

Международный
научно-практический
журнал

ПСИХИАТРИЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

2026, том 17, № 2

Psychiatry Psychotherapy and Clinical Psychology

International Scientific Journal

2026 Volume 17 Number 2

Мраморная скульптура
«Эней, Анхис и Асканий» (1618–1619 гг.)
работы Джан Лоренцо Бернини
в Галерее Боргезе, Рим, Италия



ISSN 2220-1122 (print)
ISSN 2414-2212 (online)



ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
ИЗДАНИЯ

Дорекс

Дулоксетин 30 мг, 60 мг №28

ОТ ВЫЖИВАНИЯ К ЖИЗНИ



Дуальный механизм

Единственный в линейке СИОЗСиН с клинически доказанным воздействием как на эмоциональную, так и на физическую (болевую) сферу.



«Золотой стандарт»

Препарат первого выбора при нейропатической боли и фибромиалгии по версии мировых гайдлайнов (EFNS, NICE, ASCO).



Универсальность дозировок

Гибкость титрации (от 30 мг до 120 мг) позволяет закрыть спектр от тревоги до хронической боли.



ДИАБЕТИЧЕСКАЯ
НЕЙРОПАТИЯ

Идеальный старт
для пациентов с тревогой
(минимизация риска агитации
на старте)



ФИБРОМИАЛГИЯ

Универсальная терапевтическая
доза для большинства пациентов
с депрессией и диабетической
нейропатией



ХРОНИЧЕСКАЯ
СКЕЛЕТНО-
МЫШЕЧНАЯ
БОЛЬ

Для пациентов с тяжелой
хронической болью, требующих
максимального обезболивания



ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ
НЕЙРОПАТИЯ,
ВЫЗВАННАЯ
ХИМИОТЕРАПИЕЙ

Кишечнорастворимая
капсула: защита желудка
от прямого раздражения.
Нельзя раскусывать
и жевать!

30 мг

60 мг

120 мг

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ.

Реклама. Имеются противопоказания и нежелательные реакции. Препарат следует использовать во время беременности, только если потенциальная польза оправдывают потенциальный риск для плода.

Представительство ООО «SUN Pharmaceutical Industries Ltd» в Республике Беларусь

220113, г. Минск, ул. Мележа, д.1, офис 1118, тел./факс: (017) 364-54-57.

E-mail: minsk-office@sunpharma.org, www.sunpharma.com



ABiZOL

Aripiprazol

10•15mg **easy** tab №28



- Растворимая таблетка – надежный результат лечения шизофрении¹
- Минимальный риск развития побочных эффектов характерных для нейролептиков
- Контроль шизофрении и улучшение качества жизни пациента

¹ инструкция по применению препарата Абизол (для специалиста)

Уменьшить тяжесть хронических душевных заболеваний

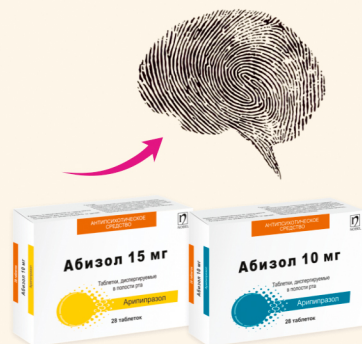


ABiZOL

Aripiprazol

10•15mg **easy** tab №28

Уменьшить тяжесть хронических душевных заболеваний



МИСТРАЛ

Сертралин 50 мг/100 мг

28 таблеток

- Разрешен с 6 лет
- Сбалансированный антидепрессант, рекомендованный для лечения различных видов депрессий
- Широкий терапевтический диапазон

* инструкция по применению препарата Мистрал (для специалиста)



Мир в твоей душе!

МИСТРАЛ

Сертралин 50 мг/100 мг

28 таблеток

Мир в твоей душе!



По 1 таблетке 1 раз в день

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ.

Реклама. Имеются противопоказания и нежелательные реакции. Приём препаратов противопоказан в период беременности.

За дополнительной информацией обращайтесь в АО «NOBEL ILAC SANAYII MU TICARET ANONIM SIRKETI» по адресу: ул. Заслонова, 10, 220049, Минск, Республика Беларусь, e-mail: nobel@nobel.by

www.nobel.by

HEALTH IS
WORTH IT
Здоровье
этого стоит
SAĞLIK İÇİN
DEĞER

NOBEL

Международный
научно-практический
журнал

ПСИХИАТРИЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

International Scientific Journal

Psychiatry psychotherapy and Clinical Psychology

PSIHIIATRIJA, PSIHOTERAPIJA I KLINICHESKAJA PSIHLOGIJA

psihea.recipe.by

2026, том 17, № 2

2026 Volume 17 Number 2

Основан в 2010 г.

Founded in 2010

Беларусь

Журнал зарегистрирован

в Министерстве информации
Республики Беларусь
Регистрационное свидетельство № 610

Учредители:

УП «Профессиональные издания»,
ОО «Белорусская психиатрическая ассоциация»,
ОО «Белорусская ассоциация психотерапевтов»

Адрес редакции:

220040, Республика Беларусь, г. Минск,
ул. Богдановича, 112, пом. 1Н, офис 3
Тел.: +375 (17) 322 16 59
e-mail: psihea@recipe.by

Директор Л.А. Евтушенко

Заместитель директора В.А. Глушук

Начальник отдела рекламы и маркетинга М.А. Коваль

Заведующий редакционно-корректорским бюро А.В. Лейман

Технический редактор С.В. Каулькин

Подписка

в каталоге РУП «Белпочта» (Беларусь)
индивидуальный индекс 01078,
ведомственный индекс 010782

В электронных каталогах на сайтах агентств:

ООО «Прессинформ», ООО «Кризитив Сервис Бэнд»,
ООО «Екатеринбург-ОПТ», ООО «Глобалпресс»

Электронная версия журнала доступна на сайтах psihea.recipe.by,
в Научной электронной библиотеке eLibrary.ru, в базе данных East
View, в электронной библиотечной системе IPRbooks

По вопросам приобретения журнала обращайтесь в редакцию

Журнал выходит 1 раз в 3 месяца

Цена свободная

Подписано в печать: 26.06.2026

Тираж 700 экз.

Заказ №

Формат 70×100 1/16 (165×240 мм). Печать офсетная

Отпечатано в типографии

Производственное дочернее унитарное предприятие

«Типография Федерации профсоюзов Беларуси».

Свидетельство о государственной регистрации издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий
№2/18 от 26.11.2013.

пл. Свободы, 23-94, г. Минск. ЛП №3820000006490 от 12.08.2013.

© «Психиатрия, психотерапия и клиническая психология»

Авторские права защищены. Любое воспроизведение материалов
издания возможно только с обязательной ссылкой на источник.

© УП «Профессиональные издания», 2026

© Оформление и дизайн. УП «Профессиональные издания», 2026

Belarus

The journal is registered

in the Ministry of information
of the Republic of Belarus
Registration certificate №610

Founders:

UE "Professional Editions",
The Belarusian Psychiatric Association,
The Belarusian Association of Psychotherapists

Address:

112 Bogdanovicha st., room 1N, office 3, Minsk,
220040, Republic of Belarus
Phone: +375 (17) 322 16 59
e-mail: psihea@recipe.by

Director L. Evtushenko

Deputy director V. Glushuk

Head of advertising and marketing department M. Koval

Head of the editorial and proofreading bureau A. Leiman

Technical editor S. Kaulkin

Subscription

In the catalogue of the Republican Unitary

Enterprise "Belposhta" (Belarus):

individual index – 01078, departmental index – 010782

In electronic catalogs on web-sites of agencies: LLC "Pressinform",

LLC "Krieditiv Servis Bend", LLC "Ekaterinburg-OPT", LLC "Globalpress"

The electronic version of the journal is available on psihea.recipe.by,
on the Scientific electronic library eLibrary.ru, in the East View database,
in the electronic library system IPRbooks

Concerning acquisition of the journal address to the editorial office

The frequency of journal is 1 time in 3 months

The price is not fixed

Sent for the press 26.06.2026

Circulation is 700 copies

Order №

Format 70×100 1/16 (165×240 mm). Litho

Printed in

© "Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology"

Copyright is protected. Any reproduction of materials of the edition is
possible only with an obligatory reference to the source.

© "Professional Editions" Unitary Enterprise, 2026

© Design and decor of "Professional Editions" Unitary Enterprise, 2026

Беларусь

Главный редактор

Евсегнеев Роман Александрович, доктор медицинских наук, профессор, Минский областной клинический центр «Психиатрия – наркология» (Минск)

Редакционный совет:

Айзберг О.Р. кандидат медицинских наук, доцент, Белорусский государственный медицинский университет (Минск)
Александров А.А., кандидат медицинских наук, доцент, Минский областной клинический центр «Психиатрия – наркология» (Минск)
Доморадский В.А., доктор медицинских наук, профессор (Минск)
Дукорский В.В., кандидат медицинских наук, доцент, Государственный комитет судебных экспертиз Республики Беларусь (Минск)
Евсегнеева Е.Р., кандидат медицинских наук, доцент, Минский областной клинический центр «Психиатрия – наркология» (Минск)
Каминская Ю.М., кандидат медицинских наук, Республиканский научно-практический центр психического здоровья (Минск)
Карлюк В.А., кандидат медицинских наук, доцент (Гродно)
Кирпиченко А.А., доктор медицинских наук, доцент, Витебский государственный медицинский университет (Витебск)
Копытов А.В., доктор медицинских наук, профессор, Белорусский государственный медицинский университет (Минск)
Королева Е.Г., доктор медицинских наук, профессор, Гродненский государственный медицинский университет (Гродно)
Литвинова О.С., Минский городской клинический центр детской психиатрии и психотерапии (Минск)
Останюк Ю.И., кандидат медицинских наук, Государственный комитет судебных экспертиз Республики Беларусь (Минск)
Пятницкая И.В., кандидат медицинских наук, доцент (Минск)
Ремизевич Р.С., кандидат медицинских наук, доцент, Белорусский государственный медицинский университет (Минск)
Сквира И.М., доктор медицинских наук, доцент, Гомельский государственный медицинский университет (Гомель)
Скугаревская М.М., доктор медицинских наук, профессор, Республиканский научно-практический центр психического здоровья (Минск)
Скугаревский О.А., доктор медицинских наук, профессор, Минский областной клинический центр «Психиатрия – наркология» (Минск)
Станько Э.П., доктор медицинских наук, доцент, Гродненский государственный медицинский университет (Гродно)
Ходжаев А.В., кандидат медицинских наук, доцент, Министерство здравоохранения Республика Беларусь (Минск)
Шилова О.В., кандидат медицинских наук, доцент, Республиканский научно-практический центр психического здоровья (Минск)

Рецензируемое издание

Журнал включен в международные базы Scopus, EBSCO, Ulrich's Periodicals Directory, CNKI, РИНЦ.

Входит в Перечень научных изданий Республики Беларусь для опубликования результатов диссертационных исследований (решение коллегии ВАК от 12.06.2009, протокол № 11/6).

Ответственность за точность приведенных фактов, цитат, собственных имен и прочих сведений, а также за разглашение закрытой информации несут авторы.

Редакция может публиковать статьи в порядке обсуждения, не разделяя точку зрения автора.

Ответственность за содержание рекламных материалов и публикаций с пометкой «На правах рекламы» несут рекламодатели.

Россия

Главный редактор

Краснов Валерий Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (Москва)

Редакционный совет:

Александровский Ю.А., доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН, член-корреспондент РАН, Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В. П. Сербского (Москва)
Бобров А.Е., доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии Минздрава России (Москва)
Бохан Н.А., доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, НИИ психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения РАМН (Томск)
Вельтищев Д.Ю., доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии (Москва)
Говорин Н.В., доктор медицинских наук, профессор, Читинская государственная медицинская академия (Чита)
Григорьева Е.А., доктор медицинских наук, профессор, Ярославская государственная медицинская академия (Ярославль)
Егоров А.Ю., доктор медицинских наук, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова (Санкт-Петербург)
Иванец Н.Н., доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН, Клиника психиатрии имени С.С. Корсакова (Москва)
Игумнов С.А., доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии, Институт нейронаук и нейротехнологий Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова (Москва)
Кулыгина М.А., кандидат медицинских наук, Психиатрическая клиническая больница №1 имени Н.А. Алексеева (Москва)
Мосолов С.Н., доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии (Москва)
Незванов Н.Г., доктор медицинских наук, профессор, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (Москва)
Немцов А. В., доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии (Москва)
Николаев Е.Л., доктор медицинских наук, доцент, Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова (Чебоксары)
Петрова Н.Н., доктор медицинских наук, профессор, Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург)
Решетников М.М., доктор медицинских наук, профессор, Восточно-Европейский институт психоанализа (Санкт-Петербург)
Савенко Ю.С., кандидат медицинских наук, Независимая психиатрическая ассоциация России (Москва)
Сафанов Ф.С., доктор психологических наук, профессор, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (Москва)
Северный А.А., кандидат медицинских наук, Ассоциация детских психотерапевтов и психологов (Москва)
Семенова Н.Д., кандидат психологических наук, Московский научно-исследовательский институт психиатрии (Москва)
Холмогорова А.Б., доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии (Москва)
Шамрей В.К., доктор медицинских наук, профессор, Военно-медицинская академия (Санкт-Петербург)
Шевченко Ю.С., доктор медицинских наук, профессор, Российская медицинская академия последилового образования (Москва)

Международный
научно-практический
журнал

ПСИХИАТРИЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

International Scientific Journal

Psychiatry psychotherapy and Clinical Psychology

PSIHIATRIJA, PSIHOTERAPIJA I KLINICKESKAJA PSIHOLOGIJA

psihea.recipe-russia.ru

2026, том 17, № 2

2026 Volume 17 Number 2

Основан в 2010 г.

Founded in 2010

Россия

Журнал зарегистрирован

Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых
коммуникаций (Роскомнадзор)
Свидетельство ПИ № ФС77-64063

Учредитель и издатель

ООО «Вилин – Профессиональные издания»

Адрес редакции и издателя:

214522, Смоленская обл., Смоленский р-н,
с.п. Катynское, п. Авторемзавод, д. 1А, пом. 413
E-mail: psihea.recipe@recipe.by

Редакция:

Директор А.В. Сакмаров

Главный редактор В.Н. Краснов

Подписка

В электронных каталогах на сайтах агентств:
ООО «Прессинформ», ООО «Криэтив Сервис Бэнд»,
ООО «Екатеринбург-ОПТ», ООО «Глобалпресс»

Электронная версия журнала доступна на сайтах psihea.
recipe-russia.ru, в Научной электронной библиотеке elibrary.ru,
в базе данных East View, в электронной библиотечной системе
IPRbooks

По вопросам приобретения журнала обращайтесь в редакцию
Журнал выходит 1 раз в 3 месяца

Цена свободная

Подписано в печать: 26.06.2026

Дата выхода в свет: 30.06.2026

Тираж 3000 экз.

Заказ №

Формат 70×100 1/16 (165×240 мм). Печать офсетная

16+

Отпечатано в типографии

Производственное дочернее унитарное предприятие

«Типография Федерации профсоюзов Беларуси».

Свидетельство о государственной регистрации издателя,

изготовителя, распространителя печатных изданий

№2/18 от 26.11.2013.

пл. Свободы, 23-94, г. Минск. ЛП №38200000006490 от 12.08.2013.

© «Психиатрия, психотерапия и клиническая психология»

Авторские права защищены. Любое воспроизведение
материалов издания возможно только с обязательной ссылкой
на источник.

© ООО «Вилин – Профессиональные издания», 2026

Russia

The journal is registered

by the Federal Service for Supervision
of Communications, Information Technology,
and Mass Media (Roskomnadzor)
Certificate ПИ No. ФС77-64063

Founder and Publisher

LLC "Vilin – Professional Editions"

Editorial and Publisher Address:

214522, Smolensk region, Smolensk district,
rural settlement Katynskoye, Avtoremzavod village, 1A, office 413
E-mail: psihea.recipe@recipe.by

Editorial office

Director A. Sakmarov

Editor-in Chief V. Krasnov

Subscription

In electronic catalogs on web-sites of agencies: LLC "Pressinform",
LLC "Kriativ Servis Bend", LLC "Ekaterinburg-OPT", LLC "Globalpress"

The electronic version of the journal is available on psihea.recipe.
by, on the Scientific electronic library elibrary.ru, in the East View
database, in the electronic library system IPRbooks

Concerning acquisition of the journal address to the editorial office
The frequency of journal is 1 time in 3 months

The price is not fixed

Sent for the press 26.06.2026

Release date 30.06.2026

Circulation is 3000 copies

Order №

Format 70×100 1/16 (165×240 мм). Litho

16+

Printed in

© "Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology"

Copyright is protected. Any reproduction of materials of the edition
is possible only with an obligatory reference to the source.

© LLC "Vilin – Professional Editions", 2026

Belarus

Editor-in Chief

Roman A. Evsegneeve, Doctor of Medical Sciences, Professor, Minsk Regional Clinical Center "Psychiatry – Narcology" (Minsk)

Editorial Board:

Oleg R. Aizberg, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Belarusian State Medical University (Minsk)
Aleksey A. Alexandrov, Candidate of Medical Sciences, Minsk Regional Clinical Center "Psychiatry – Narcology" (Minsk)
Vladimir A. Domoradsky, Doctor of Medical Sciences, Professor (Minsk)
Vladimir V. Dukorsky, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, State Committee of Forensic Expertise of the Republic of Belarus (Minsk)
Ekaterina R. Evsegneeve, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Minsk Regional Clinical Center "Psychiatry – Narcology" (Minsk)
Yulia M. Kaminskaya, Candidate of Medical Sciences, Republican Scientific and Practical Center for Mental Health (Minsk)
Valentina A. Karpyuk, PhD, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor (Grodno)
Alexander A. Kirpichenko, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Vitebsk State Medical University (Grodno)
Alexander V. Khodzhaev, Doctor of Medical Sciences Associate Professor, Ministry of Health of the Republic of Belarus (Minsk)
Andrey V. Kopytov, Doctor of Medical Sciences, Belarusian State Medical University (Minsk)
Elena G. Koroleva, Doctor of Medical Sciences, Professor, Grodno State Medical University (Grodno)
Olga S. Litvinova, Minsk City Clinical Center for Child Psychiatry and Psychotherapy (Minsk)
Yuri I. Ostyanko, Candidate of Medical Sciences, State Committee of Forensic Examinations of the Republic of Belarus (Minsk)
Inna V. Pyatnitskaya, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor (Minsk)
Roman S. Remizevich, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Belarusian State Medical University (Minsk)
Ivan M. Skvira, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Gomel State Medical University (Gomel)
Marina M. Skugarevskaya, Doctor of Medical Sciences, Professor, Belarusian State Medical University (Minsk)
Oleg A. Skugarevsky, Doctor of Medical Sciences, Professor, Minsk Regional Clinical Center "Psychiatry – Narcology" (Minsk)
Eduard P. Stanko, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Grodno State Medical University (Grodno)
Oksana V. Shilova, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Republican Scientific and Practical Center for Mental Health (Minsk)

Peer-reviewed edition

The Magazine is Included in the International Databases of Scopus, Ebsco, Ulrich's Periodicals Directory, CNKI, RSCI.

The Journal is Included into a List of Scientific Publications of the Republic of Belarus for the Publication of the Results of the Dissertation Research (HCC Board Decision of 12.06.2009, Protocol No. 11/6).

Responsibility for the Accuracy of the Given Facts, Quotes, Own Names and Other Data, and also for Disclosure of the Classified Information Authors Bear.

Editorial Staff Can Publish Articles as Discussion, Without Sharing the Point of View of the Author.

Responsibility for the Content of Advertising Materials and Publications with the Mark "on the Rights of Advertising" are Advertisers.

Russia

Editor-in Chief

Valery N. Krasnov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Moscow Research Institute of Psychiatry, affiliate of National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbskiy (Moscow)

Editorial Board:

Alla B. Kholmogorova, Doctor of Medical Sciences, Professor, Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Institute of Psychiatry (Moscow)
Alexander V. Nemtsov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Moscow Research Institute of Psychiatry (Moscow)
Alexey E. Bobrov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Moscow Research Institute of Psychiatry (Moscow)
Alexey Yu. Yegorov, Doctor of Medical Sciences, Professor, North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov (Saint Petersburg)
Anatoly A. Severny, Candidate of Medical Sciences, Association of Child Psychotherapists and Psychologists (Moscow)
Dmitry Yu. Veltischev, Doctor of Medical Sciences, Professor, Moscow Research Institute of Psychiatry (Moscow)
Elena, A. Grigorieva, Doctor of Medical Sciences, Professor, Yaroslavl State Medical Academy (Yaroslavl)
Evgeny L. Nikolaev, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Chuvash State University named after I. N. Ulyanov (Cheboksary)
Maya A. Kulygina, Candidate of Medical Sciences, Psychiatric Hospital no. 1 Named after N.A. Alexeev (Moscow)
Mikhail M. Reshetnikov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Eastern European Institute of Psychoanalysis (Saint Petersburg)
Nataliya N. Petrova, Doctor of Medical Sciences, Professor, St. Petersburg State University (Saint Petersburg)
Natalia D. Semenova, Candidate of Psychological Sciences, Moscow Research Institute of Psychiatry (Moscow)
Nikolay A. Bokhan, Doctor of Medical Sciences, Professor, Academician of the Russian Scientific Academy, Mental Health Research Institute of the Tomsk Scientific Center of the Siberian Department of the RAMS (Tomsk)
Nikolay V. Govorin, Doctor of Medical Sciences, Professor, Chita State Medical Academy (Chita)
Nikolai N. Ivanets, Doctor of Medical Sciences, Professor, Corresponding Member of the RAMS, Psychiatry Clinic named after S. S. Korsakov (Moscow)
Nikolay G. Neznanov, Doctor of Medical Sciences, Professor, V. M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology (Moscow)
Sergey A. Igumnov, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Psychiatry and Medical Psychology, Institute of Neuroscience and Neurotechnology of the Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov (Moscow)
Sergey N. Mosolov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Scientific and Methodological Center of Therapy of Mental Diseases, Moscow Research Institute of Psychiatry (Moscow)
Vladislav K. Shamrey, Doctor of Medical Sciences, Professor, Military Medical Academy (Saint Petersburg)
Yuriy A. Alexandrovsky, Doctor of Medical Sciences, Professor, Corresponding Member of the RAMS, State Scientific Center of Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbskiy (Moscow)
Yuri S. Savenko, Candidate of Medical Sciences, Independent Psychiatric Association of Russia (Moscow)
Farit S. Safuanov, National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbskiy (Moscow)
Yuriy S. Shevchenko, Doctor of Medical Sciences, Professor, Russian Medical Academy of Postgraduate Education (Moscow)

элицея® эсциталопрам

Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 10 мг №30



Лечение тревожных расстройств и депрессии



Таблетка может быть разделена на равные дозы



Устойчивый эффект с 1 недели



30 таблеток – на месяц лечения

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ.

Данная информация носит рекламный характер.

РУ №10904/21/24 от 01.02.2021 до 31.12.2027 (приведено в соответствии с требованиями ЕАЭС).

Дата приведения в соответствие с требованиями ЕАЭС 25.06.2025 ЛП-№002148-ГП-ВУ.

Представитель держателя регистрационного удостоверения:

Представительство АО «KRKA, d.d., Novo mesto» (Словения) в Беларуси

220114, г. Минск, ул. Филимонова, 25Г, оф.315. Тел/факс: (375-740) 740-92-30

E-mail: info.by@krka.biz

Производитель/Рекламодатель АО «KRKA, d.d., Novo mesto» (Словения)

Имеются медицинские противопоказания к применению и нежелательные реакции, особенности применения лекарственного препарата при беременности. Физическое лицо на фото не является реальным пациентом. Предназначено для медицинских или фармацевтических работников и размещения в специализированных печатных изданиях, интернет-ресурсах.



Оригинальные исследования.**Научные публикации**

Ходжаев А.В., Копытов А.В., Объедков В.Г.
Когнитивная ремедиация
в контексте риска повторных
поступлений в стационар
у пациентов с шизофренией
с частыми госпитализациями 151

Семенова Н.Д.
Мотивация к реабилитации при
шизофрении: роль копинга как
медиатора психосоциального
функционирования 160

*Тукаев Р.Д., Кузнецов В.Е.,
Срывкова К.А., Кузнецов В.Н.*
Позитивно-диалоговая психотерапия
при тревожных расстройствах:
оценка в контролируемом
исследовании 170

Лагутин А.А., Смычѣк В.Б., Авин А.И.
Психометрические характеристики
разработанной шкалы оценки
лобно-регуляторной функции
у пациентов с нарушениями
мозгового кровообращения 185

*Лебедева А.А., Коршунов Д.С.,
Золотарева А.А., Костенко В.Ю.*
Комплексная шкала субъективного
здоровья: психометрическое
исследование и потенциал применения ... 197

Буданова А.А., Бойко Е.О., Борисков Б.М.
Особенности индуцированных
психоактивными веществами
психозов у пациентов
с шизофренией и расстройствами
шизофренического спектра 208

*Адаскевич В.П., Клеблеева Г.Д.,
Кирпиченко А.А., Пушкарская А.К.*
Психодерматология:
информированность, понимание,
практическое применение и мнение
дерматологов в Беларуси
и Узбекистане 218

*Борисова А.Б., Трemasкина П.О.,
Кортаева Т.В., Вельтищев Д.Ю.*
Аффективные расстройства
у пациентов с аксиальным
псориатическим артритом на фоне
терапии генно-инженерными
биологическими препаратами –
предварительные результаты 231

Диагностика и лечение психических и поведенческих расстройств

Евсегнеев Р.А.
Выбор антидепрессанта
на начальном этапе лечения
депрессии: какие факторы нужно
при этом учитывать? 244

*Мирошкин С.С., Скрыбин В.Ю.,
Шипицын В.В., Масыкин А.В.*
Пролонгированный налтрексон
в терапии алкогольной зависимости:
влияние мотивации и структуры
патологического влечения
на клиническую эффективность
лечения 256

Обзоры. Лекции.**Учебные материалы**

*Бойко Е.О., Зайцева О.Г., Борисков Б.М.,
Скрипкин Р.А., Резниченко Н.Д.,
Гринько Е.М.*
Роль клинического психолога
в реабилитации пациентов с
онкологическими заболеваниями 271

*Жиляева Т.В., Брак И.В.,
Альбицкая Ж.В.*
Инструменты для оценки заикания:
от истории создания
к современному состоянию
проблемы 283

Дискуссии

*Дукорский В.В., Остянко Ю.И.,
Скугаревский О.А.*
Судебно-психиатрическая оценка
способности потерпевших давать
показания 295

Original Research. Scientific Publications

Khodzhayev A., Kopytov A., Obyedkov V.
Cognitive Remediation in the Context
of the Risk of Re-admission to Hospital
in Patients with Schizophrenia with
Frequent Hospitalizations 152

Semenova N.
Motivation for Rehabilitation in
Schizophrenia: The Role of Coping as a
Mediator of Psychosocial Functioning 161

*Tukaev R., Kuznetsov V.E., Sryvkova K.,
Kuznetsov V.N.*
Positive-Dialogue Psychotherapy
for Anxiety Disorders: Evaluation
in a Controlled Study 171

Lakutsin A., Smychek V., Avin A.
Psychometric Characteristics of the
Developed Scale for Assessing Frontal
Regulatory Function in Patients
with Cerebral Circulatory Disorders 186

*Lebedeva A., Korshunov D.,
Zolotareva A., Kostenko V.*
Comprehensive Subjective Health
Scale: Psychometric Study
and Application Potential 198

Budanova A., Boyko E., Boriskov B.
Clinical Features of Substance-induced
Psychosis in Patients
with Schizophrenia and Schizophrenia
Spectrum Disorders 209

*Adaskevich U., Klebleeva G.,
Kirpichenka A., Pushkarskaya A.*
Psychodermatology: Awareness,
Knowledge, Practice Patterns,
and Attitudes of Dermatologists
in Belarus and Uzbekistan 219

*Borisova A., Tremaskina P., Korotaeva T.,
Veltishchev D.*
Affective Disorders in Axial Psoriatic
Arthritis Patients
on DMARDs Therapy 232

**Diagnosis and Treatment of Mental
and Behavioral Disorders**

Evsegneev R.
Choosing an Antidepressant
at the Initial Stage of Depression
Treatment: what Factors Should
be Taken into Account
in this Case? 245

*Miroshkin S., Skryabin V., Shipitsyn V.,
Masyakin A.*
Extended-Release Naltrexone
in the Treatment of Alcohol
Dependence: The Role of Motivation
and Craving Typology in Predicting
Therapeutic Outcomes 257

**Reviews. Lectures.
Training Materials**

*Boyko E., Zaitseva O., Boriskov B.,
Skrupkin R., Reznichenko N., Grinko E.*
The Role of a Clinical Psychologist
in the Rehabilitation
of Cancer Patients 272

Zhilyaeva T., Brak I., Albitskaya Zh.
Instruments for Stuttering Assessment:
from the History of Creation
to the Current State of the Problem 284

Discussions

*Dukorsky V., Ostianko Yu.,
Skugarevsky O.*
Forensic Psychiatric Assessment
of Victim Competency to Testify 295

<https://doi.org/10.34883/PI.2026.17.2.012>



Ходжаев А.В.¹, Копытов А.В.², Обьедков В.Г.²✉

¹ Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Минск, Беларусь

² Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Когнитивная ремедиация в контексте риска повторных поступлений в стационар у пациентов с шизофренией с частыми госпитализациями

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Ходжаев А.В. – разработка идеи и дизайна исследования, организационное управление, проверка результатов; Копытов А.В. – научное руководство, управление и подготовка данных, статистический анализ, подготовка таблиц, графиков; Обьедков В.Г. – сбор данных, проведение исследования, написание первичного текста.

Финансирование: исследование выполнено без внешнего финансирования.

Подана: 19.03.2026

Принята: 15.05.2026

Контакты: obyedkovvg@gmail.com

Резюме

В исследовании оценивалось влияние когнитивной ремедиации на риск повторных госпитализаций у пациентов с шизофренией с феноменом вращающихся дверей, под которым понимаются три и более госпитализации в течение предыдущего года. В исследование были включены 272 пациента, которые были разделены на группу когнитивной ремедиации в форме повторного выполнения демонстрационной версии Висконсинского теста сортировки карточек (Wisconsin Card Sorting Test) и контрольную группу, получавшую стандартное лечение. Наблюдение продолжалось 12 месяцев. Основным исходом являлось время до первой повторной госпитализации. Анализ проводился методом Каплана – Майера. В группе когнитивной ремедиации повторная госпитализация наблюдалась у 47,4% пациентов, тогда как в контрольной группе – у 63,7%. Различия между группами были статистически значимыми (log-rank $p=0,0019$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что тренировка исполнительных функций может снижать риск повторных госпитализаций у пациентов с шизофренией.

Ключевые слова: шизофрения, феномен вращающихся дверей, повторные госпитализации, когнитивная ремедиация, исполнительные функции, Висконсинский тест сортировки карточек, анализ Каплана – Майера, рецидив

Khodzhayev A.¹, Kopytov A.², Obyedkov V.² ✉

¹ Ministry of Health of the Republic of Belarus, Minsk, Belarus

² Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Cognitive Remediation in the Context of the Risk of Re-admission to Hospital in Patients with Schizophrenia with Frequent Hospitalizations

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Khodzhayev A. – conceptualization and study design, project administration, validation of results; Kopytov A. – scientific supervision, data management and preparation, statistical analysis, preparation of tables and figures; Obyedkov V. – data collection, conducting the study, drafting the manuscript.

Submitted: 19.03.2026

Accepted: 15.05.2026

Contacts: obyedkovvg@gmail.com

Abstract

This study evaluated the effect of cognitive remediation on the risk of rehospitalization in patients with schizophrenia with the revolving door phenomenon, defined as three or more psychiatric hospitalizations during the previous year. The study included 272 patients who were divided into a cognitive remediation group receiving repeated administration of the demonstration version of the Wisconsin Card Sorting Test and a control group receiving standard treatment. Follow-up lasted 12 months. The primary outcome was time to first rehospitalization. Survival analysis was performed using the Kaplan – Meier method. Rehospitalization occurred in 47.4% of patients in the cognitive remediation group and in 63.7% of patients in the control group. The difference between groups was statistically significant [log-rank $p=0.0019$]. The findings suggest that executive function training may reduce the risk of rehospitalization in patients with schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, revolving door phenomenon, psychiatric readmissions, cognitive remediation therapy, executive functions, Wisconsin Card Sorting Test, Kaplan – Meier analysis, relapse

■ ВВЕДЕНИЕ

Шизофрения относится к числу наиболее тяжелых психических расстройств и сопровождается выраженными нарушениями социальной адаптации, снижением уровня функционирования и значительной инвалидизацией пациентов. Течение заболевания нередко характеризуется повторными обострениями, требующими стационарного лечения. Одной из наиболее проблемных клинических форм течения заболевания является так называемый феномен вращающихся дверей, при котором пациенты неоднократно и в относительно короткие сроки повторно госпитализируются после выписки из психиатрического стационара [1, 2].

Под частыми госпитализациями в большинстве исследований понимают наличие трех и более госпитализаций в течение одного года. Пациенты с подобным типом течения заболевания формируют особую клиническую группу, характеризующуюся неблагоприятным прогнозом, высоким уровнем социальной дезадаптации

и повышенной потребностью в психиатрической помощи. Показано, что относительно небольшая доля пациентов с тяжелыми психическими расстройствами обеспечивает значительную часть всех психиатрических госпитализаций и формирует существенную долю расходов системы психиатрической помощи [1, 2].

Феномен вращающихся дверей имеет многофакторную природу. К числу наиболее значимых факторов относят недостаточную приверженность терапии, ограниченную социальную поддержку, выраженность негативной симптоматики и нарушения когнитивных функций. В последние десятилетия особое внимание уделяется роли когнитивного дефицита при шизофрении. Нарушения внимания, памяти и исполнительных функций рассматриваются как ключевые нейропсихологические особенности заболевания и тесно связаны с уровнем социального функционирования пациентов [3, 4, 6].

Особое значение при шизофрении имеют нарушения исполнительных функций, включающие когнитивную гибкость, способность к планированию и контролю поведения. Эти функции связаны с деятельностью префронтальных отделов коры головного мозга и играют важную роль в адаптации человека к изменяющимся условиям среды. Выраженные нарушения исполнительных функций могут приводить к трудностям в организации повседневной деятельности, снижению способности распознавать ранние признаки обострения заболевания и ухудшению приверженности лечению, что в конечном итоге повышает риск повторных госпитализаций [4].

В связи с этим в последние годы активно развивается направление когнитивного восстановления (ремедиации), представляющее собой систему психологических вмешательств, направленных на улучшение когнитивных функций у пациентов с шизофренией. Метааналитические исследования показывают, что когнитивная ремедиация может приводить к значимому улучшению нейрокогнитивных показателей и в определенной степени способствовать улучшению социального функционирования пациентов [5, 7].

Одним из широко используемых нейропсихологических инструментов для оценки и тренировки исполнительных функций является тест сортировки карточек Висконсина. Этот тест позволяет оценивать когнитивную гибкость, способность к формированию стратегий и переключению между различными правилами решения задач. Выполнение заданий, требующих изменения когнитивной стратегии на основании обратной связи, активизирует механизмы когнитивного контроля и адаптивного поведения [8].

Несмотря на накопленные данные о положительном влиянии когнитивной ремедиации на когнитивное функционирование при шизофрении, значительно меньше исследований посвящено ее влиянию на такие клинически значимые исходы, как повторные психиатрические госпитализации. Учитывая клиническую и экономическую значимость феномена вращающихся дверей, изучение возможностей когнитивных вмешательств в снижении риска повторных госпитализаций представляется актуальной научной и практической задачей.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка влияния когнитивной ремедиации на риск повторных госпитализаций у пациентов с шизофренией, соответствующих критериям феномена вращающихся дверей.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 272 пациента с диагнозом шизофрении, находившихся под наблюдением психиатрической службы и соответствовавших критериям частых госпитализаций. Критерием включения являлось наличие не менее трех психиатрических госпитализаций в течение предшествующего года, что соответствует описанному в литературе феномену вращающихся дверей. Дополнительными критериями включения являлись возраст от 18 до 55 лет, клиническая стабильность, позволяющая участие в когнитивных тренировках, и согласие на участие в исследовании. Все пациенты находились в стабильном соматическом состоянии и получали стандартную антипсихотическую терапию в соответствии с действующими клиническими рекомендациями. Критериями исключения являлись выраженные органические поражения центральной нервной системы, тяжелые соматические заболевания, а также выраженный когнитивный дефицит, препятствующий выполнению когнитивных тестовых заданий.

Пациенты были распределены на две группы. В первой группе из 137 человек проводилась когнитивная ремедиация, включавшая повторное выполнение демонстрационной версии Висконсинского теста сортировки карточек (Wisconsin Card Sorting Test), направленного на тренировку когнитивной гибкости и формирования стратегий решения задач и исполнительных функций. Тренировки проводились индивидуально под наблюдением инструкторов отделения реабилитации в Республиканском научно-практическом центре психического здоровья в течение курса когнитивной ремедиации – не менее 20 сеансов в соответствии с инструкцией Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 24-1109 от 18 декабря 2009 года «Метод нейрокогнитивной реабилитации пациентов, страдающих шизофренией» [9]. Контрольная группа из 135 пациентов получала стандартную психофармакотерапию и психосоциальное сопровождение без применения когнитивной ремедиации.

Социально-демографические и клинические характеристики обследованных пациентов были сопоставимы. В обеих группах преобладали мужчины, составлявшие около трех четвертей выборки. Средний возраст пациентов в группе когнитивной ремедиации составил $34,8 \pm 7,6$ года, в контрольной группе $35,1 \pm 7,9$ года. Длительность заболевания была сопоставимой и составляла $6,7 \pm 2,1$ года в первой группе и $6,9 \pm 2,3$ года в контроле.

Большинство пациентов имели относительно низкий образовательный уровень. Средняя продолжительность образования составила $10,8 \pm 1,7$ года в группе лиц, прошедших когнитивную ремедиацию, и $10,6 \pm 1,8$ года в контрольной группе. Практически все пациенты имели установленную инвалидность, связанную с психическим заболеванием.

Выраженность психопатологической симптоматики на момент включения в исследование оценивалась с использованием шкалы PANSS. Уровень позитивной и негативной симптоматики не различался между группами. Средний балл по подшкале позитивных симптомов PANSS составил $21,4 \pm 4,3$ в группе лиц, прошедших когнитивную ремедиацию, и $21,7 \pm 4,5$ в контрольной группе. Средние показатели по подшкале негативных симптомов составили соответственно $23,6 \pm 5,1$ и $23,9 \pm 5,4$ балла (табл. 1).

Таким образом, группы пациентов были сопоставимы по основным демографическим и клиническим характеристикам, что позволяло корректно оценивать у пациентов влияние когнитивной ремедиации на риск повторных госпитализаций.

Таблица 1
Социально-демографические и клинические характеристики обследованных пациентов
Table 1
Social demographic and clinical characteristics of the examined patients

Показатель	Когнитивная ремедиация, n=137	Контроль, n=135	p
Мужчины, n (%)	103 (75,2%)	101 (74,8%)	0,94
Возраст, лет	34,8±7,6	35,1±7,9	0,78
Длительность заболевания, лет	6,7±2,1	6,9±2,3	0,54
Образование, лет обучения	10,8±1,7	10,6±1,8	0,41
Инвалидность, n (%)	130 (94,9%)	128 (94,8%)	0,97
PANSS, позитивные симптомы	21,4±4,3	21,7±4,5	0,63
PANSS, негативные симптомы	23,6±5,1	23,9±5,4	0,71

Исследование имело дизайн проспективного сравнительного наблюдательного исследования с годичным периодом наблюдения.

Тест сортировки карточек в Висконсинском тесте: испытуемый видит перед собой четыре карточки с разным числом фигурок различной формы и цвета. Внизу этих четырех карточек появляется одна, называемая «опорной». Испытуемого просят указать на одну из четырех, с которой он обнаружит сходство по одному из трех признаков (количество, цвет, форма). Такое сходство может быть найдено со всеми предъявленными карточками. Специфика теста в том, что сходство в режиме реального времени является регламентируемым и время от времени меняется. Эти изменения условий «игры» требуют от испытуемого быстрой перестройки, то есть мыслительной когнитивной гибкости. Предполагается, что смена условий происходит через каждые десять правильно указанных карточек (о чем испытуемому не сообщают). Упражнения выполнялись после купирования психотических симптомов не менее 20 дней по одному астрономическому часу в первой половине дня в присутствии инструктора.

Основным исходом исследования являлось время до первой повторной психиатрической госпитализации в течение 12 месяцев наблюдения после выписки из стационара или включения в исследование. Данные о повторных госпитализациях получались из медицинской документации Республиканского научно-практического центра психического здоровья. Пациенты, которые не были повторно госпитализированы в течение периода наблюдения, рассматривались как цензурированные наблюдения на момент окончания 12-месячного периода.

Анализ времени до события проводился с использованием методов анализа выживаемости. Основные методы включали непараметрическую оценку Каплана – Мейера, лог-ранговый критерий для сравнения групп и регрессию пропорциональных рисков Кокса для анализа факторов, приводящих к рецидиву. Кривые выживаемости строились отдельно для каждой исследуемой группы.

Для количественной оценки влияния когнитивной ремедиации на риск повторной госпитализации использовалась модель пропорциональных рисков Cox proportional hazards model. В модели рассчитывалось отношение рисков hazard ratio и 95-процентный доверительный интервал. Предварительно проверялось выполнение предположения о пропорциональности рисков.

Нормальность распределения количественных переменных оценивалась с использованием критерия Shapiro – Wilk test. Для сравнения количественных

показателей между группами использовался t-критерий Стьюдента при нормальном распределении данных. Категориальные переменные сравнивались с использованием критерия χ^2 .

Статистическая значимость различий принималась при уровне $p < 0.05$. Статистический анализ проводился с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics версии 20.0.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Сравнительный анализ кривых выживания 137 пациентов основной группы и 135 пациентов группы контроля представлен на рисунке.

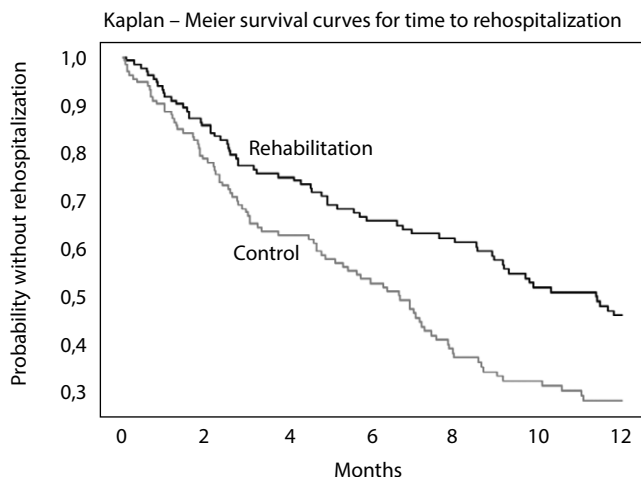
В течение 12 месяцев наблюдения повторная госпитализация была зарегистрирована у 47,4% из группы лиц, прошедших когнитивную ремедиацию. В контрольной группе повторная госпитализация наблюдалась у 63,7% пациентов.

Анализ выживаемости показал более высокую вероятность ремиссии, без повторной госпитализации, в группе когнитивной ремедиации. Кривые выживаемости, полученные методом Kaplan – Meier, демонстрировали отчетливое расхождение между группами на протяжении всего периода наблюдения (см. рисунок).

Сравнение кривых выживаемости с использованием критерия log rank показало статистически значимое различие между группами $p = 0,0019$.

Модель пропорциональных рисков Сох показала снижение риска повторной госпитализации у пациентов, получавших когнитивную ремедиацию. Отношение рисков составило $HR = 0,74$, что указывает на снижение риска повторной госпитализации приблизительно на 26% по сравнению с контрольной группой.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что когнитивная ремедиация, направленная на тренировку исполнительных функций, ассоциируется со статистически значимым снижением риска повторных госпитализаций у пациентов с шизофренией с феноменом вращающихся дверей (табл. 2).



Кривые выживания Каплана – Мейера для времени до повторной госпитализации в течение 12-месячного периода наблюдения

Kaplan – Meier survival curves for time to rehospitalization during the 12-month follow-up period

Таблица 2

Анализ выживаемости по показателю времени до повторной госпитализации

Table 2

Survival analysis by time to readmission

Группы сравнения / показатели выживаемости	Hazard Ratio (HR)	95% CI	p
Группа ремедиации vs контроль	0,74	0,56–0,97	0,002

Полученные результаты показали, что пациенты, получавшие когнитивную ремедиацию, имели более низкую вероятность повторной госпитализации в течение двенадцатимесячного периода наблюдения по сравнению с пациентами группы контроля. Анализ выживаемости продемонстрировал статистически значимые различия между группами, а модель пропорциональных рисков показала снижение риска повторной госпитализации примерно на четверть.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные результаты согласуются с современными представлениями о ключевой роли когнитивных нарушений в клиническом течении шизофрении. Данные некоторых исследований показывают, что нейрокогнитивные дефициты являются устойчивой характеристикой заболевания и тесно связаны с уровнем социального функционирования пациентов [3, 4, 6]. В частности, нарушения исполнительных функций могут ограничивать способность пациента к адаптации в повседневной жизни, снижать эффективность решения проблем и ухудшать способность к контролю поведения. Нарушения когнитивной гибкости и способности к планированию могут оказывать влияние на течение заболевания через несколько механизмов. Пациенты с выраженными нарушениями исполнительных функций испытывают трудности в организации повседневной деятельности, соблюдении режима лечения и своевременном обращении за медицинской помощью при ухудшении состояния. Эти факторы могут способствовать развитию клинической дестабилизации и увеличению вероятности повторной госпитализации.

В этой связи когнитивную ремедиацию следует рассматривать как одно из перспективных направлений психосоциальной терапии при шизофрении. Когнитивные тренировки, следует полагать, улучшают базовые когнитивные процессы и способствуют формированию более эффективных стратегий поведения. Такие выводы соответствуют метааналитическим исследованиям, показавшим, что когнитивная ремедиация способна приводить к умеренному улучшению нейрокогнитивных показателей, а также положительно влиять на функциональные исходы заболевания [5, 7].

Особенностью примененной в настоящем исследовании интервенции является акцент на тренировке исполнительных функций с использованием заданий демонстрационной версии Висконсинского теста сортировки карточек. Этот нейропсихологический инструмент широко применяется для оценки когнитивной гибкости и способности к изменению стратегии поведения в зависимости от обратной связи. Нейропсихологические и нейровизуализационные исследования показывают, что выполнение подобных заданий связано с активностью дорсолатеральной префронтальной коры, играющей ключевую роль в процессах когнитивного контроля

и регуляции поведения [8, 10]. Регулярное выполнение заданий, требующих изменения когнитивных стратегий и анализа обратной связи, может способствовать развитию более эффективных механизмов когнитивного контроля. Улучшение исполнительных функций потенциально может повышать способность пациентов к адаптации в повседневной жизни, улучшать приверженность терапии и повышать способность распознавать ранние признаки обострения заболевания. В совокупности эти факторы могут способствовать снижению риска повторных госпитализаций.

Полученные результаты имеют важное значение при организации психиатрической помощи. Известно, что стационарное лечение является затратным компонентом системы психиатрической помощи. Пациенты с феноменом «вращающихся дверей» формируют значительную часть повторных госпитализаций и, соответственно, оказывают существенное влияние на нагрузку психиатрических стационаров [1, 2]. Даже относительно небольшое снижение частоты повторных госпитализаций в этой группе пациентов может иметь заметные клинические и экономические эффекты.

Когнитивная ремедиация не должна рассматриваться как самостоятельная альтернатива фармакотерапии или другим видам психосоциальной помощи. Наиболее эффективной представляется интеграция когнитивных тренировок в комплексные программы психосоциальной реабилитации, включающие фармакотерапию, психобразование, поддерживающую психотерапию и социальную поддержку пациентов.

Результаты настоящего исследования подтверждают гипотезу о том, что когнитивные вмешательства, направленные на улучшение исполнительных функций, могут оказывать влияние не только на нейропсихологические показатели, но и на клинически значимые исходы заболевания. Улучшение когнитивной гибкости и механизмов когнитивного контроля может способствовать повышению устойчивости пациентов к стрессовым факторам и улучшению способности к самостоятельному управлению поведением.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного исследования показывают, что когнитивная ремедиация, направленная на тренировку исполнительных функций, оказывает значимое влияние на клиническое течение шизофрении у пациентов с феноменом «вращающихся дверей». У пациентов, участвовавших в программе когнитивной тренировки с использованием заданий, основанных на принципах теста сортировки карточек Висконсинского теста, наблюдалось статистически значимое снижение риска повторных психиатрических госпитализаций в течение двенадцатимесячного периода наблюдения. Полученные данные подтверждают гипотезу о том, что нарушения исполнительных функций и когнитивной гибкости играют важную роль в формировании нестабильного течения заболевания и могут быть одной из причин повторных госпитализаций. Улучшение когнитивного контроля и способности к адаптивному поведению потенциально способствуют повышению приверженности лечению и лучшей социальной адаптации пациентов. Включение когнитивной ремедиации в комплексные программы психосоциальной реабилитации может рассматриваться как перспективное направление профилактики повторных госпитализаций и оптимизации использования ресурсов психиатрической помощи.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Fonseca Barbosa J., Gama Marques J. The revolving door phenomenon in severe psychiatric disorders: A systematic review. *International Journal of Social Psychiatry*. 2023;69(5):1075–1089.
2. Di Lorenzo R., Sagona M., Landi G. The Revolving Door Phenomenon in an Italian Acute Psychiatric Ward: A 5-Year Retrospective Analysis of the Potential Risk Factors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2016;204(9):686–692.
3. Green M.F. Cognitive impairment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2006;67 (Suppl 9):3–8; discussion 36–42.
4. Barch D.M., Ceaser A. Cognition in schizophrenia: core psychological and neural mechanisms. *Trends in Cognitive Sciences*. 2012;16(1):27–34.
5. Wykes T., Huddy V., Cellard C., McGurk S.R., Czobor P. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *American Journal of Psychiatry*. 2011;168(5):472–485.
6. Green M.F., Kern R.S., Braff D.L., Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the "right stuff"? *Schizophrenia Bulletin*. 2000;26(1):119–136.
7. McGurk S.R., Twamley E.W., Sitzler D.I., McHugo G.J., Mueser K.T. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(12):1791–1802.
8. Heaton R.K., Chelune G.J., Talley J.L., Kay G.G., Curtiss G. Wisconsin card sorting test manual: Revised and expanded. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1993. 232 p.
9. Skugarevskij O., Ob'edkov V., Gelda A., Kot V., SHpak N., Trushkevich D. Method of neurocognitive rehabilitation of patients suffering from schizophrenia: instruction No. 24-1109: approved December 18, 2009, Minsk, 2009



Семенова Н.Д.

Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.П. Сербского», Москва, Россия

Мотивация к реабилитации при шизофрении: роль копинга как медиатора психосоциального функционирования

Конфликт интересов: не заявлен.

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Подана: 30.03.2026

Принята: 15.05.2026

Контакты: niyami2020@gmail.com

Резюме

Введение. Нарушения мотивации к лечению и реабилитации являются одним из ключевых факторов неблагоприятного психосоциального функционирования при шизофрении, однако механизмы, опосредующие эту связь, изучены недостаточно.

Цель. Эмпирически проверить модели медиатор/модератор-взаимосвязей между мотивацией к реабилитации, копингом и психосоциальным функционированием у пациентов с шизофренией.

Материалы и методы. В исследование включены 138 стационарных и амбулаторных пациентов с диагнозом шизофрении, в различной степени вовлеченных в программы психосоциальной реабилитации. Мотивация к реабилитации оценивалась с помощью авторского интервью-опросника и оценочной карты, копинг – по методике COPE и опроснику когнитивной регуляции эмоций (CERQ), психосоциальное функционирование и качество жизни – по шкалам PSP, EQ-5D-5L, SF-36, Q-Les-Q-18 и отдельным пунктам диагностического блока. Для проверки гипотез о медиаторной и модераторной роли копинга и мотивации использовался путевой анализ и поэтапная процедура оценки медиаторных эффектов по R.M. Baron, D.A. Kenny.

Результаты. Выявлены выраженные бивариативные связи между мотивацией к реабилитации, копингом и психосоциальным функционированием / качеством жизни. Копинг полностью опосредовал связь мотивации с психосоциальным функционированием: при включении копинга в модель значимая корреляция между мотивацией и психосоциальным функционированием исчезала (частная корреляция $r = -0,17$, $p = 0,054$) при сохранении значимой связи между копингом и психосоциальным функционированием (частная корреляция $r = 0,33$, $p < 0,01$). Альтернативная модель, в которой мотивация рассматривалась как медиатор влияния копинга на психосоциальное функционирование, эмпирического подтверждения не получила. Гипотеза о модераторной роли копинга также не подтвердилась.

Закключение. Мотивация к реабилитации влияет на психосоциальное функционирование при шизофрении опосредованно – через совокупность продуктивных копинг-стратегий. Копинг выступает ключевым психологическим механизмом, связывающим мотивацию с повседневным функционированием и качеством жизни,

и должен рассматриваться как важная цель психосоциальных вмешательств и важный компонент биопсихосоциальных каузальных моделей при планировании реабилитации пациентов с психотическими расстройствами.

Ключевые слова: шизофрения, мотивация к реабилитации, копинг-стратегии, психосоциальное функционирование, медиатор/модератор-взаимосвязи

Semenova N.

Moscow Research Institute of Psychiatry – branch of the V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Nursing, Moscow, Russia

Motivation for Rehabilitation in Schizophrenia: The Role of Coping as a Mediator of Psychosocial Functioning

Conflict of interest: nothing to declare.

Funding: the study was not supported by sponsorship.

Submitted: 03.03.2026

Accepted: 15.05.2026

Contacts: niyami2020@gmail.com

Abstract

Introduction. Rehabilitation motivation and its disturbances are among the key factors of poor psychosocial functioning in schizophrenia; however, the mechanisms mediating this association remain insufficiently explored.

Purpose. To empirically test mediator–moderator models of the relationships between motivation for rehabilitation, coping, and psychosocial functioning in patients with schizophrenia.

Materials and methods. The study included 138 inpatients and outpatients diagnosed with schizophrenia who were involved to varying degrees in psychosocial rehabilitation programs. Motivation for rehabilitation was assessed using an author-designed interview-questionnaire and rating sheet, coping using the COPE Inventory and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), and psychosocial functioning and quality of life using the Personal and Social Performance Scale (PSP), EQ-5D-5L, SF-36, Q-Les-Q-18 (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-18), and selected items from a Diagnostic Block. Path analysis and the stepwise procedure for assessing mediation effects proposed by R.M. Baron and D.A. Kenny were used to test hypotheses regarding the mediating and moderating role of coping and motivation.

Results. Pronounced bivariate associations were found between motivation for rehabilitation, coping, and psychosocial functioning/quality of life. Coping fully mediated the relationship between motivation and psychosocial functioning: when coping was entered into the model, the significant correlation between motivation and psychosocial functioning disappeared (partial correlation $r=-0,17$, $p=0,054$), whereas the association between coping and psychosocial functioning remained significant (partial correlation $r=0,33$, $p<0,01$). An alternative model, in which motivation was considered as a mediator of the effect of coping on psychosocial functioning, was not empirically supported. The hypothesis regarding the moderating role of coping was also not confirmed.

Conclusions. Motivation for rehabilitation affects psychosocial functioning in schizophrenia indirectly, through a set of productive coping strategies. Coping represents a key psychological mechanism linking motivation with everyday functioning and quality of life and should be regarded as an important target of psychosocial interventions and a crucial component of biopsychosocial causal models when planning rehabilitation for patients with psychotic disorders.

Keywords: schizophrenia, motivation for rehabilitation, coping strategies, psychosocial functioning, mediator/moderator relationships

■ ВВЕДЕНИЕ

Для изучения роли мотивационных явлений при шизофрении, в том числе мотивации в контексте психосоциальной терапии и реабилитации, в современных исследованиях широко используется конструкция модератор/медиатор, то есть факторов, модулирующих ответ (например, возраст, пол, характеристики болезни и др.), и факторов, генерирующих ответ (например, личностные особенности, преморбидное функционирование и др.) [1].

Модератор/медиатор-взаимосвязи в контексте учебной мотивации подробно разрабатываются в теориях обучения [2] и получили развитие в клинической психологии и психиатрии. Это подтверждается значительным числом работ, посвященных мотивационным переменным при шизофрении [3–9]. Так, Р.М. Grant и А.Т. Beck показали [4], что при изучении связи когнитивных нарушений, негативной симптоматики и психосоциального функционирования в качестве медиатора может выступать психологическая защита от стимулов внешнего мира, представляющихся пациенту чрезмерными. В другом исследовании внутренняя мотивация выступила статистически значимым медиатором связи метакогнитивного дефицита с нарушенным функционированием, даже с учетом возраста, уровня образования, особенностей симптоматики, исполнительских функций и социальной когниции пациента. Был сделан вывод о том, что внутренняя мотивация – суть важная цель психосоциальной терапии, направленной на улучшение повседневного функционирования лиц с психозами [10]. Мотивация к приему лекарств и ее опосредующая роль показана в работе W.L. Hsieh и соавт. [11]: мотивационно-ориентированная модель помощи оказалась более эффективной в плане повышения приверженности терапии и профилактики рецидивов, чем усиление терапевтического альянса, инсайта и социальной поддержки, взятых по отдельности [11].

При анализе крупных когорт пациентов с психотическими расстройствами было показано, что амотивация стабильно опосредует связь когнитивных нарушений с социальным функционированием, а дефицит эмоциональной экспрессии и амотивация также могут опосредовать связь когниции с качеством/уровнем независимого проживания и занятости, однако в зависимости от длительности заболевания [12]. В недавнем исследовании медиаторной роли негативных симптомов и нарушений социальной когниции при влиянии нейрокогнитивного дефицита на повседневное функционирование продемонстрировано, что мотивационный дефицит полностью опосредует связь нейрокогнитивных функций с личностным и социальным функционированием [13].

Отдельный пласт работ посвящен медиаторным моделям влияния различных психологических переменных на функционирование пациентов. Показано, что самоэффективность может как усиливать связь между функциональной способностью и реальным функционированием, так и частично опосредовать влияние когнитивных и симптоматических показателей на повседневную активность, причем эти эффекты сохраняются во времени [14]. Другая линия исследований демонстрирует, что нейрокогнитивные функции, самоэффективность и мотивация непосредственно ассоциированы с уровнем самоуправления, при этом самоэффективность и мотивация частично опосредуют влияние нейрокогнитивных функций, а мотивация дополнительно опосредует связь между самоэффективностью и саморегуляцией [15].

Таким образом, данные указывают на важность ряда ключевых переменных, среди которых мотивация к лечению и реабилитации, психосоциальное функционирование и различные психологические характеристики пациента. Истощение личностных ресурсов в результате болезни ведет к ослаблению и утрате мотивации к социальному восстановлению, формированию негативных установок в отношении психосоциальной терапии и реабилитации, что, в свою очередь, способствует утяжелению психопатологии [16]. Представляется, что эти процессы сосредоточены в зоне пересечения «мотивационных» и «копинговых» механизмов.

Опираясь на допущение о существовании транзакционной когнитивно-мотивационной системы, когда-то описанной D. Velligan и соавт. [17] в контексте мотивации к социальному восстановлению пациентов с шизофренией, мы постулируем аналогичную транзакционную мотивационно-копинговую систему. В ее рамках копинг может опосредовать (выступать медиатором) связь между мотивацией к реабилитации и психосоциальным функционированием (Гипотеза I). Возможен и другой вариант (Гипотеза II): копинг выполняет роль модератора отношений между мотивацией и психосоциальным функционированием, так что более высокие копинговые ресурсы усиливают связь мотивации с психосоциальным функционированием. Наконец, мотивация может опосредовать, выступать медиатором связи между копингом и психосоциальным функционированием (Гипотеза III).

