



ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ ЖӘНЕ НАРКОЛОГИЯ

Ғылыми - практикалық журналы

ҚҰРУШЫЛАР:
ҚР ДСМ «Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы» ШЖҚ РМК;
Психикалық денсаулық сактау саласында жұмыс істейтін мамандардың республикалық ассоциациясы

«Психиатрия, психотерапия және наркология» ғылыми - практикалық журналы Куәлік №12249-Ж.

2012 жылдың 18 қантарында Қазақстан Республикасының Мәдениет және ақпарат министрлігінен берілді.

Алғашқы есепке қою кезіндегі нөмірі мен мерзімі №3924-Ж 26.05.2003ж

Меншік иесі: ҚР ДСМ «Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы» ШЖҚ РМК

Редакция мекен-жайы:
050022, Алматы к., Амангелді көш., 88
ҚР ДСМ «Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы» ШЖҚ РМК.
Тел.факс: +7(727)2724832
E-mail: ppn.journal@gmail.com

Шығу жиілігі – жарты жылына 1 рет
ISSN 1729-5335 (print)
ISSN 3105-7373 (online)

«Психиатрия, психотерапия және наркология»
ғылыми- практикалық журналы 2003 жылдан бастап шығарылады

Journal of psychiatry, psychotherapy and narcology. Founded in 2003.

№ 3-4 (55) 2025 жыл

РЕДАКЦИЯЛЫҚ КОЛЛЕГИЯ:

БАС РЕДАКТОР

А.Т. ЕСКАЛИЕВА

БАС РЕДАКТОРДЫҢ ОРЫНБАСАРЫ

С.А. АЛТЫНБЕКОВ

ЖАУАПТЫ ХАТШЫ

И.Г. СМОЛИНОВ

ТЕХ. ХАТШЫ

Г.Р. САТТАРОВ

Н.Б. ЕСИМОВ, А.А. АБЕТОВА,
Г.А. САДВАКАСОВА

РЕДАКЦИЯ КЕҢЕСІ (ҚАЗАҚСТАН):

С.З. ЕШИМБЕТОВА (АЛМАТЫ)

Б.Б. ДЖАРБУСЫНОВА (АЛМАТЫ)

А.С. КАРАЖАНОВА (АСТАНА)

Т.М. МОЛДАГАЛИЕВ (СЕМЕЙ)

М.Ю. ЛЮБЧЕНКО (КАРАГАНДА)

К.С. АЛТЫНБЕКОВ (АСТАНА)

ХАЛЫҚАРАЛЫҚ РЕДАКЦИЯ КЕҢЕСІ:

С.В. ШПОРТ (МОСКВА)

Н.Г. НЕЗНАНОВ (САНКТ-ПЕТЕРБУРГ)

З.Ш. АШУРОВ (ТАШКЕНТ)

Л.Ю. ПАНТЕЛЕЕВА (БИШКЕК)

Х.К. КУНГУРОТОВ (ТАДЖИКИСТАН)

О.А. СКУГАРЕВСКИЙ (МИНСК)

Н.А. НЕГАЙ (WPA)

МАЗМУНЫ

<i>Ескалиева А.Т., Абетова А.А., Байпейсов Д.М., Есимов Н.Б., Музафаров Р.Х., Тлеубаева Ш.М.</i> Биопсихометрический скрининг в качестве инструмента выявления пресуицидальных установок юношества и молодых взрослых в Казахстане	1
<i>Джарбусынова Б.Б., Усынина А.В., Хамитова Л.Н., Бекбенбетова Б.С., Жаппаргалы Г.Н.</i> Психические нарушения у больных ДГПЖ (обзор)	9
<i>Бондарчук В.В., Вейсенберг-Салдаева Т.В., Любченко М.Ю., Ибраев А.К., Кенжебулатова Б.Е., Назарова М.И.</i> Клинический случай фебрильной шизофрении, осложнённой анти-NMDA-рецепторным энцефалитом	15
<i>Лисюк Л.В.</i> Комплаентность в психиатрической практике: психологические, социальные и организационные аспекты взаимодействия врача и пациента (обзор).....	24
<i>Есимова А.Д., Измаилова Н.Т., Есимов Н.Б., Саттаров Г.Р., Смолинов И.Г.</i> Псилоцибин в терапии резистентной депрессии: эффективность, безопасность и стратегия дозирования (обзор).....	33
<i>Ленская А.Ш.</i> Нервная булимия: роль социального одобрения и стигматизации в обращаемости и приверженности лечению (обзор)	38
<i>Абилева А.А., Каражанова А.С.</i> Влияние периоперационной тревоги родителей на субъективное восприятие боли и тревоги у детей (обзор)	51
<i>Жаниев Д.А., Алтынбеков К.С., Каражанова А.С.</i> Взаимосвязь неблагоприятного детского опыта, копинг-стратегий и уровня притязаний с психологическим благополучием студентов медицинских вузов (обзор)	55
<i>Койшиманова Г.С., Каражанова А.С.</i> Неблагоприятный детский опыт и копинг-стратегии как дифференциальные психосоциальные факторы риска инсульта у пациентов с артериальной гипертензией (обзор)	62
<i>Нагайцев Т.О., Каражанова А.С., Алтынбеков К.С.</i> Влияние детской травматизации на психическое здоровье взрослого человека (обзор).....	73

TABLE OF CONTENTS

<i>Yeskaliyeva A.T., Abetova A.A., Baipeisov D.M., Yessimov N.B., Muzafarov R.H., Tleubayeva Sh.M.</i> Biopsychometric Screening as a Tool for Identifying Pre-Suicidal Attitudes Among Adolescents and Young Adults in Kazakhstan	1
<i>Jarbussynova B.B., Ussynina A.V., Khamitova L.N., Bekbenbetova B.S., Zhappargaly G.N.</i> Mental Disorders of the Neurotic Register in Patients with BPH (Review).....	9
<i>Bondarchuk V.V., Weissenberg-Saldaeva T.V., Liubchenko M.Yu., Ibraev A.K., Kenzhebulatova B.E., Nazarova M.I.</i> Clinical Case of Febrile Schizophrenia Complicated by Anti-NMDA-Receptor Encephalitis	15
<i>Lisyuk L.V.</i> Treatment Adherence in Psychiatric Practice: Psychological, Social, and Organizational Aspects of Physician–Patient Interaction (Review).....	24
<i>Yessimova A.D., Izmailova N.T., Yessimov N.B., Sattarov G.R., Smolinov I.G.</i> Psilocybin in the Treatment of Treatment-Resistant Depression: Efficacy, Safety, and Dosing Strategies (Review)	33
<i>Lenskaya A.Sh.</i> Bulimia Nervosa: The Role of Social Approval and Stigmatization in Treatment-Seeking and Adherence (Review)	38
<i>Abileva A.A., Karazhanova A.S.</i> The Impact of Parental Perioperative Anxiety on Children’s Subjective Perception of Pain and Anxiety (Review)	51
<i>Zhanyev D.A., Altynbekov K.S., Karazhanova A.S.</i> The Relationship Between Adverse Childhood Experiences, Coping Strategies, Level of Aspirations, and Psychological Well-Being of Medical Students (Review)	55
<i>Koishimanova G.S., Karazhanova A.S.</i> Adverse Childhood Experiences and Coping Strategies as Differential Psychosocial Risk Factors for Stroke in Patients with Arterial Hypertension (Review)	62
<i>Nagaytsev T.O., Karazhanova A.S., Altynbekov K.S.</i> The Impact of Childhood Trauma on Adult Mental Health (Review)	73

UDC: 616.89-008.441-053.6:159.9.072(574)

BIOPSYCHOMETRIC SCREENING AS A TOOL FOR IDENTIFYING PRE-SUICIDAL ATTITUDES AMONG ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS IN KAZAKHSTAN

A.T. YESKALIYEVA¹, A.A. ABETOVA¹, D.M. BAIPEISOV¹, N.B. YESSIMOV¹, R.H. MUZAFAROV¹, SH.M. TLEUBAYEVA¹

¹ "Republican Scientific and Practical Center of mental Health" of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan

Abstract. This research was conducted as part of the scientific and technical program "Presuicidal Attitudes as an Integrated Indicator and Target of Monitoring: A Population Study of Adolescents and Young Adults in Kazakhstan", supported by program-target funding for 2024–2026 (IRN BR24993083).

Introduction. The relevance of the study is dictated by the need to develop a methodology for early recognition and study of suicide risk and its prevention. According to the World Health Organization (WHO), Kazakhstan is among the countries with the highest suicide rate in the world. The number of suicidal outcomes is not decreasing, bringing human grief to loved ones and putting a burden on the social and economic development of the country. It is believed that most of the suicides might not have happened if proper interventions had been taken.

The purpose of the study. To identify the underlying mechanisms of suicidal behavior and develop suicide prevention measures among young people in Kazakhstan (18-40 years old).

Methods. Clinical-psychopathological and clinical-dynamic methods; psychometric method - Depression, Anxiety, and Stress Scale and Paykel suicide risk questionnaire, as well as laboratory studies. The study included 100 patients with suicidal tendencies and 100 participants without mental pathology aged 18 to 40 years.

Results. The results obtained indicate that those at risk of suicide, that is, those who are depressed or anxious, as well as those who abuse psychoactive substances, deserve the most attention. In this group of examined individuals, the highest rates of psychometric research and laboratory markers of suicide were revealed.

Conclusions. The most significant is the conduct of screening studies using the DASS scale (Depression Anxiety Stress Scale) and the Paykel Questionnaire (Paykel Suicide Risk Questionnaire) in the future of the study, aimed at further work and offering simple ways to prevent suicide among the country's youth.

Keywords: suicide, bio-psycho-social model, youth, depression, anxiety, stress, Depression Anxiety Stress Scale (DASS) and the Paykel Suicide Risk Questionnaire.

Introduction

The relevance of the study is dictated by the need to develop a methodology for early recognition and study of suicide risk and its prevention. According to the information of the World Health Organization (WHO), Kazakhstan is among the countries with the highest suicide rate in the world. The number of suicidal outcomes is not decreasing, bringing human grief to loved ones and putting a burden on the social and economic development of the country. It is believed that most of the suicides might not have happened if proper interventions had been taken [1, 2].

Suicide is formed by a number of interacting cultural, social, psychological, biological, and situational factors combined with mental disorders, which act as the main risk factor. National suicide studies show that suicidal behavior varies in different countries [3, 4].

Difficulties in regulating emotions are recognized as one of the reasons specific to adolescents and young people. Research focuses mainly on personality, while the theoretical foundations emphasize the role of emotions, relationships, community, and society [5]. In a systematic review, it was shown that difficulties in regulating emotions are associated with suicidal behavior (thoughts and attempts) in both adults

and adolescents [6], however, other researchers report conflicting impact results on suicide attempts [7].

A large number of recent studies have revealed neurobiological mechanisms of suicide [8-10]. Important biomedical features identified by other authors also included malnutrition, alcohol consumption, smoking, sleep, exercise, markers of hypothalamic-pituitary-thyroid axis activity, and others [11, 4].

Scientific studies suggest a link between the intensity of suicidal behavior and changes in the concentration of certain biochemical parameters, including oxidative stress. The general oxidative status and the Index of oxidative stress can increase in parallel with the severity of suicidal behavior [12-16].

Patients with depressive disorders are particularly prone to suicide risk. Severe depression, severity of hopelessness, along with a history of suicide attempts, suicidal thoughts, and psychotic symptoms predicted subsequent suicide attempts and death by suicide [17-19].

Clinically significant symptoms of depression and anxiety are widespread among young people (according to various estimates, about 24% and 4-49%, respectively), suicidal thoughts from 2 to 12% [20-25], however, the review did not include people with medical problems.

Thus, numerous studies of the prevalence of suicidal outcomes and pre-suicidal states in many countries of the world and Kazakhstan have different limitations, either in terms of the characteristics of participants, or assessment tools, etc., therefore, they give contradictory results. Figures reflecting the number of suicides are usually underestimated due to the ineffectiveness of epidemiological surveillance systems, the misuse of suicide among accidental deaths, and the criminalization of suicide in some countries. In an effort to make suicide prevention strategies effective and culturally acceptable, it is important to study the underlying mechanisms, reliable indicators, and risk factors of suicidality in order to develop effective interventions, prevention, and rehabilitation programs.

The purpose of the study:

Identification of the underlying mechanisms of suicidal behavior and development of suicide prevention measures among the youth of Kazakhstan (18-40 years old).

Tasks:

1. Identification of new psychosocial suicide risk factors and their interrelationships.
2. Study of psychological suicide risk factors and their interrelationships.
3. Study of peripheral inflammatory markers of suicidal behavior and parameters of oxidative stress, with a focus on specific suicidal outcomes, their relationship with other clinical, demographic and psychosocial determinants for predicting suicide-related phenotypes.

Research design: A qualitative research was conducted using focus groups with 200 participants. The study was conducted in the period from January to June 2025 on the basis of the Republican State Enterprise on the right of economic management “Republican Scientific and Practical Center for Mental Health” of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan and Municipal State Enterprise on the right of economic management “Mental Health Center” of the Almaty City Health Department.

Research materials

Inclusion and exclusion criteria: voluntary consent, age of participants from 18-40 years, absence of acute psychopathology.

1st group. With suicidal tendencies (with suicide attempt and/or suicidal thoughts) - 30 participants.

The 2nd group. People at risk group (stress, depression, anxiety, substance abuse and personality disorders) - 70 participants.

The 3rd group. Control group (without mental pathology) - 100 participants.

Research methods

- I. Clinical and psychopathological method.
 - II. The clinical and dynamic method.
 - III. The psychrometric method.
- b) Paykel Suicide Risk Questionnaire, which is a tool for assessing suicidal thoughts and behavior.

- IV. Laboratory studies.

The results of the study:

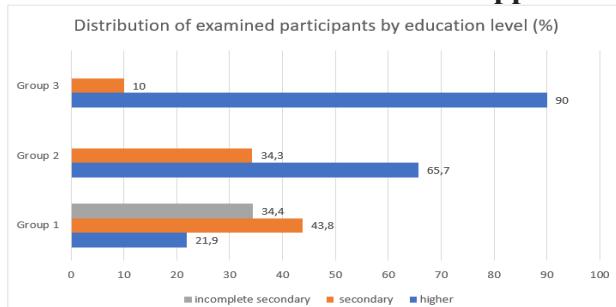
An analysis of the social and demographic characteristics of the study participants showed that among the 30 surveyed individuals in the 1st group (n=14 female (43.8%) and n=18 (56.2% male), the ratio of female and male was presented in statistically comparable values. Among the 70 examined individuals in the 2nd group (n=51 females (2.9%) and n=19 (27.1%) males), the

female sex ratio was significantly higher statistically ($p<0.005$) than the male sex. Among the 100 examined individuals in the 3rd group (n=61 females and n=39 males), the ratio of female participants was significantly higher statistically ($p<0.005$) than male.

According to the data obtained, the average age of the surveyed in group 1 was $25.41 \pm$: from 16 to 18 years - 25%, n=8, from 19 to 25 years - 28.1%, n=9, and 46.9%, n=15 - were from 26 to 40 years old. The majority of the surveyed in the 2nd group were between the average age of 26 and 40 years (70%, n=49), from 19 to 25 years, 30%, n=21. The majority of the surveyed in the 3rd group were between the average age of 26 and 40 years (64%, n=64), from 19 to 25 years 35%, n = 35, only 1% - from 16 to 18 years. The Kruskal-Wallis criterion does not detect significant differences in all samples.

By the time of the survey, the majority of participants in group 1 had an average level of education: n=14 (43.8%), the rest n=7 (21.9%) had higher education and n=11 (34.4%) had incomplete secondary education. The majority of the participants in the 2nd group had a higher level of education: n=46 (65.7%), one third of the participants - n=24 (34.3%) - had secondary education. The vast majority of participants - n=90 (90%) of the control group had higher education, and only 10% (n=10) had secondary education. Pearson Chi-squared = 0.000 with a minimum estimated number of 1.74. The significance level of this relationship corresponds to $p<0.05$.

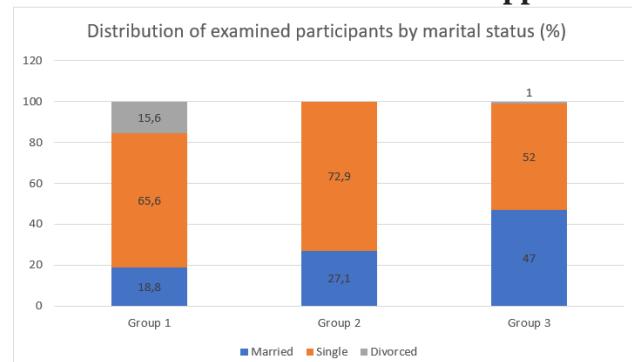
Appendix 1



The analysis of the marital status of the surveyed persons showed that the majority of the participants from the 1st group were maladapted in family terms. Only 18.8% had their own family (were married), more than half of the surveyed persons (65.6%) did not marry (were single or unmarried), 15.6% were already divorced. The majority of the surveyed persons from the 2nd group were also maladapted in

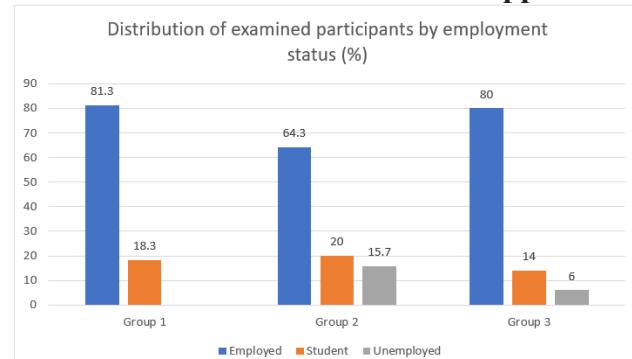
family terms. Only 27.1% had their own family (were married), and two thirds (72.7%) did not marry (were single or unmarried). Among the participants of the 3rd group, half (47%) had their own family (were married), and half of the surveyed persons (52%) were not married (were single or unmarried), only 1% were already divorced. Pearson Chi-squared = 0.000 with a minimum estimated number of 0.95. The significance level of this relationship corresponds to $p=0.05$.

Appendix 2



It was revealed that the majority of participants from the 1st group were employed: the main part of the surveyed people (n=26, 81.3%) were employed, and only n=6, 18.8% were students. The majority of the 2nd group were also employed: the main part of the surveyed people (n=45, 64.3%) were employed, n=14, 20% were students and 15.7% were unemployed. Among the participants of the 3rd group were employed: the main part of the surveyed people (n=80, 80%) were employed, n=14, 14% were students and n=6 - 6% were unemployed. Pearson chi-squared = 0.035 with a minimum estimated number of 2.69. The significance level of this relationship corresponds to $p<0.05$.

Appendix 3



Analysis of laboratory data showed that there was no significant difference in the indicators in all groups of some parameters. The difference

was revealed in the study of cholesterol in venous blood (total). Thus, the majority (31.3% (n=10) of the surveyed people in the 1st group showed a decrease in cholesterol levels. In the examined patients of the 2nd group, an increase in the blood level was shown in almost a third (28.6%) of the examined people (n=20) and a decrease in the level in only a small number (8.6%) of the examined people (n=6). In the examined patients of the group 3, it showed an increase in the level of only 19 participants (19%) and a decrease in the level of only 12 (12%).

An insignificant difference in the study of platelets was found. Thus, a small number of the surveyed people in the 1st group showed changes: an increase in the level of only 9.4% (n=3) and 6.3% (n=2) of the surveyed persons showed a decrease in the level. In the surveyed people of the group 2, an increase in the level of almost a third of the surveyed persons (31.4%) and a decrease in the level of only a small number of the surveyed people (2.9%) was shown. In the examined patients of the group 3, it showed an increase in the level of only 24% and a decrease in the level of only 1%.

The difference in the study of hemoglobin was revealed. Thus, the examined patients of the group 1 showed an increase in the level of only 9.4% and 12.5% of the examined people showed a decrease in the level. In the examined patients of the group 2, it showed an increase in the level of almost a third of the surveyed persons (31.4%) and a decrease in the level of a small number of the surveyed people (15.7%). In the examined patients of the group 3, it showed an increase in the level of only 10% and a decrease in the level of only 14%.

Differences in the study of the color indicator were found. Thus, in the examined people of the group 1, it showed a decrease in the level of 34.4%. In the examined people of the group 2, it showed a decrease in the level of 28.6%. In the examined people of the group 3, it showed a decrease in the level of only 4%.

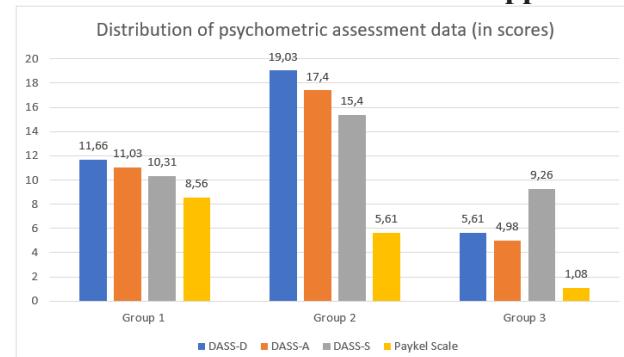
An insignificant difference was revealed in the study of HCT (hematocrit). Thus, in the examined people of the group 1, it showed an increase in the level of 21.9%. In the examined people of the group 2, it showed an increase in the level of 12.9%. In the examined patients of the group 3, it showed an increase in the level of only 4%.

Analysis of the results of the psychometric study showed that in group 1 there was a significant correlation at 0.05 with moderate levels of depression, anxiety, stress on the DASS D scale (11.66 points)-Rs=0.479, DASS T (11.03 points) - Rs=0.599, DASS With (10.31 points)-Rs=0.428, which correlates with the result of the Pikel questionnaire (8.56 points)-Rs=1,000. The correlation is significant at 0.05 (two-way).

In group 2, there was a statistically significant association with high or moderate levels of depression, anxiety, and stress on the scale of DASS D (19.03 points) - Rs=0.610, DASS T (17.40 points)-Rs=0.231, DASS C (15.40 points)-Rs=0.430, which correlates with the result of the Pikel questionnaire (5.61 points). The correlation is significant at 0.05 (two-way).

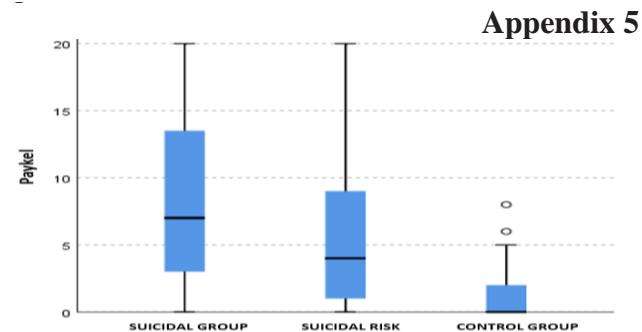
In group 3, there was a statistically significant association with low or no depression, anxiety, or stress on the scale of DASS D (5.61 points) - Rs=0.454, DASS T (4.98 points)-Rs=0.335, DASS C (9.26 points) -Rs=0.419, which correlates with the result of the Pikel questionnaire (1.08 points). The correlation is significant at 0.05 (two-way).

Appendix 4



When testing the null hypothesis in pairs with the Bonferroni correction for several trials, it was found that group 1 and group 2 have the same distributions. A comparison of group 1 with group 3 showed a score of 0.063 with a significance level of 0.05, which corresponds to

The Kraskell Wallis criteria for the results of a psychometric study



Appendix 5

Discussion:

An analysis of the social and demographic characteristics of the participants showed that in all groups the ratio of female and male was represented in statistically comparable values. According to the data obtained, the average age of the surveyed people in all groups was in the statistically comparable values of $25.41 \pm$. The Kruskal-Wallis criterion does not detect significant differences in all samples.

There were differences in the level of education. So, if the majority of participants in the 1st group had an average level of education, the majority of participants in the 2nd and 3rd groups had a higher level of education. An analysis of the marital status of the surveyed persons showed that most of the participants from the 1st and 2nd groups were maladapted in family terms. Only a small part of the participants had their own family (were married), more than half of the surveyed people did not marry (were single or unmarried), while half of the participants in the 3rd group had their own family (were married). The study of labor adaptation showed that the majority of participants from groups 1 and 3 were employed: the majority of those surveyed people were employed, while two thirds of the participants in group 2 were employed.

Thus, the data obtained indicate that the group of surveyed people with suicide attempts is dominated by people aged $25.41 \pm$, with an average level of education, employed, maladapted in family terms, the sex ratio is equivalent.

The group of surveyed people at risk of suicide was dominated by individuals aged $28.51 \pm$, with a higher level of education, maladapted in labor and family terms - underemployed and unmarried, the sex ratio is equivalent.

The control group was also dominated by people aged $27.92 \pm$, had mostly a higher level of education, adapted to family and work status with an equal ratio of female and male sexes.

Analysis of laboratory data showed that there are some differences between the groups. Thus, in the examined people of the group 1, a decrease in the level of the color indicator was shown in 34.4%; a decrease in the level of cholesterol in the venous blood (total) in the majority (31.3%) of the examined people; a uniform platelet count;

a decrease in the level of the color indicator in a third of the examined persons (34.4%).

In the examined individuals of the group 2, an increase in platelet levels was shown in almost a third of the examined people (31.4%); an increase in cholesterol levels in almost a third of the examined people (28.6%); a decrease in the color index in 28.6% of the examined persons. The Kruskal-Wallis test does not detect significant differences in the first two samples.

In the examined patients of the group 3, a decrease in the level of the color indicator was shown in only 4%; an increase in cholesterol in 19%; an increase in platelet levels in 24% and a decrease in the level of the color indicator in only 4%. The Kruskal-Wallis criterion reveals significant differences when comparing the 3rd group with the 1st and 2nd groups.

An analysis of the results of the psychometric study showed that when testing the null hypothesis in pairs with the Bonferroni correction for several trials, it was found that group 1 and group 2 had the same distributions. A comparison of group 1 with group 3 showed a score of 0.063 with a significance level of 0.05, which corresponds to $p < 0.05$.

Conclusions

1. The group of surveyed people with suicide attempts is dominated by people aged $25.41 \pm$, with an average level of education, employed, maladapted in family terms, the sex ratio is equivalent. The group of those surveyed at risk of suicide was also dominated by people aged $28.51 \pm$, with a higher level of education, maladapted in labor and family terms - underemployed and unmarried, the sex ratio is equivalent. The control group was also dominated by people aged $27.92 \pm$, had mostly a higher level of education, adapted to family and work status with an equal ratio of female and male sexes.

2. In group 1, a strong correlation was found with moderate levels of depression, anxiety, and stress on the DASS scale, which correlates with the results of the Pikel questionnaire. In group 2, there was a statistically significant association with high or moderate levels of depression, anxiety, and stress on the DASS scale, which correlates with the results of the Pikel questionnaire. In group 3, there was a statistically significant association with low or no depression, anxiety, or stress on the DASS scale, which

correlates with the results of the Pikel questionnaire.

3. A significant difference in the study of laboratory parameters is revealed: in the examined individuals of the group 1, it showed a decrease in the level of the color indicator, a decrease in the level of cholesterol in the venous blood (total) and platelets in the majority of the examined people.

In the examined people of the group 2, an increase in platelet levels was shown in almost a third of the examined persons, an increase in cholesterol levels in almost a third of the examined individuals, and a decrease in platelet levels. In group 3, there was a statistically insignificant association with cholesterol levels and an increase in platelet levels, but a significant

association with a decrease in the color index (only 4%).

Conclusion

The conducted research is evidence-based regarding the bio-psycho-social risk factor of suicide. The results obtained indicate that those at risk of suicide, i.e. those who are depressed or anxious, as well as those who abuse psychoactive substances, deserve the most attention. As in this group of the studied, the highest indicators of psychometric research and laboratory markers of suicide were revealed. In general, the result obtained correlates with the conclusions of other scientists. The most significant is the conduct of screening studies using the DASS and Pikel scale in the research perspective, aimed at further work and offering simple ways to prevent suicide among young people.

Source of funding

The research and publication of the article were carried out at the personal expense of the authors.

Conflict of interest

The authors of this article confirmed the absence of a conflict of interest.

This material has not been published in other publications and is not under review by other publishers.

Information about the authors:

Yeskaliyeva Altynay Tukenovna, RSE on the REM "Republican Scientific and Practical Center of Mental Health" of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Almaty, Republic of Kazakhstan.

Email address: Altynai_eskaliyeva@mail.ru.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6072-9115>.

Abetova Aigulim Abdurasulovna, Candidate of Medical Sciences, Master of Social Sciences in Psychology, Head of the Department of the RSE on the REM "Republican Scientific and Practical Center of Mental Health" of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, psychiatrist, adult, child of the highest category.

Email address: aigul-abetova@mail.ru.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4757-3477>

Daulet Mukhametkalievich Baipeisov - Deputy of General Director for strategic development of the RSE on the REM "Republican Scientific and Practical Center of Mental Health" of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan.

Yessimov Nabi Bolatovich, PhD, MBA, Deputy of General Director of the RSE on the REM "Republican Scientific and Practical Center of Mental Health" of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, psychiatrist of the highest category.

ORCID: 0000-0001-7827-5125

Rinat Husainovich Muzafarov – Head of the Department of International Cooperation and Public Relations at the RSE on the REM "Republican Scientific and Practical Center of Mental Health" of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, psychiatrist, adult, child of the highest category.

ORCID: <https://orcid.org/my-orcid?orcid=0009-0003-0930-5935>

Tleubayeva Shayzat Mukhametkairovna, RSE on the REM "Republican Scientific and Practical Center of Mental Health" of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Pavlodar, psychiatrist, adult, child of the highest category.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4141-4464>

Literature

1. WHO. Suicides in the world in 2019 (2021). Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (as of May 27, 2024).
2. Abetova A.A. "Prevention of autoaggressive behavior" // Psychiatry, psychotherapy and narcology, 2011, pp. 11-17.
3. Abetova A.A. "Some aspects of suicidal behavior in narcological and psychosomatic disorders" // Psychiatry, psychotherapy and narcology - 2010, pp. 15-18.
4. K.S. Altynbekov, N.A. Negay, A.A. Abetova. Methodology and results of the national study on the use of psychoactive substances among young people in the Republic of Kazakhstan // Bulletin of KazNMU, 2021. №4. pp. 193-201.
5. Abetova A.A. "Application of methods of crisis psychocorrection in a psychiatric hospital" - methodological recommendations, 2011, p. 35.
6. Abetova A.A. "Providing psychotherapeutic assistance in crisis situations and suicidal behavior" - methodological recommendations, 2011, p. 20.
7. Peterson C., Miller G.F., Barnett S.B.L., Florence C. Economic cost of injury—United States, 2019. *Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 2021; 70: 1655.
8. An S, Lim S, Kim HW, Kim HS, Lee D, Son E, Kim TW, Goh TS, Kim K, Kim YH. Global prevalence of suicide by latitude: A systematic review and meta-analysis. *Asian J Psychiatr.* 2023 Mar;81:103454. doi: 10.1016/j.ajp.2023.103454. Epub 2023 Jan 7. PMID: 36634498; PMCID: PMC9822839.
9. Tio ES, Misztal MC, Felsky D. Evidence for the biopsychosocial model of suicide: a review of whole person modeling studies using machine learning. *Front Psychiatry.* 2024 Jan 11;14:1294666. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1294666. PMID: 38274429; PMCID: PMC10808719.
10. Rodríguez-Otero JE, Campos-Mouriño X, Meilán-Fernández D, Pintos-Bailón S, Cabo-Escribano G. Where is the social in the biopsychosocial model of suicide prevention? *International Journal of Social Psychiatry.* 2022;68(7):1403-1410. doi:10.1177/00207640211027210
11. Colmenero-Navarrete L, García-Sancho E, Salguero JM. Relationship Between Emotion Regulation and Suicide Ideation and Attempt in Adults and Adolescents: A Systematic Review. *Arch Suicide Res.* 2022 Oct-Dec;26(4):1702-1735. doi: 10.1080/13811118.2021.1999872. Epub 2021 Nov 25. PMID: 34821201.
12. Rogante E, Cifrodelli M, Sarubbi S, Costanza A, Erbuto D, Berardelli I, Pompili M. The Role of Emotion Dysregulation in Understanding Suicide Risk: A Systematic Review of the Literature. *Healthcare (Basel).* 2024 Jan 10;12(2):169. doi: 10.3390/healthcare12020169. PMID: 38255058; PMCID: PMC10815449.
13. Posamentier, J., Seibel, K., & DyTang, N. (2023). Preventing Youth Suicide: A Review of School-Based Practices and How Social-Emotional Learning Fits Into Comprehensive Efforts. *Trauma, Violence, & Abuse,* 24(2), 746-759. <https://doi.org/10.1177/15248380211039475>
14. Liu XQ, Wang X. Adolescent suicide risk factors and the integration of social-emotional skills in school-based prevention programs. *World J Psychiatry.* 2024 Apr 19;14(4):494-506. doi: 10.5498/wjp.v14.i4.494. PMID: 38659598; PMCID: PMC11036461.
15. Hocaoglu C. Editorial: The neurobiology of suicide: the 'suicidal brain'. *Front Psychiatry.* 2023 Jun 9;14:1215902. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1215902. PMID: 37363164; PMCID: PMC10289149.
16. Abou Chahla MN, Khalil MI, Comai S, Brundin L, Erhardt S, Guillemin GJ. Biological Factors Underpinning Suicidal Behaviour: An Update. *Brain Sci.* 2023 Mar 16;13(3):505. doi: 10.3390/brainsci13030505. PMID: 36979315; PMCID: PMC10046421.
17. Yang W, Wang X, Kang C, Yang L, Liu D, Zhao N, Zhang X. Establishment of a risk prediction model for suicide attempts in first-episode and drug naïve patients with major depressive disorder. *Asian J Psychiatr.* 2023 Oct;88:103732. doi: 10.1016/j.ajp.2023.103732. Epub 2023 Aug 11. PMID: 37586124.
18. Comprehensive mental health action plan 2013-2030. Geneva: World Health Organization; 2022. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
19. Adilbek S. A. Features of suicides in Central Kazakhstan / S. A. Adilbek // Innovations. Science. Education. – 2021. – № 28. – pp. 1337-1346. – EDN QWIOFQ.
20. M.A. Nizamudin, N.N. Khon, A.I. Garber, S.V. Sklyar. The relationship of individual and personal characteristics with indicators on the Beck scales in adolescents with suicidal thoughts//Psychology and sociology series. №4 (87). 2023 <https://bulletin-psysoc.kaznu.kz> 31 МРНТИ 15.81.61 <https://doi.org/10.26577/JPsS.2023.v87.i4.04>
21. Yessimov N.B., Izmailova N.T. Integration of primary health care with psychiatric and narcological services // Bulletin of KazNMU. Almaty, 2019. №2. pp. 210-213.
22. Kustubayeva, A.; Kamzanova, A.; Kudaibergenova, S.; Pivkina, V.; Matthews, G. Major depression and brain asymmetry in a decision-making task with negative and positive feedback //Symmetry. – 2020. – Т. 12. – №. 12. – С. 2118. <https://doi.org/10.3390/sym12122118>
23. Zhamaliyeva L.M, Zhamankulova DG, Abenova NA, Koshmaganbetova GK. Educational Intervention Effects on Depression and Anxiety in Patients after Myocardial Infarction: A Randomized Controlled Trial // *Journal of Cardiovascular Development and Disease* 2023;10:267. <https://doi.org/10.3390/jcdd10070267>.
24. Temirkhanov A., Zhamaliyeva L. Age-Related Differences in Depression: Insights from the PHQ-9 Screening Tool// Collection of materials of the III International Scientific and Practical Conference «Residency in family medicine: achievements, problems and prospects», May 18-19, 2023
25. Temirzakova D., Zhamaliyeva L. High stress levels among women in Kazakhstan: a pilot study// Collection of materials of the III International Scientific and Practical Conference «Residency in family medicine: achievements, problems and prospects», May 18-19, 2023

БИОПСИХОМЕТРИЯЛЫҚ СКРИНИНГ ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ЖАСӨСПІРІМДЕР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕР АРАСЫНДАҒЫ СУИЦИДКЕ ДЕЙІНГІ КӨЗҚАРАСТАРДЫ АНЫҚТАУ ҚҰРАЛЫ РЕТИНДЕ

А.Т. ЕСКАЛИЕВА¹, А.А. АБЕТОВА¹, Д.М. БАЙПЕИСОВ¹, Н.Б. ЕСИМОВ¹, Р.Х. МУЗАФАРОВ¹,
Ш.М. ТЛЕУБАЕВА¹

¹ КРДСМ "Республиканлық денсаулық ғылыми-практикалық орталығы" ШЖҚ РМК

Түйіндеме. Зерттеу 2024-2026 жылдарға арналған бағдарламалық-нысаналы қаржыландыру шеңберінде "Пресуицидтік қондырылғылар кешенді индикатор және мониторинг объектісі ретінде: Қазақстандағы жасөспірімдер мен жас ересектерді популяциялық зерттеу" ғылыми-техникалық бағдарламасының шеңберінде жүргізілді.

Кіріспе. Зерттеудің өзектілігі суицид пен оның алдын алу қаупін ерте тану және зерттеу әдістемесін әзірлеу қажеттілігінен туындаиды. Дүниежүзілік денсаулық сақтау үйімінін (ДДҮ) ақпаратына сәйкес, Қазақстан әлемдегі суицид деңгейі ең жоғары елдердің қатарына кіреді. Өз-өзіне қол жұмсау әтижелерінің саны азаймайды, бұл адамның қайғысын жақындарына әкеледі және елдің әлеуметтік-экономикалық дамуына ауыртпалық түсіреді. Егер тиісті араласулар жасалса, суицидтің көп бөлігі болмауы мүмкін деп саналады.

Зерттеу мақсаты. Суицидтік мінез-құлыштың терең тетіктерін анықтау және Қазақстан жастары (18-40 жас) арасында суицидтің алдын алу шараларын әзірлеу.

Әдістері. Клиникалық-психопатологиялық және клиникалық-динамикалық әдістер; психометриялық әдіс – депрессия, абыржу және стресс шкаласы (Depression,

Anxiety, and Stress Scale-21, DASS-21) және Paykel суицид қаупінің сауалнамасы, сондай-ақ зертханалық зерттеулер. Зерттеу материалы суицид тенденциясы бар 100 пациент және 100 қатысушы болды - 18 бел 40 жас аралығындағы психикалық патологиясыз.

