



журнал имени

ISSN 2075-1761

Спецвыпуск

# П.Б.ГАННУШКИНА

№ 2 (1) | том 27 | 2025

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ





# Возвращая жизни смысл



ГЕДЕОН РИХТЕР

Здоровье - наша миссия

ООО «ГЕДЕОН РИХТЕР ФАРМА» г. Москва, 119049, 4-й  
Добрининский пер., д. 8. Тел.: +7 (495) 987-18-80, e-mail:  
GRFarma@g-richter.ru. Представительство ОАО «Гедеон  
Рихтер» (Венгрия) г. Москва: г. Москва, 119049, 4-й  
Добрининский пер., д. 8. Тел.: +7 (495) 987-15-55, e-mail:  
centr@g-richter.ru, [www.gedeonrichter.com/ru/ru](http://www.gedeonrichter.com/ru/ru). Реклама.

Информация для специалистов здравоохранения. Имеются противопоказания. Перед  
назначением, пожалуйста, ознакомьтесь с общей характеристикой лекарственного  
препарата Реагила® РУ: № АП-№(001510)-(РГ-РУ) от 06.12.2022. С общей характеристикой  
можно ознакомиться на сайте <https://portal.eaeunion.org/>

  
**РЕАГИЛА®**  
КАРИПРАЗИН

Журнал «Психиатрия и психофармакотерапия» им. П.Б. Ганнушкина – издание Российского общества психиатров (РОП), рецензируемый научно-практический журнал для профессионалов в области здравоохранения. Основан в 1999 году П.В. Морозовым. Журнал «Психиатрия и психофармакотерапия» им. П.Б. Ганнушкина индексируется в следующих электронных поисковых системах/базах данных: РИНЦ (Российский индекс научного цитирования).

Том 27, № 2 (1), Специальный выпуск, 2025 / Vol. 27, № 2 (1), Special issue, 2025

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР ЖУРНАЛА  
Д.П. Морозов

EDITOR-IN-CHIEF  
D.P. Morozov

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

А.С. Аведисова, д.м.н., проф.

Ю.А. Александровский, чл.-кор. РАН

А.В. Андрющенко, д.м.н.

И.П. Анохина, акад. РАН

Р.А. Беккер, м.к.н.

А.Е. Бобров, д.м.н., проф.

Н.А. Бохан, акад. РАН

Ю.В. Быков, к.м.н.

Д.С. Данилов, д.м.н.

Н.Н. Иванец, чл.-кор. РАН

М.В. Иванов, д.м.н., проф.

С.В. Иванов, д.м.н., проф.

Б.А. Казаковцев, д.м.н., проф.

В.В. Калинин, д.м.н., проф.

М.А. Кинкулькина, чл.-кор. РАН

В.Н. Краснов, д.м.н., проф.

Г.П. Костюк, д.м.н., проф.

Е.Г. Костюкова, к.м.н.

В.И. Крылов, д.м.н., проф.

В.Э. Медведев, к.м.н., доцент

М.А. Морозова, д.м.н., проф.

С.Н. Мосолов, д.м.н., проф.

Н.Г. Незнанов, д.м.н., проф.

С.А. Овсянников, д.м.н., проф.

Н.Ю. Пятницкий, к.м.н.

А.Б. Смулевич, акад. РАН

Н.В. Трушникова, к.м.н.

Г.М. Усов, д.м.н., проф.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ СОВЕТ

Председатель – А.Ябленский (Перт)

С.А. Алтынбеков (Алматы)

З.Ш. Ашурров (Ташкент)

Т.И. Галако (Бишкек)

Н.В. Измайлова (Баку)

А.Э. Мелик-Пашаян (Ереван)

О.А. Скугаревский (Минск)

EDITORIAL COUNCIL

A.S.Avedisova, prof. Dr. Sci.

Yu.A.Alexandrovsky, prof. Assoc. Member RAS

A.V.Andryuschenko, Dr. Sci.

I.P.Anokhina, prof. Assoc. Member RAS

R.A.Bekker, M. Sc. in computer Science

A.E.Bobrov, prof. Dr. Sci.

N.A.Bohan, prof. Assoc. Member RAS

Yu.V.Bykov, Ph. D.

D.S.Danilov, Dr. Sci.

N.N.Ivanets, prof. Assoc. Member RAS

M.V.Ivanov, prof. Dr. Sci.

S.V.Ivanov, prof. Dr. Sci.

B.A.Kazakovtsev, prof. Dr. Sci.

V.V.Kalinin, prof. Dr. Sci.

M.A.Kinkulkina, prof. Assoc. Member RAS

V.N.Krasnov, prof. Dr. Sci.

G.P.Kostuk, prof. Dr. Sci.

E.G.Kostukova, Ph. D.

V.I.Krylov, prof. Dr. Sci.

V.E.Medvedev, Ph. D., Associate Professor

M.A.Morozova, prof. Dr. Sci.

S.N.Mosolov, prof. Dr. Sci.

N.G.Neznanov, prof. Dr. Sci.

S.A.Ovsiannikov, prof. Dr. Sci.

N.Y.Pyatnitskiy, Ph.D.

A.B.Smulevich, prof. Member RAS

N.V.Treushnikova, Ph. D.

G.M.Usov, prof. Dr. Sci

E-mail: dmr@mentica-pvm.ru, am@mentica-pvm.ru

Электронная версия: con-med.ru

По вопросам рекламы и продвижения:

АНО «Научно-практический центр «Психея» имени Петра Викторовича Морозова». 117437 Москва, ул Островитянова дом 9, корпус 4, кв 249, тел.: +7 993 908 00 26

Издатель: АНО «Научно-практический центр «Психея» имени Петра Викторовича Морозова».

Адрес издателя: 117437 Москва, ул Островитянова дом 9, корпус 4, кв 249

Адрес типографии: 107023, Москва, ул. Электрозаводская, 21

Журнал зарегистрирован в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Рег. номер: ПИ № ФС77-73902.

Общий тираж: 30 тыс. экз.

Дата выхода: 22.04.2025

Учредитель: Морозова А.П., Морозов Д.П.

Издание распространяется бесплатно.

Каталог «Пресса России» 29575.

Авторы, присылающие статьи для публикаций, должны быть ознакомлены с инструкциями для авторов и публичным авторским договором.

Информация на сайте con-med.ru.

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

В статьях представлена точка зрения авторов, которая может не совпадать с мнением редакции журнала.

Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале, допускается только с письменного разрешения редакции.

Все права защищены. 2025 г.

Научное производственно-практическое издание для профессионалов в области здравоохранения. Согласно рекомендациям Роскомнадзора выпуск и распространение данного производственно-практического издания допускаются без размещения знака информационной продукции.



Журнал имени П.Б.Ганнушкина  
Gannushkin Journal

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие к спецвыпуску, включающему работы победителей конкурса научных работ XVII Всероссийской Школы молодых психиатров «Сузdal-2025» с международным участием  
Горобец Л.Н.

4

Биопсихосоциальные и генетические факторы риска развития алкогольного делирия у пациентов с синдромом алкогольной зависимости  
Бобрик Д.В.

5

Симптомы предменструального дисфорического расстройства (ПМДР) у женщин с биполярным аффективным расстройством (БАР): клинические особенности и течение  
Бурдейная А.С.

6

Физиологически обоснованное фармакокинетическое моделирование (РВРК) для повышения применимости фармакогенетического тестиования у пациента с депрессией  
Герасимчук Е.С., Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю.

7

Характеристики неблагоприятного детского опыта у пациентов с аффективными расстройствами  
Горбунова А.П.

8

Особенности структур коры головного мозга при резистентной к антипсихотикам шизофрении  
Дудина А.Н., Тихонов Д.В., Вершинина О.Ю., Каледа В.Г., Лебедева И.С.

9

Различия когнитивного функционирования и внутренней картины болезни между пациентами с монополярной и биполярной депрессией  
Забродин Н.А., Струкова А.В., Кафаров Е.Р., Долгополова Ю.В.

10

Несуицидальные самоповреждения при пограничном расстройстве личности в юношеском возрасте  
Кулешов А.А.

12

Взаимосвязь преморбидной социальной адаптации и самостигматизации у пациентов с расстройствами шизофренического спектра  
Лафи Н.М.

13

Влияние полиморфизмов AGER и OXTR на агрессивное поведение и социальную адаптацию при шизофрении  
Михайлова В.А., Плакунова В.В.

14

Роль депрессивных симптомов в развитии вторичных негативных расстройств и социальной дезадаптации у пациентов с шизофренией  
Моритц А.А.

16

Дифференциация рекуррентных и биполярных депрессий с помощью окулографического (айтрекинг) исследования  
Ноздрачев Д.И.

17

Исследование ассоциаций генов GRIN2A и GRIN2B с гиперпролактинемией, вызванной антипсихотиками  
Полтавская Е.Г.

19

Роль окситоцинергической системы в формировании дефицитарных нарушений у пациентов с параноидной шизофренией: промежуточные результаты кросс-секционного исследования  
Пургин Е.В., Горобец Л.Н.

20

Структурные различия когнитивно-смыслового пространства при шизоаффективном и биполярном аффективном расстройствах: результаты сетевого анализа репертуарных матричных тестов  
Русеев В.Ю.

22

Изменение диагнозов у ветеранов СВО при поступлении и выписке из психиатрического стационара  
Рябинина Д.А., Зоркина Я.А., Резник А.М., Костюк Г.П., Морозова А.Ю.

23

Безопасность применения сертраплина у подростков с депрессивным эпизодом и суицидальными тенденциями в зависимости от полиморфных вариантов CYP2C19\*, \*17  
Собур В.В., Грасс С.В.

24

Нарушения распознавания лицевой экспрессии при шизофрении и их нейрофизиологические корреляты  
Спектор В.А.

25

Перспективы использования айтрекинга в качестве инструмента диагностики педофилии (педофильского расстройства) в судебно-психиатрической практике  
Староверов И.И.

26

Особенности клинических проявлений психической дезадаптации у лиц с патологией заднего сегмента глаза  
Яковлев Д.А., Кузьмина С.В.

28

Ассоциации аффективных расстройств с расстройствами пищевого поведения: частота встречаемости и клинические корреляты  
Яковлева Я.В., Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В.

29

Решением ВАК Минобрнауки России журнал

«Психиатрия и психофармакотерапия» им. П.Б. Ганнушкина включен в перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых публикуются основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук



# Предисловие к спецвыпуску, включающему работы победителей конкурса научных работ XVII Всероссийской Школы молодых психиатров «Сузdal-2025» с международным участием

Данный спецвыпуск журнала «Психиатрия и психофармакотерапия» им. П.Б. Ганнушкина посвящен победителям конкурса научных работ XVII Всероссийской Школы молодых психиатров «Сузdal-2025» с международным участием, и содержит работы, освещающие наиболее перспективные и значимые направления развития психиатрии и других медицинских специальностей в области охраны психического здоровья (психологии, аддикций, судебной психиатрии и др.) в контексте наполнения существующих знаний содержанием, отражающим современные достижения молодых специалистов в медицинской науке и практике.

Тематический диапазон представленных в настоящем сборнике работ весьма значителен и охватывает как клинические, так и биологические вопросы, как теоретические, так и прикладные аспекты психиатрии.

Содержание представленных в сборнике работ затрагивает традиционные тематики, включающие теоретические исследования, касающиеся новых аспектов психопатологических характеристик с учетом современной классификации психических заболеваний, а также психофармакологических подходов к терапии пациентов. Кроме того, рассматриваются практические вопросы, которые требуют применения в повседневной деятельности психиатров и ряда других специалистов, работающих в различных областях медицины.

В ряде работ обсуждаются психологические, психотерапевтические и социальные проблемы, которым уделяется значительное внимание на современном этапе развития психиатрии.

Следует также обратить внимание на работы, предлагающие перспективные направления биологических, в частности, генетических исследований, которые позволяют значительно расширить наши представления о патогенетических аспектах психических заболеваний.

Представленные работы будут интересны психиатрам, психологам, сексопатологам, наркологам и другим специалистам. От имени оргкомитета конкурса мы поздравляем победителей!

**Горобец Людмила Николаевна**

*Руководитель отделения психоэндокринологии Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава РФ, д.м.н., профессор*

# Биopsихосоциальные и генетические факторы риска развития алкогольного делирия у пациентов с синдромом алкогольной зависимости

Бобрик Д.В.

Башкирский государственный медицинский университет Уфа

**Актуальность.** Синдром алкогольной зависимости (САЗ) является одним из самых распространённых психических и аддиктивных расстройств во всем мире. К 2022 году в Российской Федерации распространённость пациентов с впервые установленными психическими и поведенческими расстройствами, вызванными пагубным употреблением алкоголя, составило 37,0 человек на 100 тысяч населения, из которых на случаи металкогольных психозов приходится 8,8 человек на 100 тысяч населения (Росстат, 2023). При этом максимальная частота алкогольного делирия (АД) среди пациентов, проходящих лечение в стационаре, не превышает 15% (Schuckit M.A., 1995). Значительную роль среди факторов развития АД отводят генетической предрасположенности. В обзоре B.C. Van Munster и соавторов (2007) анализ 25 исследований, посвящённых поиску генов-кандидатов развития АД, показал, что 8 положительных ассоциаций из 30 полиморфизмов делают вероятной генетическую основу для развития делирия.

АД связан с высоким риском летального исхода, что обуславливает его изучение не только с биологического, но и социо-психологического аспекта. Биопсихосоциальная модель, предложенная Джорджем Энгелем, способствовала изучению взаимодействия этих факторов (Иванова А.Э., 2024).

**Цель и задачи.** Выявить ассоциацию полиморфных вариантов генов MTNR1B (rs10830963), MTNR1A (rs34532313), eNOS (rs2070744, rs1549758, rs1799983), HTR2A (rs6313), CLOCK (rs1801260), PER2 (rs934945) с социальными, психологическими и клиническими факторами у пациентов с алкогольной зависимостью с делирием и без него. Задачи исследования:

1. Определить связь между тяжестью клинической картины САЗ и наличием АД в анамнезе пациентов;

2. Установить ассоциации полиморфных вариантов генов MTNR1B (rs10830963), MTNR1A (rs34532313), eNOS (rs2070744, rs1549758, rs1799983), HTR2A (rs6313), CLOCK (rs1801260), PER2 (rs934945) у пациентов с САЗ, имеющих в анамнезе АД в сравнение с пациентами без него;

3. Определить ассоциацию полиморфных вариантов генов MTNR1B (rs10830963), MTNR1A (rs34532313), eNOS (rs2070744, rs1549758, rs1799983), HTR2A (rs6313), CLOCK (rs1801260), PER2 (rs934945) с социальными, психологическими и клиническими признаками у пациентов с зависимостью от алкоголя с синдромом отмены алкоголя (СОА) с делирием и без него.

**Материалы и методы.** В работе представлена оценка состояния 125 пациентов, проходивших стационарное лечение в Республиканском клиническом наркологическом диспансере (г. Уфа, г. Стерлитамак) на 5–14-й день пребывания в период с апреля по декабрь 2023 года. Все пациенты соответствовали критериям диагноза «F10.2» МКБ-10. Для отбора пациентов были разработаны критерии включения, невключения и исключения. С пациентами проводилось клиническое интервьюирование с целью

сбора анамнеза, а также определения клинических симптомов и синдромов. У всех пациентов производился забор образцов венозной крови для молекулярно-генетического исследования.

Статистическая обработка проводилась с применением Microsoft Excel, IBM SPSS Statistics 26. При проведении частотного анализа использовался критерий  $\chi^2$  (Хи-квадрат Пирсона). Различия признавали статистически достоверными при уровне значимости  $p<0,05$ .

**Результаты и обсуждения.** В исследование включены 125 пациентов мужского пола. Средний возраст составил  $43\pm9,89$  лет. Все пациенты были разделены на две группы: I группа – пациенты, не имеющие в анамнезе делирий ( $n=97$ ) и II группа – пациенты с алкогольным делирием в анамнезе ( $n=28$ ).

При анализе тяжести клинической картины алкогольной зависимости среди пациентов II группы по сравнению с I группой выявлено, что наиболее частым мотивом начала употребления алкоголя являлось любопытство ( $p=0,03$ ). При этом наблюдалось более ранее начало формирования СОА, его большая тяжесть ( $p<0,05$ ), а также частота встречаемости судорожных припадков ( $p=0,002$ ). При оценки социального и психологического статуса установлено, что во II группе чаще были холостые пациенты ( $p=0,008$ ), пренебрегающие своей работой и планами ради приема алкоголя ( $p=0,017$ ), с выраженным личностными и психологическими особенностями, характерными для пациентов с САЗ ( $p=0,009$ ).

При исследовании ассоциации полиморфных вариантов генов MTNR1B (rs10830963), MTNR1A (rs34532313), eNOS (rs2070744, rs1549758, rs1799983), HTR2A (rs6313), CLOCK (rs1801260) и PER2 (rs934945) в обеих группах исследуемых, статистически значимые различия были обнаружены в гене MTNR1B (rs10830963). Среди носителей генотипа GG частота развития делирия была в 3,27 раза выше по сравнению с другими пациентами ( $p=0,025$ ; OR=3,268). При исследовании остальных полиморфизмов генов статистически значимых отличий не было выявлено.

Для исследования ассоциаций полиморфизмов генов MTNR1B (rs10830963), MTNR1A (rs34532313), eNOS (rs2070744, rs1549758, rs1799983), HTR2A (rs6313), CLOCK (rs1801260), PER2 (rs934945) с социальными, психологическими и клиническими факторами алкогольной зависимости были выделены 4 блока признаков:

1. Характеристика зависимости или «Крейвинг»: мотивы и возраст начала эпизодического и систематического употребления, характер и длительность зависимости, крепость предпочтаемых напитков, отказ от планов ради приема алкоголя и затраты времени на восстановление после приема;

2. Симптомы СОА и изменения толерантности: возраст формирования, длительность и тяжесть СОА, наличие судорожных припадков, Шкала оценки состояния отмены алкоголя (CIWA-Ar), максимальная суточная толерант-

ность, ее изменение за последний год, возраст начала употребления крепких напитков и перехода на менее крепкие;

3. Социальные последствия употребления алкоголя: семейное положение, род деятельности, изменение интереса к работе и сексуальным отношениям до и после формирования САЗ;

4. Оценка психологического состояния: Колумбийская шкала оценки тяжести суицидальности (C-SSRS), Шкала оценки депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS), Шкала тревоги Гамильтона (HARS), Сокращенный многофакторный опросник исследования личности (СМОЛ), Опросник Басса-Перри по агрессии (BPAQ24), Опросник избегания опыта и активности (AAQ-II).