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Эмпирически изучить взаимосвязи мотивации к реабилитации, копинга и психосоциального функционирования у пациентов с шизофренией с опорой на модели медиатор/модератор-механизмов.

■ ГИПОТЕЗЫ

Проверялись гипотезы о медиаторных и модераторных механизмах, а именно 3 гипотезы о характере взаимосвязей этих переменных при шизофрении.

Гипотеза I: копинг полностью или частично опосредует связь между мотивацией к реабилитации и психосоциальным функционированием.

Гипотеза II: копинг модифицирует силу связи между мотивацией к реабилитации и психосоциальным функционированием (модераторный эффект).

Гипотеза III: мотивация к реабилитации опосредует связь между копингом и психосоциальным функционированием.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выборка исследования включала 138 пациентов с диагнозом шизофрении, проходивших стационарное или амбулаторное лечение и в различной степени участвовавших в программах психосоциальной реабилитации.

В исследовании использован метод путевого анализа (path analysis) [18]. Путь анализ представляет собой расширение регрессионного подхода и применяется для проверки соответствия корреляционной матрицы одной или нескольким каузальным моделям, которые сравниваются; тем самым он служит одновременно методом концептуального анализа и процедурой проверки каузальной модели. В 2 методологически близких и во многом прототипных для настоящей работы исследованиях E. Nakagami и соавт. [3] и D. Gard и соавт. [19] также использовался путь анализ. В отличие от этих работ, в нашем исследовании, ориентированном на психологические детерминанты и механизмы мотивирующих вмешательств, мотивация была помещена в начало каузальной модели, а задачей стало выявление потенциальных медиаторов и модераторов, что представляется принципиально важным в контексте психосоциальной терапии.

Мотивация к реабилитации, копинг и психосоциальное функционирование оценивались с использованием следующего методического инструментария. Мотивация к реабилитации измерялась с помощью разработанного нами интервью-опросника с трехбалльной шкалой Ликерта и дополнительной оценочной карты (см. приложение). Копинг диагностировался с применением методики COPE и опросника когнитивной регуляции эмоций (CERQ); обе методики адаптированы на русском языке, при этом CERQ акцентирует внимание на аспектах эмоциональной регуляции. Психосоциальное функционирование оценивалось с использованием шкал PSP, EQ-5D-5L, SF-36 и Q-Les-Q-18, а также по ряду пунктов диагностического блока, заполняемого лечащим врачом. Полученные данные анализировались методом путевого анализа для проверки влияния предполагаемых медиаторов и модераторов.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Характеристика выборки исследования ($n=138$) представлена в таблице. Пациенты с диагнозом шизофрении проходили стационарное или амбулаторное лечение и в различной степени были задействованы в программах психосоциальной реабилитации. В целом для выборки характерны выраженные психосоциальные трудности, сочетавшиеся с вариативностью мотивации к реабилитации и копинг-стратегий, что создавало условия для анализа предполагаемых медиатор/модератор-механизмов.

Были выявлены выраженные бивариативные связи между мотивацией к реабилитации, копингом и психосоциальным функционированием / качеством жизни. Мотивация умеренно коррелировала с психосоциальным функционированием ($r=0,23$, $p<0,01$), а также очень сильно – с интегральным показателем продуктивного копинга ($r=0,92$, $p<0,01$). Копинг, в свою очередь, был значимо связан с психосоциальным функционированием ($r=0,33$, $p<0,01$).

При поэтапной проверке медиаторной модели (Гипотеза I) было показано, что при контроле мотивации копинг сохранял значимую связь с психосоциальным функционированием (частная корреляция $r=0,33$, $p<0,01$), тогда как при контроле копинга связь мотивации с психосоциальным функционированием переставала быть статистически значимой (частная корреляция $r=-0,17$, $p=0,054$). Это свидетельствует

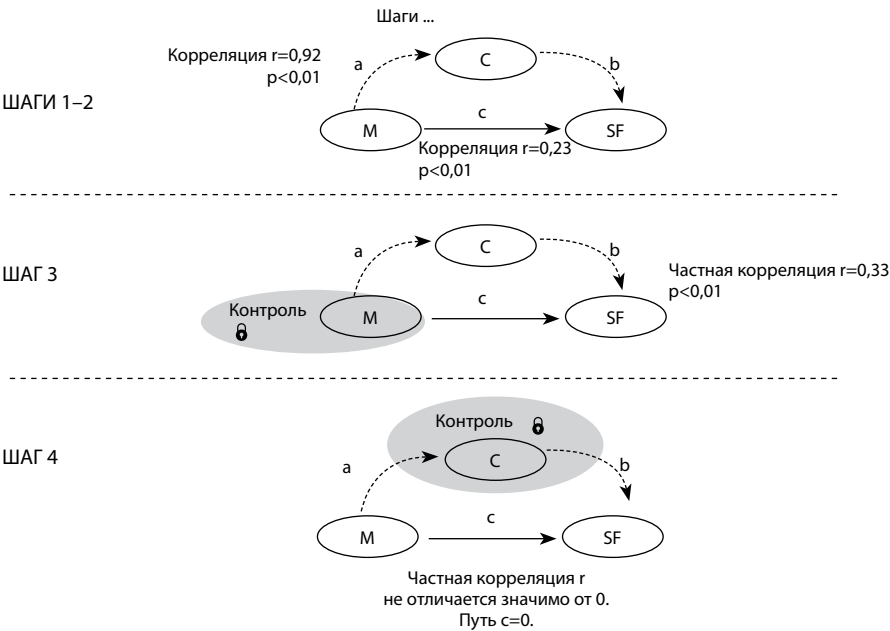
Клинические характеристики пациентов (показатели основных клинических шкал)
Clinical characteristics of patients (indicators of the main clinical scales)

Шкала		Среднее значение и стандартное отклонение
Шкала общего клинического впечатления – Тяжесть заболевания (CGI-S)		4,3±1,1
Шкала депрессии Калгари (Calgary Depression Schizophrenia Scale)		5,5±4,4
Шкала апатии (AES-C)		30,5±10,4
Шкала позитивной и негативной психопатологической симптоматики (PANSS)	Субшкала позитивной симптоматики (P)	14,8±5,6
	Субшкала негативной симптоматики (N)	20,0±7,4
	Субшкала общей психопатологии (G)	38,8±13,4
	Композитная шкала (P) – (N)	-5,1±5,5
Шкала оценки качества жизни и удовлетворенности (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction)	Физическое здоровье	11,9±4,2
	Эмоциональные переживания	16,2±4,3
	Активность в свободное время	9,5±2,8
	Сфера общения	15,9±4,6

о полном опосредовании влияния мотивации на психосоциальное функционирование со стороны копинга.

Альтернативная модель (Гипотеза III), предполагающая медиаторную роль мотивации во влиянии копинга на психосоциальное функционирование, а также модераторная модель (Гипотеза II) не получили статистического подтверждения.

Ниже представлены этапы проверки Гипотезы I (см. рисунок).



Схематичная модель роли копинга как медиатора (Гипотеза I)
Schematic model of the role of coping as a mediator (Hypothesis I)

Рассматриваются взаимосвязи 3 величин, характеризующих пациентов: мотивация (М), копинг (С), психосоциальное функционирование / качество жизни (SF).

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты настоящего исследования показали, что копинг существенно опосредует связь между мотивацией к реабилитации и психосоциальным функционированием при шизофрении. Мотивация влияет на психосоциальное функционирование не напрямую, а через свою тесную взаимосвязь с продуктивными стратегиями совладания, которые оказываются ключевым медиатором между мотивационными установками и реализацией повседневной активности пациента и его социальных ролей [16, 20].

Полученные данные согласуются с более широким кругом исследований, демонстрирующих медиаторную роль мотивационных и аффективных переменных в связи когнитивных нарушений с функционированием и качеством жизни [21–24]. В рамках описанного в литературе «парадокса мотивации» [25] пациенты с более выраженными психосоциальными проблемами часто оказываются менее мотивированы к лечению, включая психосоциальную терапию. Наши результаты позволяют предположить, что эта связь не является прямой и в значительной степени опосредуется способами совладания с болезнью: недостаточно развитый копинг, непродуктивные стратегии совладания могут усиливать разрыв между потребностью в помощи и готовностью к участию в психосоциальной терапии и реабилитации.

Практические следствия этого вывода затрагивают и этические аспекты. Идея о связи низкой мотивации с высоким уровнем психосоциальных проблем нередко используется как аргумент в пользу так называемых патерналистских подходов – жесткого принуждения пациента к лечению или участию в программах реабилитации. Обнаруженная медиаторная роль копинга, однако, не позволяет считать недостаточную мотивацию достаточным основанием для патернализма: до обращения к принуждению целесообразно максимально использовать вмешательства, направленные на формирование и укрепление ресурсов совладания и повышение мотивации. К такого рода мероприятиям относятся копинг-ориентированные [26] и мотивационно-фокусированные программы, эффективность которых уже показана в ряде исследований [21, 27, 28].

В более общем плане наши данные подтверждают высокий потенциал исследований, направленных на выявление медиаторов и модераторов психосоциальных вмешательств. Такие исследования позволяют выделять «активные ингредиенты» терапии и ключевые переменные процесса, что открывает возможности для оптимизации реабилитационных программ и повышения их клинической и экономической эффективности. При этом важно учитывать, что мотивационные явления при шизофрении формируются под влиянием множества разнородных детерминант, объединенных в динамическую систему, где одни и те же факторы в разных условиях могут выступать в разном качестве (предпосылками, причинами или медиаторами).

Таким образом, медиаторная роль копинга, продемонстрированная в нашем исследовании, может быть интерпретирована как проявление более широкой группы модифицируемых психологических факторов, через которые реализуется мотивационный потенциал. Наше исследование вносит вклад в понимание того, каким образом мотивация к реабилитации переводится в реальные изменения психосоциального

функционирования, и поддерживает идею о необходимости интеграции работы с мотивацией и копингом в рамках комплексных реабилитационных программ при шизофрении.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные свидетельствуют о том, что мотивация к реабилитации у пациентов с шизофренией не оказывает прямого влияния на психосоциальное функционирование, а действует опосредованно – через совокупность продуктивных копинг-стратегий. Копинг выступает центральным медиатором связи между мотивацией и показателями повседневного функционирования и качества жизни, что подчеркивает его ключевую роль в психологических механизмах реабилитации.

Выявленная структура взаимосвязей позволяет уточнить биопсихосоциальные каузальные модели, описывающие влияние мотивации на исходы психосоциальной терапии и реабилитации. Включение копинга в качестве обязательного компонента таких моделей представляется методологически и клинически обоснованным, поскольку именно через изменения в стратегиях совладания реализуется истинный мотивационный потенциал пациента.

Практическое значение результатов состоит в том, что программы психосоциальной помощи при шизофрении должны быть нацелены не только на повышение мотивации к участию в лечении и реабилитации, но и на целенаправленное формирование и укрепление продуктивных копинг-стратегий. Копинг-ориентированные и мотивационно-фокусированные вмешательства могут рассматриваться как приоритетные в работе с пациентами, испытывающими выраженные психосоциальные трудности, прежде чем прибегать к сугубо патерналистским формам помощи.

Перспективным направлением дальнейших исследований является лонгитюдное изучение динамики мотивации, копинга и психосоциального функционирования, а также анализ модераторных эффектов возраста, пола, клинических характеристик и длительности заболевания, включая период нелеченого психоза. Это позволит более надежно уточнить условия, при которых мотивация и копинг вносят наибольший вклад в реабилитационные исходы, и определить группы пациентов, для которых описанная медиаторная модель наиболее применима.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Baron R.M., Kenny D.A. The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986;51(6):1173–1182.
2. Gordeeva T.O. Motivation: New approaches, diagnostics, practical recommendations. *Siberian Journal of Psychology*. 2016;62:38–53. (in Russian)
3. Nakagami E., Xie B., Hoe M., Brekke J. Intrinsic motivation, neurocognition, and psychosocial functioning in schizophrenia: testing mediator and moderator effects. *Schizophrenia Research*. 2008;105:95–104.
4. Grant P.M., Beck A.T. Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms, and functioning in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*. 2009;35(4):798–806.
5. Grant P.M., Beck A.T. Evaluation sensitivity as a moderator of communication disorder in schizophrenia. *Psychological Medicine*. 2009;39(7):1211–1219.
6. Schmidt S.J., Mueller D.R., Roder V. Social cognition as a mediator variable between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: empirical review and new results by structural equation modeling. *Schizophrenia Bulletin*. 2011;37(2):41–54.
7. Weimer K., Colloca L., Enck P. Placebo effects in psychiatry: mediators and moderators. *The Lancet Psychiatry*. 2015;2(3):246–257.
8. Wykes T. Cognitive remediation – where are we now and what should we do next? *Journal of Psychopathology*. 2018;24:57–61.
9. Wykes T., et al. Improving patient experiences of mental health inpatient care: a randomised controlled trial. *Psychological medicine*. 2018;48(3):488–497.
10. Luther L., et al. Intrinsic motivation as a mediator between metacognition deficits and impaired functioning in psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*. 2016;55(3):332–347.

11. Hsieh W.L., et al. Mediating effect of the motivation for medication use on disease management and medication adherence among community-dwelling patients with schizophrenia. *Patient preference and adherence*. 2019;1877–1887.
12. Liemburg E.J., et al. Expressive deficits and amotivation as mediators of the associations between cognitive problems and functional outcomes: Results from two independent cohorts. *Schizophrenia Research*. 2020;218:283–291.
13. Giordano G.M., et al. Negative symptoms and social cognition as mediators of the relationship between neurocognition and functional outcome in schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*. 2024;15:1333711.
14. Wright A.C., et al. Does self-efficacy predict functioning in older adults with schizophrenia? A cross-sectional and longitudinal mediation analysis. *Cognitive Therapy and Research*. 2021;45(1):136–148.
15. Zhou C., Li Z. Modelling of self-management in schizophrenia: The role of neurocognition, self-efficacy and motivation. *Journal of Clinical Nursing*. 2020;29(21–22):3966–3976.
16. Semenova N.D. Psychological factors in the treatment and rehabilitation of mentally ill patients: motivation for personal and social recovery. *Modern Therapy in Psychiatry and Neurology*. 2015;4:26–30. (in Russian)
17. Velligan D.I., et al. Use of environmental supports among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*. 2006;57(2):219–224.
18. Loehlin J.C. *Latent Variable Models: An Introduction to Factor, Path, and Structural Analysis*. 3rd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1992.
19. Gard D.E., Fisher M., Garrett C., Genevsky A., Mikels J.A., Vinogradov S. Motivation and its relationship to neurocognition, social cognition, and functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2009;115(1):74–81.
20. Semenova N., Komissarov A. Coping, treatment motivation and psychosocial functioning in schizophrenia: testing mediator and moderator effects. *European Psychiatry*. 2019;56:282.
21. Keefe R.S.E. Cognition and motivation as treatment targets in schizophrenia. *JAMA psychiatry*. 2014;71(9):987–988.
22. Saperstein A.M., Medalia A. The role of motivation in cognitive remediation for people with schizophrenia. *Behavioral neuroscience of motivation*. 2015;533–546.
23. Thonon B., Contreras A., Larøi F. Motivation in schizophrenia: preliminary findings of a theory-driven approach using time-series network analysis. *Current Psychology*. 2022;41(11):7731–7741.
24. Saleh Y., et al. Mechanisms underlying motivational dysfunction in schizophrenia. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2021;15:709753.
25. Mulder C.L., Jochems E., Kortrijk H.E. The motivation paradox: higher psychosocial problem levels in severely mentally ill patients are associated with less motivation for treatment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2014;49(4):541–548.
26. Wiedl K.H. Coping-oriented therapy with schizophrenic patients: General guidelines, starting points and issues of evaluation. In: *Towards a Comprehensive Therapy of Schizophrenia*. 1997. P. 209–227.
27. Abram S.V., et al. Psychological dimensions relevant to motivation and pleasure in schizophrenia. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2022;16:827260.
28. Fulford D., Campellone T., Gard D.E. Social motivation in schizophrenia: How research on basic reward processes informs and limits our understanding. *Clinical Psychology Review*. 2018;63:12–24.

Приложение

Оценка мотивации (к реабилитации)

Оцените, насколько сильно в поведении пациента выражены следующие тенденции и насколько пациент прилагает усилия в следующих направлениях (речь идет, прежде всего, о работе пациента по программе психосоциальной реабилитации, а также о поведении пациента в отделении и на приеме у врача).

		Сильно вы- ражено	Отчасти вы- ражено	Никак не вы- ражено
1	Участие в программе / регулярно посещает занятия (приемы)	☐	☐	☐
2	Пунктуален, не опаздывает на занятия (приемы)	☐	☐	☐
3	Конструктивно использует занятие (прием), поднимает важные вопросы	☐	☐	☐
4	Использует советы и пояснения врача (ведущего)	☐	☐	☐
5	Фокусируется на решении конкретных проблем и на изменении поведения	☐	☐	☐
6	Открыт – в плане своего поведения и событий жизни	☐	☐	☐
7	На занятиях (приемах) предпринимает усилия по изменению (коррекции) поведения	☐	☐	☐
8	Предпринимает усилия по улучшению социальной, рабочей или учебной ситуации	☐	☐	☐
9	Предпринимает усилия по улучшению ситуации дома	☐	☐	☐
10	Предпринимает усилия по улучшению отношений с близкими	☐	☐	☐
11	Предпринимает усилия по улучшению социальной жизни, правильно распоряжается свободным временем	☐	☐	☐
12	Следует своей цели	☐	☐	☐
13	Переводит цель в поведенческие акты	☐	☐	☐

Дополнительная оценочная карта (заполняется врачом)

Сохранена ли мотивация (на декларативном уровне) в отношении нижеследующего (один ответ по каждой строчке таблицы)

Мотивация	Полностью сохранена	Частично со- хранена	Совсем не сохранена
1. Трудоустройство	3	2	1
2. Выздоровление	3	2	1
3. Возврат к прежней социальной активности	3	2	1
4. Создание семьи (если холост)	3	2	1
5. Прочее (указать)	3	2	1



Тукаев Р.Д.¹✉, Кузнецов В.Е.³, Срывкова К.А.², Кузнецов В.Н.²

¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия

² Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского», Москва, Россия

³ Клиника «К+31», Москва, Россия

Позитивно-диалоговая психотерапия при тревожных расстройствах: оценка в контролируемом исследовании

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, редактирование, написание текста – Тукаев Р.Д.; редактирование, сбор материала, обработка, написание текста – Кузнецов В.Е.; редактирование, сбор материала, обработка, написание текста – Срывкова К.А.; сбор материала – Кузнецов В.Н.

Подана: 12.03.2026

Принята: 15.05.2026

Контакты: tukaevrd@gmail.com, ksufiko@gmail.com

Резюме

Введение. Тревожные расстройства относятся к числу наиболее распространенных психических расстройств и сопровождаются выраженной функциональной дезадаптацией. Существующие терапевтические подходы нередко обеспечивают лишь неполную и/или нестойкую ремиссию, что создает необходимость дальнейшего развития и доказательной оценки психотерапевтических методов, способных не только снижать уровень тревоги и сопутствующие симптомы, но и обеспечивать более устойчивую ремиссию.

Цель. Оценить клиническую эффективность позитивно-диалоговой психотерапии (ПДП) при паническом расстройстве (ПР), генерализованном тревожном расстройстве (ГТР) и смешанном тревожном и депрессивном расстройстве (СТДР) в рандомизированном контролируемом исследовании с контролем листа ожидания (КЛО).

Материалы и методы. В исследование включены 156 пациентов с тревожными расстройствами (ПР (n=56), ГТР (n=64), СТДР (n=36)), соответствующими критериям МКБ-10. После структурированного клинического интервью и исходного психометрического обследования пациенты рандомизировались в основную группу ПДП (n=84) и группу КЛО (n=72). Терапия проводилась по стандартизированному протоколу ПДП, длительность составляла 8–20 сессий. Эффективность оценивалась по опросникам тревоги и депрессии (SCL-90, шкала Спилбергера – Ханина, шкала депрессии Бека, шкала тревоги Шихана) и шкалам полноты осознания (FFMQ-SF, MAAS).

Результаты. В основной группе по сравнению с КЛО отмечено статистически значимое снижение тревоги и депрессии по всем клиническим шкалам с большими размерами эффекта ($d_{\text{Козна}} = 0,86–1,08$) и достоверное повышение полноты осознания (FFMQ-SF $d=0,75$; MAAS $d=0,60$). В КЛО значимых изменений этих показателей не выявлено. Анализ подгрупп показал сопоставимо высокую эффективность ПДП при ПР, ГТР и СТДР при несколько большей длительности терапии у пациентов с СТДР.

Заключение. ПДП является клинически эффективным методом лечения ПР, ГТР и СТР, обеспечивая выраженное снижение тревожной и депрессивной симптоматики и повышение полноты осознания по сравнению с КЛО, что позволяет рассматривать ее как перспективный доказательный психотерапевтический подход при тревожных расстройствах.

Ключевые слова: паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, смешанное тревожное и депрессивное расстройство, позитивно-диалоговая психотерапия, рандомизированное клиническое исследование

Tukaev R.¹✉, Kuznetsov V.E.³, Sryvkova K.², Kuznetsov V.N.²

¹ Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Moscow, Russia

² Moscow Research Institute of Psychiatry – branch of the Serbsky Federal Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow, Russia

³ Medical Center "K+31", Moscow, Russia

Positive-Dialogue Psychotherapy for Anxiety Disorders: Evaluation in a Controlled Study

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: the concept and design of research, editing, writing text – Tukaev R.; editing, collecting material, processing, writing text – Kuznetsov V.E.; editing, collecting material, processing, writing text – Sryvkova K.; collecting material – Kuznetsov V.N.

Submitted: 12.03.2026

Accepted: 15.05.2026

Contacts: tukaevrd@gmail.com; ksufiko@gmail.com

Abstract

Introduction. Anxiety disorders are among the most prevalent mental disorders and are associated with marked functional impairment and reduced quality of life. Existing therapeutic approaches often result only in partial and/or unstable remission, which necessitates further development and evidence-based evaluation of psychotherapeutic methods that not only effectively reduce anxiety and related symptoms but also ensure more durable, sustained remission.

Purpose. To assess the clinical effectiveness of Positive-Dialogue Psychotherapy (PDP) in panic disorder, generalized anxiety disorder and mixed anxiety and depressive disorder in a randomized controlled trial with a waiting-list control condition.

Materials and methods. The study included 156 patients with anxiety disorders: panic disorder (n=56), generalized anxiety disorder (n=64) and mixed anxiety and depressive disorder (n=36), all meeting ICD-10 criteria. Following a structured clinical interview and baseline psychometric assessment, participants were randomized to the PDP group (n=84) or the waiting-list control group (n=72). PDP was delivered according to a standardized protocol and included psychoeducational, causally-cognitive oriented and hypnotherapeutic components (Universal Hypnotherapy by R.D. Tukaev). Treatment duration was 8–20 sessions. Effectiveness was evaluated using anxiety and depression questionnaires (SCL-90, Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory, Sheehan Anxiety Rating Scale) and mindfulness scales (FFMQ-SF, MAAS).

Results. Compared with the waiting-list control, the PDP group demonstrated statistically significant reductions in anxiety and depression scores across all clinical measures with large effect sizes (Cohen's $d=0.86-1.08$), as well as significant increases in mindfulness indices (FFMQ-SF $d=0.75$; MAAS $d=0.60$). No significant changes in these measures were observed in the waiting-list control group over the observation period. Subgroup analyses showed comparably high effectiveness of PDP in panic disorder, generalized anxiety disorder and mixed anxiety and depressive disorder, with somewhat longer treatment duration in patients with mixed anxiety and depressive disorder.

Conclusion. Positive-Dialogical Psychotherapy is a clinically effective treatment for panic disorder, generalized anxiety disorder and mixed anxiety and depressive disorder, producing marked reductions in anxiety and depressive symptoms and significant increases in mindfulness compared with a waiting-list control, and can be considered as a promising evidence-based psychotherapeutic approach for anxiety disorders.

Keywords: panic disorder, generalized anxiety disorder, mixed anxiety and depressive disorder, positive-dialogue psychotherapy, randomized clinical trial

■ ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время тревожные расстройства (ТР) признаны самой частой категорией психических расстройств, встречаясь в популяции в 4,8–10,8% случаев [1]. По данным исследования глобального бремени болезней (GBD-2021), с 1990 по 2021 г. распространенность тревожных расстройств увеличилась на 18% (ASR), достигнув 359,2 млн случаев [2]. Пожизненная распространенность панического расстройства (ПР) оценена в пределах 1,7–5,0% [3, 4]. Пожизненная распространенность генерализованного тревожного расстройства (ГТР) – 3,4–9,2% [5, 6]. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (СТДР) – самый частый диагноз среди всех тревожных расстройств, используемый российскими психиатрами (94,8% респондентов использовали данный диагноз хотя бы раз в течение года, предшествовавшего опросу Российского общества психиатров 2017 г.) [7].

Современная психофармакотерапия ТР представлена в основном антидепрессантами, анксиолитиками, транквилизаторами [6, 8], однако частота рецидивов в группе отмены антидепрессантов в течение года составляет 36,4% [9].

Из методов психотерапии ТР высокую результативность показали когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), поведенческая терапия подвержением и терапия предотвращения тревожного ответа, различные методики «третьей волны» КПТ [10, 11], имеются данные об эффективности личностно-ориентированной психотерапии [12]. Считается, что терапией выбора для тревожных расстройств является КПТ [10, 13]. Комбинация психотерапии и фармакотерапии может ухудшить результаты КПТ [14]. Например, отмечена более высокая эффективность психотерапии по сравнению с комбинацией психотерапии и фармакотерапии при ГТР [15]. Имеются и компромиссные данные [16], согласно которым психотерапия наравне с комбинацией психотерапии и фармакотерапии являются терапией первого выбора при тревожных расстройствах. В последние годы в терапии тревожных расстройств широко применяются методы когнитивной психотерапии, включающие медитацию полноты осознания (mindfulness meditation). А.М. Вейном с соавторами [17] отмечена превосходящая

фармакотерапию эффективность психотерапии на основе гипнотерапии при лечении панических приступов.

Ранее Р.Д. Тукаевым с соавторами разработана и внедрена в практику методика позитивно-диалоговой психотерапии (гипнотерапии) (ПДП, более раннее название методики – когнитивно-ориентированная психотерапия) тревожных расстройств [18, 19], показавшая высокую клиническую эффективность в доказательном формате при ПР, ГТР и СТДР [20, 21]. Было также показано, что центральная часть ПДП – универсальная гипнотерапия – представляет современный, научно обоснованный российский аналог западных медитативных методик, основанных на феномене полноты осознания [22, 23].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить клиническую эффективность ПДП для пациентов, страдающих паническим расстройством (ПР), генерализованным тревожным расстройством (ГТР) и смешанным тревожным и депрессивным расстройством (СТДР).

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

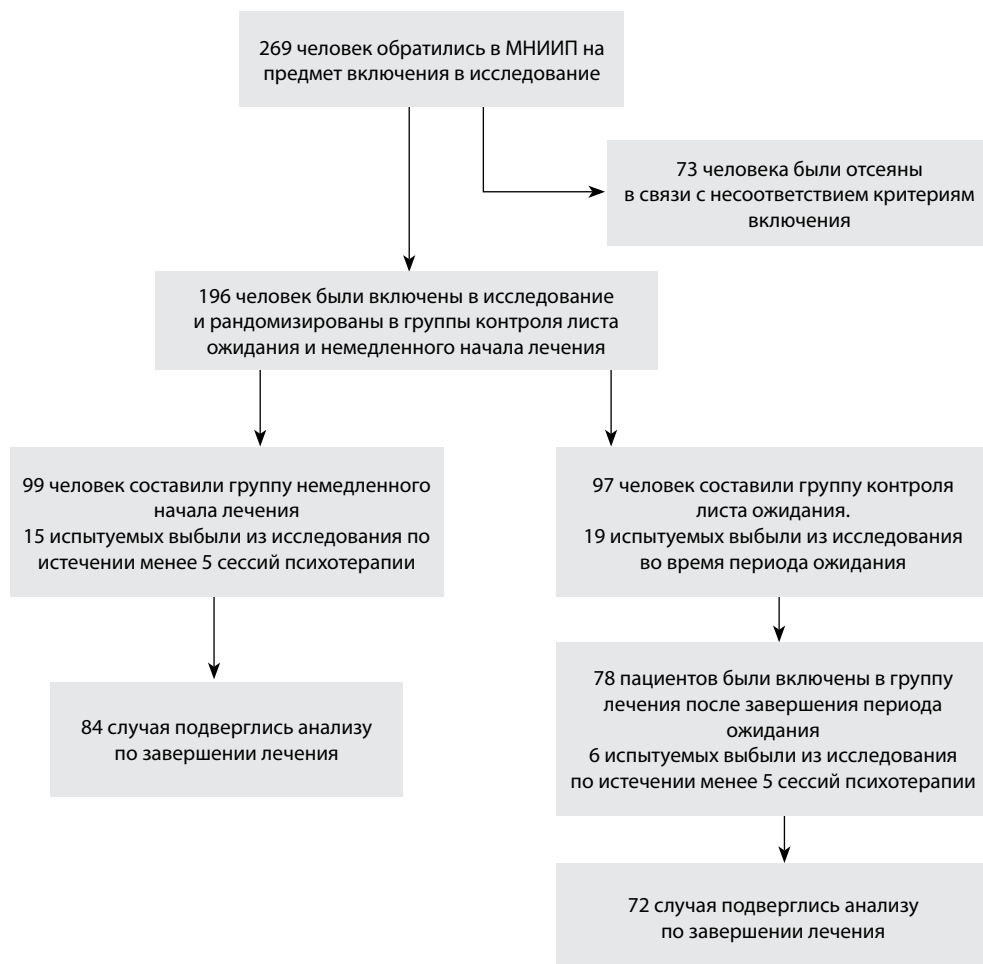
Исследование выполнено как рандомизированное контролируемое с использованием контроля листа ожидания. Данный дизайн позволил одновременно обеспечить удовлетворительную внутреннюю валидность и приблизить условия к реальной психотерапевтической практике, где пациенты нередко ожидают начала лечения в очереди [19]. Оценка клинической значимости результатов включала анализ статистической значимости изменений и размеров эффекта.

Исследование проводилось в МНИИП МЗ РФ (позднее – Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России) в 2008–2023 гг. в 3 последовательных этапа, каждый из которых выполнялся отдельным психотерапевтом, работавшим по единому протоколу позитивно-диалоговой психотерапии (ПДП). Все этапы исследования были посвящены изучению эффективности ПДП при тревожных расстройствах невротического уровня (в первом случае – ГТР и СТДР; во втором – ПР и ГТР; в третьем – ГТР и СТДР). На всех этапах применялись идентичные критерии включения/исключения, процедуры рандомизации и базовый набор психометрических методик; начиная со второго этапа дополнительно оценивалась полнота осознания (FFMQ-SF, MAAS) и использовалась шкала депрессии Бека (BDI). Сходство дизайна и результатов этапов позволило объединить полученные данные в единую выборку.

Пациенты набирались по объявлению о бесплатной психотерапевтической помощи лицам с тревожными расстройствами, паническими приступами и тревожно-депрессивной симптоматикой на сайте МНИИП. Критерии включения: 1) возраст 18–60 лет; 2) соответствие диагностическим критериям панического расстройства (ПР, F41.0, F40.01), генерализованного тревожного расстройства (ГТР, F41.1) или смешанного тревожного и депрессивного расстройства (СТДР, F41.2) по МКБ-10. Критерии исключения: 1) суицидальная готовность; 2) другие психические расстройства, определяющие клиническую картину (расстройства шизофренического спектра, аффективные, тяжелые личностные расстройства); 3) тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации; 4) участие в иных психотерапевтических программах.

Использованные критерии допускали наличие депрессивной и фобической симптоматики при условии, что ведущим диагнозом оставалось тревожное расстройство. На втором этапе исследования допускалось включение пациентов со сформированной психофармакорезистентностью, принимавших антидепрессанты, анксиолитики и транквилизаторы на момент начала психотерапевтической работы; с пациентами заранее обсуждалась возможность отмены ПФТ по мере улучшения состояния. В ходе ПДП фармакотерапия была прекращена у всех пациентов.

После предварительного скрининга пациенты, соответствующие критериям исследования ($n=269$), проходили структурированное клиническое интервью по исследовательским критериям МКБ-10 и исходное психометрическое обследование. Далее с использованием генератора случайных чисел они рандомизировались в терапевтическую группу ПДП или группу контроля листа ожидания (КЛО). Формирование потока пациентов в исследовании представлено на рисунке.



Распределение пациентов в исследовании
Patient flow in the study

В терапевтической группе проводился курс ПДП, после завершения которого пациенты повторно заполняли тот же набор опросников. Пациентам группы КЛО сообщалось о включении в лист ожидания и необходимости двукратного заполнения клинических опросников до начала лечения с интервалом 3–4 недели; затем, после повторного заполнения опросников, они проходили курс ПДП по тому же протоколу с последующим посттерапевтическим обследованием. Таким образом, группа КЛО служила контролем как для терапевтической группы, так и для самой себя.

ПДП проводилась по протоколу, разработанному Р.Д. Тукаевым [18, 19], и включала 3 основных компонента: 1) психообразовательный; 2) каузально-когнитивно-ориентированный; 3) гипнотерапевтический (универсальная гипнотерапия Р.Д. Тукаева – УГТ). Психообразовательный компонент включает дидактический материал: 1) о тревоге как о нормальной, мобилизационной реакции, требуемой для преодоления или избегания ситуации опасности; 2) тревожном расстройстве и его фазном развитии в вариантах ПР и ГТР в силу «раскачки» реакции тревоги комплексом психогенных, социально-средовых, биологических факторов; 3) возможностях психотерапевтического купирования тревожного расстройства на основе: а) разрешения имеющихся психогенных проблем, б) исключения интоксикационных механизмов (при их наличии), в) копинга фобического компонента (при его наличии), г) общего повышения адаптационных ресурсов организма и психики (за счет рационализации образа жизни), д) нормализации вегетативного регулирования за счет психотерапии либо комплекса психотерапии и психофармакотерапии. Психообразовательный компонент ПДП реализуется на первой терапевтической сессии в индивидуальном или групповом формате.

Каузально-когнитивно-ориентированный компонент ПДП решает задачи: 1) индивидуализации усвоения психообразовательного компонента; 2) нормализации травматического опыта пациента в переживании ПП (при наличии такового); 3) стимулирования копинга пациентом триггеров тревоги, ограничительного поведения, фобий; 4) стимулирования формирования и поддержания здорового образа жизни с нормализацией вегетативного регулирования; 5) стимулирования овладения пациентом навыком самостоятельного понимания и решения проблемных ситуаций; 6) развития навыков позитивного мышления и мировосприятия. Каузально-когнитивно-ориентированный компонент ПДП реализуется на 2–7 сессиях терапии, занимая 20 мин времени часовой сессии и интегрируясь с УГТ.

Гипнотерапевтический компонент ПДП использует методику УГТ [24], направленную: 1) на повышение личностной интегрированности и самоидентичности; 2) использование проективных преобразований психогенного, сомато-сенсорного контекста индивидуума; 3) седативно-дистанцирующее воздействие репродуцируемого цвета; 4) стимуляцию дистанцирования стрессогенных переживаний и завершения негативных состояний, расстройств, переживаний на основе моделирования и проработки индивидуумом корректирующего, позитивного поведения; 5) дублирование действия используемых приемов; 6) итоговое создание в гипнотерапии позитивно-векторного семантического пространства для активных терапевтических преобразований пациента.

Сессии ПДП проводились индивидуально 2–3 раза в неделю, общее число сессий составляло 8–20, до достижения устойчивого клинического улучшения.

В исследовании были использованы следующие психометрические инструменты:

- 1) симптоматический опросник SCL-90 (адаптация Н.В. Тарабриной). Опросник состоит из 90 вопросов, охватывающих широкий спектр симптомов. В статье использованы шкалы DEP – депрессия, ANX – тревога, GSI – общий индекс тяжести симптоматики;
- 2) шкала тревоги Спилбергера – Ханина. Методика содержит 40 вопросов и позволяет получить значение по шкалам «ситуативная тревога» и «личностная тревога»;
- 3) шкала депрессии Бека. Методика содержит 21 вопрос и позволяет оценить выраженность депрессии, учитывая ее когнитивный, соматический и эмоциональный компоненты;
- 4) шкала тревоги Шихана. Состоит из 35 вопросов и позволяет оценить выраженность тревожной симптоматики, прежде всего ее фобического компонента;
- 5) пятифакторный опросник полноты осознания, краткая форма (Five Facet Mindfulness Questionary – FFMQ-SF, начиная со второго этапа исследования), разработан Baer с соавторами [25], короткая версия (FFMQ-SF) предложена Bohlmeijer с соавторами в 2011 г. [26]. Методика содержит 24 утверждения, которые предлагается оценить по пятибалльной шкале. Опросник позволяет оценить полноту осознания по 5 шкалам: «Созерцание», «Описание поступающей информации», «Внимание к действиям», «Безоценочное восприятие», «Нереагирование» – и оценивает общий уровень полноты осознания. Опросник использовался в авторской адаптации;
- 6) шкала внимательности и осознанности (Mindful attention awareness scale, начиная со второго этапа исследования). Разработана Brown с соавторами [27]. Опросник содержит 15 утверждений, которые испытуемый оценивает по шестибалльной шкале. Методика оценивает полноту осознания применительно к повседневной активности пациента. Опросник применялся в авторской адаптации.

Для оценки клинической значимости терапевтических данных была использована шкала клинической системной оценки (ШКСО) эффективности психотерапии [19, 24]. ШКСО использует качественно-количественную шкалу с 4 градациями: 1) значительное улучшение состояния; 2) улучшение состояния; 3) незначительное улучшение состояния; 4) отсутствие улучшения состояния. При определении степени улучшения используются диагностические указания МКБ-10. В качестве дополнительных критериев применяется оценка результата с помощью психометрических шкал.

Градация «значительное улучшение состояния» (ЗУС) подразумевает полную редукцию симптомов, указанных как диагностические критерии расстройства в МКБ-10, и полную редукцию дополнительных симптомов, относимых в МКБ-10 к другим рубрикам психических расстройств при высоких показателях психотерапевтической коммуникации, увеличивающихся в процессе психотерапии. Пациент оценивает результат как полное выздоровление. Градация «улучшение состояния» (УС) характеризуется значительной/полной, но неустойчивой редукцией симптомов расстройства по МКБ-10, показатели психотерапевтической коммуникации находятся в пределах средних значений, могут снижаться в процессе психотерапии. Имеющихся симптомов недостаточно для постановки диагноза. Пациент оценивает результат лечения как «улучшение состояния» либо «значительное улучшение состояния». Градация «незначительное улучшение состояния» (НУС) используется при незначительной,

неустойчивой терапевтической редукции симптомов, когда сохраняющихся симптомов достаточно для постановки диагноза по МКБ-10, показатели психотерапевтической коммуникации низкие. Пациент оценивает улучшение как «незначительное», «улучшение состояния», «отсутствие улучшения». Градация «отсутствие улучшения состояния» (ОУС) применима при отсутствии изменений клинической картины расстройства, в итоге терапии показатели психотерапевтической коммуникации низкие или очень низкие. Пациент оценивает результат как «отсутствие улучшения».

В представленной шкале ЗУС и ОУС являются качественными показателями, тогда как УС, НУС прилежат к ОУС, количественно отражая степень редукции симптоматики. Подобный подход позволяет разделять пациентов на 2 качественно различающиеся группы по критерию улучшения – полное восстановление (ЗУС) и улучшение (УС, НУС, ОУС), с отходом от смешения и усреднения качественно различающихся результатов.

Статистический анализ данных проведен с помощью Statistica 14 и применен для сопоставления: 1) исходных данных первичной терапевтической группы и исходных данных группы контроля листа ожидания (КЛО); 2) исходных данных КЛО и данных КЛО на момент включения в терапевтическую группу; 3) исходных данных первичной терапевтической группы и группы (КЛО) на момент включения в терапевтическую группу; 4) исходных и последних обобщенных данных терапевтической группы и исходных данных КЛО и данных КЛО на момент включения в терапевтическую группу; 5) исходных и последних данных подгруппы панического расстройства (ПР), подгруппы генерализованного тревожного расстройства (ГТР) и подгруппы смешанного тревожного и депрессивного расстройства (СТДР).

В статистический анализ показателей включены гендерно-демографические и психометрические показатели. Использованы методы описательной статистики (среднее – M , доверительные интервалы для среднего – CI), непараметрического сравнения выборок с попарно связанными (критерий Вилкоксона) и несвязанными (критерий Манна – Уитни) переменными. Для оценки размера эффекта использован непараметрический корреляционный размер эффекта d_{unb} [28] ($d \leq 0,20$ – размер эффекта малый, $d \leq 0,50$ – размер эффекта умеренный, $d \leq 0,80$ – размер эффекта большой). Размер эффекта подсчитывался с использованием взвешенного среднеквадратичного отклонения. При сравнении групп по степени улучшения состояния применен критерий χ^2 .

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Сопоставляемые гендерно-демографические характеристики и клиничко-диагностическая информация всей выборки, основной и контрольной групп представлены в табл. 1 и 2.

Нозологическая структура выборки была представлена следующими диагностическими категориями: 56 (35,9%) пациентов – основной диагноз ПР, 64 участника исследования (41,0%) – основной диагноз ГТР, состояние 36 (23,1%) пациентов было определено как СТДР. Сравнение основной и контрольной групп по демографическим и исходным клиническим и клиничко-психометрическим показателям проведено с использованием критерия Манна – Уитни и χ^2 -теста для независимых выборок. Статистически значимых различий между группами обнаружено не было, что указывает на принципиальную успешность рандомизации.

Таблица 1
Характеристика выборки
Table 1
Sample characteristics

Показатель	Общие данные (n=156)		Первичная терапевти-ческая группа (n=84)		Группа КЛО (n=72)	
	N	%	n	%	n	%
Пол (женщины)	107	68,6	60	71,4	26	60,5
Возраст (M, SD)	32,9	11,5	33,0	11,5	32,4	12,2
Диагноз						
ПР	56	35,9	32	38,1	24	33,3
ГТР	64	41,0	34	40,5	30	41,7
СТДР	36	23,1	18	21,4	18	25,0
Длительность заболевания (мес.) (M, SD) (n=100)	53,8	60,9	48,6	41,1	70,4	87,7
Психофармакорезистентные	20	12,8	12	14,3	8	11,1

Примечание: первичная терапевтическая группа – группа пациентов, приступивших к лечению сразу после скрининга; группа КЛО – группа пациентов, включенных после скрининга в лист ожидания.

Таблица 2
Сравнение показателей ПТГ и группы КЛО на момент скрининга и оценка изменения показателей в группе КЛО за период ожидания
Table 2
Baseline comparison between the PDP and waitlist control groups and change in the waitlist control group during the waiting period

Шкала	Общие данные на момент начала лечения (n=156)	Первичная терапевтиче-ская группа на момент начала лечения (n=84)	Группа КЛО на момент включения (n=72)	Группа КЛО на момент начала лече-ния (n=72)*	p (ПТГ – КЛО исходные данные)	p (КЛО включе-ние – КЛО начало лечения)
	M (CI)	M (CI)	M (CI)	M (CI)		
SCL-90 DEP	1,75 (1,61–1,88)	1,74 (1,55–1,92)	1,78 (1,60–1,96)	1,82 (1,65–2,00)	0,654334	0,640766
SCL-90 ANX	1,82 (1,66–1,97)	1,80 (1,58–2,01)	1,74 (1,52–1,96)	1,83 (1,60–2,05)	0,697207	0,600899
SCL-90 GSI	1,34 (1,24–1,44)	1,33 (1,19–1,48)	1,36 (1,23–1,49)	1,37 (1,25–1,49)	0,571934	0,788850
STAI-S	39,38 (37,74–41,02)	39,83 (37,71–41,94)	37,77 (35,24–40,30)	38,83 (36,08–41,58)	0,108267	0,506307
STAI-T	57,11 (55,66–58,57)	57,13 (55,19–59,07)	53,98 (51,56–56,40)	57,93 (55,68–60,17)	0,055743	0,133490
BDI	21,32 (19,70–22,95)	21,88 (19,63–24,13)	20,72 (18,49–22,95)	21,51 (19,22–23,80)	0,648394	0,494532
ShARS	52,00 (47,72–56,28)	52,93 (47,13–58,73)	49,80 (44,70–54,91)	48,73 (42,78–54,68)	0,768157	0,580797
FFMQ-SF	71,21 (69,56–72,86)	71,52 (69,52–73,53)	70,98 (68,10–73,85)	70,47 (67,35–73,58)	0,461982	0,588972
MAAS	3,74 (3,62–3,85)	3,72 (3,55–3,88)	3,74 (3,58–3,90)	3,73 (3,57–3,88)	0,985155	0,951766

Примечание: SCL-90 DEP, ANX, GSI – шкалы депрессии, тревоги, общей тяжести симптоматики симптоматического опрос-ника SCL-90; STAI-S – шкала тревоги Спилбергера, реактивная тревога; STAI-T – шкала тревоги Спилбергера, личностная тревога; BDI – шкала депрессии Бека; ShARS – шкала тревоги Шихана; FFMQ-SF – пятифакторная шкала полноты осозна-ния, короткая версия, общий показатель; MAAS – шкала внимательности и осознанности; ПТГ – первичная терапевтиче-ская группа; КЛО – группа контроля листа ожидания.

Из 99 пациентов, начавших терапию сразу после включения в исследование, 15 (15,2%) прекратили ее досрочно. В качестве причин для прекращения пациенты указывали временные ограничения, семейные обстоятельства либо без объяснения причин. В группе КЛО из 97 пациентов, включенных в лист ожидания, 19 (19,6%) человек выбыли из исследования в период ожидания. Из продолживших участие 78 пациентов завершили терапию 72 человека (досрочно выбыло 6 – 7,7%), таким образом, общий процент выбывших после начала терапии составил 11,9%. У завершивших терапию 156 пациентов медиана продолжительности терапии составила 12 сессий, в группе ПР – 11 сессий, в группе ГТР – 12, для СТДР – 15. Группы ПР и СТДР статистически значимо отличались по продолжительности терапии, $p=0,018336$.

Обобщенные результаты психотерапии и данные контроля листа ожидания в рассматриваемой выборке приведены в табл. 2 и 3. В группе воздействия произошло снижение показателей всех клинических шкал (SCL-90 DEP, SCL-90 ANX, SCL-90 GSI, STAI-S, STAI-T, BDI, ShARS) практически до уровня внеклинической нормы; показатели, оценивающие полноту осознания (FFMQ-SF, MAAS), существенно возросли. Значимых изменений аналогичных показателей в группе КЛО за 3 недели не произошло (табл. 2). Для определения результативности терапии производилось сравнение результатов группы воздействия и группы КЛО (табл. 3). На момент завершения лечения наблюдались статистически значимые различия между группами по всем клинико-психометрическим показателям и показателям полноты осознания со средним и большим размером эффекта.

Результаты психотерапии ПР, ГТР и СТДР по данным психометрии приведены в табл. 4. Во всех 3 подгруппах произошли статистически значимые изменения показателей всех используемых шкал. Размеры эффекта для клинических шкал (SCL-90 DEP, SCL-90 ANX, SCL-90 GSI, STAI-S, STAI-T, BDI, ShARS) были несколько выше в подгруппах ПР и ГТР (большой размер эффекта для всех клинических шкал). Наибольший размер эффекта в подгруппе ПР наблюдался для шкал SCL-90 ANX, ShARS ($d \geq 1,34$), в целом отмечалось достаточно равномерное снижение выраженности симптоматики

Таблица 3
Итоговые результаты терапии
Table 3
Final therapy results

Шкала	Группа воздействия (n=156) (M, CI)	Группа КЛО (n=72) (M, CI)	p	d
SCL-90 DEP	0,97 (0,80–1,15)	1,82 (1,65–2,00)	0,000000	1,08
SCL-90 ANX	0,96 (0,79–1,12)	1,83 (1,60–2,05)	0,000000	0,99
SCL-90 GSI	0,79 (0,67–0,91)	1,37 (1,25–1,49)	0,000000	1,08
STAI-S	28,94 (26,58–31,30)	38,83 (36,08–41,58)	0,000007	0,86
STAI-T	50,36 (48,30–52,41)	57,93 (55,68–60,17)	0,000038	0,78
BDI	11,63 (9,83–13,42)	21,51 (19,22–23,80)	0,000000	0,92
ShARS	28,19 (24,25–32,13)	48,73 (42,78–54,68)	0,000003	0,92
FFMQ-SF	79,07 (77,12–81,02)	70,47 (67,35–73,58)	0,000006	0,75
MAAS	4,17 (4,00–4,34)	3,73 (3,57–3,88)	0,003674	0,60

Примечание: SCL-90 DEP, ANX, GSI – шкалы депрессии, тревоги, общей тяжести симптоматики симптоматического опросника SCL-90; STAI-S – шкала реактивной тревоги опросника Спилбергера – Ханина; STAI-T – шкала личностной тревоги опросника Спилбергера – Ханина; BDI – шкала депрессии Бека; ShARS – шкала тревоги Шихана; FFMQ-SF – пятифакторная шкала полноты осознания, короткая версия; MAAS – шкала внимательности и осознанности.

по данным психометрии ($d=0,91-1,09$), за исключением шкалы STAI-T ($d=0,71$). В подгруппе ГТР снижение клинических психометрических показателей было более равномерным ($d=0,82-1,13$). Динамика клинических показателей в подгруппе СТДР характеризовалась неравномерностью, для показателей STAI-S и BDI размер эффекта был очень большим ($d=1,01$ и $d=1,06$ соответственно), а для показателей SCL-90 ANX, STAI-T – ближе к умеренно большому ($d=0,68$ и $d=0,53$ соответственно). Повышение шкал FFMQ-SF и MAAS происходило практически идентично в подгруппах ПР и ГТР, с большим размером эффекта для FFMQ-SF и умеренным для MAAS. В подгруппе СТДР размер эффекта был умеренным и низким для шкал FFMQ-SF и MAAS соответственно.

Таблица 4
Результаты терапии в подгруппах ПР, ГТР и СТДР
Table 4
Therapy results in the subgroups of PD, GAD and MADD

Шкала	ПР (n=56)			ГТР (n=64)			СТДР (n=36)		
	М (CI) на момент включения	М (CI) на момент окончания	р (размер эффекта d)	М (CI) на момент включения	М (CI) на момент окончания	р (размер эффекта d)	М (CI) на момент включения	М (CI) на момент окончания	р (размер эффекта d)
SCL-90 DEP	1,72 (1,48–1,95)	0,93 (0,69–1,17)	0,000007 (0,91)	1,64 (1,42–1,86)	0,84 (0,67–1,01)	0,000000 (1,00)	1,98 (1,72–2,24)	1,32 (1,05–1,59)	0,000051 (0,80)
SCL-90 ANX	2,13 (1,91–2,36)	1,08 (0,88–1,29)	0,000001 (1,34)	1,75 (1,48–2,01)	0,88 (0,67–1,08)	0,000000 (0,90)	1,48 (1,17–1,79)	0,91 (0,68–1,14)	0,001181 (0,68)
SCL-90 GSI	1,45 (1,26–1,63)	0,81 (0,65–0,97)	0,000002 (1,01)	1,24 (1,09–1,40)	0,71 (0,59–0,84)	0,000000 (0,90)	1,36 (1,16–1,56)	0,91 (0,73–1,09)	0,000099 (0,76)
STAI-S	38,48 (35,69–41,28)	26,48 (23,28–29,68)	0,000000 (1,09)	37,54 (34,79–40,29)	27,89 (25,52–30,26)	0,000001 (0,92)	43,94 (41,47–46,41)	34,81 (31,44–38,18)	0,000154 (1,01)
STAI-T	55,85 (53,42–58,28)	48,84 (45,93–51,75)	0,000007 (0,71)	56,51 (54,19–58,83)	49,04 (47,13–50,95)	0,000000 (0,86)	60,06 (57,19–62,93)	55,19 (52,11–58,27)	0,002947 (0,53)
BDI	19,93 (16,97–22,89)	10,13 (7,88–12,39)	0,000018 (1,01)	19,00 (16,70–21,30)	9,98 (8,43–11,52)	0,000004 (1,13)	27,42 (24,49–30,35)	17,25 (13,94–20,56)	0,000900 (1,06)
ShARS	61,29 (54,27–68,30)	28,96 (23,60–34,32)	0,000000 (1,41)	46,49 (39,45–53,54)	27,09 (22,90–31,27)	0,000000 (0,82)	47,06 (39,78–54,34)	28,81 (22,63–34,99)	0,000136 (0,88)
FFMQ-SF	72,46 (70,01–74,92)	79,18 (76,96–81,40)	0,000007 (0,78) n=32	72,07 (69,31–74,83)	80,98 (78,74–83,21)	0,000270 (0,87) n=40	68,00 (64,65–71,35)	74,89 (71,76–78,02)	0,022895 (0,69) n=24
MAAS	3,97 (3,75–4,19)	4,45 (4,26–4,64)	0,000082 (0,64) n=32	3,73 (3,57–3,89)	4,19 (3,99–4,39)	0,000066 (0,61) n=40	3,45 (3,21–3,69)	3,70 (3,48–3,92)	0,433096 (0,36) n=24

Примечание: SCL-90 DEP, ANX, GSI – шкалы депрессии, тревоги, общей тяжести симптоматики симптоматического опросника SCL-90; STAI-S – шкала тревоги Спилбергера – Ханина, реактивная тревога; STAI-T – шкала тревоги Спилбергера – Ханина, личностная тревога; BDI – шкала депрессии Бека; ShARS – шкала тревоги Шихана; FFMQ-SF – пятифакторная шкала полноты осознания, короткая версия, общий показатель; MAAS – шкала внимательности и осознанности.

Таблица 5
Клиническая результативность и продолжительность терапии в общей группе воздействия и подгруппах ПР, ГТР и СТДР
Table 5
Clinical effectiveness and duration of therapy in the overall intervention group and subgroups of PR, GAD and MADD

Показатель	Группа воздей-ствия, общие данные (n=156)		Группа ПР (n=56)		Группа ГТР (n=64)		Группа СТДР (n=36)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Градация улучшения состояния								
ЗУС	87	55,8	30	53,6	40	62,5	18	50,0
УС	67	42,9	25	44,6	23	35,9	18	50,0
ОУС	2	1,3	1	1,8	1,	1,6		
Продолжительность терапии, сессии (M, CI)	13,1	12,4–13,8	12,3	11,3–13,3	13,1	11,9–14,4	14,4*	12,9–15,8

Примечание: * статистически значимое различие между группами ПР и СТДР, p=0,018.

Результаты клинической оценки результативности и продолжительности терапии в подгруппах представлены в табл. 5. Полученные данные свидетельствуют о сравнимой эффективности ПДП при ПР, ГТР и СТДР при большей продолжительности терапии в подгруппе СТДР по сравнению с группой ПР (p=0,018336).

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты контролируемого исследования указывают на высокую эффективность позитивно-диалоговой психотерапии в отношении ПР, ГТР и СТДР в сравнении с контролем листа ожидания, что подтверждается преимущественно высоким и умеренно высоким размерами эффекта по данным психометрии.

Использование в интересах оценки клинической значимости шкалы клинической системной оценки (ШКСО) эффективности психотерапии позволило конкретизировать эффективность ПДП и раскрыть достоверные различия групп ЗУС и УС в сопоставляемых подгруппах.

Применение в исследовании методов оценки полноты осознания (FFMQ-SF, MAAS) показало достоверное повышение данных показателей (с умеренным размером эффектов) при проведении универсальной гипнотерапии (при ПДП). Полученные результаты опровергают привязанность эффектов полноты осознания к буддистской и квазбуддистской идеологиям и практикам медитации и позволяют интерпретировать результаты в рамках одного из базовых механизмов универсальной гипнотерапии – активации психологического процесса нормального переживания посредством дистанцирования.

Настоящее исследование является итоговым в серии последовательных контролируемых работ по доказательной оценке ПДП, выполненных в МНИИП в 2008–2023 гг. разными психотерапевтами по единому протоколу. Первый этап [20] (n=52; ПР, ГТР) показал преимущественно большие размеры эффекта для всех клинических шкал (d Коэна SCL-90 DEP 0,92; ANX 1,12; GSI 1,04; STAI-S 1,01; STAI-T 0,78; BDI 1,08; ShARS 1,13), значимый прирост показателей полноты осознания (FFMQ-SF d=0,98; MAAS d=0,63), ЗУС у 55,2 и 56,5% пациентов при ПР и ГТР соответственно, а также достоверно более высокую эффективность монопсихотерапии по сравнению с комбинацией

ПДП и психофармакотерапии (ЗУС 68,8% против 35,0%). Второй этап [21] ($n=53$; ГТР, СТДР) также продемонстрировал высокую результативность: большой размер эффекта для 6 из 8 использованных клинических шкал ($d=0,81-1,05$), умеренный – для STAI-T ($d=0,73$) и ShARS ($d=0,61$), значимый прирост FFMQ-SF с умеренным размером эффекта ($d=0,54$), ЗУС у 56,0% пациентов с ГТР и у 35,7% – с СТДР. В настоящем объединенном исследовании ($n=156$; ПР, ГТР, СТДР) получены сопоставимые результаты: большие размеры эффекта по всем клиническим шкалам ($d=0,86-1,08$), умеренно большие – по шкалам полноты осознания (FFMQ-SF $d=0,75$; MAAS $d=0,60$), ЗУС в 55,8% случаев. Важно, что частота ОУС на протяжении всех 3 этапов оставалась минимальной – 0–1,9%, что свидетельствует о стабильно низком числе терапевтических неудач метода.

Согласованность данных по размерам эффекта, частоте ЗУС и продолжительности терапии на всех 3 этапах исследования, реализованных 3 разными терапевтами по единому стандартизированному протоколу, является принципиально важным доказательным аргументом в пользу воспроизводимости ПДП. Именно независимость результатов от личности терапевта – при сопоставимых выборках по полу, возрасту, длительности заболевания и нозологической структуре – подтверждает, что наблюдаемые эффекты обусловлены методом, а не терапевтическим альянсом или другими личностными переменными. Это соответствует одному из ключевых критериев доказательной психотерапии в международных стандартах.

В сопоставлении с данными метаанализов КПТ при тревожных расстройствах [10, 11] диапазон размеров эффекта ПДП ($d=0,86-1,08$ для клинических шкал) соответствует уровню, традиционно достигаемому эталонным психотерапевтическим подходом. По данным Carpenter et al. и Kowalski et al. [10, 11], КПТ в рандомизированных плацебо-контролируемых испытаниях демонстрирует аналогичный диапазон эффектов при тревожных расстройствах. Это позволяет рассматривать ПДП как метод, обладающий доказательным потенциалом, сопоставимым с КПТ, и расширяющий терапевтический репертуар при ПР, ГТР и СТДР.

Анализ подгрупп в настоящем объединенном исследовании уточняет и частично пересматривает картину, полученную на втором этапе. Если в работе К.А. Срывковой [21] ЗУС при ГТР (56,0%) достоверно превышало таковое при СТДР (35,7%), а различия в психометрических показателях на момент окончания терапии были статистически значимы по шкалам SCL-90 DEP, STAI-T, BDI и FFMQ-SF, то в объединенной трехэтапной выборке частота ЗУС при ГТР (62,5%) и СТДР (50,0%) не различалась статистически значимо. Возможное объяснение состоит в том, что включение на третьем этапе дополнительной когорты пациентов с СТДР с более полным протоколом расширило обобщаемость результатов; кроме того, в ряде случаев первичный диагноз СТДР клинически близок к ГТР с субдепрессивным компонентом, что при полной реализации протокола ПДП нивелирует межнозологические различия. Тем не менее статистически значимое различие в продолжительности терапии между ПР и СТДР (12,3 против 14,4 сессии; $p=0,018$) воспроизводит картину второго этапа и подтверждает, что требуется большая длительность психотерапии при более выраженном депрессивном компоненте.

