

# ПСИХИАТРИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ ЖӘНЕ НАРКОЛОГИЯ

*Ғылыми - практикалық журналы*

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

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

2012 жылдың 18 қаңтарында 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 қ., 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.

**№ 1-2 (56) 2026 жыл**

**РЕДАКЦИЯЛЫҚ КОЛЛЕГИЯ:**

*БАС РЕДАКТОР*  
А.Ш. РУСТЕМОВА  
*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)

<i>Беспалова Л.Ю., Жаппаргалы Г.Н., Набиева Ж.Н., Ибатдолда Н.</i> Нарушения сна как ранний маркер психических расстройств.....	1
<i>Зальцман И.Г., Каткова В. О.<sup>1</sup>, Маутай А.С.<sup>1</sup>, Джайлаубаев Б. Б.</i> Сравнительная эффективность ламотриджина и солей вальпроевой кислоты в поддерживающей терапии биполярного аффективного расстройства.....	10
<i>Ырзаханов К.С.</i> Инсомния на фоне зависимости от приёма снотворных препаратов (обзор).....	19
<i>Садыкова Л.А., Накипова А.Қ., Жаркинбекова Н.А., Енсебаева Л.З., Раманова Г.Б., Жумагулова А.Б.</i> Эпидемиологическая характеристика алкогольной зависимости у женщин в городе Шымкент в 2024–2025 гг.....	23
<i>Касымова Н.Т.</i> Социальная и интернализованная стигма в контексте психического здоровья трансгендерных лиц.....	30
<i>Садвакасова Г.А., Тайжанова-Щербинина Л.М.</i> Социальная работа в системе охраны психического здоровья Казахстана: кадровый потенциал, системные вызовы и перспективы развития.....	36
<i>Садыққызы Н.</i> Интернет-зависимость: современные подходы к пониманию проблемы.....	41
<i>Гумирова Р.Н., Байбулова Г.А., Сулейменова А.А., Куламкадырова Н.С.</i> Компульсивное переедание – главная угроза современного общества.....	49
<i>Алиева Ж.М., Гужбина С.А.</i> Развитие представлений о бытовом насилии в психологической науке: от классических теорий к современным моделям .....	58

---

---

## TABLE OF CONTENTS

---

<i>Bespalova L.I., Zhappargaly G.N., Nabieva Z.N., Ibatdolda N.</i> Sleep disorders as an early marker of mental disorders.....	1
<i>Zaltsman G.I., Katkova V.O., Mautai A.S., Dzhailaubayev B.B.</i> Comparative efficacy of lamotrigine and valproate salts in the maintenance treatment of bipolar affective disorder (literature review).....	10
<i>Yrzakhanov K.S.</i> Insomnia due to hypnotic abuse.....	19
<i>Sadykova L.A., Nakipova A.K., Zharkinbekova N.A., Yensebayeva L.Z., Ramanova G.B., Zhumagulova A.B.</i> Epidemiological characteristics of alcohol dependence among women in Shymkent in 2024–2025.....	23
<i>Nargız N.K.</i> Social and internalized stigma in the context of the mental health of transgender individuals.....	30
<i>Sadvakassova G.A., Taizhanova-Sherbinina L.M.</i> Social work in the mental health care system of Kazakhstan: human resource potential, systemic challenges, and development prospects.....	36
<i>Sadykkyzy N.</i> Internet addiction: modern approaches to understanding the problem.....	41
<i>Gumirova R.N., Baibulova G.A., Suleimenova A.A., Kulamkadyrova N.S.</i> Binge eating disorder – the main threat to modern society.....	49
<i>Aliyeva Zh.M., Guzhbina S.A.</i> The development of concepts of domestic violence in psychological science: from classical theories to contemporary models.....	58

---

УДК: 616.89:616.8-009.836

**НАРУШЕНИЯ СНА КАК РАННИЙ МАРКЕР ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ****БЕСПАЛОВА Л.Ю.<sup>1</sup>, ЖАППАРҒАЛЫ Г.Н.<sup>1</sup>, НАБИЕВА Ж.Н.<sup>1</sup>, ИБАТДОЛДА Н.<sup>1</sup>**<sup>1</sup>НАО «Казахский Национальный медицинский университет имени С. Д.

Асфендиярова», г. Алматы

**Аннотация.** Нарушения сна широко встречаются при психических расстройствах и могут возникать задолго до их клинической манифестации. В последние годы инсомнии, гиперсомнии и циркадным нарушениям всё чаще придаётся значение продромальных признаков психической патологии.