Анализ первого блока свидетельствуют о том, что у пациентов II группы более раннее начало эпизодического употребления алкоголя статистически связано с генотипом ТС гена eNOS (rs2070744), генотипом СС гена eNOS (rs1549758), генотипом GG гена eNOS (rs1799983) и генотипом GA гена PER2 (rs934945) ( $p<0,05$ ). Также характер употребления алкоголя ассоциирован с генами eNOS (rs2070744) генотипа СС, гена eNOS (rs1549758, rs1799983) генотипа ТТ и AA гена PER2 (rs934945) ( $p<0,05$ ).

При анализе клинической картины СОА среди пациентов II группы выявлены статистически значимые различия в ассоциации генотипа CG гена MTNR1B (rs10830963) с пароксизмальной потливостью и генотипом GG с тревогой ( $p=0,04$ ). Также обнаружена связь тактильных нарушений с

геном MTNR1A (rs34532313) у носителей генотипа СС, слуховых галлюцинаций с генотипом ТТ гена eNOS (rs1799983) ( $p=0,03$ ) и CLOCK (rs1801260) генотипа ТС ( $p=0,04$ ).

Среди пациентов с делирием в анамнезе выявлена статистически значимая связь в отсутствия интереса к работе с геном CLOCK (rs1801260) ( $p=0,02$ ).

В пятом блоке у пациентов с АД в анамнезе обнаружены различия в активных суицидальных попытках с генотипом ТТ гена HTR2A (rs6313) ( $p=0,004$ ).

**Выводы.** Таким образом, были исследованы полиморфные варианты генов MTNR1B (rs10830963), MTNR1A (rs34532313), eNOS (rs2070744, rs1549758, rs1799983), HTR2A (rs6313), CLOCK (rs1801260), PER2 (rs934945) с социальными, психологическими и клиническими факторами у пациентов с САЗ с делирием и без него. У пациентов с АД в анамнезе наблюдается генетическая предрасположенность ряда особенностей, которые могут оказывать влияние на степень тяжести протекания алкогольной зависимости. Это подчеркивает важность учета генетических факторов в процессе разработки персонализированного подхода к ведению пациентов с САЗ.

**Для цитирования:** Бобрик Д.В. Биопсихосоциальные и генетические факторы риска развития алкогольного делирия у пациентов с синдромом алкогольной зависимости. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 27, № 2 (1), Специальный выпуск, 2025: 5–6. DOI: 10.62202/2075-1761-2025-27-2(1)-5-6

## Симптомы предменструального дисфорического расстройства (ПМДР) у женщин с биполярным аффективным расстройством (БАР): клинические особенности и течение

Бурдейная А.С.

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

**Актуальность.** Более 80% женщин репродуктивного возраста испытывают разнообразные предменструальные симптомы, у 10–21% эти симптомы соответствуют критериям предменструального синдрома (ПМС) [Pearlstein T. et al., 2008; Tschudin S. et al., 2010]. Предменструальное дисфорическое расстройство (ПМДР), наиболее тяжёлая форма ПМС, встречается у 1–5% женщин и характеризуется преимущественно эмоциональными и аффективными симптомами, не связанными с другим психическим заболеванием [Gehlert S. et al., 2009; Qiao M. et al., 2012]. ПМДР – это тяжёлое, в редких случаях инвалидизирующее состояние, характеризующееся резкими изменениями настроения, которые влияют на работоспособность и межличностные отношения. Кроме того, ПМДР может возникать совместно с другими расстройствами оси I, в частности расстройствами настроения и тревожными расстройствами [Kim, D. et al., 2004]. Женщины с ПМДР имеют в четыре раза более высокий риск суицидальных мыслей и в семь раз более высокий риск суицидальных попыток. Это расстройство было включено как новая диагностическая категория депрессивных расстройств в Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM-5). Суще-

ствуют данные об утяжелении течения БАР у женщин с ПМДР [Slyepchenko A. et al., 2021].

Диагнозу ПМДР у женщин Российской Федерации уделяется недостаточно внимания. К тому же часто женщины с симптомами ПМДР не оказываются в поле зрения врачей психиатров и не получают должного лечения, что может утяжелять прогноз заболевания.

**Гипотеза исследования.** Симптомы ПМДР у женщин с БАР связаны с более тяжелым течением заболевания, способствуют более высокой частоте аффективных эпизодов, характеризуются большим количеством коморбидных психических и соматических заболеваний, а также с более высоким риском суицидальных мыслей, в сравнении с женщинами с БАР и без симптомов ПМДР.

**Цель.** Рассмотреть взаимосвязь между симптомами предменструального дисфорического расстройства (ПМДР) и биполярным расстройством (БАР).

**Материалы и методы исследования.** Проведено пилотное поперечное исследование на базе ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Все участники были набраны в период с 2023 г. по 2024 г. Включались лица женского пола в возрасте от 18 до 55 лет, с диагнозом «Би-

полярное аффективное расстройство». Участники исследования проходили структурированное интервью по MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview) с исследователем для верификации клинического диагноза и выявления сопутствующих психических расстройств. Диагноз выставлялся по диагностическим критериям МКБ-10/DSM-5. Пациенты самостоятельно заполняли свои социально-демографические и антропометрические данные в электронной клинической карте исследования. Всего было включено 114 женщин с БАР. Все участники исследования проходили обследование по ряду психометрических инструментов. Для выявления депрессии и тревоги использовалась шкала Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Для оценки уровня тревоги использовалась Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STA). Для оценки суициdalного риска использовалась Колумбийская Шкала Оценки Тяжести Суицида (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS). Статистический анализ и визуализация данных проводились на языке программирования R (версия 4.0.2) в RStudio v1.4.1717. Распределение количественных переменных исследования не соответствовало нормальному распределению согласно критерию Шапиро-Уилка, в связи с этим в анализе применялись непараметрические методы. Межгрупповые сравнения были проведены при помощи непараметрических критериев – критерия Манна-Уитни для количественных переменных и критерия  $\chi^2$  Пирсона для категориальных переменных, а также использовался точный критерий Фишера в случае малого ( $<10$ ) количества участников в анализируемых подгруппах. Корреляционный анализ между количественными переменными был проведен с помощью метода Спирмена. В качестве критического уровня значимости выбрано значение – 0.05.

**Результаты.** Всего было набрано 114 пациентов женского пола с диагнозом биполярное аффективное расстройство (БАР). Средний возраст пациенток составил 28 лет, медианный возраст 26.00 (22.00–33.00) лет, минимальный – 18, максимальный – 54 года. Из общего числа участниц около половины имели высшее образование – 43.86% (n=50), находились в процессе получения высшего образования 20.18% (n=23). При анализе семейного статуса пациенток замужем оказались 14% (n=16), в разводе были 11.4% (n=13), а не замужем – 53.5% (n=61). Средний ИМТ составил 23.74. Не имели хронических заболеваний 31.6% (n=36) пациенток. Детей имели 20.2% (n=23) женщин.

БАР I типа было диагностировано у 50.9% (n=58), БАР II типа – у 49.1% (n=56). У пациенток с БАР 45.6% (n=52) имели сопутствующие симптомы ПМДР. Среди женщин, имевших симптомы ПМДР, было диагностировано БАР I типа у 52% (n=27).

При сравнении пациентов, имеющих БАР с симптомами ПМДР и без симптомов ПМДР, было выявлено, что у женщин с симптомами ПМДР значимо чаще встречались заболевания желудочно-кишечного тракта (p-value=0.0005659), заболевания мочеполовой системы (p-value=0.02696), тогда как у участников без симптомов ПМДР чаще не имелось хронических заболеваний (p-value=5.984\*10-5). Сравнение данных групп по течению БАР получены статистически значимые результаты по количеству аффективных эпизодов (p-value=0.01757), которых оказалось больше у пациенток с симптомами ПМДР. При проведении корреляционного анализа психометрических характеристик выборки была выявлена слабая положительная корреляция количества симптомов ПМДР с количеством маниакальных и/или смешанных симптомов БАР ( $\rho=0.2218092$ , p-value= 0.01822). Кроме того, была выявлена слабая положительная корреляция на уровне тенденции к значимости количества симптомов ПМДР с количеством симптомов депрессии ( $\rho=0.2617057$ , p-value= 0.00511).

**Выводы.** Результаты исследования продемонстрировали у женщин с симптомами ПМДР, имеющих БАР более высокую частоту сопутствующих соматических заболеваний, в частности заболеваний желудочно-кишечного тракта и заболеваний мочеполовой системы. Также было выявлено большее количество аффективных эпизодов, характеризующихся большим количеством маниакальных и/или смешанных и депрессивных симптомов БАР, в сравнении с женщинами с БАР и без симптомов ПМДР. В дальнейших исследованиях необходимо сделать акцент на более глубоком изучении коморбидности ПМДР и БАР, что может способствовать формированию новых индивидуализированных лечебно-диагностических тактик для пациентов с данной коморбидностью.

**Для цитирования:** Бурдейная А.С. Симптомы предменструального дисфорического расстройства (ПМДР) у женщин с биполярным аффективным расстройством (БАР): клинические особенности и течение. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 27, № 2 (1), Специальный выпуск, 2025: 6–7. DOI: 10.62202/2075-1761-2025-27-2(1)-6-7

## Физиологически обоснованное фармакокинетическое моделирование (РВРК) для повышения применимости фармакогенетического тестирования у пациента с депрессией

Герасимчук Е.С., Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю.

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

**Актуальность.** Согласно действующим клиническим рекомендациям, для терапии депрессивного эпизода рекомендовано использование селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) (Министерство здравоохранения Российской Федерации. Депрессивный

эпизод, Рекуррентное депрессивное расстройство. Клинические рекомендации. 2024.). Однако при подборе эффективной терапевтической дозы врачу предписано опираться на эмпирические методы поиска баланса переносимости и эффективности препарата. Это ограничивает точ-

ность выбора и безопасность терапии. Существует метод персонализированного выбора лекарственного средства с учетом индивидуальных особенностей метаболизма пациента при помощи фармакогенетического тестирования (ФГТ) (Насырова Р.Ф. и др., 2015; Stäuble C.K. et al, 2021). Тем не менее, интерпретация результатов ФГТ может представлять трудность.

В 2022 году с депрессивной симптоматикой на приём обратился пациент К, который дал добровольное информированное согласие на публикацию его клинического случая. В качестве медикаментозной терапии был назначен пароксетин с постепенным увеличением дозы до 40 мг в сутки. На фоне приема с рекомендуемой длительностью у пациента наблюдались недостаточный антидепрессивный эффект, тревога в течение суток, а также диссомнические нарушения. По результатам фармакогенетического тестирования у пациента было выявлено носительство нефункциональных аллелей генов CYP2C9, CYP1A2 и ABCB1 (Р-гликопротеин, Р-gp), два из которых – CYP1A2 и Р-gp – задействованы в печёночном метаболизме (Jornil J. et al, 2010) и нейрональном транспорте пароксетина (Rüdesheim S. et al, 2021). Одновременное нарушение в двух фармакокинетических звеньях создаёт ситуацию, при которой прогноз общего метаболизма и концентрации препарата в крови, а также головном мозге (ГМ) осложняется.

**Целью** исследования стало моделирование на основании результатов ФГТ фармакокинетики пароксетина и анализ ее изменений в условиях сочетанного нарушения экспрессии генов CYP1A2 и ABCB1.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось с использованием открытого программного обеспечения PK-Sim 11.3. На основании известных литературных данных (Rüdesheim S. et al, 2021; Jornil J. et al, 2010) были рассчитаны 2 симуляции физиологически обоснованных фармакокинетических (PBPK) моделей: для здорового индивида (Н) и модели, учитывающей известные генетические нарушения пациента (D). Данные концентраций рассчитывались для гипотетических 4 дней перорального приёма пароксетина 40 мг 1 раз в сутки. Для обоих сценариев использовались мультикомpartmentные модели, включавшие основные процессы абсорбции, распределения, метаболизма и выведения препарата с оценкой концентрации в периферических артериальной и венозной плазмах крови, концентрации в тканях головного мозга (ГМ) (интерстициальная и внутриклеточная жидкости).

Статистический анализ проводили при помощи программного обеспечения jamovi и SPSS 26.0. Центральные тенденции описывали с приведением значений медианы и межквартильного расстояния. Расчётные различия в сред-

них концентрациях между моделями имели уровни значимости менее 0,05.

**Результаты.** Средние концентрации пароксетина в плазме артериальной крови, а также в плазме венозной крови не отличались между моделями. В тканях ГМ средняя концентрация без учета нарушений метаболизма составила в интерстициальном пространстве 0,019(0,008) нг/мл, во внутриклеточном пространстве – 2,297(1,4) нг/мл. В модели, учитывающей нарушения работы цитохрома и Р-gp концентрация интерстициальном пространстве 0,154(0,067) нг/мл, во внутриклеточном пространстве – 2,386(1,44) нг/мл. Показатели моделей для компартмента интерстициальной жидкости: Н: AUClast = 2,91  $\mu\text{mol}^*\text{мин/l}$ , Cmax = 361,11 mg/l, и Tmax = 73,75 ч.; D: AUClast = 3,03  $\mu\text{mol}^*\text{мин/l}$ , Cmax = 372 mg/l, и Tmax = 73,75 ч., в клетках ГМ: Н: AUClast = 52,98  $\mu\text{mol}^*\text{мин/l}$ , Cmax = 1948,08 mg/l, и Tmax = 77 ч., D: AUClast = 55,05  $\mu\text{mol}^*\text{мин/l}$ , Cmax = 2020,47 mg/l, и Tmax = 77 ч.

**Выводы.** CYP1A2 не является основным метаболическим путем для препарата, что подтвердили результаты проведенной работы. Снижение его активности вероятно привело к усилению метаболических реакций, текущих с участием других задействованных изоферментов цитохрома (CYP3A4, CYP3A5, CYP2D6 и CYP2C19), имеющих большее сродство к субстрату и максимальную скорость протекания реакции. Это отразилось в отсутствии значимого нарушения концентрации препарата в артериальном и венозном кровотоках.

На фоне этого Р-gp является единственным известным активным транспортером пароксетина из нейрональной ткани, и, учитывая высокую собственную липофильность препарата, нарушения его функционирования оказали большее влияние на фармакокинетику препарата: снижали его транспорт в кровоток через гематоэнцефалический барьер, вероятно приводя к накоплению в компартментах тканей ГМ. Следовательно, по мере достижения сравнительно более высоких внутримозговых концентраций препарата, у пациента прогнозируется риск развития отсроченных, а не острых побочных эффектов пароксетина. При этом риски межлекарственного взаимодействия для случаев аугментации пароксетина препаратами, также метаболизирующими с помощью CYP1A2, могут расцениваться как умеренные.

**Для цитирования:** Герасимчук Е.С., Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю. Физиологически обоснованное фармакокинетическое моделирование (PBPK) для повышения применимости фармакогенетического тестирования у пациента с депрессией. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 27, № 2 (1), Специальный выпуск, 2025: 7–8. DOI: 10.62202/2075-1761-2025-27-2(1)-7-8

## Характеристики неблагоприятного детского опыта у пациентов с аффективными расстройствами

Горбунова А.П.

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

**Актуальность:** известно, что физическое, эмоциональное насилие и пренебрежение в отношении детей имеет долгосрочные последствия для здоровья, повышая риск развития целого ряда психических расстройств, в том чис-

ле и аффективного круга, а также способствует росту числа случаев употребления ПАВ и попыток самоубийства [Norman R.E. et al., 2012]. Было показано, что неблагоприятные воздействия в детском возрасте связаны с повыше-

нием вероятности возникновения тревоги и депрессивных симптомов в возрасте 16–17 лет [Sahele B.W. et al., 2024]. Исследования также демонстрируют, что травматические события детского периода повышают уязвимость к расстройствам настроения и усугубляют их течение [Lippard E.T.C. et al., 2020]. В то же время остается актуальным ряд вопросов, касающихся влияния отдельных видов неблагоприятного детского опыта и его роли при различных формах аффективных расстройств.

В связи с этим целью данного исследования было: оценить структуру неблагоприятного детского опыта у пациентов с биполярным аффективным расстройством и рекуррентным депрессивным расстройством, а также его взаимосвязь с различными характеристиками заболеваний.

**Материал и методы:** было обследовано 70 пациентов с аффективными расстройствами (35 с РДР и 35 с БАР). Женщины составили – 77% выборки (для БАР – 80%, для РДР – 74%). Все пациенты были осмотрены врачом-психиатром с использованием специализированной клинической карты. Верификация диагноза проводилась с помощью опросника MINI. Оценка НДО выполнялась при помощи опросника ACE-IQ (валидирован в России – Кибитов А.А. и соавт., 2024). Для оценки суицидального риска и поведения использовалась Колумбийская шкала оценки тяжести суицида (С-SSRS). Статистический анализ данных проводились при помощи программного пакета IBM SPSS v.23. В связи с тем, что распределение количественных переменных исследования не соответствовало нормальному распределению согласно критерию Шапиро-Уилка, в связи с этим в анализе применялись непараметрические методы. Межгрупповые сравнения были проведены при помощи непараметрических критериев – критерия Манна-Уитни для количественных переменных и критерия  $\chi^2$  Пирсона для категориальных переменных. Корреляционный анализ между количественными переменными был проведен с помощью метода Спирмена. В качестве порогового уровня значимости выбрано значение – 0.05.

**Результаты и обсуждение:** проведенное исследование показало высокую частоту НДО у пациентов с аффективными расстройствами. Так различные варианты НДО по опроснику ACE были выявлены у 97% (n=68) выборки. При этом при разделении на группы с БАР и РДР число случаев было одинаковым (n=34) для каждого из заболеваний. В целом по выборке наибольшая частота была отмечена для таких вариантов НДО как «Эмоциональное пренебрежение» (n=64, 15% от всех случаев детской травмы), «Эмоциональное насилие» (n=55, 13% от всех случаев детской травмы) и «Насилие над членом семьи» (n=52, 12% от всех случаев детской травмы). Разделение по группам аффективных расстройств при этом не показало значимых различий между частотой отдельных видов НДО у пациентов с БАР и РДР.

Оценка корреляционных связей показала слабую связь между баллом наличия суицидальных мыслей в течение жизни по С-SSRS и общим количеством вариантов НДО у индивида по ACE ( $r=0.272$ ,  $p=0.023$ ). Однако при разделении на группы данная связь отсутствовала, хотя тенденция к ней сохранялась для пациентов с РДР.