Относительно динамики показателей полноты осознания в сравнении этапов обращает на себя внимание следующее: на первом этапе значимый прирост наблюдался по обеим шкалам (FFMQ-SF $d=0,98$; MAAS $d=0,63$); на втором этапе достоверно

выросли только показатели по шкале FFMQ-SF ($d=0,54$ в общей группе; МААС – значимо лишь в подгруппе ГТР, $d=0,58$, при незначимой тенденции в подгруппе СТДР); в настоящем объединенном исследовании оба показателя значимы (FFMQ-SF $d=0,75$; МААС $d=0,60$). В целом полученная картина подтверждает, что прирост осознанности в ходе ПДП воспроизводим и не случаен, хотя его выраженность варьируется в зависимости от нозологического состава выборки.

■ ВЫВОДЫ

1. ПДП является клинически эффективным методом лечения ПР, ГТР и СТДР: в основной группе по сравнению с контролем листа ожидания зафиксировано статистически значимое снижение всех показателей тревоги и депрессии с большими размерами эффекта ($d_{\text{Козна}} = ,86-1,08$) по психометрическим шкалам.
2. Клиническая результативность ПДП сопоставима при ПР, ГТР и СТДР: значительное улучшение состояния достигнуто у 53,6; 62,5 и 50,0% пациентов соответственно; доля неудовлетворительных исходов (ОУС) составила 1,3%. При СТДР требуется несколько большая продолжительность терапии (14,4 сессии), чем при ПР (12,3 сессии; $p=0,018$).
3. ПДП обеспечивает значимое повышение показателей полноты осознания (FFMQ-SF $d=0,75$; МААС $d=0,60$), подтверждая роль механизма активации нормального переживания посредством дистанцирования как базового терапевтического механизма универсальной гипнотерапии, независимо от культурно-религиозного контекста.
4. Данные 3 последовательных этапов исследования (2008–2023 гг.; первый этап – ПР и ГТР, $n=52$; второй этап – ГТР и СТДР, $n=53$; третий и объединенный этап – ПР, ГТР, СТДР, $n=156$), реализованных разными психотерапевтами по единому стандартизированному протоколу, демонстрируют согласованный паттерн результатов: частота ЗУС 45–56%, большие размеры эффекта для психометрических шкал, минимальная доля ОУС 0–1,9%, что подтверждает воспроизводимость ПДП.
5. По совокупности доказательных показателей ПДП может рассматриваться как клинически эффективный, воспроизводимый метод психотерапии тревожных расстройств, сопоставимый по размерам эффекта с когнитивно-поведенческой терапией, и является перспективным подходом для расширения доказательной психотерапевтической помощи пациентам с ПР, ГТР и СТДР.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Baxter AJ, Scott KM, Vos T, Whiteford HA. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychol Med*. 2013;43(5):897–910. doi: 10.1017/S003329171200147X
2. Wu Y, Li X, Ji X, Ren W, Zhu Y, Chen Z, Du X. Trends in the epidemiology of anxiety disorders from 1990 to 2021: a global, regional, and national analysis with a focus on the sociodemographic index. *J Affect Disord*. 2025;373:166–174. doi: 10.1016/j.jad.2024.12.086
3. de Jonge P, Roest AM, Lim CCW, Florescu SE, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Cross-national epidemiology of panic disorder and panic attacks in the World Mental Health Surveys. *Depress Anxiety*. 2016;33(12):1155–1177. doi: 10.1002/da.22572
4. Sivolap YuP. Panic disorder: clinical phenomena and therapeutic options. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni SS Korsakova*. 2017;117(4):112–116. (in Russian)
5. Remes O, Brayne C, van der Linde R, Lafortune L. A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain Behav*. 2016;6(7):e00497. doi: 10.1002/brb3.497
6. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(3):327–335. doi: 10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow
7. Neznanov NG, Martynikhin IA, Mosolov SN. Diagnosis and therapy of anxiety disorders in the Russian Federation: results of a survey of psychiatrists. *Sovremennaya terapiya psichicheskikh rasstroystv*. 2017;(2):2–13. doi: 10.21265/PSYPH.2017.41.6437. (in Russian)

8. Anxiety-phobic disorders. Clinical guidelines. 2023. Available at: <https://psychiatr.ru/download/4239> (accessed 28.04.2026). (in Russian)
9. Batelaan NM, Bosman RC, Muntingh A, Scholten WD, Huijbregts KM, van Balkom AJLM. Risk of relapse after antidepressant discontinuation in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis of relapse prevention trials. *BMJ*. 2017;358:j3927. doi: 10.1136/bmj.j3927
10. Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, Powers MB, Smits JAJ, Hofmann SG. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depress Anxiety*. 2018;35(6):502–514. doi: 10.1002/da.22728
11. Kowalski J, Moulds ML, Arntz A, Lee DA, Hofmann SG. Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety-related disorders: a meta-analysis of recent randomized placebo-controlled trials. *Front Psychiatry*. 2022;13:1049127. doi: 10.3389/fpsyt.2022.1049127
12. Karavayeva TA, Mikhaylov VA, Vasil'yeva AV, et al. Comparative study of the effectiveness of personality-oriented (reconstructive) and cognitive-behavioral psychotherapy in anxiety disorders of neurotic level with insomnia. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni SS Korsakova*. 2018;118(4-2):60–66. (in Russian)
13. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19(2):93–107. doi: 10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow
14. Farchione TJ, Barlow DH. Combined pharmacotherapy and cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: limitations and considerations. *Curr Psychiatry Rep*. 2010;12(4):265–272. doi: 10.1007/s11920-010-0117-1
15. Carl E, Stein AT, Levihn-Coon A, Pogue JR, Rothbaum B, Emmelkamp P, Asmundson GJG, Powers MB, Smits JAJ. Psychological and pharmacological treatments for generalized anxiety disorder (GAD): a meta-analysis of randomized controlled trials. *Cogn Behav Ther*. 2020;49(1):1–21.
16. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*. 2013;12(2):137–148. doi: 10.1002/wps.20038
17. Veyn AM, Dyukova GM, Vorob'yeva OV, Danilov AB. *Panic attacks (guide for physicians)*. Moscow; 2004. 408 p. (in Russian)
18. Tukaev RD, Zuyeva OP, Kuznetsov AN, Kuznetsov VV, Sryvkova KA. *Comprehensive cognitive-oriented psychotherapy of anxiety disorders with panic attacks*. Guidelines. Moscow; 2013. 24 p. (in Russian)
19. Tukaev RD. Objectification of the psychotherapeutic process. In: Vasil'yeva AV, Karavayeva TA, Neznanov NG, eds. *Psychotherapy. National guide*. Moscow: GEOTAR-Media; 2023. P. 326–339. (in Russian)
20. Tukaev RD, Kuznetsov VE. Cognitive-oriented psychotherapy for anxiety disorders: evaluation in a controlled study. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*. 2015;25(2):55–64. (in Russian)
21. Tukaev RD, Sryvkova KA. Evidence-based evaluation of the effectiveness of positive-dialogue psychotherapy in neurotic anxiety and anxiety-depressive disorders. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*. 2022;32(3):55–62. (in Russian)
22. Tukaev RD, Kuznetsov VE. Universal hypnotherapy and mindfulness-based psychotherapy: similarities, differences, therapeutic perspectives. Part 1. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*. 2013;23(1):59–64. (in Russian)
23. Tukaev RD, Kuznetsov VE. Universal hypnotherapy and mindfulness-based psychotherapy: similarities, differences, therapeutic perspectives. Part 2. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*. 2013;23(2):67–72. (in Russian)
24. Tukaev RD. *Psychotherapy: theories, structures and mechanisms*. Moscow; 2007. 392 p. (in Russian)
25. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 2006;13(1):27–45.
26. Bohlmeijer E, ten Klooster PM, Fledderus M, Veehof M, Baer R. Psychometric properties of the five facet mindfulness questionnaire in depressed adults and development of a short form. *Assessment*. 2011;18(3):308–320.
27. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 2003;84(4):822–848.
28. Cumming G. *Understanding the new statistics*. New York: Routledge; 2012. 519 p.

<https://doi.org/10.34883/PI.2026.17.2.006>
УДК 616.83:159.9.072



Лакутин А.А. ✉, Смычѣк В.Б., Авин А.И.

Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы
и реабилитации, Минск, Беларусь

Психометрические характеристики разработанной шкалы оценки лобно-регуляторной функции у пациентов с нарушениями мозгового кровообращения

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, сбор материала, обработка, написание текста – Лакутин А.А.; концепция и дизайн исследования, редактирование, написание текста – Смычѣк В.Б.; дизайн исследования, редактирование, сбор материала – Авин А.И.

Финансирование: работа выполнена в рамках научно-исследовательской работы «Разработать и внедрить метод диагностики преддементного расстройства у пациентов после перенесенного инфаркта мозга» (Per. № НИОКТР 20241044 от 31.05.2024); сроки выполнения 2024–2029.

Подана: 20.02.2026

Принята: 21.03.2026

Контакты: Lakutin_anton@mail.ru

Резюме

Цель. Установить психометрические характеристики разработанной шкалы оценки лобно-регуляторной функции у пациентов с нарушениями мозгового кровообращения на основе модели Раша.

Материалы и методы. Всего в исследовании приняли участие 159 (М/Ж=41 (25,8%) / 118 (74,2%)) респондентов. Клиническую группу составили 30 пациентов вследствие перенесенного инфаркта мозга (пациенты в позднем восстановительном периоде и в периоде последствий перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения) и 94 пациента с хроническим нарушением мозгового кровообращения, т. е. дисциркуляторной энцефалопатией. Всем респондентам выполнялось клинико-нейропсихологическое исследование с использованием тестовых заданий для оценки различных аспектов лобно-регуляторной функции. Для проведения психометрического анализа тестовых заданий шкалы оценки лобно-регуляторной функции выбрана модель Раша.

Результаты. Шкала оценки лобно-регуляторной функции продемонстрировала удовлетворительную конструктивную валидность – индексы качества (UMS, WMS) тестовых заданий шкалы находились в пределах допустимого диапазона (0,7–1,3). По результатам использования критерия U Манна – Уитни, шкала с высокой степенью достоверности ($p < 0,001$) позволяет разделять ($U = 10500,00$) здоровых испытуемых и пациентов с НМК, что указывает на ее высокие дифференцирующие свойства. Индекс надежности шкалы высокий (0,9). Результаты расчета индекса числа слоев (4,24) продемонстрировали возможность определять не менее 4 мер выраженности нарушений лобно-регуляторной функции, что указывает на удовлетворительные дискриминативные свойства шкалы. Расчет метрических уровней позволил определить 5 статистически различимых градаций выраженности лобно-регуляторной функции.

Заключение. Установленные психометрические характеристики разработанного нейропсихологического инструмента позволяют проводить объективную диагностику лобно-регуляторной функции и ее оценку в динамике у пациентов с нарушениями мозгового кровообращения.

Ключевые слова: лобно-регуляторная функция, нарушения мозгового кровообращения, модель Раша, конструктивная валидность, надежность, диагностическая мощность

Lakutsin A. ✉, Smychek V., Avin A.

National Science and Practice Centre of Medical Assessment and Rehabilitation, Minsk, Belarus

Psychometric Characteristics of the Developed Scale for Assessing Frontal Regulatory Function in Patients with Cerebral Circulatory Disorders

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: the concept and design of research, editing, collection of material, processing, writing of text – Lakutsin A.; the concept and design of research, editing, writing of text – Smychek V; research design, editing, editing, collection of material – Avin A.

Funding: the work was carried out as part of the research project "Develop and implement a method for diagnosing predementia disorder in patients after a cerebral infarction" (Reg. No. NIOKTR 20241044 dated 05/31/2024); completion dates 2024–2029.

Submitted: 20.02.2026

Accepted: 21.03.2026

Contacts: Lakutin_anton@mail.ru

Abstract

Purpose. Establish the psychometric characteristics of the developed scale for assessing frontal-regulatory function in patients with cerebral circulation disorders based on the Rush model.

Materials and methods. A total of 159 respondents (M/F = 41 (25.8%) / 118 (74.2%)) participated in the study. The clinical group consisted of 30 patients who had suffered a cerebral infarction (patients in the late recovery period and in the period of consequences of acute cerebrovascular accident) and 94 patients with chronic cerebrovascular accident (discirculatory encephalopathy). All respondents underwent a clinical and neuropsychological examination using test tasks to assess various aspects of frontal regulatory function. The Rasch model was selected for psychometric analysis of the test tasks of the frontal regulatory function assessment scale.

Results. The frontal-regulatory function assessment scale demonstrated satisfactory construct validity – the quality indices (UMS, WMS) of the scale's test items were within the acceptable range (0.7–1.3). According to the results of using the Mann – Whitney U criterion, the scale with a high degree of reliability ($p < 0.001$) allows distinguishing ($U = 10500.00$) between healthy subjects and patients with NMC, which indicates its high differentiating properties. The reliability index of the scale is high (0.9). The results of calculating the layer number index (4.24) demonstrated the possibility of determining at least 4 measures

of the severity of frontal regulatory function disorders, which indicates the satisfactory discriminatory properties of the scale. The calculation of metric levels made it possible to determine 5 statistically distinct gradations of severity of frontal regulatory function.

Conclusion. The established psychometric characteristics of the developed neuropsychological tool allow for objective diagnosis of LRF and its assessment in dynamics in patients with cerebral circulation disorders.

Keywords: frontal-regulatory function, cerebral circulation disorders, Rush model, construct validity, reliability, diagnostic power

■ ВВЕДЕНИЕ

Важность оценки когнитивных нарушений у пациентов с нарушением мозгового кровообращения (НМК) связана с распространенностью данного расстройства. В 20–40% случаев у данной группы пациентов отмечается когнитивное снижение на уровне деменции [1]. В Республике Беларусь в 2024 году первичная инвалидность вследствие сосудистой деменции отмечается в 74% случаев [2]. В странах Европы и Америке сосудистая деменция является вторым наиболее распространенным типом деменции после болезни Альцгеймера [1].

Наиболее частой причиной когнитивных нарушений у пациентов с НМК является болезнь мелких сосудов (БМС) головного мозга. Повреждение мелких сосудов головного мозга является причиной 25% инсультов и способствует деменции почти в половине случаев (45%) [1]. При БМС головного мозга, которая может являться сопутствующей (при инсультах) или основной патологией, происходит снижение плотности белого вещества, а также поражение скоплений серого вещества в глубинах белого вещества [3]. К структурам в глубине белого вещества относят таламус, базальные ганглии. Было показано, что базальные ганглии обеспечивают интеграцию когнитивной деятельности благодаря связи с дорсолатеральной префронтальной корой, передней поясной и орбитофронтальной корой. Нарушение работы данной сети вследствие БМС приводит к когнитивным нарушениям лобно-регуляторного типа. К лобно-регуляторным нарушениям относят трудности концентрации, планирования деятельности, нарушения внимания, целенаправленности, снижение критики и мотивации [3]. Совокупность перечисленных нарушений при БМС также может быть обозначена как нарушения исполнительных функций.

Необходимость оценки лобно-регуляторной функции (ЛРФ) у пациентов с НМК продиктована ее значимой ролью в структуре общего когнитивного снижения. Своевременное выявление соответствующих нарушений позволяет предотвратить прогрессирование когнитивного дефицита вплоть до развития деменции, что существенно повышает эффективность реабилитационных и терапевтических мероприятий [4].

В клинической практике для диагностики лобно-регуляторных нарушений или ЛРФ применяется ряд нейропсихологических шкал, наиболее часто применимые среди которых: Шкала оценки поведения при лобной дисфункции (Frontal Systems Behavior Scale, FrSBe) [5], Шкала оценки лобно-височной деменции (Frontotemporal dementia Rating Scale, FRS) [6], Шкала оценки лобной дисфункции (Frontal assessment battery, FAB) [7], Краткий тест оценки памяти и исполнительных функций (The Brief

Memory and Executive Test, BMET) [8], Шкала фронтального скрининга (The Institute of Cognitive Neuroscience; scale of frontal screening, IFS) [9] и Шкала поведенческой оценки синдрома лобной дисфункции (Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome, BADS) [10]. Многообразие перечисленных тестов связано с различной чувствительностью и психометрическими показателями (валидность, надежность) в оценке ЛРФ при различных заболеваниях, вызывающих когнитивные расстройства. Между тем ранее проведенный содержательный анализ показал, что тестовые задания перечисленных шкал позволяют оценивать не только ЛРФ у пациентов с НМК, т. е. обладают более широкой направленностью [11]. В свою очередь психометрический анализ шкалы FAB продемонстрировал наличие субтестов («Категоризация», «Хватательный рефлекс»), снижающих конструктивную валидность данной шкалы, и слабый показатель надежности (0,61) [11].

Таким образом, актуальным является разработать и установить психометрические характеристики диагностического инструмента, способного измерять ЛРФ независимо от наличия других когнитивных нарушений.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Установить психометрические характеристики разработанной шкалы оценки ЛРФ у пациентов с НМК на основе модели Раша.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всего в исследовании приняли участие 159 (М/Ж = 41 (25,8%) / 118 (74,2%)) респондентов. Клиническую группу составили 30 пациентов вследствие перенесенного инфаркта мозга (пациенты в позднем восстановительном периоде и в периоде последствий перенесенного острого НМК) и 94 пациента с хроническим нарушением мозгового кровообращения (дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ)). Нозологическая структура клинической группы представлена в табл. 1.

Группа сравнения – 35 здоровых лиц без заболеваний, вызывающих когнитивное расстройство.

Критерии включения в клиническую группу: подписанное информированное согласие на участие в исследовании, наличие инфаркта мозга и хронических

Таблица 1
Нозологическая структура клинической группы (n=124)
Table 1
Nosological structure of the clinical group (n=124)

Диагноз	Количество пациентов	Распределение пациентов по диагностическим категориям МКБ-10							
		I63.3		I63.4		I63.9		I69.3	
Инфаркт мозга	30 (24,2%)	2		1		6		21	
ДЭ 1-й стадии	40 (32,2%)	I65.0		I67.2		I67.4		I67.8	
		1		16		3		16	
ДЭ 2-й стадии	43 (34,7%)	F01.1		F01.3		I67.2		I67.4	
		1		1		14		2	
ДЭ 3-й стадии	11 (8,9%)	F01.3		F01.8		I67.4		I67.8	
		6		1		1		1	
								2	

нарушений мозгового кровообращения (ДЭ). Критерии исключения: неподписанное информированное согласие на участие в исследовании, наличие сенсорных и острых психотических нарушений (бред, галлюцинации), затрудняющих оценку когнитивных функций.

Критерии включения в группу сравнения: подписанное информированное согласие на участие в исследовании, возраст от 18 лет, отсутствие НМК и когнитивных нарушений, вызванных другими заболеваниями. Критерии исключения: неподписанное информированное согласие.

Всем респондентам выполнялось клинико-нейропсихологическое исследование с использованием тестовых заданий для оценки различных аспектов ЛРФ.

Набор респондентов осуществлялся в ГУЗ «Минский областной клинический госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны имени П.М. Машерова» и ГУ «РНПЦ психического здоровья». Каждый респондент в рамках участия в исследовании подписывал форму информированного согласия, одобренную по итогам заседания комиссии по вопросам медицинской этики и деонтологии (№ 1 от 17.01.2024).

Для проведения психометрического анализа субтестов шкалы была выбрана модель Раша. Выбор модели Раша обусловлен тем, что данная модель по сравнению с классической теорией тестирования отвечает требованиям объективного измерения латентного свойства: оценка измеряемого с помощью теста латентного свойства достигается путем взаимодействия респондента и трудности тестовых заданий возрастающей сложности [12]. Это позволяет измерить латентный конструкт с помощью интервальной шкалы. В данной работе в качестве измеряемого латентного конструкта использовали ЛРФ. Трудности субтестов шкалы и меры выраженности конструкта респондентов располагаются на одной равноинтервальной линейной шкале – логитов (натуральный логарифм отношения шансов предоставления ответа на тестовое задание шкалы). Распределение логитов аналогично распределению стандартизированных z-оценок: среднее (равное 0) и стандартное отклонение (равное 1). Оценка конструктивной валидности субтестов шкалы оценки ЛРФ достигалась путем анализа индексов качества: невзвешенного среднеквадратичного остатка UMS (outfit mean squared или unweighted mean squared) и взвешенного среднеквадратичного остатка WMS (infit mean squared или weighted mean squared). Нормативный диапазон индексов качества для шкал с политомическим типом оценивания тестовых заданий (более двух категорий ответа за тестовое задание) составляет от 0,7 до 1,3 [12].

Объем выборки также рассчитывался согласно требованиям модели Раша. В модели Раша на каждую меру выраженности исследуемого конструкта размер выборки должен составлять 16–36 человек (оптимально 30) с 95%-ной доверительной вероятностью [13, 14]. Таким образом, если предполагается оценка ЛРФ в 5 степенях выраженности, то объем выборки должен составлять 90–180 респондентов.

На основе модели Раша осуществлялся расчет индекса надежности и индекса числа слоев, который показывает число статистически различимых уровней выраженности ЛРФ. Индекс надежности в модели Раша близок концептуально к коэффициенту альфа-Кронбаха. Однако альфа-Кронбаха может принимать высокие значения в шкалах, характеризующихся многофакторной структурой, тогда как в модели Раша показатель надежности снижается с прибавлением дополнительных размерностей [12].

Одномерность шкалы оценивалась путем факторного анализа методом главных компонент. В модели Раша факторизации подвергается матрица стандартизированных остатков между ожидаемыми и фактическими ответами респондентов. В соответствии с критерием J.M. Linacre одномерная структура шкалы определяется тогда, когда собственное значение первого фактора с максимальной дисперсией не превышает число 2 [12].

Оценка способности разработанной шкалы дифференцировать здоровых лиц и пациентов с НМК осуществлялась с помощью критерия U Манна – Уитни.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Изначально шкалу оценки ЛРФ составили 11 тестовых заданий [16]:

1. Называние месяцев года в обратном порядке.
2. Условная реакция «буква-стук».
3. Условная реакция «цифра-стук».
4. Называние чисел в обратном порядке.
5. Усложненная условная реакция.
6. Динамический праксис.
7. Тест Струпа.
8. Беглость речи.
9. Категоризация.
10. Усложненная условная реакция (вариант 2).
11. Динамический праксис (вариант 2).

Анализ индексов качества перечисленных субтестов показал, что субтест № 9 «Категоризация» ($WMS=1,91$; $UMS=1,87$), субтест № 2 «Условная реакция «буква-стук»» ($WMS=1,11$; $UMS=1,31$) и субтест № 8 «Беглость речи» ($WMS=1,44$; $UMS=1,38$) нарушают конструктивную валидность шкалы из-за превышения допустимого диапазона (0,7–1,3) и в дальнейшем были исключены из анализа [16]. Подробное описание, критерии отбора тестовых заданий и их характеристики были представлены ранее [16].

Расчет оценок трудностей и индексов качества 7 тестовых заданий шкалы представлен в табл. 2. Согласно проведенным расчетам, трудность субтестов представлена диапазоном от –2,40 до 3,19 логита. Установлено, что субтест «Регуляторный праксис» характеризуется чрезмерно легким (незначительным) уровнем трудности – 2,40 логита. В этой связи данный субтест способен вызывать ключевой ответ (ошибки) у испытуемых, чей конструкт характеризуется незначительным и более высоким уровнем выраженности нарушений ЛРФ. На противоположном полюсе субтест «Условная реакция «цифра-стук»» со значением трудности 3,19 логита. Ключевые ответы по данному субтесту, вероятнее всего, предоставят испытуемые с чрезмерно высоким уровнем нарушения ЛРФ, в том числе деменцией. Также оставшиеся 5 субтестов имеют оценки трудности в диапазоне от –0,46 до 0,28 логита, что позволяет провести оценку среднего уровня выраженности нарушений ЛРФ.

По результатам расчета индексов качества все субтесты шкалы оценки ЛРФ обладали оптимальными значениями индексов качества (WMS и UMS) в пределах допустимого диапазона (0,7–1,3). Из этого следует, что субтесты являются конструктивно валидными и отвечают направленности шкалы на оценку ЛРФ.

Была выполнена оценка диагностической мощности шкалы путем анализа соответствия распределения оценок трудностей категорий ответов на субтесты шкалы

Таблица 2
Оценки трудностей и индексы качества тестовых заданий шкалы оценки ЛРФ
Table 2
Item difficulty estimates and fit indices for the LRF scale

№	Название субтеста	Трудность	Индексы качества	
			WMS	UMS
1	Называние месяцев года в обратном порядке	-0,35	1,18	0,90
2	Условная реакция «цифра-стук»	3,19	0,86	0,70
3	Называние чисел в обратном порядке	0,28	0,90	0,85
4	Усложненная условная реакция	-0,09	0,90	0,84
5	Регуляторный праксис	-2,40	1,17	1,11
6	Тест Струпа	-0,17	0,99	0,71
7	Усложненная условная реакция (вариант 2)	-0,46	1,04	1,09

и мер выраженности ЛРФ. На рис. 1 представлена карта соотношения распределения конструкта (ЛРФ) испытуемых и оценок трудностей категорий субтестов шкалы оценки ЛРФ. По результатам визуального анализа карты отмечено, что выраженность конструкта испытуемых находится в диапазоне от -4 до 6 логитов. Следовательно, величина диапазона мер выраженности конструкта испытуемых равняется 10 логитам. Также установлено, что оценки трудностей категорий субтестов имеют диапазон примерно от -4 до 6,5 логита. Из этого следует, что разброс значений оценок трудностей категорий субтестов данной шкалы составляет 10,5 логита.

Таким образом, согласно данным, представленным на рис. 1, распределение значений трудностей категорий субтестов полностью покрывает разброс мер выраженности конструкта испытуемых. Следовательно, шкала оценки ЛРФ обладает достаточной диагностической мощностью.

По результатам факторного анализа стандартизированных остатков между ожидаемыми и фактическими ответами испытуемых была построена гистограмма

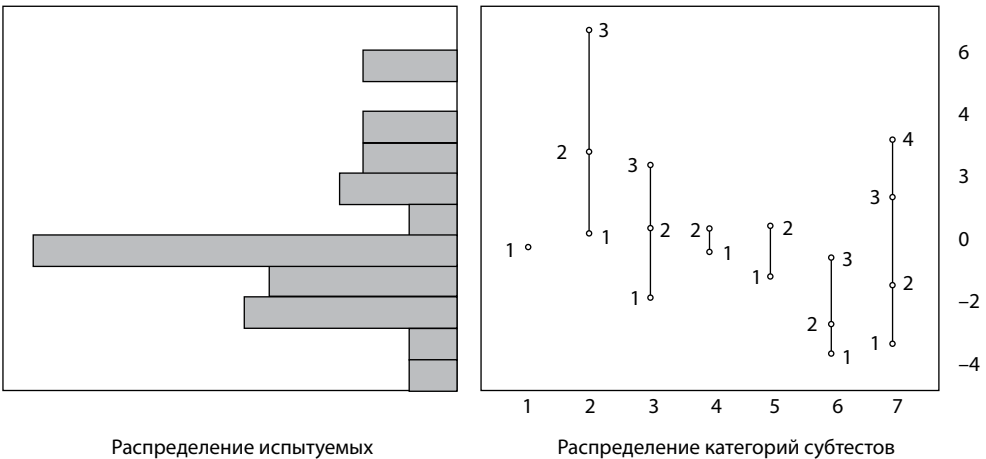


Рис. 1. Карта распределения мер выраженности конструкта испытуемых и трудностей категорий ответов субтестов шкалы оценки ЛРФ
Fig. 1. Wright map: distribution of person measures and item thresholds for the LRF scale subtests

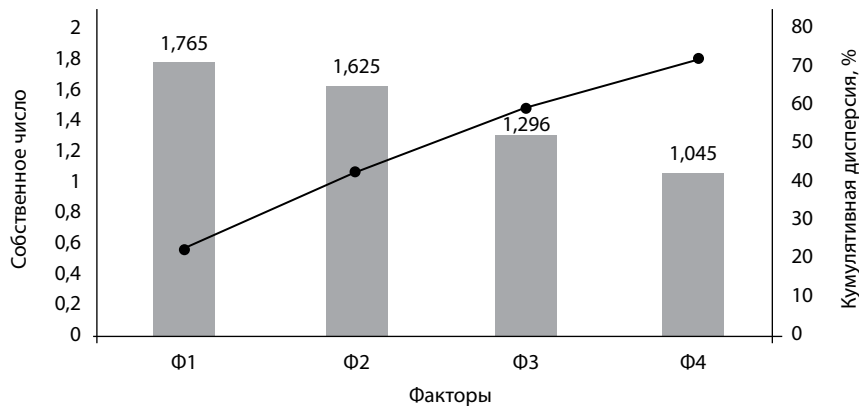


Рис. 2. Гистограмма собственных чисел и график кумулятивной дисперсии первых четырех факторов матрицы остатков шкалы оценки ЛРФ
Fig. 2. Scree plot and cumulative variance of the first four factors from the residual matrix of the LRF scale

собственных чисел и график кумулятивной дисперсии факторов матрицы остатков шкалы оценки ЛРФ. Анализ подвергались факторы, собственные значения которых превышали 1. Гистограмма первых 4 факторов представлена на рис. 2. В результате факторизации были выделены 4 фактора, собственные значения которых превышали 1.

Первый фактор (Ф1) имеет максимальный вклад в дисперсию и собственное число, равное 1,765. Указанное значение меньше 2. Следовательно, структуру шкалы можно охарактеризовать как одномерную. Было также установлено, что 4 первых фактора позволяют объяснить 70% дисперсии остатков.

Далее были рассчитаны индекс надежности и индекс числа слоев. Результаты расчетов показаны в табл. 3. Индекс надежности принял значение 0,9, что превышает минимально допустимый в модели Раша индекс надежности 0,8. Индекс числа слоев (4,24) показывает, что шкала обладает высокими дискриминативными свойствами и позволяет дифференцировать не менее четырех статистически значимых уровня ЛРФ.

Также был проведен анализ способности шкалы оценки ЛРФ дифференцировать здоровых испытуемых и пациентов с НМК. Для данной цели был использован критерий U Манна – Уитни. По результатам расчета с использованием данного критерия с высоким уровнем достоверности ($p<0,001$) шкала позволяет дифференцировать здоровых испытуемых и пациентов с НМК ($U=10500,00$).

Таблица 3
Показатели надежности и индекса числа слоев шкалы оценки ЛРФ
Table 3
Reliability indicators and layer index of the LRF assessment scale

Индекс	Показатели
Индекс надежности	0,90
Индекс числа слоев	4,24

Таблица 4
Суммарные оценки, меры выраженности конструкта и стандартные ошибки измерения респондентов по шкале оценки ЛРФ
Table 4
Raw scores, person measures, and standard errors of measurement for the LRF scale

Суммарная оценка в баллах	Логиты	SEM	Суммарная оценка в баллах	Логиты	SEM
0	-5,68	1,87	11	0,63	0,64
1	-4,35	1,09	12	1,06	0,67
2	-3,44	0,86	13	1,54	0,72
3	-2,79	0,77	14	2,10	0,78
4	-2,23	0,72	15	2,77	0,87
5	-1,74	0,68	16	3,68	1,07
6	-1,30	0,65	17	5,43	1,61
7	-0,90	0,63	18	7,65	2,11
8	-0,52	0,61	–	–	–
9	-0,14	0,61	–	–	–
10	0,23	0,62	–	–	–

На конечном этапе была произведена разработка метрических уровней шкалы оценки ЛРФ, осуществлялась на основе метрической системы Раша. В модели Раша каждая мера конструкта, выраженная в виде логитов, имеет индивидуальную стандартную ошибку измерения (SEM). Метрические уровни разделяются путем вычисления пороговых значений. Каждая мера выраженности конструкта и пороговые значения в виде логитов соответствуют определенным суммарным оценкам по шкале. Тем самым метрические уровни могут быть интерпретированы по значениям суммарных оценок. Суммарные оценки и эквивалентные им меры выраженности конструкта в логитах, а также индивидуальные ошибки измерения представлены в табл. 4. По данным таблицы установлено, что диапазон суммарных оценок, вычисленный по всем субтестам шкалы оценки ЛРФ, составляет от 0 до 18 баллов. Данным суммарным оценкам соответствуют значения мер выраженности ЛРФ от –5,68 логита до 7,65 логита. Диапазон стандартных ошибок измерения составляет от 1,87 логита до 2,11 логита.

Расчет метрических уровней включал индекс минимальных определяемых различий ($MDC_{95\%}$). Данный индекс показывает наличие с 95%-ной доверительной вероятностью статистической разницы между двумя оценками по шкале. Следовательно, обе оценки будут относиться к разным метрическим уровням выраженности конструкта.

Калибровка шкалы оценки ЛРФ на основе модели Раша осуществлялась с использованием следующего условия:

$$MDC_{95\%} = 1,96 \sqrt{SEM_{L_i}^2 + SEM_{L_j}^2},$$

$$L_i + 1,96 \sqrt{SEM_{L_i}^2 + SEM_{L_j}^2} < L_j, \quad (1)$$

где SEM_{L_i} – стандартная ошибка измерения логита L_i ;

SEM_{L_j} – стандартная ошибка измерения логита L_j ;

1,96 – Z-оценка, соответствующая 95%-му доверительному интервалу.

Таблица 5
Результаты расчета метрических уровней шкалы оценки ЛРФ
Table 5
Category Threshold Estimates for the LRF Scale

Суммарные оценки	Мера выраженности конструкта в логитах	Стандартная ошибка измерения (SEM)	Результаты расчета по формуле 1	Интерпретация метрического уровня
0	-5,68	1,87	–	Отсутствие или незначительные нарушения ЛРФ
1	-4,35	1,09	-1,43>-4,35	
2	-3,44	0,86	-1,64>-3,44	
3	-2,79	0,77	-1,71>-2,79	
4	-2,23	0,72	-1,75>-2,23	
5	-1,74	0,68	-1,77<-1,74	Легкие нарушения ЛРФ
6	-1,30	0,65	0,10>-1,30	
7	-0,90	0,63	0,07>-0,90	
8	-0,52	0,61	0,05>-0,52	
9	-0,14	0,61	0,05>-0,14	
10	0,23	0,62	0,06<0,23	Умеренно выраженные нарушения ЛРФ
11	0,63	0,64	1,97>0,63	
12	1,06	0,67	2,02>1,06	
13	1,54	0,72	2,09>1,54	
14	2,10	0,78	2,18>2,10	
15	2,77	0,87	2,32<2,77	Выраженные нарушения ЛРФ
16	3,68	1,07	5,47>3,68	
17	5,43	1,61	6,35>5,43	Резко выраженные нарушения ЛРФ
18	7,65	2,11	7,24<7,65	

Если результат формулы (1) слева был больше показателя L_j , это означало, что обе оценки относятся к одному метрическому уровню, то есть между оценками L_i и L_j нет статистически значимых различий на 95% доверительном уровне. Если следующая оценка в логитах L_{j+1} была больше L_i , то данный случай удовлетворял калибровочному условию (1). Следовательно, L_i и L_j соответствовали нижней и верхней границе одного метрического уровня конструкта, а L_{j+1} относилась к верхней границе следующего метрического уровня конструкта. Дальнейший анализ осуществляется с оценки L_{j+1} .

Результаты расчетов на основе формулы (1) позволили определить метрические уровни шкалы оценки ЛРФ. Результаты представлены в табл. 5.

Согласно представленным данным, были выделены нижние и верхние границы (жирным шрифтом) каждого метрического уровня выраженности ЛРФ. Установлено, что первый метрический уровень имеет диапазон от 0 до 4 баллов (от -5,68 до -2,23 логита), второй уровень – от 5 до 9 баллов (от -1,74 до -0,14 логита), третий уровень – от 10 до 14 баллов (от 0,23 до 2,10 логита), четвертый уровень – от 15 до 17 баллов (от 2,77 до 5,43 логита), пятый уровень – 18 баллов (7,65 логита).

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Разработанный на основе модели Раша нейropsychологический тест оценки ЛРФ продемонстрировал удовлетворительную конструктивную валидность (индексы

качества WMS и UMS не нарушают оптимальный диапазон 0,7–1,3). Данные психометрические характеристики в модели Раша указывают на способность теста измерять ЛРФ независимо от наличия других когнитивных нарушений, что делает полезным применение данного инструмента для оценки ЛРФ в разных группах пациентов. Это подтверждается и тем, что разработка шкалы проводилась на выборке пациентов с НМК, для которой характерно многообразие когнитивных нарушений (вследствие инсульта или сосудистой деменции), часто сопряженных с нарушением ЛРФ.

Шкала также обладает удовлетворительной диагностической мощностью: распределение оценок трудностей категорий тестовых заданий (10,5 логита) шкалы фактически соответствуют распределению мер выраженности ЛРФ (10 логит) у пациентов с НМК. Это позволяет проводить оценку ранних лобно-регуляторных нарушений и иметь чувствительность к изменениям ЛРФ на стадии выраженных когнитивных нарушений на уровне деменции.

Высокий показатель надежности (0,9) и дискриминативные свойства (индекс числа слоев 4,24) разработанной шкалы указывают на устойчивую воспроизводимость данных и способность дифференцировать 5 мер выраженности лобно-регуляторных нарушений, что позволяет применять данную шкалу в оценке изменений ЛРФ при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий.

На следующем этапе исследования будет произведена интерпретация уровня выраженности нарушений ЛРФ в зависимости от стадий когнитивного снижения.

■ ВЫВОДЫ

1. Шкала оценки ЛРФ продемонстрировала удовлетворительную конструктивную валидность – индексы качества (UMS, WMS) тестовых заданий шкалы находились в пределах допустимого диапазона (0,7–1,3).
2. По результатам проведенного факторного анализа структуру шкалы можно охарактеризовать как одномерную.
3. Распределение оценок трудностей категорий тестовых заданий шкалы составляет 10,5 логита, что покрывает диапазон мер выраженности ЛРФ в 10 логит. Следовательно, шкала характеризуется удовлетворительной диагностической мощностью.
4. Шкала оценки ЛРФ показала высокую дифференцирующую способность. По результатам использования критерия U Манна – Уитни, шкала с высокой степенью достоверности ($p < 0,001$) позволяет разделять ($U = 10500,00$) здоровых испытуемых и пациентов с НМК.
5. Индекс надежности шкалы оценки ЛРФ высокий (0,9). Результаты расчета индекса числа слоев (4,24) продемонстрировали возможность определять не менее 4 мер выраженности ЛРФ, что указывает на удовлетворительные дискриминативные свойства шкалы.
6. Расчет метрических уровней позволил определить 5 статистически различных градаций выраженности ЛРФ.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Bogolepova A. Vascular cognitive impairment. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2022;122(10):17–23. (In Russian). DOI: 10.17116/jnevro202212210117
2. Smychek V, Kopytok A, Lushchinskaya S. Information and statistical collection on medical examination and rehabilitation in the Republic of Belarus in 2 parts: disability indicators for 2024. Minsk: RSPC ME and R; 2025. 103 p. (In Russian)
3. Zakharov V. Diagnosis and treatment of vascular cognitive disorders. *The Clinician*. 2023; 17(3):12–21. (In Russian.). DOI: 10.17650/1818-8338-2023-17-3-K694
4. Yahno N, Zaharov V, Lokshina A. Dementia: A Guide for Physicians. Moscow: MEDpress-inform; 2011. 272 p. (In Russian)
5. Stout JC, et al. Factor analysis of the frontal systems behavior scale (FrSBe). *Assessment*. 2003;10(1):79–85. DOI: 10.1177/1073191102250339
6. Mioshi E, et al. Clinical staging and disease progression in frontotemporal dementia. *Neurology*. 2010;74(20):1591–1597. DOI: 10.1212/WNL.0b013e3181e04070
7. Dubois B, et al. The FAB: A Frontal Assessment Battery at bedside. *Neurology*. 2000;55(11):1621–1626. DOI: 10.1212/wnl.55.11.1621
8. Brookes RL, et al. The Brief Memory and Executive Test (BMET) for detecting vascular cognitive impairment in small vessel disease: a validation study. *BMC Med*. 2015;13:51. DOI: 10.1186/s12916-015-0290-y
9. Torralva T, et al. INECO Frontal Screening (IFS): a brief, sensitive, and specific tool to assess executive functions in dementia. *J Int Neuropsychol Soc*. 2009;15(5):777–86. DOI: 10.1017/S1355617709990415
10. Armentano CGDC, et al. Study on the Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome (BADS) performance in healthy individuals, Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's disease: A preliminary study. *Dement Neuropsychol*. 2009;3(2):101–107. DOI: 10.1590/S1980-57642009DN30200006
11. Lakutsin A, et al. Psychometric Evaluation of the FAB Frontal Function Scale in Patients with Cerebrovascular Dysfunction: Analysis using the Rasch Model. *Psychiatry psychotherapy and clinical psychology*. 2025;16(4):399–410. DOI: 10.34883/PI.2025.16.4.001
12. Assanovich M. *Methodology and applied aspects of the Rasch metric system in clinical psychodiagnostics*. Grodno: GRGMU; 2018. 428p. (In Russian)
13. Linacre JM. Optimizing rating scale category effectiveness. *J Appl Meas*. 2002;3(1):85–106.
14. Linacre JM. Investigating rating scale category utility. *J Outcome Meas*. 1999;3(2):103–122.
15. Linacre J.M. (2023). Winsteps 5.6.0. Computer Software. Portland, Oregon; 2023. Available at: <https://www.winsteps.com/index.htm>. (accessed 3 April 2025).
16. Lakutsin A, Smychek V, Avin. A. Psychometric indicators of the frontal regulatory function assessment scale in patients with cerebral circulatory disorders. *Zenodo*. 2026;1–18. DOI: 10.5281/zenodo.18641884

<https://doi.org/10.34883/PI.2026.17.2.003>



Лебедева А.А. ✉, Коршунов Д.С., Золотарева А.А., Костенко В.Ю.
Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»,
Москва, Россия

Комплексная шкала субъективного здоровья: психометрическое исследование и потенциал применения

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концептуализация, теоретический анализ, дизайн исследования, сбор данных – Лебедева А.А.; теоретический анализ, анализ данных, редактирование текста – Коршунов Д.С.; концептуализация – Костенко В.Ю.; анализ данных, экспертная оценка психометрической модели – Золотарева А.А.

Подана: 04.11.2025

Принята: 15.05.2026

Контакты: aalebedeva@hse.ru

Резюме

Введение. Субъективное здоровье становится критически важной мишенью в вопросах здравоохранения и профилактики, однако этот конструкт требует уточнения. Авторами была разработана теоретическая модель имплицитного здоровья, включающая в себя физическое, психологическое, психическое и духовное измерения.

Цель. Разработать авторскую комплексную шкалу субъективного здоровья и провести оценку ее психометрических свойств.

Материалы и методы. Выборку составили 875 респондентов (718 женщин и 153 мужчины) в возрасте от 18 до 78 лет. Анкета включает в себя: комплексную шкалу субъективного здоровья, шкалу удовлетворенности жизнью, дифференциальный тест рефлексии, шкалу депрессии, тревоги и стресса DASS-21. Исследование проводилось посредством сети Интернет.

Результаты. Конфирматорный факторный анализ выявил однофакторное решение модели ($\chi^2=6,18$ ($df=2$; $p=0,013$); CFI=0,995; TLI=0,969; SRMR=0,014; RMSEA=0,077 [0,028; 0,140]). Надежность α -Кронбаха – 0,760, что свидетельствует о внутренней надежности методики. Субъективное здоровье позитивно коррелирует с удовлетворенностью жизнью, вопросом ВОЗ о субъективном здоровье и системной рефлексией и негативно – с интроспекцией, стрессом, тревогой и депрессией, что подтверждает конвергентную валидность шкалы.

Заключение. Разработанная комплексная шкала субъективного здоровья характеризуется удовлетворительными психометрическими свойствами и подходит для массовых скрининговых исследований.

Ключевые слова: субъективное здоровье, самооценка здоровья, качество жизни, диагностика субъективного здоровья, психометрика

Lebedeva A. ✉, Korshunov D., Zolotareva A., Kostenko V.
National Research University Higher School of Economics, Moscow, Russia

Comprehensive Subjective Health Scale: Psychometric Study and Application Potential

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: conceptualization, theoretical analysis, research design, data collection – Lebedeva A.; theoretical analysis, data analysis, text editing – Korshunov D.; conceptualization – Kostenko V.; data analysis, expert assessment of the psychometric model – Zolotareva A.

Submitted: 04.11.2025

Accepted: 15.05.2026

Contacts: aalebedeva@hse.ru

Abstract

Introduction. Subjective health is becoming a critically important target in health and prevention issues, but this construct needs to be clarified. The authors have developed a theoretical model of implicit health, which includes physical, psychological, mental, and spiritual dimensions.

Purpose. To develop an author's Comprehensive Subjective Health Scale and to evaluate its psychometric properties.

Materials and methods. The sample consisted of 875 respondents (718 women and 153 men) aged 18 to 78 years. The questionnaire includes the following: a Comprehensive Subjective Health Scale, a Life Satisfaction Scale, a Differential Reflection Test, and a DASS-21 Depression, Anxiety, and Stress Scale. The study was conducted via the Internet.

Results. Confirmatory factor analysis revealed a one-factor solution ($\chi^2=6.18$ (df=2; $p=0.013$); CFI=0.995; TLI=0.969; SRMR=0.014; RMSEA=0.077 [0.028; 0.140]). The Cronbach's α was 0.760, indicating the internal reliability of the instrument. Subjective health correlated positively with life satisfaction, the WHO question on subjective health, and systemic reflection and negatively with introspection, stress, anxiety, and depression, confirming the convergent validity of the scale.

Conclusion. The developed Comprehensive Subjective Health Scale is characterized by satisfactory psychometric properties and is suitable for mass screening studies.

Keywords: subjective health, self-assessment of health, quality of life, diagnosis of subjective health, psychometrics

■ ВВЕДЕНИЕ

Изменения современного уклада жизни, опыт столкновения человечества с COVID-19 и сохраняющаяся повышенная вероятность пандемий в XXI в. определили тенденции, декларируемые Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), которые заключаются в системной рекомендации национальным системам здравоохранения развивать практики самопомощи и интегрировать их в качестве путей достижения всеобщего охвата и повышения устойчивости систем помощи в условиях

кризисов*. Очевидно, эффективность самопомощи во многом определяется тем, насколько тщательно и корректно субъект оценивает собственное здоровье, – именно субъективные оценки становятся важнейшим маркером исхода и целевого эффекта вмешательств в медицине, психиатрии и клинической психологии [1].

Данные изменения приводят к тому, что в крупных научных исследованиях все чаще вместо объективных показателей функционирования организма на первый план выходит субъективная оценка человеком своего состояния – она не только дополняет объективные медицинские данные, но и помогает строить профилактику и стратегии самопомощи, которые ВОЗ рекомендует внедрять в работу с сообществами и на уровне первичной медицинской помощи**.

Сложившаяся ситуация актуализирует потребность в разработке подходов к здоровью и измерительных инструментов, которые позволили бы системно изучать субъективное восприятие здоровья как психологический конструкт.

Здоровье с точки зрения субъективных оценок: становление взглядов и критика

Начиная со второй половины XX в. наблюдается существенная трансформация дискурса в понимании здоровья [2]. Точкой отсчета этих изменений принято считать 1948 г., когда ВОЗ ратифицировала свой устав и представила новое определение центрального понятия «здоровье», под которым с тех пор понимается «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [3]. Данная формулировка запустила процесс переосмысления сути здравоохранения, результатов лечения и системы отношений врач – пациент. По мере развития медицины и социальных наук представление о здоровье было усложнено включением в него субъективных и социальных компонентов. Основным итогом данного процесса стало понимание здоровья как комплексного явления, что потребовало новых концептуализаций и путей измерения.

В 1990-х гг. параметр самочувствия был операционализирован ВОЗ [4] в качестве измеримого индикатора – субъективного здоровья, под которым было предложено понимать индивидуальное восприятие собственного здоровья в настоящий момент времени. По мере накопления данных индикатор хорошо зарекомендовал себя как в социологических и эпидемиологических исследованиях, так и в медицинской практике.

К настоящему времени многократно подтверждено, что от самочувствия пациента существенно зависит эффективность лечения [5]. Наиболее часто параметр самооценки здоровья используется в медико-социальных исследованиях, где он принят за основной индикатор изменений в ходе лечебного процесса. Накопленные данные показывают, что самооценка здоровья предсказывает смертность [6] и объясняет состояние здоровья пожилых людей [7] даже лучше, чем физиологические показатели организма.

* Руководство ВОЗ по мерам самопомощи для здоровья и благополучия (2022) – <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>.

** Реализация мер по самопомощи для здоровья и благополучия: руководство для систем здравоохранения (2024) – <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094888>.

В то же время отмечается ряд методических и теоретических проблем, связанных с понятием субъективного здоровья. Один аспект критики затрагивает индивидуальные смыслы представления о здоровье, на которое влияет множество переменных. Так, в одном исследовании показано, что содержательное значение понятия субъективного здоровья различается в зависимости от индивидуальных интерпретаций [8]. Автор показывает, что сам по себе акт интерпретации состоит из 2 стадий: на первой стадии человек ориентируется на актуальные для него в данный момент критерии (которые обусловлены культурным и социально-демографическим контекстом); на второй – человек сравнивает состояние своего здоровья с другими людьми. Иными словами, на получаемую самооценку здоровья влияют мнения референтных групп и собственное психическое состояние.

Другой аспект критического взгляда, на наш взгляд, связан с игнорированием психологической структуры и содержания индивидуального опыта здоровья и болезни в рамках существующих подходов к пониманию и измерению субъективного здоровья. В рамках этой критики текущее понятие субъективного здоровья является довольно поверхностным и не включает в себя психологическое содержание, связанное с наличием или отсутствием того или иного заболевания у человека. Безусловно, спрашивая пациента об оценке своего здоровья, мы оставляем за скобками всю внутреннюю работу, которая наполняет содержанием конструкт субъективного здоровья. И как показывают исследовательские наблюдения [9], эта работа в свернутом виде ведется и тогда, когда респондент более или менее осознанно заполняет опросник.

Приведенная критика хотя и представляет несомненный интерес, но не является уникальной по своему содержанию, поскольку воспроизводит общую логику дискуссий о схожих субъективно-оценочных конструктах, таких, например, как субъективное благополучие, субъективное счастье, субъективное качество жизни [10, 11]. Р. Винховен [12] отмечает, что люди, считающие себя здоровыми, как правило, сообщают о более высоких уровнях счастья, что, однако, может быть связано с субъективной интерпретацией их состояния здоровья, а не с объективными медицинскими показателями. Логика субъективности предполагает, что имплицитные представления, которые респондент вкладывает в свою оценку того или иного параметра, остаются в своего рода «черном ящике», недоступном для прямого измерения и контроля [13, 14]. Субъективное здоровье, подобно концепту субъективного благополучия, формируется на основе сравнения текущего состояния с личными и социальными эталонами. Как отмечает Дж. Сирджи [11], субъективное благополучие зависит не только от объективных обстоятельств, но и от того, как индивид интерпретирует свое положение относительно собственных ожиданий и социальных норм. Это подчеркивает многоуровневую и дискурсивную природу субъективного здоровья: на его оценку влияют индивидуальные стандарты, культурные представления, опыт заболеваний и профилактики, а также эмоциональное и духовное состояние. Этот момент необходимо признавать и учитывать как важное ограничение при построении и интерпретации любых шкал субъективного здоровья. Вместе с тем данное ограничение может быть частично преодолено, если применение подобных шкал сопровождается осознанием и рефлексией методологического подхода к пониманию здоровья, который лежит в основе исследования.

Наконец, третий аспект заключается в том, что текущее научное понятие и принципы его измерения не включают в себя существующие структуры общекультурных представлений о здоровье [15]. Вопрос, который предлагается ВОЗ, ставится максимально широко (In general, how would you rate your health? / «В целом как бы Вы оценили свое здоровье?» [4]) и никак не дифференцирует, о каком аспекте здоровья идет речь в данном случае – физическом, психическом, духовном? Иными словами, респондент будет отвечать на него исходя из приоритетной для себя области здоровья или исходя из ассоциативного принципа и, скорее всего, будет говорить о здоровье физическом.

Изучение субъективного здоровья и его компонентов

С конца 1970-х гг. субъективные и социальные индикаторы были признаны ключевыми измерениями качества жизни [10], и субъективная оценка здоровья вполне вписывалась в этот тренд. Широко известная шкала оценки субъективного здоровья, предложенная ВОЗ, была удобна, потому что респонденту нужно было отвечать всего на один вопрос о том, как он оценивает свое здоровье в целом [16]. Благодаря своей простоте и универсальности данный показатель быстро завоевал популярность среди исследователей и стал широко применяться в массовых мониторинговых исследованиях. Этот показатель демонстрирует связи с различными биомаркерами [17, 18] и социально-демографическими характеристиками населения [19–21].

Существует убеждение, что одного вопроса достаточно для диагностики субъективного здоровья и нет необходимости в разработке многоэлементных шкал [22]. Однако феномен субъективного здоровья является дискурсивным по своей природе [23], а значит, представления о собственном здоровье складываются из принятых в культуре взглядов на здоровье, научных сведений о здравоохранении, житейских знаний, личного опыта заболеваний и профилактики здоровья, мировоззренческих позиций и т. д. Личность вступает в диалог с многоаспектным опытом, организованным в семантическое поле ее сознания. Другими словами, формируется актуальный для человека дискурс о здоровье, трансформация которого осуществляется в ходе получения нового опыта, а также в ходе отношений с ним.

Комплексный взгляд на здоровье, обязанный своим появлением возвращению к идеям холизма, в последнее время вновь набирает популярность. Этот взгляд известен в научном обиходе как биопсихосоциальный подход к здоровью и болезни [24]. В его более поздней версии – биопсихосоциодуховном подходе [25] – пациенту отводится роль активного агента, ответственного за собственное выздоровление, а факторы здоровья дополняются субъективными измерениями, включающими психологический и духовный аспекты. Тем не менее, несмотря на широкое мировое признание, этот подход во многом представляет собой механическое объединение различных сфер под единым «зонтом», поскольку не имеет под собой глубокого теоретического обоснования, которое бы задавало логику взаимодействия разных областей здоровья. Его функция, скорее, заключается в том, чтобы социальные институты и дисциплинарные области получили официальную возможность интеграции и сотрудничества.

Выделяются и другие интересные модели здоровья, которые близки по логике биопсихосоциодуховному подходу. Так, К. Киз с коллегами [26] говорят о дихотомии

расцветания и увядания как субъективных состояний здоровья и перемещают акцент в этом вопросе на важность качества жизни личности в целом.

Интересной моделью, в которой осуществляется идея уровневого подхода к здоровью, представляется нам концепция Б.С. Братуся и соавторов [27]. Авторы выделяют несколько уровней регуляции здоровья: физиологический (базовый); индивидуально-психологический; личностно-смысловой. В дальнейшем Б.С. Братусь [28] развивает эти идеи в рамках многоуровневой структуры регуляции личности, добавляя, что личностно-смысловой уровень обретает интегративную функцию, когда регуляция сопрягается с сакральной ценностью (духовностью).

Опираясь на предложенные идеи, мы разработали теоретическую модель субъективного здоровья [15], включающую в себя 4 измерения: физическое здоровье (регуляция телесных, организменных функций); психологическое (психологическое благополучие); психическое (регуляция психических состояний) и духовное здоровье (личностно-смысловая регуляция). Такое понимание субъективного здоровья позволяет достаточно точно дифференцировать представления людей о своем здоровье и определить актуальные потребности, связанные с областью, на которой наблюдается снижение. Предложенная модель была нами апробирована в качественном исследовании [29], результаты которого позволили выделить физическое, психологическое и духовное изменения субъективного здоровья.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать авторскую комплексную шкалу субъективного здоровья и провести оценку ее психометрических свойств.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Участники исследования. В исследовании приняли участие 875 русскоязычных респондентов (718 женщин и 153 мужчины) в возрасте от 18 до 78 лет ($M=21,9$; $SD=4,88$). Среди них 79 респондентов получили среднее образование, 11 – среднее профессиональное; 565 – неоконченное высшее; 190 – высшее; 26 – два и более высших; 4 – ученую степень.

Процедура исследования. Сбор данных осуществлялся путем распространения анкеты с методиками в сети Интернет. Участие в исследовании было добровольным и безвозмездным. Респонденты дали информированное согласие. Длительность заполнения анкеты составляла до 20 мин. Исследование проводилось в соответствии с этическими принципами Хельсинкской декларации, принятой Всемирной медицинской ассоциацией [30].

Методики. Анкета состояла из нескольких диагностических инструментов:

1. Комплексная шкала субъективного здоровья. Это авторская методика, направленная на изучение 4 компонентов субъективного здоровья: физического, психического, психологического и духовного. Она включает в себя 4 вопросных пункта: «В целом я оцениваю свое физическое здоровье как...»; «В целом я оцениваю свое психологическое самочувствие как...»; «В целом я оцениваю свое психическое здоровье как...»; «В целом я оцениваю свое духовное здоровье как...». Пункты измеряются по пятибалльной шкале Ликерта («очень хорошо», «хорошо», «удовлетворительно», «плохо», «очень плохо»).

2. Общий вопрос ВОЗ о здоровье [16]. Его формулировка следующая: «Как Вы оцениваете свое здоровье в целом?» Данный вопрос направлен на сбор самоотчета людей о состоянии своего здоровья.
3. Шкала удовлетворенности жизнью (The Satisfaction with Life Scale) Э. Динера [31] в адаптации Е.Н. Осина и Д.А. Леонтьева [32]. Эта методика направлена на изучение когнитивного компонента удовлетворенности жизнью. Методика состоит из 5 вопросов, касающихся оценки качества своей жизни в целом (например, «У меня есть в жизни то, что мне по-настоящему нужно»).
4. Дифференциальный тест рефлексии Д.А. Леонтьева и Е.Н. Осина [33]. В данной методике рефлексия понимается как способность человека произвольно обращать сознание на самого себя. Методика включает в себя 3 шкалы: 1) системную рефлекссию (процесс дистанцированного и беспристрастного анализа себя и внешних ситуаций); 2) интроспекцию (погруженность в собственные ощущения и переживания); 3) квазирефлексию (размышления о внешних ситуациях без критического взгляда на себя) – и состоит из 30 вопросов (например, «Я люблю фантазировать»).
5. Шкала депрессии, тревоги и стресса (Depression, Anxiety, Stress Scale – DASS-21) [34] в адаптации А.А. Золотаревой [35]. Данный инструмент диагностирует симптомы депрессии, тревоги и стресса как коморбидные состояния в структуре психологического дистресса. Методика включает в себя 21 пункт (например, «Мне было трудно успокоиться»).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Описательная статистика. В среднем респонденты оценивают свое здоровье на всех уровнях как хорошее. Показатели эксцесса и асимметрии соответствуют норме $[-1; 1]$, следовательно, распределение является нормальным. Результаты приведены в табл. 1.

Анализ факторной структуры. Для предварительной оценки структуры опросника был проведен эксплораторный факторный анализ. На основе параллельного анализа было предложено однофакторное решение, которое согласуется с теоретической моделью конструкта субъективного здоровья. Факторные нагрузки представлены в табл. 2. Показатель теста сферичности Бартлетта χ^2 равен 999 ($df=6$; $p<0,001$). Общее значение КМО для модели равняется 0,730. Показатели пригодности модели являются адекватными, поэтому принимается однофакторная структура опросника с 4 пунктами.

Таблица 1

Описательная статистика пунктов комплексной шкалы субъективного здоровья

Table 1

Descriptive statistics of the points of the Complex Scale of Subjective Health

№	M	SD	SK	K
1. В целом я оцениваю свое физическое здоровье как...	3,4	0,87	-0,57	0,49
2. В целом я оцениваю свое психологическое самочувствие как...	2,94	0,91	0,08	-0,3
3. В целом я оцениваю свое психическое здоровье как...	3,23	0,89	-0,32	0,26
4. В целом я оцениваю свое духовное здоровье как...	3,34	0,85	-0,45	0,21

Примечание: M – среднее арифметическое; SD – выборочное стандартное отклонение; SK – асимметрия; K – эксцесс.