**Цель.** Систематизация актуальных данных о нарушениях сна как ранних маркерах депрессивных и тревожных расстройств, биполярного аффективного расстройства и шизофрении, а также анализ возможных нейробиологических и циркадных механизмов этих взаимосвязей.

**Методы.** Выполнен нарративный литературный обзор публикаций за 2010–2024 гг., отобранных в базах PubMed, Scopus, Web of Science и Google Scholar.

**Результаты.** Инсомния является наиболее универсальным нарушением сна при психических расстройствах и нередко предшествует их развитию. Для биполярного аффективного расстройства характерны фазоспецифические изменения сна: снижение потребности во сне при маниакальных эпизодах и гиперсомния при депрессивных. При шизофрении нарушения сна и циркадной регуляции выявляются на продромальном этапе и ассоциируются с неблагоприятным течением заболевания.

**Выводы.** Представленные данные указывают на клиническую значимость систематической оценки сна у пациентов из групп риска и обосновывают включение коррекции сна в профилактические и терапевтические стратегии.

**Ключевые слова:** нарушения сна, инсомния, циркадный ритм, депрессия, тревожные расстройства, биполярное расстройство, шизофрения.

**Введение**

Нарушения сна широко распространены в психиатрической практике и находятся в тесной взаимосвязи с различными психическими расстройствами [1]. По данным современных исследований, нарушения сна и циркадных ритмов наблюдаются практически при всех основных нозологических группах психических заболеваний и рассматриваются скорее, как типичный, чем исключительный феномен [2]. Инсомния и другие формы расстройств сна выявляются у большинства пациентов с депрессивными, тревожными и биполярными расстройствами, а также при шизофрении и других психотических состояниях [3].

Особый интерес представляет тот факт, что нарушения сна нередко возникают не только на фоне уже сформировавшегося психического расстройства, но и задолго до его клинической манифестации. Последние метаанализы и эпидемиологические исследования указывают на их возможную продромальную роль. Так, инсомния

выявляется более чем у 90% пациентов с депрессией [4], входит в диагностические критерии генерализованного тревожного расстройства и часто сопровождает тревожные состояния. Изменения потребности во сне, включая её снижение или увеличение, рассматриваются как характерные ранние признаки приближающихся маниакальных и депрессивных эпизодов у пациентов с биполярным аффективным расстройством (БАР) [5]. При шизофрении нарушения сна также встречаются часто и нередко расцениваются как маркеры продромального периода; к ним относятся удлинение латентности сна, фрагментация ночного сна и выраженные сбои циркадных ритмов, связанные с нарушением секреции мелатонина и дисфункцией супрахиазматического ядра.

Связь между нарушениями сна и психическими расстройствами во многом объясняется общими нейробиологическими механизмами. В частности, описан феномен

гиперактивации моноаминергических систем и гипокретиновых нейронов, который одновременно способствует формированию тревожных и аффективных симптомов и развитию инсомнии. Это состояние сопровождается так называемым 24-часовым синдромом гиперактивации - устойчивым повышением уровня физиологического возбуждения и готовности к стрессовой реакции, что рассматривается как один из ключевых механизмов хронической бессонницы. Наряду с этим, циркадные гены и индивидуальные особенности хронотипа, влияющие на синхронизацию метаболических и нейрональных процессов, играют важную роль в регуляции настроения и эмоциональной стабильности [1]. Нарушения светового режима и сдвиги фазы сна способны провоцировать или усугублять аффективные эпизоды, что подтверждается клинической эффективностью светотерапии и кратковременной депривации сна при депрессии [6].

Ранняя диагностика психических расстройств имеет принципиальное значение для улучшения прогноза и снижения риска неблагоприятного течения заболевания. Поскольку нарушения сна во многих случаях предшествуют появлению типичной психопатологической симптоматики, они могут рассматриваться как потенциальные продромальные маркеры и индикаторы повышенного риска. Анализ данных международных и региональных исследований позволяет оценить, в какой степени изменения сна действительно выполняют роль «раннего сигнала», а также определить, какие формы нарушений - инсомния, гиперсомния или дезорганизация циркадных ритмов - наиболее характерны для отдельных нозологических групп. Целью настоящего обзора является систематизация данных о роли нарушений сна как раннего предиктора депрессивных и тревожных расстройств, биполярного аффективного расстройства и шизофрении, а также рассмотрение нейробиологических аспектов взаимосвязи «сон-психика» и формулирование направлений для дальнейших исследований.