**Выводы:** полученные данные показали высокую частоту НДО у пациентов с аффективными расстройствами, но не продемонстрировали специфичность различных видов травмы для РДР и БАР. Также были выявлены ассоциации между детской травмой и суицидальными мыслями в течение жизни. Дальнейшее более подробное исследование взаимосвязи НДО с клиническими характеристиками аффективных расстройств может быть перспективным для лучшего понимания механизмов развития расстройств настроения, а также для формирования индивидуальных диагностических тактик в их отношении.

**Для цитирования:** Горбунова А.П. Характеристики неблагоприятного детского опыта у пациентов с аффективными расстройствами. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 27, № 2 (1), Специальный выпуск, 2025: 8–9. DOI: 10.62202/2075-1761-2025-27-2(1)-8-9

## Особенности структур коры головного мозга при резистентной к антипсихотикам шизофрении

Дудина А.Н., Тихонов Д.В., Вершинина О.Ю., Каледа В.Г., Лебедева И.С.  
Научный центр психического здоровья, Москва

**Актуальность.** Около 30% пациентов с шизофренией не показывают значительного симптоматического улучшения в ответ на антипсихотическую терапию (Elkis H., 2016). Кроме того, 30–70% терапевтически-резистентных пациентов также не реагируют на терапию клозапином и рассматриваются как ультракрезистентные (Howes O.D., 2017). Предполагается, что терапевтически-резистентная шизофрения является отдельным биотипом. Ультракрезистентная шизофрения (УТРШ) и резистентная шизофрения, реагирующая на терапию клозапином (ТРШ), вероятно, имеют как общие, так и отличительные нейробиологические черты (Pang T.S.W., 2023). Так, при сравнении ультракрезистентной подгруппы со здоровыми испытуемыми было обнаружено большее количество областей атрофии серого вещества, чем при сравнении ТРШ с норм-

мой, однако при сравнении ТРШ и УТРШ различий обнаружено не было (Anderson V.M., 2015; Shah P., 2020). Однако исследований структурной МРТ при ультракрезистентной шизофрении и резистентной шизофрении, реагирующей на терапию клозапином, как отдельных подтипов крайне немного. Таким образом, выделение отдельных подтипов шизофрении на основании терапевтического ответа и поиск биомаркеров ответа на клозапин и находится в самом начале пути.

**Цель.** Установить структурные особенности коры головного мозга при различной степени терапевтической резистентности у пациентов с шизофренией.

**Материалы и методы.** Было проведено МРТ-обследование двух групп пациентов с диагнозом параноидной шизофрении (F 20.0) и группы здорового контроля. Групп-

на клозапин-респондеров включила пациентов, не отвечающих на терапию «неклозапиновыми» антипсихотиками, но отвечающих на терапию клозапином, в нее вошло 15 пациентов мужского пола (возраст  $27.71 \pm 6.70$  лет, длительность заболевания  $9.18 \pm 5.34$  лет). Группа ультрарезистентных пациентов включила абсолютно резистентных к антипсихотической терапии испытуемых, не показавших клинического ответа ни на «неклозапиновые» антипсихотики, ни на клозапин. В нее вошло 18 пациентов мужского пола (возраст  $32.19 \pm 9.24$  лет, длительность заболевания  $12.02 \pm 9.25$  лет). В группу контроля вошел 21 психически здоровый испытуемый мужского пола ( $29.35 \pm 7.41$  лет). Все испытуемые были праворукими, группы статистически не отличались по полу и возрасту. T1-взвешенные изображения были обработаны в пакете FreeSurfer 7.1.1, в результате чего для каждого испытуемого были получены показатели толщины и площади серого вещества коры согласно атласу R.S. Desikan и соавт. (2006). Межгрупповые сравнения по морфометрическим показателям проводились в R 4.2.1. Был проведен множественный ковариационный анализ (или его непараметрический аналог, вычисленный в пакете R sm 2.2-5.6) с включением фактора возраста в качестве ковариаты. Уровни значимости корректировались на множественные сравнения по модифицированному методу FDR ( $q = 0.05$ ) (Benjamini Y., 2000).

**Результаты и обсуждение.** В группе ультрарезистентных к терапии пациентов с шизофренией была обнаружена меньшая толщина коры ряда областей в лобной, височной, теменной, затылочной, поясной и островковой областях по сравнению со здоровым контролем. Наибольшее число областей было затронуто в височной коре обоих полушарий, также в правом полушарии было затронуто большее количество областей по сравнению с левым, в частности поясная, островковая кора, нижняя лобная и прецентральная извилины. Различий в площади коры между ультрарезистентной группой и контролем обнаружено не было. В группе клозапин-респондеров была обнаружена меньшая толщина правой височной коры по сравнению со здоровым контролем. Различий в площади коры между группой клозапин-респондеров и контролем обнаружено не было. При сравнении показателей толщины и площади коры между группой клозапин-респондеров и ультрарезистентной группой различий обнаружено не было. Полученные результаты в целом согласуются с

данными литературы, согласно которым ультрарезистентность связана с более распространенным и выраженным кортикальным истончением, хотя статистически не отличается от терапевтически резистентных клозапин-респондеров (Anderson V.M., 2015; Shah P., 2020). Однако в настоящей работе, несмотря на отсутствие межгрупповых различий клозапин-респондеров и УТРШ, группа клозапин-респондеров продемонстрировала выраженную локальную потерю серого вещества в правой височной коре по сравнению с нормой. Данный результат согласуется с данными Anderson V.M., 2015, где также сообщалось об истончении коры в правой височной области, а также области правой покрышки, но не согласуется с данными Shah P., 2020, где при ТРШ было обнаружено распространенное, хотя и в меньшей степени, чем при УТРШ, истончение коры множества областей обоих полушарий. Это расхождение может объясняться более молодым возрастом испытуемых и меньшей длительностью заболевания в настоящем исследовании и исследовании Anderson V.M., 2015 по сравнению с работой Shah P., 2020. Так, можно предположить, что при терапевтически-резистентной шизофрении, отвечающей на клозапин, потеря серого вещества начинается с правой височной коры и далее распространяется на другие кортикальные области обоих полушарий.

**Выводы.** Хотя толщина коры при ТРШ и УТРШ статистически не различалась, для ультрарезистентных больных более характерно распространенное двустороннее истончение коры. Локальное уменьшение толщины правой височной коры может оказаться маркером терапевтического ответа на клозапин при терапевтически-резистентной шизофрении в первые годы заболевания у молодых пациентов. Однако требуются дальнейшие исследования терапевтической резистентности при шизофрении, в том числе сравнения резистентных групп с пациентами, отвечающими на терапию первой линии.

Исследование проведено при финансовой поддержке гранта РНФ № 24-15-00220

**Для цитирования:** Дудина А.Н., Тихонов Д.В., Вершинина О.Ю., Каледа В.Г., Лебедева И.С. Особенности структур коры головного мозга при резистентной к антипсихотикам шизофрении. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 27, № 2 (1), Специальный выпуск, 2025: 9–10. DOI: 10.62202/2075-1761-2025-27-2(1)-9-10

## Различия когнитивного функционирования и внутренней картины болезни между пациентами с монополярной и биполярной депрессией

Забродин Н.А., Струкова А.В., Кафаров Е.Р., Долгополова Ю.В.

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

**Актуальность.** Депрессия в современном мире является серьёзной проблемой для мирового здравоохранения поскольку является заболеванием, системно снижающим уровень функционирования индивида (Sadock, B. J, 2017), имеет высокую распространённость: 4% популяции, что составляет примерно 280 миллионов человек в мире (Woody AC, 2017), а также депрессия взаимо-

связана с повышенным суицидальным риском, который является одной из ведущих причин смерти людей до 30 лет (Evans-Lacko S, 2018). Исходя из этих данных, можно указать на важность лечения депрессивного эпизода. При этом существуют серьёзные трудности с дифференциальной диагностикой монополярной и биполярной депрессии, что является одной из главных клинических

проблем психиатрии – средняя длительной постановки диагноза БАР равняется 10 годам (Тиганов А.С, 1999). При этом лечение монополярной и биполярной депрессии принципиально различно, что дополнительно говорит о важности правильной постановки диагноза. Преимущественное количество исследований производится в рамках учёта биологических или социо-демографических параметров, упуская из виду психологические особенности. В таком случае представляется актуальным обратить внимание на психологический конструкт внутренней картины болезни (далее ВКБ) – совокупности переживаний и представлений пациента о болезни, а также его активность с совладанием с недугом (Смулевич А. Б, 1999). Когнитивная продуктивность оценивается в этой работе как рациональный компонент ВКБ (Никилова В. В., 2009).

### Цели и задачи.

Цель: изучить особенности ВКБ и когнитивного функционирования пациентов с депрессивным синдромом в рамках монополярной и биполярной депрессии.

В задачи этой работы входят по порядку:

1) Проанализировать современные представления о статистике и динамике ВКБ и когнитивного функционирования у пациентов с депрессивным синдромом, определить критерии оценки.

2) Составить список вопросов полуструктурированного интервью и выбрать методики оценки познавательной сферы

3) Сравнить показатели продуктивности познавательной сферы и показатели ВКБ у пациентов с БАР, РДР, депрессивным эпизодом между собой.

### Материалы и методы.

#### Методики исследования:

1) Полуструктурированное интервью, оценивающее ВКБ пациента.

В интервью оценивается сензитивный, эмоциональный, рациональный, мотивационный компоненты ВКБ. Для возможности количественного анализа данных проводится контент анализ с использованием группы экспертов.

2) BACS.

Стандартизованный метод оценки познавательной сферы, апробированные на русскоязычной выборке. Оценивает память, скорость обработки информации, исполнительные функции, а также высчитывает общий балл (Саркисян Г.Р, 2010). Результат в 50 баллов является средним в популяции, стандартное отклонение = 10.

3) Методика «Сравнение понятий».

Методика патопсихологической диагностики, оценивающая логическое мышление, в которой для пары понятий надо подобрать значимые общие и различные признаки (Рубинштейн С. Я, 1999).

Испытуемые. Выборка составила 565 участников, из них 54% женщины и 46% мужчины. Возраст респондентов составил от 18 до 35 лет ( $M= 25,5$ ;  $SD=5,5$ ). Выборка была сформирована на клинических базах НЦПЗ, психотерапевтического отделения УКБ. 3. 27% имели диагноз рекуррентной депрессии, 29% диагноз биполярного аффективного расстройства, 43% диагноз депрессивный эпизод. Каждый респондент принимал фармакотерапию и 43% в дополнение имели психотерапию. Критериями исключения являлись заболевания более высокого регистра.

### Результаты и обсуждение.

При сравнении выраженности когнитивной продуктивности между подгруппами респондентов БАР, РДР, депрессивного эпизода критерием Краскела-Уоллиса были найдены различия на высоком уровне значимости скорости обработки информации по субтестам «семантическая беглость» ( $M=42,08$  у БАР,  $M= 48,55$  у РДР,  $M= 52,94$  у первичного депрессивного эпизода), «кодирование» ( $M=21,8$  у БАР,  $M= 48,22$  у РДР,  $M= 38,44$  у первичного депрессивного эпизода) BACS. В субтесте «семантическая беглость» пациенты с БАР имели наименьшие значения. В субтесте «кодирование» пациенты с БАР тоже имели наименьшие показатели. Более того, пациенты БАР имели средний балл, который по нормативам уступает норме в 3 стандартных отклонения. Высчитав размер эффекта разницы результатов пациентов с БАР и респондентов с монополярной депрессией (группы депрессивного эпизода и РДР были объединены) был обнаружен большой размер эффекта = 1.

Эти результаты указывают на большую разницу пациентов монополярной и биполярной депрессии в скорости обработки информации, в частности, в субтесте «кодирование», что является потенциальным высокоточным психологическим методом дифференциальной диагностики.

При проведении сравнения проработанности, дифференцированности, адекватности 4 уровней ВКБ между подгруппами респондентов БАР, РДР, депрессивного эпизода критерием Краскела-Уоллиса были обнаружены различия на высоком уровне значимости по дифференцированности сенсорного уровня ВКБ ( $M=4,25$  у БАР,  $M= 4,7$  у РДР,  $M= 5,35$  у первичного депрессивного эпизода).

При сравнении пациентов сенсорный уровень был наиболее дифференцирован у пациентов именно с депрессивным эпизодом. Предположительно такие пациенты в силу относительной остроты состояния (даже если под острой понимаем несколько месяцев или 1–2 года) в сравнении с опытом многолетней болезни пациентов с БАР и РДР имеют более «свежее» и «острое» восприятие своих переживаний и могут соотнести текущее состояния с состоянием «до болезни», что обеспечивает большую дифференцированность их сенсорного уровня. Альтернативным объяснением является то, что уровень ментализации (необходимый для дифференцированного объяснения) уменьшается по мере увеличения тяжести заболевания.

Говоря о конкретных аспектах ВКБ, отражаемых в отдельных пунктах оценки, то различия на высоком уровне значимости были обнаружены также в дифференцированности личностного смысла болезни ( $M=1,8$  у БАР,  $M= 0,87$  у РДР,  $M= 1,13$  у первичного депрессивного эпизода), дифференцированности отношения к здоровью с начала болезни ( $M=0,4$  у БАР,  $M= 1$  у РДР,  $M= 0,91$  у первичного депрессивного эпизода) и дифференцированности воспринимаемых проявлений болезни ( $M=1,8$  у БАР,  $M= 2$  у РДР,  $M= 3,57$  у первичного депрессивного эпизода).

Мы объясняем большую дифференцированность личностного смысла болезни у пациентов с БАР (и в меньшей степени РДР) тем, что такое хроническое заболевание значимым образом меняет привычную жизнедеятельность. В свою очередь наименьшую дифференцированность отношения к здоровью пациентов с БАР мы объясняем дефицитом критичности. Наибольшую дифференцированность восприятия своих симптомов пациентов с первичным депрессивным эпизодом мы также объясняем

«остротой» переживаний с наличием образов памяти здоровья для сравнения с состоянием здоровья.

**Выводы.** Во-первых, пациенты с БАР имеют наихудшие результаты в субтестах, оценивающих скорость обработки информации. Результаты субтеста «кодирование» отличались в 3 стандартных отклонения нормативов BACS в среднем (размер эффекта был 1). Этот тест можно предполагать достаточно чувствительным инструментом для дифференциальной диагностики монополярной и биполярной депрессии депрессией.

Во-вторых, при сравнении ВКБ между пациентами с разными нозологиями было обнаружено, что пациенты с первичным депрессивным эпизодом имеют наиболее дифференцированный, а пациенты с БАР наименее дифференцированный сенсорный уровень ВКБ. Говоря о конкретных элементах ВКБ, пациенты с БАР имели наиболее

дифференцированный личностный смысл болезни, наименее дифференцировано говорили об изменении отношении к здоровью после последнего депрессивного эпизода, а также менее дифференцировано могли дать отчёт о своих симптомах. В свою очередь пациенты с первичным депрессивным эпизодом имели наиболее дифференцированное описание своей симптоматики, а пациенты с РДР имели наименее дифференцированный личностный смысл болезни и наиболее дифференцированно говорили об изменениях отношения к здоровью.

**Для цитирования:** Забродин Н.А., Струкова А.В., Кафаров Е.Р., Долгополова Ю.В. Различия когнитивного функционирования и внутренней картины болезни между пациентами с монополярной и биполярной депрессией. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 27, № 2 (1), Специальный выпуск, 2025: 10–12. DOI: 10.62202/2075-1761-2025-27-2(1)-10-12

## Несуицидальные самоповреждения при пограничном расстройстве личности в юношеском возрасте

Кулешов А.А.

Научный центр психического здоровья, Москва

**Актуальность.** Аутоагрессивное поведение при пограничном расстройстве личности (ПРЛ) обладает чрезвычайно широкой распространённостью на протяжении жизни и представлено в диапазоне от 63% до 89% случаев [Min J., Hein K.E., 2023]. Отмечено преобладание несуицидальных самоповреждений (НССП) в юношеском возрасте (75–85%) по сравнению с суициальными попытками (10–44%) [Stead VE, Boylan K, et al 2019]. При этом в катамнестических наблюдениях, напротив, отмечено повышение суициальной активности для пациентов, у которых в юности обнаруживались НССП, где частота завершённых суицидов достигала 10%, что определяло НССП как важный предиктор суициальной активности в будущем. [Guilé JM, Boissel L, Alaux-Cantin S, et al 2018]. Однако в настоящее время остается недостаточно изученным механизмы возникновения самоповреждающего поведения, а также роль НССП в регуляции эмоциональных и поведенческих расстройств при различных вариантах ПРЛ в юношеском возрасте.

Данное исследование выполнено в ФГБНУ НЦПЗ в 2019–2024 году (И.О. дир. –д.м.н. Чайка Ю.А.) в отделе юношеской психиатрии (рук.-д.м.н. проф. Каледа В.Г.).

**Цель.** Установление клинико-психопатологических и психометрических особенностей несуицидального самоповреждающего поведения при ПРЛ.

**Материалы и методы.** Было обследовано клинико-психопатологически и психометрически при помощи шкалы оценки самоповреждающего поведения (ШПСП) [Польская Н.А., 2014] 50 больных (15 женщин, 35 мужчин) с несуицидальными самоповреждениями. Средний возраст больных с аутоагрессивным поведением при ПРЛ составил  $18 \pm 2,3$  лет. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.6.3 (разработчик - ООО «Статтех», Россия) на основании ранее разработанной типологии пограничного расстройства в юношеском возрасте [Кулешов А.А., 2022]. с различными вариантами аутоагрессивного поведения [Крылова Е.С.,

Бебуришвили А.А., Каледа В.Г., 2019; Кулешов А.А., Крылова Е.С и др., 2022].

**Результаты и обсуждение.** Для пациентов I типа с явлениями аффективного шторма (АШ) (n=23) было характерно преобладание импульсивного n=17 (73,9%) механизма возникновения самоповреждений, на высоте аффективного напряжения, вследствие интенсивной эмоциональной дисрегуляции. При анализе шкалы ШПСП для данного типа было характерно преобладание стратегии избавление от напряжения –  $3,29 \pm 0,85$ ; p= 0,001 и восстановления контроля над эмоциями –  $3,02 \pm 0,56$ ; p=0,008.