Таблица 2
Результаты эксплораторного факторного анализа
Table 2
The results of the exploratory factor analysis

№	Факторные нагрузки
1. В целом я оцениваю свое физическое здоровье как...	0,557
2. В целом я оцениваю свое психологическое самочувствие как...	0,846
3. В целом я оцениваю свое психическое здоровье как...	0,830
4. В целом я оцениваю свое духовное здоровье как...	0,801

Дальнейшим шагом стало проведение конфирматорного факторного анализа для подтверждения выявленной однофакторной модели. Статистики соответствия выявили: $\chi^2=26,3$ ($df=2$; $p\leq 0,001$); CFI=0,976; TLI=0,927; SRMR=0,028; RMSEA=0,118 [0,080; 0,160], что указывает на недостаточное качество модели и наличие возможных ковариаций между пунктами. Индексы модификации модели показали связь остатков между пунктами 1 и 3. После добавления ковариации между этими остатками индексы соответствия модели показывают: χ^2 для соответствия модели равняется 6,18 ($df=2$; $p=0,013$); CFI=0,995; TLI=0,969; SRMR=0,014; RMSEA=0,077 [0,028; 0,140]. Полученные факторные нагрузки приведены в табл. 3.

Анализ надежности. Для оценки надежности опросника использовался показатель внутренней согласованности α -Кронбаха. Результаты демонстрируют уровень надежности, равный 0,760. Следовательно, данный инструмент надежен для массовых исследований.

Таблица 3
Результаты конфирматорного факторного анализа
Table 3
Results of the confirmatory factor analysis

№	Факторные нагрузки
1. В целом я оцениваю свое физическое здоровье как...	0,389
2. В целом я оцениваю свое психологическое самочувствие как...	0,721
3. В целом я оцениваю свое психическое здоровье как...	0,741
4. В целом я оцениваю свое духовное здоровье как...	0,572

Таблица 4
Взаимосвязи субъективного здоровья и переменных здоровья, рефлексии и дистресса
Table 4
Interrelations of subjective health and variables of health, reflection and distress

Шкалы методик	Общее здоровье	Субъективное
Общий вопрос ВОЗ о здоровье	0,65***	
Удовлетворенность жизнью	0,51***	
Системная рефлексия	0,15***	
Интроекция	-0,29***	
Квазирефлексия	-0,06	
Стресс	-0,42***	
Тревога	-0,53***	
Депрессия	-0,60***	

Примечание: * $r\leq 0,05$; ** $r\leq 0,01$; *** $r\leq 0,001$. Шкалами ДТР являются системная рефлексия, интроекция и квазирефлексия. Шкалы DASS-21 – стресс, тревога, депрессия.

Индекс дискриминативности. Компоненты физического ($r=0,62$, $p\leq 0,001$), психологического ($r=0,83$, $p\leq 0,001$), психического ($r=0,80$, $p\leq 0,001$) и духовного здоровья ($r=0,78$, $p\leq 0,001$) позитивно связаны с общим баллом по шкале. Следовательно, пункты опросника достаточно хорошо описывают конструкт субъективного здоровья. Это подтверждает дискриминативность пунктов методики.

Конвергентная валидность. Показатель общего субъективного здоровья статистически значимо позитивно коррелирует с самооценкой здоровья по ВОЗ, а также негативно – с показателями интроспекции, стресса, тревоги и депрессии. Выявленные взаимосвязи свидетельствуют о конвергентной валидности разработанной шкалы.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Современные тренды в развитии здравоохранения акцентируют все большее внимание на субъективных и личностных сторонах здоровья человека и разработке систем самопомощи и профилактики [1, 10]. Ввиду этого конструкт субъективного здоровья, ранее понимавшийся как самооценка состояния здоровья пациентом в целом, требует дифференциации и уточнения.

Вслед за идеями биопсихосоциодуховной модели [25] и уровневой структуры регуляции личности Б.С. Братуся [28] нами предлагается комплексная модель имплицитного субъективного здоровья, включающая в себя 4 компонента: физическое, психологическое, психическое и духовное здоровье [15]. По результатам пилотажного качественного исследования были подтверждены измерения физического, психологического и духовного здоровья [29]. Следующим шагом стала разработка краткой самооценочной шкалы.

Факторная структура комплексной шкалы субъективного здоровья складывается в единый целостный конструкт, что продолжает логику холистического взгляда на здоровье [24, 25]. Интересно, что по результатам КФА пункт, касающийся физического здоровья, имеет заметно меньшую нагрузку в структуре по сравнению с остальными. Кроме того, была выявлена ковариация между пунктами, касающимися физического и психического здоровья. Эти факты могут объясняться следующими обстоятельствами. Во-первых, они подчеркивают общую тенденцию в медицине к переходу от биомедицинской к биопсихосоциальной и затем биопсихосоциально-духовной модели [25], в которых психологические и личностные факторы играют все большую роль в поддержании здоровья человека [2]. Во-вторых, вероятно, пункт о физическом здоровье психометрически выделяется, поскольку остальные 3 пункта не связаны с телом и организмом. Наконец, возможно, шкала чувствительна к особенностям имплицитной модели здоровья у разных выборок и для группы, более заинтересованной телесной или духовной сферой, показатели соответствующего типа здоровья могли бы быть более дифференцированы. Данный факт тем не менее требует дополнительных исследований.

Анализ надежности показывает, что шкала применима в массовых скрининговых исследованиях на больших выборках, однако интерпретация индивидуальных результатов должна проводиться с осторожностью.

Ожидаемо, общая оценка субъективного здоровья положительно коррелирует с вопросом ВОЗ о субъективном здоровье и удовлетворенности жизнью. Кроме того, наблюдаются умеренные отрицательные связи с показателями стресса, тревоги и депрессии. Это подтверждает конвергентную валидность инструмента

и характеризует субъективное здоровье как буфер в профилактике психологической дезадаптации [1, 26].

Системная рефлексия связана с субъективным здоровьем, что показывает роль рефлексии в более тонкой дифференциации различных аспектов здоровья, однако размер эффекта оказывается маленьким. Негативная связь субъективного здоровья и интроспекции означает, что понимание собственного здоровья не замыкается на самоощущениях или абстрактных представлениях индивида и складывается из множества компонентов, в том числе объективных.

Данное исследование имеет ряд ограничений. Выборку исследования преимущественно составляют молодые люди 18–27 лет. Кроме того, наблюдается перекокс в сторону женского пола. Для более точной оценки психометрических свойств шкалы необходимо проведение дополнительных исследований на объемных и стратифицированных выборках. Помимо этого, в рамках данного исследования не проводилось сравнение субъективных и объективных индикаторов здоровья. Перспективой дальнейших исследований нам видится привлечение клинических выборок и учет самооценочных и биомедицинских показателей здоровья.

■ ВЫВОДЫ

1. Комплексная шкала субъективного здоровья имеет однофакторную структуру, что позволяет оценить как субъективное здоровье в целом, так и каждый его отдельный компонент.
2. Высокие индексы дискриминативности доказывают дискриминантную валидность методики.
3. Субъективное здоровье позитивно коррелирует с удовлетворенностью жизнью, вопросом ВОЗ о субъективном здоровье и системной рефлексией и негативно – с интроспекцией, стрессом, тревогой и депрессией, что подтверждает конвергентную валидность шкалы.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Herrmann-Lingen C. Quality of Life and Subjective Health: Strengthening the Subjective Perspective in Cardiology. In: Waldstein SR, Kop WJ, Suarez EC, Lovullo WR, Katzel LI, eds. *Handbook of Cardiovascular Behavioral Medicine*. New York, NY: Springer; 2022. P. 1341–1362. doi: 10.1007/978-0-387-85960-6_56
2. Monden C. Subjective Health and Subjective Well-Being. In: Michalos AC, ed. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014. P. 6423–6426. doi: 10.1007/978-94-007-0753-5_3957
3. World Health Organization. *Constitution of The World Health Organization*. 1995.
4. World Health Organization. *The world health report 1996: fighting disease, fostering development*. 1996.
5. Sullivan M. The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health. *Soc Sci Med*. 2003;56(7):1595–1604. doi: 10.1016/s0277-9536(02)00159-4
6. Lorem G., Cook S., Leon D.A., Emaus N., Schirmer H. Self-reported health as a predictor of mortality: A cohort study of its relation to other health measurements and observation time. *Sci Rep*. 2020;10(1):4886. doi: 10.1038/s41598-020-61603-0
7. Kornadt AE, Albert I., Hoffmann M., Murdock E., Nell J. Ageism and older people's health and well-being during the Covid-19-pandemic: the moderating role of subjective aging. *Eur J Ageing*. 2021;18(2):173–184. doi: 10.1007/s10433-021-00624-8
8. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med*. 2009;69(3):307–316. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.05.013
9. Tkhostov A.S. *Psychology of physicality*. Moscow: Smysl; 2002. (in Russian)
10. Lebedeva A.A., Leontiev D.A. Modern approaches to the study of quality of life: from objective to subjective contexts. *Neurological Bulletin*. 2022;13(4):142–162. doi: 10.17759/sps.2022130409. (in Russian)
11. Sirgy J.M. *Positive balance: A theory of well-being and positive mental health*. Springer; 2020. doi: 10.1007/978-3-030-40289-1
12. Veenhoven R. Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *J Happiness Stud*. 2008;9(4):449–469. doi: 10.1007/s10902-006-9042-1
13. Pavot W., Diener E. The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *J Posit Psychol*. 2008;3(2):137–152. doi: 10.1080/17439760701756946

14. Schwarz N., Strack F. Reports of Subjective Well-Being: Judgmental Processes and Their Methodological Implications. In: *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. Russell-Sage; 1999.
15. Lebedeva A.A., Kostenko V.Yu. Subjective health in the field of problems of psychology and psychiatry. *Neurological Bulletin*. 2019;51(4):98–101. (in Russian)
16. Bruin A. de, Picavet H.S.J., Nossikov A. *Health Interview Surveys: Towards International Harmonization of Methods and Instruments*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1996.
17. Chaparro M.P., Hughes A., Kumari M., et al. The association between self-rated health and underlying biomarker levels is modified by age, gender, and household income: Evidence from Understanding Society – The UK Household Longitudinal Study. *SSM – Popul Health*. 2019;8(8):100406. doi: 10.1016/j.ssmph.2019.100406
18. Heyne S., Haufe E., Beissert S., et al. Determinants of Depressive Symptoms, Quality of Life, Subjective Health Status and Physical Limitation in Patients with Systemic Sclerosis. *Acta Derm Venereol*. 2023;103:6502. doi: 10.2340/actadv.v103.6502
19. Llorca M., Rodriguez-Alvarez A., Jamasb T. Objective vs. subjective fuel poverty and self-assessed health. *Energy Econ*. 2020;87:104736.
20. Mensah A., Adjei N.K. Work-life balance and self-reported health among working adults in Europe: a gender and welfare state regime comparative analysis. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1052. doi: 10.1186/s12889-020-09139-w
21. Schelleman-Offermans K., Massar K. Explaining socioeconomic inequalities in self-reported health outcomes: The mediating role of perceived life stress, financial self-reliance, psychological capital, and time perspective orientations. *PLoS ONE*. 2020;15(12):e0243730. doi: 10.1371/journal.pone.0243730
22. Bowling A. Just one question: If one question works, why ask several? *J Epidemiol Community Health*. 2005;59(5):342–345. doi: 10.1136/jech.2004.021204
23. Blackman L. The Dialogical Self, Flexibility and the Cultural Production of Psychopathology. *Theory Psychol*. 2005;15(2):183–206.
24. Engel G.L. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980;137(5):535–544. doi: 10.1176/ajp.137.5.535
25. Hatala A.R. Towards a biopsychosocial–spiritual approach in health psychology: Exploring theoretical orientations and future directions. *J Spiritual Ment Health*. 2013;15(4):256–276. doi: 10.1080/19349637.2013.776448
26. Wissing M.P., Schutte L., Liversage C., et al. Important Goals, Meanings, and Relationships in Flourishing and Languishing States: Towards Patterns of Well-being. *Appl Res Qual Life*. 2021;16(2):573–609. doi: 10.1007/s11482-019-09771-8
27. Bratus B.S., Rozovsky I.A., Tsapkin V.N. *Psychological problems of studying and correcting personality anomalies: An educational and methodological guide*. Moscow: Moscow State University Publishing House; 1988. (in Russian)
28. Bratus B.S. *Personality anomalies*. Psychological approach. Moscow: Nikea; 2019. (in Russian)
29. Lebedeva A.A., Kostenko V.Yu. *Subjective health: The implicit theory and links to personality resources*. Yerevan, Armenia: Limush; 2019. P. 451–452. (in Russian)
30. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191–2194.
31. Diener E., Emmons R.A., Larsen R.J., et al. The Satisfaction with Life Scale. *J Pers Assess*. 1985;49(1):71–75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13
32. Osin E.N., Leontiev D.A. Short Russian-language diagnostic scales of subjective well-being: psychometric characteristics and comparative analysis. *Monitoring Public Opinion On Economic And Social Changes*. 2020;1(155):117–142. (in Russian)
33. Leontiev D.A., Osin E.N. Reflection on "good" and "bad": from an explanatory model to differential diagnosis. *Psychology Journal of the Higher School of Economics*. 2014;11(4):110–135. doi: 10.14515/monitoring.2020.1.06. (in Russian)
34. Henry J., Crawford J.R. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol*. 2005;44:227–239. doi: 10.1348/014466505X29657
35. Zolotareva A.A. Psychometric assessment of the Russian version of the depression, anxiety and stress scale (DASS-21). *Psychological Journal*. 2021;42(5):80–88. (in Russian)



Буданова А.А. ✉, Бойко Е.О., Борисков Б.М.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Особенности индуцированных психоактивными веществами психозов у пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, организация исследования, сбор материала, написание и редактирование текста – Бойко Е.О.; сбор материала, обработка, написание текста – Буданова А.А.; сбор материала, обработка – Борисков Б.М.

Этические аспекты: все участники исследования подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Проведение исследования соответствовало положениям Хельсинкской декларации 1964 г., пересмотренной в 1975–2013 гг., и одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России (протокол № 125 от 12.09.2023).

Подана: 06.11.2025

Принята: 23.03.2026

Контакты: albina.a_budanova@mail.ru

Резюме

Введение. Проблема сходства и различий ПАВ-индуцированных и шизофренических психозов широко обсуждается в научной литературе. Наркотическая интоксикация часто инициирует развитие острого психотического состояния, которое крайне трудно дифференцировать от шизофренического. Научных исследований, посвященных изучению данной проблемы, недостаточно.

Цель. Изучение и систематизация клинико-динамических особенностей психотических расстройств, вызванных употреблением психостимуляторов, у пациентов с шизофренией.

Материалы и методы. Выборка составила 158 пациентов, 75 из которых с двойным диагнозом (основная группа); 83 – с психиатрическим диагнозом (контрольная группа). Исследование проводили с использованием психопатологического, лабораторного, инструментального, статистического методов.

Результаты. Было установлено, что при поступлении в психиатрический стационар подавляющее большинство пациентов из психостимуляторов употребляли синтетические катиноны (соли) – в 62,7% случаев, амфетамин и его производные (метамфетамин, мефедрон) употребляли 32% пациентов, крэк употребляли 5,3% пациентов. По выраженности проявлений психозы у пациентов основной и контрольной групп достоверно не различались, однако по клиническим проявлениям различия между собственно шизофреническим психозом и ПАВ-индуцированным психозом были. Экзогенные варианты психозов развивались у 1/3 пациентов, единожды, как правило, в начале употребления ПАВ.

Заключение. В статье представлены результаты обсервационного клинического сравнительного исследования особенностей проявлений ПАВ-индуцированных психозов у пациентов с шизофренией. Чаще всего развитие психотических расстройств связано с употреблением синтетических катинонов, клиническая картина

представлена и экзогенными, и эндогенными проявлениями; при ПАВ-индуцированных психозах достоверно чаще встречаются зрительные и вербальные иллюзии, аффективные нарушения – страх и тревога, истинные зрительные и тактильные галлюцинации, агрессия, бред преследования; достоверно реже встречаются псевдогаллюцинации, другие виды бреда, кроме бреда преследования, парафренный бред, кататония, онейроид.

Ключевые слова: шизофрения, психоактивные вещества (ПАВ), психотические расстройства, ПАВ-индуцированный психоз

Budanova A. ✉, Boyko E., Boriskov B.
Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

Clinical Features of Substance-induced Psychosis in Patients with Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Disorders

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: study concept and design, study organization, material collection, writing and editing – Boyko E.; material collection, processing, and writing – Budanova A.; material collection and processing – Boriskov B.

Ethical aspects: all participants in the study signed a voluntary informed consent to participate in the program. The study was conducted in accordance with the provisions of the Helsinki Declaration of 1964, revised in 1975–2013, and approved by the Local Ethics Committee of the Kuban State Medical University № 125 (09/12/2023).

Submitted: 06.11.2025

Accepted: 23.03.2026

Contacts: albina.a_budanova@mail.ru

Abstract

Introduction. The similarities and differences between drug-induced and schizophrenic psychoses are widely discussed in the scientific literature. Drug intoxication often triggers the development of an acute psychotic state, which is extremely difficult to differentiate from schizophrenia. Scientific research devoted to this issue is extremely limited.

Purpose. The aim of the study was to systematize the clinical and dynamic particularities of psychotic disorders induced by the use of psychostimulants in patients with schizophrenia.

Materials and methods. The sample consisted of 158 patients, of whom 75 patients with double diagnosis, the main group; 83 patients with psychiatric diagnosis, the control group. The study was conducted using psychopathological, laboratory, instrumental, and statistical methods.

Results. It was found that upon admission to a psychiatric hospital, the overwhelming majority of patients using psychostimulants were synthetic cathinones (salts) – 62.7% of cases. Amphetamine and its derivatives (methamphetamine, mephedrone) were used by 32% of patients, and crack cocaine was used by 5.3%. The severity of psychosis manifestations did not significantly differ between patients in the study and control groups. However, differences in clinical manifestations were observed between schizophrenic psychosis proper and substance-induced psychosis. Exogenous psychosis developed in 1/3 of patients, typically at the onset of substance use.

Conclusion. The article presents the results of an observational, clinical, comparative study of the peculiarities of substance-induced psychosis (SIP) in patients with schizophrenia. The development of psychotic disorders is most often associated with the use of synthetic cathinones. The clinical picture is represented by both exogenous and endogenous features. In SIP the following are significantly more frequent: visual and verbal illusions, affective disorders – fear and anxiety, visual and tactile hallucinations, aggression, delusions of persecution. Pseudohallucinations, delusions, persecution delusions, paraphrenic delusions, catatonia, and oneiroid are significantly less frequent.

Keywords: schizophrenia, psychoactive substances, psychotic disorders, substance use disorder, substance-induced psychotic disorder

■ ВВЕДЕНИЕ

Диагностика индуцированных психоактивными веществами (ПАВ) психозов у пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра часто вызывает затруднения, сказывающиеся на качестве оказания специализированной помощи. Проблема сходства и различий ПАВ-индуцированных и шизофренических психозов широко обсуждается в научной литературе. К. Täschner et al. [1] отмечают, что наркотическая интоксикация инициирует развитие острого психотического состояния, которое крайне трудно дифференцировать от шизофренического. L. Hermle [2] пришел к выводу об «общей феноменологической сущности», «общем патологическом итоге» ПАВ-индуцированных и шизофренических психозов. А. Iwanami [3] установил, что структура метамфетаминовых и шизофренических психозов практически не различима. В половине случаев при первичном поступлении в стационар с манифестацией шизофренического процесса пациенты употребляли ПАВ [4].

В клинической картине ПАВ-индуцированных психозов наблюдаются психомоторное возбуждение, агрессия к себе и окружающим, слуховые и тактильные галлюцинации, бред преследования, воздействия. Могут встречаться синдром деперсонализации-дереализации, дисфория, депрессивные расстройства, кататоническая симптоматика, суицидальные мысли и действия. Подобная симптоматика характерна и для шизофренических психозов [5–10]. Употребление ПАВ может вызвать острые психотические симптомы в интоксикации и при синдроме отмены. Многие авторы подчеркивают, что психотические расстройства, индуцированные приемом синтетических наркотиков, чаще развиваются в интоксикации (от 54% до 76%), чем в абстинентном синдроме [11, 12]. Ранее проведенные клинические исследования показали, что возрастающие дозы амфетамина, вводимые здоровым добровольцам, индуцируют развитие психотических симптомов [13]. Рекреационное употребление амфетамина (включая метамфетамин) увеличивает риск психотических симптомов в 2–3 раза в зависимости от дозы и таких факторов риска, как проблемы в детстве, наследственная предрасположенность.

В одном из исследований изучались факторы риска развития первичных ПАВ-индуцированных психозов на когорте из 6217 шведских заключенных, освободившихся из тюрем. Сравнивались потребители алкоголя, каннабиса, амфетамина, героина и полинаркомании с группой лиц, употребляющих ПАВ редко. Исследовались также другие известные факторы риска психоза: демографические, семейные,

травмы и наличие психических проблем в анамнезе [13]. В течение периода наблюдения 1,9% от общей выборки были госпитализированы хотя бы один раз по поводу психоза, вызванного ПАВ, 2,1% были госпитализированы хотя бы один раз по поводу первичного психоза. У лиц, употребляющих несколько наркотиков, была самая высокая доля психозов, вызванных ПАВ, – 3,4%, а у потребителей каннабиса – самая высокая доля первичных психозов – 3,5%. Как известно по многим литературным источникам, до экспансии дизайнерских наркотиков основным наркотиком – триггером развития шизофрении являлся каннабис [14]. В одном из аналитических обзоров авторы приводят интересные данные [15]: средний риск трансформации психоза, вызванного приемом каннабиноидов, в шизофрению составлял 34%, а амфетаминами – 22%, учитывая тот факт, что сам риск возникновения психоза при употреблении каннабиноидов достаточно низкий – 0,5–5%. В этом же обзоре авторы ссылаются на публикации, в которых установлено, что увеличение потребления каннабиноидов населением не увеличивает долю шизофрении в этой популяции. Взаимосвязи между ПАВ-индуцированными психозами и первичными психозами при шизофрении давно вызывают интерес и споры из-за относительной малочисленности научных доказательств и маркеров, вносящих ясность в дифференциальную диагностику ПАВ-индуцированных психозов и шизофрении [16, 17]. МКБ-10, ICD-11, DSM-V предлагают различать их на основании длительности: психоз, продолжающийся более 1 месяца после последнего употребления ПАВ, исключает диагноз ПАВ-индуцированного психоза и предполагает постановку диагноза «шизофрения».

Психозы при шизофрении и употреблении ПАВ имеют много общих черт, но есть и различия. И.А. Федотов с соавторами выделил общность нейробиологических механизмов для обоих расстройств: большинство ПАВ прямо или косвенно вызывают увеличение дофамина в полосатом теле, активацию нейронной цепи, отвечающей за «положительные» психотические симптомы (галлюцинации и бред), которые одновременно характерны для ПАВ-индуцированных психозов и для шизофрении [14]. Кроме того, некоторые ПАВ могут вызывать «негативные» симптомы, даже если они не были описаны как характерные для ПАВ-индуцированных психозов. Например, в некоторых исследованиях было показано, что фенциклидин и кетамин посредством увеличения передачи глутамата могут снизить просоциальную активность и вызывать другие негативные симптомы [18]. Все это затрудняет дифференцированную диагностику между ПАВ-индуцированным психозом и психотическим эпизодом при шизофрении. В качестве помощи в клинических решениях предложено учитывать целый ряд типичных различий между этими расстройствами в социально-демографических характеристиках пациентов. Авторы предположили, что пациенты с ПАВ-индуцированным психозом чаще имеют позднее начало болезни, коморбидное антисоциальное расстройство личности, в то время как для пациентов с шизофренией характерны вычурность, негативная симптоматика, а также семейная история шизофрении (семейная отягощенность шизофренией) [14]. Научных исследований, посвященных изучению данной проблемы, крайне мало.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение и систематизация клинико-динамических особенностей психотических расстройств, вызванных употреблением психостимуляторов, у пациентов с шизофренией.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование было включено 158 пациентов, проходивших лечение в стационарных условиях психиатрической больницы ГБУЗ «СКПБ № 1» МЗ Краснодарского края. Работа соответствует этическим стандартам Хельсинкской декларации ВМА и одобрена этическим комитетом ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России (протокол № 125 от 12.09.2023). При поступлении скринировались пациенты с психотическим расстройством. В дальнейшем в соответствии с критериями включения/невключения они рандомизировались на две группы, между которыми проводилось сравнение психотической симптоматики.

Критерии включения в исследование: мужчины; возраст старше 18 лет; подписавшие информированное согласие на исследование; соответствующие критериям диагнозов по МКБ-10: шизофрения (F20); шизотипическое расстройство (F21); шизоаффективное расстройство (F25); установленный или предполагаемый диагноз по МКБ-10: пагубное употребление (F15.1; F19.1); синдром зависимости (F15.xxH; F19.xxH); абстинентное состояние (синдром отмены) с делирием (F15.4x; F19.4x); психотическое расстройство (F15.5x; F19.5x). Для пациентов с установленным диагнозом F19.xx введен дополнительный временной критерий: до развития психотического расстройства пациент в течение 1 месяца употреблял только психостимуляторы.

Критерии исключения из исследования: пациенты с ранее установленными диагнозами: F00-F09 Органические, включая симптоматические, психические расстройства; F22 Хронические бредовые расстройства; F24 Индуцированное бредовое расстройство; F28 Другие неорганические психотические расстройства; F29 Неуточненный неорганический психоз; F30-F39 Аффективные расстройства; F60-F69 Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте; G40 Эпилепсия; острые или обострение хронических соматических и неврологических заболеваний, препятствующих участию в исследовании; онкологические и системные заболевания; положительный анализ на RW, HIV; отказ от участия в научном исследовании.

В основную группу вошли 75 пациентов, у которых был установлен диагноз психического заболевания и наркологического расстройства, а факт употребления ПАВ был подтвержден данными объективного анамнеза и лабораторным химико-токсикологическим исследованием биологических жидкостей. Большинство пациентов основной группы употребляли несколько видов ПАВ, наиболее частыми были следующие сочетания: алкоголь, каннабиноиды и психостимуляторы; опиоиды и психостимуляторы; алкоголь, холинолитики и психостимуляторы. На момент развития психотического расстройства все пациенты употребляли психостимуляторы.

В контрольную группу вошли 83 пациента с диагнозом психического заболевания, без наркологической патологии.

Основными методами исследования были психопатологический, лабораторный, инструментальный, статистический. Для объективизации данных использовались: краткая психиатрическая оценочная шкала BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale); шкала оценки выраженности негативных и позитивных нарушений при шизофрении PANSS (Positive And Negative Schizophrenic Symptoms); опросник ASI (Addiction Severity Index). Лабораторное обследование включало: химико-токсикологическое исследование биологических жидкостей, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, анализы на RW, ВИЧ, гепатиты В и С. Инструментальное обследование включало проведение электрокардиографии (ЭКГ), рентгенографии

органов грудной клетки (Rg). Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 3.1.6 (разработчик – ООО «Статтех», Россия). Расчет объема выборки производился в программе Power and Sample Size Calculations Ver 3.0.43. Сравнение процентных долей при анализе многопольных таблиц сопряженности выполнялось с помощью критерия хи-квадрат Пирсона, точного критерия Фишера. Для оценки величины различий выборочных показателей между контрольной и основной группой использовалась оценка отношения шансов (ОШ). Статистическая значимость ОШ оценивалась исходя из значений 95%-го доверительного интервала (ДИ), при расчете показателей «делирий» и «сумеречное помрачение сознания» использовалась поправка Холдена.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При сравнительном анализе групп по установленным диагнозам психического заболевания между группами были выявлены различия (табл. 1).

В основной группе было меньше пациентов с диагнозом «шизофрения параноидная, непрерывный тип течения» (50,7% в сравнении с 62,7%), а также с периодом наблюдения менее 1 года (10,7% в сравнении с 19,3%). Преобладали пациенты с диагнозами «шизотипическое расстройство» (10,7% в сравнении с 3,6%), «шизоаффективное расстройство» (16,0% в сравнении с 4,8%). Пациентов с диагнозом «шизофрения параноидная, эпизодический тип течения» в группах было приблизительно одинаково (9,6% и 12,0% соответственно). Эти данные говорят о том, что синдром зависимости чаще сочетается с более благоприятными вариантами течения расстройств шизофренического спектра.

Из 75 пациентов основной группы большинству психиатрический диагноз был установлен первым (89,3%, 67 человек), наркологический диагноз – вторым. Лишь в 10,7% случаев (8 человек) наркологический диагноз был установлен первым.

Первые пробы ПАВ у пациентов основной группы чаще всего отмечались в возрасте 14–16 лет (80%) или 16–18 лет (20%). Можно сделать вывод, что начало употребления ПАВ предшествовало манифестации психического заболевания.

Таблица 1
Различия в установленных психиатрических диагнозах в группах
Table 1
Differences in established psychiatric diagnoses in the groups

Диагноз	Контрольная группа, абс. (%)	Основная группа, абс. (%)	p
F20.00 Шизофрения параноидная, непрерывный тип течения	52 (62,7)	38 (50,7)	0,029*
F20.01 Шизофрения параноидная, эпизодический тип течения	8 (9,6)	9 (12,0)	
F20.09 Шизофрения параноидная, период наблюдения менее года	16 (19,3)	8 (10,7)	
F21.3; F21.4 Шизотипическое расстройство (неврозоподобная/психопатоподобная шизофрения)	3 (3,6)	8 (10,7)	
F25.2 Шизоаффективное расстройство, смешанный тип	4 (4,8)	12 (16,0)	
Всего, N	83 (100)	75 (100)	

Примечание: * используемый метод – хи-квадрат Пирсона.

Чаще всего пациенты начинали употребление с каннабиноидов (в том числе синтетические каннабиноиды и гидропоника) (60%), алкоголя (22,7%) или психостимуляторов (17,3%). Поисковый период определялся у 62,7% пациентов, чаще всего составлял 6–8 месяцев (табл. 2).

Мотивы приобщения к употреблению ПАВ были разными. В 28% случаев (21 человек) мотивация была паралогичной («употребляю назло себе») либо смешанной. Для улучшения социальных контактов употребление ПАВ начали 26,7% пациентов (20 человек); в компании – 21,3% (16 человек), для улучшения психического состояния – 24% (18 человек).

При развитии психоза пациенты употребление ПАВ прекращали. Возобновление употребления ПАВ в межприступный период вновь приводило к развитию психоза.

Было установлено, что при поступлении в психиатрический стационар подавляющее большинство пациентов из психостимуляторов употребляли синтетические катиноны (соли) – 47 человек (62,7%), амфетамин и его производные (метамфетамин, мефедрон) употребляли 24 человека (32%), крэк употребляли 4 человека (5,3%). Данных об употреблении других психостимуляторов (таких как кокаин) не было.

У пациентов основной группы пусковым моментом в развитии психотического расстройства были либо большая продолжительность очередного цикла наркотизации, либо особенно высокие дозы принятого ПАВ. В случаях приема амфетамина и его производных психозы чаще развивались при установленном приеме употребления. В случае употребления синтетических катинонов психоз мог развиваться при эпизодических или даже единичных употреблениях. Все психозы в рассматриваемой выборке были отнесены нами к тем, которые развиваются в интоксикации (психозы, развившиеся спустя более 48 часов после употребления ПАВ, к рассмотрению не принимались, так как в таком случае невозможно было установить причинно-следственную связь между употреблением ПАВ и развитием психоза).

В клинической картине психоза наиболее ярко у пациентов двух групп были выражены: возбуждение, напряженность, измененное поведение, галлюцинации, бредовые идеи, расстройства мышления (общая дезорганизация мышления, связанная с галлюцинаторной и бредовой симптоматикой). Перечисленные расстройства характерны для обострения психоза любой этиологии – как экзогенного, так и эндогенного происхождения.

В основной группе более выражены были: тревожность, подозрительность, враждебность, агрессивность, отказ от сотрудничества, особенно в первые дни развития

Таблица 2
Показатели формирования наркологического заболевания у пациентов основной группы
Table 2
Indicators of the formation of drug addiction in patients of the main group

Категория	Показатель	Абс.	%	ДИ
Возраст первой пробы ПАВ	14–16	60	80,0	69,2–88,4
	16–18	15	20,0	11,6–30,8
Первое ПАВ	Каннабис	45	60,0	48,0–71,1
	Алкоголь	17	22,7	13,8–33,8
	Стимуляторы	13	17,3	9,6–27,8
Длительность поискового периода	До 6–8 мес.	47	62,7	50,7–73,6
	Не определяется	28	37,3	26,4–49,3

психоза. Пациенты зачастую негативно относились к беседе с доктором, были мало контактны, отказывались от сотрудничества, замыкаясь в себе.

В контрольной группе более выражены были: манерность, принятие определенных поз, концептуальная дезорганизация мышления (разорванность, неадекватность, непоследовательность, бессвязность, обрывки мыслей, необычные ассоциации), эмоциональная отгороженность.

По выраженности проявлений психозы у пациентов основной и контрольной групп достоверно не различались, однако по клиническим проявлениям выявлялись различия между собственно шизофреническим психозом и ПАВ-индуцированным психозом (табл. 3).

В продромальном периоде и на начальных этапах развития психоза у пациентов основной группы (82,7%) по сравнению с пациентами контрольной группы (21,7%) достоверно чаще наблюдались иллюзии – зрительные и вербальные ($p < 0,001$), ОШ=17,222, различия шансов статистически значимые (95% ДИ: 7,787–38,088). На всем протяжении развития психоза преобладала аффективная симптоматика. Аффективные нарушения в основной группе (в 46,7% случаев) сопровождали психоз чаще в сравнении с группой контроля (22,9%), различия шансов были статистически значимыми (ОШ=2,947; 95% ДИ: 1,487–5,842). На фоне аффекта страха, тревоги, бессонницы появлялись истинные зрительные, тактильные, вербальные галлюцинации. В основной группе (66,7%) по сравнению с контролем галлюцинации достоверно чаще были истинными (41%, $p = 0,001$), ОШ=2,882, различия шансов были статистически значимыми (95% ДИ: 1,505–5,519). В основной группе истинные зрительные и тактильные галлюцинации встречались достоверно чаще, чем в контрольной (45,3% против 27,7%, $p = 0,021$), ОШ=2,163 (95% ДИ: 1,116–4,192). При дальнейшем развитии психоза

Таблица 3
Различия в частоте встречаемости психопатологических расстройств в группах
Table 3

Differences in the frequency of psychopathological disorders in the groups

Психопатологические феномены	Контрольная группа, абс. (%)	Основная группа, абс. (%)	p	Отношение шансов (ОШ)	Доверительный интервал (ДИ)
Иллюзии зрительные и вербальные	18 (21,7)	62 (82,7)	0,001*	17,222	7,787–38,088
Аффективные нарушения	19 (22,9)	35 (46,7)	0,002*	2,947	1,487–5,842
Галлюцинации истинные	34 (41,0)	50 (66,7)	0,001*	2,882	1,505–5,519
Галлюцинации зрительные и тактильные	23 (27,7)	34 (45,3)	0,021*	2,163	1,116–4,192
Псевдогаллюцинации	82 (98,8)	39 (52,0)	<0,001*	0,013	0,002–0,100
Бред преследования	64 (77,1)	64 (85,3)	0,385*	1,73	0,644–3,111
Бред парафренный	31 (37,3)	9 (12,0)	<0,001*	0,229	0,100–0,523
Агрессия	39 (47,0)	50 (66,7)	0,013*	2,256	1,184–4,302
Кататония	49 (59,0)	20 (26,7)	< 0,001*	0,252	0,129–0,459
Онейроид	10 (12,0)	3 (4,0)	0,084**	0,304	0,080–1,151
Делирий	0 (0,0)	23 (30,7)	< 0,001*	74,75***	4,445–1257,038
Сумеречное помрачение сознания	0 (0,0)	5 (6,7)	0,022*	13,03***	0,708–239,725

Примечания: * используемый метод – хи-квадрат Пирсона; ** используемый метод – точный критерий Фишера; *** используемый метод – поправка Холдена.

у части пациентов развивались псевдогаллюцинации. Псевдогаллюцинации в основной группе (52%) были реже, чем в контрольной (98,8%). Шансы развития псевдогаллюцинаций в основной группе были ниже в 75,692 раза, по сравнению с группой контроля ($OШ=0,013$; 95% ДИ: 0,002–0,100). Развитие бреда было одинаково характерно для пациентов основной и контрольной групп. Для пациентов основной группы патогномоничным являлось развитие бреда преследования. У пациентов контрольной группы по содержанию бред был более разнообразным: кроме бреда преследования еще был бред отношения, воздействия, величия, реформаторства и религиозных переживаний. Бред преследования в основной группе встречался в 1,73 раза чаще в сравнении с группой контроля, однако различия шансов не были статистически значимыми ($OШ=1,73$; 95% ДИ: 0,644–3,111). Парафренный бред в основной группе (12%) встречался в 4,372 раза реже в сравнении с группой контроля (37,3%), различия шансов были статистически значимыми ($OШ=0,229$; 95% ДИ: 0,100–0,523). Для части пациентов было характерно краткосрочное возбуждение, для другой части – краткосрочные кататонические расстройства по типу застывания в одной позе. Агрессия чаще встречалась в структуре психозов у пациентов основной группы (66,7%) в сравнении с группой контроля (47%), различия шансов были статистически значимыми (95% ДИ: 1,184–4,302). Кататония наблюдалась в основной группе (26,7%) реже в 3,963 раза в сравнении с группой контроля (59%), различия шансов были статистически значимыми ($OШ=0,252$; 95% ДИ: 0,129–0,495). В основной группе онейроид встречался в 4% случаев, в группе контроля – 12%, при этом различия шансов не были статистически значимыми ($OШ=0,304$; 95% ДИ: 0,080–1,151). В целом такая форма психотических расстройств встречалась одинаково редко в двух группах. Длительность психозов составляла в большинстве случаев 2,5–4 недели за счет сохранения бредовых переживаний. Выход из психоза литический. По длительности психотических расстройств различий между группами не было.

По медицинской документации и анамнестическим сведениям было выявлено, что экзогенные варианты психозов развивались у 1/3 пациентов, единожды, как правило, в начале употребления ПАВ. При продолжении употребления ПАВ психозы уже приобретали эндогенную структуру. Психоз по типу делирия перенесли 23 человека (30,7%) из основной группы. Тяжесть делирия – средняя. Длительность делирия, особенно при проведении соответствующего лечения, небольшая – до 3–5 дней. В группе контроля психозов делириозной структуры не наблюдалось. Делирий у пациентов основной группы развивался в 74,752 раза чаще, в сравнении с группой контроля, различия шансов были статистически значимыми ($OШ=74,75$; 95% ДИ: 4,445–1257,038).

Еще у 5 человек основной группы (6,7%) на фоне употребления ПАВ наблюдалось сумеречное помрачение сознания. В группе контроля психозов такой структуры не наблюдалось ($p=0,022$). Сумеречное помрачение сознания в основной группе развивалось в 13,028 раза чаще, чем в группе контроля, различия шансов не были статистически значимыми (95% ДИ: 0,708–239,725).

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выделены характерные и нехарактерные черты ПАВ-индуцированных психозов, обусловленных приемом психостимуляторов, у пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра.

Чаще всего развитие психотических расстройств связано с употреблением синтетических катинонов (62,7%). В таких случаях психозы развиваются при эпизодических или единичных употреблениях. В случаях приема амфетамина и его производных (38,3%) психозы развиваются при установленном паттерне употребления. Развитие психоза связано с состоянием острой интоксикации. По выраженности психопатологических проявлений психозы имеют тяжелое течение, не отличаются от собственно шизофренических.

Из психопатологических проявлений достоверно чаще при таких психозах встречаются: зрительные и вербальные иллюзии, аффективные нарушения – страх и тревога, истинные зрительные и тактильные галлюцинации, агрессия, бред преследования. Бред имеет узкую фабулу. Достоверно реже встречаются: псевдогаллюцинации, другие виды бреда, кроме бреда преследования, парафренный бред, кататония, онейроид.

У пациентов с расстройствами шизофренического спектра при употреблении ПАВ возможно развитие психозов экзогенной структуры (делирий, сумерки). Проведенное исследование показало, что психозы такой структуры развивались у 1/3 пациентов, единожды, как правило, в начале употребления ПАВ. При продолжении употребления ПАВ психозы приобретали эндогенную структуру.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Täschner K., Zur K.L. Psychopathologie und Differenzialdiagnos sogena Cannabispsychosen. *Fortschritt Neurologie und Psychiatrie*. 1983;51:235–248.
2. Hermle L., Spitzer M., Borchardt D., Gouzoulis E. Beziehungen der Modell- bzw. Drogenpsychosen zu schizophrenen Erkrankungen. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*. 1992;60(10):383–392. doi: 10.1055/s-2007-1000662
3. Iwanami A., Sugiyama A., Kuroki N., et al. Patients with methamphetamine psychosis admitted to a psychiatric hospital in Japan: A preliminary report. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;89(6):428–432. doi: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb01541.x
4. Brunette M.F., Mueser K.T., Babbins S., et al. Demographic and clinical correlates of substance use disorders in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*. 2018;194:4–12. doi: 10.1016/j.schres.2017.06.039
5. Afanas'eva N., Berezovskaya M., Korobitsina T., Pichugina YU., Sergienko N. Clinical and dynamic features of intoxication psychoses caused by the use of modern synthetic psychoactive substances. *Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology*. 2017;3(96):78–83. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-78-83
6. Vinnikova M., Skryabin V. Clinical variants of psychoses in patients using synthetic cannabinoids (Spice). *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2020;120(8):23–26. doi: 10.17116/jnevro202012008123
7. Kinkul'kina M., Vinnikova M., Severtsev V. Psychotic disorders associated with the use of synthetic cathinones (analytical review). *Narcology*. 2021;20(7):52–60. doi: https://doi.org/10.25557/1682-8313.2021.07.52-60
8. Dubatova I., Stoyakin I., Karnaukh K., Safronenko A. Structural and dynamic analysis of clinical manifestations and features of therapy of psychotic disorders in users of "designer" drugs. *Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology*. 2018;1(98):36–41. doi: 10.26617/1810-3111-2018-1(98)-36-41
9. Müller H.H., Kornhuber J., Sperling W. The behavioral profile of spice and synthetic cannabinoids in humans. *Brain Research Bulletin*. 2016;126:3–7. doi: 10.1016/j.brainresbull.2015.10.013
10. Papanti D., Schifano F., Botteon G., et al. "Spiceophrenia": a systematic overview of "Spice"-related psychopathological issues and a case report. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. 2013;28(4):379–389. doi: 10.1002/hup.2312
11. Dubatova I., Stoyakin I., Karnaukh K., Safronenko A. Analysis of clinical manifestations and features of therapy of psychotic disorders in users of designer drugs. *Chief physician of the South of Russia*. 2018;59(1):52–56.
12. Rakitin S., Usov G. Typology of psychotic disorders that have developed against the background of the use of modern synthetic psychoactive substances. *Psychiatry and psychopharmacotherapy*. 2020;52(2):31–36.
13. Rognli E.B., Berge J., Håkansson A., Bramness J.G. Long-term risk factors for substance-induced and primary psychosis after release from prison. A longitudinal study of substance users. *Schizophrenia research*. 2015;168(1–2):185–190. doi: 10.1016/J.SCHRES.2015.08.032
14. Fedotov I., Kvatron D., Shustov D. Substance-induced psychosis and schizophrenia: points of contact. *Russian Medical and Biological Bulletin named after academician I.P. Pavlov*. 2020;28(4):593–604. doi: 10.23888/PAVLOVJ2020284593-604
15. Shamrei V., Markov A., Kurasov E., Kolchev A. Phenomenological features of psychotic disorders in synthetic cathinone users. *Social and clinical psychiatry*. 2022;32(1):109.
16. Cherro M., Jatchavala C., Handuleh Dj.I.M., et al. 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: 10.23888/PAVLOVJ2021291171-176
17. Bykov I., Lyubchenko D., Popov K., Stolyarova A., Popova M., Tsybalov O., Esaulenko E. Analysis of the content of protein markers in the blood plasma of patients with drug dependence syndrome: an observational clinical study. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2023;30(2):25–34. Available at: <https://doi.org/10.25207/1608-6228-2023-30-2-25-34>
18. Ham S., Kim T.K., Chung S., Im H.J. Drug Abuse and Psychosis: New Insights into Drug-induced Psychosis. *Experimental Neurobiology*. 2017;26(1):11–24. doi: 10.5607/en.2017.26.1.1



Адаскевич В.П.¹ ✉, Клеблеева Г.Д.², Кирпиченко А.А.¹, Пушкарская А.К.¹

¹ Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, Витебск, Беларусь

² Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Психодерматология: информированность, понимание, практическое применение и мнение дерматологов в Беларуси и Узбекистане

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Адакевич В.П. – существенный вклад в замысел и дизайн исследования, критический пересмотр статьи с точки зрения значимого интеллектуального содержания, подготовка статьи; Клеблеева Г.Д. – сбор данных, анализ и интерпретация данных; Кирпиченко А.А. – анализ и интерпретация данных, критический пересмотр статьи с точки зрения значимого интеллектуального содержания; Пушкарская А.А. – сбор данных.

Финансирование: исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Подана: 04.12.2025

Принята: 23.03.2026

Контакты: dermatology@vsmu.by

Резюме

Введение. Психодерматология – это специальность, которая сочетает психиатрию и дерматологию. Кожа и центральная нервная система связаны через их общее эмбриональное происхождение – эктодерму. У них также есть общие нейромодуляторы, пептиды и биохимические системы внутренней информации. Психиатрия больше сосредоточена на внутренних невидимых симптомах, а дерматология – на внешних видимых признаках. Эта связь между кожными заболеваниями и психикой, к сожалению, недооценивается. Несмотря на распространенность различных психодерматологических заболеваний, многие пациенты нередко остаются недостаточно диагностированными или недолеченными по ряду причин, таких как отсутствие стандартизированных психодерматологических услуг, необходимость обучения и образования в этой области среди дерматологов и готовность пациента обращаться за психиатрической помощью.

Цель. Оценка осведомленности белорусских и узбекских дерматологов, моделей их практики и отношения к психодерматологии.

Материалы и методы. Проведено исследование осведомленности дерматологов в психодерматологии на основе анонимных анкет с участием 102 дерматологов из Беларуси и Узбекистана. Анкета состояла из 2 блоков: первый включал демографические данные, второй – вопросы, связанные с психодерматологией. Цифровые данные обрабатывали статистически с использованием пакета Microsoft Office на базе ОС Windows 10. Для проверки распределения на нормальность использовали критерий χ^2 Пирсона, для сравнения выборок – t-критерий Стьюдента для независимых выборок. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Психодерматологию как двунаправленное взаимодействие психических и дерматологических состояний пациента понимали 53,9% респондентов.

Самыми частыми заболеваниями, протекающими с вовлечением психоэмоциональной сферы, были названы акне, алопеция, витилиго, псориаз и атопический дерматит. 42,3% белорусских дерматологов отмечают, что чувствуют себя «немного некомфортно» при общении с пациентами, имеющими психодерматологические патологии, а 37,7% врачей только 1 раз в год отправляют таких пациентов к психотерапевту. Нейтральный уровень коммуникации и редкое направление к психотерапевту отметили 40% узбекских дерматологов. Самыми частыми диагнозами при направлении к психотерапевту были названы патомимия, трихотилломания, дерматозойный бред. Не смогли назвать ни одного ресурса (журнала, веб-сайта, общества) для пациентов и их семей, где была бы доступна информация о психодерматологии, 67,3% белорусских и 92% узбекских респондентов. Однако 76,9% белорусских и 50% узбекских дерматологов проявили интерес к посещению обучающих мероприятий по психодерматологии.

Заключение. Результаты нашего исследования показывают, что белорусские и узбекские дерматологи хорошо осведомлены о термине «психодерматология», но только незначительная часть практикующих врачей чувствует себя достаточно подготовленной для лечения пациентов с психосоматическими аспектами. Относительно значительный разрыв между количеством пациентов с психодерматологическим компонентом и направлениями дерматологов к специалистам по психическому здоровью указывает на потенциальную важность более интенсивного сотрудничества между дерматологами, психиатрами, психологами.

Ключевые слова: психодерматология, психические расстройства с дерматологическими заболеваниями, мультидисциплинарный подход

Adaskevich U.¹ ✉, Klebleeva G.², Kirpichenka A.¹, Pushkarskaya A.¹

¹ Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Vitebsk, Belarus

² Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Psychodermatology: Awareness, Knowledge, Practice Patterns, and Attitudes of Dermatologists in Belarus and Uzbekistan

Conflict of interest: nothing to declare.

Author's contribution: Adaskevich U. – significant contribution to the idea and design of the study, critical revision of the article in terms of significant intellectual content, preparation of the article; Klebleeva G. – data collection, analysis and interpretation of data; Kirpichenka A. – analysis and interpretation of data, critical revision of the article in terms of significant intellectual content; Pushkarskaya A. – data collection.

Funding: the study was conducted without sponsorship.

Submitted: 04.12.2025

Accepted: 23.03.2026

Contacts: dermatology@vsmu.by

Abstract

Introduction. Psychodermatology is a specialty that includes a combination of psychiatry and dermatology. The skin and the central nervous system are interconnected through their common embryonic origin, the ectoderm. They also share common

neuromodulators, peptides, and biochemical internal information systems. Psychiatry focuses more on internal invisible symptoms, while dermatology focuses on external visible signs. Unfortunately, this interconnection between skin diseases and the psyche is underestimated. Despite the prevalence of various psychodermatological diseases, many patients often remain underdiagnosed or untreated for a number of reasons, such as the lack of standardized psychodermatology services, the need for training and education in this field among dermatologists, and the patients' unwillingness to seek psychiatric help.

Purpose. The purpose of this study is to assess the awareness of dermatologists from Belarus and Uzbekistan, their practice patterns and attitudes towards psychodermatology.

Materials and methods. The study of dermatologists' awareness of psychodermatology was carried out basing on unnamed questionnaires with the participation of 102 dermatologists from Belarus and Uzbekistan. The questionnaire consisted of two blocks: the first block included demographic data, the second block – questions related to psychodermatology. The digital data were statistically processed using the Microsoft Office suite based on OC Windows 10. Pearson's X-squared criterion was employed to check the distribution for normality, and Student's t-test for independent samples was applied to compare samples. The differences were considered statistically significant at $p < 0.05$.

Results. Psychodermatology was understood by 53.9% of the respondents as a bidirectional interaction of mental and dermatological conditions of the patient. The most common diseases involving the psychoemotional sphere were acne, alopecia, vitiligo, psoriasis and atopic dermatitis. 42.3% of Belarusian dermatologists say they feel "a little uncomfortable" when dealing with patients with psychodermatological pathologies, and only 37.7% of doctors send such patients to a psychotherapist only once a year. A neutral level of communication and a rare referral to a psychotherapist were noted by 40% of Uzbek dermatologists. The most common diagnoses when referring to a psychotherapist were pathomimia, trichotillomania, dermatozoal delirium. 67.3% of Belarusian and 92% of Uzbek respondents could not name a single resource (magazine, website, society) for patients and their families where information about psychodermatology was available. However, 76.9% of Belarusian and 50% of Uzbek dermatologists expressed interest in attending psychodermatology training events.

Conclusion. The results of our study show that Belarusian and Uzbek dermatologists are well aware of the term "psychodermatology", but only a small part of practitioners feel sufficiently prepared to treat patients with psychosomatic aspects. The relatively significant gap between the number of patients with a psychodermatology component and the referrals of dermatologists to mental health specialists indicates the potential importance of more intensive cooperation between dermatologists, psychiatrists, and psychologists.

Keywords: psychodermatology, mental disorders with dermatological disorders, multidisciplinary approach

■ ВВЕДЕНИЕ

Психодерматология – междисциплинарная часть медицины, изучающая взаимосвязь между психическими факторами или заболеваниями и дерматологическими проявлениями и/или заболеваниями [1–6]. Возникновение, сохранение и ухудшение

различных кожных заболеваний в значительной степени зависят от психологических факторов, при этом все больше доказательств указывает на глубокое влияние кожных заболеваний на психическое и эмоциональное благополучие и качество жизни пациентов и/или лиц, осуществляющих уход за ними [7–12]. Исследования показали, что около 30–60% дерматологических пациентов имеют психологические или психиатрические проблемы [1, 3, 13–16]; 85% пациентов отмечают важную роль психологических аспектов в ходе своего заболевания [17], а 98% отмечают, что их состояние влияет на эмоциональное и психологическое благополучие [6, 18]. Пациенты с хроническими кожными заболеваниями испытывают снижение качества жизни и широкий спектр проблем с психическим здоровьем, начиная от плохого настроения, тревожности и депрессии и заканчивая суицидальными мыслями и психозами [9, 10, 12, 16, 19–22]. Долгосрочные дерматологические заболевания также могут повлиять на важные решения, меняющие жизнь, такие как брак, развод, рождение детей, образование и другие [6]. Кожа и нервная система тесно переплетены в эмбриогенезе, поскольку обе происходят из эктодермы, а многочисленные нейроэндокринно-иммунологические взаимодействия связывают эти две системы органов [1–3, 14, 25, 26].

Несмотря на распространенность различных психодерматологических заболеваний, многие пациенты часто остаются недостаточно диагностированными или недолеченными по ряду причин, таких как отсутствие единообразно разработанных психодерматологических услуг, необходимость обучения и образования в этой области среди дерматологов и неготовность пациента обращаться за психиатрической помощью [1, 3, 6, 27–29].

За последнее десятилетие было проведено множество исследований в разных странах мира, таких как Албания, Беларусь, Великобритания, Венгрия, Египет, Индия, Казахстан, Канада, Марокко, Объединенные Арабские Эмираты, США, Турция, Украина [1, 5, 13, 27, 29–37], с целью изучения современных знаний о психодерматологии и понимания значимости этой дисциплины.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка осведомленности белорусских и узбекских дерматологов, моделей их практики и отношения к психодерматологии.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ осведомленности дерматологов в психодерматологии. В период с февраля по ноябрь 2024 года были предложены анонимные анкеты 102 дерматологам (52 – из Беларуси, 50 – из Узбекистана). Анкеты на английском языке были разработаны первым автором нашей предыдущей статьи и переведены на русский язык соавторами [1, 13]. Анкета использовалась в различных подобных исследованиях во многих странах Европы, Америки, Азии [5, 13, 29–35]. В нашем исследовании анкета была переведена на узбекский язык и адаптирована для него вторым соавтором – носителем узбекского языка.

Анкета состояла из 2 блоков. Первый блок включал демографические данные (возраст, пол, квалификация, стаж и тип практики). Второй блок включал вопросы, связанные с психодерматологией. Два из них были открытыми, в них мы просили врачей записать свои представления о том, что такое психодерматология, и назвать источники информации (сайты, книги) по психодерматологии, которые могут быть

полезны пациентам или их семьям. Остальные вопросы были в форме предложений с возможностью выбора одного или нескольких ответов (в зависимости от вопроса). Вопросы касались уровня комфорта участников в лечении пациентов с психологическим компонентом, количества таких пациентов и частоты направления к психиатрам/психологам. Врачей также спрашивали о количестве и часах обучения по психодерматологии и об их интересе и готовности участвовать в мероприятиях по улучшению своих навыков в этой области.

Цифровые данные обрабатывали статистически с использованием пакета Microsoft Office на базе ОС Windows 10. Для проверки распределения на нормальность использовали критерий «хи-квадрат Пирсона», для сравнения выборок применяли t-критерий Стьюдента для независимых выборок. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

На анкеты ответили 52 врача-дерматолога из Беларуси. Женщин было больше, чем мужчин: 40 (77%) по сравнению с 12 (23%). Город был основным местом практической работы врачей – 50 (96%). На анкету ответили 2 (3,8%) доктора медицинских наук, 7 (13,6%) кандидатов медицинских наук, 2 (3,8%) магистра, 2 (3,8%) интерна, 39 (75%) врачей-дерматологов практического здравоохранения. Большинство врачей окончили медицинский университет 25 лет назад – 27 (51,93%), а работают по специальности свыше 10 лет 33 (63,5%) дерматолога. В поликлиническом отделении кожно-венерологических диспансеров работают 29 (46%) врачей, в стационарном отделении – 13 (20,6%) дерматологов, в кабинетах городских или районных поликлиник – 11 (17,5%) врачей, в университетской клинике – 8 (12,7%) преподавателей-дерматовенерологов, в частных медицинских центрах – 2 (3,2%) врача. Некоторые практические дерматологи и сотрудники кафедры сочетают основную работу и консультативную в университетской клинике или в медицинском центре.

В Узбекистане на анонимную анкету ответили 50 дерматологов: женщин – 21 (42%), мужчин – 29 (58%). Преобладали возрастные группы 31–40 лет и до 30 лет (соответственно 17 (34%) и 12 (24%) врачей). Основное место работы дерматологов было в городе – 33 (66%) и в пригороде – 12 (24%) врачей. Дерматологи практического здравоохранения составили большинство – 37 (74%); магистров было 10 (20%), кандидатов наук – 2 (4%), докторов медицинских наук – 1 (2%). Медицинские университеты окончили 15 (30%) дерматологов более 25 лет назад, 13 (26%) врачей – 5 лет назад, 10 (20%) врачей – 15–20 лет назад. В клинике университета работают 20 (40%) дерматологов, в поликлинике кожно-венерологического диспансера – 10 (20%) врачей, в стационаре и частном медицинском центре по 8 (16%) дерматологов. Продолжительность практики свыше 10 лет отметил 21 (42%) дерматолог, стаж до 5 лет работы имели 16 (32%) врачей, от 6 до 10 лет – 13 (26%) дерматологов.

55 дерматологов (53,9%) смогли дать определение психодерматологии (полное или частичное), 19 (18,6%) воздержались от ответа. 65,4% опрошенных врачей в Беларуси и 26% в Узбекистане принимают более 30 пациентов в неделю. В Беларуси 56,9% дерматологов и 34% врачей в Узбекистане отмечают, что часто сталкиваются с психодерматологией в своей практике. У 38% дерматологов в Узбекистане и у 26,5% в Беларуси на долю психокожных заболеваний приходится 10–25% случаев в практике (табл. 1).

Таблица 1
Модель практической работы дерматологов
Table 1
Practice patterns of dermatologists

Показатели	Беларусь	Узбекистан	t-критерий	P
	Число респон- дентов / про- цент респон- дентов	Число респон- дентов / процент респондентов		
Как часто вы сталкиваетесь с психодерматологией?				
– Часто	29 (56,9)	17 (34)	2,37	<0,05
– Иногда	20 (39,2)	12 (24)	1,67	>0,05
– Случайно	2 (3,9)	6 (12)	1,51	>0,05
– Совсем нет	0	15 (30)	4,63	<0,05
Сколько всего пациентов в неделю вы принимаете?				
– <10	6 (11,5)	9 (18)	0,92	>0,05
– 10–20	9 (17,3)	16 (32)	1,74	>0,05
– 21–30	3 (5,8)	12 (24)	2,66	<0,05
– >30	34 (65,4)	13 (26)	4,35	<0,05
Какой процент пациентов с психокож- ной патологией встречается в вашей практике?				
– <10%	24 (49)	18 (36)	1,32	>0,05
– 10–25%	13 (26,5)	19 (38)	1,23	>0,05
– 26–50%	9 (18,4)	8 (16)	0,31	>0,05
– >50%	3 (6,1)	5 (10)	0,71	>0,05

Самыми частыми заболеваниями, протекающими с вовлечением психоэмоциональной сферы, были названы акне, алопеция, витилиго, псориаз и атопический дерматит (табл. 2). В Беларуси 34,6% опрошенных дерматологов консультируют ежемесячно более 10 пациентов с акне и 32,7% – с алопецией. В Узбекистане 22% дерматологов консультируют более 10 пациентов с витилиго ежемесячно, а с псориазом и атопическим дерматитом – по 20% опрошенных врачей.