### **Материалы и методы**

Настоящая работа выполнена в формате нарративного литературного обзора. В качестве источников использовались научные публикации, отобранные в базах данных PubMed, Scopus, Web of Science и Google Scholar за период 2010–2024 гг. Поиск литературы проводился с использованием ключевых слов и их сочетаний на русском и английском языках, включая термины «нарушения сна», «инсомния», «гиперсомния», «циркадный ритм», «депрессия», «тревожные расстройства», «биполярное расстройство», «шизофрения» и другие релевантные понятия.

В обзор включались статьи, посвящённые клиническим и эпидемиологическим аспектам взаимосвязи сна и психических расстройств, а также систематические обзоры и метаанализы по данной тематике. Из рассмотрения исключались тезисы конференций, неполные публикации, а также источники с недостаточной научной надёжностью. Языковые ограничения предусматривали включение работ, опубликованных на русском и английском языках. По типу исследований приоритет отдавался работам, выполненным на выборках людей, включая проспективные и ретроспективные когортные исследования, перекрёстные исследования и обзоры литературы.

Отбор публикаций осуществлялся в два этапа. На первом этапе проводился скрининг названий и аннотаций найденных источников с целью оценки их релевантности тематике обзора. На втором этапе анализировались полные тексты отобранных публикаций. Систематизация результатов осуществлялась методом качественного сравнительного анализа с выделением ключевых закономерностей и повторяющихся находок для отдельных классов психических расстройств.

Выводы настоящего обзора основаны исключительно на обобщении ранее опубликованных данных. Дополнительного этического одобрения исследование не требовало, поскольку не предусматривало работу с первичными данными или вмешательство в состояние пациентов. Работа выполнена с соблюдением принципов

Хельсинкской декларации в части корректного использования данных научной литературы для формирования обобщённых научных выводов.

### Результаты

Нарушения сна занимают центральное место в клинической картине депрессивных расстройств. По данным различных исследований, более 90% пациентов с клинически выраженной депрессией отмечают те или иные жалобы, связанные со сном, прежде всего инсомнию [4]. При этом всё больше данных указывает на то, что бессонные симптомы нередко появляются ещё до развития полноценного депрессивного эпизода.

Лонгитюдные наблюдения показывают, что лица с начальными проявлениями инсомнии имеют примерно двукратно повышенный риск последующего развития большого депрессивного расстройства. Классическое популяционное исследование Ohayon (1997) продемонстрировало, что 12,7% населения сообщают о выраженных жалобах на бессонницу, однако лишь 1,3% случаев соответствуют критериям первичной инсомнии без психической коморбидности [7]. В подавляющем большинстве случаев нарушения сна ассоциированы с тревожной или депрессивной симптоматикой.

Обобщающие данные, представленные в обзоре Шиналиевой и соавторов, указывают, что расстройства сна - включая инсомнию и повышенную сонливость - входят в число наиболее частых продромальных признаков депрессии наряду с тревожностью, раздражительностью, снижением интереса и уровнем энергии [8]. В отдельных исследованиях показано, что у значительной доли пациентов бессонница предшествует депрессивной симптоматике (до 41% случаев), тогда как обратная последовательность наблюдается реже. Даже после купирования острого депрессивного эпизода нарушения сна часто сохраняются в виде резидуальных симптомов, которые по своему профилю нередко повторяют ранние продромальные проявления заболевания.

Инсомния является одним из наиболее распространённых и клинически значимых сопутствующих состояний при тревожных расстройствах. В ряде обзоров

подчёркивается, что именно бессонница представляет собой наиболее частую форму нарушения сна, ассоциированную с тревогой. Для генерализованного тревожного расстройства нарушения сна настолько типичны, что включены в диагностические критерии DSM-5.

Эпидемиологические данные свидетельствуют о тесной взаимосвязи тревожных расстройств и хронической инсомнии: примерно у трети пациентов с устойчивыми бессонными жалобами выявляется тревожное расстройство, чаще всего генерализованное. Объективные данные подтверждают субъективные жалобы: у пациентов с ГТР по данным ЭЭГ выявляются удлинение латентности сна, снижение продолжительности глубоких стадий и фрагментация ночного сна [9]. В клиническом контексте это подчёркивает необходимость систематической оценки качества сна у пациентов с тревожной симптоматикой, поскольку инсомния может выступать как одним из первых проявлений расстройства, так и фактором, поддерживающим и усиливающим тревогу.