Әтижелер. Әтижелер өз-өзіне қол жұмсау қаупі бар, яғни депрессия немесе абыржу жағдайында, сондай-ақ нашақорлықпен ауыратын адамдарға көп көңіл бөлінеттін көрсетеді. Зерттелгендердің осы тобында психометриялық зерттеудің және суицидтің зертханалық маркерлерінің ең жоғары көрсеткіштері анықталды.

Корытындылар. Одан әрі жұмыс істеуге бағытталған зерттеу перспективасында DASS (Depression Anxiety Stress Scale) шкаласын және Пайкель сауалнамасын (Paykel суицид қаупінің сауалнамасы) пайдалана отырып, скринингтік зерттеулер жүргізу аса маңызды болып табылады және ел жастары арасында суицидтің алдын алудың қарапайым жолдары ұсынылады.

Түйінді сөздер: суицид, био-психо-әлеуметтік модель, жастар, депрессия, абыржу, стресс, DASS (Depression Anxiety Stress Scale) шкаласы, Пайкель сауалнамасы (Paykel).

БИОПСИХОМЕТРИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ В КАЧЕСТВЕ ИНСТРУМЕНТА ВЫЯВЛЕНИЯ ПРЕСУИЦИДАЛЬНЫХ УСТАНОВОК ЮНОШЕСТВА И МОЛОДЫХ ВЗРОСЛЫХ В КАЗАХСТАНЕ

А.Т. ЕСКАЛИЕВА¹, А.А. АБЕТОВА¹, Д.М. БАЙПЕИСОВ¹, Н.Б. ЕСИМОВ¹, Р.Х. МУЗАФАРОВ¹,
Ш.М. ТЛЕУБАЕВА¹

¹ РГП на ПХВ "Республиканский научно-практический центр психического здоровья" МЗ РК

Резюме

Исследование проведено в рамках научно-технической программы «Пресуицидальные установки как комплексный индикатор и объект мониторинга: популяционное исследование юношества и молодых взрослых в Казахстане» в рамках программно-целевого финансирования на 2024-2026 годы (ИРН BR24993083).

Введение. Актуальность исследования диктуется необходимостью разработки методики раннего распознавания и изучения риска суицида и ее превенции. Согласно информации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) Казахстан, входит в число стран с самым высоким уровнем суицидов в мире. Количество суицидальных исходов не снижается, принося человеческое горе близким и накладывая бремя на социально-экономическое развитие страны. Считается, что большая часть самоубийств могла бы и не произойти, если бы были предприняты надлежащие вмешательства.

Цель исследования. Выявление глубинных механизмов суицидального поведения и выработка мер профилактики суицида среди молодежи Казахстана (18–40 лет).

Материалы и методы. Клинико-психопатологический и клинико-динамический методы; психометрический метод - Шкала депрессии, тревоги и стресса (Depression, Anxiety, and Stress Scale-21, DASS-21) и опросник суицидального риска Paykel, а также лабораторные исследования. Материалом исследования явились 100 пациентов с суицидальными тенденциями и 100 участников - без психической патологии в возрасте от 18 до 40 лет.

Результаты. Полученные результаты свидетельствуют о том, что наибольшего внимания заслуживают лица с риском суицида, то есть находящиеся в состоянии депрессии либо тревоги, а также лица, злоупотребляющие психоактивными веществами. В данной группе исследованных выявлены наивысшие показатели психометрического исследования и лабораторных маркеров суицида.

Выводы. Наиболее значимыми является проведение скрининговых исследований с использованием шкалы DASS (Depression Anxiety Stress Scale) и Опросника Пайкеля (Опросник суицидального риска Paykel) в перспективе исследования, направленная для дальнейшей работы и

предлагаются несложные пути профилактики суицидов среди молодежи страны.

Ключевые слова: суициды, био-психо-социальная модель, молодежь, депрессия, тревога, стресс, шкала

DASS (Depression Anxiety Stress Scale) и Опросник суицидального риска Paykel).

УДК 616.89:616.65-006.6

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ДГПЖ (ОБЗОР)

ДЖАРБУСЫНОВА Б.Б.¹, УСЫНИНА А.В.¹, ХАМИТОВА Л.Н.¹,
БЕКБЕНБЕТОВА Б.С.¹, ЖАППАРГАЛЫ Г.Н.¹

¹ НАО «Казахский Национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова»,
г. Алматы

Актуальность. У больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) нередко выявляются психические нарушения невротического регистра, которые усугубляют течение основного заболевания, ухудшают качество жизни и препятствуют своевременному обращению за медицинской помощью. Более 80% пациентов с ДГПЖ страдают от различных форм тревожных и тревожно-депрессивных расстройств. Существует взаимосвязь между выраженностью урологических симптомов, уровнем тревоги и депрессии, а также типом отношения к болезни.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является наиболее часто встречающимся заболеванием мочеполовой системы у пожилых мужчин. Хотя это не опасное для жизни заболевание, оно влияет на качество жизни и постепенно снижает самооценку пациента. Частые дизурические явления, прерывание сна для опорожнения мочевого пузыря являются основными жалобами у большинства пациентов.

Результаты. У пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы более чем в половине случаев выявляются психические расстройства невротического регистра, преимущественно тревожные и тревожно-депрессивные реакции, существенно ухудшающие качество жизни и препятствующие своевременному лечению. Выраженность урологических симптомов прямо коррелирует с уровнем тревоги и депрессии, что требует обязательного психиатрического скрининга и включения психотерапевтической поддержки в комплексное лечение.

Ключевые слова: Доброкачественная гиперплазия предстательной железы; невротические расстройства; тревожно-депрессивные состояния; адаптационные реакции; психотерапия; качество жизни; тревожный тип реагирования.

Введение

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является одним из наиболее распространённых заболеваний мочеполовой системы у мужчин пожилого возраста и нередко сопровождается психическими нарушениями невротического регистра. Особое значение имеют тревожные и тревожно-депрессивные реакции, которые ухудшают качество жизни пациентов и снижают их готовность к лечению. Социальную значимость проблемы подчеркивают демографические исследования: рост численности населения старше 60 лет существенно опережает общий

прирост населения, а ДГПЖ встречается у 10–20% мужчин 40-летнего возраста и у 90% мужчин 60–70 лет и старше. Важную роль играет наследственная отягощенность, повышающая риск развития заболевания. Учитывая высокую распространённость и психосоциальные последствия ДГПЖ, изучение структуры психических нарушений и их взаимосвязи с клинической картиной приобретает особую актуальность для разработки эффективных комплексных подходов к терапии.

Цель. Изучить структуру и особенности психических нарушений невротического регистра у больных ДГПЖ.

Задачи:

1. Оценить частоту и структуру невротических расстройств у больных ДГПЖ.
2. Выявить взаимосвязь между выраженностью урологических симптомов и уровнем тревожности и депрессии.
3. Определить типы реагирования на заболевание у пациентов с ДГПЖ.

Структура психических нарушений у больных ДГПЖ

У подавляющего большинства пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы выявляются психические расстройства невротического уровня.

Пограничные психические расстройства встречаются в 65% случаев заболевания, а клиническая картина их квалифицируется психопатологическими нарушениями в виде

невротических реакций или оформленных состояний, синдромально определяемых как астенические, тревожные, тревожно-депрессивные, депрессивные, ипохондрические и обсессивно-фобические. Перечисленные расстройства чаще всего сопровождаются страхом и интенсивными переживаниями пациентов, связанными с опасениями озлокачествления патологического процесса и развитием рака простаты. В связи с этим пациенты с ДГПЖ нуждаются в тщательной оценке депрессии, беспокойства и соматизации. Это особенно важно в связи с расширением консервативной терапии ДГПЖ и наличием эректильной дисфункции. В то же время наличие выраженных тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с ДГПЖ препятствует своевременному обращению за медицинской помощью и является основной причиной отказа от оперативного вмешательства.

Таблица 1. Клиническая структура психических расстройств у больных ДГПЖ

1.	Пролонгированная тревожная реакция	Характеризуется устойчивым чувством беспокойства за здоровье, страхом ухудшения состояния и развитием осложнений. Эти переживания нередко усиливаются при проявлении дизурических симптомов. Пациенты склонны к самонаблюдению, тревожно фиксируются на своём состоянии, становятся более ранимыми и уязвимыми, особенно в связи с ожиданием вмешательства или неизвестностью прогноза. Эмоциональное состояние часто сопровождается снижением работоспособности, быстрой утомляемостью и общей слабостью.
2.	Пролонгированная тревожно-депрессивная реакция	Основу составляет сочетание тревоги и сниженного настроения. У больных появляется пессимистическое отношение к будущему, отмечается потеря интереса к повседневным делам, замедленное мышление с преобладанием негативных размышлений. Часто возникают нарушения сна, снижение аппетита и выраженная пассивность. У некоторых пациентов эти проявления усиливаются после постановки диагноза или на фоне длительного ожидания операции.
3.	Пролонгированная тревожно-фобическая реакция	Возникает у тревожно-мнительных личностей и проявляется повышенной настороженностью, страхами перед онкологическим процессом или осложнениями заболевания. Характерны канцерофобии, нарушения сна, навязчивые переживания и выраженная эмоциональная лабильность. Пациенты могут замыкаться в себе, избегать общения, чрезмерно фокусироваться на симптомах, что сопровождается соматическими проявлениями — тахикардией, потливостью, ощущением холода в конечностях.
4.	Пролонгированная тревожно-субдепрессивная реакция с полиморфным психопататоподобным синдромом	Это состояние объединяет тревожность, внутреннее напряжение и элементы раздражительности, обидчивости, подозрительности. Пациенты становятся более требовательными к окружающим, могут проявлять эмоциональную неустойчивость, демонстративность, склонность к конфликтам. Такие реакции часто сопровождаются жалобами на состояние здоровья и страхами за будущее, несмотря на отсутствие значительных объективных изменений.
5.	Пролонгированная тревожная реакция с конверсионными симптомами	Отличается преобладанием телесных (псевдосоматических) жалоб при наличии выраженного эмоционального напряжения. Пациенты жалуются на онемение, изменение чувствительности, «комок в горле», осиплость голоса. Симптомы часто усиливаются в условиях семейного или социального стресса. Такие больные склонны обращаться к разным специалистам, предполагая тяжёлые соматические болезни, и редко связывают своё состояние с психологическими причинами.

6.	Пролонгированная апатическая депрессивная реакция	Проявляется снижением жизненной энергии, равнодушием к окружающему, отсутствием инициативы и эмоциональной отстранённостью. Пациенты ощущают отрешённость, не видят смысла в привычных действиях, выполняют их механически, по необходимости. В более тяжёлых случаях появляются тоскливость, глубокая угнетённость и отчуждённость, что затрудняет коммуникацию с близкими и врачами.
7.	Пролонгированная ипохондрическая реакция	Пациенты чрезмерно обеспокоены своим физическим состоянием, углубляются в изучение симптомов, медицинской литературы, постоянно ищут новые причины своих страданий. Отмечается склонность к детализации жалоб, самодиагностике и частым обращениям к специалистам. Поведение сопровождается тревожным ожиданием ухудшения, нарушениями сна и ограничением социальной активности. У некоторых наблюдается навязчивый контроль за режимом, питанием и мочеиспусканием.

Таблица 2. Типы реагирования на болезнь и их психопатологические особенности. Типы отношения к болезни

Тип отношения к болезни	%
Тревожный	68,3
Эгоцентрический	13,3
Эргопатический	6,7
Анозогностический	3,3
Меланхолический	2,5
Дисфорический	1,7
Апатический	1,7
Паранойяльный	2,5
ИТОГО	100

В подавляющем большинстве случаев (66-70%) у пациентов выявлялся тревожный тип реагирования на болезнь. Для пациентов с тревожным типом отношения к болезни были характерными непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений неэффективности и даже опасности лечения. Они старались искать новые способы лечения, получить от врача дополнительную информацию о болезни и методах лечения. Пациенты часто интересовались объективными данными (результаты анализов, заключения специалистов). Их настроение характеризовалось как тревожное. Как следствие тревоги отмечалось угнетённость настроения и психической активности. Сочетание данного типа отношения к болезни с другими типами (неврастеническим, сенситивным, паранойяльным, меланхолическим и ипохондрическим) еще более усугубляло картину: отмечалось чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях; преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий; преувеличение неприятных ощущений в связи с побочными действиями

лекарств и диагностических процедур. Для некоторых пациентов (при тревожно-неврастеническом типе) были характерны даже вспышки раздражения, особенно при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, хотя в последующем они довольно критически относились к своим такого рода поступкам и необдуманным словам. Сочетание тревожно-сенситивного типов отмечалось у пациентов чрезмерной ранимостью, уязвимостью, озабоченностью возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения об их болезни. При этом их колебания настроения были связаны чаще с межличностными контактами.

Пациенты с эгоцентрическим типом отношения к заболеванию ДГПЖ, наоборот искали выгоду в связи с болезнью. Это проявлялось в том, что они демонстрировали всем окружающим, не только близким им людям, свои страдания и переживания. При этом основной целью данного поведения являлось желание вызвать сочувствие, завладеть их вниманием. Они требовали заботы о себе, не считаясь с проблемами других.

Эргопатический тип отношения к болезни характеризовался стеническим отношением к работе. При этом некоторые пациенты даже отмечали, что их желание заниматься работой в период заболевания ДГПЖ было выражено еще в большей степени, чем до болезни. Они проявляли избирательное отношение к обследованию и лечению.

Основной характеристикой анозогностического типа отношения болезни является активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях, вплоть до отрицания очевидного. Такие пациенты, даже не смотря на тяжесть заболевания, демонстрировали желание

продолжать получать от жизни все, что и ранее, несмотря на болезнь.

Довольно пессимистический взгляд на все вокруг проявляли пациенты с меланхолическим (вitalально-тоскливым) отношением к заболеванию ДГПЖ. Они высказывали неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения, сомневались в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии.

Дисфорический (агрессивный) тип отношения к болезни. У них доминировало несколько озлобленное настроение, они имели недовольный вид. Они требовали особого внимания к себе, и даже проявляли подозрительность к процедурам и лечению.

С апатическим отношением к болезни проявляли безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Они пассивно подчинялись процедурам и лечению, чаще при настойчивом побуждении со стороны родственников. В поведении, деятельности и межличностных отношениях проявляли вялость и апатию.

Некоторая подозрительность и настороженность к разговорам о себе, к лекарствам и процедурам отмечалась у пациентов с паранойяльным типом отношения к болезни.

Взаимосвязь выраженности урологических и психических симптомов

Выраженность симптомов ДГПЖ прямо связана с уровнем депрессии, личностной и ситуативной тревожности. Одновременно наблюдается обратная зависимость между выраженностью урологических симптомов и самочувствием, настроением и качеством жизни. Чем тяжелее симптомы со стороны мочеполовой системы, тем выше уровень психоэмоционального напряжения и ниже субъективная удовлетворенность состоянием. Особенno выраженные психические нарушения выявлены у пациентов, находящихся в ожидании хирургического лечения — в их случае тревожность и депрессивные реакции достигают субклинического и клинического уровня, сопровождаясь нарушением сна, снижением интереса к жизни, ипохондрией и канцерофобиями.

Выводы

Проведённый нами литературный анализ позволил прийти к следующим выводам: клиническая картина непсихотических психических расстройств у больных ДГПЖ представлена пролонгированными тревожными и тревожно-депрессивными реакциями, занимающими 50,8% случаев. Реже встречаются апатическая депрессивная и ипохондрическая реакции (20%). Тревожно-фобическая и тревожно-субдепрессивная реакция с полиморфным психопатоподобным синдромом чаще встречаются при консервативном лечении.

В формировании личностных реакций на ДГПЖ существенную роль играют преморбидно-личностные особенности пациентов, обуславливающие основные симптомы реагирования, что важно учитывать при разработке программы психотерапии. Астеническая симптоматика, имеющаяся у пациентов в рамках цереброваскулярной патологии облегчала формирование реакций на болезнь. Дифференцированная психотерапия в структуре комплексного лечения больных ДГПЖ с непсихотическими психическими расстройствами должны строится с учетом основного подхода к терапии соматического заболевания и включает три этапа: индивидуальная психотерапия, обучение навыкам самогипноза и, собственно, регулярные занятия пациентом самогипнозом. Такой подход позволяет на госпитальном этапе снизить степень выраженности аффективной напряженности и страх перед оперативным вмешательством, редуцировать основные психопатологические симптомы и обучить навыкам саморегуляции.

Практические рекомендации:

- 1. Психиатрический скрининг.** Включать оценку тревожных, депрессивных и ипохондрических симптомов в план обследования больных ДГПЖ, особенно на этапах предоперационной подготовки.
- 2. Междисциплинарный подход.** Обеспечить сотрудничество урологов и психиатров/психотерапевтов при ведении пациентов с ДГПЖ, что особенно актуально при наличии нарушений сна, выраженной

тревоги, отказа от лечения или фиксации на заболевании.

3. Индивидуализация психотерапии.

Разрабатывать психотерапевтические программы с учётом типа отношения пациента к болезни, уровня личностной и ситуативной тревожности, а также характера преморбидных черт личности.

4. Использование краткосрочной психотерапии. Применять в условиях стационара краткосрочные методики, включая элементы когнитивно-поведенческой терапии, гештальт-техники, элементы эриксоновского гипноза и НЛП для снижения тревоги и эмоционального напряжения.

5. Обучение методам саморегуляции. Включать обучение навыкам самогипноза, дыхательной релаксации и самонаблюдения как элемент обязательной части программы подготовки к хирургическому вмешательству и в ходе амбулаторного ведения.

6. Фармакологическая коррекция с учётом урологических ограничений. При выборе медикаментозной терапии психических

нарушений у больных ДГПЖ следует учитывать ограничения, обусловленные особенностями соматического состояния. Транквилизаторы рекомендуется использовать с осторожностью из-за риска зависимости, а трициклические антидепрессанты — избегать в связи с их холинолитическим эффектом. Предпочтение следует отдавать препаратам с мягким седативным и анксиолитическим действием: миансерин (Леривон), тианептин (Коаксил), а также малым нейролептикам — тиоридазину, алимелазину, сульпириду. Их применение допустимо как на догоспитальном этапе, так и в период реабилитации, с целью снижения выраженности тревожно-депрессивных симптомов и повышения качества жизни пациентов.

7. Психообразование пациентов и родственников. Проводить информирование о взаимосвязи между психоэмоциональным состоянием и течением урологического заболевания с целью повышения мотивации к лечению и активного участия пациента в терапии.

Источник финансирования: отсутствует.

Конфликт интересов: конфликт интересов не заявлен.

Сведения об авторах

Джарбусынова Ботагоз Бинешовна – доктор медицинских наук, профессор и заведующая кафедры психиатрии и наркологии им. Г. И. Зальцмана, НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова», Алматы, Казахстан.

ORCID: 0000-0003-0215-9499

E-mail: botagozj@mail.ru

Усынина Алина Владимировна - врач-резидент 2-го года обучения по специальности «Психиатрия, в том числе детская», НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова», Алматы, Казахстан.

ORCID: 0009-0007-2966-6681

E-mail: 301199@inbox.ru

Хамитова Лаура Нурлановна - врач-резидент 2-го года обучения по специальности «Психиатрия, в том числе детская», НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова», Алматы, Казахстан.

ORCID: 0009-0003-1711-2236

E-mail: khamit0va@bk.ru

Бекбенбетова Бибиойша Собирхужсақизи - врач-резидент 2-го года обучения по специальности «Психиатрия, в том числе детская», НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова», Алматы, Казахстан.

ORCID: 0009-0000-0376-7029

E-mail: aisha.bekbenbetova@mail.ru

Жаппаргалы Гүлбанду Нұрмаханқызы - врач-резидент 2-го года обучения по специальности «Психиатрия, в том числе детская», НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова», Алматы, Казахстан.

ORCID: 0009-0002-8276-3433

E-mail: ermahan.g.n@mail.ru

Список использованной литературы

1. Не просто простата: проблемы добро качественной гиперплазии предстательной железы у пожилых / А.Л. Верткин [и др.] // Фарма тека. 2009. N 9. С. 50-55.
2. Emberton M., Martorana G. BPH: Social impact and patient's perspective // Eur. Urol. Suppl. 2006. N 5. P. 991-996.
3. Кривобородов Г.Г., Тур Е.И., Соловьев В.В. Применение препаратов Цернилтон и Цернилтон Форте в лечении хронического простатита и симптомов нижних мочевыводящих путей вследствие доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Эффективная фарма котерапия. 2013. N 26. С. 48-53.
4. Марилов В.В., Данилин И.Е. Психические расстройства у больных опухолями предстательной железы в сравнительном аспекте // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. Т. 15, N 4. С. 23-27.
5. The relationship between depression, anxiety, somatization, personality and symptoms of lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia / J.S. Koh [et al.] // Psychiatry Investigation. 2015. Vol. 12(2). P. 268-273.
6. Dornas M.C., Damião R., Carrerette F.B. Tratamentocontemporâneonãoocirúrgico da hiperplasiaprostática benigna // Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ. 2010. 9, suppl. 1: 48 Congressodo HUPE «SaúdedoHomem». P. 35-39.
7. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Чиненов Д.В. Диагностика и лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Лечащий врач. 2007. N 4. С. 70-73.
8. Сетегис при лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы.
9. Интермиттирующий режим дозирования / Т.С. Перепанова [и др.] // Русский медицинский журнал. 2004. N 24. С. 1458-1461.
10. Importance of understanding the epidemiology and natural history of BPH / M.J. Barry [et al.] // The international consultation on benign prostatic hyperplasia (BPH), Paris, June 26-27, 1991 : proceedings /eds.: A.T.K. Cockett, Y. Aso, C. Chatelain [et al.] Paris, 1992. P. 13-21
11. Effects of withdrawing α 1-blocker from combination therapy with α 1-blocker and 5 α reductase inhibitor in patients with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia: a prospective and comparative trial using urodynamics / Y. Matsukawa [et al.] // J. Urol. 2017. Vol. 198(4). P. 905-912.
12. Доброта качественная гиперплазия предстательной железы: возможность применения ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа / А.О. Васильев [и др.] // Медицинский совет. 2016. N 19. С. 109-113.
13. Пушкарь Д.Ю., Раснер П.И., Скобелев П.И. Современные возможности скрининга рака простаты у пациентов с ДГПЖ до и после оперативного лечения: обзор // Урология. 2001. N 6. С. 48-54.
14. Зеленский А.И. Сексуальные расстройства при доброкачественной гиперплазии предстательной железы у молодых мужчин // Медицинская психология. 2007. N 4. С. 105-107.
15. Яхин К.К., Нуртдинов А.Р., Ситдыкова М.Э. Особенности личности и психического состояния пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы // Медицинский вестник Башкортостана. 2017. Т. 12, N 4. С. 21-24.

ҚУЫҚ АСТЫ БЕЗІНІЦ ҚАТЕРСІЗ ГИПЕРПЛАЗИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДА НЕВРОТИКАЛЫҚ ТІРКЕЛІМНІЦ ПСИХИКАЛЫҚ БҰЗЫЛЫСТАРЫ (ӘДЕБІЕТТЕР ШОЛУЫ)

ДЖАРБУСЫНОВА Б.Б.¹, УСЫНИНА А.В.¹, ХАМИТОВА Л.Н.¹,
БЕКБЕНБЕТОВА Б.С.¹, ЖАППАРГАЛЫ Г.Н.¹

¹ «С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті» КЕАҚ

Актуалдылығы: қуық асты безініц қатерсіз гиперплазиясы (ҚБҚГ) бар науқастарда невротикалық типтегі психикалық бұзылулар жиі кездеседі, олар негізгі аурудың ағымын, өмір сапасын нашарлатады және уақтылы емдеуге кедергі келтіреді. ҚБҚГ пациенттерінің 80%-дан астамы әртүрлі үрей пен үрей-депрессиялық бұзылулардан зардап шегеді. Урологиялық симптомдардың ауырлығы, мазасыздық пен депрессия деңгейі және ауруға деген көзқарас түрі арасында байланыс бар.

Қуық асты безініц қатерсіз гиперплазиясы (ҚБҚГ) - егде жастағы ер адамдарда несеп-жыныс жүйесінің ең көп таралған ауруы. Бұл ауру өмірге қауіп тәндірмесе де, ол өмір сапасына әсер етеді және науқастың өзін-өзі бағалаудың біртіндеп төмendetеді. Жиі дизуриялық құбылыстар, қуықты босату үшін ұйқының үзіліу пациенттердің көпшілігінде негізгі шағымдар болып табылады.

Нәтижелері. Қуық асты безініц қатерсіз гиперплазиясы бар емделушілерде жағдайлардың жартысынан көбінде невротикалық тіркелімніц психикалық бұзылыстары, негізінен үреймен үрей-депрессиялық реакциялар анықталады, үл ауру өмір сапасын едәуір нашарлатады және уақтылы емдеуге кедергі келтіреді. Урологиялық

симптомдардың ауырлығы үрэймен депрессия деңгейімен тікелей байланысты, бұл міндетті психиатриялық скринингті және кешенді емдеуге психотерапиялық қолдауды қосуды талап етеді.

Түйін сөздер: Қықасты безінің катерсіз гиперплазиясы; невротикалық бұзылыстар; мазасыздық-депрессиялық жағдайлар; бейімделу реакциялары; психотерапия; өмір сапасы; реакцияның мазасыз түрі.

MENTAL DISORDERS OF THE NEUROTIC REGISTER IN PATIENTS WITH BPH

JARBUSSYNOVA B.B.¹, USSYNINA A.V.¹, KHAMITOVA L.N.¹,
BEKBENBETOVA B.S.¹, ZHAPPARGALY G.N.¹

¹ NAO «Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov»

Relevance. Patients with benign prostatic hyperplasia (BPH) often have psychiatric disorders of the neurotic register, which worsen the course of the underlying disease, worsen the quality of life and prevent timely medical treatment. More than 80% of patients with BPH suffer from various forms of anxiety and anxiety-depressive disorders. There is a relationship between the severity of urological symptoms, the level of anxiety and depression, as well as the type of attitude towards the disease.

Benign prostatic hyperplasia (BPH) is the most common disease of the genitourinary system in older men. Although it is not a life-threatening disease, it affects the quality of life and gradually reduces the patient's self-esteem. Frequent dysuric phenomena, interruption of sleep

for emptying the bladder are the main complaints in most patients.

Results. In patients with benign prostatic hyperplasia, more than half of the cases reveal psychiatric disorders of the neurotic register, mainly anxiety and anxiety-depressive reactions, significantly impairing the quality of life and preventing timely treatment. The severity of urological symptoms directly correlates with the level of anxiety and depression, which requires mandatory psychiatric screening and the inclusion of psychotherapeutic support in comprehensive treatment.

Key words: Benign prostatic hyperplasia; neurotic disorders; anxiety-depressive states; adaptive reactions; psychotherapy; quality of life; anxiety type of reaction.

УДК 616.895.8-07:616.831-002.3

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ФЕБРИЛЬНОЙ ШИЗОФРЕНИИ, ОСЛОЖНЁННОЙ АНТИ-NMDA-РЕЦЕПТОРНЫМ ЭНЦЕФАЛИТОМ

В.В. БОНДАРЧУК¹, Т.В. ВЕЙСЕНБЕРГ-САЛДАЕВА¹, М.Ю. ЛЮБЧЕНКО¹, А.К. ИБРАЕВ², Б.Е. КЕНЖЕБУЛАТОВА², М.И. НАЗАРОВА³

¹ Карагандинский медицинский университет, кафедра неврологии, психиатрии и реабилитологии (Республика Казахстан, г. Караганда)

² Коммунальное государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Областной центр психического здоровья" управления здравоохранения Карагандинской области. (Республика Казахстан, г. Караганда)

³ Коммунальное государственное предприятие «Поликлиника №1 города Караганды» управления здравоохранения Карагандинской области (Республика Казахстан, г. Караганда)

Аннотация. Фебрильная шизофрения, также известная как гипертоксическая шизофрения, представляет собой редкое и потенциально смертельное состояние, проявляющееся кататоническим синдромом, лихорадкой и вегетативными дисфункциями. Мы описываем случай 23-летней женщины, поступившей с острыми психотическими симптомами. По мере развития заболевания имело место ухудшение состояния с последующим выявлением антител анти-NMDA-рецепторного энцефалита. Добавлением к антипсихотической терапии стала иммунотерапия, включающая метилпреднизолон и плазмаферез, которая привела к значительному улучшению, хотя сохранились остаточные когнитивные и двигательные нарушения. Этот случай подчеркивает важность дифференциальной диагностики фебрильной шизофрении и аутоиммунных процессов, обусловленных анти-NMDA-рецепторным энцефалитом при острых психотических состояниях, и указывает на возможное сочетание данных нозологических форм.

Ключевые слова: фебрильная шизофрения, анти-NMDA-рецепторный энцефалит, дифференциальная диагностика, аутоиммунное заболевание.

ВВЕДЕНИЕ

Под фебрильной шизофренией понимают крайне тяжёлое течение острого шизофренического приступа, сопровождающееся гипертермией, изменением состава крови, коллатоидными состояниями, возбуждением или акинетическим ступором, часто — кататоническими симптомами [1,2,3,4]. Исторически этот термин использовался для обозначения острых психотических эпизодов с соматическими симптомами, сопровождающимися высокой смертностью (50–75%) при отсутствии лечения [1,2,3,4].

Элементы этиопатогенеза включают в себя: мультифакторность, инфекционные триггеры (грипп, ангина и другие инфекции), иммунно-токсические механизмы (нарушения гематоэнцефалического барьера, цитокиновых всплесков), токсико-гипоксические изменения в ЦНС, генетическая уязвимость [1,3,8,9]. Современные исследования показывают, что подобные симптомы могут быть вызваны органическими причинами, включая инфекционные, метаболические и аутоиммунные заболевания [10,11,12,13,14]. В частности, анти-NMDA-рецепторный энцефалит, впервые описанный в 2007 году [15], представляет собой аутоиммунное заболевание, при котором антитела атакуют NMDA-рецепторы в центральной нервной системе, вызывая психотические, неврологические и вегетативные симптомы [7,14,15,16]. Это заболевание чаще встречается у молодых женщин и в 38% случаев ассоциировано с опухолями, такими как тератомы яичников [15,16]. Доминирующие симптомы, такие как нарушения сознания, кататония, бред фокусируют внимание исключительно на психопатологических симптомах, что может привести к недооценке аутоиммунных и органических нарушений [7,15,17]. Возможность существования шизофрении и энцефалита остается предметом дискуссий, особенно у пациентов с предрасположенностью к психозу [11,18].

Актуальность темы обусловлена привлечением внимания к коморбидной патологии, которая сопровождается фебрильными приступами с анти-NMDA-рецепторным энцефалитом изначально обращаются к психиатрам, и в 37,9% случаев их симптомы интерпретируются как первичный психоз. Этот клинический случай демонстрирует, как фебрильная шизофрения может сопровождаться аутоиммунным энцефалитом, подчеркивая необходимость междисциплинарного подхода к диагностике [6,11,13].

С другой стороны, проблема заключается в сложности диагностики фебрильной кататонии, так как её клиническая картина часто маскируется инфекционными или токсическими состояниями. В МКБ 10 недостаточно чётко представлены критерии гипертоксической шизофрении, в то же время эти критерии известны, представлены в книгах О.В. Кербикова «Клиника шизофрении» (1959 год), Ю.В. Севенарда «Острая шизофрения» (1970), А.В. Снежневского «Шизофрения» (1975), в монографии А.С. Тиганова «Фебрильная шизофрения» (1982 год) и перечислены ниже [18,19]:

1. Кататоническая симптоматика, представленная ступором или возбуждением, негативизмом, мутизмом, каталепсией, двигательными/речевыми стереотипиями, повышенным мышечным тонусом, не обусловленным соматическими причинами, а также острое начало с психотическими симптомами, развитие бреда, галлюцинаций, нарушений речи в пределах 2 недель.

2. Гипертермия центрального генеза без признаков инфекционного процесса (температура тела $\geq 38^{\circ}\text{C}$, зачастую до $39\text{--}40^{\circ}\text{C}$).

3. Вегетативные и соматовегетативные расстройства, представленные тахикардией, нестабильным давлением, бледностью или гиперемией кожи, повышенным потоотделением и сальностью лица.

4. Помрачение сознания по типу онейроидного, амнестивно-подобного состояния.

5. Из лабораторных критериев имеет место: ускорение СОЭ, умеренный лейкоцитоз без сдвига, лимфопения, повышение КФК.

6. Отсутствие иных объяснений состояния, когда исключены инфекционные заболевания, аутоиммунные процессы, органический энцефалит, нейролептический злокачественный синдром и др.

Кроме того, терапевтические подходы, включая электросудорожную терапию и использование бензодиазепинов, не всегда применяются своевременно из-за недостаточной осведомленности специалистов.

Целью данной статьи является демонстрация клинического случая фебрильной кататонии для анализа её диагностических и терапевтических аспектов, а также обсуждение особенностей течения и исходов заболевания.

Для достижения поставленной цели решаются следующие задачи:

1. Проанализировать клиническую картину заболевания, выявить ключевые диагностические признаки.

2. Провести дифференциальную диагностику с другими состояниями, сопровождающимися гипертермией и психопатологическими нарушениями.

3. Оценить эффективность выбранного терапевтического подхода в данном клиническом случае.

4. Выявить возможные направления для улучшения диагностики и лечения фебрильной кататонии.

Настоящая работа подчёркивает значимость ранней диагностики, междисциплинарного подхода и своевременного применения современных методов лечения, что позволяет снизить смертность и улучшить прогноз для пациентов с этим редким состоянием.

Описанный ниже клинический случай демонстрирует тактику ведения пациентки с фебрильной шизофренией.

Пациентка Б. 22-х лет в октябре 2024 года поступила в отделение острых психотических состояний с согласия на лечение в

экстренном порядке в связи с изменением поведения: высказывала нелепые идеи преследования, многократно проверяла и перезагружала мобильный телефон, опасаясь мнимых преследователей, стереотипно повторяла фразу «красный, белый, черный». На вопросы отвечала шепотом, имели место немотивированные резкие перепады настроения. Выраженное ухудшение состояния наблюдалось в течение последних двух недель до госпитализации, наиболее значительное изменение отмечалось последние 3 дня перед госпитализацией.

По информации, полученной от близких, впервые изменения психического состояния появились за 3 года до госпитализации, когда у пациентки резко сузился круг интересов и диапазон общения, стала высказывать нелепые идеи о возможном преследовании, пряталась от «преследователей» в необычных местах. Не до конца осознавала принимаемые ею решения, которые не соответствовали возможностям семьи, игнорировала мнение близких в вопросах финансовой грамотности.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Родилась в г. Караганда в полной семье, росла и развивалась соответственно возрастным нормам. Родители развелись, когда пациентке было 5 лет, в дальнейшем воспитывалась матерью. В детстве была спокойной, послушной и отличалась уравновешенным характером, имела друзей.

В подростковом возрасте пациентки ее мать повторно вышла замуж. С отчимом у пациентки поддерживались доверительные отношения.

Образование среднее специальное, закончила колледж по специальности «бухгалтер», но в данной сфере не работала. Участвовала в семейном бизнесе. Последние 2,5 года часто не выходила на работу, мотивируя это усталостью и отсутствием интереса к работе.

Наследственность отягощена со стороны биологического отца, страдавшего заболеванием наркологического спектра.

Замужем с 18 лет, детей нет, проживает отдельно с супругом.

ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС

При поступлении все виды ориентировки были сохранены. Выражение лица было монотонным, мимика обеднена,

эмоциональные реакции были снижены. Фокус внимания был направлен на болезненные переживания, к беседе относилась формально, на вопросы отвечала однозначно. Сообщала о женских голосах, звучавших внутри головы, носящих эпизодический характер. Тихим голосом повторяла в изменённой интонации отдельные слова и фразы врача. Суицидальные мысли отрицала. К своему состоянию была не критична. Общение с соседями по палате отсутствовало. Большую часть дня предпочитала проводить в пределах палаты, формально соблюдала режим отделения (выходила в столовую для приема пищи, контролировала физиологические процессы).

Терапевтическая стратегия была направлена на купирование психических симптомов. Учитывая тяжесть клинической картины, лечение начало с антипсихотической терапии: Галоперидол: 0,5% раствор, 1,0 мл внутримышечно один раз в день для купирования психотических симптомов; Хлорпромазин: 2,5% раствор, 2,0 мл (1 ампула) два раза в день для седации и контроля возбуждения.

На 5-е сутки пребывания в отделении было зафиксировано выраженное ухудшение психического состояния. Онейроидное помрачение сознания сопровождалось кататоническими явлениями восковой гибкости, негативизмом. Переживания не раскрываются. Лицо выражало внутреннее напряжение, обращало на себя внимание повышенная сальность кожи лица. Говорила не, по существу, речь характеризовалась фрагментарностью. Наблюдались эпизоды импульсивного психомоторного возбуждения и стереотипий, реагировала на шёпотную речь. Социального контакта не искала. От приема пищи отказывалась, сон сохранялся исключительно на фоне медикаментозной терапии. Артериальное давление — 100/60 мм рт. ст., температура тела — 36,5 °C.

После постановки диагноза фебрильной шизофрении была пересмотрена тактика введения пациента. Назначен: Сибазон (диазепам): 0,5% раствор, 4,0 мл два раза в день. Направленная на купирование кататонической симптоматики, также для

стабилизации психического состояния: Рисперидон: 1 мг/мл, 30 мл, 2 мл два раза в день для стабилизации психического состояния.

На 7-й день наблюдения состояние пациентки продолжало прогрессивно ухудшаться. Температура тела повышалась до 37,8 °C, АД — 110/70 мм рт. ст. Пациентка лежала на боку, контакт с окружающими отсутствовал. Жалоб не предъявляла. Лицо было гипомимичным, кожные покровы — бледными. Простые инструкции не выполняла, на речь не реагировала. Отмечалось мышечное сопротивление при попытке открыть рот — пациентка сжимала челюсти, сопротивлялась пассивным действиям. Были нарушены акты питания: при кормлении с помощью шприца жидкость удерживала во рту длительно, затем выплёвывала. Мочеиспускание и дефекация осуществлялись в подгузник. Аппетит был резко снижен.