Таблица 2
Количество пациентов, наблюдаемых ежемесячно, у которых есть психологический компонент или симптомы, связанные со следующим заболеванием кожи
Table 2
The number of patients observed monthly who have a psychological component or symptoms related to the following skin diseases

Заболевания	Беларусь				Узбекистан			
	0–5, n (%)	5–10, n (%)	>10, n (%)	Воздер- жались от ответа	0–5, n (%)	5–10, n (%)	>10, n (%)	Воздер- жались от ответа
Псориаз	22 (42,3)	11 (21,2)	16 (30,8)	3 (5,8)	26 (52)	7 (14)	10 (20)	7 (14)
Атопический дерматит	19 (36,5)	16 (30,8)	13 (25)	4 (7,7)	16 (32)	6 (12)	1 (2)	27 (54)
Акне	19 (36,5)	11 (21,2)	18 (34,6)	4 (7,7)	14 (28)	6 (12)	10 (20)	20 (40)
Витилиго	31 (59,6)	6 (11,5)	8 (15,4)	7 (13,5)	17 (34)	9 (18)	11 (22)	13 (26)
Алопеция	23 (44,2)	7 (13,5)	17 (32,7)	5 (9,6)	10 (20)	12 (24)	5 (10)	23 (46)
Гипергидроз	28 (53,8)	9 (17,5)	7 (13,5)	8 (15,4)	15 (30)	6 (12)	1 (2)	28 (56)

42,3% белорусских дерматологов отмечают, что чувствуют себя «немного некомфортно» при общении с пациентами с психодерматологическими патологиями, а 37,7% врачей только 1 раз в год отправляют таких пациентов к психотерапевту. Нейтральный уровень коммуникации и редкое направление к психотерапевту отметили 40% узбекских дерматологов. Самыми частыми диагнозами, указываемыми при направлении к психотерапевту, были названы патомимия и дерматозойный бред – 28,6% и 11,29% соответственно белорусскими и узбекскими дерматологами (табл. 3).

30,8% участников опроса из Беларуси и 16% из Узбекистана присутствовали на более чем одном учебном мероприятии об ассоциации между кожным заболеванием и психическим здоровьем за период обучения (интернатура, специализация,

Таблица 3
Уровень коммуникации с пациентами психодерматологического профиля, диагноз и частота направления к психотерапевту
Table 3
The level of communication with patients of a psychodermatological profile, diagnosis and frequency of referral to a psychotherapist

Показатели	Беларусь, n (%)	Узбекистан, n (%)
Каков уровень легкости коммуникации при лечении пациентов вышеуказанного типа?		
– Очень легко	0	4 (8)
– Отчасти легко	5 (9,6)	15 (30)
– Нейтрально	18 (34,6)	20 (40)
– Немного некомфортно	22 (42,3)	7 (14)
– Очень некомфортно	7 (13,5)	4 (8)
Как часто вы направляете таких пациентов к психотерапевту?		
– 1 раз в неделю или чаще	10 (19,2)	8 (16)
– 1 раз в месяц	7 (13,5)	3 (6)
– 1 раз в год	17 (32,7)	5 (10)
– Редко	14 (26,9)	20 (40)
– Никогда	4 (7,7)	14 (28)
Если вы направляли пациентов к психотерапевту, какой диагноз вы указывали?		
– Патомимия	20 (28,6)	0
– Дисморфобия	5 (7,1)	0
– Астенический синдром	2 (2,9)	0
– Депрессивное состояние	1 (1,4)	1 (1,61)
– Трихотилломания	9 (12,9)	4 (6,45)
– Артифициальный дерматит	6 (8,6)	2 (3,23)
– Экскориированное акне	1 (1,4)	2 (3,23)
– Дерматозойный бред	7 (10)	7 (11,29)
– Псориаз	4 (5,7)	3 (4,84)
– Атопический дерматит	1 (1,4)	1 (1,61)
– Витилиго	1 (1,4)	6 (9,68)
– Алопеция	1 (1,4)	4 (6,45)
– Онихофагия	2 (2,9)	1 (1,61)
– Простой хронический лишай	2 (2,9)	1 (1,61)
– Соматоформное расстройство	1 (1,4)	0
– Невротические эксориации	1 (1,4)	1 (1,61)
– Неврастения	1 (1,4)	0
– Основной диагноз	3 (4,3)	23 (37,10)
– Расстройство адаптации	1 (1,4)	1 (1,61)
– Депрессия	1 (1,4)	5 (8,06)

Таблица 4
Участие и заинтересованность в мероприятиях по психодерматологии
Table 4
Participation and interest in psychodermatology events

Показатели	Беларусь, n (%)	Узбекистан, n (%)
Какое количество учебных мероприятий (лекций/бесед, семинаров) об ассоциации между кожным заболеванием и психическим здоровьем было у вас во время периода обучения (интернатура / специализация / аттестационный цикл)?		
– Я присутствовал(-а) на более чем одном официальном мероприятии	16 (30,8)	8 (16)
– Одно учебное мероприятие	20 (38,4)	6 (12)
– Ни одного учебного мероприятия	16 (30,8)	36 (72)
Осведомленность об интернет-ресурсах, обществах		
– Да	17 (32,7)	4 (8)
– Нет	35 (67,3)	46 (92)
Заинтересованы ли вы в участии в отечественных и зарубежных мероприятиях (симпозиумах, семинарах, конференциях) по психодерматологии?		
– Да	40 (76,9)	25 (50)
– Возможно	7 (13,5)	20 (40)
– Нет	4 (7,7)	5 (10)
Выберите тематику (один пункт или более):		
– Трихотилломания	35 (67,3)	16 (32)
– Дисморфофобия	26 (50)	14 (28)
– Дерматозойный бред	36 (69,2)	13 (26)
– Патомимия	37 (71,2)	21 (42)
– Тревожность вторичная по отношению к кожному заболеванию	29 (55,8)	13 (26)
– Депрессия / Коррекция расстройств вследствие кожных заболеваний	29 (55,8)	28 (56)
– Другое	1 (0,2)	11 (22)
– Мне не знакомы вышеуказанные состояния	1 (0,2)	5 (10)

аттестационный цикл). Ни одного мероприятия не посетили 72% узбекских и 30,8% белорусских дерматологов (табл. 4).

Свою заинтересованность в участии в мероприятиях (симпозиумах, семинарах, конференциях), посвященных психодерматологии, отметили 76,9% белорусских и 50% узбекских дерматологов. Предпочтение было отдано следующим темам: «дерматозойный бред», «патомимия», «трихотилломания», «депрессия / коррекция расстройств вследствие кожных заболеваний», «тревожность вторичная по отношению к кожному заболеванию» (табл. 4).

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Насколько нам известно, это второе сравнительное исследование такого рода, оценивающее знания дерматологов, практические модели, осведомленность и интерес к непрерывному медицинскому образованию в области психодерматологии в Узбекистане и Беларуси; ранее такое исследование проводилось в Украине и Беларуси [13]. Все подобные исследования проводились в Азии, Америке, частично в Африке и Восточной Европе (Венгрия) [1, 5, 13, 16, 27, 29–37].

Наиболее распространенными кожными заболеваниями с психологическими компонентами в Беларуси были акне, алопеция, псориаз (34,6%, 32,7%, 30,8% респондентов опроса имели более 10 пациентов ежемесячно с этими диагнозами

соответственно). В Узбекистане на первом месте стоят пациенты с психологическими симптомами и с витилиго (22%), затем следуют акне и псориаз с психическими проявлениями (по 20%). Общая распространенность тревожности среди пациентов с витилиго во всем мире сопоставима с таковой при других тяжелых кожных заболеваниях, а в Узбекистане данная проблема является одной из актуальных [38]. В Турции, Иране, Казахстане и Египте акне было наиболее упоминаемым дерматологическим заболеванием с психиатрическим проявлением, за ним следовали псориаз, гнездная алопеция и другие дерматозы [29, 30, 32, 35]. Наиболее распространенные дерматозы с сопутствующим психиатрическим компонентом во многих исследованиях были схожи в разных странах. Сравнительные результаты из Беларуси, США, Казахстана, Турции, Ирана, Египта, Албании и стран Ближнего Востока указывают, что акне, вероятно, входит в число основных дерматозов во всех вышеупомянутых странах [1, 5, 29–33, 35]. Однако в узбекском опросе и венгерском исследовании этот диагноз является вторым и третьим по частоте (после витилиго, а также псориаза и атопического дерматита соответственно). В нашем и других исследованиях самыми распространенными диагнозами, кроме акне, были указаны псориаз, атопический дерматит и алопеция [5, 13, 16, 27, 34, 36, 37].

Осведомленность белорусских и узбекских дерматологов (53,9%) по поводу определения термина «психодерматология» относительно высока по сравнению с другими странами и значительно повысилась относительно предыдущего опроса в Восточной Европе [13]. Вероятно, данный факт указывает на то, что в медицинском сообществе указанных стран растет понимание важной роли психодерматологии. Это может положительно повлиять на качество лечения пациентов с психодерматологическими проблемами. Для сравнения, психодерматологию правильно интерпретировали 60,4% респондентов в Египте, 48% – в Венгрии, 33% – на Ближнем Востоке, 32–33% – в Турции, 31,1% – в Индии и только 10%, 16,2% дерматологов в Албании и США соответственно, ни один из опрошенных не сделал этого в Казахстане [1, 5, 13, 29–33, 36].

Осведомленность дерматологов о степени психологического компонента у пациентов с кожными заболеваниями в разных странах разнообразна и контрастна. В настоящем исследовании 49% белорусских дерматологов и 36% узбекских дерматологов сообщают, что менее 10% пациентов имеют психологический компонент дерматоза, в то же время 26,5% и 38% респондентов соответственно считают, что он находится в диапазоне 10–25%, а еще 18,4% и 16% дерматологов утверждают, что он превышает 25%. Похожие данные были получены в венгерском исследовании: около трети дерматологов считают, что менее 10% пациентов имеют психологический компонент, связанный с кожным заболеванием, столько же считают, что он находится в диапазоне 10–25%, а еще треть считает, что он превышает 25% [5]. В Соединенных Штатах только 5,8% дерматологов считают, что более 25% их пациентов имеют психодерматологический компонент, тогда как в Турции этот показатель составляет 43,4% [1, 32]. В Индии и Китае 46,7% и 57% дерматологов соответственно считают, что менее 10% их пациентов имеют психокожные проявления [34, 36].

Белорусские и узбекские дерматологи в этом опросе продемонстрировали достаточно хорошее понимание психодерматологии и в своей практике столкнулись со значительным количеством пациентов с психодерматологическими аспектами (в отличие от США, Канады или Египта), однако уровень направлений к психиатрам

оставался относительно низким [1, 27, 30]. В Узбекистане 40% дерматологов редко направляют пациентов к психотерапевту, а 28% респондентов никогда этого не делали. В Беларуси общепринятой практикой является наличие во всех крупных кожно-венерологических учреждениях страны психотерапевта, который оказывает консультативную помощь дерматологическим пациентам с психологическими проблемами. Однако в случае возникновения тяжелых ситуаций, таких как суицидальные мысли, дерматологи всегда обращаются за психиатрической помощью для своих пациентов. Вместе с тем дерматологические пациенты только изредка заполняют анкеты для получения психологического и психиатрического анамнеза. Согласно нашему опросу, только 23,5% дерматологов направляли своих пациентов к этим специалистам чаще одного раза в год, что ниже по частоте направления пациентов к психиатрам в Китае и Марокко (62,4% и 56,5% соответственно, один раз в год или реже) [34, 37]. Это может указывать на ограниченный доступ к психиатрической поддержке для пациентов с дерматологическими проблемами или на необходимость большей осведомленности врачей о важности этого аспекта в лечении. Для сравнения, в Турции 73,9% дерматологов направляют своих пациентов к психиатру не реже одного раза в месяц; в США этот показатель составляет 68%, в Иране – 61,5%, а в Индии – 53,4% [1, 32, 35, 36]. Это говорит о том, что могут существовать дополнительные возможности для улучшения сотрудничества между дерматологами и специалистами в области психического здоровья в Беларуси и Узбекистане с целью более эффективного лечения психологической составляющей кожных заболеваний при уходе за пациентами.

Основные диагнозы пациентов, направленных дерматологами к психиатрам в разных странах, демонстрировали выраженную вариабельность и не всегда коррелировали с распространенностью заболевания. В Венгрии основными диагнозами были атопический дерматит и тревожность, в то время как в нашем и во многих других подобных исследованиях (США, Турция, Албания, Турция и страны Ближнего Востока) эти диагнозы вообще не входили в число основных [1, 5, 31–33]. Напротив, трихотилломания была одним из наиболее частых диагнозов, по поводу которых дерматологи направляли своих пациентов к психиатрам в США, Албании, Китае, Индии, Марокко, Украине, Беларуси и на Ближнем Востоке [1, 13, 31, 33, 34, 36, 37].

Следует отметить, что врачами как из Беларуси, так и из Узбекистана иногда составлялись психиатрические диагнозы не в соответствии с современной Международной классификацией болезней 10-го пересмотра, а синдромально или с использованием устаревших терминов (табл. 3). Данный факт ни в коем случае не снижает надлежащую «психиатрическую настороженность» дерматологов, однако указывает на необходимость взаимного обучения специалистов на междисциплинарных конференциях, мастер-классах, вебинарах и циклах повышения квалификации.

Депрессия, вызванная кожными заболеваниями, и дерматозойный бред были едва ли не единственными диагнозами, присутствовавшими в топ-листах дерматологов разных стран (в частности, США, Венгрии, стран Ближнего Востока, Китая, Индии, стран Восточной Европы и Турции) [1, 5, 13, 31, 32, 34].

Узбекские и белорусские дерматологи отмечают относительно низкий уровень комфорта при лечении психодерматологических пациентов. Похожие данные получили в своем опросе и венгерские исследователи [5]. Это может указывать на необходимость повышения квалификации дерматологов в области психодерматологии, а также развития их коммуникативных навыков и совершенствования подходов при

работе с такими пациентами. Наиболее комфортно с такими пациентами чувствуют себя дерматологи из США, ОАЭ и Саудовской Аравии [1, 31]. Более 80% дерматологов в исследовании, проведенном в США, чувствуют себя очень комфортно или по крайней мере в некоторой степени комфортно; на Ближнем Востоке этот показатель составляет около 70% [1, 31]. В Венгрии процент таких дерматологов составляет всего 25,5% [5]. У марокканских, индийских, китайских, канадских и албанских дерматологов уровень комфорта немного ниже (66,1%, 60%, 58,6%, 44,8% и 34% соответственно), чем у дерматологов США и Ближнего Востока. Дерматологи Египта, Венгрии, Турции описывают свое отношение либо как нейтральное, либо как весьма дискомфортное (76,9%, 74,51%, 63,48% соответственно) [27, 30, 32–34, 36, 37].

Число узбекских дерматологов, которые никогда не участвовали в какой-либо образовательной деятельности и/или обучении по психодерматологии (72%), примерно такое же или меньше, чем во многих других странах (63,1% – Иран, 64,6% – Египет, 64,7% – Венгрия, 78,1% – Китай, 79% – Албания, 88,4% – Марокко) и больше, чем в Канаде (46,2%), Индии (42,2%), США (42%) [1, 5, 27, 29, 30, 33–37]. В общей сложности 50% опрошенных узбекских дерматологов проявили определенный интерес к прохождению обучения по психодерматологии. Это примерно соответствует интересу дерматологов в Канаде (55,1%), Восточной Европе (61,9%), Турции (57,1–60%), Венгрии (58,8%) [5, 13, 27, 32]. Дерматологи в некоторых других странах (в том числе 76,9% белорусских дерматологов в данном исследовании) проявили более высокий интерес к непрерывному образованию в этой области (в Египте – 74,1%, в Албании – 75,6%, на Ближнем Востоке – 78%, в Китае – 84,5%, в Индии – 86,7%, в Марокко – 92,9%) [30, 31, 33, 34, 36, 37].

Почти каждый третий участник, принявший участие в нашем опросе (32,7% белорусских дерматологов), знал какой-либо интернет-источник по психодерматологии. Примерно такое же число или меньше было зарегистрировано в аналогичном исследовании, проведенном в Египте (25,5%), Венгрии (23,5%), Индии (20%) [5, 30, 36]. Участники из многих других стран были значительно менее осведомлены (США – 10%, Ближний Восток – 10%, Турция – 4,5–5,8%), а также 8% в опросе узбекских дерматологов [1, 31, 32]. Исследования осведомленности об онлайн-ресурсах по психодерматологии довольно ограниченные (4,5–25,5%) [1, 5, 30–32, 36]. Это указывает на необходимость повышения уровня образования и доступности информации об интернет-ресурсах по психодерматологии для врачей и пациентов.

Со стороны научного и медицинского сообщества неоднократно звучал призыв к созданию комплексной психодерматологической помощи, но в настоящее время доступ к ней ограничен для большинства пациентов [1, 5, 18]. В некоторых странах созданы психодерматологические группы в составе национальных дерматологических обществ с целью повышения профессиональной осведомленности о проблемах психического здоровья, качестве жизни и потенциале многопрофильного подхода к кожным заболеваниям [39]. Организованная Европейским обществом дерматологии и психиатрии последипломная программа, включающая диплом психодерматолога, могла бы стать еще одним возможным способом удовлетворения потребности дерматологов в дополнительных знаниях в области психодерматологии [6].

С точки зрения медицинской практики, работа дерматологов часто сопровождается консультацией психотерапевта, а если может потребоваться психофармакологическое назначение, привлекается психиатр. Несмотря на растущую

осведомленность о психодерматологических подходах, структура психодерматологической помощи в Беларуси и Узбекистане, компетенции и роли участников еще не определены во всех аспектах. Совместных дерматологических и психиатрических клиник пока нет, но специалисты интенсивно сотрудничают друг с другом.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты нашего исследования показывают, что белорусские и узбекские дерматологи хорошо осведомлены о термине «психодерматология», но только незначительная часть практикующих врачей чувствует себя достаточно подготовленной к лечению пациентов с психосоматическими аспектами. Довольно значительный разрыв между количеством пациентов с психодерматологическим компонентом и направлениями дерматологов к специалистам по психическому здоровью указывает на потенциальную важность более интенсивного сотрудничества между дерматологами, психиатрами, психологами.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Jafferany M, Stoep A, Dumitrescu A, et al. The knowledge, awareness, and practice patterns of dermatologists toward psychocutaneous disorders: results of a survey study. *Int J Dermatol*. 2010;49(7):784–789. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2009.04372.x>
2. Jafferany M, Franca K. Psychodermatology: basics concepts. *Acta Derm Venereol*. 2016;63:35–37.
3. Roberts J, Smith A, Wilkerson A, et al. Psychodermatology knowledge, attitudes, and practice among health care professionals. *Arch Dermatol Res*. 2020;312(8):545–558. <https://doi.org/10.1007/s00403-020-02050-9>
4. Rodríguez-Cerdeira C. Psychodermatology: past, present and future. *Open Dermatol J*. 2011;5(1):27. <https://doi.org/10.2174/1874372201105010021>
5. Čápec G, Jafferany M, Čápec S, et al. Psychodermatology in Hungary: Awareness and practice patterns of dermatologists. *Skin Health Dis*. 2024 Jul 2;4(5):e419. doi: 10.1002/ski2.419
6. Misery L, Schut C, Balieva F, et al. White paper on psychodermatology in Europe: a position paper from the EADV psychodermatology Task Force and the European society for dermatology and psychiatry (ESDaP). *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2023;37(12):2419–2427. <https://doi.org/10.1111/jdv.19427>
7. Thompson A, Guterres S, Bewley A. Psychodermatological research priorities identified by priority setting partnerships. *Clin Exp Dermatol*. 2020;45:1106–1108. <https://doi.org/10.1111/ced.14447>
8. Lavda A, Webb T, Thompson A. A meta-analysis of the effectiveness of psychological interventions for adults with skin conditions. *Br J Dermatol*. 2012;167(5):970–979. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2012.11183.x>
9. Hewitt R, Płoszajski M, Purcell C, et al. A mixed methods systematic review of digital interventions to support the psychological health and well-being of people living with dermatological conditions. *Front Med*. 2022;9:e1024879. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1024879>
10. van Dalen M, Muller K, Kasperkovitz-Oosterloo J, et al. Anxiety, depression, and quality of life in children and adults with alopecia areata: a systematic review and meta-analysis. *Front Med*. 2022;9:e1054898. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1054898>
11. Kobusiewicz A, Tarkowski B, Kaszuba A, et al. The relationship between atopic dermatitis and atopic itch in children and the psychosocial functioning of their mothers: a cross-sectional study. *Front Med*. 2023;10:e1066495. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1066495>
12. Cortés H, Rojas-Márquez M, Del Prado-Audelo M, et al. Alterations in mental health and quality of life in patients with skin disorders: a narrative review. *Int J Dermatol*. 2022;61(7):783–791. <https://doi.org/10.1111/ijd.15852>
13. Jafferany M, Havryliuk O, Adaskevich U, et al. Psychodermatology in Ukraine and Belarus: an eastern European perspective. *Int J Dermatol*. 2020;59(5):e151–e153. <https://doi.org/10.1111/ijd.14677>
14. Bondade S, Hosthota A, Bindushree R, et al. Psychodermatology: an evolving paradigm. *Dermatol Sin*. 2022;40(2):71–77. https://doi.org/10.4103/ds.ds_20_22
15. Tohid H, Shenefelt P, Burney W, et al. Psychodermatology: an association of primary psychiatric disorders with skin. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2019;48(1):50–57. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2018.12.003>
16. Turk T, Dytoc M, Youngson E, et al. Estimated frequency of psychodermatologic conditions in Alberta, Canada. *J Cutan Med Surg*. 2021;25(1):30–37. <https://doi.org/10.1177/1203475420952424>
17. Marshall C, Taylor R, Bewley A. Psychodermatology in clinical practice: main principles. *Acta Derm Venereol*. 2016;96:30–34. <https://doi.org/10.2340/00015555-2370>
18. Blee I, Da Costa J, Powers N, et al. Psychodermatology in psychiatry: awareness and education among psychiatry trainees. *Clin Exp Dermatol*. 2022;47(1):145–147. <https://doi.org/10.1111/ced.14850>
19. Raikhy S, Gautam S, Kanodia S. Pattern and prevalence of psychiatric disorders among patients attending dermatology OPD. *Asian J Psychiatr*. 2017;29:85–88. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.04.018>
20. Hu S, Chen G, Tu H. Epidemiology of depression in patients with psoriasis: a nationwide population-based cross-sectional study. *Acta Derm Venereol*. 2019;99(6):530–538. <https://doi.org/10.2340/00015555-3145>
21. Picardi A, Mazzotti E, Pasquini P. Prevalence and correlates of suicidal ideation among patients with skin disease. *J Am Acad Dermatol*. 2006;54(3):420–426. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2005.11.1103>

22. Ra A, Ho B, Bickerstaffe L, et al. More than skin deep: a survey of real-life experiences of acne vulgaris. *Br J Dermatol*. 2022;186(1):191–193. <https://doi.org/10.1111/bjd.20737>
23. Tausk F, Elenkov I, Moynihan J. Psychoneuroimmunology. *Dermatol Ther*. 2008;21(1):22–31. <https://doi.org/10.1111/j.1529-8019.2008.00166.x>
24. França K, Chacon A, Ledon J, et al. Psychodermatology: a trip through history. *An Bras Dermatol*. 2013;88(5):842–843. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20132059>
25. Gieler U, Gieler T, Peters E, et al. Skin and psychosomatics – psychodermatology today. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2020;18(11):1280–1298. <https://doi.org/10.1111/ddg.14328>
26. Theoharides T, Stewart J, Taracanov A, et al. Neuroendocrinology of the skin. *Rev Endocr Metab Disord*. 2016;17(3):287–294. <https://doi.org/10.1007/s11154-016-9369-9>
27. Turk T, Fujiwara E, Abba-Aji A, et al. Psychodermatology in Canada: a national survey assessment of dermatologists' perception, practice patterns, and challenges. *J Cutan Med Surg*. 2021;25(3):249–256. <https://doi.org/10.1177/1203475420977473>
28. Ferreira B, Jafferany M. Classification of psychodermatological disorders. *J Cosmet Dermatol*. 2021;20(6):1622–1624. <https://doi.org/10.1111/jocd.14112>
29. Markabayeva A, Ospanova S, Jafferany M. Psychodermatology: knowledge, awareness, and attitude of dermatologists in Kazakhstan. *Int J Dermatol*. 2020;59(4):e105–e109. <https://doi.org/10.1111/ijd.14608>
30. Elsaie M, Hanafy N, Zaky M, et al. Psychodermatology knowledge and awareness: a cross-sectional Egyptian perspective. *Dermatol Ther*. 2020;33(6):e14239. <https://doi.org/10.1111/dth.14239>
31. Osman O, Souid A, Al-Mugaddam F, et al. Attentiveness of dermatologists in the Middle East to psychocutaneous medicine. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2017;19(02). <https://doi.org/10.4088/PCC.16m02080>
32. Ocek T, Kani A, Baş A, et al. Psychodermatology: knowledge, awareness, practicing patterns, and attitudes of dermatologists in Turkey. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2015;17. <https://doi.org/10.4088/PCC.14m01628>
33. Jafferany M, Jorgaqi E. Psychodermatology in Balkans: knowledge, awareness, and practice patterns of dermatologists in Albania. *Dermatol Ther*. 2020;33(3):e13286. <https://doi.org/10.1111/dth.13286>
34. Zhou T, Zhang Y, Zhang Y, et al. Psychodermatology knowledge and awareness in Chinese dermatologists: results of a survey study. *Dermatol Ther*. 2021;34(1):e14668. <https://doi.org/10.1111/dth.14668>
35. Handjani F, Saki N, Emad N, et al. Psychodermatology in Iran: a survey on knowledge, awareness, and practice patterns in Iranian dermatologists. *Dermatol Ther*. 2020;33(6):e14009. <https://doi.org/10.1111/dth.14009>
36. Hafi B, Abdul Latheef EN, Uvais NA, et al. Awareness of psychodermatology in Indian dermatologists: a South Indian perspective. *Dermatol Ther*. 2020;33(6):e14024. <https://doi.org/10.1111/dth.14024>
37. Ait Oussous S, Jafferany M, Chakiri R. Psychodermatology knowledge, awareness and patterns of practice among Moroccan dermatologists: a national survey study. *Clin Exp Dermatol*. 2023;48(10):1152–1154. <https://doi.org/10.1093/ced/llad204>
38. Kussainova A, Kassym L, Akhmetova A, et al. Vitiligo and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020 Nov 10;15(11):e0241445. doi: 10.1371/journal.pone.0241445
39. Poot F, Sampogna F, Onnis L. Basic knowledge in psychodermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21(2):227–234. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2006.01910.x>

<https://doi.org/10.34883/PI.2026.17.2.010>



Борисова А.Б.¹ ✉, Тремаскина П.О.¹, Коротаева Т.В.¹, Вельтищев Д.Ю.^{1,2}

¹ Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой, Москва, Россия

² Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Аффективные расстройства у пациентов с аксиальным псориатическим артритом на фоне терапии генно-инженерными биологическими препаратами – предварительные результаты

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Борисова А.Б. – обзор литературы, сбор и статистическая обработка материала, подготовка текста; Тремаскина П.О. – сбор и статистическая обработка материала, редактирование текста; Вельтищев Д.Ю. – разработка концепции и плана исследования, сбор материала, редактирование текста; Коротаева Т.В. – разработка концепции и плана исследования, редактирование текста. Все авторы внесли существенный вклад в подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Этическое утверждение и информированное согласие: все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Исследование проведено в рамках фундаментальной темы «Эволюция аксиальных спондилоартритов на основе комплексного динамического изучения молекулярно-биологических, молекулярно-генетических, клинко-визуализационных факторов прогрессирования заболевания, качества жизни, коморбидности и таргетной инновационной терапии» (№ РК 125020501435-8) и одобрено локальным этическим комитетом НИИР им. В.А. Насоновой (протокол № 02 от 27.01.2022).

Подана: 02.04.2026

Принята: 15.05.2026

Контакты: desolatorius@yandex.ru

Резюме

Цель. Определить спектр психических расстройств (ПР) при аксиальном псориатическом артрите (аксПсА) и их взаимосвязь с клинко-функциональными характеристиками заболевания.

Материалы и методы. Дизайн: одномоментное поперечное исследование. Включены 32 пациента (24 (75,0%) мужчины и 8 (25,0%) женщин), соответствующих критериям CASPAR (2006), имевших поражение позвоночника (аксПсА). Медиана (Ме) длительности ПсА составила 114,0 [78,0; 153,0] месяца, средний возраст – 44,6±12,4 года, DAPSA – 14,6 [9,14; 23,9] у подписавших информированное согласие и включенных в фундаментальную тему 125020501435-8, одобренную локальным этическим комитетом НИИР им. В.А. Насоновой (протокол № 09 от 10.04.2025). Все пациенты последовательно обратились за медицинской помощью в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой. Всем пациентам проводили стандартное ревматологическое обследование. Диагностика ПР осуществлялась психиатром в ходе полуструктурированной беседы. Осуществлялось комплексное клинко-психопатологическое и экспериментально-психологическое обследование. Особое значение имела психопатологическая диагностика на основании анализа характера и содержания речи, двигательной активности, поведения и особенностей восприятия пациентов.

Результаты. Согласно полученным результатам, ПР выявлены у большинства пациентов (93,8%; 30 из 32) на момент обследования. В структуре ПР преобладали

расстройства аффективного спектра (РАФС), диагностированные у 90,6% пациентов (29 из 32). Наиболее часто регистрировались биполярное аффективное расстройство (БАР) и дистимия. У 43,3% пациентов с ПР (13 из 30) наблюдалось несколько психических расстройств в соответствии с критериями МКБ-10. У пациентов с депрессивными состояниями (депрессивный эпизод или дистимия) отмечены значимо меньшие значения СОЭ по сравнению с группой без депрессии; склонность к менее частому достижению минимальной активности заболевания; тенденция к более редкому применению генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП); кроме того, прослеживались статистически незначимые тенденции: чаще встречались функциональные ограничения, поражение ногтей и дактилит, реже – ожирение. У пациентов с БАР, имеющих смешанные или гипоманиакальные эпизоды, выявлены достоверно более высокие показатели СОЭ, значимо более частая встречаемость энтезитов, тенденция к повышению активности заболевания по индексу DAPSA и к более частому выявлению периферического артрита.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высокой частоте проблем психического здоровья у больных акСПсА с доминированием аффективных расстройств, несмотря на проводимую терапию ГИБП и низкую активность ПсА. Необходимо проведение дальнейших исследований, включающих более крупные выборки пациентов.

Ключевые слова: аксиальный псориатический артрит, психические расстройства, депрессивные расстройства, биполярное аффективное расстройство

Borisova A.¹ ✉, Tremaskina P.¹, Korotaeva T.¹, Veltishchev D.^{1,2}

¹ V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow, Russia

² Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov, Moscow, Russia

Affective Disorders in Axial Psoriatic Arthritis Patients on DMARDs Therapy

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: A. Borisova – literature review, data collection and statistical processing, text preparation; P. Tremaskina – data collection and statistical processing, text editing; T. Korotaeva – research concept and plan development, text editing; D. Veltishchev – research concept and plan development, data collection, text editing. All the authors made a significant contribution to the preparation of the article, read and approved the final version before publication.

Funding source: the study had no sponsorship.

Ethics approval and consent for publication: all patients signed informed consent to participate in the study. The study was conducted as part of the fundamental research project "Evolution of axial spondyloarthritis based on a comprehensive dynamic study of molecular biological, molecular genetic, clinical and imaging factors of disease progression, quality of life, comorbidity, and targeted innovative therapy" (№ RK 125020501435-8) and was approved by the local ethics committee of the V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology (Protocol No. 02 dated January 27, 2022).

Submitted: 02.04.2026

Accepted: 15.05.2026

Contacts: desolatorius@yandex.ru

Abstract

Purpose. To determine the spectrum of mental disorders (MD) in axial psoriatic arthritis (axPsA) and their relationship with clinical and functional characteristics of the disease.

Materials and methods. Design: Cross-sectional study. The study included 32 patients (24 (75.0%) men and 8 (25.0%) women) who met the CASPAR criteria (2006) and had

spinal involvement (axPsA). Median (Me) PsA duration was 114.0 [78.0; 153.0] months, mean age 44.6 ± 12.4 years, DAPSA 14.6 [9.14; 23.9]. All patients provided informed consent and were enrolled in the fundamental research project No. 125020501435-8, approved by the local ethics committee of the V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology (Protocol No. 09 dated 10.04.2025). All patients presented consecutively for medical care at the V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology. A standard rheumatological examination was performed in all cases. Mental disorders were diagnosed by a psychiatrist during a semi-structured interview. A comprehensive clinical, psychopathological and psychological assessment was carried out. The diagnoses of affective disorders were based on the analysis of speech characteristics and content, motor activity, behavior, and perceptual features was of particular importance.

Results. According to the results, mental disorders were diagnosed in 93.8% of patients (30 out of 32) at the time of examination. Affective spectrum disorders (ASD) predominated in the structure of MD, being diagnosed in 90.6% of patients (29 out of 32). Bipolar affective disorder (BAD) and dysthymia were the most frequently recorded conditions. Comorbidity of several mental disorders was observed in 43.3% of patients with MD (13 out of 30). In patients with depressive states (depressive episode or dysthymia), significantly lower ESR values were noted compared to the non-depressed group; there was a tendency toward less frequent achievement of minimal disease activity; a trend toward less frequent use of biologic disease-modifying antirheumatic drugs (bDMARDs); and statistically non-significant trends were observed: functional limitations, psoriatic nail involvement, and dactylitis were more common, while obesity was less common. In patients with BAD who had mixed or hypomanic episodes, significantly higher ESR values were found; enthesitis was significantly more frequent; there was a tendency toward higher disease activity according to the DAPSA index and toward more frequent detection of peripheral arthritis.

Conclusions. The results indicate a high prevalence of mental health problems in patients with axPsA, with a predominance of affective disorders, despite ongoing bDMARD therapy and low PsA activity. Further studies in larger patient cohorts, including bio-naïve and highly active PsA patients, are warranted.

Keywords: axial psoriatic arthritis, mental disorders, depressive disorder, bipolar affective disorder

■ ВВЕДЕНИЕ

Псориатический артрит (ПсА) – хроническое иммуновоспалительное заболевание из группы спондилоартритов (СпА), которое встречается у 20–30% пациентов с псориазом (ПсО), при этом большинству случаев ПсА предшествует ПсО (84%). Вследствие прогрессирующего характера поражения кожи и опорно-двигательного аппарата заболевание становится причиной утраты трудоспособности, значительного снижения качества жизни и проблем с социальной адаптацией [1–3].

Клиническая гетерогенность ПсА характеризуется вовлечением суставов, энтезисов и позвоночника. Поражение позвоночника при ПсА (аксПсА), по данным литературы, отмечается у значительной части пациентов с ПсА (до 70%) и возникает чаще всего в молодом возрасте, оказывая существенное влияние на течение ПсА, терапию и прогноз заболевания [4–7].

В последние годы определены отчетливые психосоматические связи, характерные для ПсО: установлена высокая частота психических, прежде всего депрессивных, расстройств, особая значимость нейроиммунных, психотравмирующих и некоторых личностных факторов в развитии коморбидности; определены перспективные терапевтические мишени с эффективностью препаратов, влияющих на синтез интерлейкинов, оказывающих положительное влияние при депрессивных расстройствах у пациентов с ПсО [8–12].

В отличие от ПсО, психические расстройства у пациентов с ПсА изучены недостаточно. В результатах исследований ПР у пациентов с ПсА определена высокая частота и клиническая значимость депрессивных расстройств [13]. Предполагается двусторонняя связь ПсА с депрессией, которая способствует развитию ревматического заболевания, в то время как ПсА является значимым фактором риска депрессивного расстройства [13]. При этом выводы относительно встречаемости ПР в основном основаны на результатах скрининговой оценки с применением шкал или учитывают частоту обращений пациентов за помощью к врачу-психиатру.

Согласно зарубежным исследованиям, распространенность ПР у пациентов с ПсА выше, чем при ПсО, и варьирует в широком диапазоне от 1,3 до 51,0% [14–17], встречаемость симптомов депрессии – от 9 до 22% и тревоги – 15–30% [18], данные по российской когорте отсутствуют.

Установлено, что депрессивное расстройство и ПсА имеют некоторые сходные патогенетические механизмы, включая патологическую воспалительную реакцию тучных и Th17-клеток, гиперпродукцию провоспалительных цитокинов (ИЛ-23, ИЛ-17, ИЛ-6, ИЛ-1 и ФНО-α), а также дисфункцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (ГГНС) [16, 19–23], что определяет высокую частоту коморбидности и предполагает наличие общих терапевтических мишеней.

Одним из ведущих клинических проявлений ПсА является выраженная суставная боль, которая служит основной причиной снижения функциональной активности и качества жизни пациентов [24, 25]. При этом сопутствующее ПР способствует провокации, усилению интенсивности и хронизации боли [26, 27].

Кроме того, высокий уровень инвалидизации и снижение трудоспособности при ПсА усугубляются необходимостью частых госпитализаций, значительными изменениями внешнего вида и другими стрессовыми факторами, негативно влияющими на качество жизни пациентов, способствуя провокации и прогрессированию ПР. В свою очередь, известно, что ПР отрицательно влияют на прогноз, течение и исход ревматических заболеваний, включая формирование резистентности к фармакотерапии [16, 20, 27–30].

Таким образом, исследования ПР у больных ПсА имеют высокую практическую значимость, открывая возможности для разработки нового направления терапевтической тактики с преодолением фармакорезистентности и повышением эффективности лечения пациентов с ПсА и сопутствующими ПР.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить встречаемость различных ПР и их взаимосвязь с клинико-функциональными характеристиками аксПсА.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Включены 32 пациента (24 (75,0%) мужчины и 8 (25,0%) женщины), соответствующих критериям CASPAR (2006), имевших поражение позвоночника (аксПсА). Медиана (Ме) длительности ПсА составила 114,0 [78,0; 153,0] месяца, средний возраст – $44,6 \pm 12,4$ года, DAPSA – 14,6 [9,14; 23,9] у подписавших информированное согласие и включенных в фундаментальную тему 125020501435-8, одобренную локальным этическим комитетом НИИР им. В.А. Насоновой (протокол № 09 от 10.04.2025). Все больные последовательно обратились за медицинской помощью в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой.

Всем пациентам проводили стандартное ревматологическое обследование, включающее оценку числа болезненных суставов (ЧБС) из 68, числа припухших суставов (ЧПС) из 66, выраженности боли в суставах пациентом (Боль), активности заболевания по мнению пациента (ООЗП) и врача (ОЗВ) по визуальной аналоговой шкале (ВАШ, 0–10 см), а также уровня С-реактивного белка (СРБ) (в мг/л) и СОЭ (мм/ч). Определяли наличие энтезитов и дактилитов, псориаза ногтей. Выполняли клиническую оценку энтезисов с помощью индекса LEI (Leeds Enthesitis Index). Площадь псориазического поражения кожи определяли по индексу BSA (в %). Активность ПсА рассчитывали по DAPSA (Disease Activity In Psoriatic Arthritis) (баллы): ремиссия – 0–4; низкая активность болезни (НАБ) – 5–14; умеренная активность (УАБ) – 15–28; высокая активность (ВАБ) – >28 [11]. Оценивали количество пациентов (в %), достигших МАБ: ЧБС ≤ 1 , ЧПС ≤ 1 , PASI (Psoriasis Area and Severity Index) ≤ 1 или BSA (Body Surface Area) ≤ 3 , ОБП ≤ 15 мм, ОЗП ≤ 20 мм, HAQ $\leq 0,5$, число воспаленных энтезисов ≤ 1 . МАБ считали достигнутой при наличии у пациента 5 из 7 критериев [31, 32]. При индексе массы тела (ИМТ) $\geq 30,0$ кг/м² диагностировалось ожирение. Качество жизни, связанное с заболеванием (КЖСЗ), оценивали по опроснику PsAID-12, рассчитывали общий средний балл [33].

Аксиальное поражение диагностировали [34] при наличии рентгенологически достоверного (рд) сакроилиита (СИ; двусторонний СИ $\geq$ II стадии или односторонний $\geq$ III стадии) или активного СИ по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) или при наличии ≥ 1 синдесмофита в шейном (ШОП) и/или поясничном (ПОП) отделах позвоночника.

Активность спондилита определяли по индексам BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) и ASDAS-СРБ (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score с определением СРБ). BASDAI ≥ 4 соответствовал высокой активности, BASDAI <4 – низкой. ASDAS $>2,1$ соответствовал высокой активности, ASDAS $<2,1$ – низкой. Наличие воспалительной боли в спине (ВБС) оценивалось по критериям ASAS (The Assessment of Spondylo Arthritis International Society) [35]. Индекс BASFI (The Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index) использован для оценки функциональных нарушений, которые возникают у больных аксПсА, где BASFI ≥ 4 соответствовал выраженным функциональным нарушениям.

К моменту включения в исследование 19 (59,4%) человек находились на терапии ГИБП (12 (37,5%) и ИЛ-17, 1 (3,13%) и ИЛ-12-23, 3 (9,38%) и ФНО) и 46,9% достигли статуса ремиссии либо имели низкую активность болезни по DAPSA.

Диагностика ПР осуществлялась психиатром в соответствии с МКБ-10 в ходе полуструктурированного интервью. Проведено комплексное клинико-психопатологическое и экспериментально-психологическое обследование с изучением

Таблица 1
Общая характеристика пациентов
Table 1
General characteristics of patients

Показатель	Больные аксПсА (n=32)
Индексы активности и опросники	
DAPSA, Ме [25-й; 75-й перцентили]	14,6 [9,14; 23,9]
ASDAS, Ме [25-й; 75-й перцентили]	2,23 [1,48; 2,99]
BASDAI, Ме [25-й; 75-й перцентили]	3,65 [2,25; 5,10]
BASFI, Ме [25-й; 75-й перцентили]	2,20 [0,90; 4,30]
PsAID, Ме [25-й; 75-й перцентили]	3,33 [2,35; 5,00]
LEI, Ме [25-й; 75-й перцентили]	0,00 [0,00; 1,50]
PASI (0–72 балла), Ме [25-й; 75-й перцентили]	0,30 [0,00; 4,15]
BSA (%), Ме [25-й; 75-й перцентили]	1,00 [0,05; 4,00]
Боль (0–100, мм), Ме [25-й; 75-й перцентили]	40,0 [20,0; 70,0]
ОЗВ (0–100, мм), Ме [25-й; 75-й перцентили]	30,0 [30,0; 50,0]
ООЗП (0–100, мм), Ме [25-й; 75-й перцентили]	40,0 [25,0; 60,0]
Клинические и лабораторные показатели	
ЧБС, Ме [25-й; 75-й перцентили]	4,00 [1,50; 11,5]
ЧПС, Ме [25-й; 75-й перцентили]	2,00 [0,00; 5,50]
Число энтезитов, Ме [25-й; 75-й перцентили]	0,00 [9,00; 1,50]
СОЭ, мм/ч, Ме [25-й; 75-й перцентили]	12,0 [6,0; 22,0]
СРБ, мг/л, Ме [25-й; 75-й перцентили]	3,4 [1,20; 6,80]
ВАБ или УАБ DAPSA	17 (53,1%)
Достижение МАБ	9 (28,1%)
Высокая активность по ASDAS	18 (56,3%)
Высокая активность по BASDAI	13 (40,6%)
BASFI ≥4	11 (34,4%)
Прием ГИБП	19 (59,4%)
СРБ ≥5	10 (31,3%)
ЧБС ≥5	19 (59,4%)
ЧПС ≥5	23 (71,9%)
Наличие поражения ногтей псориазом	20 (62,5%)
Наличие ВБС	21 (65,6%)
Наличие периферического артрита	21 (65,6%)
Наличие синдесмофитов	19 (59,4%)
Наличие сакроилиита	28 (87,5%)
Наличие дактилита	5 (15,6%)
Наличие энтезита	11 (34,4%)
ИМТ ≥30 (ожирение)	24 (75,0%)

встречаемости стрессовых и предрасполагающих личностных факторов, особенностей психопатологической структуры расстройств и их динамики.

Для статистической обработки результатов использованы методы параметрической и непараметрической статистики программы Statistica 12.5. Результаты представлены в виде $M \pm SD$, где M – среднее арифметическое и SD – стандартное отклонение среднего по группе, а также в виде медианы с интерквартильным

размахом (Ме [25-й; 75-й перцентили]). Статистическую значимость различия частот определяли при помощи критерия «хи-квадрат» (для таблиц сопряженности – в точном решении Фишера). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

На момент обследования 30 из 32 пациентов (93,8%) имели какое-либо ПР. Преобладали расстройства аффективного спектра (РАФС); наиболее часто диагностированы биполярное аффективное расстройство (БАР) и дистимия – 29 из 32 пациентов (90,6%). В ряде случаев у пациентов наблюдалось несколько ПР (13 из 30 (43,3%) пациентов с ПР) (рис. 1). По структуре аффективные расстройства были разделены на депрессивные – $n=16$, 50,0% (в рамках дистимии ($n=11$, 34,4%), рекуррентной депрессии ($n=4$, 12,5%) и БАР ($n=2$, 6,25%) – и с признаками гипертимии – $n=10$, 31,3% (смешанные/гипоманиакальные эпизоды в рамках БАР: $n=9$, 28,1% и $n=1$, 0,03% соответственно) в связи с их преобладанием для сопоставимости групп сравнения.

Анализ клинико-функциональных характеристик ПсА в зависимости от наличия депрессии

При сравнении количественных клинико-функциональных характеристик ПсА выявлено, что у пациентов с текущим депрессивным эпизодом или дистимией наблюдались достоверно более низкие показатели СОЭ по сравнению с пациентами без депрессии (8,00 [5,00; 14,0] против 20,0 [6,00; 32,0], $p=0,054$) (табл. 2).

При оценке бинарных клинико-функциональных характеристик ПсА не выявлено достоверных различий между пациентами в зависимости от наличия депрессии. Тем не менее определена тенденция к более редкому достижению МАБ пациентами с депрессией по сравнению с пациентами без нее (2 (12,5%) против 7 (43,8%), $p=0,057$).

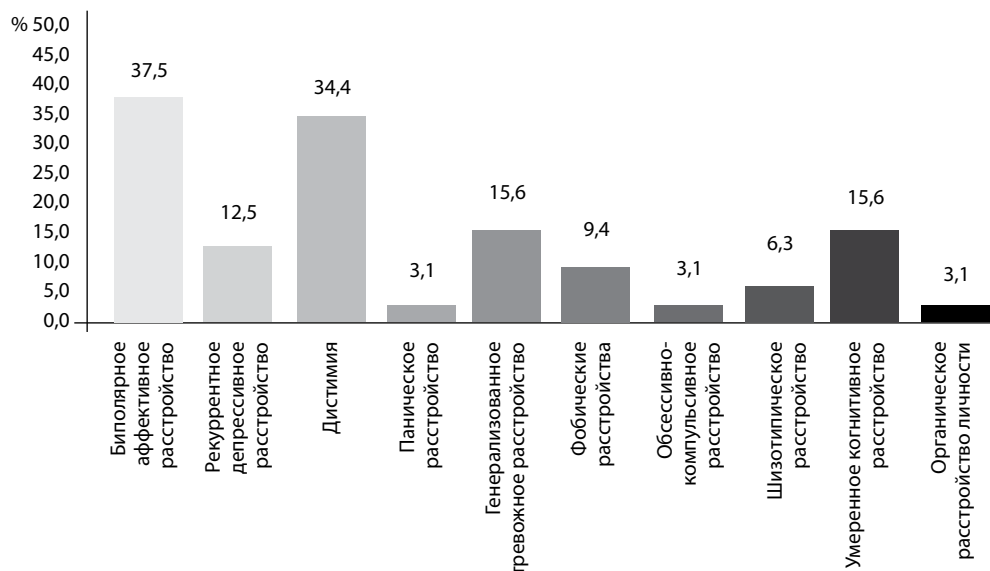


Рис. 1. Частота психических расстройств по МКБ-10 у пациентов с акПсА ($n=32$, МКБ-10)
Fig. 1. Frequency of mental disorders according to ICD-10 in patients with axPsA ($n=32$, ICD-10)

Таблица 2

Сравнительный анализ количественных показателей аксПсА в зависимости от наличия текущей депрессии

Table 2

Comparative analysis of quantitative indicators of axPsA depending on the presence of current depression

Шкалы и опросники, Ме [25-й; 75-й перцентили]	Наличие депрессии (n=16)	Отсутствие депрессии (n=16)	p
DAPSA	16,1 [11,8; 28,9]	13,0 [6,48; 20,1]	0,169
ASDAS	2,51 [1,44; 3,16]	2,04 [1,58; 2,96]	0,749
BASDAI	3,80 [2,45; 5,55]	3,05 [2,05; 4,75]	0,356
BASFI	2,35 [1,15; 4,30]	1,50 [0,85; 3,80]	0,692
PsAID, баллы	3,95 [3,15; 5,30]	2,75 [1,78; 4,15]	0,097
LEI	0,00 [0,00; 1,00]	0,00 [0,00; 1,50]	0,924
PASI (0–72 балла)	(n=15) 0,50 [0,00; 3,80]	(n=13) 0,10 [0,00; 4,50]	0,695
BSA (%)	0,75 [0,05; 5,00]	1,50 [0,05; 3,00]	0,749
Боль (0–100, мм)	45,0 [25,0; 70,0]	(n=15) 30,0 [20,0; 50,0]	0,418
ОЗВ (0–100, мм)	50,0 [30,0; 60,0]	(n=15) 30,0 [20,0; 40,0]	0,072
ООЗП (0–100, мм)	50,0 [30,0; 60,0]	(n=15) 30,0 [17,0; 50,0]	0,128
Клинические и лабораторные показатели, Ме [25-й; 75-й перцентили]	Наличие депрессии (n=16)	Отсутствие депрессии (n=16)	p
ЧБС	4,00 [2,50; 11,5]	3,50 [1,00; 10,5]	0,318
ЧПС	2,50 [0,00; 7,00]	1,00 [0,00; 4,00]	0,376
Число энтезитов	0,00 [0,00; 1,00]	0,00 [0,00; 1,50]	0,925
СОЭ, мм/ч	8,00 [5,00; 14,0]	20,0 [6,00; 32,0]	0,054
СРБ, мг/л	4,20 [0,90; 5,50]	2,75 [1,50; 8,20]	0,546

Менее отчетливая тенденция определялась в отношении наличия выраженных функциональных нарушений (BASFI ≥ 4 у 7 (43,8%) против 4 (25,0%), $p=0,229$), ЧПС ≥ 5 (6 (37,5%) против 3 (18,8%), $p=0,217$), поражения ногтей псориазом (12 (75,0%) против 8 (50,0%), $p=0,137$), дактилита (4 (25,0%) против 1 (6,25%), $p=0,166$) и меньшей частоты ожирения (3 (18,8%) против 7 (43,8%), $p=0,126$) у пациентов с текущими депрессивными расстройствами при сравнении с пациентами без депрессии. Терапию ГИБП пациенты с наличием депрессии получали несколько реже: 7 (43,8%) против 12 (75,0%), $p=0,074$ (рис. 2).

Анализ клинико-функциональных характеристик ПсА в зависимости от наличия текущих смешанных/гипоманиакальных эпизодов

При сравнении количественных клинико-функциональных характеристик ПсА выявлено, что у пациентов с текущим смешанным или гипоманиакальным эпизодом в рамках БАР (при сравнении с пациентами без признаков подъема настроения) показатели СОЭ достоверно выше (22,0 [20,0; 36,0] против 7,00 [6,00; 16,00], $p=0,004$) (табл. 3).

При оценке бинарных клинико-функциональных характеристик ПсА у пациентов со смешанным/гипоманиакальным эпизодом достоверно чаще выявлялись энтезиты по сравнению с пациентами без признаков подъема (6 (60,0%) против 5 (22,7%), $p=0,050$). Других достоверных различий выявлено не было, однако в этой группе

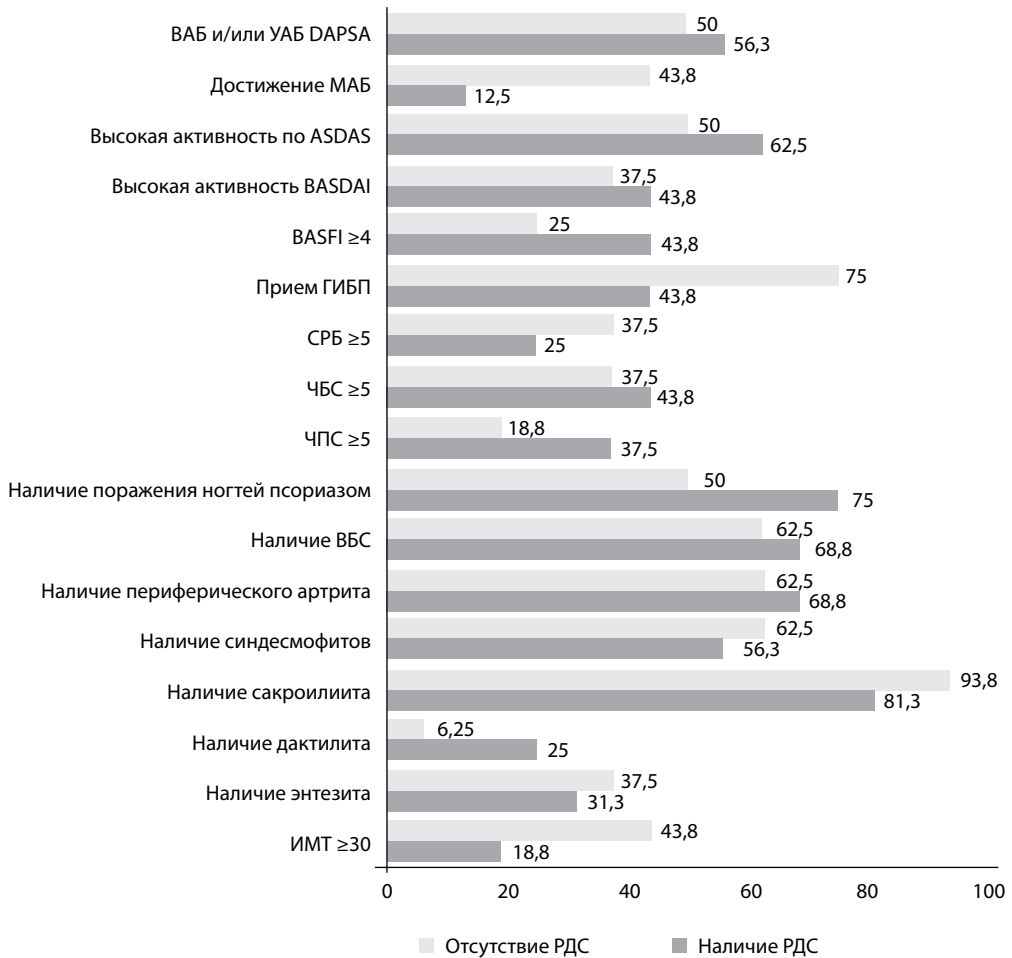


Рис. 2. Сравнительный анализ различных клиничко-функциональных характеристик аксПсА в зависимости от наличия депрессии
Fig. 2. Comparative analysis of various clinical and functional characteristics of axPsA depending on the presence of depression

больных выявлена тенденция к более высокой активности ПсА по DAPSA (7 (70,0%) против 10 (45,5%), $p=0,183$), у них также чаще встречался периферический артрит (8 (80,0%) против 13 (59,1%), $p=0,229$) (рис. 3).

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты зарубежных исследований определяют высокую частоту аффективных расстройств у больных ПсА, которая достигает 51% [14–17], при этом БАР выше общепопуляционного в 13 раз (ОР 13,54, 95% ДИ 2,43–75,37) [36]. Полученные предварительные результаты согласуются с международными данными: выявлено существенное преобладание пациентов с депрессивными и биполярным аффективным

Таблица 3

Сравнительный анализ количественных показателей аксПсА в зависимости от наличия смешанных/гипоманиакальных эпизодов

Table 3

Comparative analysis of quantitative indicators of axPSA depending on the presence of mixed/hypomanic episodes

Шкалы и опросники, Me, [25-й; 75-й перцентили]	Наличие смешанных/гипоманиакальных эпизодов (n=10)	Отсутствие смешанных/гипоманиакальных эпизодов (n=22)	p
DAPSA	17,8 [8,21; 22,2]	13,1 [10,1; 25,6]	0,699
ASDAS	2,23 [1,65; 3,17]	2,23 [1,42; 2,95]	0,556
BASDAI	3,60 [2,40; 5,30]	3,65 [2,00; 5,00]	0,542
BASFI	2,25 [0,90; 7,30]	2,20 [0,80; 4,10]	0,611
PsAID, баллы	3,10 [2,30; 4,35]	2,43 [2,45; 5,20]	0,760
LEI	0,50 [0,00; 2,00]	0,00 [0,00; 0,00]	0,230
PASI (0–72 балла)	(n=7) 0,10 [0,00; 5,00]	(n=21) 0,50 [0,00; 3,80]	0,811
BSA (%)	1,25 [0,10; 3,00]	1,00 [0,00; 5,00]	0,951
Боль (0–100, мм)	(n=9) 40,0 [28,0; 50,0]	35,0 [20,0; 70,0]	0,948
ОЗВ (0–100, мм)	(n=9) 30,0 [20,0; 50,0]	25,0 [30,0; 50,0]	0,983
ООЗП (0–100, мм)	(n=9) 40,0 [30,0; 60,0]	45,0 [20,0; 60,0]	0,648
Клинические и лабораторные показатели, Me [25-й; 75-й перцентили]	Наличие смешанных/гипоманиакальных эпизодов (n=10)	Отсутствие смешанных/гипоманиакальных эпизодов (n=22)	p
ЧБС	5,00 [3,00; 13,0]	3,50 [1,00; 11,0]	0,405
ЧПС	3,50 [1,00; 5,00]	1,50 [0,00; 6,00]	0,477
Число энтезитов	0,50 [0,00; 2,00]	0,00 [0,00; 0,00]	0,230
СОЭ, мм/ч	22,0 [20,0; 36,0]	7,00 [6,00; 16,00]	0,004
СРБ, мг/л	2,20 [0,90; 7,90]	4,20 [1,20; 6,00]	1,000

расстройством. С учетом доминирующего акцента на диагностике тревожных и депрессивных расстройств в ревматологической практике, редкого использования скрининговых инструментов для определения признаков гипертимии эти расстройства реже диагностируют, а пациенты не получают адекватного и эффективного лечения.

Патогенетическая взаимосвязь ПсА и РТДС изучена недостаточно, однако единичные исследования подтвердили связь клинической активности ПсА с выраженностью депрессии. В частности, с количеством воспаленных суставов, активностью ПсА по DAPSA и тяжестью поражения кожи псориазом (PASI) [16, 20, 37–40]. Кроме того, пациенты с депрессией хуже оценивают состояние собственного здоровья по сравнению с объективной оценкой врача [16]. Связь ПсА с другими аффективными расстройствами – а именно БАР – практически не изучена.

Согласно полученным результатам, несмотря на меньшую лабораторную активность ПсА (СОЭ), у пациентов с сопутствующей депрессией чаще наблюдались клинические признаки тяжелого течения заболевания: дактилиты, поражение ногтей псориазом, а также большее число (более 5) припухших суставов. Эти пациенты реже достигали приемлемого состояния здоровья (МАБ).