Для биполярного аффективного расстройства нарушения сна имеют особое диагностическое и прогностическое значение. Современные исследования всё чаще указывают на то, что изменения сна возникают задолго до первого клинически выраженного эпизода БАР. В систематическом обзоре Pancheri и соавт. проанализированы 16 исследований, в которых показано, что снижение потребности во сне часто предшествует маниакальным эпизодам, инсомния - как маниакальным, так и депрессивным фазам, а гиперсомния - депрессивным эпизодам при БАР [10].

У лиц с наследственной предрасположенностью к биполярному расстройству нарушения сна в подростковом и юношеском возрасте рассматриваются как неспецифический, но клинически значимый маркер повышенного риска. Большинство работ сходятся во мнении, что увеличение латентности сна и сокращение его общей продолжительности могут появляться за год и более до дебюта заболевания. Авторы подчёркивают, что выявление и коррекция подобных нарушений в группах высокого

риска способны способствовать более ранней диагностике и профилактическим вмешательствам. Клинически это подтверждается тем, что первые гипоманические эпизоды нередко сопровождаются выраженной суточной активацией и ранними пробуждениями, тогда как депрессивные фазы - гиперсомнией и выраженной дневной сонливостью.

Нарушения сна широко распространены и при шизофрении. Около 1% населения страдает данным заболеванием, и значительная часть пациентов сообщает о снижении качества сна [11]. В крупных выборках показано, что примерно у половины больных с шизофренией и другими неаффективными психозами имеются клинически значимые проявления инсомнии, аналогичные данные получены и при первом психотическом эпизоде.

Особый интерес представляет продромальный характер нарушений сна при психозах. Экспериментальные исследования демонстрируют, что депривация сна у здоровых добровольцев может вызывать транзиторные психотикоподобные симптомы, включая параноидные идеи и перцептивные искажения. У лиц из группы высокого риска по психозу ухудшение сна коррелирует с усилением галлюцинаторных и бредовых переживаний. В клинической практике выраженная инсомния рассматривается как характерный признак продромального периода психоза и ассоциируется с неблагоприятным течением заболевания, включая более высокий риск обострений и рецидивов.

Наряду с субъективными жалобами, у пациентов со шизофренией выявляются объективные нарушения структуры сна, включая увеличение латентности, снижение доли медленноволнового сна и уменьшение общей эффективности сна. Эти нарушения могут усугубляться на фоне стресса и антипсихотической терапии и связываются с дисфункцией циркадной регуляции и мелатонинового обмена [12].

В рамках проанализированных исследований выделяются три основные категории нарушений сна: инсомния,

гиперсомния и циркадная дезорганизация. Инсомния, проявляющаяся трудностями засыпания и частыми ночными пробуждениями, является наиболее распространённой и изученной формой. Популяционные данные свидетельствуют, что лишь незначительная доля случаев бессонницы является первичной, тогда как большинство эпизодов связано с психическими расстройствами, прежде всего тревожными и депрессивными [12].

Гиперсомния характеризуется чрезмерной продолжительностью сна и выраженной дневной сонливостью. Она типична для атипичных депрессивных эпизодов и нередко предшествует депрессивной фазе при БАР [5]. Такие пациенты могут спать 10–12 часов в сутки, при этом не испытывая субъективного ощущения восстановления. Гиперсомния встречается реже инсомнии и в большей степени зависит от фазы и клинического варианта расстройства, включая сезонные и атипичные формы депрессии.

Нарушения циркадных ритмов включают сдвиги фазы сна, нерегулярный режим и несоответствие внутреннего биологического ритма внешнему световому циклу. Современные данные подчёркивают, что аномальные циркадные ритмы вовлечены практически во все аффективные расстройства, а внешние факторы - сменная работа, дефицит дневного света, частые смены часовых поясов - могут выступать триггерами эпизодов [1]. Вечерний хронотип достоверно ассоциирован с более высоким риском депрессии и тревожных расстройств, а циркадная дезорганизация рассматривается как потенциальный ранний маркер, особенно при сезонных формах депрессии.

Для систематизации полученных данных и наглядного сопоставления роли нарушений сна при различных психических расстройствах ниже представлена обобщающая таблица 1, отражающая наиболее характерные типы нарушений сна и их продромальное значение в рамках основных нозологических групп.