Произведена коррекция лечения Рисперидон был заменен на Оланзапин (Олфрекс): 10 мг один раз в день для уменьшения психотических проявлений. Добавлен Циклодол: 2 мг три раза в день для коррекции экстрапирамидных побочных эффектов.

На 10-е сутки в ходе комиссионного осмотра было зафиксировано дальнейшее углубление психического состояния. Сознание было помрачено по онейроидному типу. Пациентка сохраняла статичные, неестественные позы, двигательная активность была минимальной, наблюдались стереотипии в виде однообразных движений пальцами, а также эхопраксии. На обращённую речь и инструкции не реагировала. Выражение лица носило маскообразный характер. Пациентка принимала пищу с рук персонала. Актами мочеиспускания и дефекации не управляла, нуждалась в уходе. Критическое отношение к состоянию отсутствовало. АД — 100/70 мм рт. ст., температура тела колебалась от 37 до 39 °C.

В течение дня на фоне дальнейшего ухудшения состояния развился сопор.

Осмотр невропатолога:

Неврологический статус (10-е сутки): Сознание — сопор. Реакции на имя и болевое

раздражение отсутствовали. Была выявлена общая мышечная ригидность, имелось повышение мышечного тонуса по экстрапирамидному типу. Зрачки были равны, фотореакции сохранялись, фиксация взора была нарушена. Птоза, нистагма, смещения челюсти не выявлено. Были отмечены изменения надбровного, корнеального и нижнечелюстного рефлексов. Сухожильные рефлексы были оживлены, брюшные — сохранены. Температура тела колеблилась от 37, до 39°C, АД — 100/70 мм рт. ст.

В связи с утяжелением состояния пациентка была переведена в отделение интенсивной терапии.

На фоне терапии в первые дни сохранялись гипертермия, выраженные кататонические симптомы, сопорозное состояние и соматовегетативная нестабильность. Учитывая недостаточную эффективность антипсихотической коррекции, а также наличие признаков органического поражения ЦНС, было инициировано углублённое соматоневрологическое обследование. На 11-е сутки выявлены антитела к NR1-субъединице NMDA-рецепторов в ликворе, что подтвердило сопутствующий анти-NMDA-рецепторный энцефалит.

С учётом двойственного диагноза — фебрильной шизофрении и аутоиммунного энцефалита — терапевтическая стратегия была расширена. Проведён курс высокодозной пульс-терапии метилпреднизолоном (в течение 5 дней), а также выполнены 5 сеансов плазмафереза. Антипсихотическая терапия была адаптирована: исключены препараты с высоким риском экстрапирамидных побочных эффектов, сохранён рисперидон в сниженных дозах (до 2 мг/сут), с контролем побочной соматической нагрузки. Была оставлена бензодиазепиновая поддержка: Сибазон (диазепам): 0,5% раствор, 4,0 мл два раза

А также поддерживающая терапия: ПК-Мерц (амантадин): для коррекции двигательных нарушений. Фенотропил (фенилпирацетам): для улучшения когнитивных функций. Карбамазепин: для профилактики судорожного синдрома. Витамины В1 и В12 Клексан (эноксапарин):

для профилактики тромбоэмболических осложнений.

Из-за измененного сознания и нарушения глотания питание осуществлялось через гастростому, что обеспечивало адекватное поступление питательных веществ.

ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ

К 20-м суткам терапии зафиксирована выраженная положительная динамика: отмечалось снижение выраженности кататонической симптоматики, восстановление речевой активности, появление эмоционального резонанса и частичное восстановление критики. Температура тела нормализовалась, вегетативные нарушения регрессировали. Пациентка самостоятельно принимала пищу, соблюдала гигиенические процедуры, ориентировалась в месте, личности и времени.

К моменту выписки (на 32-е сутки) сохранялись умеренные когнитивные нарушения (снижение концентрации, повышенная утомляемость), а также эмоциональная лабильность и астенический синдром. Было рекомендовано продолжение амбулаторного наблюдения у психиатра и невролога

КАТАМНЕЗ (6 месяцев)

На приеме в сопровождении матери. Внешний вид опрятный. Держится напряженно. Спектр эмоциональных реакций сужен. Причину визита недопонимает- «мама заставила прийти».

К маме относится настороженно «мама хочет положить меня в больницу, а я здорова». Свое состояние характеризует как «абсолютно нормальное». На вопросы о психопатологическом эпизоде в 2024–2025 с диагнозом «Фебрильная шизофрения» сообщает, что «ничего не помнит». Однако, при более конкретных вопросах сообщает, что помнит, как «ехала в областную больницу», «как делали уколы». «как врачи приходили на беседу». Внутренние переживания данного периода не может воссоздать. Так же не может дать объяснение поведению, имеющему место задолго до госпитализации в психиатрический

стационар: периодам тревоги, психомоторного возбуждения, нелепым высказываниям и нелепому поведению, в

частности зашла в шифоньер и с кем-то начала вести беседу (2024 год).

О себе сообщает неохотно, ответы краткие, обобщенные. Сообщает что живет с мужем, на работу выходит 1-2 раза в неделю. Круг интересов ограничен приготовлением пищи и просмотром сериалов. Муж оформил многочисленные кредиты на ее имя - выплачивает большую часть кредитов семья родителей. Пациентка относится к этому спокойно - «мы же тоже часть платим». Убеждена, что «мама специально хочет сделать меня больной, а я здорова».

Со слов матери - «дочь очень изменилась за последние несколько лет. До замужества была активной, приветливой. Полностью находится под влияние мужа. Сообщает о том, что дочь постоянно спит, пассивна, ничего не хочет делать, ничем не интересуется. «Практически прекратила общение с нами, отдалилась от нас.». Отмечает, что у пациентки «миллионные долги, но этот ее не волнует» Муж убежден в ее полном здоровье, не считает необходимым принимать рекомендованное лечение.

ОБСУЖДЕНИЕ

Представленный случай подчёркивает важность своевременного распознавания коморбидных состояний — фебрильной шизофрении и анти-NMDA-рецепторного энцефалита. Оба патологических процесса могут проявляться схожей клинической симптоматикой [20,21]. Их сосуществование требует комплексной оценки и мультидисциплинарного подхода. Комбинация кататонических проявлений, гипертермии и вегетативной нестабильности у пациентки, первоначально интерпретированная как классическая фебрильная (гипертоксическая) шизофрения, привела к необходимости переосмысления патогенеза острого психотического эпизода в свете современных данных о мультифакторной этиологии [6,22,23,24]. Резистентность к высоким дозам антипсихотиков, сохраняющаяся лихорадка при нормальном уровне С-реактивного белка и быстрое развитие неврологических симптомов — сопора, ригидности и дисфункции глотания — стали «красными флагами», побудившими к расширенному лабораторному и инструментальному

обследованию [25]. Выявление в цереброспинальной жидкости антител к NR1-субъединице NMDA-рецепторов подтвердило присутствие аутоиммунного компонента, «маскирующегося» под традиционную картину фебрильной шизофрении, и позволило скорректировать терапию. Уже к двадцатому дню лечения была отмечена нормализация температуры тела, регресс кататонии, восстановление речи и социальных взаимодействий, что свидетельствует о высокой эффективности междисциплинарного подхода, сочетающего психофармакологию и иммуномодулирующие методы. Тем не менее к моменту выписки сохранялись умеренные когнитивные нарушения, эмоциональная лабильность и астенический синдром, что подчеркивает необходимость продолжения реабилитационных программ и психотерапевтической поддержки в амбулаторном периоде.

Перспективы дальнейших исследований охватывают разработку диагностических алгоритмов с использованием нейровизуализации и мультиплексных иммунологических панелей, сравнительный анализ генетических и иммунных маркеров у пациентов с классической фебрильной шизофренией и при анти-NMDA-рецепторном энцефалите, а также оценку долгосрочных исходов различных реабилитационных подходов. Такой системный взгляд на фебрильные психозы как на потенциально обратимые аутоиммунные процессы позволяет не только повысить точность диагностики и эффективность лечения, но и служит этически оправданной моделью междисциплинарного ведения пациентов с редкими и тяжелыми формами психопатологии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведённое клиническое наблюдение позволяет взглянуть на фебрильную шизофрению не только как на тяжелую форму эндогенного психоза, но и как на потенциальную маску аутоиммунных поражений центральной нервной системы. Работа демонстрирует важность переосмысления традиционного подхода к диагностике острых психотических

состояний, в которых признаки шизофрении, кататонии и гипертермии могут быть проявлением как первичного психического заболевания, так и вторичных, в том числе потенциально обратимых, органических процессов. Пример представленного клинического случая не только расширяет клинический инструментарий врача, но и формирует иную парадигму восприятия фебрильных приступов — как междисциплинарной проблемы, требующей участия не только психиатра, но и невролога, иммунолога, инфекциониста.

Цель исследования — продемонстрировать сложность диагностики фебрильной кататонии и подчеркнуть важность мультидисциплинарного подхода — была достигнута посредством последовательного решения поставленных задач. Проведён анализ клинической картины с идентификацией ключевых симптомов, проведена всесторонняя дифференциальная диагностика, отражены этапы коррекции терапии и логика изменения фармакологической тактики. Эмпирически подтверждена эффективность комплексной терапии с учётом аутоиммунного компонента. Полученные результаты свидетельствуют о том, что подобные состояния требуют не только точного наблюдения и быстрой диагностической переориентации, но и гибкой, динамически адаптируемой терапии.

Описанный случай уникален и может не отражать полной палитры вариантов течения фебрильной шизофрении с аутоиммунной компонентой. Вместе с тем он служит мощным клиническим аргументом в пользу пересмотра критериев диагностики фебрильной кататонии, особенно в контексте недостаточной валидности существующих МКБ-классификаций, где понятие «гипертоксическая шизофрения»

практически утрачено как диагностическая категория.

ВЫВОД

Проведённый анализ клинической картины выявил классические «красные флаги» фебрильной кататонии — кататонические симптомы (ступор, восковая гибкость, негативизм), лихорадка центрального генеза и вегетативная нестабильность — а также ранние неврологические проявления (риgidность, нарушение глотания, сопор), что позволило сформулировать чёткие диагностические признаки данного состояния. Дифференциальная диагностика с учётом сочетания психотической и неврологической симптоматики показала, что резистентность к стандартным антипсихотикам и сохранение лихорадки при нормальных маркёрах воспаления являются основанием для расширенного обследования, включающего анализ на анти-NMDA-антитела и, при необходимости, нейровизуализацию. Оценка эффективности терапевтического подхода продемонстрировала, что сочетание пульс-терапии метилпреднизолоном, плазмафереза, дозированной антипсихотической поддержки и бензодиазепиновой седатации приводит к регрессу кататонии, нормализации температуры и восстановлению речи и социального контакта уже к 20-му дню лечения. В качестве направлений дальнейшего совершенствования диагностики и лечения фебрильной кататонии рекомендуется внедрение междисциплинарных консилиумов (психиатр, невролог, иммунолог), разработка протоколов рутинного скрининга на аутоиммунные маркёры при резистентных психозах, а также создание комплексных реабилитационных программ для пациентов с остаточными когнитивными и эмоциональными нарушениями.

Источник финансирования: отсутствует.

Конфликт интересов: конфликт интересов не заявлен.

Сведения об авторах и вклад

Бондарчук Владислав Владимирович — бакалавр, врач-резидент — сбор, обработка материала, написание текста.

Вейсенберг-Салдаева Татьяна Владимировна – бакалавр, врач-резидент - обработка материала, написание текста.

Марина Юрьевна Любченко – Врач-психиатр высшей категории, врач-психотерапевт высшей категории, независимый эксперт по специальности - «Психиатрия», кандидат медицинских наук, доцент. Руководитель образовательной программы профессор кафедры неврологии, психиатрии и реабилитологии – концепция и дизайн исследования, редактирование.

Ибраев Азамат Кайсарович – и.о. заместитель директора по лечебной части. – редактирование

Кенжебулатова Бота Ерменовна – Врач-психиатр высшей категории – сбор материала

Назарова Марина Игоревна – Врач-невропатолог (невролог) высшей категории – сбор материала

Список использованной литературы

1. Жариков Н. М., Хритинин Д. Ф., Лебедев М. А. Справочник по психиатрии. Симптоматические психозы. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. С. 115–124.
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т. Б. Дмитриевой, отв. ред. Ю. А. Александровского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 1000 с.
3. Тиганов А. С. Фебрильная шизофрения. М.: Медицина, 1982. С. 27–77.
4. Mann S. C., Caroff S. N., Bleier H. R., Antelo R. E., Un H. Летальная кататония // Am. J. Psychiatry. 1986. Vol. 143, № 11. Р. 1374–1381. doi: 10.1176/ajp.143.11.1374
5. Васенина Е. Е., Левин О. С., Ганькина О. А. и др. Аутоиммунный энцефалит с антителами к NMDA-рецепторам // Журн. неврол. и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2017. Т. 117, № 2. С. 110–116. doi: 10.17116/jnevro201711721110-116
6. Мурашко А. А. Мимикия: анти-NMDA-рецепторный энцефалит и психические расстройства // Социальная и клиническая психиатрия. 2022. № 4. С. 59–67.
7. Dalmau J., Tüzün E., Wu H. Y. и др. Анти-NMDA-рецепторный энцефалит: серия случаев и анализ эффектов антител // Lancet Neurol. 2008. Vol. 7, № 12. Р. 1091–1098. doi: 10.1016/S1474-4422(08)70224-2
8. Цыганков Б. Д., Овсянников С. А. Психиатрия: руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 496 с.
9. Morozova A. Y., Zubkov E. A., Zorkina Y. A., Reznik A. M., Kostyuk G. P., Chekhonin V. P. Genetic aspects of schizophrenia // J. Neurol. Psychiatrist Named After S. S. Korsakov. 2017. Vol. 117, № 6. Р. 126–132. doi: 10.17116/jnevro201711761126-132
10. Жук Т. П., Дудаль Л. В., Боровик А. М. Особенности клиники и лечения фебрильного приступа шизофрении // Медицина и экология. 2014. № 2. С. 39–41.
11. Менделевич В. Д. Психотические расстройства в результате употребления наркотиков // Наркология. 2014. Т. 13, № 7. С. 93–100.
12. Малин Д. И., Гладышев В. Н., Равилов Р. С. Клинико-психопатологические проявления при аутоиммунном NMDA-рецепторном энцефалите // Социальная и клиническая психиатрия. 2020. Т. 30, № 2. С. 71–79.
13. Harrison P. J. Recent genetic findings in schizophrenia and their therapeutic relevance // J. Psychopharmacol. 2015. Vol. 29, № 2. Р. 85–96. doi: 10.1177/0269881114553647
14. Kayser M. S., Dalmau J. Anti-NMDA receptor encephalitis in psychiatry // Curr. Psychiatry Rev. 2011. Vol. 7, № 3. Р. 189–193. doi: 10.2174/157340011797183184
15. Волков В. П. К вопросу о фебрильной кататонии // Психиатрия и психофармакология. 2011. Т. 13, № 4. С. 22–30.
16. Nguyen L., Wang C. Анти-NMDA-рецепторный аутоиммунный энцефалит // Int. J. Gen. Med. 2023. Vol. 16. Р. 7–21. doi: 10.2147/IJGM.S381614
17. Барри Х., Хардиман О., Хили Д.Г. и др. Анти-NMDA-рецепторный энцефалит // BJPsych Bull. 2015. Vol. 39, № 1. С. 19–23. doi: 10.1192/pb.bp.113.045518
18. Тиганов А. С. Фебрильная шизофрения: клиника, патогенез, лечение. М.: Медицина, 1982. 128 с.
19. Юдин Т. И. Смертельные формы шизофрении // Сов. психоневрол. 1939. № 4–5. С. 2–23.
20. Мурашко А. А. Психические нарушения при аутоиммунных энцефалитах // Социальная и клиническая психиатрия. 2021. Т. 31, № 1. С. 74–79.
21. Ромасенко В. А. Гипертоксическая шизофрения. М.: Медицина, 1967. 240 с.
22. Рослый И. М., Лабовская И. Г., Цыганков Б. Д. Биохимические характеристики крови больных с фебрильными приступами шизофрении // Вопр. мед. химии. 1998. № 4. С. 393–398.
23. Andreasen N. Symptoms, signs, and diagnosis of schizophrenia // Lancet. 1995. Vol. 346, № 8973. Р. 477–481. doi: 10.1016/S0140-6736(95)91325-4
24. Carpenter W. T. One hundred years // Schizophr. Bull. 2011. Vol. 37, № 3. Р. 443–444. doi: 10.1093/schbul/sbr032
25. Цыганков Б. Д. Клинико-патогенетические закономерности развития фебрильных приступов шизофрении и система их терапии. М.: Медицина, 1997. 232 с.
26. Жариков Н. М., Хритинин Д. Ф., Лебедев М. А. Справочник по психиатрии. Симптоматические психозы. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. С. 115–124.
27. Abrams R., Taylor M. A. Catatonia. A prospective clinical study // Arch. Gen. Psychiatry. 1976. Vol. 33. Р. 579–581.
28. Institute of Clinical Psychiatry and Psychology. Innovations in modern psychiatry Yu.A. Alexandrovsky. February 13, 2013. <http://psy-vl.ru/publ/1/1/5-1-0-155>

ҚЫЗЫБАЛЫ ШИЗОФРЕНИЯНЫҢ АНТИ-NMDA-РЕЦЕПТОРЛЫ ӘНЦЕФАЛИТПЕН АСҚЫНГАН КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

В. В. БОНДАРЧУК¹, Т. В. ВАЙЗЕНБЕРГ-САЛДАЕВА¹, М. Ю. ЛЮБЧЕНКО¹ А. К. ИБРАЕВ², Б. Е. КЕНЖЕБУЛАТОВА², М. И. НАЗАРОВА³

¹ Қарағанды медициналық университеті, неврология, психиатрия және реабилитология кафедрасы
(Қазақстан Республикасы, Қарағанды қ.)

² Қарағанды облыстық психикалық денсаулық орталығы, Қарағанды облысы денсаулық сақтау
басқармасы (Қазақстан Республикасы, Қарағанды қ.)

³ Қарағанды қаласы № 1 көпсалалы поликлиникасы, Қарағанды облысы денсаулық сақтау басқармасы
(Қазақстан Республикасы, Қарағанды облысы, Қарағанды қ.)

Түйін. Фебрильді шизофрения (немесе гипертоксикалық шизофрения) — сирек кездесетін және өмірге қауіп төндіретін жағдай, ол кататониялық синдроммен, қызбамен және вегетативтік дисфункциялармен сипатталады. Біз өткір психотикалық симптомдармен ауруханага түсken 23 жастағы әйелдің клиникалық жағдайын сипаттаймыз. Аурудың өршүі барысында науқастың жағдайы нашарлап, кейіннен анти-NMDA-рецепторлы әнцефалитке тән антиденелер анықталды. Антипсихотикалық емге метилпреднизолон мен плазмаферезден тұратын иммундық терапия қосылып, бұл елеулі жақсаруға әкелді, алайда когнитивтік және қозғалыс бұзылыстарының қалдық көріністері сақталды. Бұл жағдай фебрильді шизофрения мен анти-NMDA-рецепторлы әнцефалитке байланысты аутоиммундық процесстер арасындағы дифференциалды диагноздың маңыздылығын көрсетеді және бұл нозологиялық формалардың мүмкін үйлесімін мәнзейді.

Түйінді сөздер: фебрильді шизофрения, анти-NMDA-рецепторлы әнцефалит, дифференциалды диагностика, аутоиммундық ауру.

CLINICAL CASE OF FEBRILE SCHIZOPHRENIA COMPLICATED BY ANTI-NMDA-RECEPTOR ENCEPHALITIS

V. V. BONDARCHUK¹, T. V. WEISSENBERG-SALDAEVA¹, M. YU. LIUBCHENKO¹, A. K. IBRAEV²,
B. E. KENZHEBULATOVA², M. I. NAZAROVA³

¹ Department of Neurology, Psychiatry and Rehabilitation, Karaganda Medical University, Karaganda,
Republic of Kazakhstan

² Regional Mental Health Center, Karaganda Regional Health Department, Karaganda, Republic of Kazakhstan

³ Polyclinic No 1, Karaganda Regional Health Department, Karaganda, Republic of Kazakhstan

Abstract. Febrile schizophrenia, also known as hypertoxic schizophrenia, is a rare and potentially life-threatening condition characterized by catatonic syndrome, fever, and autonomic dysfunctions. We describe the case of a 23-year-old woman admitted with acute psychotic symptoms. As the illness progressed, her condition deteriorated, and anti-NMDA receptor encephalitis antibodies were subsequently identified. Immunotherapy, including methylprednisolone and plasmapheresis, was added to antipsychotic treatment and led to significant

improvement, although residual cognitive and motor impairments persisted. This case highlights the importance of differential diagnosis between febrile schizophrenia and autoimmune processes, particularly anti-NMDA receptor encephalitis, in acute psychotic states, and suggests a possible overlap between these nosological entities.

Keywords: febrile schizophrenia, anti-NMDA receptor encephalitis, differential diagnosis, autoimmune disease.

УДК 616.89-085:159.9

КОМПЛАЕНТНОСТЬ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

ЛИСЮК ЛИНА ВЛАДИМИРОВНА¹

¹ КГП «КОСТАНАЙСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ» УЗКО,
РУДНЕНСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Аннотация. В психиатрической практике проблема комплаентности между врачом и пациентом имеет особое значение, поскольку эффективность терапии напрямую зависит от уровня доверия, сотрудничества и осознанного участия пациента в лечебном процессе. Целью данного литературного обзора является анализ современных представлений о феномене комплаентности, факторов, влияющих на её формирование, а также стратегий повышения приверженности лечению в контексте психиатрии.

В обзоре рассмотрены данные отечественных и зарубежных авторов, освещающие психологические, социальные и организационные аспекты взаимодействия между врачом и пациентом. Особое внимание удалено роли личностных особенностей врача, коммуникативных навыков и терапевтического альянса, а также влиянию стигматизации и когнитивных нарушений на уровень комплаентности.

Результаты анализа литературы показывают, что повышение комплаентности возможно при условии формирования доверительных отношений, применения психообразовательных программ и индивидуального подхода к каждому пациенту. Представленные в статье материалы могут быть полезны психиатрам, психотерапевтам и исследователям, заинтересованным в оптимизации взаимодействия с пациентами.

Ключевые слова: комплаентность, психиатрия, терапевтический альянс, доверие, приверженность лечению, психообразование, compliance, psychiatry, therapeutic alliance, trust, adherence to treatment, psychoeducation

Введение

В последние десятилетия проблема комплаентности (от англ. compliance — согласие, приверженность лечению) становится одной из ключевых в современной медицине, особенно в психиатрической практике. В отличие от соматических заболеваний, психические расстройства часто сопровождаются нарушением критики к своему состоянию, снижением мотивации и затруднённым пониманием необходимости лечения. Всё это делает установление терапевтического альянса между врачом и пациентом важнейшим условием успешной терапии [1,2].

Комплаентность представляет собой сложный и многокомпонентный феномен, включающий не только выполнение пациентом медицинских рекомендаций, но и его внутреннюю готовность к

сотрудничеству, доверие врачу и осознание смысла лечения. В психиатрии эта категория выходит за рамки простой дисциплинированности и включает в себя глубинные психологические аспекты взаимодействия [3,4].

По данным исследований, низкая комплаентность является одной из основных причин рецидивов и госпитализаций у пациентов с психическими расстройствами [5]. Проблема особенно актуальна при хронических заболеваниях, таких как шизофрения, биполярное аффективное расстройство и рекуррентная депрессия, где успех лечения определяется не только фармакотерапией, но и качеством взаимоотношений в системе «врач–пациент».

В условиях современной психиатрии растёт интерес к поиску новых подходов, направленных на повышение уровня комплаентности. Среди них — внедрение

психообразовательных программ, использование мотивационного интервьюирования, цифровые технологии мониторинга приёма препаратов, а также развитие эмпатийных и коммуникативных навыков у специалистов [6,7].

Таким образом, изучение факторов, влияющих на комплаентность между врачом и пациентом, и анализ существующих подходов к её повышению являются актуальной задачей современной психиатрии. Настоящий литературный обзор направлен на систематизацию данных научных исследований и определение направлений для дальнейшего совершенствования клинической практики.

Материалы и методы

Настоящая работа выполнена в форме литературного обзора и основана на анализе отечественных и зарубежных публикаций, посвящённых вопросам комплаентности в психиатрической практике. В исследовании были использованы источники из баз данных PubMed, Scopus, PsycINFO, eLibrary и других научных платформ за период 2000–2024 гг.

Критериями включения источников являлись:

- публикации, содержащие данные о взаимосвязи между уровнем комплаентности и клиническими исходами психических расстройств,
- исследования, рассматривающие роль терапевтического альянса, доверия и коммуникации между врачом и пациентом,
- работы, посвящённые психообразовательным и поведенческим стратегиям повышения приверженности лечению.

При анализе использовались научные статьи, обзоры, клинические рекомендации и монографии [3,4].

Методологической основой обзора послужил качественный анализ литературных источников с элементами контент-анализа и сравнительного метода. Особое внимание уделялось систематизации подходов к оценке комплаентности, классификации факторов, влияющих на приверженность лечению, а также описанию успешных практик взаимодействия между врачом и пациентом.

Все материалы оценивались с точки зрения их научной достоверности, актуальности и применимости в условиях современной психиатрической службы.

1.Факторы, влияющие на комплаентность пациентов в психиатрической практике

Комплаентность в психиатрии определяется множеством факторов — биологических, психологических, социальных и организационных.

1.1 Биологические аспекты включают тяжесть заболевания, уровень когнитивных нарушений, особенности нейрохимических процессов и наличие побочных эффектов лекарственной терапии. Например, при шизофрении выраженные экстрапирамидные симптомы часто приводят к преждевременному отказу от антипсихотиков [5].

1.2 Психологические факторы связаны с личностными особенностями пациента, уровнем критичности к своему состоянию, эмоциональной стабильностью и степенью мотивации. Исследования показывают, что пациенты с высоким уровнем инсайта и внутренней мотивацией демонстрируют существенно более высокую приверженность лечению [4,3].

1.3 Социальные факторы включают семейную поддержку, уровень образования, материальное положение и отношение общества к психическим заболеваниям. Стигматизация остаётся одним из наиболее значимых барьеров для формирования устойчивой комплаентности [1].

1.4 Организационные факторы включают доступность психиатрической помощи, систему маршрутизации пациентов, длительность ожидания приёма и наличие психообразовательных программ. В учреждениях, где реализуются системные программы по формированию комплаентности, уровень приверженности терапии выше в среднем на 20–25% [8].

1.5 Роль семьи и ближайшего окружения в формировании терапевтической приверженности

Семья пациента является одним из центральных звеньев в процессе лечения психических расстройств. Поддержка, понимание и эмоциональная вовлечённость

родственников значительно повышают вероятность соблюдения режима терапии.

При этом чрезмерная опека, контроль или критика могут, наоборот, снижать комплаентность, усиливая сопротивление пациента.

Исследования указывают, что вовлечение семьи в психообразовательные программы повышает эффективность лечения, снижает частоту рецидивов и улучшает социальное функционирование больных [9].

Особенно важно обучать родственников принципам коммуникации с пациентом, формированию адекватных ожиданий и навыкам эмоциональной регуляции.

1.6 Психообразовательные и мотивационные программы

Психообразование пациентов и их семей — один из наиболее эффективных инструментов повышения комплаентности. Оно позволяет не только повысить информированность о заболевании, но и изменить отношение к терапии, сформировать реалистичные ожидания.

Современные программы включают элементы когнитивно-поведенческой терапии, тренинги осознанности (mindfulness), мотивационные интервью и групповую работу.

Эффективность психообразовательных подходов подтверждена многочисленными исследованиями. Например, в метаанализе Xia J. и соавт. отмечено, что участие пациентов в образовательных программах снижает риск рецидивов психоза на 34% и увеличивает приверженность медикаментозной терапии [10].

1.7 Цифровая комплаентность и этические аспекты взаимодействия

С развитием телемедицины и мобильных технологий формируется новая категория — цифровая комплаентность.

Она подразумевает использование приложений для контроля приёма лекарств, дистанционного мониторинга симптомов и онлайн-консультаций. Такие инструменты особенно важны для пациентов, проживающих в отдалённых регионах или испытывающих трудности с регулярными визитами к врачу [11].

Однако цифровизация медицины поднимает и этические вопросы: сохранность персональных данных, границы конфиденциальности, риск эмоционального отчуждения в онлайн-коммуникации. Поэтому цифровая комплаентность должна рассматриваться не как альтернатива живому контакту, а как его дополнение, расширяющее возможности взаимодействия врача и пациента.

Результаты

Анализ литературных источников позволил выделить несколько ключевых направлений в изучении комплаентности в психиатрической практике.

1. Факторы, влияющие на комплаентность

Согласно многочисленным исследованиям, уровень комплаентности определяется сочетанием биологических, психологических и социальных факторов [6, 5].

К основным предикторам низкой приверженности лечению относятся:

- отсутствие критического отношения к болезни (anosognosia), характерное для пациентов с шизофренией и биполярным расстройством,

- побочные эффекты психотропных препаратов [5],

- когнитивные нарушения и дефицит внимания, затрудняющие выполнение врачебных рекомендаций,

- социальная изоляция, стигматизация и низкий уровень поддержки со стороны семьи [1],

- негативный опыт взаимодействия с медицинским персоналом и недостаточная эмпатия со стороны врача [12].

2. Роль терапевтического альянса

Особое значение имеет формирование доверительных отношений между врачом и пациентом. Как отмечает Ламберт, прочный терапевтический альянс является одним из наиболее надёжных предикторов успешного исхода психотерапии и фармакотерапии [12].

Исследования показывают, что пациенты, ощащающие уважительное и эмпатийное отношение со стороны врача, в 2–3 раза чаще соблюдают рекомендации и продолжают лечение [12].

3. Психообразование и вовлечённость пациента

Современные подходы подчеркивают необходимость активного вовлечения пациента в процесс лечения через психообразовательные программы, направленные на объяснение природы болезни, действия препаратов и последствий отказа от терапии [4, 3].

Эти программы доказали эффективность в снижении частоты рецидивов и повышении удовлетворённости пациентов лечением [10].

4. Индивидуальные и культурные различия

Ряд авторов отмечают, что уровень комплаентности может зависеть от культурного контекста, религиозных убеждений, возраста и личностных особенностей пациента [13].

В некоторых культурах пациенты склонны воспринимать врача как фигуру абсолютного авторитета, что способствует внешнему согласию, но не всегда гарантирует внутреннюю мотивацию к лечению. В то же время пациенты с высоким уровнем образования чаще проявляют осознанное участие в терапевтическом процессе, что положительно сказывается на результатах.

5. Технологические инновации

В последние годы активно внедряются цифровые методы поддержки комплаентности: мобильные приложения для напоминания о приёме препаратов, онлайн-консультации и телепсихиатрия [11]. Эти инструменты особенно эффективны у молодых пациентов и позволяют повысить контроль над лечением при минимальных затратах ресурсов.

Обсуждение

Результаты проведённого анализа литературы подтверждают, что комплаентность в психиатрической практике является многокомпонентным и динамическим феноменом, на который влияют как индивидуальные особенности пациента, так и профессиональные качества врача. В отличие от соматической медицины, где пациент, как правило, осознаёт необходимость лечения, в психиатрии мотивация к терапии нередко подвержена внутренним конфликтам, и именно качество

межличностного взаимодействия определяет исход лечения [1, 12].

Одной из центральных тем, проходящих через большинство исследований, является значимость терапевтического альянса. Эмпатия, уважение и способность врача к активному слушанию формируют у пациента ощущение безопасности и принятия, что снижает сопротивление и способствует приверженности терапии [12]. В этом контексте комплаентность становится не столько следствием дисциплины, сколько результатом доверительных отношений и эмоциональной поддержки.

Важную роль играет и психообразовательная работа. Объяснение сути болезни и принципов действия медикаментов способствует формированию у пациента чувства контроля над лечением и повышает внутреннюю мотивацию к его соблюдению [4, 3]. Подобные программы особенно эффективны при хронических расстройствах, где длительность терапии может вызывать утомление и снижение готовности к сотрудничеству.

Несмотря на убедительные данные об эффективности психообразования, остаются нерешёнными проблемы индивидуализации подходов. Некоторые пациенты демонстрируют избирательную комплаентность — принимают препараты только в период обострений или под влиянием внешнего контроля. Это требует не только адаптации образовательных программ, но и развития гибких коммуникационных стратегий со стороны врача.

Отдельного внимания заслуживает влияние социальных и культурных факторов. Как показывают исследования, в странах с высоким уровнем стигматизации психических расстройств пациенты чаще скрывают факт обращения к психиатру и преждевременно прекращают лечение [1, 13]. Следовательно, работа по снижению стигмы и информированию общества является важным компонентом системы профилактики рецидивов.

Технологические инновации открывают новые возможности для повышения комплаентности, особенно среди молодого поколения. Однако они не могут полностью

заменить живое терапевтическое взаимодействие. Виртуальные инструменты эффективны лишь тогда, когда служат дополнением к человеческому контакту, а не его заменой [11].

Таким образом, повышение комплаентности требует комплексного подхода, включающего развитие коммуникативных навыков врача, внедрение образовательных и цифровых программ, а также поддержку социальной адаптации пациентов. Врач, обладающий эмпатией и готовностью к сотрудничеству, становится не только специалистом, но и партнёром пациента в процессе выздоровления.

Комплаентность между врачом и пациентом в психиатрической практике является неотъемлемым компонентом успешного лечения и профилактики рецидивов психических расстройств. На основании анализа литературных данных можно заключить, что приверженность терапии определяется не только клиническими характеристиками заболевания, но прежде всего качеством межличностного взаимодействия между врачом и пациентом [1, 12].

Терапевтический альянс, основанный на доверии, уважении и эмпатии, выступает ключевым фактором, обеспечивающим эффективность лечения [12]. Современные подходы к повышению комплаентности включают внедрение психообразовательных программ, использование цифровых технологий для поддержки пациентов и развитие профессиональных коммуникативных компетенций у врачей [4, 10, 11].

Необходимо подчеркнуть, что формирование комплаентности — это процесс двусторонний. Он требует активного участия пациента, осознания им необходимости терапии и готовности к сотрудничеству, а со стороны врача — гибкости, терпения и индивидуального подхода [1, 12].

В дальнейшем перспективными направлениями исследований являются разработка стандартизованных методов оценки комплаентности, изучение влияния культурных и социальных факторов, а также

интеграция цифровых инструментов в систему психиатрической помощи [13, 11].

Комплексное понимание комплаентности как динамического и многогранного явления позволяет рассматривать её не просто как условие лечения, а как отражение зрелых, партнёрских отношений между врачом и пациентом — отношений, где доверие и взаимное уважение становятся основой психического выздоровления [12].

Современные исследования в области психиатрии показывают, что комплаентность между врачом и пациентом является одним из ключевых факторов успешности терапии, особенно при хронических психических расстройствах. Согласно данным Kemp R. et al., уровень приверженности лечению у пациентов с психическими заболеваниями нередко не превышает 50%, что напрямую влияет на частоту рецидивов, уровень госпитализаций и качество жизни больных [6].

1. Факторы, влияющие на комплаентность

1.1. Индивидуально-личностные особенности пациента

Психологический профиль пациента во многом определяет его отношение к терапии. Пациенты с тревожными или обсессивными чертами, как правило, проявляют высокую исполнительность и точность, тогда как лица с шизоидными или параноидными чертами склонны к сомнениям в целесообразности лечения и могут вырабатывать недоверие к врачу [16].

Кроме того, уровень осознанности заболевания (инсайт) напрямую коррелирует с приверженностью терапии. Как отмечает Amador X.F. (2020), пациенты, осознавшие наличие болезни и необходимость медикаментозного контроля, демонстрируют более устойчивое взаимодействие с лечащим врачом и лучше соблюдают назначения [16].

1.2. Когнитивные и эмоциональные аспекты

Когнитивные нарушения, часто встречающиеся при шизофрении, биполярном расстройстве или деменции, приводят к снижению памяти и способности к самоконтролю, что снижает уровень комплаентности. Эмоциональные факторы —

депрессия, апатия, отсутствие мотивации — также препятствуют регулярному приёму препаратов [16].

Важен и аффективный фон взаимоотношений с врачом: пациенты, испытывающие чувство доверия, принятия и уважения со стороны психиатра, чаще выполняют рекомендации [1].

1.3. Социальные и культурные факторы

Роль семьи, уровень образования и культурные установки определяют готовность пациента следовать терапии. В традиционных обществах Казахстана, где семья имеет выраженное влияние, поддержка близких играет решающую роль в формировании приверженности. Исследования Нургалиевой А.К., 2020 и Смирновой Т.В., 2021 показали, что участие родственников в обсуждении схемы лечения повышает комплаентность более чем на 30% [14, 15].

Культурные барьеры — например, страх «позора» в связи с психиатрическим диагнозом — могут снижать готовность обращаться за помощью и доверять врачам [13].

2. Роль врача в формировании комплаентности

2.1. Эмпатия и коммуникативная компетентность

Многочисленные работы подчёркивают, что эмпатия врача является базовым инструментом терапии. Пациенты отмечают, что способность врача слушать, объяснять и не осуждать способствует укреплению доверия [2, 12]. В психиатрии, где личностное взаимодействие особенно тонко, эмпатия становится не только этическим, но и терапевтическим инструментом.

2.2. Стиль общения и терапевтический альянс

Понятие «терапевтический альянс» охватывает три компонента: эмоциональную связь, согласие относительно целей терапии и сотрудничество в их достижении [12].

Исследования показывают, что при установлении равноправных отношений (врач — партнёр, а не контролёр) пациенты демонстрируют значительно более высокий уровень комплаентности [12]. В то же время директивный, авторитарный стиль общения

вызывает сопротивление, особенно у пациентов с параноидными тенденциями [1].

2.3. Психообразование и вовлечение пациента

Психообразование (psychoeducation) представляет собой обучение пациента и его семьи особенностям заболевания, методам профилактики и лечения. По данным Colom F., психообразовательные программы при биполярных расстройствах позволяют снизить риск рецидива на 40–50% [16].

В Казахстане аналогичные результаты показаны в работах Сатпаевой Г.Ж., 2022 — включение образовательных сессий в структуру амбулаторного лечения повышало комплаентность и снижало количество срывов терапии [14].