Для пациентов II типа с доминированием «аддиктивной адреналиномании» – (АД) было характерно преобладание аддиктивного варианта НССП n= 4 (44,4%), где основной стратегией реализации самоповреждения был «поиск нового опыта» – 2,77, ( $Q_1$  2,44 –  $Q_3$  3,23); p= 0,001, что соотносилось с клинической картиной данной разновидности ПРЛ с поиском различных и экстремальных видов деятельности, склонностью к азартной деятельности, формированию гэмблинг аддикций и злоупотреблению ПАВ.

Для пациентов III типа с «явлениями когнитивной диссоциации и нарушениями самоидентификации» – (КД) преобладал деперсонализационный механизм – 10 (50,0%) при совершении НССП. Данная разновидность ПРЛ обладала наиболее полиморфной клинико-психопатологической картиной расстройств, где преобладал высокий уровень алекситимии, было выявлено установление межличностных контактов с высоким риском формирования созависимых и контрзависимых отношений. Для данной разновидности была определена преемственная стратегия возникновения НССП – воздействие на других – 2,23; ( $Q_1$  1,83 –  $Q_3$  3,13); p= 0,01.

**Выводы.** Таким образом полученные данные указывают на важную роль НССП в структуре пограничного расстройства личности, где механизм возникновения НССП и его мотивационно- поведенческая стратегия за-

висит от психопатологических особенностей ранее выделенных типологических разновидностей ПРЛ, что будет способствовать разработке и усовершенствованию алгоритмов оказания помощи таким пациентам.

**Для цитирования:** Кулешов А.А. Несуицидальные самоповреждения при пограничном расстройстве личности в юношеском возрасте. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 27, № 2 (1), Специальный выпуск, 2025: 12–13. DOI: 10.62202/2075-1761-2025-27-2(1)-12-13

## Взаимосвязь преморбидной социальной адаптации и самостигматизации у пациентов с расстройствами шизофренического спектра

Лафи Н.М.

Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова, Омск

**Актуальность.** Влияние самостигматизации (под которой вслед за Link, 2001, Corrigan et al., 2012, Васильченко К.Ф., 2019, мы понимаем феномен, когда сами больные ожидают от окружающих, нередко без должных оснований, негативного отношения к себе) на течение заболевания, а также факторы, обуславливающие ее возникновение и степень тяжести, активно изучаются как отечественными, так и зарубежными исследователями в течение последних двадцати лет. Особое внимание уделяется самостигматизации пациентов отделения первого психотического эпизода, поскольку от того, насколько эффективным будет лечение и реабилитация на начальном этапе заболевания, во многом зависит дальнейшая социальная адаптация и течение заболевания. Возможно, одним из факторов, оказывающих влияние на самостигматизацию после первого психотического эпизода, является преморбидная социальная адаптация. Можно предположить, что то, насколько больной был включен в социум до болезни, будет ассоциировано с тем, как он сможет адаптироваться в социуме после перенесенного психотического эпизода.

**Цель.** Выявить возможную связь между преморбидной социальной адаптацией и последующей самостигматизацией у пациентов отделения первого психотического эпизода.

Задачи: установить степень выраженности и форму самостигматизации у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, проходящих лечение в отделении первого психотического эпизода; выявить уровень преморбидной адаптации у данной группы и определить связь степени выраженности и формы самостигматизации с уровнем преморбидной адаптации.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе БУЗОО КПБ им. Н.Н. Солодникова г. Омска в период с октября 2022 года по август 2024 года. Пациентов отбирали в исследование сплошным способом.

Критерии включения: верифицированный диагноз расстройства шизофренического спектра (F20.xxx, F23.xxx, F25.xxx по МКБ-10); длительность подтвержденной болезни у пациентов на начальном этапе заболевания до 5 лет и наличие в анамнезе не более 3 госпитализаций; информированное добровольное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии невключения: отказ от участия в исследовании; острая симптоматика, не дающая возможности провести обследование; сочетанная органическая патология; злоупотребление психоактивными веществами.

С целью качественного описания актуального психического статуса пациентов клинико-психопатологический анализ проводился врачом-психиатром. Исследование пациентов с помощью психометрических шкал осуществлялось врачом-психиатром однократно, вне периода обострения заболевания.

Психометрический комплекс исследований включал в себя следующие методики:

Для исследования выраженности психопатологической симптоматики у пациентов с расстройствами шизофренического спектра применяли шкалу PANSS.

Для определения степени выраженности самостигматизации использовался опросник ISMI-9.

Для определения формы самостигматизации использовался «Опросник для оценки феномена самостигматизации психически больных» (Михайлова И.И., 2005) — методика, позволяющая выявить структуру самостигматизации у конкретного пациента и форму, однако не позволяющая оценить степень ее выраженности.

Для оценки преморбидного функционирования использовалась шкала PAS (Premorbid Adjustment scale) (Cannon-Spoor et al., 1982).

Для верификации и объективизации данных были использованы математико-статистические методы, реализованные в программной среде STATISTICA v. 12.1 (StatSoft Inc., США) и офисном пакете Microsoft Excel (Microsoft, США).

Анализ распределений признаков с помощью критерия Шапиро–Уилка (W-test) показал, что они отличались от нормального, поэтому были применены непараметрические критерии. Оценку силы возможной связанныности качественных и порядковых переменных проводили при помощи непараметрического коэффициента ранговой корреляции Спирмена ( $r_s$ ).

**Результаты и обсуждение.** В исследование вошли 35 человек, из них 15 мужчин (43%), 20 женщин (57%) в возрасте от 18 до 47 лет.

При исследовании зависимости самостигматизации от уровня преморбидной адаптации среди всех участников исследования было выявлено, что уровень самостигматизации не зависит от уровня преморбидной адаптации ( $\rho=0.204$ ,  $p>0.05$ ).

У всех 35 участников исследования также оценивалась форма самостигматизации. По результатам оценки формы самостигматизации были сформированы 3 группы: с ауто-психической формой (6 человек), с компенсаторной (10 человек) и с социореверсивной (15 человек). 4 человека не во-

шли ни в одну из этих групп, так как у них отмечалось сочетание двух форм самостигматизации (у 2 человек аутопсихическая и социореверсивная, у 1 аутопсихическая и компенсаторная, у 1 компенсаторная и социореверсивная).

Внутри каждой из полученных трех групп рассматривалась возможная зависимость уровня самостигматизации от уровня преморбидной адаптации. В группах с аутопсихической и компенсаторной формами самостигматизации уровень самостигматизации не зависел от уровня преморбидной адаптации ( $\rho = 0.886$ ,  $p > 0,05$  и  $\rho = 0.452$ ,  $p > 0,05$  соответственно). В группе с социореверсивной формой самостигматизации была выявлена статистически значимая связь между уровнем самостигматизации и уровнем преморбидной адаптации ( $\rho = 1.000$ ,  $p < 0,05$ ).

Полученные данные могут указывать на то, что при формировании социореверсивного типа самостигматизации уровень преморбидной адаптации влияет на уровень самостигматизации – чем выше коэффициент преморбидной адаптации (т.е. чем хуже человек был адаптирован в преморбиде), тем выше показатель самостигматизации.

**Выводы.** Удалось выявить связь между преморбидной социальной адаптацией и последующей самостигматизацией среди пациентов с социореверсивным типом самостигматизации. У пациентов с аутопсихической и компенсаторной формами самостигматизации связи между преморбидной социальной адаптацией и последующей самостигматизацией выявить не удалось. Полученные данные могут использоваться для проведения с пациентами и их родственниками более дифференцированной работы, направленной на предотвращение развития самостигматизации, в зависимости от уровня преморбидной адаптации, а также от имеющейся формы самостигматизации.

**Для цитирования:** Лафи Н.М. Взаимосвязь преморбидной социальной адаптации и самостигматизации у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 27, № 2 (1), Специальный выпуск, 2025: 13–14. DOI: 10.62202/2075-1761-2025-27-2(1)-13-14

## Влияние полиморфизмов AGER и OXTR на агрессивное поведение и социальную адаптацию при шизофрении

Михайлова В.А., Плакунова В.В.

Научный центр психического здоровья, Москва

**Актуальность.** Социальное функционирование — один из ключевых предикторов прогноза при шизофрении, определяющий уровень адаптации пациента в обществе. Однако, его трудно оценить при помощи традиционных клинических шкал (например, PANSS). В этом контексте шкала PSP (Personal and Social Performance) представляет собой чувствительный инструмент для оценки социальной и поведенческой дисфункции. Шкала PSP продемонстрировала высокую чувствительность к изменениям социального функционирования у пациентов с шизофренией (Chiu E.C. et al., 2018). Ген AGER, кодирующий рецептор RAGE (Receptor for Advanced Glycation End-products), традиционно изучался в контексте воспалительных и нейродегенеративных заболеваний. Однако последние исследования указывают на его роль в регуляции социального поведения, что может быть обусловлено его функцией в транспорте окситоцина (ОТ) через гематоэнцефалический барьер (ГЭБ) (Munesue S.I. et al., 2021). В патогенезе шизофрении нарушение функции RAGE может приводить к снижению доступности окситоцина в мозге, что может объяснить, почему пациенты с шизофренией демонстрируют повышенную чувствительность к социальному стрессу и нарушение адаптационных механизмов.

Окситоцинэргическая система играет ключевую роль в регуляции социального поведения, эмоциональной привязанности и реакции на стресс. Ранее нашим коллективом было показано влияние полиморфизмов гена OXTR на формирование межличностных связей и распознавание эмоций у пациентов с шизофренией (Михайлова В.А., Алфимова М.В. et al, 2022; Михайлова В.А., Лежейко Т.В. et al, 2022).

Нами выдвинута гипотеза о том, что полиморфизм AGER rs1800625 вносит вклад в формирование более тяжелого клинического фенотипа шизофрении, ухудшая показатели социального функционирования, оцениваемые с помощью шкалы PSP. При этом, интересно оценить их совместное влияние на выраженность дефицита социального ориентирования и адаптации с полиморфизмом OXTR rs1042778.

**Цель.** Оценить влияние полиморфизма AGER rs1800625 на выраженность клинических симптомов и дефицит социального функционирования у пациентов с шизофренией, а также выявить их совместный вклад с полиморфизмом OXTR rs1042778.

**Задачи.** Формирование выборки пациентов для проведения разведывательного исследования

Оценить независимый вклад полиморфизма AGER rs1800625 в тяжесть клинических симптомов по PANSS. Исследование независимых и совместных эффектов полиморфизмов AGER rs1800625 и OXTR rs1042778 в контексте влияния на ключевые показатели социальной адаптации, включая социально полезную деятельность, межличностные отношения, самообслуживание и беспокоящее поведение, по субшкалам PSP.

**Материалы и методы.** В рамках исследования была собрана выборка из 507 пациентов, проходивших стационарное лечение в НЦПЗ по критериям включения: диагноз по МКБ-10 F20.х Шизофрения либо F25.х Шизоаффективное расстройство, возраст на момент поступления 16 лет и более, европейское этническое происхождение, наличие данных по шкалам PANSS или PSP. Критерии исключения: отсутствие добровольного информированного согласия

на участие в исследовании, принадлежность к азиатским популяциям.

Клиническую характеристику выраженности симптомов давали с помощью шкалы PANSS. Уровень социально-функционирования оценивали с помощью шкалы PSP, отражающей степень затруднений, которые испытывал больной за последние 7 дней в 4-х основных областях: социальная полезная деятельность, межличностные отношения, самообслуживание и беспокоящее и агрессивное поведение. По каждой субшкале выставляется балл от 1 до 6, где 6 выражает наибольшую степень дезадаптации и беспокоящего поведения.

Молекулярно-генетические исследования проводились в лаборатории клинической генетики ФГБНУ НЦПЗ. В качестве материала использовали венозную кровь, выделение ДНК проводили фенол-хлороформным методом кроме случаев, когда материала было недостаточно, тогда производили выделение колоночным методом.

Генотипирование OXTR rs1042778 произведено с использованием ПЦР методом плавления с высоким разрешением (HRM). Генотипы AGER rs1800625 получены путем извлечения соответствующей информации из ранее полученных данных полногеномного генотипирования с помощью программы PLINK. Полногеномное генотипирование проводили на микрочипах фирмы Illumina, преимущественно Global Screening V3.

Статистический анализ проводился при помощи программы JASP (Version 0.19.0). Для проверки частот аллелей на соответствие ожидаемым по популяции (проект 1000 геномов) и распределению Харди-Вайнберга использовали критерий хи-квадрат Пирсона ( $\chi^2$ ), отличия незначимы ( $p<0,05$ ) для всех полиморфизмов. Для оценки вклада генотипа в тяжесть клинической симптоматики и глубину социальной дезадаптации был применен ковариационный анализ (ANCOVA), где в качестве зависимой переменной выступали баллы субшкал PSP, в качестве категориальных независимых факторов были взяты генотипы, как ковариаты учитывались пол и длительность заболевания. Группы сравнения были выделены по доминантной модели наследования: AA против G+ (AG+GG) для AGER rs1800625, и GG против T+ (GT+TT) для OXTR rs1042778. В качестве поправки на множественную проверку гипотез использовали критерий Беньямини—Хохберга (BH) ( $FDR <0,05$ ). Уровень значимости BH  $<0,05$  рассматривался как значимый. Анализ post-hoc проводился с использованием критерия Тьюки (Tukey).

**Результаты и обсуждение.** Среди 507 человек в выборке, 95,5% пациентов имели диагноз F20.x, 65,9% женщины. Средний возраст составил  $36,2 \pm 12,6$ , возраст манифестиации  $24,1 \pm 9,7$  и средняя длительность заболевания  $12,2 \pm 10,4$ . Средние баллы по шкалам позитивной, негативной и общей психопатологической симптоматики соста-

вили  $24,9 \pm 10,2$ ,  $22,3 \pm 8,3$  и  $36,1 \pm 13,3$  соответственно, и не были связаны с генотипами AGER rs1800625.

Ковариационный анализ показал значимый совместный вклад полиморфизмов AGER и OXTR в баллы по субшкалам PSP социально-полезной деятельности ( $F=5.286$   $p=0.024$ ) и межличностных отношений на уровне тенденции ( $F=3.846$   $p=0.053$ ). Согласно апостериорному анализу, носители аллеля G AGER rs1800625 и аллеля T OXTR rs1042778 имеют более высокие баллы по соответствующим субшкалам. Действительно, исследование адаптации к внутрисемейным конфликтам подтверждает, что носители G аллеля легче преодолевают негативные ситуации и во взрослом возрасте легче принимают поддержку (Dobewall H. et al., 2018).

Показан также индивидуальный вклад генотипа OXTR rs1042778 в балл субшкалы PSP самообслуживания ( $F=4.534$   $p=0.036$ ). Однако, описанные эффекты не выдержали поправки на множественное сравнение ( $pBH 0.144-0.159$ ). С другой стороны, значимым остался индивидуальный вклад полиморфизма AGER rs1800625 ( $F=10.424$ ,  $p=0.002$ ,  $pBH=0.024$ ) на субшкалу агрессии PSP. Апостериорный анализ показал, что носители аллеля G имеют более высокий балл (на 0,818 в среднем для носителей аллеля T OXTR rs1042778), а значит большую выраженность беспокоящего и агрессивного поведения. Полиморфизм rs1800625 находится в промоторной области гена, минорный аллель (G) может снижать его экспрессию и, соответственно, количество белка RAGE. Хотя исследования полиморфизмов AGER в контексте шизофрении ограничены, известно, что снижение экспрессии RAGE может способствовать накоплению AGEs и усилиению карбонильного стресса, что, в свою очередь, связано с более выраженным нарушением нейровоспалительных процессов и окислительного стресса у пациентов с шизофренией (Onitsuka T. et al. 2022).

**Выводы.** Таким образом, в нашем исследовании впервые показана связь полиморфизма AGER rs1800625 с особенностями социального поведения при шизофрении, в частности, с выраженностью беспокоящего и агрессивного поведения. Полученные данные также подтверждают значимость полиморфизма OXTR rs1042778 в регуляции социального поведения, при этом совместный анализ AGER и OXTR позволяет предположить их совместный вклад в формирование более тяжелого клинического фенотипа и неблагоприятного исхода заболевания.

**Для цитирования:** Михайлова В.А., Плакунова В.В. Влияние полиморфизмов AGER и OXTR на агрессивное поведение и социальную адаптацию при шизофрении. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 27, № 2 (1), Специальный выпуск, 2025: 14–15. DOI: 10.62202/2075-1761-2025-27-2(1)-14-15

# Роль депрессивных симптомов в развитии вторичных негативных расстройств и социальной дезадаптации у пациентов с шизофренией

Моритц А.А.

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

**Актуальность.** Негативная симптоматика при шизофрении, включающая снижение мотивации, ангедонию, социальную изоляцию, алогию и эмоциональную уплощенность, часто рассматривается как один из ключевых факторов, влияющих на качество жизни пациентов (Galderisi S., 2023; Петрова Н.Н., 2020; Kirkpatrick B., 2011). В свою очередь, депрессивные симптомы могут маскироваться под негативную симптоматику, то есть вызывать вторичные негативные симптомы (ВНС), затрудняя точную диагностику и выбор эффективной стратегии лечения (Kirschner M., 2017; Correll C.U., 2020, Mosolov S.N., 2022). В качестве способа разграничения данных симптомов ряд авторов предлагают оценивать депрессию по специфичным симптомам, таким как пессимистичность, мысли самообвинения, сниженное настроение, при выявлении которых косвенно делать вывод о наличии ВНС, вызванных депрессией (Kirschner M., 2017; Hu N., 2023). Данная работа направлена на исследование взаимосвязи между негативной и депрессивной симптоматикой, определение уровня влияния депрессии на формировании ВНС и социальной дезадаптации больных шизофренией для повышения точности диагностики и улучшения терапевтических подходов.

**Цель.** Изучение роли депрессивных симптомов в развитии ВНС у больных шизофренией и формировании социальной дезадаптации.

