала формируются общие неспецифические реакции (неспецифический адаптационный синдром по Селье), выраженность которых варьируется от практически незаметных до достаточно выраженных неврастенических синдромов в рамках различных нозологических форм. В рамках психосоматических расстройств эти реакции проявляются аффективными нарушениями — тревогой, страхом, напряжением,

беспокойством, раздражительностью, истощением, неустойчивостью настроения. При длительном воздействии стрессовых факторов или наличии стресс-диатеза защитная реакция сама приводит к нарушению гомеостаза, и для компенсации этих нарушений подключаются специфические реакции. Усиливается тревога, сопровождаемая рядом адаптационных вегетативных реакций. Формируется патологический круг, в котором стрессовые реакции вызывают психические проявления (витально-аффективные расстройства, тревога), которые в свою очередь усиливают соматическую активность, что ведет к дезинтеграции (рассогласованию) психических проявлений. Специфическая реакция включает соматический, психический и средовой уровни. Соматический уровень представлен функционально-соматическими, психовегетативными, сенестопатическими, соматоформными расстройствами (доминирующий уровень). Психический уровень представлен астено-невротическими, тревожно-депрессивными, ипохондрическими расстройствами. Средовой уровень включает биопсихосоциальные факторы.

Клиническая структура расстройств в рамках концепции включает три взаимосвязанных психопатологических уровня:

Уровень ощущений: соматогенные расстройства (функциональные, вегетативные, сенестопатии), нарушающие гомеостаз и *vigor vitalis*, приводят к потере контроля над телесными функциями и схемой тела.

Аффективный уровень: тревога и депрессия, структурированные компонентами: соматоформным (телесная трансформация), психосенсорным, аффективно-идеаторным.

Уровень мышления: обсессивные, сверхценные расстройства, формирующиеся на основе патологических ощущений и аффекта. Возможны и бредовые расстройства, но это уже другая область патологии.

Сравнительный анализ парадигм

Сравнительный анализ традиционной парадигмы (ТП) в психиатрии и концепции непсихиатрической психиатрии (КНП) позволяет понять преимущества той или иной из парадигм. В фокусе внимания, объектом изучения в ТП являются отдельные психические симптомы. Концепция непсихиатрической психиатрии рассматривает в качестве объекта изучения единство психических и соматических проявлений (так называемый церебро-соматический синдром).

Если диагностические подходы и критерии в ТП ориентированы на психопатологические симптомы (по DSM/МКБ), в КНП ставится акцент на телесные ощущения в сочетании с аффективными и когнитивными компонентами. Диагностика учитывает данные психометрических шкал и опросников.

В этиопатогенезе психических расстройств ТП придает значение моноаминовой теории, рассматривая линейную модель возникновения патологии (генетика + психическая травма), в то время как КНП исходит из биопсихосоциальной модели болезней и опирается на такие измеряемые факторы, как стресс,

стресс-диатез, личностная predisposition, факторы среды.

ТП в качестве нейробиологических маркеров болезни рассматривает дофаминовую гипотезу, КНП — воспалительные цитокины (IL-6, TNF-α и др.).

Специализированная помощь в рамках ТП оказывается в психиатрических учреждениях и построена по вертикальному принципу (психиатр-пациент), КНП предлагает междисциплинарную сетевую команду (терапевт-невролог-психиатр), которая действует в первичном звене здравоохранения, в общемедицинской сети. Терапевтической мишенью в рамках ТП является купирование психотической и аффективной симптоматики, в то время как КНП рассматривает в качестве мишени комплексное воздействие на нейровегетативные, эндокринные и психические процессы. Частота рецидивов в ТП оценивается в 42%, в непсихиатрической психиатрии — 23%.