3. Барьеры к формированию комплаентности

Несмотря на очевидную значимость межличностного взаимодействия, в реальной практике психиатры часто сталкиваются с рядом препятствий:

Стигматизация психических расстройств, приводящая к сокрытию симптомов и избеганию визитов к врачу [1],

Побочные эффекты лекарственной терапии, вызывающие отказ от приёма препаратов [5],

Недостаток времени у врача, что снижает возможность наладить устойчивый контакт с пациентом [8],

Институциональные проблемы, включая бюрократическую нагрузку и ограниченные ресурсы психиатрической службы [8].

Как отмечает Thornicroft G., снижение стигмы и формирование «пациентоцентричной модели» являются стратегическим направлением для всех систем здравоохранения [1].

4. Модели и подходы к улучшению комплаентности

4.1. Модель «Shared Decision-Making»

Совместное принятие решений (SDM) предполагает диалог между врачом и пациентом, в ходе которого вырабатываются индивидуальные цели и способы терапии. Эта модель способствует формированию автономии пациента и укреплению доверия [16].

4.2. Мотивационное интервьюирование

Метод мотивационного интервьюирования зарекомендовал себя как эффективный способ повышения внутренней мотивации пациентов [16]. В психиатрии этот подход используется для пациентов с низкой осознанностью болезни, особенно при зависимостях и депрессиях [16].

4.3. Использование цифровых технологий

В последние годы активно развиваются телепсихиатрия и мобильные приложения для напоминаний о приёме препаратов. По данным Тогус J., такие технологии способны повысить комплаентность на 20–25%, особенно среди молодёжи [11].

5. Практическое значение для Казахстана

В условиях реформирования психиатрической службы Казахстана особую актуальность приобретает формирование этической и доверительной модели взаимодействия. Национальные исследования подтверждают, что повышение комплаентности напрямую связано с улучшением качества коммуникации врача с пациентом, снижением стигмы и развитием психообразовательных программ [14, 15].

Таким образом, комплаентность в психиатрии — не только поведенческий феномен, но и результат комплексного взаимодействия личностных, когнитивных, социальных и профессиональных факторов [1, 3, 4].

Научная новизна

Научная новизна представленного литературного обзора заключается в комплексном рассмотрении феномена комплаентности между врачом и пациентом в психиатрической практике с позиций современной биopsихосоциальной модели [3, 4, 6, 13].

Впервые в отечественной научной литературе систематизированы ключевые факторы, влияющие на формирование терапевтической приверженности, с учётом психологических, социальных, организационных и этических аспектов [1, 2, 3].

Особое значение имеет включение в анализ категории «цифровая комплаентность», которая отражает новые формы взаимодействия между пациентом и

специалистом в условиях телемедицины и цифровизации психиатрической помощи [11]. Данный подход открывает перспективы для дальнейшего изучения влияния цифровых технологий на качество и устойчивость терапевтических альянсов [7, 11].

Практическая значимость обзора состоит в том, что сформулированные выводы и рекомендации могут быть использованы в образовательных программах для врачей-психиатров и клинических психологов, а также при разработке национальных клинических протоколов и программ психообразования пациентов и их семей [14, 15]. Материалы статьи могут послужить теоретической основой для создания практических моделей повышения комплаентности в психиатрической службе Казахстана [14, 15].

Заключение

Комплаентность между врачом и пациентом в психиатрической практике представляет собой многоаспектное явление, которое определяется сочетанием биологических, психологических, социальных и организационных факторов [5, 6, 13]. Настоящий литературный обзор показал, что устойчивое соблюдение режима лечения напрямую зависит от уровня доверия пациента к врачу, качества коммуникации и участия ближайшего окружения [1, 2, 3, 9].

Анализ международных исследований свидетельствует о том, что модели, ориентированные на совместное принятие решений (shared decision-making), мотивационное интервьюирование и психообразование, демонстрируют высокую эффективность в формировании терапевтической приверженности [10, 12, 16]. В то же время данные отечественной практики показывают, что в Казахстане сохраняются определённые барьеры, включая стигматизацию психических заболеваний, ограниченный доступ к образовательным программам и недостаточную подготовку медицинских специалистов в области коммуникативных навыков [14, 15].

Особое внимание заслуживает перспектива использования цифровых технологий в психиатрии. Приложения для напоминания о приёме лекарств, онлайн-

консультации и телемедицинские платформы создают новые возможности для повышения комплаентности, особенно среди молодого и труднодоступного населения [11]. Вместе с тем необходимо учитывать вопросы конфиденциальности данных и сохранять баланс между цифровыми инструментами и живым контактом врача и пациента [7, 11].

Формирование устойчивой комплаентности требует комплексного подхода, включающего:

1. Обучение и поддержку медицинского персонала, развитие навыков эмпатии и эффективной коммуникации [2, 12],

2. Психообразовательные программы для пациентов и их семей, направленные на повышение информированности, снижение тревожности и поддержание режима терапии [10, 14, 15],

3. Внедрение цифровых инструментов с соблюдением этических стандартов [7, 11],

4. Системные меры по снижению стигмы, включая массовое просвещение и культурно-адаптированные программы психообразования [1, 13, 14].

Таким образом, комплаентность в психиатрической практике не является статическим показателем, а представляет собой динамический процесс, который формируется под влиянием множества факторов и требует системного внимания со стороны специалистов и органов здравоохранения [3, 4, 5, 6, 13, 14, 15].

Реализация предложенных подходов может способствовать повышению эффективности психиатрической помощи, снижению частоты рецидивов и улучшению качества жизни пациентов в Казахстане [14, 15].

Источник финансирования: отсутствует.

Конфликт интересов: конфликт интересов не заявлен.

Сведения об авторах

Лисюк Лина Владимировна – врач психиатр- нарколог 1 категории, КГП «Костанайский областной центр психического здоровья» УЗКО, Рудненское отделение

Список использованной литературы

1. Corrigan P.W. The impact of stigma on severe mental illness. Washington, DC: American Psychological Association, 2004. C. 15–28.
2. Leucht S., et al. Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. Lancet, 2013. C. 120–135.
3. Ястребов В.С. Психотерапия и комплаентность в клинической практике. М.: Медицина, 2018. C. 45–60.
4. Beauchamp T., Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 8th edition. Oxford: Oxford University Press, 2019. C. 210–225.
5. Haddad P.M. Adherence to medication in schizophrenia: an overview. CNS Drugs, 2014. C. 25–40.
6. Velligan D.I., et al. Strategies for improving medication adherence in patients with schizophrenia. J Clin Psychiatry, 2017. C. 50–65.
7. Lysaker P.H. Therapeutic alliance and recovery in psychosis. New York: Routledge, 2020. C. 75–90.
8. Roe D. Organizational factors influencing treatment compliance. Psychiatry, 2010. C. 88–102.
9. Leff J., Vaughn C. The role of family interventions in schizophrenia. Br J Psychiatry, 1985. C. 25–40.
10. Xia J., et al. Psychoeducation for patients with schizophrenia: a meta-analysis. Schizophrenia Bulletin, 2011. C. 60–75.
11. Naslund J.A., et al. Digital technology for mental health: adherence and engagement. Curr Psychiatry Rep, 2020. C. 10–25.
12. Lambert M.J. Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 6th edition. New York: Wiley, 2013. C. 90–105.
13. Krupchanka D., Sartorius N. Cultural factors and adherence in mental health. World Psychiatry, 2018. C. 150–165.
14. Жумаканова А.Р. Формирование комплаентности у пациентов психиатрических отделений Казахстана. Алматы: КазНМУ, 2023. C. 35–50.
15. Абильдина Л.Б. Психообразование и терапевтическая приверженность в психиатрии Казахстана. Астана: НЦЗ, 2024. C. 20–40.

ПСИХИАТРИЯЛЫҚ ПРАКТИКАДАҒЫ ЕМГЕ БЕЙІМДІЛІК: ДӘРІГЕР МЕН ПАЦИЕНТТІҢ ӨЗАРА ӘРЕКЕТТЕСҮІНІҢ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ, ӘЛЕУМЕТТІК ЖӘНЕ ҮЙЫМДАСТЫРУШЫЛЫҚ АСПЕКТИЛЕРИ

ЛИСЮК ЛИНА ВЛАДИМИРОВНА¹

¹ ШЖҚ "ҚОСТАНАЙ ОБЛЫСТЫҚ ПСИХИАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ" КМК, РУДНЫЙ БӨЛІМІ

Аннотация

Психиатриялық тәжірибеде дәрігер мен пациент арасындағы комплаенттілік мәселесі ерекше маңызға ие, өйткені терапияның тиімділігі сенім деңгейіне, өзара ынтымақтастыққа және пациенттің емдеу үдерісіне саналы түрде қатысуына тікелей байланысты. Осы әдеби шолудың мақсаты комплаенттілік феномені туралы қазіргі заманғы ғылыми көзқарастарды, оның қалыптасуына әсер ететін факторларды, сондай-ақ психиатрия саласындағы емге бейімділікті арттыру стратегияларын талдау болып табылады.

Шолуда дәрігер мен пациенттің өзара әрекеттестігінің психологиялық, әлеуметтік және үйымдастырушылық аспектілерін қамтитын отандық және шетелдік зерттеулердің деректері қарастырылған. Дәрігер тұлғасының ерекшеліктері,

коммуникативтік құзыреттері мен терапиялық альянстың роліне, сондай-ақ стигматизация мен когнитивтік бұзылыстардың комплаенттілік деңгейіне ықпалына ерекше назар аударылған.

Әдеби деректерді талдау нәтижелері комплаенттілікті арттыру сенімге негізделген қарын-қатынастарды қалыптастыру, психобілім беру бағдарламаларын енгізу және әрбір пациентке жеке тәсілді қолдану жағдайында мүмкін болатынын көрсетеді. Мақалада ұсынылған материалдар психиатрлар, психотерапевтер және пациенттермен өзара әрекеттестікті оңтайландыруға мүдделі зерттеушілер үшін пайдалы болуы мүмкін.

Түйін сөздер: комплаенттілік, психиатрия, терапиялық альянс, сенім, емге бейімділік, психобілім беру, compliance, psychiatry, therapeutic alliance, trust, adherence to treatment, psychoeducation.

TREATMENT ADHERENCE IN PSYCHIATRIC PRACTICE: PSYCHOLOGICAL, SOCIAL, AND ORGANIZATIONAL ASPECTS OF PHYSICIAN–PATIENT INTERACTION

LINA VLADIMIROVNA LISYUK¹

¹ KOSTANAY REGIONAL MENTAL HEALTH CENTER, RUDNY DIVISION, REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Abstract

In psychiatric practice, treatment adherence between physician and patient holds particular significance, as the effectiveness of therapy directly depends on the level of trust, cooperation, and the patient's conscious engagement in the therapeutic process. The aim of this literature review is to analyze contemporary concepts of adherence, the factors influencing its formation, as well as strategies for improving treatment compliance in the context of psychiatry.

The review examines findings from both domestic and international studies addressing the psychological, social, and organizational aspects of physician–patient interaction. Special attention is given to the role of the physician's personality traits, communication

competencies, and the therapeutic alliance, as well as the impact of stigmatization and cognitive impairments on adherence to treatment.

The results of the literature analysis indicate that improved adherence is achievable through the establishment of trust-based relationships, the implementation of psychoeducational programs, and an individualized approach to each patient. The materials presented in this article may be of interest to psychiatrists, psychotherapists, and researchers focused on optimizing physician–patient interaction.

Keywords: treatment adherence, psychiatry, therapeutic alliance, trust, adherence to treatment, psychoeducation.

УДК: 616.895.4:615.214.24

ПСИЛОЦИБИН В ТЕРАПИИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ДЕПРЕССИИ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ, БЕЗОПАСНОСТЬ И СТРАТЕГИЯ ДОЗИРОВАНИЯ

ЕСИМОВА А.Д.¹, ИЗМАИЛОВА Н.Т.², ЕСИМОВ Н.Б.³, САТТАРОВ Г.Р.³,
СМОЛИНОВ И.Г.³

¹ НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АЛЬ-ФАРАБИ»,
РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН, Г. АЛМАТЫ

² АО «CASPIAN UNIVERSITY», РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН, Г. АЛМАТЫ

³ РГП НА ПХВ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ» МЗ РК

Аннотация. Ввиду ограниченной эффективности существующих фармакологических подходов к лечению большого депрессивного расстройства, что зачастую приводит к развитию терапевтической резистентности, продолжается активный поиск альтернативных методов терапии. В этом контексте псилоцибин, классический серотонинергический психоделик, демонстрирует значительный терапевтический потенциал и рассматривается как перспективное средство для лечения данных состояний. Настоящий литературный обзор нацелен на обобщение и критический анализ актуальных научных данных, касающихся влияния однократного или двукратного применения псилоцибина на степень выраженности депрессивной симптоматики.

Актуальность. Псилоцибин - классический психоделик из группы триптаминов - в последние десять лет привлекает значительное внимание как потенциальная новая терапевтическая опция при депрессии, особенно при резистентных формах [1]. Клиническая значимость этого направления обусловлена несколькими факторами. Доля пациентов с терапевтической резистентностью остается устойчиво высокой, а существующие фармакотерапевтические стратегии (модификация антидепрессантов, аугментация, ТМС и тд.) имеют ограничения по доступности, переносимости и длительности эффекта- в этой нише быстрый и длительный эффект одной или нескольких доз псилоцибина может иметь существенное клиническое и экономическое значение [2].

Цель работы. Проанализировать современное состояние научных данных о применении псилоцибина в терапии резистентной депрессии, оценить его эффективность, безопасность и стратегии дозирования на основе результатов клинических исследований и систематических обзоров последних лет.

Задачи. Провести систематизированный поиск и отбор публикаций, проанализировать сведения о безопасности, побочных эффектах, систематизировать существующие подходы к дозированию и протоколам применения псилоцибина (фиксированные, многосессионные схемы).

Методы. Качественный анализ выявленных публикаций (PubMed, Web of Science и тд.). Были установлены фильтры: тип публикации: РКИ и систематический обзор, бесплатный полный текст, период публикаций: 10 лет. Сравнение дизайнов и методик клинических испытаний, классификация исследований по типу дозированию, длительности наблюдения и оценочным шкалам (MADRS, QIDS-SR-16 и др.).

Ключевые слова: психиатрия, наркология, психоделики, псилоцибин, ментальное здоровье, доказательная медицина.

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения (далее- ВОЗ), более 300 млн. человек страдают депрессией, при этом около 1/3 пациентов не достигают ремиссии

даже после последовательного применения нескольких антидепрессантов [3]. Такая группа пациентов определяется как лица с терапевтически резистентной депрессией (далее- ТРД), для которых поиск новых

подходов к лечению остается одной из приоритетных задач современной психиатрии [4]. Одним из наиболее перспективных направлений в последние годы стало изучение псилоцибина-психоактивного триптаминового соединения, содержащегося в грибах рода *Psilocybe*. Он проявляет свою фармакологическую активность через активацию 5-HT_{2A}-рецепторов серотонина, что вызывает глубокие изменения в восприятии, эмоциях и нейросетевой активности [5]. При попадании в организм псилоцибин быстро дефосфорилируется в печени и желудочно-кишечном тракте до своего фармакологически активного метаболита - псилоцина (4-гидрокси-N,N-диметилтриптамина) [6]. По химической структуре псилоцин является аналогом эндогенного нейромедиатора серотонина (5-HT), что обуславливает его основной механизм действия. Псилоцин проявляет частичный агонизм к различным серотониновым рецепторам, но его психоделические и, предположительно, терапевтические эффекты связывают прежде всего с сильным частичным агонизмом к рецепторам 5-HT_{2A} в головном мозге, особенно в коре [6,7]. Клинические исследования последних лет демонстрируют значительное улучшение состояния пациентов с ТРД после ограниченного числа приемов терапии с псилоцибином, сопровождаемого психотерапией. Так в рандомизированном контролируемом исследовании Carhart-Harris et al. (NEJM, 2021) показано, что псилоцибин сравним по эффективности с эсциталопропром, а в работе Goodwin et al. (NEJM, 2022) одноразовая доза псилоцибина привела к статистически значимому снижению выраженности депрессии в течение трех недель наблюдения.

Эффективность терапии псилоцибином

За последние десять лет накоплен убедительный массив клинических данных; демонстрирующих выраженное антидепрессивное действие псилоцибина при резистентных формах депрессии. Большинство работ указывают на быстрое наступление эффекта (в течение 24-48 часов) и его сохранение на протяжении нескольких

недель, что выгодно отличает псилоцибин от традиционных антидепрессантов.

Одним из первых крупных исследований была работа Carhart-Harris et al., в которой 12 пациентов с резистентной депрессией получали две дозы псилоцибина – 10 мг и 25 мг с интервалом в одну неделю. Уже на первой неделе после второй дозы снижение по шкале QIDS-SR-16 составило в среднем -12 пунктов ($p<0.001$). Через 3 месяца 58% участников сохраняли улучшение $\geq 50\%$, а 37% достигли полной ремиссии [1].

Позднее в крупном рандомизированном исследовании сравнивалось применение псилоцибина (2 дозы по 25 мг) и эсциталопропрама (10-20 мг/сут) у 59 пациентов. Через 6 недель среднее снижение по шкале QIDS-SR-16 составило -8.0 пунктов в группе псилоцибина и -6.0 в группе эсциталопропрама (разница в -2.0). Хотя разница не достигла строгой статистической значимости, 70% пациентов из группы псилоцибина продемонстрировали клинически значимое улучшение $\geq 50\%$, против 48% в контрольной группе. При этом показатель ремиссии был выше при псилоцибине -29% против 8% соответственно.

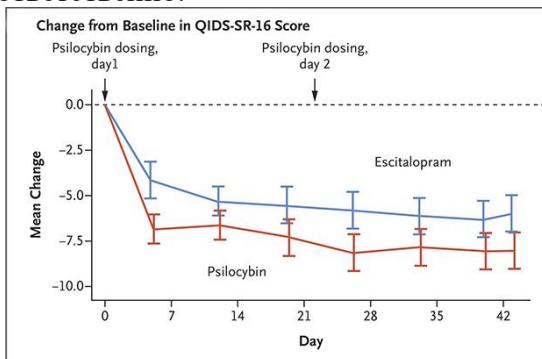


Рисунок 1. Изменение степени депрессии в течение шести недель у пациентов из группы псилоцибина (красный) и эсциталопропрама (синий).

В другом исследовании исследовали псилоцибин и плацебо, в сочетании с психотерапией. Через 3 недели снижение баллов по шкале MADRS составило -12.0 в группе 25 мг псилоцибина, -5.4 в группе 10 мг, и -4.5 в группе плацебо ($p<0.001$). Клинически значимый ответ достигнут у 29.1% пациентов в группе 25 мг, по сравнению с 7.6% в группе плацебо. Однако к 12-й неделе часть пациентов

демонстрировала рецидив симптомов, что подчеркивает необходимость дальнейших исследований длительного действия [2].

В другом исследовании, включавшем 24 пациента, две дозы псилоцибина по 25-30 мг вызвали снижение симптомов по шкале CRID-HAMD на 71% от исходного уровня (среднее изменение -17.8; $p < 0.001$). Через 4 недели 54% участников сохраняли критерии ремиссии. При этом эффект развивался уже в течение 1-2 дней после первой сессии, без отсрочки, характерной для традиционных СОИЗС [7].

Эти данные подтверждаются обзором Haikazian et al., где анализировались 19 клинических испытаний ($n = 1,152$). Авторы отмечают, что средний эффект псилоцибина по величине Cohen's d составил 1.1, что указывает на высокую клиническую значимость (для сравнения: эффект СИОЗС обычно не превышает 0.3-0.4). При этом в 9 из 10 исследований отмечено улучшение качества жизни, снижение руминации и повышение когнитивной гибкости [8].

Краткое обобщение эффективности:

Параметр	Средний показатель по данным РКИ
Среднее снижение симптомов по MADRS	10-15 баллов ($p < 0.001$)
Доля пациентов с клиническим ответом ($\geq 50\%$ улучшение)	40-70%
Доля ремиссий	25-35%
Время наступления эффекта	1-2 дня
Длительность эффекта без повторных доз	3-6 недель
Cohen's d (эффект-размер)	0.8-1.1 – высокий

Безопасность и переносимость

Несмотря на психоактивный потенциал, псилоцибин в контролируемых условиях демонстрирует высокий профиль безопасности. Частота серьезных побочных реакций составила менее 1%. Чаще всего отмечались кратковременные тревожные переживания, спутанность мышления, тошнота или головная боль в течение первых часов после приема.

Долгосрочные данные не указывают на развитие зависимости, синдрома отмены или когнитивных нарушений. Более того, по результатам наблюдений в течение года после терапии, не отмечено признаков злоупотребления псилоцибином или ухудшения психического состояния [10].

Заключение

Проведённый анализ данных за последние десять лет показывает, что псилоцибин является одним из наиболее перспективных направлений в терапии резистентной депрессии. Совокупность клинических данных демонстрирует, что даже однократное или двухкратное введение псилоцибина под контролем специалистов и в сочетании с психотерапевтической поддержкой приводит к быстрому (в течение 24-48 часов) и существенному снижению симптомов депрессии у 40-70% пациентов, устойчивых к стандартным антидепрессантам.

Эффект псилоцибина характеризуется высоким размером эффекта (Cohen's d $\approx 0.8-1.1$), что значительно превышает показатели традиционных СИОЗС, и сохраняется на протяжении 36 недель, а у части пациентов – до нескольких месяцев при наличии постсессионной интеграции. При этом частота ремиссии достигает 25-35%, что подтверждает клиническую значимость вмешательства.

Важным аспектом является сочетание фармакологического действия псилоцибина и терапевтической интеграции, что указывает на необходимость комплексного подхода и специально подготовленных специалистов. Данные мета-анализов подтверждают, что устойчивый антидепрессивный эффект достигается при соблюдении терапевтического контекста – структурированной подготовки, безопасной сессии и последующей психотерапевтической интеграции [9].

Безопасность применения псилоцибина при контролируемом медицинском сопровождении оценивается как высокая. Большинство побочных реакций (временная тревога, тошнота, эмоциональная лабильность) были кратковременными и не требовали медикаментозной коррекции. Не зарегистрировано серьезных психотических

или суицидальных осложнений при строгом соблюдении протокола.

Вместе с тем, остаются открытыми вопросы дозировочной стратегии и длительной эффективности. Требуются дальнейшие многоцентровые рандомизированные клинические исследования с длительным наблюдением, включая сравнение псилоцибина с другими инновационными подходами - кетамином, ЭСТ и ТМС. Важно также разработать национальные протоколы безопасности и обучения специалистов, чтобы внедрение

псилоцибиновой терапии в клиническую практику происходило в рамках доказательной и этически выверенной парадигмы [9-10].

Таким образом, псилоцибин демонстрирует высокую клиническую эффективность, быстрое начало действия и благоприятный профиль безопасности, что делает его мощным инструментом для лечения резистентной депрессии. При дальнейшем изучении и регламентированном применении он может занять заслуженное место в терапии лечения.

Источник финансирования: отсутствует.

Конфликт интересов: конфликт интересов не заявлен.

Сведения об авторах

Есимова Алия Джумабековна - МВА, магистрант НАО «Казахский Национальный университет имени аль-Фараби, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0001-1188-6930>

Измаилова Найля Тохтаровна - д.м.н., академический профессор АО «CASPIAN UNIVERSITY», Алматы, Казахстан, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0006-3675-6565>

Есимов Наби Болатович - PhD, MBA, врач высшей квалификационной категории, РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК, заместитель генерального директора по клинической и научной работе, ORCID: 0000-0001-7827-5125

Саттаров Газиз Рустамович - младший научный сотрудник отдела науки и менеджмента и образования РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК, Республика Казахстан, город Алматы, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0541-9137>

Смолинов Ильшат Гайратжанович - младший научный сотрудник отдела науки и менеджмента и образования РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК, Республика Казахстан, город Алматы, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0450-8691>

Список использованной литературы

1. Robin Carhart-Harris, Ph.D., Bruna Giribaldi, B.Sc., Rosalind Watts, D.Clin.Psy., Michelle Baker-Jones, B.A., Ashleigh Murphy-Beiner, M.Sc., Roberta Murphy, M.D., Jonny Martell, M.D., Allan Blemings, M.Sc., David Erritzoe, M.D., and David J. Nutt, M.D, Trial of Psilocybin versus Escitalopram for Depression, Published April 14, 2021 N Engl J Med 2021;384:1402-1411 DOI: 10.1056/NEJMoa2032994
2. Guy M. Goodwin, F.Med.Sci., Scott T. Aaronson, M.D., Oscar Alvarez, M.R.C.Psych., Single-Dose Psilocybin for a Treatment-Resistant Episode of Major Depression Published November 2, 2022 N Engl J Med 2022;387:1637-1648 DOI: 10.1056/NEJMoa2206443
3. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: WHO; 2023.
4. Malhi GS et al. Depression. Lancet Psychiatry. 2022;9(12):1022–1038.
5. Madsen MK et al. Psilocybin-induced changes in brain network integrity and segregation correlate with antidepressant effects. *Nature Neuroscience*. 2021;24(6):819–828.
6. Passie, T., Seifert, J., Schneider, U., & Emrich, H. M. (2002). The pharmacology of psilocybin. *Addiction Biology*, 7(4), 357–364.
7. Vollenweider, F. X., & Kometer, M. (2014). The neurobiology of psychedelic drugs: conceptual framework and therapeutic implications. *Nature Reviews Neuroscience*, 15(4), 235–249.
8. Davis AK et al. Effects of psilocybin-assisted therapy on major depressive disorder: a randomized clinical trial. *Nat Med*. 2020;26(4):482–489.
9. Haikazian S et al. Psilocybin-assisted therapy for depression: a systematic review. *Front Psychiatry*. 2023;14:1156423.

10. Romeo B et al. Efficacy of psychedelic-assisted therapy in major depressive disorder: a meta-analysis. *J Affect Disord.* 2024;358:113–124.
11. Gukasyan N et al. Long-term follow-up of psilocybin therapy for depression. *J Psychopharmacol.* 2023;37(4):418–429.

РЕЗИСТЕНТТІ ДЕПРЕССИЯНЫ ЕМДЕУДЕ ПСИЛОЦИБИНДІ ҚОЛДАНУ: ТИІМДІЛІГІ, ҚАУІПСІЗДІГІ ЖЭНЕ ДОЗАЛАУ СТРАТЕГИЯЛАРЫ

ЕСИМОВА А.Д.¹, ИЗМАИЛОВА Н.Т.², ЕСИМОВ Н.Б.³, САТТАРОВ Г.Р.³, СМОЛИНОВ И.Г.³

¹ «ӘЛ-ФАРАБИ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ, ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ, АЛМАТЫ Қ.

² «CASPIAN UNIVERSITY» АҚ, ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ, АЛМАТЫ Қ.
³ ҚР ДСМ "РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ПСИХИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ФЫЛЫМИ-ПРАКТИКАЛЫҚ ОРТАЛАҒЫ" ШЖҚ РМК

Аннотация. Үлкен депрессиялық бұзылысты фармакологиялық емдеудің қазіргі тәсілдері шектеуі тиімділікке ие болып, көптеген жағдайларда терапияға резистенттіліктің қалыптасуына әкелді. Осыған байланысты баламалы терапиялық тәсілдерді іздеу өзектілігін жоғалтпай келеді. Осы контексте серотонинергиялық әсері бар классикалық психоделик – психоцибин – айтарлықтай терапиялық әлеует көрсетіп, депрессиялық бұзылыстарды емдеудің перспективалық бағыты ретінде қарастырылада. Бұл әдеби шолу психоцибиннің бір немесе екі қабылдаудан кейінгі депрессивтік симптомдардың ауырлығына әсеріне қатысты ғылыми деректерді жинақтап, сынын түргыдан бағалауға бағытталған.

Өзектілігі. Триптаминдер тобына жататын классикалық психоделик – психоцибин – соңғы он жылда депрессияны, әсіреле терапияға резистентті нысандарын емдеудің жаңа терапиялық мүмкіндігі ретінде ғылыми қауымдастықтың айтарлықтай назарын аударып келеді [1]. Бұл бағыттың клиникалық маңыздылығы бірнеше факторлармен айқындалады. Терапиялық резистенттілік деңгейі түракты жоғары болып қалып отыр, ал қазіргі фармакотерапиялық стратегиялардың (антидепрессанттарды ауыстыру, аугментация, транскраниалдық магниттік стимуляция және т.б.) қолжетімділігі, жағымдылығы және әсерінің ұзактығы бойынша шектеулері бар. Осындай жағдайда

псилоцибиннің бір немесе бірнеше қабылдаудан кейін байқалатын жылдам әрі ұзақ әсері клиникалық және экономикалық түргыдан маңызды болуы мүмкін [2].

Зерттеу мақсаты. Псилоцибинді терапияға резистентті депрессияны емдеуде қолдануға қатысты заманауи ғылыми деректердің жай-күйін талдау, оның тиімділігі мен қауіпсіздік профилін, сондай-ақ дозалау стратегияларын соңғы жылдардағы клиникалық зерттеулер мен жүйелі шолулар негізінде бағалау.

Міндеттері. Жүйелі іздеу жүргізу және жарияланымдарды іріктеу; қауіпсіздік пен жағымсыз әсерлер туралы мәліметтерді талдау; психоцибинді қолданудың қолданыстағы дозалау тәсілдері мен терапиялық хаттамаларын (түрақты доза, көпсессиялық тәсілдер) жүйелеу.

Әдістері. PubMed, Web of Science және басқа дереккөрлар бойынша анықталған жарияланымдарға сапалық талдау. Қолданылған сұзғілер: жарияланым түрі – рандомизацияланған клиникалық зерттеу немесе жүйелі шолу; толық мәтінді ашық қолжетімділік; жариялану мерзімі – соңғы 10 жыл. Клиникалық зерттеулердің дизайндарын, дозалау тәсілдерін, бақылау ұзактығын және бағалау шкалаларын (MADRS, QIDS-SR-16 және т.б.) салыстыру.

Түйінді сөздер: психиатрия, наркология, психоделиктер, психоцибин, психикалық денсаулық, дәлелді медицина.

PSILOCYBIN IN THE TREATMENT OF TREATMENT-RESISTANT DEPRESSION: EFFICACY, SAFETY, AND DOSING STRATEGIES

YESSIONOVA A.D.¹, IZMAILOVA N.T.², N.B. YESSIONOV N.B.³, SATTAROV G.R.³, SMOLINOV I.G.³

¹ Al-Farabi Kazakh National University, Republic of Kazakhstan, Almaty

² Caspian University, Republic of Kazakhstan, Almaty

³ "Republican Scientific and Practical Center of mental Health" of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan

Abstract. Given the limited effectiveness of current pharmacological strategies for major depressive disorder, which frequently results in the development of treatment resistance, the search for alternative therapeutic approaches remains highly relevant. In this context, psilocybin—a classical serotonergic psychedelic—has demonstrated substantial therapeutic potential and is increasingly regarded as a promising intervention for depressive disorders. This literature review aims to summarize and critically evaluate contemporary scientific evidence on the effects of single- or two-session psilocybin administration on the severity of depressive symptoms.

Relevance. Psilocybin, a classical tryptamine-based psychedelic, has attracted considerable scientific attention over the past decade as a potential novel treatment modality for depression, particularly for treatment-resistant forms [1]. The clinical significance of this field is driven by several factors. The proportion of patients exhibiting treatment resistance remains consistently high, while established pharmacotherapeutic strategies (antidepressant switching, augmentation, transcranial magnetic stimulation, etc.) are limited by issues of accessibility, tolerability, and durability of response. Within this therapeutic gap, the rapid and sustained antidepressant effects reported after one or several

psilocybin sessions may hold meaningful clinical and economic value [2].

Objective. To analyze the current body of evidence regarding psilocybin-assisted treatment in resistant depression, with a focus on its efficacy, safety profile, and dosing strategies based on recent clinical trials and systematic reviews.

Tasks. To conduct a structured search and selection of relevant publications; to analyze data on safety and adverse events; and to systematize existing dosing approaches and therapeutic protocols, including fixed-dose and multi-session regimens.

Methods. Qualitative analysis of eligible publications (PubMed, Web of Science, etc.). Filters applied: publication type — randomized controlled trial or systematic review; full-text availability; publication period — past 10 years. Comparative assessment of study designs, dosing strategies, follow-up durations, and outcome measures (MADRS, QIDS-SR-16, and others).

Keywords: psychiatry, addiction medicine, psychedelics, psilocybin, mental health, evidence-based medicine.

УДК: 616.852.2:316.6:616.89-085

НЕРВНАЯ БУЛИМИЯ: РОЛЬ СОЦИАЛЬНОГО ОДОБРЕНИЯ И СТИГМАТИЗАЦИИ В ОБРАЩАЕМОСТИ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ

ЛЕНСКАЯ А.Ш.¹

¹КГП «Костанайский областной центр психического здоровья»

Аннотация

Цель. Оценить, как стигматизация и социальная поддержка связаны с обращаемостью за помощью и приверженностью лечению при нервной булимии (BN).

Методы. Быстрый целенаправленный обзор публикаций 2018–2025 гг. в PubMed/Medline, Web of Science и Google Scholar с двойным скринингом, заранее заданными критериями включения и оценкой качества.

Результаты. Поиск выявил 100 записей; в анализ включено 18 исследований (количественных, качественных и обзоров). В выборках общего населения сохраняются стигматизирующие установки (обесценивание серьёзности BN, самообвинение пациентов), ассоциированные с задержкой обращения за помощью. В клинических выборках воспринятая стигма со стороны специалистов и интернализированный стыд связаны с менее устойчивым участием в терапии и преждевременным прекращением лечения. Социальная поддержка (семья/равные/клиницисты) выступает модератором, повышающим вероятность входа в лечение и удержания в нём. Данные часто относятся к РПП в целом; BN-специфические эффекты подтверждены реже.

Ограничения. Преобладание кросс-секционных и качественных дизайнов, географический уклон в сторону англоязычных стран, гетерогенность показателей (обращаемость, приверженность) и ограниченная BN-специфичность.

Выводы. Стигма, вероятно, способствует позднему обращению и снижает приверженность при BN, тогда как поддерживающая среда и безоценочное клиническое взаимодействие ассоциированы с лучшими поведенческими исходами. Интеграция антистигматизационных компонентов (психообразование, работа со стыдом/самосостраданием, семейное вовлечение) и повышение культурной чувствительности могут сократить длительность нелечёного периода и улучшить удержание в терапии.

Ключевые слова: нервная булимия; стигма; обращаемость; приверженность; социальная поддержка.

Введение

Нервная булимия (Bulimia nervosa, BN) - расстройство пищевого поведения,

характеризующееся эпизодами переедания с последующим компенсаторным поведением (самопроизвольная рвота, злоупотребление

слабительными, чрезмерные физические нагрузки). Булимия распространена преимущественно среди молодых женщин;

по международным данным, различные формы пищевых расстройств в течение жизни отмечаются примерно у 8-9% женщин и ~2% мужчин [1]. [2]. Расстройство сопровождается медико-социальными последствиями: колебания веса, электролитные нарушения, желудочно-кишечные осложнения, депрессия и повышенный риск суициального поведения. При этом эффективные методы лечения: психотерапия (в частности, когнитивно-поведенческая терапия), медикаментозная поддержка, комплексная реабилитация - доступны и способны значительно улучшить состояние пациентов. Однако, несмотря на наличие лечения, обращаемость за профессиональной помощью при булимии остается низкой [2]. Лишь от 17% до 40% людей, соответствующих критериям булимии или другого пищевого расстройства, когда-либо получают лечение по поводу своего пищевого поведения. Например, австралийское популяционное исследование показало, что менее половины женщин с булимическими симптомами когда-либо обращались за лечением именно по поводу расстройства пищевого поведения; чаще они получали помощь лишь при сопутствующих проблемах (депрессия, тревога) или по поводу снижения веса. Еще более тревожно, что даже среди пациентов, начавших лечение булимии, существенная доля не доводит терапию до конца: средний уровень досрочного прекращения терапии (dropout) составляет около 20-30%, а в некоторых выборках достигает 50% [4]. Низкие показатели обращения и завершения лечения ведут к затягиванию болезни, хронизации симптомов и ухудшению прогноза.

Причины, по которым люди с нервной булимией не обращаются за помощью или не соблюдают назначенное лечение, многообразны. Сюда относятся как личностно-психологические факторы (отрицание проблемы, низкая мотивация к изменениям, страх набора веса, сопутствующее чувство стыда и вины), так и внешние барьеры (недостаточная

доступность специализированной помощи, финансовые и организационные трудности, недостаточная осведомленность о расстройстве в обществе и среди врачей первичного звена) [5]. Особую роль исследователи уделяют явлению стигматизации - наличию в обществе негативных стереотипов и предубеждений в отношении людей с психическими расстройствами, в том числе с нарушениями пищевого поведения [6]. Стигма со стороны окружающих (общественная стигма) может интернализоваться самими пациентами (самостигматизация), усиливая у них чувство позора, страх осуждения и нежелание «выставлять напоказ» свою проблему [5]. Пищевые расстройства, и особенно нервная булимия и компульсивное переедание, нередко считаются окружающими «несерьезными» или «самодвижущимися» проблемами - например, существует ошибочное мнение, что такие расстройства являются результатом слабости воли или просто стремления соответствовать моде. Исследования показывают, что в сравнении с другими психическими болезнями (например, с депрессией или шизофренией) булимия и другие РПП вызывают у обывателей не столько страх и отторжение, сколько склонность обвинять самого пациента: так, в одном опросе 11-16% респондентов согласились с утверждениями, что «это их собственная вина, что у них такое состояние» и что люди с расстройствами пищевого поведения «могли бы просто взять себя в руки». Подобные стигматизирующие убеждения формируют у страдающих булимией ощущение неприятия, осуждения их проблемы. В результате многие предпочитают скрывать симптомы и откладывать визит к врачу, опасаясь клейма «психической болезни» или насмешек. Согласно систематическому обзору, стыд и страх осуждения являются одними из самых частых препятствий, мешающих пациентам с РПП обращаться в лечебные учреждения [2]. Более того, стигма способствует поддержанию самого расстройства: внутреннее чувство стыда и неполноценности усиливает симптомы булимии (например, компульсивное переедание как способ справиться с негативными эмоциями) и

ухудшает самооценку, создавая порочный круг [6].