**Пациенты и методы.** В 8-недельное обсервационное исследование были включены 37 стационарных пациента с диагнозом параноидная шизофрения, выставленным согласно критериям МКБ-10 (F20.0XX). Применялись клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, психометрический и статистические методы исследования. Испытуемые были двукратно обследованы на первой и восьмой неделе госпитализации с применением валидизированных психометрических батарей: шкала оценки позитивных и негативных синдромов – PANSS (Kay S.R., 1987), краткая шкала оценки негативных симптомов – BNSS (Kirkpatrick B., 2011), шкала депрессии Калгари у больных шизофренией – CDSS (Addington D., 1990), шкала оценки личностного и социального функционирования PSP (Morosini P.L., 2000), шкала оценки экстрапирамидных побочных симптомов SAS (Simpson G.M., 1970). В исследование включались пациенты с доминирующими негативными симптомами в клинической картине (Mucci A., 2016), то есть баллы по негативной подшкале PANSS (N) были выше, чем по позитивной (P), при этом N>20 баллов. На момент обследования все пациенты находились вне острой фазы заболевания (средний балл по шкале PANSS составил 70,9(12,0)), постоянно принимали поддерживающую терапию в стабильных дозах. Четверо пациентов были исключены в связи с отказом от дальнейшего участия (n=2) и выпиской из стационара раннее чем через 8 недель госпитализации (n=2). Статистический анализ проводился с помощью программы Jamovi 2.3.28 с применением кrite-

рия Вилкоксона, парного t-критерия Стьюдента для анализа количественных переменных и критерия  $\chi^2$  Пирсона для номинальных. Нормальность распределения оценивалась при помощи критерия Шапиро-Уилка. Центральные тенденции представлены средними арифметическими M(S.D.) при нормальном распределении и медианой Me[IQR] при распределении отличном от нормального. Для оценки связи между переменными применялись коэффициент корреляции Спирмена (rho). Для изучения взаимосвязи между депрессивными симптомами, позитивными симптомами и социальным функционированием с акцентом на роли негативных симптомов был проведен анализ медиации.

**Результаты и обсуждение.** В итоговый анализ вошли 33 дважды обследованных пациента с параноидной шизофренией, из которых 15 (45,5%) мужского и 18 (55,5%) женского пола. Средний возраст составил 37,8 (11,5) лет, медиана возраста дебюта заболевания – 22,0 [17,0-24,0] лет, средняя длительность шизофрении – 14,9 (9,2) лет. Средний балл по шкале PANSS составил 70,9 (12,0), по подшкалам P – 11,0 [7,0-16,0] и N – 23,6 (4,1), что говорит о преобладании в клинической картине негативных симптомов над позитивными. Выраженность экстрапирамидных симптомов по шкале SAS не достигала клинически значимого уровня и, соответственно, данные симптомы не могли оказать влияние на результат. Уровень негативной симптоматики согласно шкале BNSS составил 36,8 (12,9) баллов. Пациенты в течение 8-ми недель получали терапию антидепрессантами 1-го (n=7, 21%), 2-го (n=20, 60%) и 3-го (n=6, 18%) поколений в сочетании с антидепрессантами (n=8, 24%) и нормотимиками (n=7, 21%). В ходе терапии наблюдалась достоверная редукция негативных симптомов на 16,8% (разница средних по шкале BNSS – 6,3 балла, p=0,002) и улучшение социального функционирования на 11,1% (разница средних по шкале PSP – -6,1 балл, p=0,006). Уменьшение выраженности негативных симптомов по шкале BNSS происходило за счет редукции ангедонии (p=0,006), волевых нарушений (p=0,01) и аффективного уплощения (p=0,007). С целью оценить взаимосвязь между параметрами в динамике перед проведением корреляционного анализа и анализа медиации были созданы дельта переменные ( $\Delta$ ), которые соответствовали абсолютной разнице между первым и вторым обследованием каждого пациента по шкалам BNSS, CDSS, PSP. В ходе корреляционного анализа выявлены связи между  $\Delta$ BNSS и  $\Delta$ CDSS (rho=0,75, p<0,001),  $\Delta$ BNSS и  $\Delta$ PSP (rho=-0,81, p<0,001),  $\Delta$ CDSS и  $\Delta$ PSP (rho=-0,73, p<0,001). Однако, анализ медиации показал, что связь между  $\Delta$ BNSS и  $\Delta$ PSP (где  $\Delta$ BNSS это предиктор, а  $\Delta$ PSP зависимая переменная) полностью ослабевает (p=0,77) при введении медиатора  $\Delta$ CDSS ( $\beta$ =-0,56, p<0,001). Таким образом, в ходе терапии происходила частичная редукция негативных симптомов, в частности, ангедонии, волевых нарушений и аффективного уплощения, параллельно которым уменьшались де-

пресивные проявления и улучшалась социальная адаптация. При этом, предполагая маловероятность редукции первичных негативных симптомов за столь короткий срок (Mucci A., 2017), сильная взаимосвязь между дельтами депрессивных и негативных симптомов, вероятно, обусловлена тем, что уменьшение негативной симптоматики происходит за счет редукции ВНС, вызванных депрессивными проявлениями. В свою очередь, было обнаружено, что в динамике депрессивные симптомы полностью опосредуют связь между негативными симптомами и социальным функционированием. Исходя из этого, депрессивные расстройства, вероятно, первоначально вызывали развитие ВНС за счет неспецифических симптомов: ангедонии, аффективного уплощения и волевых нарушений. В то время как выраженность алогии и социальной отгороженности не изменялась в процессе изменения депрессивных проявлений, что говорит об их относительно большей стабильности и специфичности в отношении первичных негативных симптомов.

**Выводы.** Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что депрессивные симптомы являются важным фактором, способным вызывать ВНС и, соответственно, приводить к социальной дезадаптации пациентов. Вероятно, перекрывающими симптомами, наблюдаемыми как при депрессивных, так и при негативных расстройствах, являются ангедония, волевые нарушения и аффективное уплощение. Таким образом, при лечении лиц с шизофренией с доминирующими негативными симптомами акцент на целенаправленное выявление и терапию депрессивных симптомов может стать ключевой стратегией повышения социального функционирования за счёт устранения ВНС.

**Для цитирования:** Моритц А.А. Роль депрессивных симптомов в развитии вторичных негативных расстройств и социальной дезадаптации у пациентов с шизофренией. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 27, № 2 (1), Специальный выпуск, 2025: 16–17. DOI: 10.62202/2075-1761-2025-27-2(1)-16-17

## Дифференциация рекуррентных и биполярных депрессий с помощью окулографического (айтрекинг) исследования

Ноздрачев Д.И.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, Москва

**Введение.** Окулографические исследования (айтрекинг) давно являются одной из ведущих методик психофизиологии, однако лишь исследования последнего десятилетия приблизили нас к их практическому использованию в клинической практике; решающую роль здесь играет развитие точности фиксации движений глаз и возможности обработки больших данных с помощью технологий искусственного интеллекта (ИИ), что позволяет также интегрировать их в системы поддержки принятия решений [Чурикова М.В. и соавт., 2023; Бобров А.Е., 2024]. В исследованиях в клинике аффективных расстройств айтрекинг применяется как для диагностики, в первую очередь депрессивных состояний, так и для дифференциальной диагностики, в первую очередь аффективных расстройств с расстройствами шизофренического спектра; при этом опубликовано крайне небольшое число работ, посвящённых дифференциальной диагностике депрессий среди расстройств аффективного спектра [Carvalho N. et al., 2015; St Clair D. et al., 2022]. Между тем задача дифференциации рекуррентных и биполярных депрессий остаётся актуальной задачей для психиатрии, в связи с принципиально разной терапевтической тактикой и тяжёлыми последствиями ошибочной диагностики и лечения, включающими риск формирования быстроциклического течения БАР, учащения смешанных состояний, повышения риска суицида и снижения общего и когнитивного функционирования [Mosolov SN et al., 2021]. Тем не менее, дифференциация РДР и БАР по-прежнему осуществляется чисто клиническими средствами. Айтрекинг, будучи неинвазивным методом с достаточно простым алгоритмом исследования и относительно короткой длительностью процедуры, мо-

жет претендовать на метод дифференциации депрессий в рамках РДР и БАР.

Основной методикой айтрекинга, применяемой в исследованиях аффективной патологии, является анализ фиксаций на эмоционально значимых изображениях. Предыдущие исследования показывают существование сдвига внимания, конгруэнтного аффективному состоянию, проявляющегося в увеличении времени фиксации взора на соответствующих стимулах и трудностях переключения внимания с них на стимулы другой эмоциональной окраски. В частности, для депрессивных состояний хорошо описано повышение внимания к негативным стимулам. Схожий, но отличный феномен снижения внимания к стимулам позитивной эмоциональной модальности также часто встречается при депрессии, и по данным недавнего систематического обзора является даже более устойчивым [Ноздрачев Д.И. и соавт., 2024]. Повышение внимания к позитивным стимулам описано в клинике маниакальных состояний. При этом сравнительные данные по депрессивным состояниям различной нозологической природы крайне ограничены; настоящее исследование отчасти восполняет этот пробел.

**Цель.** Выявление и сравнительная оценка окулографических реакций при анализе эмоционально окрашенных изображений у пациентов с текущим непсихотическим депрессивным эпизодом в рамках РДР и БАР.

**Материалы и методы.** Дизайн исследования – одномоментное поперечное кросс-секционное. В рамках исследования набирались 2 группы: пациенты с непсихотическим депрессивным эпизодом в рамках РДР (группа 1) и БАР (группа 2). Расчётный размер выборки – не менее 32 чело-

век для каждой группы [Lazarov A. et al., 2018]. Критерии включения: возраст от 18 до 60 лет, наличие согласия на участие в исследовании; критерии исключения: психотическая симптоматика, нейрокогнитивные (органические) нарушения, зависимость от ПАВ, нескомпенсированная офтальмологическая патология, декомпенсация сомато-неврологической патологии, отказ от участия в исследовании, невыполнение инструкций. В комплекс клинико-психопатологических и психометрических исследований вошло структурированное клиническое интервью (M.I.N.I.), шкалы MADRS, HARS, YMRS, скрининговая шкала HCL-32. Айтреинг-исследование проводилось в рамках методики со свободным визуальным анализом (free-viewing task); использовался видеоокулограф Tobii Pro Spectrum (Tobii AB, Sweden). Стимульный материал был взят из открытой валидированной базы изображений WFESEPB. Участникам в случайном порядке демонстрировалось 80 пар изображений лиц: нейтральное и эмоциональное (злое, выражавшее отвращение, испуганное, счастливое, печальное), каждое парное изображение показывалось в течение 10 сек, между изображениями в течение 1,5 сек демонстрировался фиксационный крест. В качестве основного окулографического показателя фиксировалось общее время фиксации взора на каждом типе эмоционального стимула.

Протокол исследования прошёл экспертизу и был одобрен ЛЭК при ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» (№45/10 от 23.09.2024 г.)

**Результаты исследования.** Было отобрано 78 участников: 38 чел. с РДР, 40 чел. с БАР. Группы несколько отличались по возрасту (РДР: 29 [23–39] лет, БАР: 24 [21–31] лет,  $p=0,034$ ), были сопоставимы по полу и уровню образования, длительности расстройства. Психометрические характеристики групп статистически значимо не отличались (MADRS: РДР: 26 [21–34] б., БАР: 27 [22–30] б.,  $p=1$ ; HARS: РДР: 16 [10–20] б., БАР: 15 [12–18] б.,  $p=1$ ), кроме YMRS: РДР: 0[0–0] б., БАР: 0[0–3] б.,  $p=0,015$ . Психометрические и окулографические показатели сравнивались с применением U-критерия Манна-Уитни и Н-критерия Краскала-Уоллиса с поправкой Бонферони. В результате айтреинг-исследования выявлены следующие показатели общего времени фиксации на изображениях лиц: злые лица – РДР: 3815 [2256–5087] мс, БАР: 4310 [3140–5662] мс,  $p=4,10,8$ ; лица, выражавшие отвращение – РДР: 3842 [2093–5173,25] мс, БАР: 4170 [2961,5–5328,5] мс,  $p=0,002$ ; испуганные лица – РДР: 4058,5 [2419,5–5344,25] мс, БАР: 4554 [3206–5704] мс,  $p=0,000003$ ; счастливые лица – РДР: 4234 [2634,5–5751,75] мс, БАР: 4483,5 [3214,25–5673] мс,  $p=0,033$ ; нейтральные лица – РДР: 3543 [2149,5–4899,25] мс, БАР: 3337 [2140–4466,25] мс,  $p=0,000005$ ; печальные лица – РДР: 3738,5 [2327,5–5151,25] мс, БАР: 4377 [3067–5503]

мс,  $p=0,000003$ . Внутригрупповой анализ показал значимые отличия в общем времени фиксации при попарных сравнениях нейтральных и эмоциональных изображений в группах БАР и РДР. Был проведен ROC-анализ для показателей общего времени фиксаций на злых (ang) и грустных (sad) лицах (данные показатели были отобраны в связи с наибольшим размером различий выборок), значения площади под кривой: AUCang=0,591; AUCsad=0,577.

**Выводы и обсуждение.** В нашем исследовании установлено наличие статистически значимых различий суммарного времени фиксации на разных стимулах, что отображает смещение селективного внимания к эмоциональным стимулам (лицам) разных модальностей при рекуррентной и биполярной депрессии. Отмечено повышенное внимание к печальным лицам у пациентов с БАР по сравнению с РДР, что отображает большую выраженность негативного смещения в обработке визуальной информации, а также общее повышение фиксации внимания на всех эмоциональных стимулах и снижение внимания к нейтральным стимулам при БАР, что может говорить о большей интенсивности процессов обработки эмоционально значимой информации при биполярной депрессии по сравнению с рекуррентной. Полученные данные позволяют говорить о различных нейрокогнитивных механизмах биполярной и рекуррентной депрессии: в случае БАР наблюдается смещение внимания в сторону негативных стимулов, в случае РДР – только отсутствие повышенного внимания к позитивным стимулам (которое наблюдается у здоровых лиц); о последнем феномене можно говорить как о трансдиагностическом маркере депрессивных состояний. В условиях близкой клинической картины депрессии в обеих группах, данные находки могут служить дифференциально-диагностическими маркерами для разграничения депрессий в рамках РДР и БАР; для реализации их клинического использования требуются дальнейшие исследования, в том числе с увеличением выборок и привлечением ИИ для обработки данных.

**Финансирование:** исследование выполнено в рамках гос. задания «Разработка клинических инструментов и алгоритмов для поддержки принятия решений при диагностике, терапии и реабилитации пациентов с непсихотическими депрессивными расстройствами». Регистрационный номер 124020800064-9.

**Для цитирования:** Ноздрачев Д.И. Дифференциация рекуррентных и биполярных депрессий с помощью окулографического (айтреинг) исследования. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 27, № 2 (1), Специальный выпуск, 2025: 17–18. DOI: 10.62202/2075-1761-2025-27-2(1)-17-18

# Исследование ассоциаций генов GRIN2A и GRIN2B с гиперпролактинемией, вызванной антипсихотиками

Полтавская Е.Г.

Национальный исследовательский медицинский центр, Томск

**Актуальность.** Одним из частых нежелательных явлений антипсихотической терапии является гиперпролактинемия. Повышение уровня пролактина, секреция которого, как известно, должна постоянно находиться под тормозным контролем дофамина, что закономерно происходит при назначении антипсихотических (антидофаминергических) препаратов, является нежелательным следствием. Особая роль в патогенезе развития гиперпролактинемии, вызванной антипсихотиками, принадлежит генетическим факторам, которые могут быть основой чувствительности развития осложнений у многих пациентов. Исследования показывают, что глутаматергическая система оказывает большое влияние на дофаминергическую нейротрансмиссию и, соответственно, на регуляцию концентрации пролактина в крови. Например, агонист глутаматергических рецепторов AMPA снижает уровень пролактина в сыворотке, в то время как антагонист рецепторов AMPA NBQX вызывает гиперпролактинемию. Напротив, семейство глутаматергических ионотропных рецепторов N-метил-d-аспартата (NMDA) оказывает противоположный эффект. Рецепторы NMDA являются ионотропными глутаматными рецепторами, состоящими из гетеротетрамера двух субъединиц NMDA 1 (GRIN1) и двух субъединиц GRIN2 (или GluN2), которые существуют в четырех вариантах (GRIN2A-GRIN2D), объединенных в различном соотношении для создания рецепторного комплекса. В настоящем исследовании были изучены полиморфные варианты генов GRIN2A и GRIN2B.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 536 пациентов с шизофренией (266 мужчин и 270 женщин). Определение содержания гормона пролактина в сыворотке крови проводилось иммуноферментным методом с использованием набора реагентов PRL Test System. Критерием нейролептической гиперпролактинемии являлось повышение концентрации пролактина в крови: у мужчин – выше 20 нг/мл, у женщин – выше 25 нг/мл. Генотипирование 12 однонуклеотидных полиморфизмов (SNP) в GRIN2A (rs11644461, rs11646587, rs11866328, rs7190619, rs7192557, rs7196095, rs7206256, rs9788936, rs9989388, rs1345423, rs4782039, rs8057394) и 11 SNP в GRIN2B (rs10772715, rs10845838, rs12300851, rs12827536, rs1805481, rs220599, rs1805502, rs2300242, rs7313149, rs2192970, rs890)

проводилось методом ПЦР в реальном времени. Статистический анализ был выполнен с использованием программного обеспечения SPSS, версия 21. Оценка ассоциации генотипов и аллелей изучаемых полиморфных вариантов генов с патологическим фенотипом проводилась с использованием отношения шансов с 95% доверительным интервалом.

**Результаты.** Больные гиперпролактинемией характеризовались более старшим возрастом и большей длительностью основного заболевания. При этом гиперпролактинемия чаще наблюдалась у женщин. Анализ распределения частот генотипов и аллелей изучаемых полиморфизмов проводился в подгруппе мужчин и в подгруппе женщин. С гиперпролактинемией ассоциированы три полиморфизма: rs11644461 GRIN2A, rs10845838 GRIN2B и rs890 GRIN2B. Т-аллель rs11644461 GRIN2A был связан с повышенным риском развития гиперпролактинемии у мужчин, больных шизофренией. В группе женщин генотип AA и аллель A rs890 GRIN2B были ассоциированы с гиперпролактинемией. Однако в случае rs10845838 GRIN2B (женская подгруппа) результаты статистического анализа показывают защитный эффект генотипа AA и аллеля A. Остальные генотипы не влияли на риск развития гиперпролактинемии.

В рамках фармакогенетических исследований в области психиатрии важно накопление знаний о вкладе генов различных медиаторных систем и роли рецепторов в развитии заболеваний, индуцированных приемом фармпрепаратов, для возможности индивидуального подбора терапии. В настоящем исследовании было показано, что три полиморфизма были связаны с гиперпролактинемией: rs11644461 GRIN2A, rs10845838 GRIN2B и rs890 GRIN2B.