В компетенции ТП находятся такие формы психической патологии, как шизофрения, биполярное аффективное расстройство, психотические расстройства, органические психические расстройства, ослабляющие заболевания. В компетенции КНП находятся соматоформные расстройства, функциональные расстройства различных органов и систем, тревожные, депрессивные расстройства, ипохондрия, психосоматозы и т.д.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Концепция «непсихиатрической психиатрии» предлагает радикальный сдвиг от дуализма «психика-сoma» к интегративной модели, где предметом исследования выступает головной мозг как целостный регуляторный орган. Это позволяет решать ряд проблем, довлеющих над психиатрией: теоретические проблемы — преодолеть кризис нозологии и синдромологии, интегрировать достижения нейронаук; клинические проблемы — обосновать раннее выявление и междисциплинарное ведение расстройств в первичном звене, снизить стигматизацию; организационные проблемы — оптимизировать ресурсы за счет превентивного подхода и амбулаторных моделей (снижение количества госпитализаций); научные проблемы — стимулировать пересмотр классификаций (DSM/ICD) и развитие персонализированной терапии, нацеленной на патогенетические механизмы (нейровоспаление, стресс-реактивность).

Внедрение данной парадигмы требует дальнейших исследований для валидации диагностических алгоритмов, оценки клинeco-экономической эффективности и разработки образовательных программ для врачей первичного звена.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Greco M. On illness and value: biopolitics, psychosomatics, participating bodies. *Medical*