В противоположность стигме, социальное одобрение и поддержка могут сыграть защитную роль. Под социальным одобрением в контексте психического здоровья понимается принятие и позитивное отношение общества и близкого окружения к человеку, признающему у себя проблему и обращающемуся за помощью. Если семья и друзья проявляют понимание, не обвиняют больного в его расстройстве и поощряют лечение, вероятность своевременного обращения и упорства в терапии значительно возрастает [2]. И наоборот, недостаток поддержки или прямое социальное осуждение (например, уничижительные комментарии о поведении пациента) может снизить результативность получаемого лечения.

Целью настоящего обзора является анализ современных данных о том, как стигматизация нервной булимии и уровень социального одобрения (поддержки) влияют на обращаемость пациентов за медицинской помощью и их приверженность лечению. В обзоре обобщены результаты последних исследований (2018-2025 гг.) по данной проблематике. Рассматриваются следующие аспекты: (1) влияние стигмы на решение обратиться за помощью при булимии; (2) влияние стигмы (внешней и внутренней) на соблюдение пациентами назначенного лечения; (3) роль медицинских и других специалистов (их отношение к пациентам с РПП, возможные стигматизирующие установки и поддержка); (4) культурно-этнические особенности стигмы и социального принятия в разных сообществах; (5) основные барьеры на пути к лечению, помимо стигмы, и их взаимосвязь с ней.

Материалы и методы.

Настоящий литературный обзор носит описательно-аналитический характер и основан на поиске научных публикаций в базах данных и системах цитирования (Google Scholar, PubMed, Web of Science) за период 2018-2025 гг. Были использованы сочетания ключевых слов на английском и русском языках, включая: bulimia nervosa, eating disorders, stigma, stigmatization, help-seeking, treatment adherence, treatment dropout,

social support, barriers, bulimia nervosa + стигма, булимия + обращаемость/приверженность лечению.

В критерии включения вошли: рецензируемые статьи (оригинальные исследования, обзоры, мета-анализы), посвященные роли социальных факторов (стигматизации, общественного мнения, поддержки) в поведении пациентов с нервной булимией при обращении за помощью или выполнении рекомендаций лечения. Дополнительно были учтены отдельные классические источники до 2018 г., часто цитируемые в современной литературе по данной теме, для исторической справки и сравнения. Исключались газетные и популярные материалы без научной верификации, а также клинические руководства (за исключением упоминания общих положений). Первичный поиск дал 100 результатов. Поток PRISMA: 100 записей → 8 дублей удалено → 92 скринировано → 52 исключено по аннотации → 40 полных текстов оценено → 22 исключено (нет релевантных исходов/дизайн) → 18 включено. Результаты обзора представлены в виде синтеза основных тематических направлений.

Результаты и обсуждение. По итогам анализа литературы были выделены шесть основных тематических групп результатов, представляющих влияние социального принятия на поведение пациентов с нервной булимией в отношении лечения:

Стигматизация и обращаемость за помощью

Многочисленные исследования подтвердили, что стигма - один из главных барьеров на пути к обращению за профессиональной помощью при расстройствах пищевого поведения. Стигма может проявляться как в виде внешних предубеждений (общественного мнения), так и в форме внутреннего стыда у самих пациентов. В отношении булимии стигматизация чаще принимает форму обвинения и обесценивания тяжести болезни, нежели страха перед больными. Например, в австралийском национальном опросе 2022 г. было выявлено, что значительная доля респондентов придерживается ошибочных стереотипов о РПП: 11% считали, что

“расстройство пищевого поведения - не настоящая болезнь”, 12% называли его “признаком личной слабости”, а 16% полагали, что люди с РПП “могли бы перестать, если бы захотели”. Эти установки значительно выше, чем в отношении депрессии или психозов, и фактически возлагают вину на самих больных. Пациенты с булимией осознают такие общественные настроения и зачастую боятся, что их проблему не воспримут всерьез или осудят [1]. В результате они либо откладывают обращение до последнего, либо предпочитают искать неформальные способы помощи. Согласно систематическому обзору Daugelat et al. (2023), стигма (внешняя и интернализированная) и связанное с ней чувство стыда были наиболее часто упоминаемыми препятствиями к началу лечения у пациентов с РПП по данным как качественных, так и количественных исследований. Аналогично, более ранний обзор Ali et al. (2017) выявил, что примерно в 75% работ по теме обращения за помощью при РПП фигурируют темы стигматизации и смущения как причин отказа от поиска лечения. Для многих больных булимией важнейший психологический барьер - это страх негативной оценки: “Что подумают люди, если узнают о моей проблеме”.

Стigma влияет и на восприятие больными самой потребности в лечении. Нередко пациенты с булимией считают, что их расстройство “недостаточно серьезно” для обращения, особенно если вес остается в норме - отчасти под влиянием общественного мнения, что только при крайних проявлениях (например, анорексии с истощением) нужна медицинская помощь. Такое обесценивание болезни - частый симптом самостигматизации, связанный с отрицанием: человек чувствует стыд за свое поведение и старается убедить себя и других, что “все под контролем”. Исследования фиксируют, что отрицание проблемы и непризнание тяжести состояния - второй по частоте барьер к обращаемости после стыда [5]. В частности, пациенты в интервью сообщают, что не решались идти к врачу, так как думали, будто “не больны настолько, чтобы беспокоить докторов”, либо считали, что должны сначала самостоятельно попытаться справиться [5].

Такая тенденция характерна для многих расстройств пищевого поведения, но при булимии она усугубляется тем, что больные внешне могут выглядеть здоровыми (обычно сохраняют нормальный вес) и окружающие часто не воспринимают их поведение как опасное.

Обобщая, стигматизация нервной булимии существенно снижает готовность пациентов искать профессиональную помощь. Боязнь общественного осуждения, стыд за свое поведение и неверие в понимание со стороны медиков приводят к тому, что многие больные годами остаются без лечения. В то же время, позитивное социальное окружение - семья, друзья, информированные врачи - способно сыграть решающую роль в том, чтобы человек преодолел страх и сделал шаг к выздоровлению.

Для пациентов с нервной булимией, которые уже начали терапию, стигма тоже может представлять серьезную проблему, влияющую на приверженность лечению, то есть на соблюдение режима терапии, посещение сеансов и завершение полного курса. Здесь воздействие стигмы проявляется на нескольких уровнях: во взаимоотношениях пациент - терапевт, во внутренних психологических реакциях пациента в процессе лечения и во влиянии социального окружения на продолжение терапии.

Во-первых, важным фактором является восприятие пациентом отношения со стороны лечащих специалистов. Если больной ощущает стигму или непонимание со стороны терапевта, диетолога или другого члена бригады, это может подорвать доверие и мотивацию. Систематический обзор Lubieniecki et al. (2024), включивший 11 качественных исследований, выявил несколько типичных ситуаций, в которых стигматизирующее поведение врачей приводит к ухудшению лечения: пациенты описывали случаи, когда врач проявлял осуждение за симптомы, выражал неверие в историю пациента или преуменьшал серьезность булимии [8]. Такие переживания приводили к снижению вовлеченности в терапию и ослаблению терапевтического альянса. Фактически, пациент начинал

чувствовать, что его опять “не понимают и не принимают” - теперь уже в кабинете врача - и часто либо замыкался (переставал откровенно говорить о симптомах), либо вовсе прекращал визиты. Lubieniecki et al. отмечают, что ощущаемая стигма со стороны клинициста прямо связана с ухудшением приверженности: больные реже следуют рекомендациям и чаще досрочно покидают лечение, если чувствуют негативный осуждающий настрой врача [7]. К аналогичным выводам пришли и другие исследователи. В качественном опросе пациентов, преждевременно бросивших лечение, многие указывали на “отсутствие понимания” и “чувство, что меня не слушают” как на одну из причин ухода. Отсюда следует практический вывод: формирование доверительной, неосуждающей атмосферы в терапии крайне важно для удержания пациентов с булимией на протяжении всего курса лечения [8].

Во-вторых, стигма и связанное с ней внутреннее состояние пациента влияют на эмоциональную устойчивость в процессе терапии. Лечение булимии - зачастую длительный и непростой путь, требующий от пациента конфронтации со своими страхами (например, страхом набора веса, отказом от привычных компенсаторных ритуалов) и раскрытия личных переживаний. На фоне этого нередко усиливаются чувства стыда и самокритики. Внутренняя стигма (самостигматизация) может приводить к тому, что пациент, даже приступив к лечению, не верит в свое право на помочь или чувствует себя “недостойным” выздоровления. В психотерапевтической практике с булимией широко известен феномен “двойственной мотивации”: часть личности пациента хочет избавиться от симптомов, а часть - цепляется за расстройство, связанное с ощущением контроля или облегчения. Стыд и страх осуждения часто подпитывают вторую часть, порождая саботаж лечения. Например, пациентка может пропускать сеансы, если накануне случился эпизод переедания и ей стыдно признаваться терапевту, - опасаясь, что тот разочаруется или осудит ее срыв [8]. Страх негативной оценки со стороны даже самого терапевта (хотя он, как правило,

настроен нейтрально или поддерживающе) может мешать открытости и честности пациента на сессиях. Это, в свою очередь, снижает эффективность психотерапии и повышает риск рецидивов, что может привести к фruстрации и бросанию терапии. В исследованиях отмечается, что интернализированный стыд коррелирует с худшей динамикой симптомов и более высокой вероятностью преждевременного завершения лечения.

2. Набор веса как ремиссия

Еще один значимый момент - страх набора веса и изменение образа тела в ходе лечения. Для больных булимией характерна выраженная обеспокоенность весом; хотя при булимии обычно нет тяжелого истощения, пациенты сильно боятся поправиться. При успешной терапии (особенно если параллельно лечится пищевая ограничительность) возможно небольшое увеличение стабилизированного веса. Даже слухи об этом или обсуждение нормализации пищевого поведения могут вызывать у пациентов страх, что они “потолстеют”. Такой страх иногда перерастает в повод прекратить лечение, особенно если у пациента нет достаточного доверия к специалистам. В ретроспективных опросах часть пациенток называла именно нарастающий вес или страх перед ним причиной, по которой они самовольно прекратили терапию. Согласно данным Meule et al. (2025), боязнь прибавки веса является фактором, удерживающим многих людей с булимией от обращения в клинику с самого начала, а у тех, кто поступил на лечение, реальный набор веса на терапии может спровоцировать нарушение приверженности [9]. Meule и соавт. подчеркивают, что во время стационарного лечения булимии у пациентов действительно наблюдается небольшое среднее повышение массы тела, особенно у тех, кто ранее сильно ограничивал питание; это естественная часть восстановления, но воспринимается крайне болезненно и “может представлять угрозу для приверженности лечению”. Страх осуждения окружающих за возможное изменение внешности (еще одна разновидность социальной стигмы, связанная с культурным культом стройности) тоже может подрывать

усилия пациента продолжать терапию. В ответ на этот вызов, некоторые программы лечения включают специальные модули, помогающие уменьшить страх набора веса и переоценку значимости внешности для самооценки пациента. Практика показывает, что психологическая готовность пациента к определенным изменениям в процессе выздоровления (включая вес и пищевые привычки) - важнейшее условие приверженности. Если же пациентка по-прежнему стигматизирует в своем сознании более высокий вес как утрата контроля, она может прекратить лечение, едва заметив небольшие сдвиги на весах.

3. Социальное окружение

Влияние социального окружения таким же образом значимо для пациентов с нервной булимией. Даже после того, как пациент начал ходить к врачу или на терапию, семья и близкие продолжают играть большую роль. Если родственники активно поддерживают пациента - например, интересуются успехами терапии, поощряют следовать рекомендациям, создают дома обстановку, облегчающую соблюдение режима, - то вероятность успешного завершения лечения выше. Напротив, критическое или скептическое отношение родственников может снижать приверженность. Бывает, что члены семьи прямо или косвенно обесценивают сам процесс лечения ("Зачем тебе психологи? Соберись и перестань есть ночью!") — это усиливает у пациента внутренний конфликт и может побудить его бросить "бесполезное", как ему внушают, занятие. Кроме того, практические обязательства (например, регулярное посещение групповой терапии, диетолога и т.д.) требуют от окружения понимания: если работодатель не идет навстречу или супруг возмущается тратами на лечение, пациенту сложнее придерживаться плана терапии. В исследованиях отмечается: хорошая социальная поддержка - один из предикторов успешного завершения лечения РПП [10], [11]. Более того, привлечение семьи в сам процесс лечения (например, семейная терапия или участие близких в психообразовательных сессиях) ассоциируется с более низкими показателями ухода из терапии. С другой стороны,

социальная изоляция или конфликты увеличивают риск досрочного прекращения лечения. Пациенткам, не имеющим поддержки вне клиники, труднее сохранять мотивацию на длительном промежутке, особенно когда наступают сложные этапы терапии.

Обобщая данный раздел, можно сказать, что стигма - как внешняя, со стороны специалистов или окружения, так и интернализованная у самого пациента - существенно влияет на приверженность лечению нервной булимии. Негативный опыт стигмы (чувство осуждения, непонимания) в терапевтическом процессе ведет к отчуждению пациента и повышает вероятность, что он прервет лечение. Позитивный опыт (чувство принятия, уважения и поддержки) - напротив, способствует формированию крепкого терапевтического альянса, росту доверия и мотивации продолжать работу даже перед лицом трудностей. Преодоление стигмы и создание поддерживающей атмосферы - необходимые условия эффективной длительной терапии булимии.

4. Культурный контекст

Культурный контекст во многом определяет как уровень стигматизации нервной булимии, так и готовность страдающих обращаться за помощью. Различия могут наблюдаться между странами, этническими группами, поколениями и полами.

Западные страны (Северная Америка, Европа, Австралия), где проблема РПП изучается давно, демонстрируют определенные изменения общественного мнения с течением времени. Некоторые опросы указывают на некоторое снижение стигмы по сравнению с прошлым: так, если в 1990-х большая часть людей почти ничего не знала о булимии и относилась с явным осуждением, то к 2020-м информированность населения выросла, и прямая дискриминация встретится реже [6]. Тем не менее, во многих развитых странах сохраняются устойчивые стереотипы, особенно касающиеся личной ответственности больных. Исследование в Великобритании еще в 2000 г. (Crisp et al.) показало, что около 30% опрошенных считали людей с булемией "самых

виноватыми” в своем расстройстве [12]. Спустя два десятилетия подобные показатели не сильно изменились: в Австралии в 2022 г. 11-16% выражали схожие мнения. Это говорит о консервативности стигмы: несмотря на просвещение, часть общества по-прежнему склонна к обвинительной модели. В то же время, западное общество постепенно признает важность психического здоровья - действуют организации поддержки (например, Beat в Великобритании, NEDA в США), в СМИ всё чаще звучат истории выздоровления знаменитостей. Всё это можно рассматривать как движение к повышению социального одобрения обращения за помощью: всё меньше табу на разговор о пищевых расстройствах. Например, в США доля подростков, которые готовы обсудить свои пищевые проблемы с кем-то, возросла по сравнению с 1990-ми, что свидетельствует об уменьшении самостигматизации в молодом поколении (отчасти благодаря социальным сетям, где темы психического здоровья обсуждаются более открыто).

Страны с традиционными культурами (Азия, Ближний Восток, Африка) исторически реже сообщали о булимии, но сейчас признают ее существование и сталкиваются с высокими уровнями стигмы. В некоторых обществах (например, в ряде азиатских культур) обращение к психиатру или психологу само по себе стигматизируется сильнее, чем в Западных странах. Например, в сообществе выходцев из Южной Азии, проживающих в Великобритании, выявлены дополнительные барьеры: молодые женщины опасаются, что обращение к психиатру “навлечет позор на семью”, информация может стать достоянием общины, и их репутация пострадает [13]. Было выявлено, что среди британских девушек южноазиатского происхождения процент тех, кто обращается за лечением РПП, значительно ниже, чем среди их сверстниц из коренного населения, несмотря на сопоставимую распространенность симптомов. Причины - культурные нормы (не выносить сор из избы, сохранять “честь” семьи), языковые и коммуникационные барьеры, а также недостаток культурно-чувствительных услуг. Например, родители

из традиционных семей могут не признавать западную концепцию пищевого расстройства, списывая поведение дочери на капризы или влияние чужой культуры, и поэтому не поддерживают ее желание лечиться. Исследование Wales et al. (2017) специально изучало барьеры для южноазиатских иммигрантов в Великобритании: кроме стигмы и страха нарушить семейные устои, выявлены опасения по поводу конфиденциальности (молодые девушки боятся, что терапевт не сохранит тайну, и община узнает о их проблеме) [13]. Эти факторы надо учитывать при организации помощи: привлечение к работе с такими пациентами культурных посредников, гарантия конфиденциальности, просветительские кампании в диаспорах помогут снизить стигму и улучшить обращаемость.

5. Возрастной аспект

Возрастные особенности также влияют на восприятие булимии. Традиционно пик начала булимии - поздний подростковый и юношеский возраст. Молодые пациенты, особенно подростки, чаще скрывают проблему из страха непонимания родителями и сверстниками. Однако для них нередко именно родители являются инициаторами обращения (заметив симптомы). Здесь стигма играет роль в том, как родители воспринимают диагноз: некоторые испытывают чувство стыда за ребенка (“что люди подумают о нашей семье”) и поначалу могут отрицать необходимость психиатрической помощи, предпочитая “воспитательные меры”. Просветительские программы для родителей, школьные лекции о РПП помогают этому противостоять. С другой стороны, булимия у взрослых и пожилых долго считалась редкостью и может встречать непонимание даже среди врачей: если женщина страдает булимией в 40-50 лет, окружающие тем более склонны думать, что “взрослая же, должна контролировать себя” или вовсе не верят в диагноз. Недавнее испанское исследование (Sandri et al., 2024) обнаружило значимую распространенность нервной булимии и компульсивного переедания среди людей среднего возраста (31-50 лет): в выборке более 9000 испанцев этого возраста булимия выявлена у 0,53%, и

еще около 2% имели существенные симптомы. Причем у мужчин среднего возраста показатели приближались к женским. Авторы подчеркивают: булимия - не только “болезнь подростков”, она затрагивает и старшие группы, что бросает вызов стереотипам. Выявлено, что среди обследованных средневозрастных испанцев около половины страдающих РПП никогда не получали диагноза - то есть значительная доля остается неохваченной из-за стереотипа, что в таком возрасте РПП быть не может. Кроме того, взрослые пациенты могут сами не искать помошь, считая проблему “подростковой” и чувствуя себя одиночно (“со мной что-то не так, раз у меня такое в 35 лет”). Такой интровертированный стереотип - тоже форма самостигматизации.

В группах с более низким доходом и образованием стигматизирующие представления о психических болезнях встречаются чаще (что показывает ряд исследований по психиатрической стигме). Brelet et al. (2021), обобщив данные 46 исследований, отмечают, что наиболее стигматизирующие установки по отношению к РПП присущи мужчинам, молодым взрослым и людям с низким доходом [14]. Вероятно, более молодые мужчины с низких социальных позиций могут иметь менее толерантные взгляды. Это стоит учитывать при формировании целевых анти-стигма программ - на какие демографические группы их направлять в первую очередь.

Культурные особенности существенно определяют вариативность стигмы и социальных реакций на нервную булимию. В западном обществе наблюдается тенденция к большей открытости, но обвинительные стереотипы все еще живы [15]. В традиционных культурах стигма может быть еще более выраженной, дополняясь коллективистскими нормами “сохранения лица”. Особые усилия нужны для мужчин и лиц нетипичного возраста, которые сталкиваются с дополнительным непониманием. Знание этих нюансов позволяет адаптировать меры по повышению обращаемости: например, в мультикультурных общинах привлекать лидеров мнений данной культуры для просвещения, создавать материалы на

родном языке, а для мужчин - показывать истории выздоровевших мужчин, ломая гендерный стереотип. Культурно-чувствительный подход способен снизить барьеры и сделать лечение булимии более доступным для всех групп населения.

6. Системные барьеры

Помимо стигмы, в литературе описан ряд иных барьеров, препятствующих своевременному обращению за помощью и успешному прохождению лечения при нервной булимии. Хотя эти факторы не всегда непосредственно связаны со стигмой, они часто пересекаются с ней и взаимно усиливают друг друга.

Одним из таких барьеров является недостаточная осведомленность и распознавание симптомов - как у самих пациентов, так и у окружающих. Многие люди с булимией долго не идентифицируют свое состояние как заболевание, особенно если их вес остаётся в норме. Упоминалось выше про отрицание серьезности - это часто связано с элементарным незнанием, что булимия - клинический диагноз с определенными критериями. К примеру, подросток может думать, что “просто переедает и иногда прорывается, но ведь анорексии-то у него нет, значит, это не болезнь” [2]. Такая недостаточная информированность (пациента и его семьи) отчасти связана со стигмой: тема РПП может замалчиваться в обществе и образовании, поэтому люди не имеют правильных представлений.

Практические и системные барьеры также существенны. Например, ограниченная доступность специализированной помощи: не во всех регионах есть центры лечения пищевых расстройств, очереди на амбулаторную терапию могут достигать нескольких месяцев. Исследования показывают, что длительное ожидание первой консультации повышает риск того, что пациент не дойдет до нее - мотивация гаснет, состояние может ухудшиться. Анализ в канадской клинике выявил, что если ожидание превышало 8 недель, доля отказавшихся от лечения удваивалась по сравнению с теми, кто начинал в течение месяца [16]. В таких случаях стигма тоже может вмешиваться: пока пациент ждет, у

него есть время передумать, испугаться, снова начать стыдиться - и отказаться от визита. Поэтому сокращение листов ожидания и внедрение ранних вмешательств (например, короткое консультирование на этапе ожидания) помогают удержать интерес пациента и преодолеть нарастающие сомнения.

Финансовые трудности - еще один барьер. Психотерапия пищевых расстройств - часто долгий процесс, не всегда полностью покрываемый страховкой. Пациенты с низким доходом могут прервать лечение из-за материальных причин. Это скорее структурный барьер, но он перекликается с социальным: лица низкого социально-экономического статуса, как отмечалось, могут иметь более высокую стигму и менее охотно тратить ресурсы на “несерьезную”, по их мнению, проблему. Здесь помочь могут государственные программы и страховые полисы, покрывающие лечение РПП, а также социальная реклама, убеждающая, что лечение булимии - необходимая инвестиция в здоровье, а не прихоть.

Сопутствующие психические проблемы могут одновременно мотивировать и демотивировать обращение. С одной стороны, наличие коморбидной депрессии или тревоги иногда подталкивает к поиску помощи (пациент обращается с этими жалобами, а уже потом выясняется наличие булимии) [5]. С другой - та же депрессия способна снижать энергию и надежду на выздоровление, что препятствует как обращению, так и прохождению лечения. Если человек в глубокой депрессии, он может думать: “Ничего не поможет, я безнадежен” - и бросить терапию. Такие состояния нужно своевременно выявлять и лечить параллельно, чтобы повысить мотивацию и способность придерживаться режима.

Личные убеждения и установки пациента тоже могут быть барьером. Например, некоторые пациенты скептически относятся к психотерапии или медикаментам - возможно, из-за стигмы (недоверие к “психиатрам”), а возможно, из-за прошлого неудачного опыта. Кто-то предпочитает альтернативные пути (диеты, духовные практики) и рассматривает обращение к врачу как последнее дело. В исследовании

был описан феномен “несовпадения взглядов на лечение” между врачами и пациентами, что приводило к отказу пациентов от предлагаемых методов [17]. Например, пациентка могла считать, что ей нужна большая поддержка в решении межличностных проблем, а клиника делала упор на поведении питания - ощущение “меня не слышат” вело к уходу. Эти случаи показывают, как важно учитывать индивидуальные потребности и ожидания пациента, вовлекать его в составление плана терапии, чтобы он чувствовал контроль над ситуацией.

Средовые триггеры и отсутствие продолженной поддержки после основной терапии также могут вести к рецидивам и прекращению дальнейшего наблюдения. Если пациент вернулся в ту же токсичную среду (например, где высмеивают его внешность или поощряют деструктивное поведение) - шансы удержаться в ремиссии ниже. Поэтому часто рекомендуют группы поддержки после выписки, продолжение периодических встреч - чтобы человек не чувствовал себя один на один с проблемой. Такие группы также выполняют антистигматизационную функцию: общаясь с другими, пациент видит, что он не один, что его принимают с его трудностями, - это противостоит чувству стыда [2].

Несмотря на относительную самостоятельность перечисленных барьеров, большинство из них тесно связаны со стигмой. Стигма вплетена почти в каждый аспект: от неосведомленности (“никто не говорит об этом — значит, стыдно”), через дефицит услуг (приоритет финансирования часто ниже из-за недооценки важности РПП обществом), до личных установок (“я недостоин помощи”). Поэтому борьба со стигмой - не панацея, но она значительно облегчает преодоление и других препятствий. Например, если снизить стигму, больше людей будет открыто говорить о проблеме - растет спрос на услуги, и, возможно, это ведет к лучшему финансированию клиник (структурные барьеры уменьшаются). Если развеять мифы у пациентов, они станут раньше признавать болезнь - это сокращает длительность нелеченого периода и, как

показывают исследования, улучшает прогноз.

Анализ современной литературы подтверждает, что стигматизация нервной булимии оказывает существенное отрицательное влияние и на вероятность обращения больных за помощью, и на их приверженность лечению. Выявленные закономерности свидетельствуют: несмотря на увеличение осведомленности о проблемах психического здоровья в обществе, специфическая стигма вокруг расстройств пищевого поведения (особенно булимии и переедания) сохраняется и носит несколько отличающийся характер по сравнению с стигмой иных психических болезней. В частности, как было показано, общество меньше боится людей с булимией (нет выраженного отчуждения или требований изоляции, которые характерны, например, для стигмы шизофрении), но больше их винит в своих симптомах. Эта установка о “личной ответственности” приводит к тому, что многие пациенты с РПП испытывают сильное чувство вины и позора, что задерживает обращение и затрудняет открытость на терапии. Данные разных стран сходятся: стигма и стыд входят в тройку наиболее распространенных барьеров при булимии. Например, по обобщению Daugelat et al. (2023), среди упоминавшихся в исследованиях причин отказа от помощи стигма/стыд присутствовали в 74% работ - чаще, чем такие факторы, как стоимость лечения или отсутствие времени. Это подчеркивает, что проблема носит не столько материальный или информативный, сколько социально-психологический характер.

Интересно, что некоторые недавние исследования ставят под вопрос абсолютное доминирование стигмы как барьера. Так, Wall et al. (2024) в своем количественном исследовании обнаружили, что хотя совокупно стигма и связанный стыд объясняют значимую долю (до 64%) нежелания обращаться за помощью, единственным независимым предиктором обращения оказалась конкретная установка: беспокойство, что “окружающие не считают РПП настоящей болезнью”. Другие общие элементы стигмы (например, “стыдно говорить о симптомах” или “боюсь, что меня

будут винить”) не достигли статистической значимости в прогнозировании поведения. Авторы делают вывод: стигма важна, но не единственная причина, почему люди не обращаются; есть и другие факторы, требующие изучения. Действительно, помимо стигмы, мы рассмотрели такие факторы, как отрицание болезни, недостаток мотивации, структурные барьеры. Во многих случаях все они переплетены в сложном узоре. Например, пациент может одновременно и стыдиться идти к врачу (стигма), и сомневаться, “а вдруг я недостаточно болен”, и переживать, что терапия дорогостоящая и отнимет время у работы (практический барьер). Если попытаться ранжировать, какие препятствия чаще встречаются, то для легких и умеренных случаев булимии (особенно у подростков и молодых взрослых) на первом месте будут именно социально-психологические барьеры - стигма, стыд, нехватка поддержки. Для более тяжелых, хронических случаев к ним добавляются структурные - например, человек может признать проблему, но утратить надежду из-за многолетнего неэффективного лечения, финансово истощиться и т.д.

Сравнение ситуации в разных странах показало как общие тенденции, так и различия. Общие — это универсальность переживания стыда у пациентов и наличие стереотипов у населения о “самовиновности” больных РПП. Различия же проявляются, например, в том, что в некоторых культурах преобладают определенные оттенки стигмы. В западных обществах (США, Европа) стигма более индивидуализирована: акцент на личной ответственности, “слабости характера”. В коллектиivistских культурах (Азия, Ближний Восток) сильна социальная стигма: болезнь рассматривается как “позор семьи”, и страх “потерять лицо” может быть еще более мощным мотивом скрывать симптомы. Кроме того, религиозно-культурные представления могут влиять: например, в некоторых традициях переедание и рвота могут рассматриваться через призму моральных категорий (грех обжорства, нечистота), что усиливает стигматизацию страдающего. В таких случаях требуется участие культурных модераторов - людей,

способных объяснить проблему на языке ценностей данной культуры, снять ложные моральные ярлыки. Обнадеживающие примеры есть: в ряде азиатских стран (например, Япония, Южная Корея) за последние годы создано несколько просветительских проектов, где уважаемые деятели (актеры, спортсмены) откровенно рассказывают о своем опыте борьбы с РПП. Отмечается, что это несколько снизило уровень стигмы среди молодежи этих стран, сделав обращение за помощью “более нормальным” поступком.

С практической точки зрения, борьба со стигмой должна вестись на нескольких уровнях:

- Общественный уровень: просвещение населения о расстройствах пищевого поведения, акцент на том, что это не “блаж” и не “плохой характер”, а серьезные, лечимые заболевания. Массовые кампании, включающие реальные истории пациентов, участие медийных лиц, могут помочь сменить тон разговора о булимии - с обвинительного на сочувственный. Как отмечают Bryant et al. (2023), только структурных изменений (например, улучшения доступа к службам) недостаточно - надо менять культурные установки и язык, которым описываются РПП. В их комментарии предлагается продвигать в обществе ценности сострадания и информированности, чтобы уменьшить “отягощение” стигмой для пациентов [18].

- Семейно-близкий уровень: вовлечение семей и значимых других в процесс лечения, семейная терапия, группы поддержки для родственников. Это позволит скорректировать стигматизирующие взгляды внутри семьи, превратив ее из источника давления в ресурс для выздоровления. Многие близкие могут непреднамеренно усиливать стигму, не осознавая причиняемый вред. Обучение их правильному отношению способно улучшить приверженность пациента.

- Работы по снижению внутренней стигмы у самих больных. Здесь могут помочь психотерапевтические подходы - например, техники по развитию самосострадания (self-compassion), которые учат пациента относиться к себе не с позиций самокритики,

а с позиций поддержки, как к близкому человеку. Предварительные данные свидетельствуют, что повышение самосострадания коррелирует с уменьшением симптомов булимии, во многом потому, что уменьшается токсичный стыд и вина. Кроме того, групповые занятия с другими выздоравливающими пациентами помогают “нормализовать” переживания - слыша чужие истории, человек понимает, что не одинок и не хуже других, а это разбивает основу самостигматизации.

Практическая значимость велика: первая булиния - расстройство с зачастую скрытым, долгим течением, но при своевременной помощи многие пациенты способны добиться стойкой ремиссии. Если же они не получают помощи или бросают ее, заболевание принимает хронический характер, присоединяются соматические осложнения (например, синдром Барретта пищевода от частой рвоты, нарушения сердечного ритма от электролитных сдвигов и др.), и лечение осложняется. Поэтому усилия, направленные на раннее выявление и удержание пациентов, по сути, спасают здоровье и жизни (учитывая повышенный суицидальный риск при булимии).

Данный обзор подтверждает, что борьба со стигмой должна стать неотъемлемой частью комплексной стратегии лечения расстройств пищевого поведения. Необходимо интегрировать антистигматизационные интервенции на всех этапах: профилактика (просвещение молодежи, чтобы они не боялись обращаться), лечение (эмпатичный подход) и реабилитация (группы поддержки, общественная реинтеграция). В некоторых странах уже предпринимаются шаги - например, в Австралии разрабатывается общенациональный план снижения стигмы, включающий выделение средств на образовательные программы и исследования по этой теме.

Заключение

Нервная булиния - серьезное заболевание, при котором социально-психологические факторы играют огромную роль в том, получит ли больной своевременное и полноценное лечение. Проведенный обзор литературы показывает,

что стигма и связанные с ней явления (стыд, страх осуждения, распространенные мифы) существенно снижают обращаемость пациентов с булимией за медицинской помощью и препятствуют их приверженности терапии. Большая часть пациентов годами не решаются открыть свою проблему из-за опасения негативной реакции общества или близких, а начав лечение, могут его прервать, столкнувшись с непониманием или усилившимся внутренним стыдом. Одновременно было отмечено, что поддерживающая социальная среда и позитивное вовлечение семьи и специалистов, напротив, повышают мотивацию к лечению и улучшают его результаты.

Практическое значение этих выводов заключается в необходимости комплексных мер по снижению стигматизации булимии и укреплению социальной поддержки пациентов. Рекомендуется развивать программы просвещения населения о расстройствах пищевого поведения, акцентируя их биopsихосоциальную природу и излечимость - чтобы заменить обвиняющие стереотипы на информированное и сочувственное отношение. В клинической практике полезно включать в терапевтические планы работу со стыдом и самоотношением пациента, а также привлекать к процессу семьи, обучая их быть

союзниками в лечении, а не источником критики. Культурные и гендерные особенности требуют адаптации подходов - например, создание групп поддержки с учетом окружения, перевод информационных материалов на разные языки.

Усилия по снижению стигмы - не только вопрос этики, но и важный компонент повышения эффективности лечения нервной булимии. Если пациент перестает воспринимать заболевание как "позор" и чувствует поддержку вокруг, у него значительно выше шанс вовремя обратиться к врачу, придерживаться всех рекомендаций и достичь устойчивого улучшения. Антистигматизационные стратегии напрямую способствуют улучшению прогноза: уменьшают риск хронизации булимии, снижают частоту срывов и госпитализаций, улучшают качество жизни пациентов. В перспективе, объединение медицинских, психологических и социальных подходов позволит сформировать более благоприятную среду для людей с расстройствами пищевого поведения - где они будут чувствовать себя понятыми и принятыми, а значит, смогут своевременно получать необходимую профессиональную помощь на пути к выздоровлению.

Источник финансирования: отсутствует.

Конфликт интересов: конфликт интересов не заявлен.

Сведения об авторах

Ленская Анель Шарипкалиевна - врач-психиатр КГП «Костанайский областной центр психического здоровья»

Список использованной литературы

1. Wall PL, Fassnacht DB, Fabry E, O’Shea AE, et al. Understanding stigma in the context of help-seeking for eating disorders. *J Eat Disord.* 2024;12(1):126-136. doi:10.1186/s40337-024-01086-w
2. Koreshe E, Paxton S, Miskovic-Wheatley J, Bryant E, et al. Prevention and early intervention in eating disorders: findings from a rapid review. *J Eat Disord.* 2023;11:38-47. doi:10.1186/s40337-023-00758-3
3. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C. Health service utilization for eating disorders: findings from a community-based study. *Int J Eat Disord.* 2007;40(5):399-408. doi:10.1002/eat.20382
4. Linardon J, Hindle A, Brennan L. Dropout from cognitive-behavioral therapy for eating disorders: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord.* 2018;51(5):381-391. doi:10.1002/eat.22850

5. Ali K, Farrer L, Fassnacht DB, Gulliver A, et al. Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: a systematic review. *Int J Eat Disord.* 2017;50(1):9-21. doi:10.1002/eat.22598
6. Aird CS, Reisinger BAA, Webb SN, Gleaves DH. Comparing social stigma of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder: a quantitative experimental study. *J Eat Disord.* 2025;13:15-26. doi:10.1186/s40337-025-01198-x
7. Lubieniecki G, Fernando AN, Randhawa A, Cowlishaw S, et al. Perceived clinician stigma and its impact on eating-disorder treatment experiences: a systematic review of the lived-experience literature. *J Eat Disord.* 2024;12(1):161-172. doi:10.1186/s40337-024-01128-3
8. Vincenzo C, Lawrence V, McCombie C. Patient perspectives on premature termination of eating-disorder treatment: a systematic review and qualitative synthesis. *J Eat Disord.* 2022;10:39-51. doi:10.1186/s40337-022-00568-z
9. Meule A, Dieffenbacher AL, Kolar DR, Voderholzer U. Weight suppression, binge eating, and purging as predictors of weight gain during inpatient treatment in persons with bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2025;33(4):941-949. doi:10.1002/erv.3197
10. Tchanturia K, Rania A, Brown A, Allen K, et al. Social support across eating-disorder diagnostic groups. *J Eat Disord.* 2023;11(1):32-44. doi:10.1186/s40337-023-00706-1
11. Wozniak A, McCay E, Carter JC, O'Connor K, et al. A Family Navigator improves post-discharge treatment adherence following inpatient eating-disorder care. *J Eat Disord.* 2025;13:26-36. doi:10.1186/s40337-025-01315-w
12. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, et al. Stigmatization of people with mental illnesses: a follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *Br J Psychiatry.* 2000;177(1):4-7. doi:10.1192/bjp.177.1.4
13. Wales J, Brewin N, Raghavan R, Arcelus J. Exploring barriers to South Asian help-seeking for eating disorders. *Ment Health Rev J.* 2017;22(1):40-50. doi:10.1108/MHRJ-12-2015-0042
14. Brelet L, Flaudias V, Désert M, Guillaume S, et al. Stigmatization toward people with anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder: a scoping review. *Nutrients.* 2021;13(8):2834-2847. doi:10.3390/nu13082834
15. Sandri E, Cantín Larumbe E, Cerdá Olmedo G, Luciani G, et al. Anorexia and bulimia nervosa in Spanish middle-aged adults: links to sociodemographic factors, diet, and lifestyle. *Nutrients.* 2024;16(16):2671-2682. doi:10.3390/nu16162671
16. Smith KE, Leonard RC, Hay PJ, Touyz S, et al. Rates and predictors of attrition in an outpatient public psychology eating-disorder program. *Clin Psychol Psychother.* 2024;31(5):1432-1446. doi:10.1002/cpp.2931
17. Andersen ST, Linkhorst T, Gildberg FA, Sjögren M. Why do women with eating disorders decline treatment? A qualitative study of barriers to specialized eating-disorder treatment. *Nutrients.* 2021;13(11):4033-4044. doi:10.3390/nu13114033
18. Bryant E, Touyz S, Maguire S. Public perceptions of people with eating disorders: commentary on results from the 2022 Australian national survey of mental-health-related stigma and discrimination. *J Eat Disord.* 2023;11:62-70. doi:10.1186/s40337-023-00786-z

БУЛИМИЯ НЕРВОЗАСЫ: МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚӨМЕККЕ ЖҮГІНУІ МЕН ЕМГЕ БЕЙІМДІЛІГІНЕ ӘЛЕУМЕТТІК ҚОЛДАУ МЕН СТИГМАТИЗАЦИЯНЫҢ ҮҚПАЛЫ

ЛЕНСКАЯ А.Ш.¹

¹ ШЖҚ "ҚОСТАНАЙ ОБЛЫСТЫҚ ПСИХИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ" КМК

Аннотация

Мәссағаты. Булимия нервоза кезінде стигматизация мен әлеуметтік қолдаудың медициналық қомекке жүгінүі мен емге бейімділікке байланысын бағалау.