**Финансирование:** это исследование финансировалось Российским научным фондом (проект № 21-15-00212).

**Для цитирования:** Полтавская Е.Г. Исследование ассоциаций генов GRIN2A и GRIN2B с гиперпролактинемией, вызванной антипсихотиками. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 27, № 2 (1), Специальный выпуск, 2025: 19. DOI: 10.62202/2075-1761-2025-27-2(1)-19

# Роль окситоцинергической системы в формировании дефицитарных нарушений у пациентов с параноидной шизофренией: промежуточные результаты кросс-секционного исследования

Пургин Е.В., Горобец Л.Н.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского, Москва

**Актуальность.** В настоящее время широко обсуждается роль окситоцинергической системы в процессах формирования дефицитарной симптоматики и нарушений социального функционирования при шизофрении (Florea T. et al, 2022; Goh K. et al, 2022). Принимая во внимание, что клинические проявления данного расстройства многосторонни, а существующие на сегодняшний день терапевтические опции не охватывают их в полной мере, отмечается повышенный интерес к нейробиологической основе развития психических заболеваний. Многочисленные исследования, посвященные оценке роли дисбаланса окситоцина в патофизиологии шизофрении (Porffy L. et al, 2020; Bradley E. et al, 2021; Hidese S. et al, 2023), способствовали появлению гипотезы, предлагающей рассматривать окситоцин в качестве потенциальной терапевтической мишени. Однако существующая на текущий момент противоречивость полученных результатов, а также неоднозначность их интерпретации сформировали потребность в проведении дополнительных исследований.

**Цель.** Установление особенностей взаимосвязи между уровнем эндогенного окситоцина и выраженностью негативной симптоматики, а также нарушениями социального функционирования у пациентов с параноидной шизофренией.

**Материалы и методы.** В настоящее исследование были включены данные обследования 80 пациентов (37 мужчин и 43 женщины) в возрасте  $42,7 \pm 10,4$  лет, находившихся на

лечении в отделениях ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина», психоневрологических диспансерах №16 и №9 города Москвы. У всех обследованных пациентов была диагностирована параноидная шизофрения (F 20.0) в соответствии с критериями МКБ-10. По типу течения, наличию/отсутствию дефекта и ремиссии распределение частоты встречаемости диагнозов у пациентов было следующим: 26 пациентов (32,5%) – эпизодический тип течения с нарастающим дефектом, отсутствие ремиссии (F20.016), 20 пациентов – непрерывный тип течения, отсутствие ремиссии (F20.006), 15 пациентов – эпизодический тип течения со стабильным дефектом, неполная ремиссия, 9 пациентов – непрерывный тип течения, неполная ремиссия (F20.004), 8 пациентов – эпизодический тип течения со стабильным дефектом, отсутствие ремиссии (F20.026), 2 пациента – период наблюдения менее года, отсутствие ремиссии (F20.096). Контрольную группу составили 50 психически здоровых участников (20 мужчин и 30 женщин) в возрасте  $37,2 \pm 11,2$  лет.

По дизайну исследование является открытым, кросс-секционным, нерандомизированным. В ходе исследования у пациентов основной группы использовались следующие психометрические инструменты: шкала позитивной и негативной симптоматики PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale; Kay S. et al., 1987), шкала краткой оценки негативных симптомов BNSS (Brief Negative Symptoms Scale; Kirpatrick B. et al., 2011), шкала личностного и социального

Таблица 1.

	Подгруппы	Уровень окситоцина, пг/мл	Статистическая значимость различий, р
PANSS Me 72 [57;85]	≤ 72 баллов	174,6 [158,9;201,2]	0,002
	> 72 баллов	201,9 [184,4;220,5]	
PANSS, субшкала негативных симптомов Me 20 [17;22]	≤ 20 баллов	200,6 [168,6;217,1]	0,251
	> 20 баллов	184,3 [164,5;205,3]	
PANSS, пункты Н3, Н4 субшкалы негативных симптомов Me 7 [5;9,25]	≤ 7 баллов	202,3 [182,6;219,9]	0,004
	> 7 баллов	175,6 [153;200,9]	
BNSS Me 41 [32,75;52,5]	≤ 41 баллов	191,5 [172,4;218,8]	0,456
	> 42 баллов	186,5 [164,7;206,5]	
BNSS, пункт «социальная отгороженность» Me 3 [2;4]	≤ 3 баллов	201,6 [183,7;221,2]	<0,001
	> 3 баллов	169,4 [152,7;192,8]	

Примечание. Me [Q1;Q3] – медиана и межквартильный интервал (баллы), р – уровень статистической значимости различий при сравнении подгрупп с помощью U-критерия Манна-Уитни. Полученные результаты демонстрируют уровень окситоцина выше в подгруппе с более высоким количеством баллов по шкале PANSS и, соответственно, более высокой степенью выраженности клинической симптоматики заболевания. Эти данные позволяют высказать предположение, что высокие баллы по субшкале позитивных симптомов PANSS могли повлиять на общее количество баллов и тем самым привести к искажению оценки возможной взаимосвязи окситоцина с негативной симптоматикой.

Таблица 2.

	PANSS, субшкала негативных симптомов	PANSS, пункты Н3, Н4	BNSS	BNSS, пункт «соц. отгороженность»
Коэффициент корреляции, $r$	-0,122	-0,322	-0,010	-0,449
Статистическая значимость, $p$	0,279	0,004	0,928	<0,001

Примечание.  $r$  – коэффициент корреляции по Спирмену,  $p$  – уровень статистической значимости различий при сравнении подгрупп с помощью U-критерия Манна-Уитни

функционирования PSP (Personal and Social Performance; Morosini P. et al., 2000; Nasrallah H. et al., 2008), шкала депрессии Калгари (Calgary Depression Shizophrenia Scale, CDSS; Addington D. et al., 1990), тест «Чтение психического состояния по взгляду» (Reading the Mind in the Eyes Test, RMET; Baron-Cohen S., Wheelwright S. et al., 2001), опросник эмоциональной эмпатии (Emotional Empathic Tendency Scale, EETS; Mehrabian A., 1972). У каждого участника исследования в день психопатологического обследования собирались образцы венозной крови с последующим центрифугированием. Уровень окситоцина в плазме крови определялся методом иммуноферментного анализа.

Статистический анализ полученных результатов осуществлялся при помощи компьютерной программы Statistica 10.0. Проверка нормальности распределения произошла с помощью теста Шапиро-Уилка. Для анализа межгрупповых различий применялся  $t$ -критерий Стьюдента, U-критерий Манна-Уитни. Для оценки взаимосвязи между переменными использовался ранговый коэффициент Спирмена ( $r$ ). Критерием статистической значимости считалось значение  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Несмотря на то, что в рамках данного исследования была проведена оценка по большему количеству шкал, в настоящей публикации мы сосредоточимся на описании результатов по шкалам, отражающим степень выраженности дефицитарной симптоматики. Данные уровня окситоцина и результаты психопатологического обследования по шкалам PANSS, BNSS, а также их отдельным пунктам представлены в таблице 1. В соответствии с гипотезой исследования, группирующем признаком была выбрана степень выраженности симптомов, где критерием разделения на подгруппы стало наличие большего или меньшего количества баллов в сравнении со значением медианы основной группы.

Как следует из данных таблицы 1, пациенты основной группы с более выраженными нарушениями, оцененными по пунктам Н3 (некоммуникабельность), Н4 (социальная отгороженность) субшкаллы негативных симптомов PANSS, а также пункту «социальная отгороженность» шкалы BNSS характеризуются статистически значимо более низким уровнем окситоцина по сравнению с подгруппой, продемонстрировавшей менее выраженные нарушения по исследуемому показателю.

С целью поиска и оценки корреляционной зависимости между уровнем окситоцина и значениями баллов по ис-

следуемым шкалам был проведен корреляционный анализ, результаты которого представлены в таблице 2.

Дополнительный анализ выявил статистически значимые корреляционные зависимости умеренной силы между уровнем окситоцина и значениями шкал PANSS, пункты Н3, Н4 и BNSS, пункт «социальная отгороженность» (отрицательная корреляция).

**Выводы.** В данной работе, впервые в отечественной практике, на репрезентативном материале русскоязычной выборки пациентов с параноидной формой шизофрении, получающих амбулаторное и стационарное лечение, проведено комплексное исследование взаимосвязи между степенью выраженности психопатологических симптомов, а именно дефицитарной симптоматики с фокусом на показатели нарушений социального функционирования, и уровнем окситоцина в плазме крови.

Установлено, что пациенты с более выраженными нарушениями, оцененными по пунктам Н3 (некоммуникабельность), Н4 (социальная отгороженность) субшкаллы негативных симптомов PANSS, а также пункту «социальная отгороженность» шкалы BNSS характеризуются более низкими уровнями периферического окситоцина (175,6 [153;200,9] пг/мл,  $p=0,004$  и 169,4 [152,7;192,8] пг/мл,  $p<0,001$ , соответственно). Была продемонстрирована отрицательная корреляционная связь умеренной силы между уровнем окситоцина и баллами, соответствующими пунктам Н3, Н4 субшкаллы негативных симптомов PANSS ( $r=-0,322$ ,  $p=0,004$ ) и пункту «социальная отгороженность» шкалы BNSS ( $r=-0,449$ ,  $p<0,001$ ).

Представляется обоснованным дальнейшее изучение имеющегося массива данных, в том числе с использованием иных методов статистической обработки, направленных на выявление прочих неочевидных взаимосвязей. Полученные результаты открывают перспективы для более глубокого изучения и понимания нейробиологических процессов, вовлеченных в формирование дефицитарной симптоматики у пациентов с параноидной шизофренией.

**Для цитирования:** Пургин Е.В., Горобец Л.Н. Роль окситоцинергической системы в формировании дефицитарных нарушений у пациентов с параноидной шизофренией: промежуточные результаты кросс-секционного исследования. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 27, № 2 (1), Специальный выпуск, 2025: 20–21. DOI: 10.62202/2075-1761-2025-27-2(1)-20-21

# Структурные различия когнитивно-смыслового пространства при шизоаффективном и биполярном аффективном расстройствах: результаты сетевого анализа репертуарных матричных тестов

Русаев В.Ю.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, Москва

**Актуальность.** Несмотря на существующие диагностические критерии, четкие границы шизоаффективного расстройства (ШАР) и биполярного аффективного расстройства (БАР) остаются не до конца определенными, что приводит к сложностям в дифференциальной диагностике и выбору эффективных терапевтических стратегий. Одним из ключевых аспектов диагностики является изучение когнитивных нарушений и особенностей смыслового восприятия у пациентов с различными психическими расстройствами. Традиционные методы оценки когнитивных функций в психиатрии (нейропсихологическое тестирование, клиническое интервью) позволяют выявлять определенные нарушения, но не дают детального понимания структуры когнитивно-смыслового пространства пациентов. В связи с этим актуальной задачей становится поиск новых подходов к анализу когнитивной организации мышления. Нарушения когнитивно-смысовой организации сознания могут играть важную роль в формировании дезорганизованного мышления, оказывая влияние на восприятие и поведение пациентов.

Метод репертуарных решеток (РМТ), основанный на психосемантическом анализе индивидуальных смысловых конструкций, позволяет исследовать, каким образом пациенты воспринимают, структурируют и интерпретируют информацию о себе и окружающем мире. Как показало наше предыдущее исследование с использованием РМТ, для пациентов с ШАР характерны низкая когнитивная сложность и высокая когнитивная аморфность, что отражает склонность к неструктурированному и аморфному мышлению (Русаев В.Ю, Усатенко Е.В., Бобров А.Е., 2024). Сетевой анализ РМТ позволяет более детально и наглядно отразить как явные, так и скрытые взаимодействия между узлами графа, определить значимость отдельных объектов, формирование сообществ (кластеров) узлов, а также исследовать иерархическую организацию когнитивно-смысовой системы. Это особенно важно для дифференциальной диагностики, так как выявленные различия в когнитивно-смысовой организации могут служить дополнительными маркерами для разграничения БАР и ШАР.

Таким образом, настоящее исследование актуально с точки зрения углубленного изучения когнитивных нарушений при аффективных и психотических расстройствах, разработки новых подходов к их диагностике и понимания механизмов формирования патологического мышления. Полученные данные могут способствовать совершенствованию диагностических критериев и разработке персонализированных методов психотерапевтической коррекции.

**Цель.** Изучение структуры когнитивно-смыслового пространства у пациентов с БАР и ШАР с помощью сетевого анализа репертуарных матричных тестов.

вого анализа данных, полученных на основе репертуарных решеток.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 176 участников от 18 до 50 лет (68 с БАР, 58 с ШАР и 50 в контрольной группе). Применялся вариант РМТ с заранее заданными элементами и конструктами. Для анализа когнитивно-смысовых структур использовался метод сетевого анализа корреляционных графов, в которых элементы РМТ выступали в качестве узлов, а корреляционные связи между ними – в качестве ребер. Оценивались ключевые метрики сетевого анализа: модулярность, плотность, средняя связанность и дисперсия центральностей. Для сетевого анализа данных использовалась разработанная авторами программа анализатор репертуарных матричных тестов, автоматизированный «EVA», зарегистрированная в Реестре программ для ЭВМ (№2024683441).

**Результаты и обсуждение.** Сетевой анализ выявил значимые различия в организации когнитивно-смысовых структур у пациентов с БАР и ШАР. Модулярность была значимо ниже у пациентов с ШАР (0,11 [0,06; 0,17]) по сравнению с группами БАР (0,19 [0,14; 0,32]) и группой контроля (0,28 [0,17; 0,32]) ( $p<0,001$ ), что указывает на слабую кластеризацию и неиерархичность когнитивного пространства. Плотность графа была выше у пациентов с ШАР (0,54 [0,43; 0,65]) по сравнению с группами БАР (0,37 [0,26; 0,49]) и группой контроля (0,30 [0,21; 0,40]) ( $p<0,001$ ), что отражает избыточное количество связей между элементами и недостаточную дифференциацию смысловых конструкций. Средняя связанность у пациентов с ШАР (5,88 [4,09; 7,63]) была выше, чем у пациентов с БАР (3,23 [2,19; 5,10]) и группой контроля (2,64 [1,71; 4,43]) ( $p<0,001$ ), что свидетельствует о когнитивной «сверхвключаемости» и недостаточной избирательности смысловых связей. Дисперсия центральностей у пациентов с ШАР (0,010 [0,006; 0,013]) была ниже ( $p<0,001$ ), что подтверждает слабое разделение смысловых категорий на значимые и второстепенные. Вместе с тем, ни по одному из перечисленных показателей не было выявлено значимых различий между группой БАР и группой контроля.

Настоящее исследование подтвердило и дополнило существующие представления о когнитивных нарушениях при ШАР, выявив принципиальные различия в организации когнитивно-смыслового пространства у пациентов с ШАР и БАР. Анализ когнитивно-семантических графов показал, что для ШАР характерны высокая плотность и средняя связанность узлов при низкой модулярности и дисперсии центральностей. Это свидетельствует о слабой когнитивной иерархии, избыточной связанности смысловых конструкций и их недостаточной структурированности.

Выявленные особенности указывают на преобладание «ризоморфной» модели когнитивного пространства у па-

циентов с ШАР, характеризующейся слабой дифференциацией смысловых связей, нарушением иерархической организации и тенденцией к когнитивной «сверхвключаемости». В отличие от этого, у пациентов с БАР когнитивно-смысловые структуры демонстрируют «древовидную» модель, где связи более четко организованы и селективны, что способствует смысловой дифференциации и когнитивной стабильности.

Полученные результаты соответствуют данным о когнитивных нарушениях при расстройствах шизофренического спектра, включая размытость границ между смысловыми категориями и склонность к избыточному восприятию нерелевантных стимулов.

**Заключение.** Таким образом, применение методов сетевого анализа и репертуарных матричных тестов поз-

волило выявить принципиальные различия в особенностях структуры когнитивно-смыслового пространства пациентов с БАР и ШАР. Эти результаты могут быть полезны для разработки дополнительных диагностических критерий и углубленного понимания механизмов когнитивных нарушений при аффективно-психотических расстройствах.

**Для цитирования:** Русаев В.Ю. Структурные различия когнитивно-смыслового пространства при шизоаффективном и биполярном аффективном расстройствах: результаты сетевого анализа репертуарных матричных тестов. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 27, № 2 (1), Специальный выпуск, 2025: 22–23. DOI: 10.62202/2075-1761-2025-27-2(1)-22-23

## Изменение диагнозов у ветеранов СВО при поступлении и выписке из психиатрического стационара

**Рябинина Д.А., Зоркина Я.А., Резник А.М., Костюк Г.П., Морозова А.Ю.**

Психиатрическая клиническая больница им. Н.А. Алексеева №1, Москва

**Актуальность.** Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) представляет собой значимую и актуальную проблему в современной психиатрии. Метаанализ, проведенный (Chen Xue et al., 2015), включавший 32 исследования, продемонстрировал широкий диапазон распространенности ПТСР, связанного с боевыми действиями, от 1,09% до 34,84%. Аналогичная вариабельность показателей отмечается и в более позднем исследовании (Schein, Jeffrey et al., 2021), где распространенность ПТСР среди военнослужащих в США варьирует от 1,2% до 87,5%. В Российской Федерации, по данным (Резник А.М. и Костюк Г.П., 2023), не менее 70% военнослужащих, участвовавших в боевых действиях на Северном Кавказе, столкнулись с симптомами ПТСР. Такая гетерогенность эпидемиологических данных свидетельствует о диагностической сложности данного расстройства. ПТСР характеризуется высокой коморбидностью, что также является фактором, усложняющим его выявление и дифференциацию от других психических нарушений (Фастовцов Г.А., 2012). Исследование (Walter, Kristen H et al., 2018) о распространенности коморбидных психических расстройств у военнослужащих США, поступивших на службу в период с 2006 по 2013 год, выявило высокую частоту сочетания ПТСР с другими психическими нарушениями. В частности, наиболее часто встречались сочетания ПТСР с депрессивным расстройством (49,0%), расстройством адаптации (37,0%), генерализованным тревожным расстройством (36,1%) и расстройством, связанным с употреблением алкоголя (26,9%).

**Цель и задачи.** Данное исследование было направлено на сравнение частоты диагнозов, установленных участникам специальной военной операции (СВО) при поступлении в стационар и при выписке.

**Материалы и методы.** В течение годового периода было проведено клинико-психопатологическое исследование 140 мужчин, участвовавших в СВО, проходивших лечение в Психиатрической клинической больнице №1 им. Н.А. Алексеева около 30±5 дней. Средний возраст участников

исследования составил  $34,2 \pm 8,3$  года. Исследовательская выборка включала в себя пациентов, поступивших на стационарное лечение как в силу неотложных обстоятельств, так и при самостоятельном обращении пациента. Клинический диагноз установлен в соответствии с критериями МКБ-10. Сравнение диагнозов при поступлении и выписке проводилось при помощи критерия хи-квадрат.