Необходимо отметить, что только пациенты с депрессивными расстройствами в рамках рекуррентного депрессивного расстройства и дистимии (5 из 14), а также

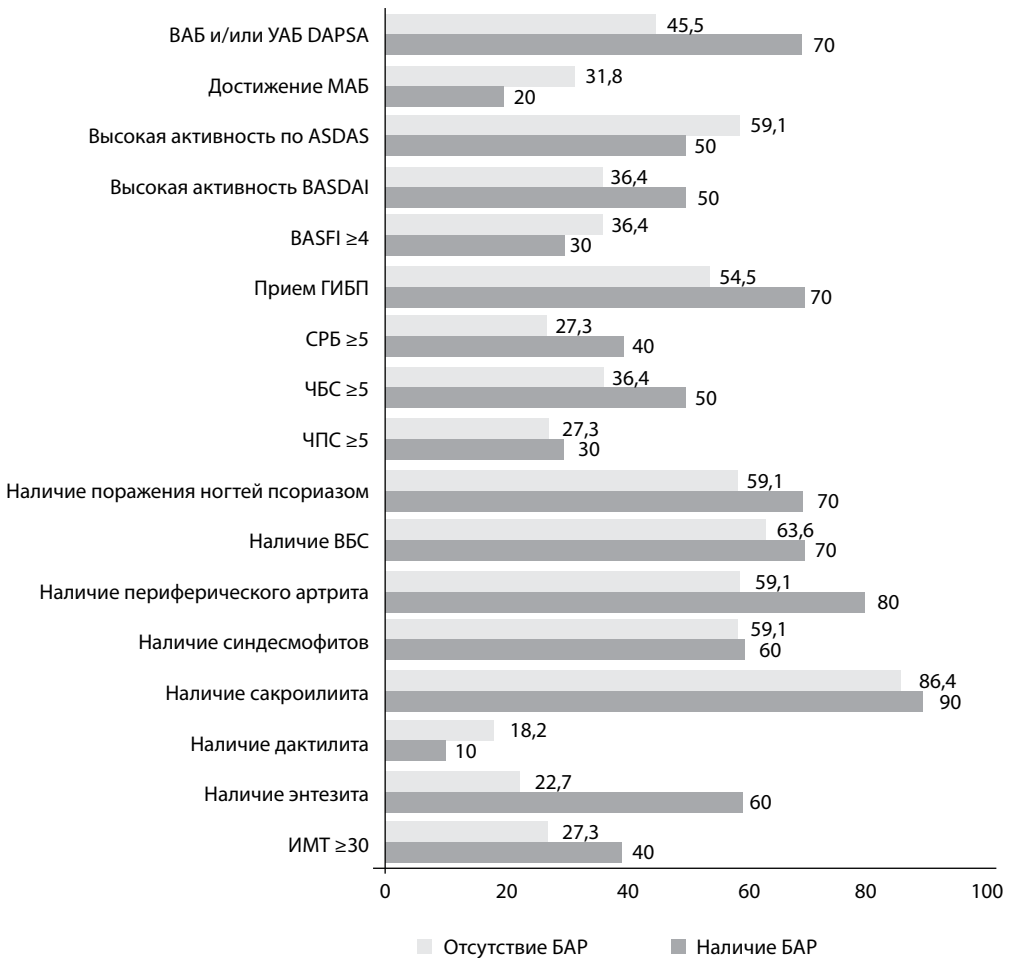


Рис. 3. Сравнительный анализ различных клинико-функциональных характеристик аксПсА в зависимости от наличия смешанных/гипоманиакальных эпизодов
Fig. 3. Comparative analysis of various clinical and functional characteristics of axPsA depending on the presence of mixed/hypomanic episodes

с БАП (4 из 12) имели более 5 припухших суставов и высокую или умеренную активность по BASDAI (6 из 14 и 7 из 12 соответственно).

У пациентов со смешанным или гипоманиакальным эпизодом, в свою очередь, наблюдалась большая лабораторная активность (СОЭ), частые энтезиты и периферический артрит, большая клиническая активность (DAPSA).

Имеются теоретические и экспериментальные обоснования взаимосвязи хронического системного воспаления и депрессии, провоспалительных цитокинов и нейромедиаторов, а также исследования, подтверждающие антидепрессивный эффект ГИБП в психиатрической практике. Рандомизированное контролируемое исследование эффективности инфликсимаба при резистентных к терапии униполярных

и биполярных депрессиях не выявило значимых результатов. Исключение составила группа пациентов с повышенными показателями С-реактивного белка [41]. Другое исследование инфликсимаба при резистентных депрессиях в структуре биполярного расстройства также не выявило значимых различий с плацебо, за исключением группы пациентов, имевших психические травмы в детстве – значимого фактора повышенной провоспалительной активности во взрослом возрасте [42]. Предполагается, что антидепрессивный эффект наблюдается лишь в определенной группе пациентов с депрессией, имеющих особый воспалительный биотип. Результаты настоящего исследования напрямую не могут подтвердить эти данные, однако пациенты с депрессией более чем в 1,5 раза реже получали ГИБП, предположительно оказывающих антидепрессивное воздействие.

Ингибиторы ФНО- α , используемые в терапии ПсА, могут провоцировать маниакальные состояния у пациентов, ранее не имевших ПР. Об этом свидетельствует систематический обзор [43], обобщивший результаты немногочисленных единичных наблюдений и исследований этарнецепта, инфликсимаба, адалимумаба. Несмотря на сравнительно редкую встречаемость гипомании и мании при назначении иФНО- α (0,53%) (что гораздо реже, чем при назначении глюкокортикоидов (5%) и антидепрессантов (18%)), результаты свидетельствуют о взаимосвязи маркеров воспаления с аффективными расстройствами. Несмотря на высокую частоту БАР, влияние ГИБП на провокацию идеаторного и двигательного возбуждения, характерного для гипоманиакальных, маниакальных и смешанных состояний, остается неоднозначным, так как в исследовании не выявлено различий по частоте назначения ГИБП пациентам со смешанным или гипоманиакальным эпизодом (7 (70,0%) против 12 (54,5%), $p=0,334$) и без него, а также в связи с развитием первой такой фазы задолго до назначения ГИБП.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные результаты свидетельствуют о высокой частоте проблем психического здоровья у пациентов с аксПсА с доминированием аффективных расстройств, несмотря на проводимую терапию ГИБП и низкую активность ПсА. Для подтверждения результатов необходимо проведение дальнейших исследований на более крупных выборках больных.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Nasonov E.L. (Ed.) (2017) *Rheumatology. Russian clinical guidelines*.
2. Ritchlin C.T., Colbert R.A., Gladman D.D. Psoriatic arthritis. *N Engl J Med*. 2017;376(10):957–970.
3. Alinaghi F., Calov M., Kristensen L.E., et al. Prevalence of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: A systematic review and meta-analysis of observational and clinical studies. *J Am Acad Dermatol*. 2019;80(1):251–265.e19. doi: 10.1016/j.jaad.2018.06.027
4. Gladman D.D. Axial Psoriatic Arthritis. *Curr Rheumatol Rep*. 2021;23(6). doi: 10.1007/s11926-021-00999-8
5. Gubar E.E., Korotaeva T.V., Vorobyeva L.D., et al. Diagnostic algorithm for axial involvement in psoriatic arthritis. *Rheumatology Science and Practice*. 2025;63(1):79–85. (In Russ.) <https://doi.org/10.47360/1995-4484-2025-79-85>
6. Feld J., Chandran V., Haroon N., et al. Axial disease in psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis: A critical comparison. *Nat Rev Rheumatol*. 2018;14(6). doi: 10.1038/s41584-018-0006-8
7. Gubar E.E., Korotaeva T.V., Dubinina T.V., et al. Comparative characteristics of axial spondyloarthritis and psoriatic arthritis with axial involvement. *Rheumatology Science and Practice*. 2024;62(2):168–175. (In Russ.) <https://doi.org/10.47360/1995-4484-2024-168-175>
8. Wang Y., Xing J., Liang Y., et al. The complex interplay between psoriasis and depression: from molecular mechanisms to holistic treatment approaches. *Front Immunol*. 2025;16. doi: 10.3389/fimmu.2025.1659346
9. Wang M., Sun Y., Sun Y. Efficacy and safety of drugs for psoriasis patients with mental disorders: A systematic review. *J Affect Disord*. 2024;365. doi: 10.1016/j.jad.2024.08.077

10. Petrova N.N., Smirnova I.O., Likhonos L.M. Comparative estimation of various approaches to therapy in patients with psoriasis. *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2013;1:63–70. (In Russ.)
11. Dorozhenok I.Yu., Ilna E.V. Psychosomatic aspects of psoriasis (review). *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*. 2021;24(3):251–262. (In Russ.) doi: 10.17816/dv71927
12. Vladimirova I.S., Kruglova L.S., Naumenko M.A., et al. Psoriasis, sleep disorders and comorbid mental disorders. *Kremlin medicine journal*. 2025;(2):0–64. (In Russ.) doi: 10.48612/cgma/29ex-3pmx-92gm
13. Zhao S.S., Miller N., Harrison N., et al. Systematic review of mental health comorbidities in psoriatic arthritis. *Clin Rheumatol*. 2020;39(1):217–225. doi: 10.1007/s10067-019-04734-8
14. Mathew A.J., Chandran V. Depression in Psoriatic Arthritis: Dimensional Aspects and Link with Systemic Inflammation. *Rheumatol Ther*. 2020;7(2). doi: 10.1007/s40744-020-00207-6
15. Zusman E.Z., Howren A.M., Park J.Y.E., et al. Epidemiology of depression and anxiety in patients with psoriatic arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum*. 2020;50(6). doi: 10.1016/j.semarthrit.2020.02.001
16. Goel N., Wallace E.B., Lindsay C. Hot Topics: Depression in Individuals With Psoriasis and Psoriatic Arthritis. *J Rheumatol*. October 2024;jrheum.2024-0362. doi: 10.3899/jrheum.2024-0362
17. Korsakova Yu.L., Korotaeva T.V., Loginova E.Yu., et al. The prevalence of comorbid and concomitant diseases in psoriatic arthritis patients, data from Russian register. *Rheumatology Science and Practice*. 2021;59(3):275–281. (In Russ.) <https://doi.org/10.47360/1995-4484-2021-275-281>
18. Kamalaraj N., El-Haddad C., Hay P., et al. Systematic review of depression and anxiety in psoriatic arthritis. *Int J Rheum Dis*. 2019;22(6):967–973. doi: 10.1111/1756-185X.13553
19. Zafriou E., Daponte A.L., Siokas V., et al. Depression and Obesity in Patients With Psoriasis and Psoriatic Arthritis: Is IL-17-Mediated Immune Dysregulation the Connecting Link? *Front Immunol*. 2021;12. doi: 10.3389/fimmu.2021.699848
20. Tabra S.A., abd Elghany S.E., Amer R.A., et al. Serum interleukin-23 levels: relation to depression, anxiety, and disease activity in psoriatic arthritis patients. *Clin Rheumatol*. 2022;41(11). doi: 10.1007/s10067-022-06300-1
21. De Lorenzis E., Natalello G., Bruno D., et al. Psoriatic arthritis and depressive symptoms: does systemic inflammation play a role? *Clin Rheumatol*. 2021;40(5). doi: 10.1007/s10067-020-05417-5
22. Wang X., Wu L., Liu J., et al. The neuroimmune mechanism of pain induced depression in psoriatic arthritis and future directions. *Biomedicine and Pharmacotherapy*. 2025;182. doi: 10.1016/j.biopha.2024.117802
23. Waszczak-Jeka M., Zuchowski P., Dura M., et al. Interleukin levels and depressive symptoms in psoriatic arthritis patients: insights from a case-control study on socio-demographic factors and disease perception. *Rheumatol Int*. 2024;44(7):1337–1343. doi: 10.1007/s00296-024-05599-0
24. Mease P.J. Navigating the complexity of pain in psoriatic arthritis and axial spondyloarthritis. *Curr Opin Rheumatol*. 2024;36(4). doi: 10.1097/BOR.0000000000001023
25. Ketenci S., Uzuner B., Bilgili A. Comparison of quality of life, depression and fatigue in patients with psoriasis and psoriatic arthritis. *Journal of Experimental and Clinical Medicine (Turkey)*. 2022;39(1). doi: 10.52142/omujecm.39.1.35
26. Akulinushkina E.Y., Yakupova S.P., Yakupov E.Z., et al. Central sensitization in psoriatic arthritis. *The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine*. 2023;16(5):16–21. (In Russ.) doi: 10.20969/VSKM.2023.16(5).16-21
27. Mahajan S., Mehta S., Das S., et al. The Bidirectional Relationship between Psoriatic Arthritis and Mental Health: A Comprehensive Review. *Curr Rheumatol Rev*. 2025;21. doi: 10.2174/0115733971402784250807191227
28. Wong A., Ye J.Y., Cook R.J., et al. Depression and Anxiety Reduce the Probability of Achieving a State of Sustained Minimal Disease Activity in Patients With Psoriatic Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2022;74(9). doi: 10.1002/acr.24593
29. Martins A., Oliveira D., Rocha T.M., et al. What is the association of depression with clinical response to therapy in patients with psoriatic arthritis treated with biologic disease-modifying antirheumatic drugs? *Clin Rheumatol*. 2024;43(1). doi: 10.1007/s10067-023-06806-2
30. Lubrano E., Ambrosino P., Perrotta F.M. Psychological Health in the Management of Patients with Psoriatic Arthritis: An Intricate Relationship. *Rheumatol Ther*. 2025;12(3). doi: 10.1007/s40744-025-00759-5
31. Mease P.J. Measures of psoriatic arthritis: Tender and Swollen Joint Assessment, Psoriasis Area and Severity Index (PASI), Nail Psoriasis Severity Index (NAPSI), Modified Nail Psoriasis Severity Index (mNAPSI), Mander/Newcastle Enthesitis Index (MEI), Leeds. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63(SUPPL. 11). doi: 10.1002/acr.20577
32. Coates L.C., Strand V., Wilson H., et al. Measurement properties of the minimal disease activity criteria for psoriatic arthritis. *RMD Open*. 2019;5(2). doi: 10.1136/rmdopen-2019-001002
33. Di Carlo M., Becciolini A., Lato V., et al. The 12-item psoriatic arthritis impact of disease questionnaire: Construct validity, reliability, and interpretability in a clinical setting. *Journal of Rheumatology*. 2017;44(3). doi: 10.3899/jrheum.160924
34. Gubar E.E., Korotaeva T.V., Dubinina T.V., et al. Differential diagnosis of axial spondyloarthritis and psoriatic arthritis with axial involvement. *Modern Rheumatology Journal*. 2025;19(3):64–73. (In Russ.) doi: 10.14412/19967012-2025-3-64-73
35. Sieper J., Van Der Heijde D., Landewé R., et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: A real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS). *Ann Rheum Dis*. 2009;68(6). doi: 10.1136/ard.2008.101501
36. Wang Y., Wang X., Gu X., et al. Evidence for a causal association between psoriasis and psychiatric disorders using a bidirectional Mendelian randomization analysis in up to 902,341 individuals. *J Affect Disord*. 2023;337:27–36. doi: 10.1016/j.jad.2023.05.059
37. McDonough E., Ayeart R., Eder L., et al. Depression and anxiety in psoriatic disease: Prevalence and associated factors. *Journal of Rheumatology*. 2014;41(5). doi: 10.3899/jrheum.130797
38. Lai T.L., Au C.K., Chung H.Y., et al. Depression in psoriatic arthritis: Related to socio-demographics, comorbid loads or disease activity? *Int J Rheum Dis*. 2022;25(4). doi: 10.1111/1756-185X.14298
39. Filimonova O.G., Simonova O.V. Quality of life and psycho-emotional status of patients with psoriatic arthritis. *Rheumatology Science and Practice*. 2009;47(3):25–28. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2009-1309>
40. Lisitsyna T.A., Veltishchev D.Yu., Nasonov E.L., et al. Psychiatric aspects of spondyloarthritis. *Rheumatology Science and Practice*. 2020;58(6):716–724. (In Russ.) <https://doi.org/10.47360/1995-4484-2020-716-724>
41. Raison C.L., Rutherford R.E., Woolwine B.J., et al. A randomized controlled trial of the tumor necrosis factor antagonist infliximab for treatment-resistant depression: The role of baseline inflammatory biomarkers. *Arch Gen Psychiatry*. 2013;70(1). doi: 10.1001/2013.jamapsychiatry.4
42. Baumeister D., Akhtar R., Ciufolini S., et al. Childhood trauma and adulthood inflammation: A meta-analysis of peripheral C-reactive protein, interleukin-6 and tumour necrosis factor- α . *Mol Psychiatry*. 2016;21(5). doi: 10.1038/mp.2015.67
43. Miola A., Dal Porto V., Meda N., et al. Secondary Mania induced by TNF- α inhibitors: A systematic review. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2022;76(1). doi: 10.1111/pcn.13302



Евсегнеев Р.А.

Минский областной клинический центр «Психиатрия – наркология», Минск, Беларусь

Выбор антидепрессанта на начальном этапе лечения депрессии: какие факторы нужно при этом учитывать?

Конфликт интересов: не заявлен.

Подана: 17.04.2026

Принята: 15.05.2026

Контакт: roman.evsegneev@mail.ru

Резюме

В статье обсуждаются факторы, которые учитываются отечественными психиатрами при выборе антидепрессанта на начальном этапе лечения депрессивного эпизода, включая факторы клиничко-психопатологические, анамнестические, генеалогические, социально-психологические и др. В качестве материала для обсуждения были использованы данные литературы, собственный длительный опыт лечебной и консультативной работы в стационарных и амбулаторных условиях, а также 30-летний опыт последипломного обучения отечественных врачей-психиатров. Отмечено, что часть этих факторов учитывается белорусскими психиатрами с достаточной полнотой. К их числу традиционно относятся степень выраженности и психопатологические особенности состояния, вероятность и степень опасности для пациента возможных побочных эффектов антидепрессанта, возраст и наличие сопутствующих соматических заболеваний, а также реакция на препарат в прежние приступы. В то же время другая часть факторов, несмотря на их очевидную важность, учитывается значительно менее полно или вовсе игнорируется. К их числу относятся: наличие у пациента коморбидных депрессии форм психической патологии (в частности, расстройств личности, тревожных расстройств, нарушений пищевого поведения, злоупотребления алкоголем, табаком и безрецептурными барбитуратами), наличие семейной отягощенности аффективной патологией (в частности, биполярным аффективным расстройством), случаи с ранним началом и необычно быстрым терапевтическим ответом на антидепрессант, иные случаи, где есть основания предполагать развитие в последующем биполярного аффективного расстройства, а также уровень приемлемости ожидаемых побочных эффектов выбираемого препарата для данного пациента (с точки зрения его системы ценностей, жизненного стиля, поведенческих особенностей), раннее распознавание и регистрация случаев некомплаенса в отношении намеченного врачом плана лечения. Обсуждаются причины указанных недостатков и их влияние на результаты лечения. Приведен ряд практических рекомендаций по улучшению ситуации.

Ключевые слова: антидепрессанты, критерии выбора препарата при лечении депрессивного эпизода, ситуация в отечественной практике, рекомендации по ее улучшению



Evsegneev R.

Minsk Regional Clinical Center "Psychiatry – Narcology", Minsk, Belarus

Choosing an Antidepressant at the Initial Stage of Depression Treatment: what Factors Should be Taken into Account in this Case?

Conflict of interest: nothing to declare.

Submitted: 17.04.2026

Accepted: 15.05.2026

Contacts: roman.evsegneev@mail.ru

Abstract

The article discusses the factors that are taken into account by domestic psychiatrists when choosing an antidepressant at the initial stage of treatment of a depressive episode, including clinical, psychopathological, anamnestic, genealogic, socio-psychological, etc. factors. As material for discussion the author used the data of the literature, his own long-term experience of medical and consultative work in inpatient and outpatient settings, as well as 30 years of experience in postgraduate training of domestic psychiatrists. It is noted that some of these factors are taken into account by domestic psychiatrists with sufficient completeness. These traditionally include the degree of severity and psychopathological features of the condition, the likelihood and degree of danger for the patient of possible side effects of the antidepressant, age and the presence of comorbid somatic diseases, as well as the reaction to the drug in previous depressive episodes. At the same time, another part of the factors, despite their obvious importance, is taken into account much less fully or is completely ignored – they include the presence of comorbid depression forms of mental disorders (in particular, personality disorders, anxiety disorders, abuse of alcohol, tobacco and over-the-counter barbiturates, eating disorders), the presence of a family burden of affective pathology (in particular, bipolar affective disorder), identification of cases with early onset and unusually rapid therapeutic response to an antidepressant and other cases where there is reason to assume the development of bipolar affective disorder in the future, as well as the level of acceptability of the expected side effects of the selected drug for this patient (from the point of view of his value system, life style, behavioral characteristics), early recognition and registration of the cases of non-compliance in relation to the treatment plan planned by the doctor. The causes of these shortcomings and their impact on the results of treatment are discussed. A number of practical recommendations for improving the situation also are given.

Keywords: antidepressants, criteria for choosing a drug in the treatment of a depressive episode, the situation in domestic practice, recommendations for its improvement

■ ВВЕДЕНИЕ

Фармакотерапия депрессий безусловно относится сегодня к числу наиболее актуальных вопросов современной психиатрической науки и практики, а препараты-антидепрессанты в последние десятилетия по широте своего применения

в большинстве стран мира превосходят все другие группы современных психотропных препаратов.

Причины этого также вполне очевидны и включают в себя [1, 2]:

- повсеместно широкую распространенность этой патологии, составляющую 5–6% взрослого населения; общее число этих пациентов среди населения Земли, по мнению ВОЗ, достигает уже 340 млн человек и продолжает расти;
- огромные экономические потери, обусловленные этой патологией, – показатель, по которым депрессия входит в число лидирующих заболеваний современного человека: так, в странах Евросоюза экономические затраты из-за депрессии почти в 5 раз превышают затраты из-за мозговых инсультов;
- доступность методов лечения с доказанной эффективностью – прежде всего препаратов-антидепрессантов, позволяющих при их правильном использовании добиваться позитивных результатов в 60–70% случаев; диапазон выбора этих препаратов с каждым последующим десятилетием неуклонно расширяется.

Несмотря на то что используемые сегодня в лечении депрессий методы включают ряд самых разных нелекарственных воздействий: психотерапию (когнитивную, поведенческую и др.), электросудорожную терапию, транскраниальную магнитную стимуляцию, депривацию сна, светотерапию и др., применение с этой целью антидепрессантов все же является основным, наиболее частым в повседневной практической работе способом лечения [3]. Доказательством этого может служить и тот факт, что объемы потребления этих препаратов в мире неуклонно увеличиваются: так, в Республике Беларусь с 2004 по 2012 г. этот показатель вырос в 5,72 раза [4]. Необходимо также отметить, что возможности и спектр выбора этих препаратов в практической работе за последние несколько десятилетий весьма существенно расширились – в плане особенностей их терапевтического эффекта, разнообразия нейробиологических механизмов воздействия, степени переносимости, характера и выраженности побочных эффектов и др. Достаточно отметить, что если еще в конце 1970-х – начале 1980-х гг. для отечественного психиатра выбор антидепрессантов, по существу, ограничивался 6–7 препаратами, то к настоящему времени он как минимум удвоился.

По всем перечисленным выше причинам способность врачей-психиатров с максимальной полнотой использовать имеющиеся при этом возможности приобретает все большую актуальность. К сожалению, вплоть до настоящего времени выбор антидепрессанта для лечения депрессии в повседневной отечественной практике нередко совершается, как и прежде, методом проб и ошибок, без учета ряда важных факторов, что существенно ухудшает получаемые результаты.

■ ЦЕЛЬ РАБОТЫ

В наших предыдущих публикациях мы уже обсуждали различные аспекты фармакотерапии депрессий применительно к повседневной отечественной практике [4–6].

Цель настоящей статьи касается более узкого, но тем не менее весьма важного аспекта фармакотерапии, с которым повседневно сталкивается психиатр в своей работе: какие именно факторы и почему важно учитывать при выборе первого антидепрессанта на начальном этапе лечения депрессивного эпизода (которое, как известно, всегда начинается с назначения одного препарата-антидепрессанта),

а также как сегодня обстоят дела и как меняется данная ситуация в последние годы в повседневной отечественной практике. В качестве материала для обсуждения были использованы данные литературы, собственный длительный опыт лечебной и консультативной работы в стационарных и амбулаторных условиях, а также 30-летний опыт последипломного обучения отечественных врачей-психиатров.

При последующем изложении мы посчитали целесообразным разделить все многообразие этих факторов на две группы: те из них, которые чаще всего принимаются во внимание и в достаточно большом проценте случаев учитываются нашими специалистами (1-я группа), и те, которые учитываются, на наш взгляд, значительно реже первых либо по тем или иным причинам полностью игнорируются в отечественной практике (2-я группа).

Конечная цель публикации вполне очевидна: обсудить, как и почему перечисленные факторы влияют на результаты лечения, течение, прогноз заболевания и жизненные обстоятельства наших пациентов и что можно сделать в этой области для улучшения ситуации, т. е. повышения эффективности фармакотерапии депрессий в отечественной практике.

■ ФАКТОРЫ, КОТОРЫЕ, КАК ПРАВИЛО, УЧИТЫВАЮТСЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫМИ ПСИХИАТРАМИ

1. К их числу следует отнести, на наш взгляд, прежде всего традиционную для отечественной практики психопатологическую квалификацию структуры и особенностей депрессивного синдрома с делением на тревожные (тревожно-ажитированные), классические меланхолические и заторможенные (тоскливо-апатические, анергические) формы. Роль этого деления для подбора антидепрессанта вполне очевидна: в первом случае – препараты с противотревожным и седативным действием (от амитриптилина до миансерина, мirtазапина, флувоксамина и пароксетина), во втором – с действием стимулирующим (от имипрамина до флуоксетина и циталопрама); в случаях с полиморфной либо часто меняющейся симптоматикой используются антидепрессанты с так называемым сбалансированным действием – от анафранила до мапротилина до сертралина и др. [7].

Депрессии с атипичной симптоматикой, т. е. с различными вегетативными симптомами, перепадами настроения, повышенными сонливостью и аппетитом, лучше реагируют на селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) и бупропион, чем на трициклические антидепрессанты (ТЦА). Классические меланхолические депрессии лучше всего, как известно, отвечают не на СИОЗС, а на ТЦА либо на сочетание селективного ингибитора обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) венлафаксина с мirtазапином, схожее с классическими ТЦА своим двойным действием [8].

2. Столь же традиционным для отечественной практики является обязательный учет степени выраженности, тяжести депрессивной симптоматики, когда препаратами первого выбора для лечения выраженных депрессивных расстройств (большой депрессии) являются так называемые большие антидепрессанты от амитриптилина, кломипрамина, мапротилина до венлафаксина и дулоксетина и др. Начинать же лечение депрессивных состояний относительно небольшой глубины следует с использования более легких, «малых» антидепрессантов: циталопрама, эсциталопрама, флуоксетина сертралина, агомелатина и др.

3. Следующий фактор, который, как правило, принимается во внимание отечественными специалистами, – вероятность, характер и степень опасности побочных эффектов выбираемого антидепрессанта для конкретного пациента. Это вполне отражает мировую тенденцию последних десятилетий, когда именно фактор безопасности становится ведущим как при создании новых антидепрессантов, так и при выборе препарата в каждом конкретном случае, что, в частности, обуславливает резкое уменьшение объема использования ТЦА и ингибиторов моноаминоксидазы (ИМАО) и несравнимо более широкое применение антидепрессантов-СИОЗС [8].

Необходимо в то же время отметить, что полнота прогнозирования и выявления различных побочных эффектов антидепрессантов в отечественной практике весьма существенно отличается: в большей степени это касается холинолитических и сердечно-сосудистых, в меньшей степени – сексуальных, обменно-эндокринных и неврологических побочных эффектов, и в еще меньшей степени – психических, поведенческих и когнитивных побочных эффектов, а также серотонинового синдрома [6].

4. Следующими факторами, которые по понятным причинам тесно связаны с вышеназванными и чаще всего учитываются в отечественной практике при выборе антидепрессанта, являются: наличие сопутствующих соматических заболеваний (чаще всего сердечно-сосудистых), пожилой возраст, что ограничивает использование ТЦА, в случае необходимости приема пациентом в период лечения антидепрессантом других лекарственных препаратов – вероятность фармакокинетических взаимодействий, наиболее низкая, как известно, у циталопрама, эсциталопрама и миртазапина. При наличии у пациента стенокардии, ишемической болезни сердца и аритмий гораздо безопаснее, как известно, использовать СИОЗС и венлафаксин, чем ТЦА и ИМАО [7–9].

К числу относительных недостатков здесь может быть отнесено то, что пожилой возраст пациента редко учитывается еще и как фактор, обуславливающий более медленный, растянутый по времени ответ на лечение антидепрессантом, что требует от врача более длительного времени ожидания терапевтического ответа на выбранный препарат либо отсутствия данного ответа.

5. Наконец, к числу в большинстве случаев учитываемых факторов относится, если данный депрессивный эпизод не является первым, реакция пациента на антидепрессанты, которые были использованы ранее при лечении прежних эпизодов болезни, т. е. выбирается препарат, который оказался ранее эффективным и безопасным. При этом очень важен сбор сведений о наблюдавшихся ранее побочных эффектах и осложнениях терапии, поскольку они вполне могут повториться и в лечении данного приступа. Иногда, как в случае наблюдавшегося у пациента ранее серотонинового синдрома, это является критически важным, поскольку в корне меняет возможности выбора антидепрессанта, включая полный отказ от использования ТЦА, СИОЗС, СИОЗСН и ИМАО. К сожалению, на практике, если после перенесенного ранее эпизода прошло уже значительное время, пациент далеко не всегда может вспомнить использованный ранее препарат, его дозы и даже возникавшие тогда побочные эффекты, а выписки из прежних медицинских документов у него чаще всего отсутствуют либо в них эти вопросы не отражены.

■ ФАКТОРЫ, КОТОРЫЕ ЗНАЧИТЕЛЬНО РЕЖЕ УЧИТЫВАЮТСЯ ЛИБО ПОЛНОСТЬЮ ИГНОРИРУЮТСЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫМИ ПСИХИАТРАМИ

1. Уровень приемлемости ожидаемых побочных эффектов антидепрессанта для данного конкретного пациента, причем не с точки зрения опасности для его соматического здоровья (колебаний артериального давления, нарушений сердечного ритма и проводимости, задержек мочи и т. д., которые учитываются врачами достаточно полно), а в зависимости от его системы ценностей, жизненной ситуации, характера занятости, профессиональных целей и интересов, возраста, стиля жизни, характерологических и поведенческих особенностей. При этом вполне очевидно, что одни и те же побочные эффекты лечения для одного пациента сколь-либо существенного значения иметь не будут, тогда как для другого могут стать причиной категорического отказа от лечения и стойкого нон-комплаенса, в том числе и скрываемого им от врача.

2. Наличие у пациента с депрессивным эпизодом сопутствующих форм психической патологии, что может существенно влиять на эффективность назначаемого антидепрессанта. Среди них, в частности, важен учет часто коморбидных депрессии злоупотребления и зависимости от алкоголя, табака, использования препаратов зверообоя, а также легко доступных для пациента в отечественных условиях безрецептурных барбитуратов в форме валокордина, корвалола и т. п. – часто в результате предшествующего самолечения симптомов болезни (расстройств сна, тревоги и др.). Необходимость учета этих аспектов вполне очевидна, поскольку прием пациентом всех перечисленных веществ существенно ускоряет печеночный метаболизм антидепрессанта, снижает его концентрацию в крови, а значит, и терапевтический эффект. Кроме того, в таком случае настоятельно требуется повышение степени информированности пациента в этой области перед началом лечения антидепрессантом.

При наличии в анамнезе судорожных расстройств, перенесенного ранее инсульта или черепно-мозговых травм гораздо безопаснее использовать СИОЗС или венлафаксин, чем ТЦА [8, 9].

Не менее важна фиксация в диагнозе нередко сопутствующих депрессии тревожных расстройств (обсессивно-компульсивного, генерализованного тревожного и др.), а также учет личностных аномалий пациента с депрессией, что в повседневной отечественной практике чаще всего, к сожалению, не происходит; наибольшее значение здесь имеет, на наш взгляд, пограничное (в МКБ-10 – эмоционально-неустойчивое) расстройство личности, которое существенно влияет на характер отношений врача с депрессивным пациентом и приверженность последнего лечению антидепрессантами. COMPLAINT, кроме того, существенно ниже при наличии у пациента параноидных (паранойяльных), зависимых и пассивно-агрессивных личностных черт.

Как известно, монополярная депрессия (МД) и биполярное аффективное расстройство (БАР) нередко сочетаются также с нарушениями пищевого поведения, что важно в плане ожидаемых метаболических побочных эффектов назначаемого антидепрессанта, как и ожидаемого уровня COMPLAINT [7–9].

Вполне очевидно, что в случае установления у пациента коморбидных депрессии форм психической патологии они должны быть зафиксированы в диагнозе – это, кроме всего прочего, значительно повышает вероятность того, что они будут учтены в будущем другими специалистами при последующих депрессивных эпизодах.

3. К числу признаков, которые довольно редко учитываются в отечественной практике при выборе антидепрессанта, относится также пол пациента. В то же время существует много доказательств того, что мужчины лучше отвечают на ТЦА и лучше их переносят, чем женщины, которые перед менопаузой лучше реагируют на СИОЗС, чем мужчины [8]. Поэтому при прочих равных условиях мужчин лучше лечить препаратами двойного действия венлафоксином, дулоксетином либо ТЦА, а женщин – СИОЗС.

4. Получение данных семейного анамнеза, а именно наблюдались ли у кого-либо из близких кровных родственников пациента (отца, матери, родных братьев и сестер) расстройства настроения, госпитализации по этому поводу, а также суициды; если да, то какие препараты-антидепрессанты для лечения использовались и с каким эффектом. В случае положительного ответа и наличия сведений об этом есть основания считать, что этот препарат будет эффективен и у нашего пациента. К сожалению, получить эти сведения в повседневной практической работе удается далеко не всегда: даже если в семейном анамнезе такие случаи и отмечались в прошлых поколениях, то либо большинство этих родственников не обращались за помощью психиатра, либо сведения об использованных при этом препаратах часто отсутствуют.

Получение подобных сведений может иметь большое значение и для нижеследующего фактора в этом перечне.

5. Для успеха лечения депрессии – как в настоящее время, так и тем более на дальнейшую перспективу – принципиально важно получить ответ на очевидный вопрос: возникло это состояние в рамках МД или БАР? Лечение депрессии в этих случаях имеет, как известно, ряд существенных отличий: в первом случае вполне достаточно будет длительной монотерапии правильно подобранным антидепрессантом с последующим продолжением его приема в состоянии ремиссии, тогда как во втором случае – длительное лечение нормотимиком (карбонатом лития, вальпроатом, карбамазепином и др.), в части случаев в сочетании с антипсихотиком, а прием антидепрессанта – лишь в период купирования острого состояния депрессии и на весьма непродолжительное время с быстрой его отменой в период долечивания.

На практике часты ситуации, когда многие пациенты с большим депрессивным приступом и установленным при этом диагнозом МД в действительности страдают БАР (как правило, II типа) и получают при этом длительную монотерапию антидепрессантами, пока не будет обнаружена биполярная природа болезни. Такое лечение значительно ухудшает прогноз: увеличивает вероятность развития инверсии аффекта в манию и гипоманию, быстрой цикличности и смешанных состояний, сокращает длительность ремиссий, а у подростков и лиц молодого возраста может также повышать риск суицидального поведения [9]. Напротив, распознавание биполярной природы болезни уже в первом приступе депрессии позволяет существенно улучшить результаты лечения – как в данном приступе, так и особенно в отдаленной перспективе.

Для установления правильного диагноза пациенту уже с первым депрессивным эпизодом врачу необходимо обратить внимание на ряд признаков, говорящих в пользу БАР, а именно ранний возраст начала болезни, быстроту развития, остроту и выраженность симптомов депрессии, лабильность настроения, более

продолжительный сон, наличие сопутствующей тревоги и отдельных психотических симптомов [7–9].

Кроме того, наличие среди близких кровных родственников расстройств биполярного спектра отчетливо говорит в пользу БАР у пациента: так, еще к середине 1960-х гг. было установлено, что родственники биполярных пациентов заболевают главным образом биполярными расстройствами [10]. Если общепопуляционный риск этой патологии составляет 1–2%, то для родственников 1-й степени родства пациента с БАР – уже 5–10%, т. е. примерно в 10 раз выше [9].

Необычно быстрый терапевтический ответ на прием антидепрессанта также обычно указывает на депрессию в рамках БАР [7–9].

Ранее был обнаружен еще ряд клинко-генетических факторов более частного характера, которые, хоть их и нетрудно установить, обычно не учитываются врачами в повседневной практической работе, а именно преобладание монополярных депрессий и большая их продолжительность у мужчин с пикническим телосложением [11], а также высокая частота неблагоприятных континуальных форм течения болезни у пациентов, рожденных от эндогамных (изолакальных) браков, т. е. родители которых происходили из одного и того же небольшого населенного пункта (поселка или деревни) либо из разных населенных пунктов, удаленных друг от друга на расстояние менее 10 км [12].

6. Правильность выбора антидепрессанта основывается на первом этапе терапии, как известно, на двух основных критериях – его переносимости, т. е. наличии, характере и степени выраженности побочных эффектов, и его эффективности, т. е. редукции симптомов депрессии. Для более точной и полной оценки последнего принято не ограничиваться лишь субъективным впечатлением лечащего врача, но опираться на результаты, полученные с использованием стандартных оценочных инструментов, таких как Шкала депрессии Бека, Шкала Гамильтона для оценки депрессии, Шкала депрессии Монтгомери – Асберг и др. Такую оценку необходимо проводить перед началом терапии и в острой фазе лечения депрессии (первые 2–6 недель) с частотой каждые 1–2 недели, чтобы в итоге сделать вывод о наличии ответа на препарат к концу 4-й недели приема полной дозы; вывод об эффективности выбранного антидепрессанта (редукции выраженности симптомов не менее чем на 50% от первоначальной) делается врачом к 6–12-й неделе его приема.

Несмотря на то что эти инструменты хорошо известны отечественным специалистам, а Шкала депрессии Бека (взрослый и подростковый вариант) и Гериатрическая шкала депрессии приведены в действующих в стране клинических протоколах [13], мониторинг симптомов депрессии с их использованием на практике проводится лишь в небольшой части случаев и главным образом в условиях стационарного лечения, тогда как оценка эффективности антидепрессанта на ранних этапах в амбулаторной практике часто носит субъективный характер, что значительно снижает точность оценок. Попутно отметим, что шкалы для оценки степени выраженности состояний мании (в частности, Шкала мании Янга и др.) в повседневной отечественной практике используются очень редко.

7. Следующим важным (и нередко решающим) фактором, который всегда нужно учитывать при выборе антидепрессанта, является вероятность комплаенса в отношении приема данного препарата у данного пациента. Если еще вплоть до 1980-х гг. неуспех фармакотерапии в отечественной литературе чаще всего объяс-

няли различными биологическими причинами (терапевтической резистентностью и др.), то в последние десятилетия обнаружилось, что куда более частой причиной этого является банальное несоблюдение пациентом плана лечения – не-комплаенс, как и неготовность врача это увидеть и исправить. Признанием важности данной проблемы для повседневной практики стало, в частности, включение категории не-комплаенса в МКБ-10 в главу XXI Z91.1 – «Невыполнение медицинских рекомендаций и несоблюдение схемы и режима лечения в личном анамнезе» [14].

Все это в полной мере относится и к фармакотерапии депрессий. Так, проведенные исследования показали, что для антидепрессантов величина комплаенса составляет лишь 60%, а в течение 12 недель прием препарата продолжают лишь 40% пациентов, которым он был назначен [15]. По данным из США, 42,4% пациентов прекратили терапию в первые 30 дней, и только 27,6% продолжили принимать антидепрессант более 90 дней [16]. К сожалению, на отечественном материале подобных исследований пока не проводилось, хотя ситуация наверняка будет не менее плачевной.

Порядок и последовательность действий врача для преодоления этого вполне очевидны:

- прежде всего сам факт не-комплаенса должен быть установлен и зафиксирован врачом, в том числе в медицинской документации;
- далее необходимо попытаться выяснить его причины, которые могут быть самыми разными: низкая информированность, предрассудки массового сознания, ошибочные представления о болезни и опасностях лечения в голове у пациента («А не вызовет ли это возникновения у меня зависимости от антидепрессанта?» и т. п.), побочные эффекты препарата (в том числе в прошлом), отложенность по времени на несколько недель основного антидепрессивного эффекта, слишком сложная схема приема, личностные особенности пациента, включение у него механизмов психологической защиты (в форме вытеснения, отрицания, рационализации, проекции и др.), недостаточная степень заинтересованности врача в результатах лечения, влияние на пациента взглядов его социального и семейного окружения, степень подготовленности врача в области психообразования и др. [17].

Поэтому для соблюдения комплаенса решения о лечении, выборе препарата-антидепрессанта и схеме его приема должны приниматься путем открытого совместного обсуждения психиатра и пациента. В повседневной отечественной практике ситуация в этой области хоть и постепенно улучшается, но все еще далека от идеальной.

Если на начальном этапе лечения добиться приверженности пациента лечению еще не удастся, то бывает целесообразным при прочих равных условиях использовать антидепрессант с длительным периодом полувыведения, где достаточно однократного приема в день под контролем близких – например, циталопрам (T_{1/2} – 35 часов), сертралин (25 часов), эсциталопрам (32 часа), флуоксетин (от 24 до 72, в среднем 34 часа), миртазапин (от 20 до 40 часов) [8].

8. Наконец, к числу факторов, принимаемых во внимание при выборе антидепрессанта, относятся его наличие в местной аптечной сети, а также доступная для пациента стоимость такого препарата с учетом того, что при большой МД потребуется как минимум полгода его приема: 6–8 недель для купирования остро-

го состояния, плюс еще как минимум 4–6 месяцев на этапе долечивающей и стабилизирующей терапии, плюс в части случаев – длительное противорецидивное лечение.

В заключение отметим ряд мероприятий общего и организационного характера, которые могли бы способствовать улучшению ситуации в обсуждаемой области. К их числу относятся, на наш взгляд, следующие:

- по окончании курса лечения тем или иным антидепрессантом острого состояния во всех случаях врачу необходимо коротко и конкретно отражать в медицинской документации вывод о степени эффективности данного препарата, величине использованных доз, наличии и характере наблюдавшихся при этом побочных эффектов – так, чтобы эти сведения были доступны для специалистов, которые будут вести пациента в будущем;
- при установлении наличия терапевтической резистентности к тому или иному препарату во всех случаях указывать это в сведениях о лечении;
- для вывода о степени эффективности и наличии терапевтического ответа на антидепрессант использовать не только субъективное впечатление психиатра, но также данные, полученные с применением стандартных оценочных инструментов;
- отражать в медицинской документации наблюдавшиеся в ходе лечения побочные эффекты выбранного антидепрессанта в качестве дополнительного диагноза с использованием, где это возможно, диагностических рубрик МКБ-10 (например, G24.0 «дистония, вызванная лекарственным препаратом» либо E66 «фармакогенное ожирение» и т. д.) либо с применением рубрик Y49.0 «побочные эффекты при использовании трициклических и тетрациклических антидепрессантов» и Y49.2 «побочные эффекты при использовании других антидепрессантов» с указанием их характера;
- обязательное указание в качестве дополнительного диагноза явления нон-комплаенса (Z91.1) во всех случаях его наличия.

Все эти шаги позволят существенно облегчить работу и сократить время на поиск подходящего антидепрессанта в последующих эпизодах болезни, поскольку нет каких-либо оснований предполагать, что терапевтический ответ у пациента на тот или иной антидепрессант в недалеком будущем существенно изменится.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, при выборе антидепрессанта для успешного лечения депрессии важен учет большого количества влияющих на результат факторов самой разной природы – от клинко-психопатологических особенностей данного приступа, анамнестических сведений, ожидаемых побочных эффектов, возраста, пола и соматического состояния до наследственной отягощенности, личностных особенностей и стиля жизни пациента, степени его информированности и приверженности лечению, ожидаемого уровня комплаенса и др.

Учет их в практическом плане необходим уже потому, что позволяет врачу индивидуализировать план лечения в каждом конкретном случае, включая выбор антидепрессанта, его дозы, длительности приема, его сочетания с другими препаратами как при лечении острого состояния, так и в последующем.

Хотя широкий перечень этих факторов врачу следует держать в поле зрения, роль каждого из них может существенно отличаться в каждом конкретном случае, поэтому основной задачей врача является выделение именно тех факторов, которые наиболее важны в лечении данного пациента в данном приступе заболевания, и их дальнейший постоянный учет в ходе терапии, например:

- при лечении депрессии у женщины 50–60 лет – отказ от ТЦА и выбор СИОЗС;
- при необходимости приема совместно с антидепрессантом нескольких других лекарственных препаратов – выбор эсциталопрама и миртазапина;
- в случаях длительного противорецидивного лечения, когда пациент обеспокоен возможностью повышения веса, – выбор флуоксетина и сертралина, а при его озабоченности по поводу сексуальных нарушений – миртазапина, тianeptina и флуоксетина;
- при наличии в семейном анамнезе расстройств, напоминающих БАР, в случаях начала депрессии у пациента в относительно раннем (до 15–17 лет) возрасте, а также быстрого терапевтического ответа на антидепрессант – его отмена с переходом на длительный прием нормотимика с исключением в будущих приступах депрессии применения ТЦА;
- при установлении случаев нон-комплаенса – открытое обсуждение с пациентом его причин, последствий и проведение работы по психообразованию; выбор препарата с длительным периодом полувыведения, когда возможен однократный прием в сутки под контролем близких и т. д.

Таким образом, чем шире диапазон учитываемых врачом при этом факторов, тем лучше результаты лечения и тем увереннее чувствует себя врач.

Из числа мероприятий организационного характера улучшению ситуации будет способствовать, на наш взгляд, введение правила обязательной регистрации в медицинских документах наблюдавшегося в ходе лечения терапевтического ответа на использованный антидепрессант с указанием его доз и отмеченных при этом побочных эффектов, а также (при их наличии) сопутствующих депрессии форм психических расстройств и случаев нон-комплаенса в ходе лечения. Важным результатом такой работы станет доступность всех этих сведений для врача, который будет проводить лечение пациента в будущих приступах, что даст возможность облегчить и ускорить процесс подбора препарата. Кроме того, при оценке степени эффективности выбранного антидепрессанта необходимо существенно расширить использование в повседневной практике доступных стандартных инструментов для оценки степени тяжести депрессии в ходе лечения, что позволит объективизировать выводы о наличии либо отсутствии терапевтического ответа на использованный антидепрессант, что также будет полезным для выбора препарата в будущем.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. World Health Organization. *The world health report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. Moscow: The World (In Russian)
2. *Mental Health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investment into Mental Health*. The Institute of Mental Health, Nottingham, 2013.
3. Antidepressant medications and other treatments of depressive disorders: a CINP Task Force report based on a review of evidence. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2007;10(1):207.
4. Evsegneevev R.A. Depression and Anxiety disorders as the important problems of the today's public health service: situation in Belarus. *Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology*. 2015;19(1):62–69. (In Russian)

5. Evsegneev R.A. Ten most characteristic errors in antidepressant therapy of depression in domestic practice. *Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology*. 2023;14(4):452–461. (In Russian)
6. Evsegneev R.A., Evsegneeva E.R. Side effects of antidepressants: how often they are recognized and taken into account in the everyday practice by domestic psychiatrists. *Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology*. 2026;17(1):111–126. (In Russian)
7. Mosolov S.N. (1995) *Clinical use of contemporary antidepressants*. S.-Petersburg: Medical Information Agency. (In Russian)
8. Schatzberg A.F., Cole J.O., DeBatista Ch. (2013) *Manual of Clinical Psychopharmacology*. M.: Medpress-inform. (In Russian)
9. Stal S.M. (2020) *Fundamentals of psychopharmacology. Theory and practice*. Moscow: GEOTAR-Media.
10. Perris C. A study of bipolar manic-depressive and unipolar recurrent depressive psychoses. *Acta Psychiatr. Scand.* 1966;2(194):189–194.
11. Bepalko I.G. *Manic-depressive psychosis and constitutional features of physique. Fourth All-Russian Congress of Neurologists and Psychiatrists. Abstracts of reports*. Moscow, 1980. Vol. 1. Pp. 523–525. (In Russian)
12. Evsegneev R.A. (1990) *Endogenous affective and schizoaffective psychoses: a clinical and biological study: author's abstract of dissertation of doctor of medical sciences*. Moscow: All-Union Scientific Center for Mental Health. (In Russian)
13. *Providing medical care to patients with mental and behavioral disorders: a collection of clinical protocols*. Minsk: Professional publications, 2023. (In Russian)
14. *Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders with Glossary and Diagnostic Criteria for Research*. Ed. J.E. Cooper. K.: Sfera, 2000.
15. Lapin I.P. (2000) *Placebo and therapy*. St. Petersburg: Lan. (In Russian)
16. Olsson M., Marcus S., Tedeschi M. Continuity of antidepressant treatment for adults with depression in the United States. *Am. J. Psychiatry*. 2006;163(1):101–108.
17. Evsegneev R.A. (2010) *Psychiatry in General Medical Practice. A Guide for Physicians*. Moscow: Medical Information Agency. (In Russian)



Мирошкин С.С.¹, Скрыбин В.Ю.^{1,2} ✉, Шипицын В.В.¹, Масыкин А.В.^{1,3}

¹ Московский научно-практический центр наркологии, Москва, Россия

² Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва, Россия

³ Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия

Пролонгированный налтрексон в терапии алкогольной зависимости: влияние мотивации и структуры патологического влечения на клиническую эффективность лечения

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: авторы внесли равный вклад в подготовку статьи.

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Подана: 04.06.2025

Принята: 23.03.2026

Контакты: sardonios@yandex.ru

Резюме

Введение. Алкогольная зависимость сопровождается высоким риском рецидива, в значительной степени обусловленным выраженностью патологического влечения к алкоголю. Пролонгированный налтрексон рассматривается как эффективное средство поддерживающей терапии, однако межиндивидуальные различия в ответе на лечение требуют дальнейшего изучения.

Цель. Провести клинико-динамическую оценку эффективности и переносимости пролонгированного налтрексона у пациентов с алкогольной зависимостью и выявить значимые предикторы терапевтического ответа – структуру патологического влечения (по классификации В.Б. Альтшулера) и мотивационный профиль пациента.

Материалы и методы. В проспективное исследование включено 100 пациентов с диагнозом F10.20/F10.21, находившихся в ремиссии после купирования синдрома отмены. Все участники получали налтрексон в стандартной дозе каждые 30 дней в течение шести месяцев. Оценка эффективности включала динамику патологического влечения (шкалы PACS и Альтшулера), продолжительность ремиссии, переносимость и приверженность к терапии. Проводился анализ влияния мотивации и структуры ПВА на исходы лечения.

Результаты. Пролонгированный налтрексон достоверно снижал выраженность патологического влечения и способствовал поддержанию воздержания. Пациенты с идеаторным и поведенческим типами влечения демонстрировали наилучшие результаты. Аффективный тип ассоциировался с более частыми рецидивами, несмотря на снижение субъективной тяги. Внутренняя мотивация значительно повышала эффективность терапии. Переносимость препарата была хорошей, побочные эффекты – редкими и легкими.



Заключение. Феноменология патологического влечения и мотивационный профиль пациента являются значимыми детерминантами эффективности терапии налтрексоном. Оценка этих параметров позволяет индивидуализировать лечение и повысить устойчивость ремиссии.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, пролонгированный налтрексон, патологическое влечение к алкоголю, мотивация, типология ПВА, налтрексон, ремиссия, профилактика рецидива, персонализированная терапия, антикрэйвинг

Miroshkin S.¹, Skryabin V.^{1,2} ✉, Shipitsyn V.¹, Masyakin A.^{1,3}

¹ Moscow Research and Practical Centre on Addictions, Moscow, Russia

² Russian Medical Academy of Continuous Professional, Moscow, Russia

³ Central State Medical Academy of the Administrative Department of the President of the Russian Federation, Moscow, Russia

Extended-Release Naltrexone in the Treatment of Alcohol Dependence: The Role of Motivation and Craving Typology in Predicting Therapeutic Outcomes

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: all authors contributed equally to the article.

Funding: the study received no financial support.

Submitted: 04.06.2025

Accepted: 23.03.2026

Contacts: sardonios@yandex.ru

Abstract

Introduction. Alcohol dependence is characterized by a high risk of relapse, often driven by persistent pathological craving. Extended-release naltrexone is an established maintenance therapy; however, individual variability in treatment response remains insufficiently understood.

Purpose. To evaluate the clinical efficacy and tolerability of extended-release naltrexone in patients with alcohol dependence and to assess whether craving typology (according to V.B. Altshuler's classification) and motivational profile predict treatment outcomes.

Materials and methods. A prospective study was conducted involving 100 patients diagnosed with F10.20/F10.21 (ICD-10) in early remission following withdrawal treatment. All participants received monthly intramuscular injections of extended-release naltrexone (380 mg) over a six-month period. Clinical assessments included measures of craving intensity (PACS and Altshuler scale), treatment retention, relapse frequency, and adverse effects. Motivation and craving subtype were assessed at baseline.

Results. Extended-release naltrexone significantly reduced craving and supported abstinence. Patients with ideational or behavioral types of craving demonstrated the best clinical outcomes. In contrast, those with affective craving subtype had an increased risk of early relapse despite reported craving reduction. Internal (self-driven) motivation was associated with higher treatment adherence and longer remission. The treatment was well tolerated, with only mild and transient side effects observed.

Conclusions. Both craving typology and motivation are clinically relevant predictors of treatment success with extended-release naltrexone. Assessing these parameters before initiating therapy may improve personalization of care and relapse prevention strategies in alcohol-dependent patients.

Keywords: alcohol dependence, extended-release naltrexone, pathological craving, craving typology, Altshuler scale, motivation, relapse prevention, treatment adherence, personalized therapy

■ ВВЕДЕНИЕ

Алкогольная зависимость (АЗ) остается одной из ведущих причин заболеваемости, инвалидизации и преждевременной смертности, представляя собой серьезную медико-социальную и экономическую проблему во всем мире [1]. Достижение устойчивой ремиссии при АЗ, особенно на фоне выраженного патологического влечения к алкоголю (ПВА) и высокой частоты рецидивов, остается актуальной и сложной задачей клинической наркологии [2].

Одним из современных подходов к поддерживающей фармакотерапии АЗ является применение антагонистов опиоидных рецепторов, в частности пролонгированных форм налтрексона (ПН) [3]. Механизм действия налтрексона связан с блокадой μ -опиоидных рецепторов, что нарушает функционирование мезолимбического дофаминергического пути, участвующего в формировании положительного подкрепления и развития патологического влечения к этанолу [4]. Это, в свою очередь, способствует снижению влечения к алкоголю и повышает вероятность сохранения ремиссии.

Пролонгированная инъекционная форма налтрексона обеспечивает стабильную терапевтическую концентрацию препарата в плазме в течение 30 дней после однократного внутримышечного введения, существенно повышая приверженность к лечению по сравнению с пероральными формами [5]. Однако клиническая эффективность и переносимость ПН демонстрируют значительную межиндивидуальную вариабельность [6].

Несмотря на накопленные данные об эффективности ПН, роль индивидуальных психопатологических характеристик, таких как структура ПВА (в соответствии с классификацией В.Б. Альтшулера [7]), а также мотивационных факторов в прогнозировании ответа на терапию остается недостаточно изученной, особенно в условиях рутинной клинической практики.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести комплексную клинико-динамическую оценку эффективности и переносимости пролонгированного налтрексона у пациентов с алкогольной зависимостью, а также проверить гипотезу о том, что доминирующий тип патологического влечения по классификации В.Б. Альтшулера и исходный уровень мотивации пациента являются значимыми предикторами клинического ответа на терапию.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В проспективное исследование включено 100 пациентов с подтвержденным диагнозом F10.20/F10.21 (МКБ-10) «Синдром зависимости от алкоголя, состояние воздержания». Пациенты находились на лечении в ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» в период с мая 2017 по май 2018 г. Исследование одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России 28.11.2016. Все участники исследования подписали форму добровольного информированного согласия.

Критерии включения в исследование: возраст участников 18–75 лет; установленный в соответствии с критериями МКБ-10 диагноз F10.20/F10.21 (синдром зависимости от алкоголя, состояние воздержания); достижение клинической ремиссии после терапии синдрома отмены алкоголя (подтверждено клинически и с помощью лабораторных маркеров – отрицательные тесты на алкоголь и карбогидрат-дефицитный трансферрин (CDT)); способность дать информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: острые психотические расстройства или выраженные когнитивные нарушения (деменция, умственная отсталость), препятствующие сотрудничеству; тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации (печеночная/почечная недостаточность, декомпенсированные заболевания сердечно-сосудистой системы); сопутствующая зависимость от других ПАВ (кроме никотина); противопоказания к применению налтрексона (гиперчувствительность, острый гепатит / печеночная недостаточность, прием опиоидов / положительная налоксоновая проба, беременность, лактация); отказ от инъекционной терапии.

Процедура исследования

Процедура исследования включала несколько этапов, начиная с первичного скрининга и заканчивая шестимесячным наблюдением за пациентами, получавшими терапию пролонгированным налтрексоном. На этапе включения проводилась оценка соответствия критериям отбора, сбор клинического анамнеза, физикальное обследование, а также базовые лабораторные анализы, включавшие определение уровней АСТ, АЛТ, ГГТ и карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT). После получения информированного согласия пациенты проходили начальную психометрическую и клиническую оценку.

В первый день (день 0) всем участникам была проведена внутримышечная инъекция препарата налтрексон в дозе 380 мг. Перед этим фиксировался тип патологического влечения к алкоголю по классификации В.Б. Альтшулера [7], проводилась клиническая оценка мотивации, применялись стандартизированные шкалы, включая Пенсильванскую шкалу влечения к алкоголю (PACS) [8], оценку тяжести алкогольной зависимости (ОТАЗ) посредством Опросника D Индекса тяжести зависимости (англ. Addiction Severity Index, ASI) [9] и шкалу побочных эффектов UKU [10]. Также собирались социально-демографические характеристики и данные о преморбидных особенностях.

В дальнейшем инъекции повторялись амбулаторно с интервалом в 30 дней (на 30, 60, 90, 120 и 150-й дни). На каждом визите проводился контроль соблюдения воздержания, включавший клиническое интервью, определение CDT и ГГТ, повторную оценку выраженности влечения по шкале PACS, регистрацию возможных нежелательных реакций по шкале UKU и оценку приверженности к лечению. Перед каждым

введением препарата дополнительно контролировались уровни печеночных ферментов (АЛТ и АСТ).

Все участники были охарактеризованы с точки зрения демографических, социальных, психологических и клинических параметров, включая анамнестические сведения и показатели катамнеза. Психометрическая оценка осуществлялась серийно, начиная с исходного состояния и далее – поэтапно, в течение всего периода наблюдения у пациентов, сохранивших участие в программе.

Контроль употребления алкоголя основывался как на данных лабораторных тестов, так и на ретроспективном анализе поведения пациента. Диагноз подтверждался результатами клинического и лабораторного обследования, а также психологической и социальной диагностики. Все симптомы в рамках патологического влечения к алкоголю были количественно выражены и проанализированы с использованием валидизированных шкал.

Реабилитационный потенциал пациентов определялся с использованием оценочного глоссария по четырем информационным блокам, предложенного Т.Н. Дудко и соавт. [11]. Суммарный балл характеризовал уровень прогностической перспективы пациента на ремиссию, ресоциализацию и реадaptацию. Наиболее высокие показатели (свыше 150 баллов) соответствовали высокому уровню реабилитационного потенциала, тогда как низкие значения (ниже 20) расценивались как неблагоприятные. Дополнительно оценивалась мотивация пациента к участию в программе. В зависимости от ее характера выделялись случаи с внутренней осознанной мотивацией, обусловленной стремлением к изменению образа жизни и восстановлению здоровья; случаи с мотивацией, сформированной под внешним давлением (со стороны родственников или работодателей); а также индифферентные установки, когда участие в программе носило формальный, немотивированный характер.

Во всех случаях клиническое наблюдение включало оценку психопатологических проявлений, динамики состояния, структуры и выраженности патологического влечения, степени социальной адаптации и качества взаимодействия пациента с терапевтической программой.

Показатели эффективности и оценка безопасности терапии

Оценка эффективности терапии включала динамику патологического влечения к алкоголю, изменение уровня толерантности, продолжительность ремиссии, характер рецидивов и удержание пациента в программе. Основным маркером выраженности влечения служила Пенсильванская шкала оценки влечения к алкоголю (PACS), применявшаяся на исходном этапе (в условиях стационара) и затем на протяжении терапии на 30, 60, 90, 120 и 150-й дни лечения. Параллельно использовалась клиническая шкала оценки патологического влечения к алкоголю по В.Б. Альшутлеру, позволяющая охватить эмоциональный, идеаторный, поведенческий и вегетативный компоненты влечения. Данная методика обеспечивает как количественную, так и качественную оценку ПВА в динамике. Тип доминирующего компонента рассматривался как возможный модератор клинического ответа на терапию.