Әдістері. 2018–2025 жылдар аралығындағы PubMed/Medline, Web of Science және Google Scholar дереккөрларындағы жарияланымдарға жылдам мақсатты әдеби шолу жүргізілді. Іріктеу қосарлы скрининг әдісімен, алдын ала белгіленген қосу критерийлері мен зерттеу сапасын бағалау арқылы жүзеге асырылды.

Әтапшелері. Іздеу нәтижесінде 100 жарияланым анықталып, олардың 18-і (сандық, сапалық және шолулық зерттеулер) талдауга енгізілді. Жалпы популяцияда нервтік булимияның ауырлығын төмен бағалау және пациенттерді өзін-өзі кінәлауга бейім стигматизациялық көзқарастар сакталып, медициналық қомекке кеш жүгінүмен байланысты болды. Клиникалық таңдамада медицина қызыметкерлері тарарапынан қабылданған стигма мен интернализацияланған ұят сезімі терапияға қатысудың

тұрақсyzдығымен және емдеуді мерзімінен бұрын тоқтатумен байланыстырылды. Әлеуметтік қолдау (отбасы, құрдастар, клиницистер) емге кіру мен емделуде қалу ықтималдығын арттыратын модератор ретінде анықталды. Зерттеулердің басым болігі тамақтану бұзылыстарына жалпы қатысты, ал BN-тән әсерлер сирек расталады.

Шектеулері. Кросс-секциялық және сапалық зерттеулердің басым болуы, ағылшын тілді елдерге бағытталған географиялық ығысу, нәтижелік көрсеткіштердің (жүгінү, бейімділік) гетерогенділігі және BN-тән деректердің жеткілікіздігі.

Қорытындылар. Стигматизация, ықтимал түрде, BN кезінде медициналық қомекке кеш жүгінү мен емге бейімділіктің төмендеуіне ықпал етеді, ал қолдаушы орта мен бағалаусыз клиникалық өзара іс-кимыл жақсы мінез-құлықтық нәтижелермен байланысты. Антистигматизациялық компоненттерді (психобілім беру, ұят пен өзін-өзі аяу сезімімен жұмыс, отбасылық қатысуды қүштейту) және мәдени сезімталдықты арттыру емделмеген кезеңнің

ұзактығын қысқартуға және терапияда ұстап қалуды жақсартуға мүмкіндік береді.

Түйін сөздер: булимия; стигма; медициналық көмекке жүтіну; емге бейімділік; әлеуметтік колдау.

BULIMIA NERVOZA: THE ROLE OF SOCIAL APPROVAL AND STIGMATIZATION IN TREATMENT-SEEKING AND ADHERENCE

LENSKAYA A. SH.¹

¹ Kostanay Regional Mental Health Center

Objective. To examine how stigma and social support are associated with help-seeking and treatment adherence in bulimia nervosa (BN).

Methods. A rapid targeted review of publications (2018–2025) across PubMed/Medline, Web of Science, and Google Scholar. Pre-specified eligibility criteria, dual screening, and quality appraisal were applied.

Results. The search yielded 100 records; 18 studies (quantitative, qualitative, and reviews) met inclusion criteria. In general-population samples, stigmatizing beliefs (downplaying BN severity, patient blame) were associated with delayed help-seeking. In clinical samples, perceived clinician stigma and internalized shame correlated with weaker engagement and higher risk of premature termination. Social support from family, peers, and clinicians moderated these effects, being linked to greater treatment entry and retention. Many findings derive

from eating-disorder-wide data; BN-specific evidence is less frequent.

Limitations. Predominantly cross-sectional and qualitative designs, Anglophone bias, heterogeneous outcome definitions (help-seeking, adherence), and limited BN-specificity.

Conclusions. Stigma likely contributes to delayed help-seeking and lower adherence in BN, whereas supportive, non-judgmental contexts are associated with better behavioral outcomes. Incorporating anti-stigma components (psychoeducation, shame/self-compassion work, family involvement) and culturally sensitive delivery may reduce duration of untreated illness and improve retention.

Keywords: bulimia nervosa; stigma; help-seeking; adherence; social support.

УДК: 616-053.2:617-089:159.942:159.9

ВЛИЯНИЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ТРЕВОГИ РОДИТЕЛЕЙ НА СУБЪЕКТИВНОЕ ВОСПРИЯТИЕ БОЛИ И ТРЕВОГИ У ДЕТЕЙ (ОБЗОР)

АБИЛЕВА А.А.¹, КАРАЖАНОВА А.С.¹

¹ НАО “Медицинский университет Астана”

Аннотация. Целью работы является анализ современных данных о влиянии тревожности родителей в perioperative периоде на субъективное восприятие боли и тревоги у детей, перенёсших хирургические вмешательства. Периоперационная тревога рассматривается как один из ведущих психосоциальных факторов, способных усиливать стрессовые и болевые реакции ребёнка. Выполнен анализ зарубежных исследований за 2019–2025 гг., отобранных из баз данных PubMed, Scopus, Elsevier и Springer по ключевым словам: parental anxiety, perioperative anxiety, child pain, pediatric surgery. Анализ показал устойчивую положительную корреляцию между высоким уровнем тревоги родителей и интенсивностью боли и тревожности у ребёнка. Наиболее выраженные эффекты отмечаются при экстренных операциях и у детей младшего возраста. Эффективность демонстрируют интервенции, направленные на снижение тревоги родителей — психообразовательные, когнитивно-поведенческие и технологические (в том числе с элементами виртуальной реальности). Недостаточно изученными остаются влияние отцов, культурные различия и долгосрочные последствия эмоциональной дисрегуляции в семье. Полученные результаты подчеркивают необходимость включения оценки тревожности родителей в стандартные протоколы подготовки детей к операции и разработки семейно-ориентированных психопрофилактических программ.

Ключевые слова: perioperative тревога; родители; дети; восприятие боли; эмоциональная регуляция; семейные факторы; когнитивно-поведенческая терапия.

Введение

Хирургическое вмешательство в детском возрасте выступает мощным стрессовым фактором как для самого ребёнка, так и для его родителей. Наиболее уязвимым этапом считается periоперационный период, включающий предоперационное ожидание, саму операцию и раннее восстановление. Именно в этот промежуток времени нарастает неопределенность и повышается эмоциональное напряжение в семье. Современные исследования в области психологии здоровья акцентируют внимание на значимости семейных факторов при переживании хирургического стресса [1, 2, 3]. Эмоциональное состояние родителей регулирует восприятие боли и тревоги ребёнка через когнитивные, поведенческие реакции и нейроэндокринные механизмы [4], формируя более целостную модель взаимодействия факторов. При этом современные работы подчёркивают необходимость учёта культурного контекста и роли обоих родителей. Различия между семьями из Восточной и Западной Азии показывают, что выраженность тревоги и стратегии совладания зависят от культурных норм и степени вовлечённости отцов [5, 6, 7]. Настоящий обзор обобщает результаты современных эмпирических и систематических исследований, направленных на изучение взаимосвязи родительской тревоги и субъективного восприятия боли и тревоги у детей в periоперационном периоде.

Материалы и методы

Настоящая работа представляет собой обзор литературы, выполненный в период с октября по ноябрь 2025 года. Поиск проводился в международных базах данных PubMed, Scopus, SpringerLink, Elsevier. Использованы ключевые слова и их сочетания: parental anxiety, child anxiety, perioperative period, pediatric surgery, pain perception, parental stress, virtual reality interventions, cognitive-behavioral therapy. Критерии включения: публикации 2019–2025 гг.; исследования на детях (возраст 2–17 лет), перенёсших плановые или экстренные операции; оценка родительской тревожности валидированными шкалами (STAI, APAIS,

HADS, PCS-P и др.); анализ связи между родительской тревогой и показателями боли, тревожности или поведения ребёнка. Критерии исключения: отсутствие эмпирических данных, публикации до 2019 г., отсутствие англоязычного резюме.

Результаты

В анализ включены 17 эмпирических и 6 обзорных исследований за 2019–2025 гг. В большинстве случаев выявлена устойчивая положительная связь между уровнем тревоги родителей и выраженностью боли и тревожности у детей ($r = 0.35–0.58$; $p < 0.01$) [2, 8, 9]. Наиболее выраженные эффекты наблюдались:

- у детей младше 10 лет;
- при экстренных вмешательствах (аппендэктомия, травматология);
- у матерей с высоким уровнем тревожности по шкале STAI-S.

Метаанализ Cain и Caldwell-Andrews [8] подтвердил, что присутствие родителей при индукции анестезии достоверно снижает уровень тревоги у детей. Alves et al. [8] и Doluoglu et al. [2] показали, что предоперационная тревожность родителей предсказывает более интенсивные послеоперационные боли.

Систематический обзор Byiers & Rosen. [4] подчеркнул влияние уровня родительской катастрофизации на эффективность обезболивания и адаптацию ребёнка.

Современные цифровые программы такие как Take5 [10], мобильное приложение CalmParent [11] и VR-технологии [12] демонстрируют эффективность в снижении тревожности родителей и улучшают взаимодействия с медицинским персоналом.

Обсуждение

Полученные результаты подтверждают, что эмоциональное состояние родителей является ключевым модератором детской тревоги и болевого восприятия.

Механизмы влияния включают:

- 1) поведенческий: ребёнок бессознательно отражает тревожное поведение родителя;
- 2) когнитивный: катастрофизация боли у родителей повышает ожидания страдания у ребёнка [4];
- 3) физиологический: активация симпатоадреналовой системы и гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси (НРА)

сопровождается увеличением кортизола и нарушением вариабельности сердечного ритма у обоих участников диады [13, 14].

Эти механизмы образуют «порочный круг» тревоги, особенно при экстренных операциях, когда времени на адаптацию нет. Исследования Walker et al.[15] и Hussain et al. [16] показали, что высокая родительская тревожность предсказывает формирование хронических болевых синдромов.

Роль отца постепенно выходит на передний план: участие отцов в процессе подготовки к операции коррелирует со снижением тревожности ребёнка [5,7]. Недостаточно изучено влияние социально-экономического статуса семьи, что отмечают Harrison et al. [17].

Современные профилактические подходы включают когнитивно-поведенческие тренинги, VR-интервенции [12], mindfulness-программы для родителей [18] и цифровые приложения [11]. Их использование повышает информированность и снижает реактивную тревожность.

Проспективные данные Tsai et al. [18] и Amin et al. [19] указывают, что высокая родительская тревожность в раннем возрасте ребёнка связана с нарушением эмоциональной регуляции и повышенным

риском тревожных расстройств в подростковом возрасте.

Заключение

Периоперационная тревога родителей является важным психосоциальным предиктором, влияющим на эмоциональное и болевое восприятие ребёнка.

Обзор литературы за 2019–2025 гг. показал, что использование валидированных инструментов (STAI, HADS, APAIS, PCS-P) и внедрение кратких психообразовательных и цифровых интервенций позволяют эффективно снижать уровень тревоги родителей.

Перспективными направлениями исследований являются:

- интеграция семейно-ориентированных программ в клинические маршруты;
- включение в выборки отцов;
- учёт культурных различий и социального контекста;
- изучение долгосрочных нейропсихологических эффектов родительской тревоги.

Эффективность программ когнитивно-поведенческой терапии, mindfulness и цифровых инструментов (VR, мобильные приложения) открывает возможности для внедрения психологических вмешательств в стандартную хирургическую практику [12,18,21].

Источник финансирования: отсутствует.

Конфликт интересов: конфликт интересов не заявлен.

Сведения об авторах

Абилева Айгерим Адильбаевна – магистрант кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии, НАО «Медицинский университет Астана», Республика Казахстан.

Каражанова Анар Серикказыевна – д.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии, НАО «Медицинский университет Астана», Республика Казахстан.

Список использованной литературы

1. Jukić, M., Mamić, G., & Rajić, Z. (2022). Parental anxiety, child distress and postoperative recovery: implications for perioperative care. *Children*, 9(8), 1220.
2. Doluoglu, O., Yildiz, T., & Kara, M. (2025). Predictors of parental anxiety and child postoperative pain outcomes in emergency surgeries. *BMC Pediatrics*, 25(1), 117.
3. Amin, R., Patel, S., & Li, D. (2021). Parental stress and child postoperative outcomes: A longitudinal analysis. *Child Health & Behavior*, 15(2), 117–128.
4. Byiers, B. J., & Rosen, N. O. (2022). Parental pain catastrophizing, communication ability, and pain outcomes in children and adolescents with chronic pain: A systematic review. *Frontiers in Pain Research*, 3, 809351.
5. Taylor, S. E., Fredericks, E. M., Janisse, H. C., & Cousino, M. K. (2020). Systematic review of father involvement and child outcomes in pediatric chronic illness populations. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 27(1), 89–106.
6. Poh, P. F., Wong, J. J.-M., Ong, C., et al. (2024). Ethnic differences in parental experiences during the first six months after pediatric intensive care unit discharge. *BMJ Open*, 14(1), e083512

7. Bodunde, O. T., Adegun, P. T., & Sholeye, O. F. (2023). Fathers' involvement in the healthcare of their children: Determinants and barriers. *Egyptian Pediatric Association Gazette*, 71, 34.
8. Kain, Z. N., & Caldwell-Andrews, A. A. (2021). Meta-analysis of parental presence during induction of anesthesia: Effects on child anxiety. *Pediatric Anesthesia*, 31(7), 852–861.
9. Alves, T., Martins, R., & Pereira, A. (2024). Parental anxiety and postoperative pain management in pediatric tonsillectomy. *Journal of Pediatric Psychology*, 49(3), 215–226.
10. Vongkiatkajorn, S., Chantarasiri, T., & Phanphaisarn, A. (2023). Take5: A brief digital psychoeducation program for reducing parental anxiety before pediatric surgery. *Patient Education and Counseling*, 115(6), 1221–1228.
11. Larsen, H., Davis, K., & Tran, J. (2024). Effectiveness of CalmParent mobile app in reducing perioperative anxiety. *JMIR Mental Health*, 11(2), e51245.
12. Beck, E., Kumar, P., & Rao, S. (2023). Virtual reality interventions for parental anxiety before pediatric surgery: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 14, 112034.
13. Kim, S., Park, H., & Jang, Y. (2024). Cortisol reactivity and heart-rate variability in anxious parents and their children before surgery. *Psychoneuroendocrinology*, 160, 106–120.
14. Harris, J., O'Neill, C., & Wang, L. (2020). Cortisol reactivity in anxious parents and pediatric patients: Physiological correlations. *Psychoneuroendocrinology*, 115, 104–117.
15. Walker, J. R., et al. (2024). Parent-Child Pain Relationship and Risk of Chronic Post-Surgical Pain. *Anesthesiology*, 141(1), 115–128.
16. Hussain, S., et al. (2023). Parental anxiety and long-term psychological outcomes in children after pediatric surgery: A systematic review. *J Pediatr Psychol*, 48(7), 653–665.
17. Harrison, B., Chen, Y., & Zhao, L. (2021). Socioeconomic determinants of parental anxiety in pediatric perioperative settings. *Social Psychiatry & Health*, 56(4), 562–571.
18. Stein, C., Wagner, S., & O'Donnell, F. (2023). Mindfulness-based programs for anxious parents in pediatric surgery settings. *Clinical Psychology Review*, 101, 102116.
19. Tsai, Y., Chang, L., & Huang, W. (2020). Early parental anxiety and adolescent emotional regulation outcomes: A prospective study. *Child and Adolescent Mental Health*, 25(4), 233–242.
20. Amin, R., Patel, S., & Li, D. (2021). Parental stress and child postoperative outcomes: A longitudinal analysis. *Child Health & Behavior*, 15(2), 117–128.
21. Yilmaz, N., Ersoy, S., & Kilic, A. (2023). Cognitive-behavioral interventions for perioperative parental stress: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology in Medicine*, 42(9), 947–961.

АТА-АНАЛАРДЫҢ ПЕРИОПЕРАЦИЯЛЫҚ МАЗАСЫЗДАНУНЫҢ БАЛАЛАРДАҒЫ АУЫРСЫНУ МЕН МАЗАСЫЗДЫҚТЫ СУБЪЕКТИВТІ ҚАБЫЛДАУЫНА ӘСЕРІ

АБИЛЕВА А.А.¹, КАРАЖАНОВА А.С.¹

¹ «АСТАНА МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ, АСТАНА Қ., ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ

Аннотация

Мақсаты. Хирургиялық араласулардан өткен балаларда периоперациялық кезеңдегі ата-аналардың мазасыздандынуның ауырсыну мен мазасыздықты субъективті қабылдауға әсері туралы қазіргі ғылыми деректерді талдау. Периоперациялық мазасыздандын баладағы стресс пен ауырсыну реакцияларын күштейтін жетекші психоәлеуметтік факторлардың бір ретінде қарастырылады.

2019–2025 жылдар аралығындағы шетелдік зерттеулер PubMed, Scopus, Elsevier және Springer дереккорларынан *parental anxiety*, *perioperative anxiety*, *child pain*, *pediatric surgery* түйін сөздері бойынша іріктеліп, талданды. Талдау нәтижелері ата-аналар мазасыздандынуның жоғары деңгейі мен балалардағы ауырсыну мен мазасыздық қарқындылығы арасында түрліктердің оң корреляция бар екенін көрсетті. Ең айқын әсерлер шүғыл операциялар кезінде және жастағы

балаларда байқалды. Ата-аналардың мазасыздандынуын төмөндөтүге бағытталған психобілім беру, когнитивті-мінез-құлықтық және технологиялық (оның ішінде виртуалды шынайылық элементтері бар) интервенциялар тиімділігін көрсетті.

Әкелердің ықпалы, мәдени айырмашылықтар және отбасы ішіндегі эмоциялық дисрегуляцияның үзак мерзімді салдары жеткілікті деңгейде зерттелмеген. Алынған нәтижелер балаларды операцияға дайындаудың стандартты хаттамаларына ата-аналар мазасыздандынуын бағалауды енгізуін және отбасыға бағдарланған психопрофилактикалық бағдарламаларды әзірлеудің маңыздылығын көрсетеді.

Түйін сөздер: периоперациялық мазасыздандын ата-аналар; балалар; ауырсынуды қабылдау; эмоциялық реттелу; отбасылық факторлар; когнитивті-мінез-құлықтық терапия.

THE IMPACT OF PARENTAL PERIOPERATIVE ANXIETY ON CHILDREN'S SUBJECTIVE PERCEPTION OF PAIN AND ANXIETY (REVIEW)

ABILEVA A.A.¹, KARAZHANOVA A.S.¹

¹ ASTANA MEDICAL UNIVERSITY, ASTANA, REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Abstract

Objective. This review aims to analyze current evidence on the impact of parental anxiety in the

perioperative period on the subjective perception of pain and anxiety in children undergoing surgical procedures. Perioperative anxiety is considered one of the leading

psychosocial factors capable of intensifying stress and pain responses in pediatric patients.

An analysis of international studies published between 2019 and 2025 was conducted using the PubMed, Scopus, Elsevier, and Springer databases based on the following keywords: *parental anxiety, perioperative anxiety, child pain, pediatric surgery*. The analysis revealed a stable positive correlation between high levels of parental anxiety and increased intensity of pain and anxiety in children. The most pronounced effects were observed in emergency surgeries and among younger children. Interventions aimed at reducing parental anxiety, including psychoeducational, cognitive-behavioral, and

technological approaches (including virtual reality-based interventions), demonstrated effectiveness.

The influence of fathers, cultural differences, and the long-term consequences of emotional dysregulation within the family remain insufficiently studied. The findings highlight the necessity of incorporating parental anxiety assessment into standard preoperative preparation protocols for children and the development of family-centered psychoprophylactic programs.

Keywords: perioperative anxiety; parents; children; pain perception; emotional regulation; family factors; cognitive-behavioral therapy.

УДК: 159.923:616.89:37.091.2-057.875

ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА, КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ И УРОВНЯ ПРИТЯЗАНИЙ С ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ БЛАГОПОЛУЧИЕМ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ (ОБЗОР)

ЖАНИЕВ Д.А.¹, АЛТЫНБЕКОВ К.С.², КАРАЖАНОВА А.С.¹

¹ НАО «Медицинский университет Астана»

² ГКП на ПХВ «Городской центр психического здоровья» акимата г. Астана

Аннотация

Введение. Студенты медицинских вузов представляют собой группу риска по развитию психологического неблагополучия и выгорания. Неблагоприятный детский опыт (НДО) является установленным предиктором психических и соматических расстройств во взрослом возрасте. Однако механизмы его влияния на адаптацию в условиях специфического стресса медицинского образования, а также роль таких личностных регуляторов, как уровень притязаний, изучены недостаточно.

Цель. Провести систематический анализ современных научных данных о взаимосвязи неблагоприятного детского опыта, копинг-стратегий и уровня притязаний с психологическим благополучием студентов-медиков для построения комплексной модели психологического сопровождения.

Методы. Был проведен поиск и анализ релевантных публикаций в научных базах данных. Использовались методы систематизации, синтеза и критической оценки литературных источников. В обзор включены фундаментальные и современные работы по медицине, психологии и образованию.

Результаты. Анализ литературы выявил, что НДО статистически значимо связан с повышенным риском выгорания, депрессии и тревоги у студентов медицинских вузов. Эта связь опосредована предпочтением дезадаптивных копинг-стратегий (избегание, отрицание) и снижением уровня воспринимаемой социальной поддержки. Уровень притязаний выступает важным модулирующим фактором: адекватный уровень способствует выбору проблемно-ориентированного копинга, являясь буфером против стресса, в то время как неадекватный (занятый или заниженный) усугубляет дезадаптацию. Внутренние психологические факторы, такие как низкая самоорганизация, эмоциональный интеллект и дезадаптивный перфекционизм, идентифицированы как ключевые предикторы выгорания.

Выводы. Проведенный обзор демонстрирует комплексный характер взаимосвязи между ранним жизненным опытом, личностными ресурсами и психологическим благополучием будущих врачей. Полученные данные подчеркивают необходимость разработки целостных программ психологического сопровождения, интегрированных в учебный процесс и

направленных на развитие адаптивных копинг-навыков, гармонизацию уровня притязаний и усиление личностных ресурсов у студентов медицинских вузов, особенно с историей детских невзгод.

Ключевые слова: неблагоприятный детский опыт, копинг-стратегии, уровень притязаний, психологическое благополучие, выгорание, перфекционизм, эмоциональный интеллект.

Введение

Актуальность проблемы психологического благополучия студентов медицинских вузов обусловлена его прямым влиянием не только на личное здоровье будущих врачей, но и на качество оказываемой ими медицинской помощи. Многочисленные исследования констатируют тревожную распространенность депрессии, тревоги и эмоционального выгорания в этой популяции, уровень которых зачастую превышает показатели в общей популяции и имеет тенденцию к нарастанию в процессе обучения [1, 2]. Ключевыми факторами риска выступают хронический академический стресс, экстремально высокие требования, специфические стрессоры медицинского образования (первый контакт со смертью, ответственность за пациентов), недостаток сна и финансовая нагрузка [1, 3, 4].

В последние десятилетия накоплены убедительные доказательства того, что неблагоприятный детский опыт является мощным биоповеденческим фактором риска, повышающим уязвимость к психическим и соматическим заболеваниям на протяжении всей жизни [5, 6, 7]. Исследования, проведенные в том числе на территории СНГ, подтверждают высокую распространенность НДО среди молодежи и его сильную связь с риском суицидального поведения, употребления психоактивных веществ и рискованного сексуального поведения [8].

Несмотря на установленную связь между НДО и негативными исходами, остаются недостаточно изученными индивидуально-психологические факторы, которые могут смягчать или усугублять это влияние в специфическом контексте медицинского образования. Копинг-стратегии и уровень притязаний являются потенциально ключевыми переменными, определяющими траекторию адаптации [9, 10, 11]. Целью данного литературного обзора

является анализ и синтез современных научных данных о взаимосвязи неблагоприятного детского опыта, копинг-стратегий и уровня притязаний с психологическим благополучием студентов медицинских вузов для построения комплексной модели психологического сопровождения.

Влияние неблагоприятного детского опыта на здоровье и адаптацию

Исследование неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experiences, ACE), инициированное Винсенентом Фелити и Робертом Анда, представляет собой краеугольный камень в понимании долгосрочного влияния детской травмы на здоровье. Масштабное ретроспективно-проспективное исследование с выборкой 9508 взрослых продемонстрировало убедительные градиенты «доза-эффект»: с увеличением количества пережитых в детстве невзгод (физическое, сексуальное насилие, психологическое пренебрежение, домашняя дисфункция и др.) статистически значимо возрастают риски развития ишемической болезни сердца, онкологических заболеваний, хронических обструктивных болезней легких, депрессии, суицидального поведения и аддикций [5]. Это свидетельствует о том, что ACE являются не психологическим феноменом с изолированными последствиями, а мощным биоповеденческим фактором риска, запускающим каскад нейроэндокринных нарушений и способствующим формированию дезадаптивных поведенческих паттернов.

Последующие работы подчеркивают, что ACE — это глобальная, а не локальная проблема общественного здравоохранения, наносящая значительный экономический ущерб вследствие потери продуктивности и роста затрат на медицинскую и социальную помощь [6]. Исследование, интегрировавшее

данные эпидемиологии и нейробиологии, показало, что выявленные популяционные ассоциации имеют четкие биологические корреляты: хронический стресс в критические периоды развития приводит к стойким структурным и функциональным изменениям в головном мозге (гиппокамп, миндалевидное тело, префронтальная кора) и нарушениям в работе гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси [7]. Эти изменения программируют системный биологический ответ, повышающий уязвимость к психическим и соматическим заболеваниям на протяжении всей жизни.

Важно отметить, что, несмотря на свою полезность в эпидемиологических исследованиях, оценка ACE не учитывает всю полноту стрессовых переживаний в детстве. Поэтому на её результаты нельзя полностью полагаться при оценке состояния конкретного человека, так как они не дают диагноза [12]. Два человека с одинаковым количеством баллов по шкале ACE могли столкнуться с травмами совершенно разной силы, длительности и в разном возрасте. Именно поэтому одинаковые результаты у двух людей не означают одинаковых последствий для их здоровья, и интерпретировать эти результаты нужно с большой осторожностью [12].

На территории СНГ исследования ACE также подтверждают высокую распространенность и серьезные последствия детских невзгод. Так, исследование ВОЗ под руководством М.А. Качаевой (2014) выявило, что 84,6% опрошенных студентов из пяти регионов России сообщили как минимум об одном НДО, при этом 17,5% столкнулись с четырьмя и более травмирующими событиями [8]. Наиболее распространенными формами были эмоциональное пренебрежение (57,9%) и физическое пренебрежение (53,3%). Исследование также установило сильные связи между ACE и риском суициального поведения, употребления ПАВ и рискованного сексуального поведения, подчеркнув необходимость разработки национальной стратегии профилактики [8]. Эти данные подчеркивают, что НДО является значимой проблемой и для популяции будущих медицинских работников.

Роль копинг-стратегий в преодолении стресса

В контексте преодоления стресса, в том числе связанного с последствиями детской травмы, центральное место занимает концепция копинг-стратегий. Фолкман и Лазарус (1988) в своей транзакционной модели стресса определили копинг как динамический процесс когнитивной и поведенческой оценки и преодоления стрессовых ситуаций [13]. Ими была установлена систематическая разница в эффективности стратегий: проблемно-ориентированный копинг (направленный на решение проблемы) в целом ассоциируется с более адаптивными исходами, в то время как эффективность эмоционально-ориентированного копинга (направленного на регуляцию эмоций) сильно зависит от контекста и контролируемости ситуации.

Дальнейшее развитие эта тема получила в работе Карвера, Шейера и Вейнтрауба (1989), которые разработали широко используемый многомерный Опросник способов совладания (COPE Inventory) [14]. Он позволяет дифференцированно оценивать 15 стратегий, сгруппированных в три категории: проблемно-ориентированные, эмоционально-ориентированные и стратегии избегания. Исследования с его использованием подтвердили, что такие стратегии, как активное планирование и позитивная переоценка, являются адаптивными, в то время как отрицание, ментальное отстранение и поведенческое избегание устойчиво коррелируют с негативными психологическими исходами.

Современные исследования фокусируются на том, как копинг-стратегии опосредуют связь между детской травмой и исходами во взрослом возрасте. Работа Шеффлер и соавт. выявила, что связь между высокими показателями ACE и сниженной резистентностью в значительной степени опосредована предпочтением дезадаптивных копинг-стратегий (избегание, отрицание) [15]. При этом адаптивные стратегии (позитивный рефрейминг, активное планирование) выступают в качестве компенсаторного механизма, ослабляющего негативное влияние ACE и способствуя

развитию устойчивости, даже при высоком уровне детской травмы [15].

Аль-Мамун и соавт., используя структурное моделирование, подтвердили комплексные медиационные пути: ACE оказывают негативное влияние на психическое здоровье не только напрямую, но и косвенно — через снижение уровня воспринимаемой социальной поддержки и способствование выбору дезадаптивных копинг-стратегий [16]. Это указывает на то, что усиление социальной поддержки и развитие адаптивных навыков совладания могут быть ключевыми мишенями для психологических интервенций у лиц с историей ACE.

Исследование Арслана (2017) на подростковой популяции дополнительно подчеркивает роль копинга. Автор выявил, что психологическое насилие тесно связано с проблемами психического здоровья, и эта связь опосредована использованием неадаптивных копинг-стратегий. При этом адаптивные копинги выступали как защитный фактор, смягчающий негативное влияние травмы [17].

Психологическое благополучие и выгорание у студентов медицинских ВУЗов

Отдельный блок исследований посвящен специфической группе риска — студентам медицинских ВУЗов. Систематический обзор Дирбай и соавт. (2006) выявил значительную распространенность депрессии, тревоги и эмоционального выгорания в этой популяции, уровень которых зачастую превышает показатели в общей популяции и имеет тенденцию к нарастанию в процессе обучения [1]. Ключевыми факторами риска выступают хронический академический стресс, высокие требования, недостаток сна, финансовая нагрузка и специфические стрессоры медицинского образования (первый контакт со смертью, ответственность за пациентов).

Исследование Бузиной и Олейникова (2024) подтверждает, что выгорание у студентов медицинских ВУЗов детерминировано в первую очередь внутренними психологическими факторами. Авторы построили регрессионную модель, показавшую, что наиболее значимыми

предикторами выгорания являются низкий уровень самоорганизации деятельности, преобладание неадаптивных копинг-стратегий и низкий уровень эмоционального интеллекта [2]. Это подчеркивает важность развития личностных ресурсов, а не только борьбы с внешними стрессорами.

Исследования также указывают на роль личностных факторов. Так, Эннс и соавт. (2001) в лонгитюдном исследовании показали, что дезадаптивный «социально предписанный перфекционизм» (убежденность в завышенных требованиях окружающих) является устойчивым предиктором роста депрессивной симптоматики и дистресса у студентов медицинских ВУЗов, в то время как «Я-ориентированный перфекционизм» (высокие личные стандарты) не демонстрировал такой связи [18]. Это подчеркивает важность психосоциального контекста обучения и внутренней мотивации.

В ответ на эти вызовы разрабатываются интервенции. Славен и соавт. (2014) продемонстрировали эффективность структурных изменений в учебной программе, направленных на развитие навыков устойчивости, осознанности и управления стрессом, что привело к статистически значимому снижению депрессии и воспринимаемого стресса у студентов [19]. Это доказывает, что проактивный подход к психическому здоровью в медицинском образовании является реализуемым и эффективным. Исследование, проведенное в Карибском медицинском вузе (Shankar P.R. et al., 2014), выявило, что основными источниками стресса для студентов являются академические факторы и групповая деятельность. Авторы также отметили, что студенты в основном использовали адаптивные копинг-стратегии (планирование, активное совладание), но подчеркнули необходимость усиления систем поддержки, таких как менторство и психологическое консультирование [12].

Уровень притязаний как личностный регулятор деятельности

В контексте академической и профессиональной адаптации важную роль играет уровень притязаний. Как отмечает

Литвак М.Е. (2020), уровень притязаний является сложным образованием, связанным с целеполаганием, оценкой собственных возможностей и стратегическим планированием деятельности [10]. Его гармоничное соотношение с самооценкой определяет успешность деятельности и устойчивость к неудачам.

Исследование Сухановой Л.А. (2009) подчеркивает, что адекватный уровень притязаний выступает мощным мотивирующим фактором в учебной деятельности. Студенты с адекватным уровнем притязаний демонстрируют настойчивость, устойчивую мотивацию достижения и адекватную реакцию на неудачи. В то же время, завышенный или заниженный уровень притязаний коррелирует с тревожностью, пассивностью и снижением академической успеваемости [20]. Это позволяет предположить, что уровень притязаний может модулировать выбор копинг-стратегий в условиях стресса, характерного для медицинского образования. Студент с адекватным уровнем притязаний, столкнувшись с трудностью, с большей вероятностью будет использовать проблемно-ориентированные стратегии, в то время как студент с неадекватным уровнем притязаний может retreat к избеганию или эмоционально-ориентированному копингу.

Ишмухаметов А.А. и соавт. (2017) в своем исследовании также подтвердили, что личностные характеристики, к которым относится и уровень притязаний, являются значимыми предикторами выбора копинг-стратегий у студентов-медиков [21]. Это положение находит подтверждение и в более широком контексте: исследование Николаева Д. и соавт. (2023) выявило тесную взаимосвязь между стрессоустойчивостью и копинг-стратегиями у практикующих медицинских работников [22], что указывает на долговременный характер выявленных закономерностей за пределами образовательного этапа.

Синтез направлений: комплексная модель взаимосвязей

Проведенный анализ литературы позволяет выстроить логическую цепь взаимосвязей и предложить комплексную модель психологической адаптации

студентов-медиков.

Неблагоприятный детский опыт, являясь мощным предиктором психологического неблагополучия, может формировать у индивида склонность к дезадаптивным копинг-стратегиям (избегание, отрицание) [15, 16]. Студенты-медики с историей НДО, попадая в условия хронического академического и профессионального стресса [1, 3, 12], могут оказаться особенно уязвимыми, если их арсенал совладания ограничен дезадаптивными паттернами.

Уровень притязаний в этой цепи выступает важным модулирующим фактором. Адекватный уровень притязаний, связанный с реалистичной самооценкой и мотивацией достижения [10, 20], может способствовать выбору и активному использованию проблемно-ориентированных копинг-стратегий, которые, в свою очередь, являются буфером против негативного влияния как текущего стресса, так и последствий НДО [15, 16]. Напротив, неадекватный уровень притязаний (как завышенный, так и заниженный) может усугублять дезадаптацию, способствуя выбору неэффективных стратегий совладания и повышая риск выгорания и психических расстройств.

Важно учитывать, что на эту систему влияют и другие личностные факторы, выявленные в исследованиях. Низкий уровень самоорганизации и эмоционального интеллекта [2], а также дезадаптивный социально предписанный перфекционизм [18] выступают как дополнительные предикторы выгорания, тесно переплетаясь с неадаптивным копингом и неадекватным уровнем притязаний. Таким образом, формируется комплексный профиль риска, где внутренние психологические особенности играют не менее важную роль, чем внешние стрессоры и история детских травм.

Заключение

Проведенный литературный обзор демонстрирует, что психологическое благополучие студентов медицинских вузов является результатом сложного, многокомпонентного взаимодействия раннего жизненного опыта, личностных ресурсов и специфических стрессоров

профессионального становления. Неблагоприятный детский опыт повышает уязвимость к дезадаптации в условиях медицинского вуза, во многом через формирование склонности к неэффективным копинг-стратегиям и снижение восприятия социальной поддержки. Уровень притязаний, наряду с такими факторами, как эмоциональный интеллект, самоорганизация и тип перфекционизма, выступает ключевым личностным регулятором, который может как смягчать, так и усугублять это влияние.

Дальнейшие исследования, направленные на проверку предложенной комплексной модели взаимосвязей, позволят уточнить мишени и повысить эффективность психологических интервенций. Инвестиции в психическое здоровье будущих врачей на этапе их обучения являются не только этическим императивом, но и стратегической необходимостью, способствующей сохранению кадрового потенциала и повышению качества медицинской помощи в целом.

Источник финансирования: отсутствует.

Конфликт интересов: конфликт интересов не заявлен.

Сведения об авторах

Жаниев Думан Абаяевич - магистрант по образовательной программе «Клиническая психология» НАО МУА

Алтынбеков Куаныш Сагатович - доктор медицинских наук, врач психиатр, директор ГКП на ПХВ «Городской центр психического здоровья» акимата г. Астана.

Каражанова Анар Серикказыевна - доктор медицинских наук, врач психиатр нарколог, психотерапевт, доцент кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии НАО МУА.