**Результаты и обсуждение.** В ходе исследования психических расстройств у участников СВО была выявлена следующая картина распространенности диагнозов на этапах госпитализации и выписки. При поступлении диагноз ПТСР (F43.1) преобладал и был установлен у 48,6%. Помимо ПТСР, у пациентов при поступлении были диагностированы: расстройства адаптации (F43.2) – 3,6%, реактивный диссоциативный психоз (F44.80) – 2,8%, органическое психическое расстройство в связи с травмой головного мозга (F06.xx0) – 15,7%, органическое расстройство, не связанное с травмой головного мозга (F06.xx1-9) – 0,7%, шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства (F20-F29) – 10,7%, аффективные расстройства (F3) – 10,7%, злоупотребление/зависимость от алкоголя и другие психические расстройства, вызванные употреблением алкоголя (F10) – 4,3%, а также расстройство личности (F6) – 3,6%. Однако, частота установления диагноза ПТСР снизилась до 18,6% к моменту выписки. При выписке наиболее распространенными были: органические психические расстройства в связи с травмой головного мозга (F06.xx0) – 26,4%. Это согласуется с данными Sukiasyan, S G (2020), которые указывали на то, что черепно-мозговая травма (ЧМТ) оказывает выраженное патогенетическое влияние, определяя траекторию развития психических нарушений. В зависимости от степени тяжести ЧМТ может приводить как к формированию органического поражения головного мозга, так и видоизменять некоторые свойства заболевания, влияя клиническую картину. Аффективные расстройства (F3) составили 20% случаев, что соответствует данным, представленным (Quarantini et al.,

2009) и (Brady., 1997), которые также отмечали значительную частоту аффективных нарушений. Далее следуют шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20-F29) – 15,7%, как показывают результаты обзора (Seow et al., 2016), свидетельствующими о том, что ПТСР и шизофренический спектр расстройств связаны с увеличением выраженности позитивных симптомов, общей психопатологии, нейрокогнитивных нарушений, и ухудшением показателей функционирования и качества жизни. Расстройства, вызванные употреблением алкоголя (F10) – 10%, что, как отмечают (Back и Jones., 2018) расстройства, связанные с употреблением алкоголя, часто встречаются одновременно с другими психическими расстройствами, причем такая коморбидность характерна как для общей популяции, так и для ветеранов. Менее распространёнными оказались органические расстройства, не связанные с травмой головного мозга (F06.xx1-9), с частотой 4,3%, и расстройства личности (F6), с частотой 3,6%, имели меньшую встречаемость. Реактивный диссоциативный психоз (F44.80) и расстройства адаптации (F43.2) были зарегистрированы с распространённостью 2,1% и 4,3%, соответственно.

**Выводы.** Полученные данные указывают на значительные диагностические сложности при установлении диагноза у ветеранов боевых действий. В связи с перекрытием симптоматики с различными психическими нарушениями, в процессе клинического наблюдения и подробного сбора анамнеза первичный диагноз ПТСР нередко корректируется. Важно отметить, что сам факт пребывания в зоне боевых действий не должен обладать весомым значением. Особое внимание следует уделять пациентам с ЧМТ, полученными в ходе боевых действий, ввиду установленной связи между ЧМТ и повышенным риском развития психических расстройств. Для достижения оптимальных результатов лечения необходимо проводить тщательную дифференциальную диагностику и устанавливать корректный диагноз, основанный на учете индивидуальных клинических особенностей каждого пациента.

**Для цитирования:** Рябинина Д.А., Зоркина Я.А., Резник А.М., Костюк Г.П., Морозова А.Ю. Изменение диагнозов у ветеранов СВО при поступлении и выписке из психиатрического стационара. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 27, № 2 (1), Специальный выпуск, 2025: 23–24. DOI: 10.62202/2075-1761-2025-27-2(1)-23-24

## Безопасность применения сертралина у подростков с депрессивным эпизодом и суициdalными тенденциями в зависимости от полиморфных вариантов CYP2C19\*2, \*17

Собур В.В., Грасс С.В.

Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой, Москва

**Актуальность.** Первой линией терапии депрессивного эпизода в детском возрасте являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), в том числе сертралин. Серотонин метаболизируется изоферментом CYP2C19. Этот изофермент кодируется геном CYP2C19, наличие полиморфных вариантов изменяет скорость метаболизма субстратов. Носительство CYP2C19\*2 или CYP2C19\*3 связано со снижением активности CYP2C19, что ведет к замедлению выведения лекарств и как следствие – растет риск нежелательных реакций. Полиморфный вариант CYP2C19\*17, напротив, ускоряет метаболизм изофермента – таким образом, концентрация препарата в крови снижается, ниже риск нежелательных реакций (НР).

**Цели и задачи.** Оценить наличие ассоциаций полиморфных вариантов CYP2C19\*2, \*3, \*17 с НР при приеме сертралина у подростков с депрессивным эпизодом и суициdalными тенденциями в условиях стационара.

**Материалы и методы.** Критерии включения: возраст 12 лет и старше, депрессивный синдром в качестве основной причины обращения, суициdalные тенденции у пациента, назначение сертралина. Критерии исключения: диагноз биполярного аффективного расстройства, диагноз расстройств шизофренического спектра, несоответствие критериям включения. Оценка НР проводилась на 7 и 21 сутки наблюдения.

У каждого пациента была получена цельная венозная кровь для генотипирования полиморфных вариантов CYP2C19\*2, CYP2C19\*3, CYP2C19\*17. Проведен анализ ассоциаций носительства полиморфных вариантов гена с числом НР у пациента при использовании таблиц со-пряженности в программе SPSS Statistics 23.

**Результаты и обсуждение.** В исследование включено 133 подростка. На 7 сутки осмотрено 133 ребенка, на 21 сутки – 112. Возраст пациентов – 15 [14;16] лет. Из них 119 пациентов женского пола (89,5%). Среди всех пациентов выборки 105 (93,8%) признавали наличие актуальных суициdalных мыслей, 104 (92,9%) наносили самоповреждения, и у 48(42,9%) отмечались суициdalные попытки в анамнезе.

Частота носительства полиморфных вариантов CYP2C19\*2, \*3 и \*17 соответствовала распределению Харди-Вайнберга (Хи-квадрат=0,01;  $p>0,1$ ).

Дозировка сертралина не отличалась между носителями разных полиморфных вариантов CYP2C19 на протяжении периода наблюдения.

Носительство CYP2C19\*17 (генотипы СТ+ТТ) значимо ассоциировалось с большим числом соматических и вегетативных НР на 7 сутки (2 [1; 3] vs. 1 [1;2];  $p=0,017$ ).

При оценке отдельных НР на 7 сутки носители CYP2C19\*2 (генотип GA+AA) сталкивались с большей

частотой нарушения сна в сравнении с носителями GG (13(46,4%) vs. 28 (26,7%);  $p=0,044$ ), аналогичные ассоциации найдены для частоты трепора (7(25%) vs. 9 (8,7%);  $p=0,018$ ).

При оценке отдельных НР на 21 сутки носители CYP2C19\*2 (генотип GA+AA) значительно чаще жаловались на сексуальную дисфункцию в сравнении носителями генотипа GG (4(14,8%) vs. 2(2,5%);  $p=0,017$ ).

**Выводы.** Носительство полиморфного варианта CYP2C19\*2 не ассоциировалось с учащением НР у подростков, но найдены значимые ассоциации с отдельными видами НР. В то же время носительство полиморфного варианта CYP2C19\*17 значимо чаще ассоциировано с учаще-

нием соматических и вегетативных НР на 7 и 21 сутки приема сертраплина. Этот результат является парадоксальным, так как носительство CYP2C19\*17 вероятнее приводит к ускорению метаболизма сертраплина. Подобное явление может быть обусловлено быстрым накоплением активного метаболита лекарственного вещества у пациентов с большей скоростью метаболизма.

**Для цитирования:** Собур В.В., Грасс С.В. Безопасность применения сертраплина у подростков с депрессивным эпизодом и суицидальными тенденциями в зависимости от полиморфных вариантов CYP2C19\*2, \*17. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 27, № 2 (1), Специальный выпуск, 2025: 24–25. DOI: 10.62202/2075-1761-2025-27-2(1)-24-25

## Нарушения распознавания лицевой экспрессии при шизофрении и их нейрофизиологические корреляты

**Спектор В.А.**

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского Минздрава России, Москва

**Актуальность.** Шизофрения представляет собой одну из наиболее сложных и социально значимых проблем психиатрии, затрагивающую до 1% населения. Она сопровождаются выраженным когнитивными нарушениями, оказывающими значительное влияние на качество жизни, адаптацию пациентов и их способность к социальной интеграции.

Одним из ключевых аспектов когнитивного дефицита при шизофрении являются нарушения социальных когниций, в частности распознавания лицевой экспрессии — способности идентифицировать и интерпретировать эмоции других людей по мимическим выражениям. Этот фундаментальный навык играет решающую роль в успешном межличностном взаимодействии. Нарушения восприятия эмоций приводят к трудностям в понимании внутреннего состояния собеседника, что негативно сказывается на коммуникации, повышает вероятность конфликтов и способствует социальной изоляции пациентов.

Исследования показывают, что у пациентов с шизофренией наблюдаются специфические искажения интерпретации лицевой экспрессии. Они чаще неверно классифицируют негативные эмоции, в частности страх и гнев, склонны к интерпретации нейтральных выражений как угрожающих и испытывают общее замедление в обработке зрительной информации. Эти особенности могут быть связаны с дисфункцией ряда мозговых структур, включая височную кору, а также с нарушением межполушарного взаимодействия.

Современные нейрофизиологические исследования уделяют много внимания описанной выше проблематике. Нередко для изучения восприятия лицевой экспрессии используется анализ вызванных потенциалов (ERP), позволяющий выявить аномалии на различных этапах нейрональной обработки зрительного сигнала. У пациентов с шизофренией обнаружено увеличение латентности и снижение амплитуды таких ERP-компонентов, как P100, N170, P200 и P300, что свидетельствует о нарушениях как раннего сенсорного анализа, так и поздних когнитивных процессов интерпретации социальных стимулов.

Понимание нейрофизиологических механизмов дефицита социальных когниций при шизофрении открывает перспективы для разработки новых методов диагностики и реабилитации, направленной на улучшение распознавания эмоций и снижение социальной дезадаптации пациентов.

### Цель и задачи.

Целью исследования является изучение нарушений распознавания лицевой экспрессии у пациентов с шизофренией и выявление их нейрофизиологических коррелятов.

### Задачи исследования:

1. Оценить различия в точности и скорости распознавания лицевых эмоций между пациентами с шизофренией и здоровыми испытуемыми.

2. Исследовать нейрофизиологические особенности обработки лицевых стимулов у пациентов с шизофренией на основе анализа ERP-компонентов (P100, N170, P200, P300).

3. Выявить возможные связи между нарушениями социальных когниций и клиническими характеристиками расстройства.

### Материалы и методы.

В исследовании приняли участие 26 пациентов с диагнозом «Шизофрения» (F20.x) и 34 здоровых испытуемых контрольной группы. В группе контроля 17 человек (50%) были женщинами. Средний возраст участника контрольной группы составлял 25 (24; 26,8) лет. Среди пациентов с шизофренией было 12 (46,1%) женщин. Возраст пациента этой группы составлял 27,5 (22,0, 34,8) лет. Значимых различий между группами по полу и возрасту обнаружено не было ( $p=0,9$ ).

Методы исследования включали:

- Тест на распознавание эмоций, в котором испытуемым предъявлялись изображения лиц из базы KDEF (Karolinska Directed Emotional Faces), имеющими испуганное, радостное или нейтральное выражение. Оцениваемые параметры: точность, время реакции, количество ошибок.

- Электрофизиологическое исследование с регистрацией вызванных потенциалов при предъявлении лицевых стимулов.

Регистрация вызванных потенциалов проводилась с использованием 128-канальной ЭЭГ системы Geodesic. Анализировались характеристики компонентов:

- P100 (ранняя сенсорная обработка визуальных стимулов).
- N170 (специализированный процессинг изображений лиц).
- P200 (аффективная категоризация стимулов).
- P300 (поздняя когнитивная обработка и интерпретация социальных сигналов).

### Результаты и обсуждение.

Поведенческие данные. Пациенты с шизофренией продемонстрировали существенные нарушения в распознавании лицевой экспрессии:

- Время реакции на стимулы с выражением страха у пациентов с шизофренией было значимо выше (1045 мс у пациентов против 997,5 мс у контрольной группы,  $p = 0,195$ ).
- В группе пациентов количество ошибок при классификации лиц с эмоцией страха ( $p = 0,0006$ ), нейтральным выражением ( $p = 0,007$ ) и радостью ( $p = 0,01$ ) было достоверно выше.
- Процент правильных ответов на лица со страхом был ниже в группе пациентов (92,5% против 100% в контроле,  $p = 0,0002$ ).

Нейрофизиологические данные:

- P100: у пациентов зарегистрирована увеличенная по сравнению с контролем латентность (101,5 мс против 94,9 мс,  $p = 0,096$ ), что свидетельствует о замедленной сенсорной обработке.
- N170: у пациентов зарегистрировано значимое увеличение латентности (155,2 мс против 144,8 мс,  $p = 0,03$ ) и снижение амплитуды на стимулы со страхом (-7,4  $\mu$ V против -9  $\mu$ V,  $p = 0,0006$ ), что указывает на нарушения специализированного процессинга лиц.
- P200: у пациентов зарегистрирована сниженная амплитуда в ответ на нейтральные лица (11,3  $\mu$ V против 18,1

$\mu$ V,  $p = 0,002$ ), что отражает сложности в эмоциональной категоризации.

- P300: у пациентов зарегистрировано значительное увеличение латентности при нейрональной обработке страха (370 мс против 313,3 мс,  $p < 0,0001$ ), нейтральных выражений (377,7 мс против 334,3 мс,  $p < 0,0001$ ) и радости (368,5 мс против 311,8 мс,  $p < 0,0001$ ), что свидетельствует о снижении когнитивных функций, ответственных за интерпретацию лицевой экспрессии.

Таким образом, у пациентов с шизофренией наблюдается нарушения на всех этапах нейрональной обработки лицевой экспрессии:

1. Задержка сенсорного восприятия (P100).
2. Дефицит специализированной обработки лиц (N170).
3. Нарушение эмоциональной категоризации (P200).
4. Когнитивные нарушения в интерпретации выражений (P300).

### Выводы.

1. Пациенты с РШС демонстрируют выраженный дефицит в распознавании лицевой экспрессии, особенно негативных эмоций.

2. Нарушения проявляются на поведенческом уровне (ошибки, замедленная реакция) и имеют нейрофизиологические корреляты (аномалии ERP-компонентов).

3. Дефицит социальных когниций вносит значительный вклад в снижение адаптации пациентов и требует разработки специфических реабилитационных программ, направленных на улучшение восприятия и интерпретации эмоций.

4. Выявленные нейрофизиологические маркеры могут использоваться в качестве объективных индикаторов когнитивных нарушений при шизофрении, что открывает перспективы для ранней диагностики и индивидуализированной терапии.

**Для цитирования:** Спектор В.А. Нарушения распознавания лицевой экспрессии при шизофрении и их нейрофизиологические корреляты. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 27, № 2 (1), Специальный выпуск, 2025: 25–26. DOI: 10.62202/2075-1761-2025-27-2(1)-25-26

## Перспективы использования айтреинга в качестве инструмента диагностики педофилии (педофильного расстройства) в судебно-психиатрической практике

Староверов И.И.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России, Москва

**Актуальность.** В судебно-психиатрической практике диагностика педофилии (педофильного расстройства) затруднена из-за установочного поведения у значительной части обследуемых. Во многих случаях такое установочное поведение проявляется не просто в декларации нормативности своего сексуального влечения, но и в отрицании совершения инкриминируемых деяний. Технология айтреинга, основанная на регистрации движений глаз, предлагает объективный способ оценки зрительного внимания и восприятия визуальной информации. Исследования

ния, проведённые в последние годы, позволяют сделать вывод, что лица с педофилией (педофильным расстройством) обладают специфическими паттернами визуального восприятия детских изображений. У испытуемых с расстройством сексуального предпочтения обнаруживаются, например, более низкая латентность первой фиксации и более длительное общее время фиксаций на стимулах педофильного содержания в сравнении с контрольной группой (Fromberger et al. 2013; Jordan et al. 2016; Vásquez-Amézquita et al. 2019). Несмотря на обнадёживающие дан-

ные, в настоящее время результаты айтреинга не используются как дополнительная информация при проведении судебно-психиатрических экспертиз в связи с отсутствием стандартизованных протоколов, недостаточностью доказательной базы, а также наличием нерешенных этических вопросов.

**Цель и задачи.** Проанализировать возможность применения айтреинга в качестве вспомогательного инструмента при диагностике педофилии (педофильного расстройства).

**Материалы и методы.** Были проанализированы научные публикации из баз данных PubMed, Google Scholar, eLibrary, где описывались эксперименты, направленные на выявление или подтверждение педофилии (педофильного расстройства) с помощью айтреинга. В рассматриваемых исследованиях применялись стационарные высокочастотные айтрееры с высокой точностью определения координат взгляда. Оценивались такие параметры глазодвигательной активности, как латентность первой фиксации (время от начала предъявления изображения до первой фиксации) и общее время фиксаций в так называемых зонах интереса (голова, грудь, талия, лобковая область). Испытуемым предъявляли изображения, на которых были представлены люди, различающиеся по возрасту (дети, подростки, взрослые). В одних исследованиях использовались фотографии реальных людей, в то время как другие исследователи отдавали предпочтение изображениям, созданным с помощью компьютерной графики, чтобы не возникало этических вопросов к дизайну. В ряде экспериментов использовалось когнитивное задание, которое выполнялось одновременно с демонстрацией отвлекающих стимулов (дистракторов) в виде изображений людей разного пола и возраста (Jordan et al. 2016; Jordan et al. 2018). При анализе исследований особое внимание уделялось статистической значимости выводов, учитывался размер выборки и методические особенности каждого исследования.