Уровень толерантности оценивался по количеству условных доз алкоголя, необходимых для наступления состояния опьянения. Показатели ремиссии фиксировались в виде продолжительности полного воздержания в пределах периода наблюдения, а также характера возможных рецидивов – однократное эпизодическое

употребление без формирования запоя либо возобновление систематического пьянства. В случаях нарушения режима определялись длительность запоев и момент их возникновения по отношению к дате введения препарата. Ранним считался рецидив, наступивший в течение 28 дней с момента инъекции. Приверженность оценивалась по числу пациентов, завершивших весь курс лечения, включавший шесть инъекций пролонгированного налтрексона. Анализ проводился как в популяции пациентов, завершивших курс (per protocol), так и в популяции, сформированной по принципу намерения лечить (intention-to-treat), где лица, досрочно выбывшие из программы, учитывались как не завершившие лечение.

Безопасность терапии оценивалась на каждом визите по шкале побочных эффектов UKU (UKU Side-Effect Rating Scale), позволяющей ранжировать субъективные и объективные нежелательные реакции по степени выраженности. Дополнительно регистрировались все побочные явления, отмеченные как самим пациентом, так и врачом, вне зависимости от предполагаемой связи с применением налтрексона.

Статистическая обработка результатов

Анализ данных проводился с использованием программ Statistica 13.0 и SPSS 26.0. На этапе первичной обработки применялись методы описательной статистики: расчет средних значений, стандартных отклонений, медиан, частот и процентных соотношений. Для оценки различий между независимыми количественными выборками использовался U-критерий Манна – Уитни, для анализа номинальных данных – χ^2 -критерий Пирсона. При сравнении более двух групп применялся однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) с последующей поправкой Бонферрони для множественных сравнений.

Для оценки влияния клинико-психологических факторов на терапевтические исходы использовались многофакторные регрессионные модели. В частности, продолжительность ремиссии анализировалась с помощью линейной регрессии, вероятность рецидива и завершения курса терапии – с применением бинарной логистической регрессии. В модели включались потенциальные смешивающие переменные: возраст, пол, тяжесть зависимости (по шкале ОТА3), уровень реабилитационного потенциала, уровень образования и наличие социальной поддержки. Результаты представлялись в виде коэффициентов β (для линейной регрессии) или отношения шансов (OR) с 95% доверительным интервалом (CI). Уровень статистической значимости принимался равным $p < 0,05$.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Социально-демографические и анамнестические характеристики выборки

В исследуемую выборку вошло 100 пациентов, из которых преобладали мужчины (69 мужчин против 31 женщины). Средний возраст составил $44,4 \pm 9,81$ года: $43,9 \pm 9,88$ года у мужчин и $45,06 \pm 9,91$ года у женщин. Большинство пациентов (88%) находились в трудоспособном возрасте, однако 40,1% из них на момент включения в исследование не имели постоянной занятости; среди них было 19 мужчин и 17 женщин. Доля пенсионеров по возрасту составила 10,1% (7 мужчин и 5 женщин).

По уровню образования преобладали лица со средним (полным) школьным и средним специальным образованием (66% и 44% соответственно), при этом 18% имели только школьное образование, а 4% – неполное среднее. Высшее образование

было у 29% пациентов, еще 5% имели незаконченное высшее. Таким образом, образовательная структура выборки отражала типичную для наркологической клиники популяцию с преобладанием среднего образовательного уровня и выраженной социальной нестабильностью.

Наследственная отягощенность по зависимому поведению выявлена у 48 пациентов, включая 19 женщин (61% от числа женщин) и 29 мужчин (42% от числа мужчин). Средний возраст дебюта употребления алкоголя составил $15,8 \pm 2,57$ года, в то время как возраст начала регулярного систематического употребления варьировал в среднем от $28,1 \pm 8,96$ года. Относительно темпов формирования алкогольной зависимости установлено, что у трети пациентов (33%) течение заболевания носило высокопрогредиентный характер. У 15 человек наблюдались умеренные темпы прогрессирования. У большей части выборки (52%) синдром отмены развился спустя более пяти лет после начала систематического употребления алкоголя, что может свидетельствовать о латентной фазе компенсированных форм зависимости.

Анализ формы злоупотребления алкоголем показал, что у 25% пациентов преобладала псевдозапойная форма. Примечательно, что среди женщин она встречалась несколько чаще – в 29,1% случаев. В то же время доминирующей оказалась истинно запойная форма – у 57% обследованных (у 64,5% женщин и 53,6% мужчин), что подтверждает тяжесть клинических проявлений у большинства участников. Ремиссии продолжительностью более одного года были зафиксированы лишь у 15% пациентов. Основная же часть участников (79%) ранее демонстрировала лишь кратковременное воздержание, не превышающее шести месяцев.

Показатели толерантности к алкоголю в выборке варьировали в пределах от 6 до 45 условных доз на одно состояние опьянения, в среднем составив $19,65 \pm 11,7$. При этом у женщин этот показатель оказался статистически ниже ($13,19 \pm 11,9$), чем у мужчин ($22,83 \pm 12,2$), что отражает как физиологические особенности, так и возможные различия в клиническом поведении болезни.

Тяжесть зависимости и реабилитационный потенциал

Анализ выраженности зависимости по шкале ОТАЗ показал, что средний уровень составил $26,14 \pm 5,49$ балла. Низкий уровень зависимости (до 20 баллов) отмечался у 17 человек, средняя степень (21–29 баллов) – у 65, а высокая (≥ 30 баллов) – у 18 пациентов. Эти данные согласуются с клиническим профилем тяжелой, часто рецидивирующей формы зависимости у большинства участников.

Оценка реабилитационного потенциала показала, что 84% пациентов имели показатели, соответствующие среднему уровню, или колебались в пределах, близких к нему. Среднее значение составило $79,6 \pm 24,63$ балла. Высокий потенциал (средний балл $124,2 \pm 9,94$) отмечался у 12 человек, крайне низкий – у одного пациента (17 баллов), еще у трех пациентов уровень оценивался как «с тенденцией к низкому». Таким образом, большинство включенных в исследование пациентов обладали умеренными или ограниченными возможностями к социальной реадaptации и длительной ремиссии без дополнительных интервенций.

Динамика патологического влечения и его типология по Альтшулеру

На начальном этапе терапии средний балл по Пенсильванской шкале влечения к алкоголю (PACS) составлял $12,3 \pm 3,5$, что соответствует высокому уровню

субъективного патологического влечения. Уже к 10-му дню после первой инъекции пролонгированного налтрексона наблюдалось достоверное снижение показателя до $8,1 \pm 2,9$ ($p < 0,001$), а к 30-му дню средний балл составил $5,7 \pm 2,4$ ($p < 0,001$ по сравнению с исходным уровнем). Таким образом, уже в первый месяц лечения отмечалось выраженное уменьшение интенсивности влечения, подтвержденное как субъективными отчетами пациентов, так и данными валидизированной шкалы.

Отдельный интерес представляли анализ клинической типологии патологического влечения по классификации В.Б. Альтшулера и ее связь с длительностью сохраняемого воздержания. Наиболее часто в выборке встречался аффективный тип влечения – у 41% пациентов. Он характеризовался выраженной эмоциональной лабильностью, внутренним напряжением, раздражительностью или тоской, купирующимися исключительно употреблением алкоголя. Поведенческий тип регистрировался у 28% пациентов; в этом случае влечение проявлялось преимущественно в виде импульсивных, малоконтролируемых действий, направленных на поиск и прием спиртного. У 17% испытуемых был выявлен идеаторный тип, сопровождающийся навязчивыми мыслями об алкоголе, постоянным ментальным фокусом на употребление и затрудненной переключаемостью внимания. Еще у 14% преобладал вегетативный компонент влечения, при котором ведущую роль играли телесные проявления, такие как усиленное слюноотделение, потливость, тремор, дискомфорт в желудке, возникающие при экспозиции алкогольных стимулов.

Анализ ремиссий показал статистически значимые различия в их продолжительности в зависимости от типа влечения. Наименее благоприятный прогноз отмечался при доминировании аффективного типа. У таких пациентов чаще наблюдались ранние рецидивы и низкая устойчивость к триггерам, несмотря на субъективное снижение влечения и наличие фармакологической блокады. Вероятно, это связано с тем, что аффективная нестабильность и склонность к дезадаптивным копинг-стратегиям в условиях эмоционального дистресса не нивелируются одной лишь блокадой опиоидных рецепторов.

Напротив, при идеаторном и поведенческом типах патологического влечения терапия налтрексоном демонстрировала высокую эффективность. У пациентов с этими формами влечения реже фиксировались случаи прорыва блокады, провокаций и эпизодов запойного употребления. Именно в этой группе наблюдались наиболее длительные периоды воздержания, что, вероятно, связано с тем, что когнитивные и поведенческие автоматизмы легче подвергаются фармакологическому «вымиранию» при блокаде системы подкрепления. Пациенты с вегетативным типом влечения занимали промежуточное положение по устойчивости ремиссии, демонстрируя среднюю чувствительность к терапии и умеренную склонность к повторным эпизодам употребления.

Таким образом, структура патологического влечения выступала как значимый прогностический фактор, позволяющий на этапе начала терапии предположить риск рецидивов и потенциальную длительность ремиссии. Полученные данные обосновывают необходимость стратификации пациентов по типу влечения для индивидуального подбора фармакотерапевтической и психотерапевтической тактики, уровня наблюдения и частоты контрольных визитов.

Изменение толерантности и характеристика ремиссий

Изменение толерантности к алкоголю оценивалось на основании количества условных доз, необходимых для достижения состояния опьянения. На фоне терапии пролонгированным налтрексоном у большинства пациентов наблюдалась тенденция к повышению порога для достижения эйфории/опьянения: средний показатель увеличился с $6,1 \pm 1,4$ до $8,2 \pm 1,7$ условной дозы ($p < 0,001$). Этот феномен интерпретировался не как усиление зависимости, а скорее как отражение блокады эйфоризирующего действия алкоголя за счет вмешательства в опиоид-дофаминергическую систему. Многие пациенты сообщали, что в случае попытки «проверки» действия препарата ожидаемого опьянения не наступало, вследствие чего употребление не продолжалось. Таким образом, снижение субъективной отдачи от приема алкоголя расценивалось как одно из терапевтически значимых следствий антагонистической активности налтрексона.

Продолжительность ремиссии на момент контрольного визита на 60-й день составила в среднем $56,3 \pm 6,4$ суток. У 63% участников рецидивы за этот период не регистрировались. У 24% отмечались эпизоды однократного или кратковременного употребления без последующего развития запоя, что можно трактовать как поведенчески ограниченные «проверочные» попытки. У остальных 13% пациентов имел место полноценный рецидив с возобновлением запойного употребления. При этом у лиц с идеаторным и поведенческим типами влечения показатели удержания в ремиссии оказались существенно выше. Пациенты с поведенческим компонентом чаще демонстрировали склонность к нарушениям режима при наличии внешних провоцирующих факторов, но тем не менее сохраняли относительную приверженность к лечению. У лиц с преобладанием аффективного компонента, напротив, отмечались более частые рецидивы, низкая стрессоустойчивость и выраженное эмоциональное реагирование на незначительные внешние события, что нередко приводило к преждевременному прерыванию терапии.

Переносимость терапии и феноменология рецидивов

Переносимость налтрексона в пролонгированной форме оценивалась как удовлетворительная или хорошая в 94% случаев. Ни один из пациентов не прекратил участия в программе лечения по причине побочных эффектов. В ходе наблюдения не фиксировалось ухудшения когнитивного или аффективного статуса, что подтверждалось как субъективными данными, так и результатами наблюдения врача. Зарегистрированные побочные реакции были слабо выраженными, носили транзиторный характер и не требовали дополнительной медикаментозной коррекции.

Особое внимание в ходе анализа уделялось феноменологии рецидивов. Большинство случаев возобновления употребления не соответствовали классическим критериям срыва с формированием длительного запоя. В ряде случаев пациенты ограничивались однократным приемом спиртного без повторного эпизода в последующие дни. Такая картина указывает на изменение характера отношения к алкоголю в условиях блокады системы подкрепления. Пациенты описывали эффект как «разочаровывающий», отмечая отсутствие привычной эйфории и смысла продолжать употребление. Это наблюдение подтверждает высокую антикрэйвинг-эффективность препарата, а также подчеркивает его способность модифицировать поведенческие и мотивационные установки, лежащие в основе повторного приема алкоголя.



Влияние мотивации и социально-демографических факторов на эффективность терапии

Анализ мотивационной структуры пациентов позволил выделить три основные группы в зависимости от ведущего мотива участия в программе лечения. Наиболее благоприятные показатели ремиссии продемонстрировали пациенты с внутренней осознанной мотивацией, ориентированной на сохранение здоровья, восстановление социальных связей, желание изменить образ жизни и избежать прежнего сценария заболевания. В этой группе средняя продолжительность ремиссии за 60-дневный период наблюдения составила $57,4 \pm 4,1$ дня. Участники, включенные в терапию в результате давления со стороны семьи, работодателей или других внешних источников, продемонстрировали менее стабильные результаты: длительность ремиссии в их случае составила $42,1 \pm 7,3$ дня ($p < 0,05$). Наименее устойчивые поведенческие изменения отмечались у пациентов с индифферентной мотивацией, для которых участие в программе носило скорее формальный характер. Несмотря на отмечаемое снижение уровня патологического влечения, эти пациенты чаще нарушали режим, преждевременно покидали лечение и не демонстрировали значимых изменений в образе жизни. Таким образом, изолированная фармакологическая блокада без внутренней установки на терапевтический результат оказывалась недостаточной для достижения стойкой ремиссии.

Полученные данные подчеркивают ключевую роль мотивационной составляющей в эффективности лечения. Внутренне мотивированные пациенты демонстрировали более высокую приверженность, реже пропускали инъекции, активнее участвовали в консультативных встречах, лучше взаимодействовали с врачами и чаще вовлекались в дополнительные формы психотерапевтической поддержки. Эти различия были статистически значимыми и сохранялись на протяжении всего периода наблюдения. В связи с этим обоснованным представляется предварительное проведение мотивационного интервью перед началом фармакотерапии и его продолжение в рамках комплексной лечебной стратегии.

Кроме мотивации, значительное влияние на терапевтический отклик оказывали социально-демографические характеристики. Пациенты, состоявшие в стабильных отношениях и получавшие эмоциональную поддержку со стороны близких, имели более продолжительные периоды воздержания. Средняя длительность ремиссии у них составила $58,6 \pm 3,2$ дня, тогда как при индифферентном или негативном отношении родственников к лечению этот показатель снижался до $44,7 \pm 6,9$ дня ($p < 0,01$). Положительная динамика также чаще наблюдалась у пациентов с высшим образованием и устойчивым профессиональным статусом: они демонстрировали более высокий уровень саморегуляции, реже срывались, лучше справлялись с внешними триггерами и острее осознавали цели лечения. В то же время пациенты с нестабильной занятостью или отсутствием постоянного источника дохода нередко сталкивались с трудностями в соблюдении режима, реже являлись на контрольные визиты и чаще демонстрировали эмоциональную дестабилизацию, способствующую рецидивам.

Таким образом, мотивационный профиль, уровень социальной поддержки и степень социальной адаптации оказывают существенное влияние на клиническую эффективность терапии пролонгированным налтрексоном. Учитывая это, представляется необходимым индивидуализировать терапевтические подходы

с учетом этих факторов, усиливая сопровождение пациентов, находящихся в зоне риска по срыву или имеющих недостаточный уровень поддержки в социальной среде.

Многофакторный анализ

Для подтверждения независимого вклада типа патологического влечения и мотивации были построены регрессионные модели с учетом возможных смешивающих факторов: пола, возраста, тяжести зависимости, уровня социальной поддержки и реабилитационного потенциала. В линейной модели наибольшую продолжительность ремиссии предсказывал идеаторный тип ПВА ($\beta=+0,37$; 95% CI: 0,21–0,54; $p<0,001$), а риск рецидива повышался при аффективном типе ($OR=2,93$; 95% CI: 1,48–5,79; $p=0,002$). Внутренняя мотивация была значимым предиктором завершения терапии ($OR=4,12$; 95% CI: 1,92–8,83; $p<0,001$), при этом включение смешивающих переменных не нивелировало ее прогностического значения. Модели демонстрировали удовлетворительную объяснительную способность (Nagelkerke R^2 : 0,38–0,42 в зависимости от исхода).

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенного проспективного исследования подтверждают клиническую эффективность пролонгированного налтрексона в снижении патологического влечения к алкоголю и поддержании ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью в условиях реальной клинической практики. Особое значение приобретает выявленная связь между клиническим ответом на терапию и феноменологической структурой патологического влечения, классифицированной по типологии В.Б. Альтшулера. Полученные данные также подчеркивают роль исходной мотивации пациента как одного из ключевых факторов, определяющих успех лечения.

Наиболее парадоксальным и в то же время клинически важным наблюдением стало расхождение между выраженным снижением субъективного влечения по шкале PACS и высокой частотой рецидивов у пациентов с доминирующим аффективным типом ПВА. Эти пациенты демонстрировали хорошую реакцию на фармакологическую блокаду в виде снижения тяги, однако сохраняли низкую стрессоустойчивость и подверженность аффективной дестабилизации. В условиях острого эмоционального напряжения или фрустрации поведенческая сдержанность нарушалась, несмотря на отсутствие эйфоризирующего эффекта от алкоголя. Это позволяет предположить, что в случае аффективного типа влечения однократная фармакологическая интервенция оказывается недостаточной: требуется более комплексный подход, включающий модули, направленные на регуляцию аффекта, когнитивную переработку стрессовых событий и повышение устойчивости к внутренним и внешним триггерам.

В противоположность этому, пациенты с идеаторным и поведенческим типами ПВА демонстрировали более устойчивое поведенческое воздержание, несмотря на менее выраженное снижение показателей по шкале PACS. Их клинический ответ, вероятно, связан с большей уязвимостью к механизмам положительного подкрепления, которые эффективно блокируются налтрексоном. Снижение подкрепляющего эффекта спиртного в сочетании с когнитивной переоценкой ожиданий



от употребления способствовало формированию отказа от повторного приема и стабилизации ремиссии. Эти данные хорошо коррелируют с концепцией фармакологического «вымирания» (extinction), лежащей в основе так называемого метода Синклера, где ключевым элементом выступает ослабление связи между действием вещества и ожидаемым положительным исходом [12, 13].

Полученные результаты также подтверждают значение мотивации как детерминанты терапевтической эффективности. Пациенты с внутренней, осознанной установкой на лечение демонстрировали более высокую приверженность к режиму, лучшее взаимодействие с медицинским персоналом и большую продолжительность ремиссии. Напротив, лица, включенные в программу по формальным или внешним причинам, часто прерывали лечение досрочно или не демонстрировали значимых изменений в поведенческих паттернах, несмотря на объективное снижение влечения. Это свидетельствует о том, что фармакологическое вмешательство, каким бы эффективным оно ни было, должно быть встроено в более широкий контекст психотерапевтической и мотивационной поддержки. Именно поэтому использование техник мотивационного интервьюирования как на подготовительном этапе, так и в процессе терапии представляется неотъемлемой частью клинического маршрута таких пациентов.

Отдельного внимания заслуживает феномен рецидивов, не сопровождающихся развитием запойного потребления. У значительной части пациентов наблюдались эпизоды кратковременного употребления, которые не переходили в привычную патологическую динамику. Многие из них характеризовали опыт употребления как разочаровывающий или не дающий ожидаемого эффекта. Это подтверждает анти-крэйвинг-потенциал налтрексона и его способность нарушать условно-рефлекторную связь между приемом алкоголя и внутренним подкреплением. С клинической точки зрения, такие эпизоды могут рассматриваться не как провал терапии, а как фаза постепенного угасания патологической мотивации, особенно если они не приводят к срыву программы.

Наконец, установлено, что эффективность терапии в значительной степени определяется социальным контекстом. Пациенты, обладающие поддержкой со стороны близких, стабильным семейным положением и устойчивым профессиональным статусом, демонстрировали более длительное воздержание и меньшую склонность к нарушению режима. Эти данные согласуются с современными представлениями о роли социального капитала в восстановлении при зависимостях и подчеркивают важность междисциплинарного подхода к лечению.

Клинические импликации и ограничения исследования

Клинические импликации настоящего исследования позволяют выделить дифференцированные подходы к назначению пролонгированного налтрексона с учетом структуры патологического влечения и мотивационного профиля пациента. Наиболее благоприятным прогнозом характеризовались пациенты с идеаторным и поведенческим типами патологического влечения. Для них терапия ПН может быть эффективна в режиме монотерапии, обеспечивая выраженное снижение влечения, устойчивую ремиссию и высокую приверженность к лечению.

В то же время пациенты с доминирующим аффективным компонентом, несмотря на выраженное снижение субъективного уровня влечения, характеризовались

высокой частотой рецидивов и низкой устойчивостью к стрессовым факторам. Наиболее вероятным объяснением является отсутствие у данной группы пациентов сопутствующей терапии, направленной на коррекцию аффективной неустойчивости и эмоциональных триггеров. В этой связи представляется клинически обоснованным не только распознавание аффективного компонента ПВА на этапе диагностики, но и обязательное включение соответствующих вмешательств в лечебный план. К числу таких подходов можно отнести диалектико-поведенческую терапию (ДПТ), терапию принятия и ответственности, а также фармакотерапию тревожно-депрессивной симптоматики при наличии соответствующих клинических проявлений.

Пациенты с выраженным вегетативным компонентом влечения занимают промежуточное положение и также могут нуждаться в дополнительной симптоматической терапии соматовегетативных расстройств, в психообразовании и усилении внешнего поведенческого контроля. Вовлечение таких пациентов в систематические повторные консультации и психотерапевтическое сопровождение может повысить устойчивость ремиссии.

Оценка структуры патологического влечения и уровня мотивации до начала лечения позволяет стратифицировать пациентов по риску рецидива и обоснованно подобрать индивидуализированный уровень наблюдения, объем психотерапевтической поддержки и потребность в дополнительной фармакотерапии. Мотивационное интервьюирование, наряду с социальным сопровождением, должно рассматриваться как необходимый компонент ведения пациентов на протяжении всего курса терапии налтрексоном.

Исследование имеет ряд ограничений, которые необходимо учитывать при интерпретации полученных данных. Во-первых, открытый дизайн без контрольной группы (плацебо или альтернативного лечения) не позволяет делать выводы об абсолютной эффективности пролонгированного налтрексона. Можно лишь говорить об ассоциации между типом патологического влечения, мотивацией и клиническими исходами на фоне проводимой терапии. Отсутствие рандомизации и слепого контроля ограничивает внутреннюю валидность результатов и не исключает влияния неконтролируемых факторов.

Во-вторых, объем выборки, достаточный для общей оценки эффективности, оказался ограниченным для подгруппового анализа, особенно в случае с вегетативным типом патологического влечения ($n=14$), что снижает статистическую мощность сравнения и повышает вероятность ошибок второго рода. Выводы по подтипам ПВА требуют подтверждения в исследованиях с большим объемом выборки и, по возможности, более равномерным распределением типов.

Третье ограничение связано с субъективной природой оценки ключевых предикторов – уровня мотивации и типологии патологического влечения. Несмотря на использование клинических шкал и интервью, данные параметры не были измерены с помощью стандартизированных валидизированных инструментов, что допускает вариативность трактовки и риск диагностической ошибки. Это особенно важно учитывать при попытке переноса полученных рекомендаций в другие клинические популяции.

Кроме того, открытый характер исследования и отсутствие стандартизированного контроля над дополнительными психотерапевтическими вмешательствами

представляет собой потенциально вмешивающийся фактор. Особенно это касается пациентов с аффективным типом влечения, для которых отсутствие специализированной аффект-ориентированной терапии могло негативно повлиять на устойчивость ремиссии и увеличить частоту рецидивов. Таким образом, межгрупповые различия в доступе к дополнительным психотерапевтическим ресурсам не исключены и могли повлиять на наблюдаемые эффекты.

Наконец, следует отметить ограничения, связанные с использованием самоотчетов при оценке ряда клинических параметров, включая уровень толерантности, факты рецидива и мотивационную установку. Несмотря на параллельное применение биомаркеров (CDT, ГГТ) и клинического наблюдения, риск смещения и недооценки отдельных эпизодов употребления алкоголя сохраняется.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование подтверждает клиническую эффективность пролонгированной формы налтрексона в снижении выраженности патологического влечения к алкоголю и поддержании ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью. Впервые в отечественной литературе получены данные о том, что структура патологического влечения по классификации В.Б. Альшулера оказывает существенное влияние на терапевтический ответ: пациенты с идеаторным и поведенческим типами демонстрировали наилучшие показатели воздержания и приверженности, тогда как при аффективном типе сохранялся высокий риск рецидивов, несмотря на снижение субъективной тяги.

Вторым важным предиктором эффективности терапии выступил мотивационный профиль пациента. Осознанная внутренняя мотивация достоверно ассоциировалась с большей продолжительностью ремиссии и более высокой приверженностью к лечению. Напротив, индифферентное или внешне обусловленное участие в программе ограничивало терапевтический эффект, особенно при отсутствии дополнительной психотерапевтической поддержки.

Полученные результаты подтверждают необходимость персонализированного подхода к назначению пролонгированного налтрексона. Оценка доминирующего типа патологического влечения и характера мотивации должна проводиться до начала терапии и служить основой для стратификации риска рецидивов, выбора интенсивности наблюдения, психотерапевтического сопровождения и уровня вовлечения социальных ресурсов. Включение этих параметров в клинический маршрут пациента может существенно повысить эффективность фармакологического вмешательства и устойчивость достигнутой ремиссии.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Park S.H., Kim D.J. Global and regional impacts of alcohol use on public health: Emphasis on alcohol policies. *Clin Mol Hepatol.* 2020;26(4):652–661. doi: 10.3350/cmh.2020.0160
2. Volkow N.D., Blanco C. Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention. *World Psychiatry.* 2023;22(2):203–229. doi: 10.1002/wps.21073
3. Hansson A.C., Gründer G., Hirth N., Noori H.R., Spanagel R., Sommer W.H. Dopamine and opioid systems adaptation in alcoholism revisited: Convergent evidence from positron emission tomography and postmortem studies. *Neurosci Biobehav Rev.* 2019;106:141–164. doi: 10.1016/j.neubiorev.2018.09.010
4. Thorsell A. The mu-opioid receptor and treatment response to naltrexone. *Alcohol Alcohol.* 2013;48(4):402–8. doi: 10.1093/alcalc/agt030
5. Johnson B.A. Naltrexone long-acting formulation in the treatment of alcohol dependence. *Ther Clin Risk Manag.* 2007;3(5):741–9.

6. Garbutt J.C., Kranzler H.R., O'Malley S.S., Gastfriend D.R., Pettinati H.M., Silverman B.L., Loewy J.W., Ehrich E.W.; Vivitrex Study Group. Efficacy and tolerability of long-acting injectable naltrexone for alcohol dependence: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;293(13):1617–25. doi: 10.1001/jama.293.13.1617
7. Al'tshuler V. *Pathological craving for alcohol: clinical and therapeutic issues*. Moscow: Image, 1994. 216 p., 1994. 216 p.
8. Flannery B.A., Volpicelli J.R., Pettinati H.M. Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale. *Alcohol Clin Exp Res*. 1999;23(8):1289–95.
9. McLellan A.T., Cacciola J.C., Alterman A.I., Rikoon S.H., Carise D. The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions. *Am J Addict*. 2006;15(2):113–24. doi: 10.1080/10550490500528316
10. Lingjaerde O., Ahlfors U.G., Bech P., Dencker S.J., Elgen K. The UKU side effect rating scale. A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1987;334:1–100. doi: 10.1111/j.1600-0447.1987.tb10566.x
11. Dudko T. Levels of rehabilitation potential for drug addicts as the basis for a differentiated system of their medical and social rehabilitation. *Issues in Narcology*. 2000;3:13–21.
12. Sinclair J.D. Drugs to decrease alcohol drinking. *Annals Int Med*. 1990;22:357–362. doi: 10.3109/07853899009147920
13. Sinclair J.D. Evidence about the use of naltrexone and for different ways of using it in the treatment of alcoholism. *Alcohol Alcohol*. 2001;36(1):2–10. doi: 10.1093/alcac/36.1.2



<https://doi.org/10.34883/PI.2026.17.2.009>
УДК 616-006-08:159.9



Бойко Е.О., Зайцева О.Г., Борисков Б.М., Скрипкин Р.А. ✉, Резниченко Н.Д.,
Гринько Е.М.
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Роль клинического психолога в реабилитации пациентов с онкологическими заболеваниями

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, сбор материала, обработка, написание текста – Бойко Е.О.; концепция и дизайн исследования, редактирование, написание текста – Зайцева О.Г.; написание текста, редактирование – Борисков Б.М.; дизайн исследования, редактирование, сбор материала – Скрипкин Р.А.; написание текста, редактирование – Резниченко Н.Д.; написание текста, редактирование – Гринько Е.М.

Подана: 19.03.2025
Принята: 15.05.2026
Контакты: scalexbox1979@gmail.com

Резюме

Введение. Установление онкологического диагноза становится тяжелым психологическим испытанием для пациента и его окружения. Само слово «рак» традиционно ассоциируется с мучительными страданиями, бесперспективностью терапии и неминуемой гибелью. Действительно, в недавнем прошлом злокачественные новообразования практически всегда приводили к летальному исходу. Однако современные достижения медицинской науки кардинально изменили ситуацию: появляются инновационные терапевтические протоколы, высокоэффективные фармакологические препараты и высокотехнологичные методы лечения, позволяющие добиваться стойкой ремиссии и полного излечения. Критически важным фактором успеха становится своевременное начало комплексной терапии, при этом необходимо понимать, что онкологическое заболевание требует продолжительного, иногда многолетнего лечения с обязательным динамическим наблюдением. В этих условиях незаменимой становится профессиональная психологическая поддержка, оказываемая специалистом-онкопсихологом.

Цель. Проанализировать вклад клинического психолога в реабилитацию пациентов с онкологическими заболеваниями, изучив их психоэмоциональное состояние и потребность в поддержке.

Материалы и методы. Для проведения обзора были использованы базы данных PubMed, eLibrary, Scopus и Web of Science. Отбирались статьи, опубликованные за последние 5 лет, на русском и английском языках, содержащие данные о роли клинического психолога в реабилитации пациентов с онкологическими заболеваниями.

Результаты. Исследования выявили значительную потребность в психологической поддержке у онкологических пациентов и их близких, однако реальный уровень обращения за помощью остается невысоким. Ключевыми барьерами выступают: дефицит информированности, ограниченная доступность услуг, влияние стигматизации, страх осуждения. Также отмечены явные гендерные различия в интенсивности страхов. У женщин тревожность проявляется сильнее. В целом можно сделать вывод, что

психологическая помощь во многом способствует снижению уровня страхов у онкопациентов, повышает их социальную адаптацию.

Заключение. Подводя итоги нашей работы, можно сделать вывод о том, что клинический психолог вносит существенный вклад в стабилизацию психоэмоционального состояния и повышение качества жизни онкологических пациентов. Однако для оптимизации помощи необходимо системное изменение и совершенствование системы психологической поддержки, расширение просветительской работы и минимизация препятствий к получению специализированной психологической помощи.

Ключевые слова: клинический психолог, онкологические больные, реабилитация, онкопсихология, качество жизни

Boyko E., Zaitseva O., Boriskov B., Skripkin R. ✉, Reznichenko N., Grinko E.
Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

The Role of a Clinical Psychologist in the Rehabilitation of Cancer Patients

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: the concept and design of research, editing, collection of material, processing, writing of text – Boyko E.; the concept and design of research, editing, writing of text – Zaitseva O.; writing of text, editing – Boriskov B.; research design, editing, editing, collection of material – Skripkin R.; writing of text, editing – Reznichenko N.; writing of text, editing – Grinko E.

Submitted: 19.03.2025

Accepted: 15.05.2026

Contacts: scalexbox1979@gmail.com

Abstract

Introduction. The establishment of an oncological diagnosis becomes a severe psychological ordeal for the patient and his environment. The very word "cancer" is traditionally associated with excruciating suffering, hopelessness of therapy and imminent death. Indeed, in the recent past, malignant neoplasms have almost always led to death. However, modern achievements of medical science have radically changed the situation – innovative therapeutic protocols, highly effective pharmacological drugs and high-tech treatment methods are emerging that make it possible to achieve stable remission and complete cure. Timely initiation of comprehensive therapy is a critical factor in success, and it is important to understand that cancer requires long-term, sometimes multi-year, treatment with mandatory dynamic monitoring. In such circumstances, professional psychological support provided by an oncology psychologist becomes indispensable.

Purpose. To analyze the contribution of the clinical psychologist in the rehabilitation of patients with cancer by examining their psycho-emotional state and need for support.

Materials and methods. PubMed, eLibrary, Scopus, and Web of Science databases were used for the review. Articles published in the last five years in Russian and English containing data on the role of clinical psychologist in the rehabilitation of patients with cancer were selected.

Results. Studies have revealed a significant need for psychological support among cancer patients and their relatives, but the actual level of seeking help remains low. The key

barriers are lack of awareness, limited availability of services, influence of stigmatization, fear of condemnation. In women, anxiety manifests itself more strongly. In general, it can be concluded that psychological assistance contributes to a large extent to the reduction of fears in cancer patients and increases their social adaptation.

Conclusion. Summarizing the results of our work, we can conclude that the clinical psychologist makes a significant contribution to stabilizing the psycho-emotional state and improving the quality of life of cancer patients. However, in order to optimize care, it is necessary to systematically change and improve the system of psychological support, expand educational work and minimize barriers to obtaining specialized psychological assistance.

Keywords: clinical psychologist, cancer patients, rehabilitation, oncopsychology, quality of life

■ ВВЕДЕНИЕ

Онкопсихология (Onco-psychology) – молодое направление, начинающее активное развитие и возникшее на стыке психологии, психотерапии, онкологии и этики, которое исследует влияние психологических факторов на возникновение и течение болезни. Цель методов онкопсихологии – помочь человеку превратиться из жертвы в активного и побеждающего борца за свое здоровье. Онкопсихология рассматривает влияние онкозаболевания на ментальное здоровье пациента, включая социальные взаимодействия с семьей и медицинским персоналом [1].

В процессе лечения душевное состояние пациента может остаться вне поля зрения, что может отрицательно сказаться на взаимоотношениях врача и пациента и, возможно, повлиять на проводимое лечение, его результативность и даже прогноз [1].

Особое значение приобретает психосоматический аспект – доказанная взаимосвязь между психоэмоциональным состоянием и физическим здоровьем. Хронический стрессовый фон угнетает иммунную систему, провоцирует нарушения сна и пищевого поведения, снижает эффективность лечения и качество жизни пациента. Психологическая поддержка помогает разорвать этот порочный круг, создавая оптимальные условия для успешной терапии.

Противоопухолевое лечение часто сопровождается выраженными побочными эффектами, включая изменения внешности (последствия хирургических вмешательств, алопеция, колебания массы тела), физическую слабость и повышенную утомляемость. Эти факторы негативно влияют на самооценку пациентов, вызывают чувство вины перед ухаживающими родственниками, ограничивают социальную активность. В подобных случаях психологическая коррекция становится важнейшим компонентом комплексной терапии. В ситуациях, когда заболевание принимает терминальный характер, психологическая поддержка приобретает особую значимость, помогая пациенту переориентировать жизненные приоритеты, сохранить значимые социальные связи и максимально полно использовать оставшееся время.

Психолог занимается индивидуальной и групповой психокоррекцией, психотерапией, направленной на коррекцию психологических конфликтов, а также помогает вернуть пациента к полноценной социальной жизни. Важной частью работы

является профилактика психических и соматических расстройств через проведение мероприятий по первичной, вторичной и третичной профилактике, а также работа с родственниками и близкими пациента для улучшения адаптации и предотвращения психологических осложнений. Родственники онкологических пациентов переживают глубокий психологический кризис, сопоставимый по интенсивности с переживаниями самого больного. Это постоянное психологическое напряжение приводит к эмоциональному выгоранию родственников, что делает абсолютно необходимым включение их в программу психологического сопровождения наравне с самими пациентами [2].

Помимо этого, клинический психолог участвует в проведении психологических экспертиз в судебной практике, оценивая психическое состояние и способность человека осознавать свои действия, а также занимается экспертизами в медицинской, трудовой и социальной сферах.

Наконец, психолог обеспечивает психологическое сопровождение в процессе лечения и реабилитации, оказывает поддержку пациентам и их родственникам в кризисных и стрессовых ситуациях и организует медико-психологическую помощь родственникам больных [3].

Зарубежные исследования психологических аспектов онкологических заболеваний начали активно развиваться в 1970-х годах. Первоначально научный интерес был сосредоточен на решении важной этической проблемы – следует ли информировать пациентов об истинном диагнозе. Эти ранние работы заложили фундамент для последующего более глубокого изучения психосоциальных реакций больных на разных стадиях онкологического процесса.

В дальнейшем спектр исследований значительно расширился, включив в себя комплексный анализ динамики эмоциональных состояний пациентов, особенностей психологической адаптации к болезни, влияния личностных характеристик на течение заболевания, эффективности различных методов психологической поддержки.

В российской медицинской науке проблема психологического сопровождения онкологических пациентов имеет глубокие исторические корни. Основоположник российской онкологии Николай Николаевич Петров в своих трудах особо подчеркивал критическую важность учета психического состояния больного в клинической практике.

Это прогрессивное понимание комплексного подхода к лечению онкологических заболеваний стало теоретической основой для развития психологических исследований в данной области. Уже в 1970-х годах в СССР начались систематические научные изыскания, посвященные изучению психики онкобольных. В частности, в стенах Онкологического института имени Н.Н. Петрова была создана специализированная исследовательская группа, занимавшаяся глубоким анализом психологических особенностей пациентов с онкологическими заболеваниями. Эти исследования заложили фундамент для развития целого направления медицинской психологии в нашей стране.

Особое внимание в научных работах уделяется анализу сложных механизмов взаимодействия между личностными характеристиками больного и особенностями течения заболевания, что позволяет разрабатывать более эффективные подходы к психологической реабилитации.

Такой исследовательский фокус отражает понимание онкологического заболевания как комплексного биопсихосоциального феномена, где психологический

компонент играет не менее важную роль, чем соматический. Изучение этих взаимосвязей способствует созданию персонализированных программ психологической поддержки, учитывающих как индивидуальные особенности пациента, так и специфику конкретной клинической ситуации. Личностные характеристики, особенности психологического состояния больных онкологическими заболеваниями не раз становились объектами психологических исследований.

Наименее изученным среди психических особенностей, сопутствующих злокачественным новообразованиям, является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Заболевание развивается после событий, которые носят экстремальный характер, выходят за пределы обычных человеческих переживаний и вызывают интенсивный страх за свою жизнь, ужас и ощущение беспомощности. Важными характеристиками тяжелого психотравмирующего фактора являются неожиданность, стремительное развитие катастрофического события и длительность воздействия. Знание об онкологическом заболевании отвечает этим критериями и может стать причиной ПТСР [4].

На основе данных литературы о внутренней картине болезни и опыта работы в онкологической клинике профессор П.Б. Зотов выделил 5 типов ВКБ у онкологических больных в зависимости от представлений о болезни и используемых психологических защит. В данном разделении на типы прослеживается упрощение наиболее распространенной классификации типов отношения к болезни (А.Е. Личко, Н.Я. Иванов) [5].

Мысль о привлечении психологов к исследованию онкологических больных в нашей стране принадлежит профессору Д.П. Березкину. Именно он в 1974 г. инициировал создание в СССР в руководимой им лаборатории по изучению эффективности лечения онкологических больных научной группы, занимающейся исследованием психологических характеристик пациентов с онкологическими заболеваниями. Исследования, проведенные А.В. Гнездиловым, позволили выявить психогенные реакции онкологических больных на различных стадиях лечения, зависящие от их преморбидных особенностей, а также разработать методы их коррекции [6].

У паллиативных пациентов со злокачественными новообразованиями ограничена способность к выполнению видов деятельности, связанной с физическим напряжением. Физическое состояние ограничивает ежедневную бытовую деятельность пациентов. Удовлетворенность своим ролевым социальным функционированием снижена. Боль вносит ограничения в активность изученной группы пациентов. У паллиативных онкологических больных определено ухудшение качества жизни, проявляющееся снижением общего физического и душевного благополучия [7].

Российская система здравоохранения принимает активные меры по развитию технологий ранней диагностики и внедрению инновационных лечебных стратегий, таких как программы скрининга и неoadъювантная химиотерапия. Благодаря этим мерам удастся существенно улучшить прогноз заболевания и вернуть пациентов к полноценной жизни [8, 9].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализировать вклад клинического психолога в реабилитацию пациентов с онкологическими заболеваниями, изучив их психоэмоциональное состояние и потребность в поддержке.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для проведения обзора были использованы базы данных PubMed, eLibrary, Scopus и Web of Science. Ключевыми словами для поиска были «клинический психолог», «онкологические заболевания», «реабилитация», «психологическое сопровождение», «психокоррекция» и «паллиативная помощь». Отбирались статьи, опубликованные в основном за последние 5 лет на русском и английском языках, содержащие данные о роли клинического психолога в реабилитации пациентов с онкологическими заболеваниями.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ исследования, проводимого методом онлайн-опроса, в котором приняли участие 73 онкологических пациента и 426 близких родственников пациентов, позволяет отметить, что возрастное распределение участников было следующим: 18–34 года – 27%, 35–49 лет – 29%, 50–64 года – 22%, 65 лет и старше – 22% [2]. Большинство респондентов имели высшее образование.

Использовались различные инструменты для оценки уровня переживаний, страхов и потребностей в психологической помощи. Также применялись статистические методы для анализа данных. Исследование показало, что как онкологические пациенты, так и их близкие родственники испытывают значительную потребность в психологической помощи. Эта потребность выражается как явно (в виде желания обратиться за помощью), так и косвенно (в виде интенсивных страхов и переживаний).

Примерно 84% респондентов считают, что онкологические пациенты нуждаются в психологической помощи, причем 43% полагают, что такая помощь необходима всем пациентам, а 41% – что только некоторым группам.

Среди родственников пациентов 81% столкнулся с печалью, 69% – с разного рода страхами, 58% – с подавленностью и 57% – с нервозностью. 28% родственников указали на наличие трудностей в отношениях с близким человеком, страдающим онкозаболеванием.

Чем более тревожным или подавленным является человек, тем более выражен у него внешний локус контроля, а внешний локус контроля связан с большей уязвимостью к соматическим заболеваниям. Также в исследованиях отмечено, что пациенты с онкологическими заболеваниями могут быть убеждены в том, что за их здоровье несут ответственность другие (экстернальный локус контроля), причем чем дольше сохраняется заболевание у онкологических больных, тем слабее их внутренняя мотивация на достижение хороших результатов лечения [10].

Несмотря на осознание потребности в психологической помощи, лишь небольшая часть респондентов фактически обратилась за ней. Желание обратиться за помощью выразили только 16% респондентов, а реально обратились за помощью всего 7% онкологических пациентов и 5% родственников. Основные причины обращения включают недостаток информации о возможности получения помощи (21% респондентов не получал информацию от медицинских работников), недоступность помощи (например, отсутствие соответствующих служб и специалистов вблизи места проживания или лечения) и психо-стигматизирующие установки (стыд или стеснение при мысли о необходимости психологической поддержки).

Ситуация вынужденной изоляции в стационарах, ограничение передвижения пациентов, новые эпидемиологические нормы и правила могут привести к ухудшению

психического и физического здоровья пациентов и сокращению их жизни. Довольно сложно охватить реабилитационной психологической помощью большое количество пациентов, находящихся в стационарах, так как групповые методы психокоррекции редко используются, поэтому приходится изыскивать новые варианты реабилитации, которая способна охватить как можно больше больных [11].

Женщины – родственники пациентов продемонстрировали более высокий уровень страхов по сравнению с мужчинами. Средняя оценка выраженности страхов у женщин составила 28,46 балла, тогда как у мужчин – 26,07 балла (различие статистически значимо, $p=0,004$).

У пациенток, длительное время не видящихся с детьми и партнерами, не имеющих возможности встретиться, получить и отдать телесное и эмоциональное тепло, а также перенесших операции по удалению репродуктивных органов, возникают мысли о социальной и физической женской несостоятельности [11].

Существует острая необходимость в информационной и просветительской работе среди онкологических пациентов и их родственников. Важно бороться со стигматизацией и повышать осведомленность о важности психологической помощи. Стоит отметить, насколько необходимо развитие системы оказания психологической помощи, адаптированной к потребностям этих групп населения.

Исследование психологического статуса родственников пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями, подчеркивает необходимость разработки специализированной системы психологического сопровождения [12]. Клинический психолог играет ключевую роль в разработке программ психологических интервенций. Данные программы могут включать: эмоциональное отреагирование стрессового напряжения, проработку экзистенциальных переживаний, связанных с ощущением утраты прежних отношений с больным, психологическую подготовку родственников к принятию смерти близкого в случае неблагоприятного прогноза заболевания.

Также клинический психолог проводит мероприятия по реализации разработанных программ, осуществляет мониторинг их эффективности и при необходимости корректирует их содержание для достижения наилучших результатов.

Наблюдается прямая связь между высоким уровнем стресса и снижением веса у пациентов с онкологическими заболеваниями. Подтверждается гипотеза о влиянии психического состояния на физиологические процессы у онкобольных. Важность психологической оценки и поддержки при лечении онкологических пациентов подтверждена результатами. Рекомендуются внедрение мер по снижению психологического дистресса в рамках онкологического лечения.

Тесная связь между психическим состоянием и уровнем стресса – результаты HADS подтверждают, что уровень стресса коррелирует с уровнем тревоги и депрессии у онкологических пациентов. Необходимость психологической поддержки: пациенты с высоким уровнем стресса требуют более интенсивной психологической поддержки и мониторинга [13].

Эти условия часто ведут к усилению тревожности, раздражительности и депрессии.

Для решения этой проблемы психолог разрабатывает специальную программу реабилитации, которая включает использование акустических систем в палатах.

Исследование обосновывает необходимость создания программ, учитывающих психическое состояние пациентов при определении стратегий лечения, результаты могут служить основой для разработки протоколов, включающих психологическую оценку в общий план лечения, внедрение регулярного мониторинга уровня тревоги и депрессии для своевременной коррекции поддерживающих мероприятий [13].

Роль медицинского психолога особенно важна в работе с пациентками, страдающими онкогинекологическими заболеваниями. В исследовании акцентируется внимание на проблеме ухудшения эмоционального состояния пациентов в стационаре из-за строгих ограничений, связанных с лечением, таких как изоляция, отсутствие физической активности, запрещение встреч с родственниками [11]. Эта система мероприятий включает в себя зарядку, музыку, интервью с медицинскими специалистами и сеансы гипноза. Дополнительно пациенткам предлагают творческие задания, написание стихов, что помогает им выражать свои эмоции и отвлекаться от тяжелых мыслей. Программа также включает элементы арт-терапии и телесно-ориентированной терапии, которые способствуют расслаблению и улучшению психоэмоционального состояния.

Благодаря этим методам удалось добиться значительного улучшения настроения и адаптации пациенток к условиям стационара. Активное участие клинического психолога позволило повысить качество жизни пациентов и эффективность лечения [11].

Психокоррекционная помощь паллиативным пациентам онкологического профиля в условиях стационара включает в себя: снижение уровня тревожности, гармонизацию эмоционального состояния и проработку феномена умирания [14]. Активно используются методики визуализации (создание ментальных образов, помогающих пациентам справляться с болезненными состояниями), релаксации (техники, направленные на снятие физического и эмоционального напряжения), арт-терапии (рисование, маскотерапия, драмотерапия, сказкотерапия) для самовыражения и проработки внутренних конфликтов.

В структуре данной психокоррекционной программы выделяют несколько блоков общей продолжительностью терапии около 3 месяцев (12 сессий по 60 минут). В первом, установочном, блоке клинический психолог создает доверительную атмосферу и информирует пациента о целях и методах работы (1 сеанс). Следующий, коррекционный, блок (10 занятий) посвящен работе над эмоциональной сферой, проработке подавляемых эмоций, развитию способности пациента дифференцировать положительные и отрицательные эмоции. Именно здесь находят свое применение перечисленные выше методы, позитивно влияя на показатели жизненной удовлетворенности пациента. Последний, контрольный, блок (1 сеанс) необходим для выявления изменений в эмоциональном состоянии пациентов. Применение Т-критерия Вилкоксона показало, что после завершения данной программы уровень тревожности снизился:

- 1) значение $T_{\text{эмп}} = 14$ (при $n=17$);
- 2) критические значения T : $T_{\text{кр}}=27$ ($p \leq 0,01$), $T_{\text{кр}}=41$ ($p \leq 0,05$);
- 3) $T_{\text{эмп}} < T_{\text{кр}}$, что указывает на статистическую значимость изменений ($p < 0,05$).

Показатели жизненной удовлетворенности улучшились:

- 1) по шкале «Интерес к жизни»: 62,2% пациентов продемонстрировали средний уровень;

- 2) по шкале «Последовательность в достижении целей»: 69,3% пациентов имели средний уровень, остальные 30,7% – низкий;
- 3) по шкале «Согласованность между поставленными и достигнутыми целями»: изменений не обнаружено;
- 4) по шкале «Оценка себя и своих поступков»: у 92,3% пациентов показатели выросли до среднего уровня;
- 5) по шкале «Общий фон настроения»: 76,9% пациентов улучшили свои показатели.

Клинический психолог здесь выступает в роли основного исполнителя и координатора психокоррекционной программы, обеспечивая поддержку и помощь пациентам на пути улучшения их эмоционального состояния и качества жизни.

В сотрудничестве с арт-терапевтами клинический психолог может участвовать в проведении сессий работы с мандалами – сложными геометрическими фигурами, раскрашивание которых запускает когнитивные процессы через включение мелкой моторики. Авторы статьи о возможностях постуральной коррекции и арт-терапевтических техник описывают то, насколько важен этап ранней реабилитации для восстановления физической активности пациентов [15]. Постуральная коррекция позволяет предотвратить иммобилизацию и мышечную гипотрофию, тогда как арт-терапия помогает стабилизировать эмоциональное состояние пациента. Сочетание физической реабилитации и психологической поддержки является одним из эффективных методов восстановления онкологических пациентов.

Склонность реагировать на заболевание уходом в работу может стать фактором, снижающим уровень комплаентности, а значит, работа по формированию гармоничной картины болезни может быть обозначена как мишень для психокоррекционной работы. Склонность к принятию на себя излишней ответственности за свое состояние – тревожная тенденция из-за повышения вероятности возникновения депрессивных состояний. Работа по формированию адекватных стратегий стресс-преодолевающего поведения также является мишенью психокоррекционной работы [16].

Существуют и некоторые сложности в определении методов работы клинического психолога [17]. Это связано с тем, что наука претерпела серьезные изменения в подходах к лечению онкопациентов. Преобладающая ранее биомедицинская модель реабилитационной помощи была заменена на биопсихосоциальную вследствие гуманизации науки. Среди основных современных трудностей в работе клинического психолога можно выделить: отсутствие четкого профессионального стандарта, несогласованность в использовании терминов, переход от Международной классификации нарушений ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности к Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, а также необходимость работать в мультидисциплинарной команде. Важным шагом в развитии области психологической реабилитологии стало появление клинических рекомендаций для медицинских психологов, касающихся вопросов клинико-психологической диагностики и реабилитации при различных нарушениях психической деятельности.

Несмотря на признание важности психологической поддержки, Л. Грасси указывает на существующие социальные неравенства в предоставлении такой помощи [18]. В разных странах уровень организации и внедрения психосоциальных программ в онкологическую практику значительно отличается. Хотя существуют

рекомендации и руководства по скринингу, оценке и вмешательствам для решения психологических и социальных проблем у онкологических пациентов, они не всегда эффективно реализуются, особенно из-за существенных экономических ограничений в системах здравоохранения многих стран мира [19]. Также выделяют несколько ключевых проблем в организации медико-психологической помощи онкобольным: необходимость индивидуализации программ помощи в зависимости от медицинских показаний, учет личных реакций пациента и его семьи на болезнь, а также важность включения в процесс помощи не только клинических психологов, но и врачей, социальных служб, педагогических коллективов и других организаций. Авторы предлагают направления для дальнейших исследований, которые могут помочь в разработке более эффективных моделей медико-психологической помощи пациентам с онкологическими заболеваниями и их семьям:

- 1) изучение особенностей личности онкопациентов и их родственников: необходимо глубже исследовать личностные характеристики пациентов и их родственников, чтобы лучше понимать, какие факторы влияют на их восприятие болезни и адаптацию к ней;
- 2) исследование особенностей формирования адаптивных типов отношения к болезни в семьях: важно понять, как семьи справляются с болезнью, какие стратегии они используют для адаптации и какие факторы способствуют успешной адаптации;
- 3) разработка и апробация модели медико-психологической помощи данной категории лиц. Профессиональная деятельность онкопсихолога представляет собой синтез различных форм психологического сопровождения, где тщательно сбалансированы индивидуальный подход и коллективные методы воздействия. В процессе работы специалист сочетает персональные психотерапевтические сессии с разнообразными формами групповой терапии, создавая таким образом многомерную систему поддержки, которая максимально эффективно способствует психологической реабилитации людей, столкнувшихся с онкологическим диагнозом.

Современная онкопсихология находится в постоянном поиске новых доказательных методов помощи, при этом научное сообщество продолжает тщательно исследовать эффективность как уже существующих, так и инновационных психотерапевтических подходов. Однако важно понимать, что, несмотря на наличие общих терапевтических протоколов и методических рекомендаций, каждый клинический случай требует исключительно персонализированного подхода. Это фундаментальное правило в равной степени относится как к медицинскому лечению, так и к психологической поддержке, поскольку каждый пациент обладает уникальным сочетанием личностных характеристик, жизненного опыта и способов психологического реагирования на болезнь.

Объединяющим фактором для всех пациентов, проходящих лечение онкологических заболеваний, становится особая внутренняя позиция, которую можно охарактеризовать как сознательную и активную вовлеченность в процесс выздоровления. Речь идет не о простом ожидании результатов лечения, а о формировании подлинного партнерства с медицинскими специалистами, когда пациент становится активным участником борьбы за собственное здоровье и жизнь. Такая позиция предполагает глубокую личную ответственность, осознанное выполнение медицинских

рекомендаций, работу над изменением образа жизни и, что особенно важно, постоянную работу с собственным психологическим состоянием.

Именно в формировании этой жизнеутверждающей позиции, способной преодолеть страх и отчаяние, заключается одна из ключевых задач онкопсихолога, который помогает пациенту найти внутренние ресурсы для этой сложной, но крайне важной борьбы.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные данные свидетельствуют о высокой потребности в психологической поддержке как у самих пациентов, так и у их родственников. Было выявлено, что, несмотря на осознание этой потребности, фактический уровень обращений за помощью остается низким, что обусловлено рядом барьеров, включая недостаточную информированность, ограниченную доступность услуг и стигматизацию.

Особое внимание следует уделить гендерным различиям в уровне страха и тревожности. Результаты показали, что женщины испытывают более высокую степень тревожности по сравнению с мужчинами, что может быть связано с дополнительными факторами, такими как социальная и физическая женская несостоятельность, возникающая после операций по удалению репродуктивных органов. Эти данные подчеркивают необходимость разработки специализированных программ психологической поддержки, ориентированных на нужды конкретных групп пациентов и их семей.

Эффективность психологической помощи подтверждается снижением уровня страхов у тех пациентов, которые обратились за поддержкой. Это свидетельствует о важной роли клинической психологии в стабилизации психоэмоционального состояния и улучшении качества жизни онкологических пациентов. Однако для дальнейшего повышения эффективности требуется улучшение системы психологической поддержки, расширение образовательных инициатив и устранение препятствий к доступу к специализированной помощи.

Полученные результаты указывают на необходимость интеграции психологических интервенций в общую стратегию лечения онкологических заболеваний. Применение персонализированных программ реабилитации, основанных на учете психического состояния пациентов, может способствовать достижению лучших терапевтических результатов и повышению качества жизни пациентов и их родственников.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Роль клинического психолога в реабилитации пациентов с онкологическими заболеваниями невозможно переоценить. Благодаря своему профессионализму и эмпатии они помогают больным и их близким справляться с тяжелыми эмоциональными и психологическими нагрузками, способствуют восстановлению душевного равновесия и возвращению к полноценной жизни. Современные исследования подтверждают эффективность различных методов психологической помощи, используемых в этом направлении.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Sargaeva M.P., Darizhapova M.N. Features of a psychologist's work with cancer patients. *International Scientific Journal "BULLETIN OF SCIENCE"*. 2023;12(69). (in Russian)
2. Dreneva A.A., Pravostnikov A.V., Chistyakova D.P., et al. Assessment of the psychological assistance needs of cancer patients and their close relatives. *J. Sib. Fed. Univ. Humanit. soc. sci.* 2022;15(9):1243–1252. doi: 10.17516/1997-1370-0925 (in Russian)
3. Bocharov V.V., Shishkova A.M., Dubinina E.A., et al. The role of a medical psychologist in the modern healthcare system. *National healthcare*. 2023;4(1):12–22. doi: 10.47093/2713-069X.2023.4.1.12-22 (in Russian)
4. Tulitbaeva G.F., Politika O.I., Shafigullina L.R., et al. Features of post-traumatic stress disorder, resilience and attitude to the disease in patients of different groups (on the example of oncological and cardiovascular diseases). *Psychologist*. 2023;5. doi: 10.25136/2409-8701.2023.5.44091 (in Russian)
5. Pchelkin M.A., Razuvaeva T.N. Typological features of the internal picture of the disease in cancer patients. Scientific article. *International Scientific Research Journal*. 2024;3(141). doi: 10.23670/IRJ.2024.141.103 (in Russian)
6. Tkachenko G.A., Stepanova A.M. Psychological rehabilitation of cancer patients: from the origins to the present. *Malignant tumors*. 2022;12(4):36–40. doi: 10.18027/2224-5057-2022-12-4-36-40 (in Russian)
7. Kharlamova U.V., Abdalov A.O., Gubina Yu.O. *Studying the quality of life of palliative cancer patients based on the use of the SF-36 questionnaire*. The text of a scientific article on the specialty "Health Sciences". Materials of the VIII St. Petersburg International Oncological Forum "White Nights" 2022. P. 296. (in Russian)
8. Aliev K.A., Oleksenko V.V., Zyblytskaya E.Y., et al. Analysis Effectiveness analysis of neoadjuvant chemotherapy regimens in patients with locally advanced HER2/neu-negative cancer breast cancer: a non-randomized comparative study. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2025;32(2):29–40. doi: 10.25207/1608-6228-2025-32-2-29-40 (in Russian)
9. Zhuikova L.D., Polishchuk T.V., Ananina O.A., et al. Epidemiology of lung cancer in the Siberian Federal District: a retrospective observational study. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2024;31(6):72–85. doi: 10.25207/1608-6228-2024-31-6-72-85 (in Russian)
10. Tsiring D.A., Sergienko E.A., Ponomareva I.V., et al. Psychological factors of early diagnosis of malignant neoplasms of the most frequent localizations (for example, lung cancer and stomach cancer). *Siberian Psychological Journal*. 2023;7:124–137. doi: 10.17223/17267080/87/7 (in Russian)
11. Lobanova A.V. From the experience of rehabilitation work of a medical psychologist with oncogynecological patients. *Malignant tumors*. 2021;3s1:3–5. doi: 10.18027/2224-5057-2021-11-3s1-3-5 (in Russian)
12. Shishkova A.M., Bocharov V.V., Mikhailov V.A., et al. Peculiarities of the psychological status of relatives of patients with malignant neoplasms. *Issues of Oncology*. 2023;69(6):1081–1090. doi: 10.37469/0507-3758-2023-69-6-1081-1090 (in Russian)
13. Videnichkin D.M. Dynamics of pathophysiological processes in cancer patients with different levels of disease reflection in the psyche. *Bulletin of New Medical Technologies*. 2024;31(3):120–124. UDC: 61; 159.91. doi: 10.24412/1609-2163-2024-3-120-124 (in Russian)
14. Rubleva T.Yu., Lisnyak M.A., Daineko I.A. Psychocorrective care for palliative cancer patients in a hospital setting. *Psychology and Psychotechnics*. 2024;3:95–111. doi: 10.7256/2454-0722.2024.3.71205 (in Russian)
15. Nezhivova A.V., Kapitsa A.A. Support of cancer patients at the stage of early rehabilitation: possibilities of postural correction and art-therapeutic techniques. *Innovative Science: Psychology, Pedagogy, Defectology*. 2023;6(6):70–77. doi: 10.23947/2658-7165-2023-6-6-70-77 (in Russian)
16. Russkih Yu.S., Sivokhina T.A., Burmistrova S.A. *The type of attitude to the disease and the level of compliance in cancer patients*. The text of the scientific article on the specialty "Health Sciences". Materials of the VIII St. Petersburg International Oncological Forum "White Nights", 2022. Pp. 176–177. (in Russian)
17. Kozlova N.V., Rogacheva T.V., Levitskaya T.E., et al. Clinical psychologist in the system of complex rehabilitation. *Bulletin of Kemerovo State University*. 2020;22(1):131–138. doi: 10.21603/2078-8975-2020-22-1-131-138 (in Russian)
18. Grassi L. Psychiatric and psychosocial implications in cancer care: the agenda of psycho-oncology. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2020;29(e89):1–3. doi: 10.1017/S2045796019000829
19. Ulybina E.V., Volkova O.V. (2021) *Introduction to the problem of the organization of medical and psychological support for childhood cancer patients and their parents*. doi: 10.25146/1995-0861-2021-56-2-283 (in Russian)

<https://doi.org/10.34883/Pl.2026.17.2.002>



Жилыева Т.В.^{1,2}✉, Брак И.В.^{1,3}, Альбицкая Ж.В.¹

¹ Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Россия

² Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

³ Новосибирский государственный университет, Новосибирск, Россия

Инструменты для оценки заикания: от истории создания к современному состоянию проблемы

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: подбор, перевод и анализ источников литературы, обсуждение и формулирование выводов, редактирование статьи, подготовка текста к печати – Т.В. Жилыева; подбор и перевод источников литературы, редактирование текста – И.В. Брак; подбор и перевод источников литературы, редактирование текста – Ж.В. Альбицкая.