- Humanities*. 2019;45:107–115. doi: 10.1136/med-hum-2018-011588
2. Сукиасян СГ. Психосоматические концепции как предпосылки концепции «непсихиатрической психиатрии»: психологические и психобиологические концепции. Часть 1. *Sciences of Europe*. 2021;(70–2):45–54. doi: 10.24412/3162-2364-2021-70-2-45-54
Sukiasyan S. A new approach to the psychosomatic problem *Sciences of Europe*. 2021(70–2):45–54. (In Russ.). doi: 10.24412/3162-2364-2021-70-2-45-54
 3. Gitlin DF, Levenson JL, Lyketsos CG. Psychosomatic medicine: a new psychiatric subspecialty. *Acad Psychiatry*. 2004;8(1):4–11. doi: 10.1176/appi.ap.28.1.4 PMID: 15140802
 4. Jacobi F, Höfler M, Siegert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Hapke U, Maske U, Seiffert I, Gaebel W. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the mental health module of the German health interview and examination survey for adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2014;23(3):304–319. doi: 10.1002/mpr.1439
 5. Cuthbert B. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry*. 2014;13(1):28–35. doi: 10.1002/wps.20087
 6. De Waal M, Arnold I, Eekhof J, Van Hemert A. Somatoform disorders in general practice: Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry*. 2004;184(6):470–476. doi: 10.1192/bjp.184.6.470
 7. Elks ML. On the genesis of somatization disorder: the role of the medical profession. *Medical hypotheses*. 1994;43(3):151–154. doi: 10.1016/0306-9877(94)90141-4
 8. Greck M. Somatization and bodily distress disorder. In: Boeker H, Hartwich P, Northoff G, editors. *Neuropsychodynamic Psychiatry*. New York: Springer. 2018;319–334. doi: 10.1007/978-3-319-75112-2_15
 9. Gomez-Caminero A, Blumentals WA, Russo LJ, Brown RR, Castilla-Puentes Ruby MD. Does Panic Disorder Increase the Risk of Coronary Heart Disease? A Cohort Study of a National Managed Care Database. *Psychosom Med*. 2005;67(5):688–691. doi: 10.1097/01.psy.0000174169.14227.1f
 10. BION WR. Psychiatry at a time of crisis. *Br J Med Psychol*. 1948;21(2):81–9. doi: 10.1111/j.2044-8341.1948.tb01159.x PMID: 18911935.
 11. Pingani L, Luciano M, Sampogna G, De Rosa C, Pinna F, Volpe U, Vecchio VD, Fiorillo A. The crisis in psychiatry: A public health perspective. *Int Rev Psychiatry*. 2014;26(4):530–534. doi: 10.3109/09540261.2014.931838
 12. Stein DJ, Shoptaw SJ, Vigo DV, Lund C, Cuijpers P, Bantjes J, Sartorius N, Maj M. Psychiatric diagnosis and treatment in the 21st century: paradigm shifts versus incremental integration. *World Psychiatry*. 2022;21(3):393–414. doi: 10.1002/wps.20998
 13. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry*. 2010;9:21–28. doi: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00257.x
 14. Gaebel W, Zielasek J, Cleveland H-R. Psychiatry as a medical speciality: challenges and opportunities. *World Psychiatry*. 2010;9:1:36–38. doi: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00265.x
 15. Кронфельд А. Проблемы синдромологии и нозологии в современной психиатрии В кн.: Труды Института им. Ганнушкина. М. 1940:5–147.
Kronfel'd A. Problemy sindromologii i nozologii v sovremennoj psihiatrii V kn.: Trudy Instituta im. Gannushkina. M. 1940:5–147. (In Russ.).
 16. Чугунов ВВ, Михайлов БВ, Гринвальд СГ. Эволюция синдромологии в психиатрии: определения, патогенез, классификации. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2016(1):65–78.
Chugunov VV, Mihajlov BV, Grinval'd SG. Jevoljucija sindromologii v psihiatrii: opredelenija, patogenez, klassifikacii. *Choloviche zdorov'ja, genderna ta psiho-somatichna medicina*. 2016(1):65–78. (In Russ.).
 17. Кононова ЕС. Нейробиологический аспект современных концепций исследования человека. *Abyss (Вопросы философии, политологии и социальной антропологии)*. 2020(2):5–20.
Kononova ES. Neurobiological aspect of modern concepts of human research. *Abyss (Studies in Philosophy, Political science and Social anthropology)*. 2020(2):5–20. (In Russ.).
 18. Беребин МА, Пашков АА. Нейробиологические, нейрокompьютерные и нейровизуализационные аспекты исследования стресса и постстрессовых расстройств (литературный обзор). *Психология. Психофизиология*. 2017;10(1):106–20. (In Russ.). doi: 10.14529/psy170111
Berebin MA, Pashkov AA. Neurobiological, Neurocomputational and Neuroimaging Aspects of Stress and Posttraumatic Stress Disorders' Studies (Review) *Psychology. Psychophysiology* 2017;10(1):106–120. (In Russ.). doi: 10.14529/psy170111
 19. Абриталин ЕЮ, Шамрей ВК, Корзенев АВ. Современные методы нейровизуализации в диагностике психических расстройств. *Профилактическая и клиническая медицина*. 2011(3):234–9.
Abritalin EYu, Shamrey VK, Korzenev AV. Modern methods of neuroimaging in diagnostics of mental disorders. *Preventive and clinical medicine*. 2011(3):234–239. (In Russ.).
 20. Masdeu JC. Neuroimaging in psychiatric disorders. *Neurotherapeutics*. 2011;8(1):93–102. doi: 10.1007/s13311-010-0006-0
 21. Смулевич АБ, Дубницкая ЭБ. К построению дименсиональной ритмологической модели депрессий. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2010;110(1):4–10.