**Результаты и обсуждение.** Полученные в исследованиях результаты свидетельствуют о том, что у лиц, совершивших сексуальные преступления против детей или декларирующих наличие педофильного интереса, латентное время первой фиксации при предъявлении детских изображений оказывалось статистически значимо короче, а общее время фиксаций – длиннее по сравнению с испытуемыми контрольной группы (Fromberger et al. 2012; Jordan et al. 2018; Каменсков и др. 2018). Латентность первой фиксации можно рассматривать как индикатор непроизвольных процессов внимания, тогда как общее время фиксаций в зонах интереса интерпретируется как характеристика процессов вни-

мания, находящихся под сознательным контролем (Fromberger et al. 2012). В ряде исследований было показано, что использование когнитивных задач с дистракторами позволяет эффективно выявлять различия в сексуальных предпочтениях между испытуемыми с педофилией (педофильным расстройством) и контрольной группой (Jordan et al. 2016; Jordan et al. 2018). В таких условиях у людей с педофилией (педофильным расстройством) значимо чаще происходит переключение внимания на детские стимулы. Эти результаты особенно важны с точки зрения судебно-психиатрической экспертизы, так как трудности контроля внимания при предъявлении дистрактора педофильного содержания могут свидетельствовать о наличии попыток скрытия аномальных предпочтений.

Стоит отметить, что большая часть исследований была основана на ограниченных выборках, что снижает возможность широкого обобщения результатов. Кроме того, испытуемые могут намеренно пытаться контролировать направление своего взгляда, избегая фиксаций на детских стимулах. Однако такой контроль становится неэффективным при анализе параметра латентности первой фиксации, который отражает автоматические, непроизвольные проявления внимания (Fromberger et al. 2012). Разнообразие стимульного материала также влияет на воспроизводимость выводов. Некоторые исследователи используют только нейтральные изображения, исключая откровенный контент, в то время как другие включают в исследования изображения обнаженных фигур. Эти методические различия затрудняют сравнение отдельных исследований и указывают на необходимость стандартизации.

**Выводы.** Результаты анализа подтверждают, что айтреинг обладает высоким диагностическим потенциалом и в перспективе может оказаться полезным для судебно-психиатрической практики в качестве дополнительного метода оценки сексуальных предпочтений. Такие показатели, как латентность первой фиксации и общее время фиксаций в зонах интереса, являются перспективными маркерами для определения наличия педофилии (педофильного расстройства). Широкое внедрение технологии требует дальнейших исследований на больших выборках, унификации протоколов проведения экспериментов и разработки этически выверенных наборов стимулов.

**Для цитирования:** Староверов И.И. Перспективы использования айтреинга в качестве инструмента диагностики педофилии (педофильного расстройства) в судебно-психиатрической практике. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 27, № 2 (1), Специальный выпуск, 2025: 26–27. DOI: 10.62202/2075-1761-2025-27-2(1)-26-27

# Особенности клинических проявлений психической дезадаптации у лиц с патологией заднего сегмента глаза

Яковлев Д.А., Кузьмина С.В.

Казанский государственный медицинский университет, Москва

**Актуальность.** Анализ современных литературных данных показывает высокую распространенность офтальмологической патологии, как среди населения Российской Федерации, так и зарубежных стран. (Бадимова А.В., 2020). Согласно исследованиям, для лиц с офтальмологической патологией характерна высокая распространенность непсихотических психических расстройств, что может быть фактором риска развития и прогрессирования офтальмологических заболеваний, неблагоприятного прогноза, и одним из факторов, способствующих снижению комплаентности. (Яковлев Д.А., 2023).

Патология заднего сегмента глаза (PSED) – это группа хронических заболеваний сетчатки, сосудистой оболочки глаза и зрительного нерва, включающая в первую очередь: глаукому, возрастную макулярную дегенерацию, патологии сетчатки. PSED является основной причиной ухудшения зрения и развития слепоты среди взрослого населения, после катаракты. (Bastawrous A., 2014). Среди причин инвалидности взрослого населения, обусловленной патологией зрения, в России к 2022 году первое место в нозологической структуре первичной инвалидности занимает глаукома (36,67%), второе – дегенерация макулы и заднего полюса (22,95%). (Нероев В.В., 2022)

Рост численности населения в возрасте старше 60 лет, способствуя увеличению распространенности PSED, делает эти офтальмологические нарушения значимой медико-социальной проблемой.

С учетом развития политики активного долголетия в Российской Федерации, направленной на обеспечение условий для продолжения продуктивной и независимой жизни всеми гражданами, изучение состояния психического здоровья пациентов с патологией заднего сегмента глаза является актуальной в настоящее время.

**Цель исследования.** Определение уровня психической дезадаптации и клинико-психопатологические особенности пациентов с PSED.

**Материалы и методы.** Методом сплошной выборки на базе «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России было обследовано 79 пациентов с установленным диагнозом возрастной макулярной дегенерации, глаукомы.

Для достижения цели исследования использованы следующие методы: клиническое интервьюирование, специально разработанная авторская анкета, осмотр офтальмолога, психометрические шкалы: Опросник Спилбергера - Ханина, клинический опросник Яхина - Менделевича. Статистическая обработка проводилась с использованием программного обеспечения Microsoft Excel, Statistica 10.0. Для оценки статистической значимости различий использован точный критерия Фишера. Описание центральной тенденции представлена в виде  $Me$  (Q1-Q3). Исследование одобрено локальным этическим комитетом, все пациенты предоставили письменное информированное согласие на участие в исследовании.

**Результаты и обсуждения.** В исследовании приняли участие 79 человек, (47% мужчины, 53% женщины). Медиана возраста составила 69,5 (60–75) лет. Было сформировано две группы согласно офтальмологическому диагнозу: Группа 1: пациенты с установленным диагнозом ВМД - 33 человека (39% мужчины), медиана возраста 69,5 (57–75,2) лет. Группа 2: лица, имеющие диагноз первичной глаукомы - 46 человек (52,2% мужчины), Медиана возраста 69 (64–73,8) лет. Группы не имели значимых различий по социальному-демографическим характеристикам.

Симптомы тревоги больше выражены у пациентов 2 группы (72,2%) по сравнению с пациентами 1 группы (50%), что является статистически значимым ( $p=0.024$ ). Для обеих групп пациентов характерны высокий и умеренный уровни реактивной и личностной тревоги: 79% и 91% в группе 1 и 80% и 87% в группе 2. Стоит отметить, что в группе 2 тревожная симптоматика чаще встречалась среди пациентов моложе 60 лет ( $p=0.031$ ).

60,6% и 69,6% пациентов группы 1 и 2, соответственно, демонстрировали симптомы депрессии, при этом среди лиц с глаукомой к формированию депрессии также склонны пациенты моложе 60 лет ( $p=0.046$ ). Чаще симптомы астении обнаруживались в группе 1 – 63,6 % против 41,3% у пациентов с глаукомой ( $p=0.027$ ). И напротив – симптомы, характерные для обсессивно-фобического синдрома, и симптомы вегетативных нарушений больше характерны для пациентов с глаукомой – 39,1% и 47,8%, соответственно, против 12,1% и 24,2% у лиц с ВМД. Полученные различия обладают статистической достоверностью ( $p=0.006$  и  $p=0.019$ , соответственно). Примечательно то, что для группы 2 данные категории симптомов (астении, обсессивно-фобические, вегетативных нарушений) чаще проявляются у мужчин, нежели женщин ( $p=0.027$ ,  $p=0.012$ ,  $p=0.001$ , соответственно).

**Выводы.** Полученные нами результаты продемонстрировали высокий уровень психической дезадаптации среди пациентов с PSED. Симптомы тревоги характерны для 50% и 72,7% лиц с глаукомой и ВМД, соответственно, симптомы депрессии – 60,6% и 69,6%. При этом, в возрасте до 60 лет данные симптомы наблюдаются значительно чаще. Среди пациентов с ВМД и глаукомой распространены проявления астении (63,6% и 41,3%), обсессивно-фобические симптомы (39,1% и 12,1%) и вегетативные нарушения (47,8% и 24,2%), имеющие гендерные особенности (статистически достоверно большая встречаемость у лиц мужского пола). В связи с этим мы можем утверждать, что при разработке персонализированных терапевтических подходов должны учитываться не только основное офтальмологическое заболевание, но и психическое состояние пациентов.

**Для цитирования:** Яковлев Д.А., Кузьмина С.В. Особенности клинических проявлений психической дезадаптации у лиц с патологией заднего сегмента глаза. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 27, № 2 (1), Специальный выпуск, 2025: 28. DOI: 10.62202/2075-1761-2025-27-2(1)-28

# Ассоциации аффективных расстройств с расстройствами пищевого поведения: частота встречаемости и клинические корреляты

Яковлева Я.В., Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В.

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

**Актуальность.** У значительной части пациентов с аффективными расстройствами, такими как биполярное аффективное расстройство (БАР) и рекуррентное депрессивное расстройство (РДР), наблюдаются сопутствующие психические расстройства, что представляет серьезную проблему для дифференциальной диагностики и подбора терапии [Avenevoli S. et al., 2015; Loftus J. et al., 2020]. Особого внимания заслуживает ассоциация аффективных расстройств с расстройствами пищевого поведения (РПП) в связи с наличием феноменологических сходств и рядом негативных прогностических факторов при их совместном течении. В клинической практике важно учитывать проведение дифференциальной диагностики РДР и БАР у пациентов с РПП, поскольку это имеет критическое значение в определении оптимальных терапевтических стратегий [McAulay C. et al., 2021]. Хотя, антидепрессанты являются рекомендованным лечением для РПП, их назначение при сопутствующей биполярной депрессии может усугубить состояние пациента и вызвать маниакальные или смешанные эпизоды. При этом несмотря на рост исследований, посвященных изучению коморбидности РПП и БАР, показатели которых достигают 60%, крайне мало данных о распространенности РПП среди пациентов с РДР. На основе имеющихся данных мы сформулировали две гипотезы:

1. Наличие сопутствующего РПП у пациентов с депрессией ассоциировано в большей степени с БАР, нежели с депрессивным эпизодом РДР/ДЭ.

2. У пациентов только с РДР/ДЭ выраженность симптомов РПП ассоциирована с латентными биполярными симптомами.

Для проверки гипотез было проведено исследование, которое состояло из двух этапов.

1 этап: проведение разведочного анализа распространенности нервной анорексии (НА), нервной булими (НБ) и приступообразного переедания (ПП) у пациентов с РДР/ДЭ и БАР I и II типов.

2 этап: проведение разведочного анализа взаимосвязей выраженности нарушений пищевого поведения с психопатологическими характеристиками у пациентов с РДР.

## Материалы и методы.

1 этап. Проведено кросс-секционное, мультицентровое исследование, в которое включались лица мужского и женского пола в возрасте от 18 лет, с диагнозом "Биполярное аффективное расстройство", или "Депрессивный эпизод", или "Рекуррентное депрессивное расстройство". Участники исследования проходили структурированное интервью по MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview) с исследователем для верификации клинического диагноза и выявления сопутствующих психических расстройств. Так как на русском языке нет клинического интервью для оценки РПП в течение жизни, данный диагноз выставлялся по диагностическим критериям МКБ-

10/DSM-5. Пациенты самостоятельно заполняли свои демографические данные в электронной клинической карте исследования. Всего 263 пациента с РДР/ДЭ и БАР, из которых 75.7% (n=199) были женщинами.

2 этап. В исследование включались лица мужского и женского пола в возрасте от 18 до 59 лет с диагнозами "Депрессивный эпизод" или "Рекуррентное депрессивное расстройство". Участники исследования проходили структурированное интервью по MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview) для верификации клинического диагноза. Все участники исследования проходили обследование по ряду психометрических инструментов. Для выявления симптомов гипомании в анамнезе пациенты заполняли опросник Hypomania Checklist (HCL)-32 [ССЫЛКА]. Для оценки суицидального риска использовалась Колумбийская Шкала Оценки Тяжести Суицида (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS) [ССЫЛКА]. Для выявления депрессии и тревоги использовалась шкала Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Для оценки уровня тревожности использовалась Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAII). Выраженность нарушений пищевого поведения оценивалась с помощью теста отношения к приему пищи EAT-26 (Eating Attitudes Test). Карта исследования включала в себя стандартные социо-демографические и антропометрические данные. Всего включено 338 участников с диагнозами РДР/ДЭ, из которых 63.9% (n=216) были женщинами.

**Статистический анализ.** Статистический анализ и визуализация данных проводились на языке программирования R (версия 4.0.2) в RStudio v1.4.1717. Распределение количественных переменных исследования не соответствовало нормальному распределению согласно критерию Шапиро-Уилка, в связи с этим в анализе применялись непараметрические методы. Межгрупповые сравнения были проведены при помощи непараметрических критериев - критерия Манна-Уитни для количественных переменных и критерия  $\chi^2$  Пирсона для категориальных переменных, а также использовался точный критерий Фишера в случае малого (<10) количества участников в анализируемых подгруппах. Корреляционный анализ между количественными переменными был проведен с помощью метода Спирмена. Для определения факторов риска применялась бинарная логистическая регрессия с различными зависимыми и независимыми переменными. В качестве меры величины эффекта были указаны отношения шансов с 95% доверительными интервалами. Возраст и пол участников были введены в качестве ковариат. В качестве критического уровня значимости выбрано значение – 0.05.

1 этап. В исследование было включено 173 пациента с диагнозами БАР и 90 с РДР/ДЭ, среди них с ДЭ - 11.0% (n=29). Средний возраст пациентов составил 28.7 (9.4) лет (M(SD)), медианный возраст 26 (22–32), минимальный – 18, максимальный – 67. Среди всех пациентов 28.5% (n=75)

имели диагноз РПП. Частота встречаемости НА в течение жизни 12.9% (n=34), текущая частота НА - 2.3% (n=6). Частота НБ в течение жизни - 13.7% (n=36), текущая - 3.4% (n=9). Для ПП показатели частоты в течение жизни 10.7% (n=28), текущей - 5.7% (n=15). При сравнении пациентов с БАР и ДЭ/РДР по частоте встречаемости РПП было выявлено, что частоты всех видов РПП среди пациентов с БАР значимо выше, чем среди пациентов с ДЭ/РДР 38.8% (n=67) vs 8.9% (n=8), OR=6.5; 95%ДИ [3.1 - 15.3]; p-value=3,32\*10 -6.

2 этап. Среди всех пациентов с РДР единственный ДЭ в течение жизни перенесли 24.9% (n=84) пациентов. Средний возраст пациентов составил 30.8 (11.2) лет, медианный возраст – 28.0 (22.0–39.0) лет, минимальный – 18.0 лет, максимальный – 59.0 лет. Во всей выборке медианный балл по шкале EAT-26 составил 5.00 (2.00 - 12.00).

При проведении корреляционного анализа психометрических характеристик выборки была выявлена слабая положительная корреляция общего балла по шкале EAT-26 с баллами по шкале HCL-32 ( $\rho=0.3464$ ,  $p\text{-value}=2,142*10 -10$ ). Кроме того, имелись слабые положительные корреляции общего балла по шкале EAT-26 с наличием суицидальных мыслей за последний месяц ( $\rho=0.1457$ ,  $P\text{-value}=0.0077$ ) и в течение жизни по шкале CSSRS ( $\rho=0.1981$ ,  $P\text{-value}=0.0001$ ). Были выявлены слабые положительные корреляции на уровне тенденции к значимости суммарных баллов по

шкале EAT-26 с баллами по подшкале тревоги HADS ( $\rho=0.0958$ ,  $P\text{-value}=0.08126$ ). Также выявлены слабые положительные корреляции суммарных баллов по шкале EAT-26 с баллами по подшкале личностной тревожности STAI ( $\rho=0.1984$ ,  $P\text{-value}=0.0029$ ), а по подшкале ситуативной тревожности STAI на уровне тенденции к значимости ( $\rho=0.1313$ ,  $P\text{-value}=0.0522$ ).

**Выводы.** Результаты исследования продемонстрировали более высокую распространенность РПП среди пациентов с БАР по сравнению с пациентами с РДР. Пациенты с монополярной депрессией и с более высокими общими баллами EAT-26 с большей вероятностью имели гипоманию по шкале HCL-32 и более высокие баллы суицидальности по шкале C-SSRS. Выявленные признаки в большей степени характерны для пациентов с БАР, поэтому можно предположить, что депрессия у пациентов с нарушениями пищевого поведения связана с риском биполярности. В будущих исследованиях необходимо сделать акцент на более глубоком изучении взаимосвязи между депрессией и РПП в контексте риска БАР.

**Для цитирования:** Яковлева Я.В., Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В. Ассоциации аффективных расстройств с расстройствами пищевого поведения: частота встречаемости и клинические корреляты. Психиатрия и психофармакотерапия. Том 27, № 2 (1), Специальный выпуск, 2025: 29–30. DOI: 10.62202/2075-1761-2025-27-2(1)-39-30



# для возвращения

## к полноценной жизни

при психических и неврологических расстройствах



### элицея® Ку-таб®

эсциталопрам



### дулоксента®

дулоксетин



### мирзатен® КУ-Таб®

миртазапин



### Зилаксера®

арипипразол



### марукса®

мемантин

Информация предназначена для медицинских работников

На правах рекламы

Заказчик размещения рекламы: ООО «КРКА ФАРМА»

125212, г. Москва, Головинское ш., д.5, корп.1

Тел.: (495) 981-10-95. Факс: (495) 981-10-91. E-mail: info.ru@krka.biz, www.krka.ru





свободно жить,  
не оглядываясь



Выраженный  
противорецидивный эффект  
при лечении шизофрении<sup>1-3</sup>

Максимально приемлемый  
профиль безопасности  
и переносимости<sup>4</sup>

1. Kujava M., et al. Aripiprazole for long-term maintenance treatment of schizophrenia. *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 2002; 5 (Suppl.1): S186. 2. Pigott T.A., Carson W.H., Saha A.R., et al. Aripiprazole for the prevention of relapse in stabilized patients with chronic schizophrenia: a placebo-controlled 26-week study. *J. Clin. Psychiatry.* 2003; 64: 1048–56. 3. Kane J.M., et al. Aripiprazole for treatment-resistant schizophrenia: results of a multicenter double-blind comparison study versus perphenazine. *J. Clin. Psychiatry.* 2007; 68: 213–223. 4. Giovanni Ostuzzi, et al. Oral and long-acting antipsychotics for relapse prevention in schizophrenia-spectrum disorders: a network meta-analysis of 92 randomized trials including 22,645 participants. *World Psychiatry.* 2022; 21: 295–307.

РУ ЛП-004452 от 12.09.2017. Информация для медицинских и фармацевтических работников. Реклама.  
ЗАО «ФармФирма «Сотекс». 115201, Москва, Каширское ш. д. 22, корп. 4, стр. 7. Тел.: +7 495 231-1512;  
Факс: +7 495 231-1509; [www.sotex.ru](http://www.sotex.ru)