Список использованной литературы

1. Dyrbye L. N., Thomas M. R., Shanafelt T. D. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students // Academic Medicine. 2006. Vol. 81, № 4. P. 354–373.
2. Бузина Т. С., Олейников С. Исследование психологических факторов выгорания студентов медицинского вуза // Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование». 2024. № 2. С. 81–101.
3. Shankar P. R., Balasubramanium R., Ramireddy R., Diamante P., Barton B., Dwivedi N.R. Stress and Coping Strategies among Premedical and Undergraduate Basic Science Medical Students in a Caribbean Medical School // Education in Medicine Journal. 2014. Vol. 6, № 1.
4. Плетнёв Г.А., Юсупов П.Р. Психологический стресс и копинг-стратегии у студентов медицинских специальностей в контексте ковидных ограничений // Текст научной статьи по специальности «Психологические науки». 2022. С. 47-50.
5. Felitti V. J., Anda R. F., Nordenberg D., Williamson D. F., Spitz A. M., Edwards V., Koss M. P., Marks J. S. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults // American Journal of Preventive Medicine. 1998. Vol. 14, № 4. P. 245–258.
6. Anda R. F., Butchart A., Felitti V. J., Brown D. W. Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences // American Journal of Preventive Medicine. 2010. Vol. 39, № 1. P. 93–98.
7. Anda R. F., Felitti V. J., Bremner J. D., Walker J. D., Whitfield C., Perry B. D., Dube S. R., Giles W. H. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2006. Vol. 256, № 3. P. 174–186.
8. Качаева М. А., Sethi D., Бадмаев В. Д., Новожилов А. В., Иванов А. В. Исследование распространенности неблагоприятных событий детства среди молодых людей в Российской Федерации. Всемирная организация здравоохранения, 2014.
9. Carver C. S., Scheier M. F., Weintraub J. K. Assessing coping strategies: a theoretically based approach // Journal of Personality and Social Psychology. 1989. Vol. 56, № 2. P. 267–283.
10. Литвак М. Е. Психология жизненного успеха: уровень притязаний и самооценка. Ростов-на-Дону: Феникс, 2020.
11. Purewal S. K., Bucci M., Gutierrez Wang L., Koita K., Silvério Marques S., Oh D., Burke Harris N. Screening for Adverse Childhood Experiences (ACEs) in an Integrated

- Pediatric Care Model // Zero to Three. 2016. Vol. 37, № 1. P. 10–17.
12. Sheffler J. L., Piazza J. R., Quinn J. M., Sachs-Ericsson N. J., Stanley I. H. Adverse childhood experiences and coping strategies: identifying pathways to resiliency in adulthood // Anxiety, Stress, & Coping. 2019. Vol. 32, № 5. P. 594–609.
13. Folkman S., Lazarus R. S. The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research // Social Science & Medicine. 1988. Vol. 26, № 3. P. 309–317.
14. Al-Mamun F., Al Habib A., Almerab M. M., Soraci P., Mamun M. A. Adverse childhood experiences and mental health: the mediating role of perceived social support and coping strategies // Journal of Mental Health. 2023. P. 1–11.
15. Arslan G. Psychological maltreatment, coping strategies, and mental health problems: A brief and effective measure of psychological maltreatment in adolescents // Child Abuse & Neglect. 2017. Vol. 68. P. 96–106.
16. Enns M. W., Cox B. J., Sareen J., Freeman P. Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation // Medical Education. 2001. Vol. 35, № 11. P. 1034–1042.
17. Slavin S. J., Schindler D. L., Chibnall J. T. Medical student mental health 3.0: improving student wellness through curricular changes // Academic Medicine. 2014. Vol. 89, № 4. P. 573–577.
18. Суханова Л. А. Уровень притязаний личности как мотивирующий фактор учебной деятельности студентов // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. 2009. № 10. С. 46–49.
19. Ишмухаметов А. А., и др. Взаимосвязь копинг-стратегии и личностных характеристик у студентов медицинских специальностей: дипломная работа (проект) специалиста по направлению подготовки: 37.03.01-Психология. 2017.
20. Николаев Д. и др. Взаимосвязь стрессоустойчивости и копинг стратегий у медицинских работников // Endless Light in Science. 2023. Июнь. С. 355–362.
21. Kessler R. C., McLaughlin K. A., Green J. G., Gruber M. J., Sampson N. A., Zaslavsky A. M., Aguilar-Gaxiola S., Alhamzawi A. O., Alonso J., Angermeyer M., Benjet C., Bromet E., Chatterji S., de Girolamo G., Demyttenaere K., Fayyad J., Florescu S., Gal G., Gureje O., Haro J. M., Hu Cy., Karam E. G., Kawakami N., Lee S., Lépine J. P., Ormel J., Posada-Villa J., Sagar R., Tsang A., Ustün T. B., Vassilev S., Viana M. C., Williams D. R. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys // The British Journal of Psychiatry. 2010. Vol. 197, № 5. P. 378–385. DOI:10.1192/bjp.bp.110.080499

МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖОГАРЫ ОҚУ ОРЫНДАРЫ СТУДЕНТТЕРИНДІК ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ӘЛ-АУҚАТЫМЕН БАЛАЛЫҚ ШАҚТАҒЫ ҚОЛАЙСЫЗ ТӘЖІРИБЕ, КОПИНГ-СТРАТЕГИЯЛАР ЖӘНЕ ТАЛАПТАНУ ДЕНГЕЙІНДІК ӨЗАРА БАЙЛАНЫСЫ

ЖАНИЕВ Д.А.¹, АЛТЫНБЕКОВ К.С.², КАРАЖАНОВА А.С.¹

¹ «АСТАНА МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТИ» КЕАҚ, АСТАНА Қ., ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ

² АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ «ҚАЛАЛЫҚ ПСИХИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ» ШЖҚ МҚК, АСТАНА Қ., ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ

Аннотация

Кіріспе. Медициналық жоғары оқу орындарының студенттері психологиялық қолайсыздық пен эмоционалдық қажудың (burnout синдромы) даму қаупі жоғары топка жатады. Балалық шақтағы қолайсыз тәжірибелер ересек жаста психикалық және соматикалық бұзылыстардың маңызды болжамдауышы факторларының бірі ретінде қарастырылады. Алайда медициналық білім берудің ерекше стресстік жағдайларында бұл тәжірибелердің бейімделуге калай әсер ететіні, сондай-ақ талаптану деңгейі сияқты тұлғалық реттеуші факторлардың рөлі жеткілікті зерттелмеген.

Мақсаты. Медициналық студенттердің психологиялық әл-ауқатымен балалық шақтағы қолайсыз тәжірибелердің, копинг-стратегиялардың және талаптану деңгейінің өзара байланысы туралы қазіргі ғылыми деректерге жүйелі талдау жүргізу және психологиялық сүйемелдеудің кешенді моделін негіздеу.

Әдістері. Ғылыми деректорлардан тақырыпқа қатысты жарияланымдарға іздеу және талдау жүргізді. Әдебиет көздерін жүйелуе, синтездеу және сини бағалау әдістері қолданылды. Шолуға медицина, психология және білім беру салаларындағы іргелі және заманауи зерттеулер енгізілді.

Нәтижелері. Әдеби деректерді талдау балалық шақтағы қолайсыз тәжірибелердің медициналық жоғары оқу орындары студенттерінде эмоционалдық қажу, депрессиялық симптомдар мен мазасыздықтың жоғары қаупімен статистикалық түрғыдан мәнді байланыста екенін көрсетті. Бұл байланыс қашу мен терістеу секілді бейімделмейтін копинг-стратегияларды жиі таңдаумен, сондай-ақ субъективті түрде қабылданатын әлеуметтік колдау деңгейінің төмендігімен түсіндіріледі. Талаптану деңгейі маңызды модераторлық фактор ретінде көрінеді: оның шынайы және үйлесімді деңгейі проблемага бағытталған копингті таңдауға жәрдемдесіп, стресс әсерін әлсіреттін буфер қызметін атқарады, ал шамадан тыс жоғары немесе шамадан тыс төмен деңгей бейімделмеуді күштейді. Өзін-өзі үйымдастырудың жеткіліксіздігі, эмоциялық интеллекттің төмендігі және дезадаптивті перфекционизм эмоционалдық қажудың негізгі психологиялық предикторлары ретінде айқындалды.

Қорытындылар. Жүргізілген шолу балалық шақтағы өмірлік қолайсыз тәжірибелер, тұлғалық ресурстар және болашақ дәрігерлердің психологиялық әл-ауқаты арасындағы өзара байланыстың күрделі әрі көпқырлы екенін көрсетеді. Алынған деректер оқу үдерісіне кіріктірілген, адаптивті копинг-дағдыларды

дамытуға, талаптану деңгейін үйлестіруге және медициналық жоғары оқу орындары студенттерінің, әсірлес балалық шақта қолайсыз тәжірибелері бар топтардың, жеке ресурстарын қүшетуге бағытталған кешенді психологиялық сүйемелдеу бағдарламаларын әзірлеу қажеттілігін айқындауды.

Түйін сөздер: балалық шақтағы қолайсыз тәжірибелер; копинг-стратегиялар; талаптану деңгейі; психологиялық әл-ауқат; эмоционалдық қажу (burnout); перфекционизм; эмоциялық интеллект.

THE RELATIONSHIP BETWEEN ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES, COPING STRATEGIES, LEVEL OF ASPIRATIONS, AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF MEDICAL STUDENTS (REVIEW)

ZHANYEV D.A.¹, ALTYNBEKOV K.S.², KARAZHANOVA A.S.¹

¹ ASTANA MEDICAL UNIVERSITY, ASTANA, REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

² PMEME "MUNICIPAL MENTAL HEALTH CENTER" OF ASTANA CITY REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Abstract

Introduction. Medical students constitute a high-risk group for the development of psychological distress and burnout. Adverse childhood experiences (ACEs) are well-established predictors of mental and somatic disorders in adulthood. However, the mechanisms through which ACEs influence adaptation under the specific stressors of medical education, as well as the role of such personal regulatory factors as the level of aspirations, remain insufficiently studied.

Objective. To conduct a systematic analysis of current scientific evidence on the relationship between adverse childhood experiences, coping strategies, and level of aspirations with the psychological well-being of medical students in order to develop a comprehensive model of psychological support.

Methods. A search and analysis of relevant publications in major scientific databases was performed. Methods of systematization, synthesis, and critical appraisal of the literature were applied. The review included both foundational and contemporary studies in medicine, psychology, and education.

Results. The literature analysis demonstrated that ACEs are statistically significantly associated with an increased risk of burnout, depression, and anxiety among

medical students. This association is mediated by a preference for maladaptive coping strategies (avoidance, denial) and a reduced level of perceived social support. The level of aspirations serves as an important moderating factor: an adequate level promotes problem-focused coping and acts as a buffer against stress, whereas an inadequate level (either inflated or diminished) exacerbates maladaptation. Internal psychological factors, such as low self-organization, emotional intelligence deficits, and maladaptive perfectionism, were identified as key predictors of burnout.

Conclusions. The present review demonstrates the multifactorial nature of the relationship between early life experiences, personal resources, and the psychological well-being of future physicians. The findings emphasize the need to develop integrated psychological support programs embedded in the educational process and aimed at fostering adaptive coping skills, harmonizing the level of aspirations, and strengthening personal resources in medical students, particularly those with a history of childhood adversity.

Keywords: adverse childhood experiences; coping strategies; level of aspirations; psychological well-being; burnout; perfectionism; emotional intelligence.

УДК: 616.12-008.331.1:616.831:159.9

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ДЕТСКИЙ ОПЫТ И КОПИНГ-СТРАТЕГИИ КАК ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ (ОБЗОР)

КОЙШИМАНОВА Г.С.¹, КАРАЖАНОВА А.С.¹

¹ НАО "Медицинский университет Астана"

Аннотация. Инсульт является одной из ведущих причин инвалидизации в мире. Артериальная гипертензия (АГ) – ключевой биологический фактор риска, но инсульт развивается лишь у части пациентов, что требует выявления дополнительных психосоциальных детерминант. Хронический стресс и неадаптивное совладание способствуют сосудистой патологии.

Цель. Целью обзора являлся анализ различий в неблагоприятном детском опыте (НДО) и копинг-стратегиях у лиц с неосложненной АГ и АГ, осложненной инсультом.

Материалы и методы. Проведен структурированный обзор литературы, анализирующий биopsихосоциальные механизмы влияния НДО, их связь с сердечно-сосудистыми заболеваниями и инсультом, а также роль копинг-стратегий в постинсультной адаптации. НДО является распространенным фактором уязвимости, который через активацию стресс-системы (ГГН-ось, воспаление) и формирование неадаптивных поведенческих паттернов повышает риск АГ и инсульта. Высокий уровень НДО предрасполагает к избегающим и эмоционально-ориентированным копинг-стратегиям, которые ассоциируются с худшим восстановлением после инсульта. Сочетание высокого бремени НДО и неадаптивного копинга может способствовать реализации индивидуального риска инсульта у пациентов с АГ.

Выводы. НДО и копинг-стратегии выступают в качестве значимых дифференциальных факторов риска инсульта. Учет жизненной истории пациента и его копинг-профиля необходим для разработки персонализированных программ и повышения эффективности психологической реабилитации после инсульта.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, инсульт, неблагоприятный детский опыт, стратегии преодоления трудностей, психосоциальные факторы

Введение

Инсульт – является одной из ведущих причин смертности и инвалидизации в мире, представляя собой серьезную медико-социальную проблему. Согласно глобальному исследованию бремени болезней (GBD 2019), инсульт входит в тройку наиболее частых причин смерти и стойкой утраты трудоспособности среди взрослого населения. По данным Feigin V. L. и соавторов, на долю инсульта приходится более 12 % всех случаев смертности в мире, а количество новых случаев ежегодно превышает 12 млн. При этом отмечается выраженная географическая вариабельность: более 80 % всех инсультов приходятся на страны с низким и средним уровнем дохода, включая государства постсоветского пространства [1].

В Казахстане в последние годы также сохраняется высокая распространенность инсульта, несмотря на проводимые профилактические мероприятия. По данным Министерства национальной экономики Республики Казахстан, в структуре смертности населения сосудистые заболевания головного мозга занимают устойчивое второе место после ишемической болезни сердца [3]. В специальном выпуске журнала «Нейрохирургия и неврология Казахстана» отмечается, что, несмотря на развитие инсультной службы и расширение сети специализированных центров, показатели инвалидизации после ОНМК остаются высокими [2].

В этиологии инсульта рассматривается широкий комплекс факторов, включающий как биологические, так и социально-психологические компоненты. Среди биологических факторов традиционно выделяют артериальную гипертензию, атеросклероз, сахарный диабет,

гиперлипидемию и курение. Однако в последние десятилетия внимание исследователей все чаще привлекают психосоциальные и поведенческие детерминанты, способствующие развитию инсульта и влияющие на исходы заболевания [4].

Ряд авторов указывают, что хронический психологический стресс, социальная изоляция и низкий уровень социальной поддержки повышают риск инсульта, независимо от традиционных факторов. Так, в мета-анализе Valtorta N. K. и соавторов показано, что одиночество и социальная изоляция достоверно ассоциированы с увеличением риска инсульта и ишемической болезни сердца [6]. Подобные данные подтверждаются и исследованиями в области психонейроэндокринологии, где показано, что хронический стресс и связанные с ним гиперкортицизм и симпатическая гиперактивация могут приводить к дисфункции сосудистой регуляции и развитию атерогенных процессов [11,13]. Психологический стресс оказывает комплексное влияние на физиологические

системы организма, включая гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось и симпатическую нервную систему, что способствует повышению артериального давления и сосудистым нарушениям [11]. Исследовательский интерес был направлен на изучение того, как хронические стресс-индуцированные реакции, приводящие к артериальной гипертонии (АГ), могут вызывать структурные изменения мозговых сосудов и повышать уязвимость к ишемическому повреждению. Cipolla M. J. и соавторы отмечают, что хроническая гипертония, развивающаяся на фоне стресс-индуцированных реакций, вызывает структурные изменения мозговых сосудов, снижает их способность к ауторегуляции и повышает уязвимость к ишемическому повреждению [7].

Кроме того, исследования показывают, что уровень психологического дистресса и индивидуальные различия в стресс-реактивности могут играть значительную роль в патогенезе инсульта. Perna R., Harik L. подчеркивают важность психологических факторов в восстановительном процессе после инсульта, включая эмоциональные и когнитивные стратегии совладания. Эти данные указывают на необходимость комплексного подхода, который учитывает не только медицинские, но и психосоциальные аспекты заболевания [8,10].

Таким образом, инсульт следует рассматривать не только как биомедицинскую, но и как психосоциально обусловленную патологию, где на риск возникновения и исходы влияют стресс, социальные отношения, личностные особенности и способность к адаптивному совладанию. В этом контексте важное место занимает изучение неблагоприятного детского опыта (НДО), который формирует предрасположенность к стрессу, влияет на копинг-стратегии и может рассматриваться как отдалённый психосоциальный фактор риска инсульта.

Неблагоприятный детский опыт: определение, структура и распространённость

Термин «неблагоприятный детский опыт» (далее – НДО) [6] был впервые предложен в классическом исследовании Felitti V. J. и соавторов в рамках проекта Adverse Childhood Experiences (ACE), реализованного совместно Центром по контролю заболеваний (CDC). В данном исследовании было продемонстрировано, что травмирующие события, происходящие в детстве, – физическое, эмоциональное и сексуальное насилие, пренебрежение и семейная дисфункция – оказывают долговременное влияние на – физическое и психическое здоровье взрослых [23].

НДО представляет собой совокупность стрессовых или травмирующих воздействий, которым подвергается ребенок до 18 лет. В оригинальной модели ACE выделяются десять категорий: три формы насилия (физическое, эмоциональное, сексуальное), две формы пренебрежения (физическое и эмоциональное) и пять видов семейных дисфункций (употребление ПАВ членами семьи, психические заболевания родителей, насилие между взрослыми, развод, тюремное заключение родственников) [23, 24]. Дальнейшие исследования показали, что НДО является глобальной проблемой. По данным Metrick M. T. и соавторов, распространённость хотя бы одного вида неблагоприятного опыта среди взрослого населения США превышает 60 %, при этом около четверти респондентов сообщают о трёх и более формах насилия или пренебрежения. В Англии частота встречаемости четырёх и более видов НДО составила 12,4 %, что свидетельствует о значительной нагрузке на систему здравоохранения и социальной поддержки [25].

Исследования в различных странах демонстрируют сопоставимые тенденции. Так, в работе May-Chahal C., Cawson P., проведённой в Великобритании, было установлено, что почти каждый шестой взрослый человек имел опыт физического насилия в детстве, а каждый двадцатый – сексуального [26]. В Нидерландах, по данным Eijzer E. M. и соавторов, уровень выявляемости случаев насилия над детьми достигает 30 случаев на 1000 детей, при этом

наиболее распространённой формой является пренебрежение (56 %) [27].

НДО часто имеет накопительный эффект, проявляющийся в феномене «доза-реакция»: чем больше видов травматического опыта пережил ребёнок, тем выше риск развития хронических заболеваний, психических расстройств и поведенческих нарушений в зрелом возрасте. По данным Teicher M. H., Samson J. A., хроническое воздействие жестокого обращения или пренебрежения в детстве вызывает долговременные нейробиологические изменения, включая нарушения нейронной связи между миндалевидным телом и префронтальной корой, что приводит к повышенной тревожности и сниженной способности к эмоциональной регуляции [28]. Исследования Turecki G., Meaney M. J. показывают, что НДО может приводить к эпигенетическим изменениям, в частности к метилированию гена рецептора глюкокортикоидов, что отражается на стресс-реактивности и формирует склонность к гиперкортизолемии во взрослом возрасте [29].

В контексте клинической психологии НДО рассматривается как фундаментальный фактор уязвимости, влияющий на формирование личности, стрессоустойчивость и копинг-поведение. Danese A., McEwen B. S. вводят концепцию аллостаза, согласно которой многократные воздействия стресса в детстве вызывают хроническую перестройку физиологических систем и увеличивают риск возрастных заболеваний, включая инсульт и сердечно-сосудистую патологию [30].

В отечественных исследованиях проблема НДО активно изучается в последние годы. По данным Катан Е. А., использование международного опросника ACE-IQ в России позволяет выявлять широкий спектр психотравмирующих факторов, включая семейное насилие и пренебрежение, что способствует внедрению превентивных программ в клиническую и образовательную практику [31].

Таким образом, неблагоприятный детский опыт представляет собой многоаспектное явление, включающее биологические, психологические и

социальные компоненты. Его высокая распространённость и тесная связь с хроническими заболеваниями взрослого возраста определяют актуальность дальнейших исследований, особенно в контексте постинсультных пациентов, для которых адаптационные и копинг-механизмы имеют решающее значение в восстановлении.

Биопсихосоциальные механизмы влияния неблагоприятного детского опыта на здоровье

Современные представления о механизмах влияния неблагоприятного детского опыта (НДО) базируются на интеграции данных нейробиологии, психологии развития и эпигенетики. В основе лежит концепция стресс-индуцированных изменений нейрофизиологических систем, которые оказывают долговременное воздействие на регуляцию эмоций, поведение и соматическое здоровье. Ряд авторов [23, 25, 26] отмечают, что воздействие насилия или пренебрежения в детстве приводит к активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (ГГН-оси) и хроническому повышению секреции кортизола. Постоянное воздействие гормонов стресса вызывает структурные и функциональные изменения в центральной нервной системе – в частности, в гиппокампе, миндалевидном теле и префронтальной коре. Эти области мозга играют ключевую роль в регуляции эмоций и когнитивного контроля, что объясняет развитие повышенной тревожности, импульсивности и нарушений регуляции настроения у лиц с НДО. Teicher M. H., Samson J. A. указывают, что при хроническом воздействии насилия отмечается уменьшение объема серого вещества в областях, ответственных за когнитивную гибкость и контроль эмоций, а также усиление активности миндалевидного тела, что проявляется гиперчувствительностью к стрессу [28]. Эти изменения способствуют формированию дезадаптивных паттернов реагирования, которые могут сохраняться во взрослом возрасте и повышать риск психосоматических заболеваний.

Эпигенетические исследования подтверждают, что НДО оказывает влияние

на экспрессию генов, регулирующих стресс-реакции. Turecki G. и Meaney M. J. в обзоре более чем 50 работ показали, что у взрослых, переживших насилие в детстве, обнаруживаются устойчивые изменения метилирования ДНК в генах, связанных с регуляцией ГГН-оси, иммунной функцией и дофаминергической передачей. Подобные изменения рассматриваются как механизм «биологического встраивания» психосоциального опыта, при котором детский стресс оставляет долговременный след на уровне экспрессии генов [29].

Danese A., McEwen B. S. связывают эти процессы с концепцией аллостатической нагрузки – хронической перегрузки адаптационных систем организма. Аллостатическая нагрузка формируется под влиянием повторяющихся стрессовых событий в детстве, что приводит к системным нарушениям – гиперактивности ГГН-оси, нарушению регуляции вегетативной нервной системы, иммунной дисфункции и хроническому воспалению. Эти механизмы лежат в основе многих хронических неинфекционных заболеваний, включая сердечно-сосудистые, эндокринные и психические расстройства [30].

Felitti V. J. и соавторы в классическом исследовании ACE впервые продемонстрировали дозозависимую связь между числом пережитых неблагоприятных воздействий и риском развития хронических заболеваний [23]. Наличие четырех и более видов НДО ассоциировалось с двукратным увеличением вероятности ишемической болезни сердца, инсульта и хронической обструктивной болезни лёгких [24].

Anda R. F. и соавторы дополнили эти выводы, показав, что последствия НДО проявляются через каскад промежуточных механизмов: формирование поведенческих рисков (курение, злоупотребление алкоголем, переедание), эмоциональные нарушения (депрессия, тревожность) и эндокринно-вегетативную дисрегуляцию. В нейробиологических исследованиях на взрослых, переживших детскую травму, обнаружено повышение активности миндалевидного тела в ответ на эмоциональные стимулы и сниженная связь с дорсолатеральной префронтальной корой,

что указывает на трудности в когнитивном контроле эмоций. Эти результаты имеют важное клиническое значение, поскольку именно эмоциональная регуляция и стресс-реактивность определяют, как индивид будет реагировать на болезнь и какие копинг-стратегии будет применять [24].

Таким образом, влияние НДО на здоровье реализуется через сложную систему биопсихосоциальных механизмов, включающих нейробиологические, гормональные и поведенческие пути. Устойчивое воздействие детских травм приводит к хроническому напряжению адаптационных систем, изменению стресс-реактивности и формированию повышенной уязвимости к развитию соматических и психических расстройств. Эти механизмы имеют прямое значение для понимания того, как прошлый неблагоприятный опыт может определять особенности адаптации и копинг-поведения у пациентов, перенесших инсульт.

Влияние неблагоприятного детского опыта на развитие сердечно-сосудистых заболеваний и инсульта

Многочисленные исследования подтверждают, что последствия НДО выходят далеко за рамки психических расстройств, затрагивая соматическое здоровье, особенно сердечно-сосудистую систему. Публикации последних двух десятилетий свидетельствуют о тесной связи между ранними травматическими событиями и повышенным риском гипертонии, ишемической болезни сердца и инсульта. Stein D. J. и соавторы на данных Всемирного исследования психического здоровья (World Mental Health Survey) показали, что лица, пережившие неблагоприятные события детства, имеют значительно более высокий риск развития гипертонии во взрослом возрасте. Причём этот риск сохраняется даже после учёта традиционных факторов, таких как ожирение, уровень физической активности и употребление алкоголя [11].

Похожие результаты получены в исследовании Petrova M. E. и соавторов, которые выявили, что опыт насилия в детстве связан с повышенным уровнем воспалительных маркеров и нарушениями сна, что способствует развитию гипертонии

[12]. Авторы подчёркивают, что нарушение сна является промежуточным механизмом, через который детская травма влияет на кардиоваскулярную регуляцию. Gasperin D. и соавторы в мета-анализе когортных исследований установили, что хронический психологический стресс повышает риск гипертензии, а НДО – один из наиболее устойчивых источников хронического дистресса, действующий на протяжении жизни [13]. Аналогично Light K. C. и соавторы показали, что повышенная реактивность к стрессу и неблагоприятный семейный анамнез являются значимыми предикторами повышения артериального давления [14].

Имеются данные, что последствия НДО могут реализовываться через изменение поведения и стиля жизни. Linden W. и соавторы в рандомизированном контролируемом исследовании продемонстрировали, что индивидуальное управление стрессом у пациентов с гипертонией приводит к значительному снижению артериального давления, что подтверждает роль психосоциальных факторов в патогенезе заболевания [15]. Player M. S., Peterson L. E. также установили, что тревожность и депрессия – частые последствия НДО – увеличивают риск гипертонии и сердечно-сосудистых событий [16]. В мета-анализе Meng L. и соавторов показано, что наличие депрессивных симптомов повышает риск гипертензии на 42 % [17].

Долговременные последствия НДО проявляются не только на уровне поведения, но и через устойчивые физиологические изменения. Исследования Wirtz P. H. и соавторов показали, что у лиц с низкой социальной поддержкой и нарушенной эмоциональной регуляцией отмечается повышенная секреция гормонов стресса и дисрегуляция ГГН-оси, что способствует развитию гипертонии [18].

Инсульт рассматривается как конечный результат многолетнего воздействия неблагоприятных психосоциальных факторов, которые могут иметь корни в детстве. Roy-O'Reilly M. и McCullough L. D. отмечают, что хронический стресс и активация иммунно-воспалительных путей

играют решающую роль в патогенезе ишемического инсульта, и НДО может служить исходной предпосылкой для таких нарушений [5]. Поскольку артериальная гипертензия является ключевым традиционным фактором риска инсульта, а НДО доказано способствует развитию АГ, это позволяет рассматривать влияние НДО на инсульт как опосредованный, но значимый механизм. Ряд исследований демонстрирует, что НДО ассоциируется с повышением уровня системных воспалительных маркеров – С-реактивного белка и интерлейкина-6, которые связаны с эндотелиальной дисфункцией и повышенным риском инсульта [12]. В этом контексте хроническая активация стресс-системы в результате НДО может рассматриваться как одна из биологических основ повышенной сосудистой уязвимости.

Таким образом, неблагоприятный детский опыт выступает как отдалённый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний, включая инсульт. Он оказывает влияние через сочетание нейроэндокринных, иммунных и поведенческих механизмов, формируя устойчивые паттерны стресса и неадаптивного совладания, которые со временем способствуют развитию сосудистых нарушений.

Копинг-стратегии: теоретические подходы и их роль в постинсультной адаптации

В последние десятилетия понятие копинг-поведения (от англ. coping – совладание, справление) занимает центральное место в психологии здоровья и реабилитации. Копинг-стратегии рассматриваются как совокупность когнитивных, эмоциональных и поведенческих усилий, направленных на управление стрессовыми ситуациями и минимизацию их негативных последствий. Одним из наиболее влиятельных направлений в исследовании копинга является транзакционная модель стресса Lazarus R. и Folkman S., согласно которой стресс возникает не столько как реакция на объективное событие, сколько как результат когнитивной оценки – субъективного восприятия человеком угрозы и собственных ресурсов для её преодоления. Копинг-

поведение при этом выступает как динамический процесс, регулирующий взаимодействие между личностью и средой. Lazarus R. и Folkman S. выделили две основные группы копинг-стратегий: 1) проблемно-ориентированные, направленные на изменение ситуации или поиск решений (планирование, анализ, активное действие); 2) эмоционально-ориентированные, направленные на регуляцию эмоционального состояния (избегание, отрицание, дистанцирование, эмоциональная разрядка) [19].

Позднее Pearlin L. I., Schooler C. предложили рассматривать копинг как иерархическую систему, включающую когнитивный, эмоциональный и поведенческий уровни совладания. Они подчёркивают, что эффективность копинга определяется не только выбором конкретных стратегий, но и соответствием этих стратегий требованиям ситуации [20].

В контексте инсульта, где последствия включают не только физические, но и когнитивно-эмоциональные нарушения, копинг-поведение приобретает особое значение. Donnellan C. и соавторы в систематическом обзоре отметили, что у пациентов после инсульта наблюдается значительная вариабельность копинг-механизмов: одни демонстрируют стремление к активному восстановлению, другие – выраженные тенденции к избеганию и эмоциональной изоляции [21].

Исследование Lo Buono V. и соавторов показало, что использование активных копинг-стратегий положительно коррелирует с качеством жизни и функциональным восстановлением после инсульта. Пациенты, ориентированные на решение проблем и поиск социальной поддержки, демонстрировали более высокие показатели реабилитации и меньшую выраженность депрессивных симптомов. В то же время эмоционально-ориентированные и избегающие-ориентированные стратегии сопровождались снижением качества жизни и более медленным восстановлением [22].

Casagrande M. и соавторы установили, что лица с гипертонией чаще используют эмоционально-ориентированные и пассивные копинг-стратегии, что способствует

поддержанию хронического стресса [32]. Похожие результаты были получены Han V. K. и соавторами, которые выявили, что низкий уровень самораскрытия и эмоциональной открытости у мужчин коррелирует с высокой стресс-реактивностью и повышенным артериальным давлением [33].

Таким образом, копинг-стратегии представляют собой не только механизм адаптации к текущему стрессу, но и отражение индивидуальной истории развития личности, включая ранний травматический опыт. Это позволяет рассматривать выбор копинг-стратегий у пациентов, перенесших инсульт, в контексте их жизненного опыта, уровня эмоциональной регуляции и сформированных паттернов совладания.

Взаимосвязь неблагоприятного детского опыта и копинг-поведения у пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения

НДО оказывает долговременное воздействие на когнитивные и эмоциональные системы, определяющие выбор копинг-стратегий. Исследования показывают, что лица, пережившие насилие или пренебрежение, чаще используют избегающие и эмоционально-ориентированные стратегии, такие как отрицание, подавление эмоций и дистанцирование, что снижает их способность к активному решению проблем. Chapman D. R. и соавторы показали, что наличие трёх и более видов НДО значительно повышает вероятность развития депрессии во взрослом возрасте, которая, в свою очередь, способствует неадаптивным копинг-механизмам [34]. Hovens J. G. и соавторы отмечают, что ранние травматические события предопределяют склонность к тревожным и депрессивным стратегиям совладания, включая самокритику и пассивное принятие [35].

В контексте инсульта эти механизмы приобретают особую значимость: пациенты, пережившие травматический опыт в детстве, чаще демонстрируют эмоциональное истощение, чувство беспомощности и трудности в мобилизации ресурсов для восстановления. Perna R., Harik L.

подчёркивают роль психологической реабилитации в процессе восстановления после инсульта, указывая, что выбор адаптивных копинг-стратегий является предиктором успешной реинтеграции в социальную среду. При этом наличие в анамнезе неблагоприятных детских событий может снижать эффективность стандартных программ реабилитации, поскольку пациенты с высоким уровнем НДО характеризуются меньшей вовлечённостью, низкой мотивацией и эмоциональной неустойчивостью [8].

В то же время, согласно модели «когнитивного посредничества» Folkman S. и Lazarus R., даже при наличии ранних травм возможно формирование компенсаторных копинг-механизмов. Эти стратегии зависят от уровня социальной поддержки, личностных ресурсов и позитивной переоценки [19]. Исследования Valtorta N. K. и соавторов показывают, что наличие социального окружения и чувство принадлежности существенно снижают риск дезадаптации и улучшает эмоциональное состояние пациентов после инсульта [6].

Таким образом, можно предположить, что у пациентов, перенёсших инсульт, взаимосвязь между НДО и копинг-поведением опосредуется комплексом биопсихосоциальных факторов. С одной стороны, ранние травматические события формируют предрасположенность к неадаптивным стратегиям совладания, с другой – наличие социальной поддержки, позитивной самооценки и терапевтического сопровождения может способствовать развитию адаптивных копинг-механизмов даже у лиц с тяжёлым детским опытом.

В контексте клинической психологии данный аспект имеет важное практическое значение: при планировании психологической реабилитации пациентов после инсульта необходимо учитывать их жизненную историю, в том числе факты неблагоприятного детского опыта, как значимый фактор индивидуальной уязвимости и детерминанту эффективности совладания с болезнью.

Заключение

Артериальная гипертензия (АГ) является широко распространенным заболеванием, однако лишь у части пациентов развивается инсульт, что требует выявления дополнительных психосоциальных факторов риска. Проведённый обзор был направлен на анализ различий в неблагоприятном детском опыте (НДО) и копинг-стратегиях у лиц с неосложненной АГ и АГ, осложненной инсультом.

НДО, представляющий собой совокупность травматических событий детства, является универсальным фактором уязвимости, оказывающим долговременное воздействие на соматическое и психическое здоровье. Влияние НДО реализуется через биопсихосоциальные механизмы, включая дисфункцию стресс-регулирующих систем и формирование повышенной стресс-чувствительности, что предрасполагает к развитию АГ. Установлено, что НДО ассоциирован с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний, включая инсульт, и формирует предрасположенность к неадаптивным стратегиям совладания. Исследования показывают, что лица с АГ чаще используют эмоционально-ориентированные и пассивные копинг-стратегии. В то же время, лица с АГ, перенесшие инсульт, могут значимо различаться по преобладанию избегающих или проблемно-ориентированных стратегий по сравнению с теми, у кого инсульта не было. В контексте постинсультной адаптации, использование неадаптивных стратегий (отрицание, избегание), сформированных НДО, усиливает дистресс и затрудняет успешную реабилитацию.

Таким образом, комбинация высокого бремени НДО и неадаптивного копинга может способствовать реализации индивидуального риска инсульта у пациентов с артериальной гипертензией. Для повышения эффективности реабилитации необходимо учитывать жизненную историю пациента, включая оценку НДО и копинг-профиля.

Источник финансирования: отсутствует.

Конфликт интересов: конфликт интересов не заявлен.

Сведения об авторах

Койшишманова Г.С. - магистрант 1-го года обучения по образовательной программе «Клиническая психология», НАО «Медицинский университет Астана», Республика Казахстан.

Каражсанова А.С. - д.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии, НАО «Медицинский университет Астана», Республика Казахстан.

Список использованной литературы

1. Feigin V. L. et al. (2021). «Глобальное, региональное и национальное бремя инсульта и его факторов риска, 1990–2019 гг.: систематический анализ для исследования глобального бремени болезней 2019 г.». Журнал «Ланцет неврологии». [URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34487721/>.]
2. Ахметжанова З.Б., Токтабаева Г.Б., Назарова Г.К. и др. Динамика развития инсультной службы Республики Казахстан // Нейрохирургия и неврология Казахстана. 2018. Спец. выпуск. [URL: <https://www.neurojournal.kz/assets/files/journals/2019spec.c>.]
3. Министерство национальной экономики РК. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2022 году: статистический сборник. Астана, 2023. [URL: <https://stat.gov.kz/ru/industries/social-statistics/demography/publications/157453/>.]
4. Boehme A. K.; Esenwa C.; Elkind M. S. V. Факторы риска инсульта, генетика и профилактика // Исследования кровообращения. 2017;1203:472–495. DOI:10.1161/CIRCRESAHA.116.308398. [URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28154098/>.]
5. Roy-O'Reilly M.; McCullough L. D. – Критические факторы в патологии ишемического инсульта // Endocrinology. 2018;159:3120–3131. DOI:10.1210/er.2018-00465. [URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30010821/>.]
6. Valtorta N. K., Kanaan M., Gilbody S., Ronzi S., Hanratty B. Одиночество и социальная изоляция как факторы риска ишемической болезни сердца и инсульта: систематический обзор и метаанализ продольных наблюдательных исследований. Heart. 1 июля 2016 г.;102(13):1009-16. doi: 10.1136/heartjnl-2015-308790. Epub. 18 апреля 2016 г. PMID: 27091846; PMCID: PMC4941172. [URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27091846/>.]
7. Cipolla M. J., Liebeskind D. S., Chan S. L. Значение сопутствующих заболеваний при ишемическом инсульте: влияние гипертонии на мозговое кровообращение. J Cereb Blood Flow Metab. 2018 декабря;38(12):2129-2149. doi: 10.1177/0271678X18800589. Epub, 10 сентября 2018 г. PMID: 30198826; PMCID: PMC6282213. [URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30198826/>.]
8. Perna R., Harik L. Роль реабилитационной психологии в лечении инсульта на примере клинических случаев. NeuroRehabilitation.
- 2020;46(2):195-204. doi: 10.3233/NRE-192970. PMID: 32083601. [URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32083601/>.]
11. Al'Absi M., Arnett D. K. Реакция надпочечников на психологический стресс и риск гипертонии. Biomed Pharmacother. 2000 Jun;54(5):234-44. doi: 10.1016/S0753-3322(00)80065-7. PMID: 10917460. [URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10917460/>.]
10. Ojike N.; Sowers J. R.; Seixas A.; Ravenell J.; Rodriguez M.; McFarlane S. I. et al. Психологический дистресс и гипертония: данные Национального исследования США 2004–2013 гг. // Cardiorenal Med. 2016;63:198–208. DOI:10.1159/000443933. [URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27275156/>.]
11. Stein D. J., Scott C., Haro Abad J. M. et al. Ранние неблагоприятные обстоятельства детства и поздняя гипертония: данные Всемирного исследования психического здоровья // Ann Clin Psychiatry. 2010;22:19–28. [URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20196979/>.]
12. Petrova M. E., Davis M. S., Belyeu M. J., Zautra A. J. Связь детского насилия с гипертонией: роль нарушений сна и воспаления // J Behav Med. 2016;39:716–726. DOI:10.1007/s10865-016-9742-x. [URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27098168/>.]
13. Gasperin D.; Netuveli G.; Diaz-da-Costa J. C.; Pattussi M. P. Психологический стресс и повышенное артериальное давление: метаанализ когортных исследований // Cad Saude Publica. 2009;25:715–726. DOI:10.1590/S0102-311X2009000400002. [URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19347197/>.]
14. Light K. C.; Girdler S. S.; Sherwood A. et al. Реакция на стресс, семейный анамнез и жизненный стресс как предикторы артериального давления // Гипертония. 1999;336:1458–1464. DOI:10.1161/01.HYP.33.6.1458. [URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10373233/>.]
15. Linden W., Lenz J. W.; Con A. H. Индивидуальное управление стрессом при первичной гипертонии: РКИ // Arch Intern Med. 2001;161:1071–1080. DOI:10.1001/archinte.161.8.1071. [URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11322841/>.]
16. Player M. S., Peterson L. E. Тревожные расстройства, гипертония и сердечно-сосудистый риск: обзор // Int J Psychiatry Med. 2011;41:365–377. DOI:10.2190/PM.41.4.f. [URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22238841/>.]