- Smulevich AB, Dubnitskaia ÉB. A dimensional rhythmological model of depression. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2010;110(1):4–10. (In Russ.)
22. Сукиасян СГ, Манасян НГ, Чшмаритян СС. Соматизированные психические нарушения. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2001;2:57–61. Sukiassian S, Manassian N, Jeshmaridian S. Concerning somatized mental disorders problem *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2001;2:57–61. (In Russ.).
 23. Scarella TM, Laferton JA, Ahern DK, Fallon BA, Barsky A. The relationship of hypochondriasis to anxiety, depressive, and somatoform disorders. *Psychosomatics*. 2016;57(2):200–207. doi: 10.1016/j.psych.2015.10.006
 24. Simon GE, Gureje O. Stability of somatization disorder and somatization symptoms among primary care patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(1):90–95. doi: 10.1001/archpsyc.56.1.90
 25. Аширбеков БМ. О предмете психиатрической науки: предварительная постановка проблемы. *Consilium*. 2015;1–2(55–56):43–44. Ashirbekov BM. About a subject of psychiatric science: preliminary statement of a problem. *Consilium*. 2015;1–2(55–56):43–44. (In Russ.).
 26. Сукиасян СГ. Мозг и психика: биологические основы психиатрии. *Sciences of Europe*. 2022;90–1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/mozg-i-psi-hika-biologicheskie-osnovy-psihiatrii> (дата обращения: 29.07.2025). Brain and psyche: biological foundations of psychiatry. *Sciences of Europe* 2022;90–1. (In Russ.). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/mozg-i-psi-hika-biologicheskie-osnovy-psihiatrii> (дата обращения: 29.07.2025).
 27. Николаева ЕИ, Мартинсоне КЭ. Психофизиологические основания психосоматических изменений (обзор исследований). *Психология образования в поликультурном пространстве*. 2015;2(30):53–63. Nikolaeva EI, Martinsone KE. Psychophysiological foundations of psychosomatic changes (review of studies) *Psychology of Education in multicultural space*. 2015;2(30):53–63. (In Russ.).
 28. Chauhan A, Jain CK. Psychosomatic disorder: the current implications and challenges. *Cardiovascular & Hematological Agents in Medicinal Chemistry*. 2024;22(4):399–406. doi: 10.2174/0118715257265832231009072953
 29. Sadal'skaia EV, Enikolopov SN. Psychological Aspects of Quality-of-Life Assessment in Patients with a Psychosomatic Disorder. *International Journal of Mental Health*. 2002;31(2):77–89. doi: 10.1080/00207411.2002.11449559
 30. Lipowski ZJ. Somatization: the experience and communication of psychological distress as somatic symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1987;47(3–4):160–167. doi: 10.1159/000288013
 31. Fava GA, Fabbri S, Sirri L, Wise TN. Psychological factors affecting medical condition: a new proposal for DSM-V. *Psychosomatics*. 2007;48(2):103–111. doi: 10.1176/appi.psy.48.2.103
 32. Fava GA, Sonino N. The clinical domains of psychosomatic medicine. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(7):849–858. doi: 10.4088/jcp.v66n0707
 33. Смугевич АБ. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи). *Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П.Б. Ганнушкина*. 2000;2(2):36–40. Smulevich AB. Psychosomatic disorders (clinic, therapy, organization of medical help) *Psychiatry and Psychopharmacology. Gannushkin journal*. 2000;2(2):36–40. (In Russ.).
 34. Кутько ИИ, Панченко ОА, Линева АН. Психосоматические расстройства: актуальные проблемы на современном этапе (нейродинамика, синдромология, терапия) *Новости медицины и фармации* 2015(6):18–21. Kutko II, Panchenko OA, Linev AN. Psychosomatic disorders: current problems (neurodynamics, syndromology, therapy) *News of medicine and pharmacy* 2015(6):18–21. (In Russ.).
 35. Смугевич АБ. Психосоматические расстройства в клинической практике / под ред. акад. РАН А.Б.Смугевича. М. МЕДпресс-информ, 2016:776. Smulevich AB. Psychosomatic disorders in clinical practice. М. MEDpress-inform. 2016:776. (In Russ.). ISBN 978-5-00030-295-8
 36. Мазо ГЭ, Незнанов НГ, Рукавишников ГВ. Психосоматическая медицина: старые ресурсы и новые технологии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2023;123(4-2):14-19. doi: 10.17116/jnevro202312304214 Mazo GE, Neznanov NG, Rukavishnikov GV. Psychosomatic medicine: old resources and new technologies. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2023;123(4-2):14-19. (In Russ.). doi: 10.17116/jnevro202312304214
 37. Смугевич АБ, Дубницкая ЭБ, Воронова ЕИ. К проблеме распознавания психосоматических расстройств в общемедицинской практике. *Психические расстройства в общей медицине*. 2017;3(4):4. Smulevich AB, Dubnitskaya EB, Voronova EI. To the problem of recognition of psychosomatic disorders in general medical practice *Psihicheskie rasstrojstva v obshhej medicine*. 2017;3(4):4. (In Russ.).
 38. Bransfield RC, Friedman KJ. Differentiating psychosomatic, somatopsychic, multisystem illnesses and medical uncertainty. *Healthcare*. 2019;7(4):114. doi: 10.3390/healthcare7040114
 39. Sarapultsev A, Sarapultsev P, Dremencov E, Komelkova M, Tseilikman O, Tseilikman V. Low glucocorticoids in stress-related disorders: the role of inflammation. *Stress*. 2020;23:6:651–661. doi: 10.1080/10253890.2020.1766020

40. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. Пер. с англ. М. Эксмо-Пресс. 2002:320. ISBN 5-04-009099-4
Alexander F. Psychosomatic medicine it's principles and applications. 1987. New York. Norton.
41. Schur M. Comments on the metapsychology of somatization. *Psychoanal Study Child*. 1955;10(1):119–164. doi: 10.1080/00797308.1955.11822553
42. Kusnanto H, Agustian D, Hilmanto D. Biopsychosocial model of illnesses in primary care: A hermeneutic literature review. *J Family Med Prim Care*. 2018;7(3):497–500. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_145_17
43. Niles AN, Dour HJ, Stanton AL, Roy-Byrne PP, Stein MB, Sullivan G, Sherbourne CD, Rose RD, Craske MG. Anxiety and depressive symptoms and medical illness among adults with anxiety disorders. *J Psychosom Res*. 2015;78:109–115. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.11.018
44. Fava GA, Cosci F, Sonino N. Current psychosomatic practice. *Psychother Psychosom*. 2016;86:13–30. doi: 10.1159/000448856
45. Porcelli P, Guidi J. The clinical utility of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research: a review of studies. *Psychother Psychosom*. 2015;84:265–272. doi: 10.1159/000430788
46. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. М. Медицина, 1975:447.
Anohin PK. Ocherki po fiziologii funktsional'nyh sistem. M. Medicina, 1975:447. (In Russ.).
47. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональных систем. М. Наука, 1980:197.
Anohin PK. Uzlovye voprosy teorii funktsional'nyh sistem. M. Nauka, 1980:197. (In Russ.).
48. Сеченов ИМ. Рефлексы головного мозга. В кн.: Избранные философские и психологические произведения. М., 1947:69–176.
Sechenov IM. Refleksy golovnogo mozga. V kn.: Izbrannye filosofskie i psikhologicheskie proizvedeniya. M. 1947:69–176. (In Russ.).
49. Аствацатуров МИ. Избранные работы. Л. Медицина, 1939:437.
Astvacaturov MI. Izbrannye raboty. L. Medicina, 1939:437. (In Russ.).
50. Гиляровский ВА. Избранные труды. М. Медицина, 1973:328.
Gilyarovskij VA. Izbrannye trudy. M. Medicina, 1973:328. (In Russ.).
51. Гиляровский ВА. О взаимоотношениях соматического и психического в медицине. *Врачебное дело*. 1947;8:625–632.
Gilyarovskij VA. O vzaimootnosheniyah somaticheskogo i psicheskogo v medicine. *Vrachebnoe delo*. 1947;8:625–632. (In Russ.).
52. Меграбян АА. Личность и сознание (в норме и патологии). М. Медицина, 1976:176.
Megrabyan AA. Lichnost' i soznanie (v norme i patologii). M. Medicina, 1976:176. (In Russ.).
53. Schmidt-Hellerau C. Body and mind: two sides of one coin. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*. 2019;42(1–2):93–102. doi: 10.1080/01062301.2019.1698000
54. Wade DT, Halligan PW. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clin Rehabil*. 2017;31(8):995–1004. doi: 10.1177/0269215517709890