Финансирование: обзор выполнен в рамках проекта «Разработка технологии коррекции заикания у детей с помощью нейронавигационной ритмической транскраниальной магнитной стимуляции мозга, дополненной восполнением дефицита нутриентов с нейротропной активностью» при финансовой поддержке Российского научного фонда и Нижегородской области, грант № 25-15-20007, региональный конкурс «Проведение фундаментальных научных исследований и поисковых научных исследований отдельными научными группами».

Подана: 18.04.2025

Принята: 15.05.2026

Контакты: bizet@inbox.ru

Резюме

В российских публикациях, посвященных теме заикания, не обнаруживается указаний на рейтинговые стандартизированные оценочные шкалы этого состояния, которые необходимы для оценки эффективности и безопасности новых разрабатываемых подходов к лечению (коррекции). Это обуславливает высокую актуальность создания такого инструмента. Данная статья представляет собой обзор имеющихся зарубежных инструментов для стандартизированной оценки различных аспектов заикания, начиная с самых ранних (1950-е гг.) до настоящего времени. Проведен обзор и критический анализ наиболее широко используемых современных инструментов. Представлены перспективы для разработки российского инструмента для оценки различных аспектов заикания.

Ключевые слова: заикание, стандартизированные инструменты для оценки заикания, психометрические шкалы для оценки заикания

Zhilyaeva T.^{1,2} ✉, Brak I.^{1,3}, Albitskaya Zh.¹

¹ Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russia

² V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

³ Novosibirsk State University, Novosibirsk, Russia

Instruments for Stuttering Assessment: from the History of Creation to the Current State of the Problem

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: selection, translation and analysis of literary sources, discussion and formulation of conclusions, editing of the article, preparation of the text for publication – Zhilyaeva T.; selection and translation of literary sources, editing of the text – Brak I.; selection and translation of literary sources, editing of the text – Albitskaya Zh.

Funding: the review was conducted within the framework of the project "Development of a technology for correcting stuttering in children using neuronavigation rhythmic transcranial magnetic stimulation of the brain, supplemented by replenishment of the deficiency of nutrients with neurotropic activity" with the financial support of the Russian Science Foundation and the Nizhny Novgorod Region, grant No. 25-15-20007, regional competition "Conducting fundamental scientific research and exploratory scientific research by individual scientific groups".

Submitted: 18.04.2025

Accepted: 15.05.2026

Contacts: bizet@inbox.ru

Abstract

In Russian publications devoted to the topic of stuttering, there are no indications of rating standardized assessment scales of this condition, which are necessary for assessing the effectiveness and safety of new approaches to the treatment (correction). This determines the high relevance of creating such an instrument. This article is a review of existing foreign instruments for standardized assessment of various aspects of stuttering, from the earliest (1950s) to the present. A review and critical analysis of the most widely used modern instruments is conducted. Prospects for developing a Russian instrument for assessing various aspects of stuttering are presented.

Keywords: stuttering, standardized instruments for stuttering assessment, psychometric scales for stuttering assessment

■ ВВЕДЕНИЕ

Заикание является относительно распространенным психическим расстройством, возникающим в детском возрасте с частотой 2–5%. Несмотря на длительную историю изучения этого состояния, результаты лечения до сих пор остаются неудовлетворительными: во взрослом возрасте заикание сохраняется у 1% популяции [1].

Современная медицинская наука располагает большим арсеналом как психотерапевтических, так и биологических методов лечения, которые активно изучаются при заикании [2]. Логопедическая, психолого-педагогическая коррекция и медицинские подходы в настоящее время нуждаются в исследованиях, построенных на принципах доказательной медицины (науки). Для изучения эффективности любого нового метода в современной парадигме доказательной медицины требуется использование соответствующих инструментов измерения (оценки) степени тяжести того или

иного состояния. И заикание не является исключением. Инструменты для оценки важно использовать и в практической деятельности специалистов, занимающихся коррекцией заикания. В психиатрии оценочные инструменты, рейтинговые шкалы в настоящее время используются повсеместно для оценки степени тяжести состояния, первоначального ответа на терапию, полноты ремиссии. Чего, однако, нельзя сказать про заикание. В российских публикациях, посвященных теме заикания, в том числе разработке новых подходов к лечению этого состояния, не обнаруживается указаний на рейтинговые стандартизированные оценочные шкалы [3, 4]. Соответственно, в настоящее время актуальным является создание таких инструментов. Данный обзор литературы посвящен анализу опубликованных в мировой литературе данных о стандартизированных инструментах для оценки заикания, их сравнению и поиску перспектив для разработки оригинального российского инструмента.

■ СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ЗАИКАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЕСЯ В МИРЕ: ОТ ИСТОРИИ СОЗДАНИЯ К СОВРЕМЕННОМУ СОСТОЯНИЮ ПРОБЛЕМЫ

Первые упоминания о стандартизированной оценке заикания в научной литературе встречаются в 50-е гг. Ранние методы оценки степени тяжести заикания включали шкалы, самоотчеты и числовые формулы. Шкала Шермана – Льюиса (D. Lewis & Sherman, 1951 [5]), получившая название «Айовская шкала», основывалась на анализе коротких фрагментов (9 секунд) аудиозаписей речи для сравнения и выставления оценок (по 9-интервальной шкале). Этот подход был довольно сложным. Другая Айовская методика – «Айовская шкала отношения к заиканию» (Iowa Scale of Attitudes Toward Stuttering; Johnson, Darley, & Spriestersbach, 1963) – широко использовалась клиницистами в дальнейшем для определения тяжести заикания и контроля изменений в ходе терапии [6]. Шкала состояла из 45 пунктов и была разработана для оценки отношения к заиканию у взрослых пациентов и их слушателей; каждый пункт оценивался по 5-балльной шкале (Ликерта). Айовские шкалы не учитывали видимых сопутствующих проявлений заикания – физических проявлений и компенсаторных стратегий.

Визуальные признаки не столь важны при определении частоты заикания, однако могут иметь значение в клинических и научных условиях, когда необходимо более детальное описание заикания, поэтому в дальнейшем в литературе широко обсуждалась необходимость создания более комплексных инструментов, основанных не только на аудиозаписях, но и на наблюдении пациента [7–10]). Люди, страдающие заиканием, могут сокращать заметные отвлекающие движения во время лечения, но при этом на аудиозаписях их уровень тяжести заикания все еще может казаться та-ким же.

В 1967 г. Lanyon предложил шкалу тяжести заикания (Stuttering Severity Scale – SS) [11]. 64-балльная шкала была разработана для оценки поведенческих проявлений старших подростков и взрослых с заиканием, в которой респондент отвечал «верно/неверно», затем ответы преобразовывались в оценку по шкале от 1 (легкая) до 7 (тяжелая). (Примеры утверждений: «Меня беспокоит тот факт, что я заикаюсь», «Когда я говорю, у меня часто перехватывает дыхание».) В этом же году был предложен еще один, аналогичный инструмент – опросник восприятия заикания (Perception of

Stuttering Inventory; Woolf, 1967) [12]. Опросник предназначен для определения избегания, борьбы и ожиданий у подростков старшего возраста и взрослых с заиканием. Испытуемый отмечал, какие из 60 поведенческих и установочных характеристик наблюдаются, а элементы, не типичные для респондента, оставались неотмеченными. (Примеры включают: «Избегание разговоров с людьми, обладающими авторитетом» – избегание, «Наличие дополнительных и ненужных движений лица» – борьба, «Добавление дополнительного звука, чтобы начать говорить» – ожидание.)

В 1972 г. в своей монографии Van Riper пересмотрел Айовскую шкалу, перепределив параметры для формирования профиля заикания с учетом частоты, напряженности, длительности и избегающего поведения [13]. И в том же году Riley предложил первую версию инструмента оценки степени тяжести заикания (SSI, G.D. Riley, 1972 [14]), который был создан как средство для мониторинга результатов терапии в клинической практике, а также в качестве исследовательского инструмента для специалистов, изучающих заикание. В дальнейшем этот инструмент трижды перерабатывался и в настоящее время широко используется в 4-м переиздании (см. ниже).

Andrews & Cutler в 1974 г. предложили легко применяемую шкалу из 24 пунктов для получения информации об отношении пациента к общению [15]. Шкала была нормирована на выборках заикающихся и бегло говорящих взрослых, разница между выборками по шкале составила 10 пунктов. Аналогичную шкалу для детей (от 4-го класса обучения и старше) в дальнейшем (1977) разработали Guitar & Grims: шкала A-19 для заикающихся детей (A-19 Scale For Children Who Stutter) [16, 17]. Это опросник из 19 пунктов-утверждений о различных коммуникативных ситуациях, на которые ребенок отвечал «да/нет». До настоящего времени шкала не была нормирована, однако авторы сообщали, что по мере того, как у ребенка улучшается беглость речи, его результаты по шкале также улучшались. Примеры утверждений: «Лучше промолчать, когда ты оказался в трудной ситуации», «Даже когда ты знаешь правильный ответ, ты боишься назвать его».

В 1980 г. инструмент оценки степени тяжести заикания (SSI) Riley был модифицирован до версии SSI-R (SSI-R; G.D. Riley, 1980 [18]), а в 1994 г. – до версии SSI-3, которую авторы представили «с пониманием того, что она лишь частично описывает тяжесть заикания и что любые диагностические выводы должны основываться на тщательном учете всей доступной информации» (G.D. Riley, 1994, p. 1 [19]). Van Riper (1982) отмечал, что SSI и SSI-R широко применялись в клинической практике и научных исследованиях [20]. Анализ публикаций в журналах *Journal of Speech and Hearing Research*, *Journal of Speech and Hearing Disorders* и *Journal of Fluency Disorders* показал 53 ссылки на ранние версии SSI. Среди них в 34 исследованиях данный инструмент использовался для описания степени тяжести заикания в экспериментальных группах; в 7 статьях он рассматривался в обзорах литературы; в 6 публикациях применялся для характеристики заикания или отслеживания результатов терапии; а еще в 6 работах SSI обсуждался более детально и сравнивался с другими методами [21–25]. В исследовании Lewis, в котором 20 студентов-выпускников оценивали SSI-3, было показано, что этот инструмент дает полезные результаты при определении уровня тяжести заикания. Обобщенные оценки: «легкое», «умеренное» и «тяжелое» заикание – оказались полезными показателями. Кроме того, автор воспроизвела показатели надежности, представленные в руководстве к SSI-3 [26]. SSI-3 оценивает такие характеристики, как частота, длительность и физические сопутствующие

проявления заикания. Частота выражается в процентах заикающихся слогов (%SS) и преобразуется в балльную оценку от 2 до 18. Длительность 3 самых длинных эпизодов заикания замеряется с точностью до одной десятой секунды и переводится в баллы от 4 до 18. Физические сопутствующие проявления оцениваются по 4 категориям, каждая из которых ранжируется по шкале 0–5 баллов в зависимости от степени отвлекаемости, в сумме давая показатель 0–20. В итоге общий балл может варьироваться от 0 до 56.

В 1984 г. Martin, Haroldson & Triden описали шкалу оценки естественности речи [9]; в последующем Onslow & Ingham (1987) детально рассмотрели полезность и ограничения подобных шкал [27]. Замечания и рекомендации из этих обзоров, а также переписка с другими специалистами стали основой для новой редакции SSI – SSI-4.

Ornstein и Manning в 1985 г. разработали шкалу самооффективности взрослых заикающихся (Self-efficacy scaling by adult stutterers) для оценки уверенности в том, что взрослый заикающийся может вступать в речевые ситуации вне лечения и достигать заранее определенного уровня беглости речи в этой ситуации [28]. В ней используется децильная шкала (10–100), и респондент присваивает значение каждой ситуации, а баллы усредняются по 50 речевым ситуациям.

В инструменте оценки степени тяжести заикания, четвертом издании (SSI-4), сохранены поведенческие параметры (частота, длительность и физические сопутствующие проявления), которые были в версии SSI-3 (G.D. Riley, 1994) [19, 29]. Таблицы нормативных данных остались теми же, что и в SSI-3. Целью SSI-4 было предложение дополнительных способов оценки, включая самоотчеты, а также расширение практики сбора образцов речи вне клиники и по телефону. Для более всесторонней оценки тяжести заикания в SSI-4 добавлены несколько новых показателей и критериев. Рекомендовалось собирать образцы речи не только в клинике, но и в обычных для человека условиях (beyond clinic), предлагалось использовать телефонные звонки для сбора речевых образцов, во все процедуры оценки была интегрирована компьютеризированная система подсчета тяжести заикания (CSSS-2.0), добавлена шкала оценки естественности речи экспериментатором, также в приложение был включен клинический сбор самоотчетов (CUSR) – шкала, основанная на самооценке человека. Все эти новые элементы призваны помочь специалистам гибко адаптировать инструмент SSI-4 к разнообразным клиническим и исследовательским задачам. SSI-4 измеряет тяжесть заикания как у детей, так и у взрослых и может использоваться как в клинических, так и в научно-исследовательских целях. Кроме того, авторы рекомендуют применять SSI-4 совместно с другими инструментами оценки заикания, например инструментом прогнозирования заикания у маленьких детей (Stuttering Prediction Instrument for Young Children – SPI; G.D. Riley), чтобы оценить результаты терапии у маленьких детей [30].

При этом авторы SSI-4 рекомендуют сбор и других видов информации, например: подробное интервью с пациентом и/или его родителями или другими близкими родственниками; непосредственное наблюдение и описание речи и языковых навыков пациента; учет результатов предыдущих речевых и языковых обследований; оценка слуха (аудиологическое обследование); медицинские и психологические отчеты и заключения; интервью с учителями, коллегами и/или другими специалистами. Кроме того, они рекомендуют использовать методы самооценки, такие как Subjective Screening of Stuttering Severity, Locus of Control, and Avoidance: Research Edition

(SSS-R; J. Riley, G.D. Riley, & Maguire, 2004 [31]); Perception of Stuttering Index (PSI; Woolf, 1967 [12]); Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES; Yaruss & Quesal, 2006 [32]).

В 1999 г. Ambrose & Yairi предложили инструмент «Взвешенная оценка заикания как нарушения плавности речи» (Weighted stuttering like disfluency score), который учитывает 3 измерения нарушения плавности речи: тип и частоту эпизодов нарушения плавности речи (повторения частей слов, повторения целых слов и дизритмичные эпизоды – блоки, искаженные слова и удлинения), среднее количество эпизодов нарушения беглости речи в одной оценке. Этот инструмент предназначен для оценки потенциала восстановления для маленьких детей (Ambrose & Yairi, 1999) [33], а недавно появилась версия инструмента для детей старшего возраста (Walsh, et al., 2020) [34].

Еще один широко использующийся в настоящее время инструмент – общая оценка опыта заикания говорящего (Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering – OASES) был предложен Yaruss в 2006 г. [32]. Это инструмент для измерения влияния заикания на повседневное функционирование посредством оценки множественных аспектов расстройства, включая общение в повседневных ситуациях и качество жизни. OASES был разработан в качестве дополнения к существующим клиническим показателям оценки заикания. Для оптимизации широкомасштабных исследований результатов лечения заикания Yaruss & Quesal адаптировали первоначальную концепцию ВОЗ ICIDH* и современную концепцию ICF** для изучения заикания. Согласно авторам, заикание можно рассматривать с точки зрения нескольких взаимодействующих компонентов: • предполагаемой этиологии или патогенеза (причины) расстройства; • нарушения функций организма, на которое указывают наблюдаемые признаки заикания; • эмоциональных, поведенческих и когнитивных реакций говорящего на заикание; • влияния окружающей среды на заикание, выражающегося в трудностях в различных речевых ситуациях и реакции окружающих; • общего влияния заикания на жизнь говорящего, выражающегося в ограничениях в коммуникативной деятельности и участии в повседневной жизни.

OASES можно использовать вместе с широко используемыми инструментами, такими как Stuttering Severity Instrument (Riley, 1994), или процедурами подсчета

* International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps, 1980, 1993, стремился описать последствия, которые расстройства могут иметь для жизни человека. ICIDH включает 3 компонента (ВОЗ, 1980, с. 25–29): нарушение, или «утрата или аномалия психологической, физиологической или анатомической структуры или функции»; инвалидность, или «любое ограничение, связанное с отсутствием... способности выполнять деятельность таким образом или в пределах, которые считаются нормальными для человека бытие» и физический недостаток, или «неблагоприятное положение для данного индивида, возникающее в результате нарушения или инвалидности, которые ограничивают или препятствуют выполнению нормальной роли... для этого человека».

** International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF; WHO, 2001) – Международная классификация функционирования, инвалидности и здоровья. В ICF ВОЗ упростила описательную структуру до двух основных уровней и расширила систему, включив в нее также контекстуальные факторы, которые были опущены в ICIDH. ICF описывает весь опыт, связанный со здоровьем, с точки зрения: а) структуры и функций организма; б) видов деятельности, которыми человек может заниматься в повседневной жизни. Когда человек испытывает трудности с функционированием или структурой тела, они называются нарушениями, а когда человек испытывает трудности с деятельностью или участием, они называются ограничениями активности или участия в жизни общества. Чтобы учесть индивидуальный опыт разных людей, ВОЗ также добавила в модель параллельный набор контекстуальных факторов. Эти личные факторы и факторы окружающей среды описывают контекст как внутри человека, так и в его окружении, который может повлиять на способность человека эффективно функционировать. Полученная в результате система способна описать все аспекты здоровья человека, включая как нормальное, так и нарушенное функционирование.

частоты в реальном времени (Yaruss, 1997 [35]), чтобы получить более полный отчет об общем опыте говорящего в отношении заикания. Окончательная версия OASES состоит из 100 пунктов, каждый из которых оценивается по шкале Ликерта от 1 до 5. Инструмент, на заполнение которого требуется около 20 мин, состоит из 4 разделов: а) «Общая информация»; б) «Реакции на заикание»; в) «Коммуникация в повседневных ситуациях» и д) «Качество жизни». Раздел I («Общая информация») содержит 20 пунктов, относящихся к воспринимаемой говорящими беглости и естественности речи, знаниям о заикании и терапии заикания и общему восприятию заикания в целом. Раздел II («Реакции») содержит 30 пунктов, изучающих аффективные, поведенческие и когнитивные реакции говорящих. Раздел III («Коммуникация в повседневных ситуациях») содержит 25 пунктов, оценивающих степень трудностей, с которыми сталкиваются говорящие при общении в общих ситуациях, на работе, в социальных ситуациях и дома. Эти пункты специально изучают трудности общения, которые испытывают говорящие в этих ситуациях, а не их беглость в ситуациях. Раздел IV («Качество жизни») содержит 25 пунктов о том, насколько заикание влияет на удовлетворенность говорящих своей способностью общаться, своими отношениями, способностью участвовать в жизни и общим чувством благополучия. В OASES приведены оценки, основанные на критериях, для каждого субтеста, а также оценки степени тяжести. Существует 3 различных протокола, в зависимости от возраста: для детей (7–12 лет, OASES-S), подростков (13–17 лет, OASES-T) или взрослых (18+, OASES-A). Сильные стороны OASES заключаются в том, что они фокусируются на переживании заикания – эмоциях и влиянии заикания на социальное взаимодействие человека. Недостатки заключаются в том, что он ограничен по охвату, рассматривает только чувства и установки и не дает рекомендаций относительно двигательных паттернов, связанных с заиканием. OASES изначально предназначен для использования в сочетании с другими дополнительными инструментами. Согласно авторам, OASES разрабатывался авторами на основе 3 ранее существовавших методов: *Speaker's reactions to stuttering* («Реакции говорящего на заикание», SRS); *Functional communication and stuttering* («Функциональная коммуникация и заикание», FCS) и *Quality of life and stuttering* («Качество жизни и заикание», QOL-S) [32].

В 2006 г. был разработан тест на отношение к общению для заикающихся детей дошкольного возраста (*Communication Attitude Test for Preschool and Kindergarten Children Who Stutter*, KiddyCAT, Vanryckeghem & Brutten, 2007 [36, 37]). Он предназначен для детей в возрасте 6 лет и младше, представляет собой опросник из 12 вопросов (ответы «да/нет») для оценки отношения ребенка к говорению. Инструмент нормирован и является хорошим дополнением к тестированию поведенческих аспектов заикания, так как помогает предоставить информацию о психологическом влиянии заикания на маленького ребенка. В 2011 г. была представлена версия инструмента для взрослых – *BigCAT* (*The Communication Attitude Test for Adults* (18+) who stutter, Brutten & Vanryckeghem, 2011 [38]).

Батарея для оценки поведения заикающихся детей школьного возраста (*Behavior Assessment Battery for School-Age Children Who Stutter*, BAB, Gene Brutten & Martine Vanryckeghem [39]) – еще один инструмент оценки, в котором рассматривается опыт заикания, аналогичный OASES. Он дает информацию о когнитивной, аффективной и социальной областях заикания, но не сообщает о моторном компоненте заикания или лингвистических способностях, которые могут быть связаны с заиканием.

Последняя версия BAV представляет собой инструмент, который объединяет информацию, связанную с чувствами, реакциями и мыслями детей об их речи. Она представляет собой набор ранее стандартизированных тестов с самоотчетом, которые предоставляют нормативные данные, предназначенные для определения того, как ребенок реагирует на свое заикание в различных ситуациях, какое поведение он/она демонстрирует и как он/она выстраивает отношения. BAV предназначен для детей 6–15 лет, нормирован и включает в себя субтесты: контрольные списки речевых ситуаций (Speech Situation Checklists – SSC-ER) – оценивают эмоциональную реакцию ребенка и нарушение речи в различных ситуациях; контрольный список поведения (The Behavior Checklist – SSC-SD) – оценивает механизмы преодоления, которые использует ребенок при возникновении заикания, и тест на отношение к общению (Communication Attitude Test – CAT) – оценивает, как ребенок относится к своему заиканию. Инструмент дает многомерное представление (социальное, эмоциональное, поведенческое) о том, как заикание влияет на ребенка.

В последующем авторы этого инструмента разработали версию для взрослых с заиканием – батарея тестов для оценки поведения взрослых, страдающих заиканием (Behavior Assessment Battery for Adults Who Stutter; Vanryckeghem & Brutten, 2018) [40]. Доступный только онлайн, многомерный набор взаимосвязанных, основанных на фактических данных тестов, построенных в виде самоотчета, имеет нормативные данные для взрослых. Эта процедура тестирования предоставляет врачам, работающим с нарушением речи, мультимодальное представление о том, как на взрослого влияют его чувства, реакции и мысли о своей речи. Батарея тестов содержит 4 различных инструмента оценки, исследующих аффективные, поведенческие и когнитивные показатели, которые необходимы для изучения индивидуальных особенностей пациента. Помимо помощи в дифференциальной диагностике, пункты этих тестов задают направление лечения, указывая конкретные цели, требующие терапевтического вмешательства.

В 2009 г. были предложены еще 2 инструмента. Тест на детское заикание (TOCS: Test of Childhood Stuttering; Gillam, Logan & Pearson, <https://www.collegesidekick.com/study-docs/758867>) для детей 4–12 лет, оценивающий тяжесть заикания на основе анализа речевых образцов, полученных при выполнении различных задач (быстрое называние картинок, смоделированные предложения, структурированный разговор, повествование), аналогичен SSI-4, включает дополнительные оценки для дальнейшего анализа эпизодов заикания и оценочные шкалы для сбора информации от родителей, учителей и других значимых лиц. Второй инструмент – «Бесполезные мысли и убеждения о заикании, связанные с социальной тревогой» (Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering – UTBAS, St. Clare, et al., 2009 [41]) состоит из 66 пунктов, каждый из которых пациент оценивает по 5-балльной шкале Ликерта. Примеры утверждений: «Люди подумают, что я некомпетентен, потому что я заикаюсь», «Я никогда не закончу объяснять свою точку зрения... они никогда меня не поймут». В последующем на ее основе была разработана краткая версия из 6 пунктов (Brief Version of the Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering – UTBAS-6; Iverach et al., 2016 [42]), последняя может использоваться как детьми, так и взрослыми, позволяет эффективно выявлять у людей бесполезные мысли и убеждения, связанные с речевой/социальной тревожностью.

В 2010 г. был разработан опросник влияния заикания на детей дошкольного возраста и родителей (The Impact of Stuttering on Preschool Children and Parents – ISPP; Langevin, Onslow & Packman, 2010) [43]. Он состоит из 20 вопросов для родителей о том, влияло ли заикание на общение ребенка с другими детьми и насколько, дразнили ли ребенка сверстники, влияло ли заикание ребенка на самого родителя эмоционально.

Один из наиболее многогранных инструментов оценки беглости речи для детей разработан Healey в 2012 г. [44]. Он основан на многофакторной модели заикания – когнитивный, аффективный, лингвистический, моторный и социальный факторы (Cognitive, Affective, Linguistic, Motor, and Social – CALMS) – и носит соответствующее название. CALMS был разработан для детей школьного возраста, включает в себя 23 пункта, которые оценивают 5 областей заикания (когнитивную, аффективную, лингвистическую, двигательную и социальную). Оценка по шкале CALMS не дает нормированных баллов, а оценивает каждую область по шкале тяжести от 1 до 5 (1 – низкий уровень беспокойства, 5 – высокий уровень беспокойства) и сравнивает сильные стороны ребенка, выделяя при этом его потребности. Сильные стороны оценки по шкале CALMS заключаются в том, что она является всеобъемлющей и четко определяет цели терапии. Однако она не содержит каких-либо критериев оценки или норм для заикания. Это инструмент для сравнения областей воздействия заикания на человека; он не сравнивает пациента с другими заикающимися. Оценка CALMS может использоваться сама по себе, но также может быть дополнена тестами, такими как SSI-4, для получения более стандартизированной информации.

Boyle в 2013 г. предложил шкалу самостигматизации заикания (4S) – инструмент оценки на основании самоотчета для измерения уровня самостигматизации старшими подростками и взрослыми с заиканием [45]. Самостигматизация оценивается в 3 областях: самооценка, самоэффективность, удовлетворенность жизнью. Пример утверждения: «Поскольку я заикаюсь, я не принимаю участия в обсуждениях».

В 2022 г. Yaruss & McGill предложили инструмент для скрининговой оценки заикания у детей 2–5 лет для использования в практике врачей (Childhood Stuttering Screening for Physicians – CSS-P; Yaruss & McGill, 2022 [46]). Инструмент предназначен для выявления заикания у детей дошкольного возраста и своевременного направления ребенка к логопеду. Он состоит из 7 вопросов для родителей; если у ребенка выявляется 1–3 признака заикания, ему предлагается повторная оценка через 3 месяца, если больше 4 признаков – ребенок направляется к логопеду.

Наконец, в последние годы (2022–2025) разработано специальное компьютерное программное обеспечение, SALT и CLAN (FluCalc), позволяющее врачам автоматизированно выполнять анализ образцов речи при различных расстройствах, в том числе при заикании, который можно сравнить с нормативной базой данных [47]. Инструменты могут использоваться с различными стандартизированными оценками, SALT подходит для применения в том числе билингвальными (английский/испанский) носителями языка.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

К настоящему времени в зарубежной литературе имеется целый ряд инструментов для измерения как степени тяжести непосредственно нарушений беглости

речи при заикании, так и различных аспектов, связанных с заиканием. Инструменты разработаны для всех потенциальных возрастных групп заикающихся начиная с 2-летнего возраста и могут применяться в самых разных контекстах: от скрининга, уточнения диагноза и оценки динамики в процессе лечения до глубоких исследовательских целей.

Обилие имеющихся в англоязычной литературе инструментов для оценки тяжести заикания говорит о том, что ни один из имеющихся инструментов не позволяет провести всеобъемлющую оценку проявлений этого состояния, а также влияния его на различные сферы жизнедеятельности. Авторы наиболее часто используемых инструментов говорят о необходимости их совмещения с другими инструментами, для того чтобы оценка была наиболее полной [29, 32].

Согласно метаанализу 2021 г. [48], в исследованиях, посвященных заиканию, наиболее часто используются:

- для оценки беглости речи – подсчет процента заикающихся слогов (%SS) – в 5 из 7 исследований;
- оценка опыта заикания в целом с помощью шкалы Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES) [32] – 2 исследования из 7.

Согласно Karimi et al. (2024) [49], наиболее надежные результаты оценки (межрейтерская и внутрирейтерская надежность) достигаются при совмещении подсчета процента заикающихся слогов (%SS) и субъективной оценки степени тяжести (SR) заикания по шкале от 1 до 9. Абсолютная внутрирейтерская и межрейтерская надежность была неудовлетворительной для каждого отдельно взятого метода. Результаты авторов показали, что применение парной оценки с помощью SR и %SS улучшали абсолютную надежность по сравнению с измерениями одним методом. Кроме того, процедура парной оценки улучшала относительную надежность с высокого до очень высокого уровня.

Идеальным инструментом для оценки заикания мог бы стать такой, который позволял бы оценивать разные аспекты проявления непосредственно заикания (процент заикающихся слогов, длительность пауз, физические проявления), а также оценку влияния заикания на различные сферы жизнедеятельности и при этом обладал бы простотой использования. Наиболее близок к таким характеристикам SSI-4, возможно, именно поэтому он наиболее часто применяется в исследованиях. Однако для широкого внедрения в клиническую практику данный инструмент вряд ли подходит из-за громоздкости (бумажная версия инструмента изложена на 62 страницах) и сложности измерений, а также из-за отсутствия возможности оценить влияние заикания на различные сферы жизни у детей и подростков. Для адаптации и локализации в России наиболее оптимальной представляется краткая, упрощенная версия SSI-4 с адаптированным для русскоговорящих стимульным материалом, дополненная опросником оценки влияния заикания на различные сферы жизни, таким как CAT (Communication attitude test) или BAB (Behavior Assessment Battery), который включал бы вопросы на оценку поведенческой, аффективной и социальной сфер. Такой инструмент охватывал бы все описанные дименсии современной многофакторной модели заикания (когнитивный, аффективный, лингвистический, моторный и социальный факторы). Очевидно, что разработка такого опросника, его валидизация и нормирование на выборках различных возрастов русскоговорящих потребуют времени и больших трудозатрат, что, однако, оправдывается высокой потребностью

в таком инструменте со стороны как исследователей, так и клиницистов (а также педагогов, логопедов, психологов).

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Имеющиеся данные об инструментах оценки различных аспектов заикания в англоязычной литературе представляют собой обширный материал с глубоко проработанной концептуальной базой, который может лечь в основу разработки российских (русскоязычных) методов оценки этого состояния, потребность в которых к настоящему времени назрела со стороны как исследователей, так и специалистов практического здравоохранения, логопедии и дефектологии.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Craig A., Hancock K., Tran Y. Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2002;45:1097–1105. doi: 10.1044/1092-4388(2002/088)
2. Guitar B. *Stuttering: an integrated approach to its nature and treatment*. 4th ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
3. Gusev A.V., Guseva A.Yu. On the issue of stuttering: the search for new ways to help children. *Correctional and pedagogical education*. 2024;4(40):57–62. (in Russian)
4. Vizel T.G. On the nature of stuttering and its correction. *Special education*. 2018;1(49):105–114. (in Russian)
5. Lewis D., Sherman D. Measuring the severity of stuttering. *Journal of Speech Disorders*. 1951;16:320–326.
6. Johnson W., Darley E.L., Spriestersbach D.C. *Diagnostic methods in speech pathology*. New York: Harper; 1963.
7. Coyle M., Mallard A.R. Word-by-word analysis of observer agreement utilizing audio and audiovisual techniques. *Journal of Fluency Disorders*. 1979;4:23–28.
8. Martin R.R. Direct magnitude-estimation judgments of stuttering severity using audible and audible-visible speech samples. *Speech Monographs*. 1965;32:169–177.
9. Martin R.R., Haroldson S.K., Triden K.A. Stuttering and speech naturalness. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 1984;49:53–58.
10. Williams D.E., Wark M., Minifie F.D. Ratings of stuttering by audio, visual, and audiovisual cues. *Journal of Speech and Hearing Research*. 1963;6:91–100.
11. Lanyon R.I. The measurement of stuttering severity. *Journal of Speech and Hearing research*. 1967;10:836–843.
12. Woolf G. The assessment of stuttering as struggle, avoidance and expectancy. *British Journal of Disordered Communication*. 1967;2:158–171.
13. Van Riper C. *The nature of stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1972.
14. Riley G.D. *Stuttering severity instrument*. Austin, TX: PRO-ED; 1972.
15. Andrews G., Cutler J. Stuttering therapy: The relation between changes in symptom level and attitudes. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 1974;39(3):312–319. doi: 10.1044/jshd.3903.312
16. Winters K.L., Byrd C.T. Caregiver Predictions of Their 3- to 6-Year-Old Child Who Stutters' Communication Attitude. *Journal of speech, language, and hearing research*. 2024;67(7):2086–2105. doi: 10.1044/2024_JSLHR-23-00662
17. Guttormsen L.S., Kefalianos E., Naess K.A. Communication attitudes in children who stutter: A meta-analytic review. *Journal of Fluency Disorders*. 2015;46:1–14. doi: 10.1016/j.jfludis.2015.08.001
18. Riley G.D. *Stuttering severity instrument*. Rev. ed. Austin, TX: PRO-ED; 1980.
19. Riley G.D. *Stuttering severity instrument for children and adults*. 3rd ed. Austin, TX: PRO-ED; 1994.
20. Van Riper C. *The nature of stuttering*. 2nd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1982.
21. Hall D.E., Lynn J.M., Alteiri J., et al. Inter-intrajudge reliability of the Stuttering Severity Instrument. *Journal of Fluency Disorders*. 1987;12:167–173.
22. Healey E.C. Assessment review: Stuttering Severity Instrument for Children and Adults (revised). *Journal of Fluency Disorders*. 1991;16:309–311.
23. Mowrer D. Assessment review: Stuttering Severity Instrument for Children and Adults (revised). *Journal of Fluency Disorders*. 1991;16:311–314.
24. Riley G.D. Letter to the editor. *Journal of Fluency Disorders*. 1988;13:153–155.
25. Riley G.D. Response to reviews by E. Charles Healey and Donald Mowrer. *Journal of Fluency Disorders*. 1991;16:314–316.
26. Lewis K.E. Do SSI-3 scores adequately reflect observations of stuttering behaviors? *American Journal of Speech-Language Pathology*. 1995;4:46–59.
27. Onslow M., Ingham R.J. Speech quality measurement and the management of stuttering. *Journal of Speech and Hearing Disorders*. 1987;52:2–17.
28. Ornstein A.F., Manning W.H. Self-efficacy scaling by adult stutterers. *Journal of Communication Disorders*. 1985;18(4):313–20. doi: 10.1016/0021-9924(85)90008-5
29. Riley G.D. *Stuttering Severity Instrument*. 4th ed. Austin, TX: Pro-Ed; 2009.
30. Riley G.D. *Stuttering prediction instrument for young children*. Austin, TX: PRO-ED; 1981.
31. Riley J., Riley G.D., Maguire G. Subjective screening of stuttering severity, locus of control, and avoidance: Research edition. *Journal of Fluency Disorders*. 2004;29(1):51–62. doi: 10.1016/j.jfludis.2003.12.001
32. Yaruss J.S., Quesal R.W. Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*. 2006;31(2):90–115. doi: 10.1016/j.jfludis.2006.02.002
33. Ambrose N.G., Yairi E. Normative disfluency data for early childhood stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1999;42(4):895–909. doi: 10.1044/jslhr.4204.895
34. Walsh B., Bostian A., Tichenor S.E., et al. Disfluency Characteristics of 4- and 5-Year-Old Children Who Stutter and Their Relationship to Stuttering Persistence and Recovery. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2020;63(8):2555–2566. doi: 10.1044/2020_JSLHR-19-00395
35. Yaruss J.S. Clinical measurement of stuttering behaviors. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*. 1997;24:27–38. doi: 10.1044/cicsd_24_5

36. Vanryckeghem M., Brutten G.J. *The KiddyCat: Communication Attitude Test for Preschool and Kindergarten Children who Stutter*. San Diego, CA: Plural Publishing, Inc; 2007.
37. Cardell E.A. Communication Attitude Test for Preschool and Kindergarten Children who Stutter (KiddyCAT). *International Journal of Disability, Development and Education*. 2010;57(2):236–238. doi: 10.1080/10349121003751131
38. Vanryckeghem M., Brutten G.J. The BigCAT: a normative and comparative investigation of the communication attitude of nonstuttering and stuttering adults. *Journal of communication disorders*. 2011;44(2):200–206. doi: 10.1016/j.jcomdis.2010.09.005
39. Brutten G., Vanryckeghem M. *BAB: Behavior Assessment Battery for School-Age Children Who Stutter*. San Diego, CA: Plural Publishing; 2007.
40. Wesierska K., Vanryckeghem M., Krawczyk A., et al. Behavior assessment battery: normative and psychometric investigation among Polish adults who do and do not stutter. *American Journal of Speech-language Pathology*. 2018;27(3S):1224–1234. doi: 10.1044/2018_AJSLP-ODC11-17-0187
41. St Clare T., Menzies R.G., Onslow M., et al. Unhelpful thoughts and beliefs linked to social anxiety in stuttering: development of a measure. *International Journal of Language and Communication Disorders*. 2009;44(3):338–351. doi: 10.1080/13682820802067529
42. Iverach L., Heard R., Menzies R., et al. A brief version of the Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering scales: The UTBAS-6. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2016;59(5):964–972. doi: 10.1044/2016_JSLHR-S-15-0167
43. Langevin M., Packman A., Onslow M. Parent perceptions of the impact of stuttering on their preschoolers and themselves. *Journal of Communication Disorders*. 2010;43(5):407–423. doi: 10.1016/j.jcomdis.2010.05.003
44. Healey E. *The Cognitive, Affective, Linguistic, Motor, and Social (CALMS) assessment for school age children who stutter: clinician's manual*. Lincoln, Nebraska: The Board of Regents of the University of Nebraska; 2012.
45. Boyle M.P. Assessment of stigma associated with stuttering: development and evaluation of the self-stigma of stuttering scale (4S). *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2013;56(5):1517–29. doi: 10.1044/1092-4388(2013/12-0280)
46. Yaruss J.S., McGill L. Childhood Stuttering Screening Physicians (CSS-P): Supporting accurate referral of young children who stutter. Paper. American Speech-Language-Hearing Association Convention. Proceedings of Joint World Congress on Stuttering and Cluttering. 2022.
47. Fromm D., Chern S., Geng Z., et al. Automated Analysis of Fluency Behaviors in Aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing research*. 2024;67(7):2333–2342. doi: 10.1044/2024_JSLHR-23-00659
48. Connery A., Galvin R., McCurtin A. Effectiveness of nonpharmacological stuttering interventions on communication and psychosocial functioning in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Evidence-based Medicine*. 2021;14(1):17–26. doi: 10.1111/jebm.12408
49. Karimi H., O'Brian S., Onslow M., et al. Absolute and relative reliability of percentage of syllables stuttered and severity rating scales. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 2014;57(4):1284–1295. doi: 10.1044/2014_JSLHR-S-13-0106



Дукорский В.В.^{1,2} ✉, Остянко Ю.И.², Скугаревский О.А.³

¹ Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

² Государственный комитет судебных экспертиз Республики Беларусь, Минск, Беларусь

³ Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология», Минск, Беларусь

Судебно-психиатрическая оценка способности потерпевших давать показания

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, написание текста – Дукорский В.В., концепция исследования и его методологическое сопровождение – Остянко Ю.И., концепция и дизайн исследования, редактирование и утверждение финальной версии публикации – Скугаревский О.А.

Подана: 03.03.2026

Принята: 15.05.2026

Контакты: vl.dukorsky@tut.by, y.ostianko@tut.by, skugarevsky@tut.by

Резюме

В данной статье представлена методология проведения судебно-психиатрических экспертиз по оценке способности потерпевших давать показания в рамках уголовного дела.

Ключевые слова: общественно опасное деяние, потерпевшие, способность давать показания, судебно-психиатрическая оценка

Dukorsky V.^{1,2} ✉, Ostianko Yu.², Skugarevsky O.³

¹ Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

² State Forensic Examination Committee of the Republic of Belarus, Minsk, Belarus

³ Minsk Regional Clinical Center "Psychiatry and Addiction Treatment", Minsk, Belarus

Forensic Psychiatric Assessment of Victim Competency to Testify

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: concept and design of the study, writing the text – Dukorskiy V., concept of the study and its methodological support – Ostianko Yu., concept and design of the study, editing and approval of the final version of the publication – Skugarevsky O.

Submitted: 03.03.2026

Accepted: 15.05.2026

Contacts: vl.dukorsky@tut.by, y.ostianko@tut.by, skugarevsky@tut.by

Abstract

This article outlines a methodology for forensic psychiatric evaluations to assess a victim's competency to testify in criminal proceedings.

Keywords: socially dangerous act, victims, competency to testify, forensic psychiatric assessment

■ ВВЕДЕНИЕ

Судебно-психиатрическая оценка способности участников уголовного процесса давать показания является актуальной проблемой судебной психиатрии [1–3]. Способность давать показания не только является компонентом процессуальной дееспособности потерпевшего, но и заслуживает существенного внимания судебно-следственных органов из-за особой значимости для уголовного процесса. По этой же причине норма оценки способности потерпевшего давать показания законодателем выделена отдельно и четко закреплена в Уголовно-процессуальном кодексе Республики Беларусь (УПК), а соответствующий ей вопрос в настоящее время является наиболее часто задаваемым инициаторами в рамках назначения судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) в отношении потерпевших.

В соответствии с п. 5 ч. 2 ст. 50 УПК потерпевший обязан подвергаться по требованию органа, ведущего уголовный процесс, амбулаторной экспертизе для проверки способности правильно воспринимать и давать показания об обстоятельствах, подлежащих установлению по уголовному делу, если есть веские основания сомневаться в наличии у него такой способности. Таким образом законодатель регламентирует установление посредством СПЭ способности потерпевшего давать показания в отношении не только обстоятельств, непосредственно относящихся к деликту, совершенному в отношении исследуемого, но и любых других обстоятельств, подлежащих доказыванию по уголовному делу, а также о своих взаимоотношениях с подозреваемым, обвиняемым (п. 2 ст. 93 УПК).

К предмету СПЭ по определению способности потерпевшего давать показания будет относиться выявление проявлений психического расстройства (медицинский критерий), которые препятствуют возможности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания (юридический критерий). Таким образом, в рамках СПЭ вывод о невозможности давать показания может быть обоснован только в случае совокупности юридического и медицинского критериев, то есть тогда, когда неспособность воспринимать важные для дела обстоятельства и давать о них показания обусловлена наличием у потерпевшего психического расстройства.

■ ЮРИДИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ

В формулировке юридического критерия содержатся 2 компонента: (не)возможность правильного восприятия значимых для дела обстоятельств (времени, места, внешности правонарушителя, последовательности совершаемых им действий и т. д.) и (не)способность давать показания о воспринятом. Констатация выпадения любого из компонентов будет достаточным основанием для вывода о невозможности потерпевшего давать показания по уголовному делу.

■ МЕДИЦИНСКИЙ КРИТЕРИЙ

Медицинский критерий в классическом варианте формулы способности давать показания отсутствует, вместе с тем формулирование судебным психиатром вывода о неспособности давать показания без наличия психического расстройства (заболевания) невозможно. При психотических расстройствах заключение о невозможности потерпевшего давать показания прежде всего будет обусловлено выраженностью

расстройства как в момент общественно опасного деяния (ООД), так и в период предварительного следствия. Такое же решение может быть принято и при разнообразных дефицитарных состояниях, характеризующихся значительно выраженными интеллектуально-мнестическими нарушениями, которые обуславливают невозможность осмысленного восприятия и последующего воспроизведения обстоятельств, касающихся даже простейших событий в юридически значимый период. Однако следует подчеркнуть, что далеко не при всех дефицитарных состояниях возможен категоричный вывод о неспособности давать показания. Определяющим моментом является оценка способности потерпевшего воспринимать, запоминать и воспроизводить релевантные события без искажения их общего смысла. При воспроизведении потерпевшим неискаженных базовых сведений, касающихся обстоятельств ООД и уголовного дела (простейшие факты, внешняя сторона без внутреннего смысла), будет неверно делать вывод о неспособности потерпевшего давать показания.

У потерпевших с психотическими расстройствами при наличии полной стабильной ремиссии также возможен вывод о способности правильно воспринимать и давать показания о юридически значимых событиях.

Достаточно сложным является вопрос о возможности давать показания потерпевшими с временными расстройствами психики на период юридически значимых событий. Естественно, что временные психотические расстройства (интоксикационные психозы, состояния помрачения сознания), как и бессознательные состояния, исключают возможность правильного восприятия даже простых по своей сути обстоятельств происходящего, что предопределяет соответствующую экспертную оценку.

Не всегда простой является оценка способности давать показания при различных вариантах выраженности умственной отсталости и интеллектуальном снижении при различных органических поражениях головного мозга. В случаях, когда потерпевшие с когнитивным дефицитом признаются неспособными давать показания, речь идет преимущественно о расстройствах уровня глубокой и тяжелой умственной отсталости. В других случаях, где также правомерен экспертный вывод о неспособности давать показания, характерно сочетание менее глубоких степеней интеллектуального дефицита с выраженными эмоционально-волевыми расстройствами преимущественно по типу патологически повышенных внушаемости, подчиняемости или выраженными мнестическими нарушениями.

Особенно многокомпонентной является оценка способности воспринимать и воспроизводить юридически значимые события у потерпевших, перенесших черепно-мозговую травму (ЧМТ) с расстройством сознания, что приводит к необходимости тщательного анализа психического состояния в различные этапы следствия с экспертным выводом по каждому из них. Длительность состояний нарушенного сознания может быть различной (от нескольких мгновений до нескольких часов и даже дней). Поэтому, наряду с альтернативными решениями о полной невозможности / возможности правильно воспринимать обстоятельства дела, перед экспертами нередко возникает еще одна сложная задача: точно очертить временные рамки состояния с нарушенным сознанием и соотнести его с отдельными юридически значимыми периодами.

Потерпевшие, получившие легкую ЧМТ, несмотря на кратковременную потерю сознания в момент травмы, обычно помнят все события, имевшие отношение к

случившемуся как до, так и после ЧМТ. В таких случаях у некоторых из них наблюдается запоминание отдельных деталей случившегося и последовательности происходившего. Однако в основном они дают подробные показания, достаточно полно воспроизводящие происшедшее, адекватно оценивают случившееся. Необходимо отметить, что запоминание отдельных деталей происшедшего не оказывает существенного влияния на воспроизведение интересующей следствие ситуации.

Со временем явления ретроградной амнезии, как правило, редуцируются, а события, предшествующие ЧМТ, восстанавливаются в памяти, что должно найти отражение в экспертном заключении. Нередко преходящими являются и выраженные интеллектуально-мнестические расстройства, возникающие в остром периоде ЧМТ на фоне астенического соматического состояния. Такие лица достаточно подробно описывают обстоятельства, при которых они получили ЧМТ, что имеет существенное значение для расследования уголовного дела. Сложнее оценить период после получения ЧМТ, сопровождающийся длительной потерей сознания, а в последующем – антероградной амнезией, нарушением запоминания с конфабуляциями или криптомнезией.

Детальное изучение динамики ЧМТ и скрупулезный анализ показаний потерпевшего при наличии у него стойких и выраженных интеллектуально-мнестических нарушений и конфабуляторных расстройств, сохраняющихся после длительной активной терапии, показывает, что такие лица не могут правильно воспринимать важные для дела обстоятельства, воспроизвести интересующую следствие ситуацию и давать показания.

■ АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ПОКАЗАНИЙ

Всесторонней оценке способности правильно воспринимать и давать показания об обстоятельствах, подлежащих установлению по уголовному делу, существенно помогает анализ показаний потерпевшего, включающий следующие структурные элементы:

- история возникновения показаний и ситуация, в которой это происходило;
- постоянство показаний;
- логическая последовательность и связанность показаний;
- четкость, наглядность, детализированность;
- пространственная и временная связь;
- специфические особенности деликта и последующих событий;
- сопоставление показаний с другими материалами уголовного дела;
- сопоставление показаний с клинической картиной психического расстройства, имеющегося у потерпевшего.

При выявлении неспособности потерпевшего правильно воспринимать и давать показания об обстоятельствах, подлежащих установлению по уголовному делу, в СПЭ должно быть четко и аргументированно указано, вследствие чего эта способность нарушена (какого психопатологического дефекта), а также в каких юридически значимых ситуациях исследуемый не способен правильно воспринимать события и/или давать о них показания. Например, амнезия (вследствие черепно-мозговой травмы) на одну часть событий не лишает потерпевшего способности давать показания относительно иных обстоятельств уголовного дела (до и/или после времени амнезии).

■ РАЗГРАНИЧЕНИЕ С УСТАНОВЛЕНИЕМ ДОСТОВЕРНОСТИ ПОКАЗАНИЙ

Судебно-психиатрическая оценка способности потерпевшего давать показания не имеет отношения к оценке достоверности показаний, а направлена на оценку принципиальной возможности адекватного восприятия, запоминания и воспроизведения информации, подлежащей установлению по уголовному делу. Исследуемый, способный давать показания, тем не менее по различным причинам (заблуждение, преднамеренное искажение) может сообщать сведения, не соответствующие действительности, однако установление подобных фактов не относится к компетенции судебного эксперта-психиатра.

■ РАЗГРАНИЧЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ НА ВНЕШНЮЮ И ВНУТРЕННЮЮ СТОРОНУ

Разграничение экспертной оценки способности потерпевших давать показания о внешней и внутренней стороне событий не имеет практического значения, достаточно констатации способности уже на уровне внешней стороны для возможности учета показаний потерпевшего. В связи с чем при установлении у потерпевшего способности давать показания о внешней стороне необходимо констатировать наличие способности давать показания.

Вопрос, соответствующий данному виду экспертного судебно-психиатрического исследования, может звучать следующим образом: «Способен ли потерпевший по своему психическому состоянию правильно воспринимать обстоятельства, подлежащие установлению по уголовному делу, и давать о них показания?»

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Tkachenko A.A., Korzun D.N. *Forensic psychiatric examination*. GEOTAR-Media; 2020. (in Russian)
2. Makushkin E.V., Tkachenko A.A., eds. *Forensic psychiatric diagnostics*. Moscow: FGBU FMICPN im. V.P. Serbskogo; 2017. (in Russian)
3. Dmitrieva T.B., ed. *Forensic psychiatry*. Moscow: Medicinskoe informacionnoe agentstvo; 2008. (in Russian)
4. Skugarevsky O., Evukhovich E., Dukorsky V. Perspectives of the medical and legal category "psychological/psychiatric injury" within the framework of domestic medical and legal reality. *Law and order*. 2022;63(3):60–63. (in Russian)
5. Skugarevsky O., Mistiukovich D., Dukorsky V. Pre-trial investigation and psychological/psychiatric injury in victims of crime. *Preliminary Investigation*. 2023;1(13):22–26. (in Russian)
6. Skugarevsky O., Golubovich V., Ostianko Yu., Dukorsky V. Moral damage vs. psychological/psychiatric injury: analysis of the position of forensic psychiatrists and forensic psychologists. *Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology*. 2024;15(1):119–128. (in Russian)
7. Dukorsky V., Zaitseva L., Ostianko Yu., Skugarevsky O. Moral damage caused by a crime or psychological/psychiatric injury: analysis of the prosecutors' position. *Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology*. 2024;15(3):370–378. (in Russian)
8. Dukorsky V., Zaitseva L., Ostianko Yu., Skugarevsky O. Moral damage caused by a crime or psychological/psychiatric injury: analysis of the investigators' position. *Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology*. 2024;15(4):479–488. (in Russian)
9. Dukorsky V., Zaitseva L., Ostianko Yu., Skugarevsky O. Moral damage caused by a crime or psychological/psychiatric injury: analysis of the judges' position. *Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology*. 2025;16(1):116–124. (in Russian)
10. Dukorsky V., Zaitseva L., Ostianko Yu., Skugarevsky O. Moral damage caused by a crime or psychological/psychiatric injury: analysis of the lawyers' position. *Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology*. 2025;16(2):236–244. (in Russian)
11. Dukorsky V., Ostianko Yu., D. Dzjakau, O. Semenov V., Skugarevsky O. Moral damage vs. psychological/psychiatric injury: analysis of the position of trauma therapists. *Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology*. 2025;16(3):373–382. (in Russian)

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ, ПЛАНИРУЮЩИХ ПУБЛИКАЦИЮ В ЖУРНАЛАХ ИЗДАТЕЛЬСТВА «ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ИЗДАНИЯ»

С подробной версией и примерами оформления статьи можно ознакомиться на сайте **recipe.by**.

В журнале публикуются оригинальные статьи, описания клинических наблюдений, лекции и обзоры литературы.

Журнал рассматривает материалы от аспирантов, соискателей, докторантов, специалистов и экспертов.

Представление статьи в журнал подразумевает, что:

- статья не была опубликована ранее в другом журнале;
- статья не находится на рассмотрении в другом журнале;
- все соавторы согласны с публикацией текущей версии статьи.

Перед отправкой статьи на рассмотрение убедитесь, что в файле (файлах) содержится вся необходимая информация на русском и английском языках, указаны источники информации, размещенной в рисунках и таблицах, все цитаты оформлены корректно.

Параметры форматирования: Times New Roman, кегль – 12, междустрочный интервал – 1,5. Объем оригинального исследования, описания клинического случая – 30 000 знаков с пробелами (15–17 страниц), обзора, лекции – 50 000 знаков с пробелами (20–25 страниц). Количество рисунков и таблиц – не более 5 для каждой позиции. Количество литературных источников: для оригинального исследования, описания клинического случая – не более 30, обзора, лекции – не более 50. Допускается 10–15%-е отклонение от заданных объемов.

На титульном листе статьи размещаются (на русском и английском языках):

I. Имя автора (авторов)

На русском языке при указании авторов статьи фамилию следует указывать до инициалов имени и отчества (Иванов П.С.).

На английском языке при указании авторов статьи используется формат «Имя, инициал отчества, фамилия» (Ivan I. Ivanov). Фамилию на английском языке необходимо указывать в соответствии тем, как она была указана в ранее опубликованных статьях, или использовать стандарт BSI.

II. Информация об авторе (авторах)

В этом разделе перечисляются звание, должность, иные регалии. Здесь также указываются e-mail и телефон ответственного автора.

III. Аффiliation автора (авторов)

Аффiliation включает в себя официальное название организации, включая город и страну. Авторам необходимо указывать все места работы, имеющие отношение к проведению исследования.

Если в подготовке статьи принимали участие авторы из разных учреждений, необходимо указать принадлежность каждого автора к конкретному учреждению с помощью надстрочного индекса.

Необходимо официальное англоязычное название учреждения для блока информации на английском языке.

IV. Название статьи

Название статьи на русском языке должно соответствовать содержанию статьи. Англоязычное название должно быть грамотно с точки зрения английского языка, при этом по смыслу полностью соответствовать русскоязычному названию.

V. Аннотация

Рекомендуемый объем структурированной аннотации для оригинальных исследований: 1000–2000 знаков с пробелами. Аннотация содержит следующие

разделы: Цель, Методы, Результаты, Заключение. Для обзорных статей и описаний клинических случаев требований к структуре резюме нет, его объем должен составлять не менее 1000 знаков с пробелами.

В аннотацию не следует включать впервые введенные термины, аббревиатуры (за исключением общеизвестных), ссылки на литературу.

VI. Ключевые слова

5–7 слов по теме статьи. Желательно, чтобы ключевые слова дополняли аннотацию и название статьи.

VII. Благодарности

В этом разделе указываются все источники финансирования исследования, а также благодарности людям, которые участвовали в работе над статьей, но не являются ее авторами.

VIII. Конфликт интересов

Автор обязан уведомить редактора о реальном или потенциальном конфликте интересов, включив информацию о конфликте интересов в соответствующий раздел статьи. Если конфликта интересов нет, автор должен также сообщить об этом. Пример формулировки: «Конфликт интересов: не заявлен».

Текст статьи

В журнале принят формат IMRAD (Introduction, Methods, Results, Discussion; Введение, Методы, Результаты, Обсуждение).

Рисунки

Рисунки должны быть хорошего качества, пригодные для печати. Все рисунки должны иметь подписанные подписи. Подписная подпись должна быть переведена на английский язык.

Таблицы

Таблицы должны быть хорошего качества, пригодные для печати. Обязательны таблицы, пригодные для редактирования, а не отсканированные или в виде рисунков. Все таблицы должны иметь заголовки. Название таблицы должно быть переведено на английский язык.

Список литературы

В журнале используется Ванкуверский формат цитирования, который подразумевает отсылку на источник в квадратных скобках и последующее указание источников в списке литературы в порядке упоминания: [6].

При описании источника следует указывать его DOI, если его можно найти (для зарубежных источников удается это сделать в 95% случаев).

В ссылках на статьи из журналов должны быть обязательно указаны год выхода публикации, том и номер журнала, номера страниц.

В описании каждого источника должны быть представлены не более 3 авторов.

Ссылки должны быть верифицированы, выходные данные проверены на официальном сайте.

Списки литературы приводятся только на английском языке, без транслитерации. После описания русскоязычного источника в конце ссылки ставится указание на язык работы: (in Russian).

Для транслитерации имен и фамилий авторов в русскоязычных источниках, названий журналов следует использовать стандарт BSI.

Редакция журнала ведет переписку с ответственным (контактным) автором.

Редакция вправе отклонить статью без указания причины.

Rexetin (paroxetine) 20 mg №30

РЕКСЕТИН



К ОСВОБОЖДЕНИЮ ОТ ТРЕВОГИ

ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВСЕХ ВИДОВ
ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ И ДЕПРЕССИИ

Рег. уд. ЛП-№008861-ГП-ВУ от 02.07.2025



ГЕДЕОН РИХТЕР

Геден Рихтер ОАО. Представительство в Республике Беларусь,
г. Минск, пр. Победителей 5, офис 505, 510. Тел./факс (017)215-25-21
E-mail: belgedeon@gedeon.by

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ. НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ И НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ. ПРОТИВПОКАЗАН ДЕТЯМ. С ОСТОРОЖНОСТЬЮ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ.
Для сообщений о нежелательных реакциях: drugsafety.by@gedeonrichter.eu