17. Meng L., Chen D., Yang Y., Zheng Y., Hui R. Депрессия увеличивает риск гипертонии: метаанализ // *J Hypertens.* 2012;30:842–851. DOI:10.1097/JHJ.0b013e32835080b7. [URL:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22343537/>.]
18. Wirtz P. H., von Kanel R., Mohiyeddini C. et al. Низкая соцподдержка, резкая регуляция эмоций и реактивность гормонов стресса при гипертонии // *J Clin Endocrinol Metab.* 2006;91(10):3857–3865. DOI: 10.1210/jc.2005-2586. [URL:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16882754/>.]
19. Folkman S., Lazarus R. S. Копинг как посредник эмоций. *J Pers Soc Psychol.* 1988 Mar;54(3):466-75. PMID: 3361419. [URL:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3361419/>.]
20. Pearlin L. I., Schooler C. Структура совладания. *J Health Soc Behav.* 1978 Mar;19(1):2-21. PMID: 649936. [URL: <https://assets-eu-01.kc-usercontent.com/b8a917bd-b976-01eb-713f-cfc8b8104d0c/7d3ea831-624c-4348-a114-e5b1fa506cdb/Coping%20Methods%20Questionnaire%20%28Mastery%20Scale%29.pdf>.]
21. Donnellan C., Hevey D., Hickey A., O'Neill D. Определение и количественная оценка стратегий преодоления последствий инсульта: обзор. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2006 ноябрь;77(11):1208-18. doi: 10.1136/jnnp.2005.085670. PMID: 17043290; PMCID: PMC2077363. [URL:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17043290/>.]
22. Lo Buono V., Corallo F., Bramanti P., Marino S. Стратегии преодоления трудностей и качество жизни, связанное со здоровьем, после инсульта. *J Health Psychol.* 2017 Январь;22(1):16-28. doi: 10.1177/1359105315595117. Epub 2016 Июль 10. PMID: 26220458. [URL:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26220458/>.]
23. Felitti V. J.; Anda R. F.; Nordenberg D.; Williamson D. F.; Spitz A. M.; Edwards V.; Koss M. P.; Marks J. S. et al. Связь детского насилия и семейной дисфункции с основными причинами смерти взрослых (ACE) // *Am J Prev Med.* 1998;14:245–258. DOI:10.1016/S0744-37979800017-8. [URL:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9635069/>.]
24. Anda R. F., Felitti V. J., Bremner J. D. et al. Долгосрочные последствия насилия и ADE: нейробиология и эпидемиология // *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006;256:174–186. DOI:10.1007/s00406-005-0624-4. [URL:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16311898/>.]
25. Merrick M. T., Ford D. S., Ports K. A., Gwin A. S. Распространенность неблагоприятного детского опыта по данным системы наблюдения за поведенческими факторами риска в 23 штатах в 2011–2014 гг. *ЖАМА Педиатр.* 2018 1 ноября;172(11):1038–1044. doi: 10.1001/jamapediatrics.2018.2537. Опечатка в: *JAMA Pediatr.* 2018 1 ноября;172(11):1104. doi: 10.1001/jamapediatrics.2018.4095. PMID: 30242348; PMCID: PMC6248156. [URL:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30242348/>.]
26. May-Chahal C., Cawson P. Распространенность жестокого обращения с детьми и пренебрежения их нуждами в Великобритании // *Child Abuse Negl.* 2005;29:969–984. DOI:10.1016/j.chab.2004.05.009. [URL:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16165212/>.]
27. Eijzer E. M., van IJzendoorn M. H., Prinzie P., Bakermans-Kranenburg M. J. Распространенность жестокого обращения с детьми в Нидерландах // *Жестокое обращение с детьми.* 2010;151:5–17. DOI: 10.1177/1077559509345904. [URL:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19729577/>.]
28. Teicher M. H., Samson J. A. Стойкие нейробиологические последствия жестокого обращения с детьми и отсутствия заботы о них: обзор // *J Child Psychol Psychiatry.* 2016;57:241–266. DOI:10.1111/jcpp.12507. [URL:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26831814/>.]
29. Turecki G., Meaney M. J. Метилирование гена глюкокортикоидного рецептора и стресс: систематический обзор // *Биологическая психиатрия.* 2016;792:87–96. DOI:10.1016/j.biopsych.2014.11.022. [URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25687413/>.]
30. Danese A., McEwen B. S. NDO, алlostаз и возрастные заболевания // *Physiol Behav.* 2012;106:1:29–39. DOI:10.1016/j.physbeh.2011.08.019. [URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21888923/>.]
31. Катан Е.А. Использование международного опросника неблагоприятный детский опыт ACE-IQ // *Медицинская психология в России.* 2019;112:8. [URL: http://medpsy.ru/mpnj/archiv_global/2019_2_55/nomer10.php]
32. Casagrande M, Boncompagni I, Mingarelli A, Favieri F, Forte G, Germano R, Germano G, Guarino A. Стили преодоления трудностей у людей с гипертонией различной степени тяжести. Стressовое здоровье. Октябрь 2019 г.;35(4):560-568. doi: 10.1002/smi.2889. Epub, 20 августа 2019 г. PMID: 31397061. [URL:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31397061/>.]
33. Han V. K., Brooks J. A., Hartsough D. M. Самораскрытие и стили совладания с проблемами у мужчин с сердечно-сосудистой активностью. *Res Nurs Health.* 1993 август;16(4):275-82. doi: 10.1002/nur.4770160406. PMID: 8378557. [URL:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8378557/>.]
34. Chapman D. P., Whitfield C. L., Felitti V. J. et al. Неблагоприятный детский опыт и риск депрессии во взрослом возрасте. *J Affect Disord.* 2004;82:217–225. DOI:10.1016/j.jad.2003.12.013. [URL:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15488250/>.]
35. Hovens J. G., Giltay E. J., Wiersma J. E., Spinhoven P., Penninx B. W., Zitman F. G. Влияние событий и травм детской жизни на течение депрессивных и тревожных расстройств. *Acta Psychiatr Scand.* Сентябрь 2012 г.; 126(3): 198-207. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01828.x. Epub, 2012, 23 января. PMID: 22268708. [URL:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22268708/>.]

**ҚОЛАЙСЫЗ БАЛАЛЫҚ ШАҚ ТӘЖИРИБЕСІ ЖӘНЕ КОПИНГ-СТРАТЕГИЯЛАРЫ
АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫ БАР ПАЦИЕНТТЕРДЕ ГИНСУЛЬТТІҢ ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ
ПСИХОӘЛЕУМЕТТІК ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ РЕТИНДЕ (ҒЫЛЫМИ ӘДЕБИЕТ ҚӨЗДЕРІНЕ ШОЛУ)**

КОЙШИМАНОВА Г.С.¹, КАРАЖАНОВА А.С.¹

¹ «Астана медицина университеті» КеАҚ

Аннотация. Инсульт бүкіл әлемде мүгедектікің негізгі себептерінің бірі болып табылады. Артериялық гипертензия (АГТ) негізгі биологиялық қауіп факторы болып табылады, бірақ инсульт пациенттердің аз ғана бөлігінде дамиды, бұл қосымша психоәлеуметтік детерминанттарды анықтауды қажет етеді. Созылмалы стресс және бейімделмеген күрес тамырпатологиясына ықпал етеді.

Бұл шолудың мақсаты асқынбаган гипертониясы бар және инсультпен асқынған гипертониясы бар адамдар арасындағы балалық шақтағы жағымсыз тәжірибелер (БЖТ) мен құресу стратегияларындағы айырмашылықтарды талдау болды.

Бұл құрылымдаған әдебиеттерге шолу БЖТ-ның негізінде жатқан биопсихоәлеуметтік механизмдерді, олардың жүрек-қан тамырлары ауруларымен және инсультпен байланысын және құресу стратегияларының инсульттан кейінгі бейімделудегі рөлін зерттейді. БЖТ - стресс жүйесінің белсенділігі (ГПА осі, қабыну) және бейімделмеген мінез-құлық үлгілерінің дамуы арқылы гипертония мен инсульт қаупін арттыратын кең таралған осалдық факторы. БЖТ-ның жоғары деңгейі инсульттан кейін нашар қалпына келүмен байланысты болатын болдырмау және эмоцияға бағытталған құресу стратегияларына бейім етеді. БЖТ-ның жоғары жүктемесі мен бейімделмеген құресудің үйлесімі гипертониясы бар науқастарда инсульттің жеке қаупіне ықпал етуі мүмкін.

Осылайша, NDO және құресу стратегиялары инсульттің маңызды дифференциалды қауіп факторлары ретінде әрекет етеді. Пациенттің өмір тарихын және құресу профилін ескеру жекелендірілген бағдарламаларды әзірлеу және инсульттан кейін психологиялық оналтудың тиімділігін арттыру үшін өте маңызды.

Түйінді сөздер: артериялық гипертензия, инсульт, қолайсыз балалық шақ тәжірибесі, копинг-стратегиялары, психоәлеуметтік факторлар.

**ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES AND COPING STRATEGIES AS DIFFERENTIAL
PSYCHOSOCIAL RISK FACTORS FOR STROKE IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION
(REVIEW OF SCIENTIFIC LITERATURE SOURCES)**

КОЙШИМАНОВА Г. С.¹, КАРАЖАНОВА А. С.¹

¹ NCJSC "Astana Medical University"

Abstract. Stroke is one of the leading causes of disability worldwide. Arterial hypertension (HTN) is a key biological risk factor, but stroke develops in only a fraction of patients, necessitating the identification of additional psychosocial determinants. Chronic stress and maladaptive coping contribute to vascular pathology.

The aim of this review was to analyze differences in adverse childhood experiences (ACEs) and coping strategies between individuals with uncomplicated hypertension and hypertension complicated by stroke.

This structured literature review examines the biopsychosocial mechanisms underlying ACEs, their association with cardiovascular disease and stroke, and the role of coping strategies in post-stroke adaptation. ACEs are a common vulnerability factor that, through activation of the stress system (HPA axis, inflammation) and the

development of maladaptive behavioral patterns, increases the risk of hypertension and stroke. A high level of NDO predisposes to avoidant and emotion-focused coping strategies, which are associated with poorer recovery after stroke. The combination of a high burden of NDO and maladaptive coping may contribute to the individual risk of stroke in patients with hypertension.

Thus, NDO and coping strategies act as significant differential risk factors for stroke. Considering a patient's life history and coping profile is essential for developing personalized programs and improving the effectiveness of psychological rehabilitation after stroke.

Keywords: Arterial Hypertension, Stroke, Adverse Childhood Experiences, Coping Strategies, Psychosocial Factors

УДК: 159.9:616.89

ВЛИЯНИЕ ДЕТСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА (ОБЗОР)

НАГАЙЦЕВ Т.О.¹, КАРАЖАНОВА А.С.¹, АЛТЫНБЕКОВ К.С.²

¹ НАО «Медицинский университет Астана»

² ГКП на ПХВ «Городской центр психического здоровья» акимата г. Астана

Аннотация. В статье рассматривается влияние неблагоприятного детского опыта (насилия, пренебрежения, утраты и хронического стресса) на психическое, когнитивное и соматическое развитие человека. Анализ современных исследований демонстрирует, что пережитая в детстве травматизация формирует устойчивые нарушения эмоциональной регуляции, стресс-ответа и межличностного поведения, повышая риск развития депрессии, тревожных и соматоформных расстройств во взрослом возрасте. Нейробиологические данные подтверждают, что хронический стресс в раннем возрасте вызывает изменения в работе ГГН-оси, структуре коры головного мозга, белом веществе и дофаминергических путях, формируя повышенную физиологическую уязвимость к стрессу и психопатологии. Особое внимание уделено влиянию неблагоприятного детского опыта на вероятность развития психотических расстройств. Показано, что существует дозозависимая связь между количеством перенесённых травм и риском психотических эпизодов, опосредованная нарушениями когнитивных схем, снижением доверия к социальному окружению и искажённой обработкой социальных сигналов. Представленные данные интегрируются в рамках нейроразвитийной модели, согласно которой детская травматизация выступает ключевым фактором риска, взаимодействующим с генетической предрасположенностью и социальными стрессорами, формируя долгосрочную психическую уязвимость.

Ключевые слова: НДО, детская травматизация, психическое здоровье.

Введение

Детская травматизация рассматривается современной психологией и психиатрией как один из наиболее значимых факторов, определяющих психическое здоровье в последующие периоды жизни. Влияние раннего травматического опыта носит комплексный характер и проявляется на биологическом, когнитивном, эмоциональном и социально-поведенческом уровнях. Современные данные свидетельствуют, что психические и физиологические механизмы, формирующиеся под воздействием травмы в детстве, продолжают оказывать влияние на функционирование человека на протяжении всей жизни, определяя особенности его эмоциональной регуляции, поведения, когнитивной активности и межличностных отношений [1,2].

Обсуждение. Исследования последних лет показывают, что травматические события, пережитые в детстве, оказывают долговременное воздействие на развитие эмоциональной регуляции, когнитивных

функций и поведения, формируя устойчивые паттерны стресс-реакций во взрослом возрасте. В ранние годы закладываются базовые механизмы стресс-ответа, а также фундаментальные когнитивные и аффективные схемы, определяющие восприятие мира и самого себя. Если в этот период ребёнок сталкивается с насилием, пренебрежением или хронической нестабильностью среды, его психика адаптируется путём формирования защитных, но часто дезадаптивных стратегий, таких как повышенная настороженность, гиперконтроль или избегающее поведение. Эти реакции становятся частью личности, проявляясь во

взрослом возрасте как эмоциональная неустойчивость, тревожность и трудности в построении социальных связей [3].

Классические и современные исследования подтверждают, что даже один эпизод насилия, пренебрежения или хронического стресса может приводить к нарушениям эмоционального развития и

стрессоустойчивости. Метаанализ 77 исследований показал, что лица с историей любого вида детской травмы имеют примерно в 2,5 раза выше риск развития взрослой депрессии по сравнению с теми, у кого такого опыта нет [4]. Длительное воздействие неблагоприятных факторов детства повышает вероятность хронического стресса, который становится основой для развития тревожных и аффективных нарушений. Аналогично, обзор продольных когортных исследований выявил, что эмоциональное и физическое пренебрежение, утрата родителя и множественные травмы значительно повышают шансы на взрослое тревожное расстройство и депрессию, а также формируют склонность к соматизации — телесному выражению психологического напряжения [5].

Нейробиологические исследования последних лет детализируют механизмы этого влияния. Хронический стресс в детстве активирует гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую (ГГН) ось, приводя к гиперсекреции кортизола и нарушению механизмов обратной регуляции. Длительная гиперактивация этой системы формирует устойчивое состояние физиологической «готовности к угрозе», что в дальнейшем повышает риск эмоциональной лабильности и тревожных состояний. Отдельное исследование продемонстрировало, что у молодых взрослых людей, имевших опыт «травматики» в детстве, уменьшены корковая толщина и площади поверхности коры в фрonto- temporальных областях по сравнению с теми, кто такого опыта не имел [6]. Также выявляются изменения в белом веществе — снижение целостности волокон в трактах, связывающих лимбическую систему с префронтальной корой, что отражается на снижении когнитивной гибкости, трудностях в регуляции эмоций и принятии решений [7]. Таким образом, детская травматизация оказывает не только психологическое, но и органическое воздействие, оставляя след в структурных и функциональных параметрах мозга.

Психологическая перспектива дополняет эти данные, подчёркивая роль когнитивных схем и интерпретационных искажений, формирующихся под

воздействием травматического опыта. Модель когнитивной уязвимости предполагает, что травма способствует развитию негативных базовых убеждений — «мир опасен», «людям нельзя доверять», «я не достоин любви». Эти убеждения становятся своеобразными фильтрами восприятия, через которые человек оценивает происходящее, что усиливает тревожность, затрудняет эмоциональную регуляцию и снижает способность к адаптации. Подобные установки формируют хроническое чувство внутреннего напряжения, склонность к катастрофизации и неэффективным стратегиям совладания со стрессом [8].

В исследовании студентов из Казахстана выявлено, что центральность травмы и степень выраженности симптомов посттравматического стрессового расстройства тесно коррелируют с уровнем межличностной чувствительности и психиатрической коморбидностью [9]. Подобные результаты указывают, что последствия детской травмы имеют универсальный характер и проявляются в различных культурах, независимо от социально-экономического контекста.

Последствия детской травматизации проявляются не только в эмоциональной сфере, но и в поведении и межличностных отношениях. Взрослые с опытом раннего насилия чаще демонстрируют повышенную импульсивность, агрессивность, склонность к аддиктивному поведению, а также трудности в установлении доверительных и стабильных связей с окружающими [10]. Формирование дисфункциональных моделей привязанности в детстве способствует развитию неуверенности в близких отношениях, стремлению к изоляции или, напротив, к чрезмерной зависимости от других. Эти особенности затрудняют социальную адаптацию, создают основу для конфликтных взаимодействий и усиливают ощущение одиночества.

Психофизиологические исследования подтверждают системный характер этих последствий. У взрослых, переживших детскую травму, фиксируются нарушения регуляции кортизола, сбои циркадных ритмов, повышение маркёров воспаления и изменения в вегетативной регуляции [11].

Эти процессы сопровождаются повышенным риском развития сердечно-сосудистых и метаболических заболеваний, хронической усталости, головных болей, нарушений сна и пищевого поведения. Таким образом, последствия раннего стресса выходят за рамки психических нарушений, оказывая влияние на общее соматическое здоровье.

Особое внимание уделяется социальным последствиям: нарушения доверия, страх отвержения и трудности в межличностных отношениях часто приводят к социальной изоляции, снижению качества жизни и затруднениям профессиональной реализации. Такие люди могут избегать близости, испытывать трудности с установлением эмоциональных связей и проявлять повышенную чувствительность к критике.

Помимо этого, в последние годы в психиатрической науке всё больше внимания уделяется роли неблагоприятного детского опыта (НДО, Adverse Childhood Experiences — ACEs) как значимого предиктора формирования психотических расстройств. Современные исследования подтверждают, что воздействие стрессовых и травматических событий в детстве — таких как насилие, пренебрежение, потеря близких, эмоциональная депривация и нестабильная семейная среда — может существенно повышать риск развития психотической симптоматики во взрослом возрасте [12; 13]. Эта взаимосвязь объясняется комплексным влиянием НДО на формирование нейробиологических, когнитивных и социально-психологических механизмов, участвующих в патогенезе психозов.

Эмпирические данные последних лет подтверждают, что существует дозозависимая связь между количеством и тяжестью пережитых детских стрессоров и вероятностью возникновения психотических симптомов. Согласно метаанализу, лица, пережившие три и более типов НДО, демонстрируют более чем трёхкратное увеличение риска психотических эпизодов в течение жизни по сравнению с теми, кто не сталкивался с травматическим опытом. При этом наибольшее влияние оказывают эмоциональное насилие и хроническая незащищённость, которые нарушают

механизмы восприятия социальной информации и доверия к внешнему миру [14].

Нейробиологические исследования раскрывают механизмы, связывающие детскую травматизацию с уязвимостью к психозам. Хронический стресс в ранние годы вызывает устойчивые изменения в регуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (ГГН) оси, что приводит к гиперсекреции кортизола и сенсибилизации стресс-реактивных нейронных сетей [15]. Избыточное воздействие глюкокортикоидов на развивающийся мозг способствует нарушению процессов синаптогенеза, а также снижению объёма гиппокампа и префронтальной коры — структур, участвующих в регуляции восприятия и когнитивного контроля. Эти изменения создают физиологическую основу для возникновения дезорганизованного мышления, искажённой интерпретации реальности и повышенной уязвимости к психотическим симптомам [16].

Помимо структурных изменений, установлены нарушения в работе дофаминергических путей, в частности в мезолимбической системе, что отражает гипотезу «дофаминовой сенситизации». Считается, что хронический стресс в детстве способствует повышенной реактивности дофаминовых нейронов на стимулы, что может проявляться в избыточной значимости нейтральных событий и формировании бредовых интерпретаций [17]. Эти нейрохимические механизмы лежат в основе современных стресс-диатезных моделей психозов, где НДО выступает не самостоятельной причиной, а пусковым фактором, взаимодействующим с генетической уязвимостью.

Психологическая перспектива также подтверждает тесную связь между НДО и психотическими феноменами. Согласно модели когнитивного посредничества, пережитая в детстве травма способствует формированию искажённых убеждений о себе и мире: убеждения о собственной уязвимости, ожидание враждебности и недоверие к другим создают когнитивную основу для возникновения параноидных интерпретаций и бредовых идей. Эмпирические исследования показывают, что

такие когнитивные схемы часто предшествуют манифестации психотических симптомов и могут усиливаться под действием стрессовых событий во взрослом возрасте [18].

Кроме того, важным звеном в патогенезе психозов является нарушение механизмов обработки социальных сигналов. Люди с историей НДО чаще демонстрируют повышенную чувствительность к угрозе, искажения в восприятии эмоциональных выражений лиц и тенденцию к ошибочной атрибуции намерений другим (так называемое «ошибочное распознавание злобы»). Эти особенности отражают нейрокогнитивную уязвимость, связанную с изменениями в миндалине и передней поясной коре — структурах, отвечающих за социальное восприятие и интерпретацию эмоций [19].

Интерес представляют лонгитюдные исследования, подтверждающие, что детская травматизация предшествует развитию психотических состояний и может прогнозировать их появление. Так, в исследовании ALSPAC (2023) установлено, что наличие двух и более эпизодов насилия в детстве повышает риск психотических переживаний в подростковом возрасте почти в пять раз, даже после учёта генетических факторов и социально-экономического статуса [20]. Аналогичные результаты получены в финском когортном исследовании, где связь между эмоциональным пренебрежением и риском психозов сохранялась спустя десятилетия наблюдения [21].

В последние годы накапливаются данные, указывающие, что сочетание НДО и неблагоприятной подростковой среды (буллинг, социальная изоляция, дискриминация) усиливает вероятность формирования проромальных состояний, характеризующихся сенситивностью к стрессу, тревогой и нарушением реальности восприятия [22]. Это подтверждает гипотезу «социального градиента психозов», согласно которой психотическая симптоматика формируется на пересечении биологических предрасположенностей и социального стресса.

Региональные исследования, проведённые на постсоветском пространстве, демонстрируют сходные закономерности. В работах российских и казахстанских исследователей (2022–2024) показано, что наличие детских травматических событий коррелирует с повышенной частотой психотических эпизодов у молодых взрослых, а также с выраженностью когнитивных и перцептивных искажений [23]. Эти данные подтверждают, что социально-культурные различия не нивелируют влияния НДО, а лишь модифицируют его проявления в зависимости от особенностей воспитания, доступности психологической поддержки и уровня стигматизации психических расстройств.

Современные модели интегрируют полученные данные в рамках нейроразвитийного подхода, рассматривающего психозы как результат комплексного взаимодействия генетических, нейробиологических и средовых факторов. В этой парадигме НДО выступает как ранний стрессор, нарушающий процессы нейронального созревания и межсистемной интеграции мозга, что приводит к повышенной чувствительности к стрессу, а также к когнитивным и эмоциональным дефицитам, предрасполагающим к психотическим состояниям [24].

Заключение

Неблагоприятный детский опыт выступает значимым фактором риска для формирования широкого спектра психических, эмоциональных и соматических нарушений во взрослом возрасте. Ранние травматические события оказывают долговременное влияние на механизмы стресс-ответа, развитие когнитивных схем, модели привязанности и межличностное функционирование, формируя устойчивые паттерны эмоциональной и поведенческой неустойчивости. Нейробиологические исследования подтверждают, что хронический стресс в детстве приводит к изменениям в структуре и работе головного мозга, нарушению регуляции ГГН-оси, дофаминергических и лимбических систем, что создаёт физиологическую основу для

уязвимости к психическим расстройствам, включая депрессию, тревогу и психозы.

Психологические и социальные последствия травматизации проявляются в повышенной тревожности, нарушениях доверия, трудностях в построении стабильных межличностных отношений и снижении качества жизни. Данные исследований показывают, что риск психотических состояний усиливается при сочетании детской травмы с подростковыми и социальными стрессорами, что подчёркивает мультифакторный характер формирования психопатологии.

В контексте нейроразвитийной модели детская травматизация рассматривается как ключевой стрессор, способный нарушить процессы созревания нейронных систем и их интеграцию, усиливая уязвимость к дезорганизации восприятия и мышления. Это требует комплексных стратегий профилактики и раннего вмешательства, направленных на создание стабильной социальной среды, повышение доступности психологической помощи детям и подросткам, а также разработку программ, ориентированных на восстановление эмоциональной регуляции и межличностного доверия.

Источник финансирования: отсутствует.

Конфликт интересов: конфликт интересов не заявлен.

Сведения об авторах

Нагайцев Тарас Олегович - магистрант 1-го года обучения по образовательной программе 7М101113 «Клиническая психология» НАО МУА.

Каражанова Анар Серикказыевна - доктор медицинских наук, врач психиатр нарколог, психотерапевт, доцент кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии НАО МУА.

Алтынбеков Куаныш Сагатович - доктор медицинских наук, врач психиатр, директор ГКП на ПХВ «Городской центр психического здоровья» акимата г. Астана.

Список использованной литературы

1. Thurston C, Murray AL, Franchino-Olsen H, Silima M, Hemady CL, Meinck F. Prospective Longitudinal Associations Between Adverse Childhood Experiences and Adult Mental Health Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2025 Aug 17;15248380251358223. doi: 10.1177/15248380251358223. Epub ahead of print. PMID: 40819337.
2. Abate BB, Sendekie AK, Merchaw A, Abebe GK, Azmeraw M, Alamaw AW, Zemariam AB, Kitaw TA, Kassaw A, Wodaynew T, Kassie AM, Yilak G, Kassa MA. Adverse Childhood Experiences Are Associated with Mental Health Problems Later in Life: An Umbrella Review of Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychobiology*. 2025;84(1):48-64. doi: 10.1159/000542392. Epub 2024 Nov 18. PMID: 39557030.
3. Watson CB, Sharpley CF, Bitsika V, Evans I, Vessey K. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Association Between Childhood Maltreatment and Adult Depression. *Acta Psychiatr Scand*. 2025 May;151(5):572-599. doi: 10.1111/acps.13794. Epub 2025 Mar 3. PMID: 40025916; PMCID: PMC11962359.
4. Price M, Albaugh M, Hahn S, Juliano AC, Fani N, Brier ZMF, Legrand AC, van Stolk-Cooke K, Chaarani B, Potter A, Peck K, Allgaier N, Banaschewski T, Bokde ALW, Quinlan EB, Desrivières S, Flor H, Grigis A, Gowland P, Heinz A, Ittermann B, Martinot JL, Paillère ML, Artiges E, Nees F, Orfanos DP, Poustka L, Hohmann S, Fröhner JH, Smolka MN, Walter H, Whelan R, Schumann G, Garavan H. Examination of the association between exposure to childhood maltreatment and brain structure in young adults: a machine learning analysis. *Neuropsychopharmacology*. 2021 Oct;46(11):1888-1894. doi: 10.1038/s41386-021-00987-7. Epub 2021 Feb 26. PMID: 33637836; PMCID: PMC8429761.
5. Watters, E. R., Aloe, A. M., & Wojciak, A. S. (2021). Examining the Associations Between Childhood Trauma, Resilience, and Depression: A Multivariate Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(1), 231-244. <https://doi.org/10.1177/15248380211029397>
6. Begemann MJH, Schutte MJL, van Dellen E, Abramovic L, Boks MP, van Haren NEM, Mandl RCW, Vinkers CH, Bohlken MM, Sommer IEC. Childhood trauma is associated with reduced frontal gray matter volume: a large transdiagnostic structural MRI study. *Psychol Med*. 2023 Feb;53(3):741-749. doi: 10.1017/S0033291721002087. Epub 2021 Jun 3. PMID: 34078485; PMCID: PMC9975993.
7. Wang C, Zhang S, Yang Y, Xu Z, Li Z, Zheng W, Wu H. Alteration of cortical structure and functional connectivity in childhood trauma. *Neuroscience*. 2025 Apr

- 19;572:182-189. doi: 10.1016/j.neuroscience.2025.03.016. Epub 2025 Mar 9. PMID: 40068719.
8. S.C. Orellana, R.A.I. Bethlehem, I.L. Simpson-Kent, A. van Harmelen, P.E. Vértes, & E.T. Bullmore, Childhood maltreatment influences adult brain structure through its effects on immune, metabolic, and psychosocial factors, *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 121 (16) e2304704121.
9. Jin, X.; Xu, B.; Jin, H.; Yan, S. Brain White Matter Alterations in Young Adults with Childhood Emotional Neglect Experience. *Behav. Sci.* 2025, 15, 746. <https://doi.org/10.3390/bs15060746>
10. Chung MC, Slanbekova GK, Kabakova MP, Kalymbetova EK, Kudaibergenova AZ. The relationship between posttraumatic stress disorder, trauma centrality, interpersonal sensitivity and psychiatric co-morbidity among students in Kazakhstan: a Latent Class Analysis. *J Ment Health.* 2021 Dec;30(6):698-705. doi: 10.1080/09638237.2020.1818704. Epub 2020 Sep 16. PMID: 32938238.
11. Watters, E. R., Aloe, A. M., & Wojciak, A. S. (2021). Examining the Associations Between Childhood Trauma, Resilience, and Depression: A Multivariate Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(1), 231-244. <https://doi.org/10.1177/15248380211029397> (Original work published 2023).
12. World Health Organization. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). — Geneva: WHO, 2018.
13. Keator DB, Salgado F, Madigan C, Murray S, Norris S, Amen D. Adverse childhood experiences, brain function, and psychiatric diagnoses in a large adult clinical cohort. *Front Psychiatry.* 2024 Oct 14;15:1401745. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1401745. PMID: 39469474; PMCID: PMC11513356.
14. McGrath M, Smink G. Double and single mixed-lineage leukemia-rearranged subclones in pediatric acute myeloid leukemia: a case report. *J Med Case Rep.* 2021 May 7;15(1):228. doi: 10.1186/s13256-021-02841-2. PMID: 33957966; PMCID: PMC8103755.
15. Hakamata Y, Suzuki Y, Kobashikawa H, Hori H. Neurobiology of early life adversity: A systematic review of meta-analyses towards an integrative account of its neurobiological trajectories to mental disorders. *Front Neuroendocrinol.* 2022 Apr;65:100994. doi: 10.1016/j.yfrne.2022.100994. Epub 2022 Mar 21. PMID: 35331780.
16. Murphy F., Smith R., Johnson T. и др. Childhood trauma, the HPA axis and psychiatric illnesses // *Frontiers in Psychiatry.* — 2022. — Vol. 13. — Article 748372. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.748372>
17. Croft J, Martin D, Madley-Dowd P, Strelchuk D, Davies J, et al. (2021) Childhood trauma and cognitive biases associated with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE* 16(2): e0246948. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246948>
18. Howes OD, Murray RM. Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. *Lancet.* 2014 May 10;383(9929):1677-1687. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62036-X. Epub 2013 Dec 6. PMID: 24315522; PMCID: PMC4127444.
19. Yamada Y, Inagawa T, Hirabayashi N, Sumiyoshi T. Emotion Recognition Deficits in Psychiatric Disorders as a Target of Non-invasive Neuromodulation: A Systematic Review. *Clin EEG Neurosci.* 2022 Nov;53(6):506-512. doi: 10.1177/1550059421991688. Epub 2021 Feb 15. PMID: 33587001; PMCID: PMC9548945.
20. Newbury JB, Arseneault L, Moffitt TE, Odgers CL, Howe LD, Bakolis I, Reuben A, Danese A, Sugden K, Williams B, Rasmussen LJH, Trotta A, Ambler AP, Fisher HL. Socioenvironmental Adversity and Adolescent Psychotic Experiences: Exploring Potential Mechanisms in a UK Longitudinal Cohort. *Schizophr Bull.* 2023 Jul 4;49(4):1042-1054. doi: 10.1093/schbul/sbad017. PMID: 36934309; PMCID: PMC10318878.
21. Carvalho Silva R, Oliva F, Barlati S, Perusi G, Meattini M, Dashi E, Colombi N, Vaona A, Carletto S, Minelli A. Childhood neglect, the neglected trauma. A systematic review and meta-analysis of its prevalence in psychiatric disorders. *Psychiatry Res.* 2024 May;335:115881. doi: 10.1016/j.psychres.2024.115881. Epub 2024 Mar 28. PMID: 38579459.
22. Chen L.-H., Zhang T., Liu L., et al. Pathways linking school bullying and psychotic experiences: mechanisms and evidence // *Frontiers in Psychiatry.* — 2022. — Vol. 13, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1007348>, Article 1007348.
23. Кибитов А.О., Ахметова А.Р. Влияние детской травматизации на формирование психотических симптомов: сравнительное исследование. // Современная психология и психиатрия. — 2024. — № 2. — С. 41–53.
24. Gee DG. Neurodevelopmental mechanisms linking early experiences and mental health: Translating science to promote well-being among youth. *Am Psychol.* 2022 Dec;77(9):1033-1045. doi: 10.1037/amp0001107. PMID: 36595400; PMCID: PMC9875304.

БАЛАЛЫҚ ШАҚТАҒЫ ТРАВМАТИЗАЦИЯНЫҢ ЕРЕСЕК АДАМНЫҢ ПСИХИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕРІ

НАГАЙЦЕВ Т.О.¹, КАРАЖАНОВА А.С.¹, АЛТЫНБЕКОВ К.С.²

¹ «АСТАНА МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТИ» КЕАҚ, АСТАНА Қ., ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ

² АСТАНА ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ «ҚАЛАЛЫҚ ПСИХИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ» ШЖҚ МҚК, АСТАНА Қ., ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ

Аннотация

Мақалада балалық шақтағы қолайсыз тәжірибелін (зорлық-зомбылық, немқұрайлыштық, жоғалту және созылмалы стресс) адамның ересек жастағы психикалық, когнитивтік және соматикалық дамуына әсері қарастырылады. Казіргі ғылыми

зерттеулерді талдау балалық шақта бастаң өткөрілген травматизация эмоционалдық реттелудің, стресс-жауап жүйесінің және тұлғааралық мінез-құлықтың тұрақты бұзылыстарын қалыптастыратынын және соның нәтижесінде ересек жаста депрессиялық,

мазасыздық және соматоформалық бұзылыстардың даму қаупін арттыратынын көрсетеді.

Нейробиологиялық деректер ерте жастағы созылмалы стресс гипоталамус–гипофиз–бүйрекүсті жүйесінің қызметіне, ми қыртысының құрылымына, ақ заттың тұтастығына және дофаминергиялық жолдарға өзгерістер туындаатынын, соның салдарынан стресс пен психопатологияға физиологиялық осалдықтың жоғарылайтынын растайды. Балалық шақтағы қолайсыз тәжірибелі психотикалық бұзылыстардың даму ықтималдығына әсеріне ерекше назар аударылады. Өткізілген травмалардың саны мен психотикалық эпизодтар қаупі арасында дозага тәуелді байланыс бар екені көрсетілген, бұл байланыс

когнитивтік схемалардың бұзылуы, әлеуметтік ортаға деген сенімнің төмендеуі және әлеуметтік сигналдарды өндеудің бүрмалануы арқылы жүзеге асады.

Ұсынылған деректер нейродаму үлгісі аясында біріктіріледі, оған сәйкес балалық шақтағы травматизация генетикалық бейімділік пен әлеуметтік стрессорлармен өзара ықпалдаса отырып, ұзак мерзімді психикалық осалдықты қалыптастыратын негізгі қауіп факторы болып табылады.

Түйін сөздер: балалық шақтағы қолайсыз тәжірибе; балалық шақтағы травматизация; психикалық денсаулық.

THE IMPACT OF CHILDHOOD TRAUMA ON ADULT MENTAL HEALTH (REVIEW)

NAGAYTSEV T.O.¹, KARAZHANOVA A.S.¹, ALTYNBEKOV K.S.²

¹ ASTANA MEDICAL UNIVERSITY, ASTANA, REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

² PMEME "MUNICIPAL MENTAL HEALTH CENTER" OF ASTANA CITY REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Abstract

The article examines the impact of adverse childhood experiences, including abuse, neglect, loss, and chronic stress, on mental, cognitive, and somatic development in adulthood. The analysis of contemporary studies demonstrates that childhood trauma leads to persistent impairments in emotional regulation, stress response, and interpersonal functioning, thereby increasing the risk of depressive, anxiety, and somatoform disorders in adult life.

Neurobiological evidence confirms that chronic stress in early life induces alterations in the functioning of the hypothalamic–pituitary–adrenal axis, the structure of the cerebral cortex, white matter integrity, and dopaminergic pathways, resulting in increased physiological vulnerability to stress and psychopathology.

Particular attention is given to the association between adverse childhood experiences and the risk of psychotic disorders. A dose–response relationship is demonstrated between the number of traumatic experiences and the risk of psychotic episodes, mediated by disruptions in cognitive schemas, reduced trust in the social environment, and distorted processing of social signals.

The presented data are integrated within the neurodevelopmental model, according to which childhood trauma acts as a key risk factor interacting with genetic vulnerability and social stressors, shaping long-term psychological susceptibility.

Keywords: adverse childhood experiences; childhood trauma; mental health.