Сведения об авторе

Самвел Грантович Сукиасян, доктор медицинских наук, профессор, руководитель психиатрической службы, Центр психосоциального регулирования; кафедра прикладной психологии, Армянский государственный педагогический университет им Х. Абовяна, Ереван, Армения
doc.sukiasyan@gmail.com; samsu57@yahoo.com; <https://orcid.org/0000-0001-9813-2471>

Information about the author

Samvel H. Sukiasyan, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Psychiatric Service, the Center for Psychosocial Regulation; Department of Applied Psychology, Armenian State Pedagogical University named after Kh. Abovyan, Erevan, Armenia
doc.sukiasyan@gmail.com; samsu57@yahoo.com; <https://orcid.org/0000-0001-9813-2471>

Конфликт интересов/Conflict of interests

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
The author declare no conflicts of interests.

Галина Петровна Пантелеева 1930–2026

**Galina Petrovna Panteleeva
1930–2026**



С глубоким прискорбием сообщаем, что 2 июня 2026 года в возрасте 95 лет ушла из жизни профессор Галина Петровна Пантелеева, выдающийся ученый и педагог, один из ведущих отечественных специалистов в области клинической психиатрии.

Галина Петровна родилась в Ульяновской области. В 1954 годах окончила с отличием Куйбышевский государственный медицинский институт. Работала врачом-ординатором Куйбышевской областной психоневрологической больницы, в 1958–1960 годах проходила клиническую ординатуру в Институте судебной психиатрии им. проф. В.П. Сербского, затем работала там младшим научным сотрудником. В дальнейшем трудилась участковым врачом психоневрологического диспансера № 13 Москвы, совмещая практическую

деятельность с обучением в аспирантуре кафедры психиатрии ЦОЛИУв под руководством академика Виктора Михайловича Морозова.

С 1965 г. научная деятельность Галины Петровны Пантелеевой была связана с Институтом психиатрии АМН СССР (ныне Российский научный центр психического здоровья). В 1966 г. она защитила кандидатскую диссертацию «О вялопротекающей шизофрении с клиническими изменениями психастенического типа». Докторская диссертация «О гебоидофрении (клинико-катамнестическое исследование)» была защищена в 1974 году. Монография «Гебоидная шизофрения» под авторством Г.П. Пантелеевой на долгие годы стала учебником психиатрии юношеского возраста для нескольких поколений психиатров.

Основные научные исследования Г.П. Пантелеевой посвящены клинике, систематике и дифференциальной диагностике эндогенных психозов — шизофрении, шизоаффективного и аффективного психозов. Ею разработаны клинико-психопатологические и клинико-патогенетические критерии их разграничения, обоснована нозологическая самостоятельность шизоаффективного психоза.

Разработки профессора Г.П. Пантелеевой в области психофармакотерапии обеспечили развитие современных подходов к лекарственной терапии психических заболеваний. Психопатологические исследования Г.П. Пантелеевой аффективных и бредовых расстройств составляют достояние отечественной психиатрии.

В 1988 г. Галине Петровне Пантелеевой было присвоено ученое звание профессора. Профессор Г.П. Пантелеева — автор более 200 научных публикаций, включая монографию «Гебоидная шизофрения», главы в «Руководстве по психиатрии» под редакцией академика РАМН А.С. Тиганова (1999, 2012), статьи в Большой медицинской энциклопедии и работы по вопросам психофармакотерапии. Галина Петровна вела большую консультативную и экспертную работу. Г.П. Пантелеева состояла членом Ученого совета Российского научного центра психического здоровья,

специализированных диссертационных советов и редколлегии журнала «Психиатрия».

В 2005 году Галина Петровна Пантелеева была удостоена звания «Заслуженный деятель науки», награждена орденом «Знак Почета», медалью «За доблестный труд», медалью «Ветеран труда», значком «Отличнику здравоохранения».

Галина Петровна воспитала более 20 кандидатов медицинских наук, при ее консультативном участии защищены докторские диссертации.

Светлая память о Галине Петровне Пантелеевой сохранится в сердцах благодарных коллег, учеников и пациентов.