**Таблица 1.** Основные типы нарушений сна и их продромальная роль при различных психических расстройствах

Психическое расстройство	Характерные нарушения сна	Продромальная клиническая значимость
Депрессивные расстройства	Инсомния, фрагментация сна, ранние пробуждения	Часто предшествуют депрессивному эпизоду; могут сохраняться как резидуальные симптомы
Тревожные расстройства	Инсомния, удлинение латентности сна, снижение глубокого сна	Часто являются одним из ранних проявлений и фактором поддержания тревожной симптоматики
Биполярное аффективное расстройство	Снижение потребности во сне, инсомния (мания), гиперсомния (депрессия)	Возникают за месяцы или годы до дебюта; отражают фазовую специфику расстройства
Шизофрения и психозы	Инсомния, циркадная дезорганизация, снижение эффективности сна	Рассматриваются как маркеры продромального периода и неблагоприятного течения

Как видно из представленных данных, нарушения сна обладают как общими, так и специфическими характеристиками в зависимости от нозологической принадлежности психического расстройства. Инсомния выступает универсальным и наиболее частым феноменом, сопровождающим депрессивные, тревожные и психотические состояния, тогда как гиперсомния и изменения потребности во сне демонстрируют более выраженную фазовую и диагностическую специфичность, особенно при биполярном аффективном расстройстве.

Важно отметить, что во всех рассмотренных группах нарушения сна нередко появляются на доклиническом этапе и могут предшествовать развитию развернутой психопатологической симптоматики. Это позволяет рассматривать их не только как сопутствующие проявления, но и как потенциальные ранние индикаторы риска, отражающие общие патофизиологические механизмы и уязвимость регуляции сна–бодрствования. В совокупности представленные результаты подчёркивают целесообразность включения

оценки сна в структуру раннего выявления и мониторинга психических расстройств.

### Обсуждение

Результаты настоящего обзора подтверждают, что нарушения сна играют значимую роль в структуре и динамике широкого спектра психических расстройств и могут рассматриваться как важные ранние маркеры повышенного риска. Инсомния и другие формы дезорганизации сна устойчиво ассоциированы с депрессивными, тревожными, биполярными и психотическими состояниями, что согласуется с данными предыдущих обобщающих исследований [3]. Существенным является то, что во многих работах нарушения сна описываются не только как сопутствующий симптом, но и как феномен, предшествующий манифестации заболевания и потенциально отражающий ранние этапы патологического процесса.

Сравнительный анализ различных нозологических групп позволяет выделить как общие, так и специфические закономерности. Инсомния выступает наиболее универсальным и

воспроизводимым признаком, характерным прежде всего для депрессивных и тревожных расстройств. В то же время для аффективных расстройств с фазовым течением более информативными оказываются качественные изменения сна: гиперсомния чаще ассоциирована с депрессивной полярностью, тогда как снижение потребности во сне - с маниакальными состояниями [13]. Такие различия подчёркивают, что диагностическая значимость нарушений сна определяется не только их наличием, но и их динамикой и контекстом.

Особого внимания заслуживает роль циркадных факторов. Нарушения хронотипа, дезорганизация светового режима и рассогласование биологических ритмов всё чаще рассматриваются как трансдиагностические механизмы, повышающие уязвимость к различным формам психопатологии [10]. Вечерний хронотип и нерегулярный режим сна ассоциированы как с депрессивными и тревожными симптомами, так и с психотическими переживаниями, что указывает на фундаментальное значение циркадной регуляции для эмоциональной и когнитивной стабильности. Вместе с тем клиническая манифестация этих нарушений может существенно различаться в зависимости от возраста, когнитивного уровня и стадии заболевания. Так, у части пациентов инсомния на продромальном этапе может оставаться единственным клинически заметным симптомом, тогда как в подростковых группах она чаще сопровождается выраженными аффективными колебаниями и суицидальными тенденциями [14].

Несмотря на убедительность накопленных данных, интерпретация взаимосвязей между нарушениями сна и психическими расстройствами сталкивается с рядом ограничений. Одним из ключевых нерешённых вопросов остаётся характер причинно-следственных связей, особенно в отношении инсомнии и депрессии. Ряд исследований указывает на двунаправленность этих отношений: депрессивная симптоматика может способствовать развитию бессонницы, тогда как хроническая инсомния, в свою очередь,

повышает риск депрессии. Дополнительные трудности связаны с методологическими особенностями большинства работ - преобладанием ретроспективных опросов и кросс-секционных дизайнов, что увеличивает вероятность искажений памяти и ограничивает возможность точной временной реконструкции продромального периода. Различия в диагностических критериях инсомнии, характеристиках выборок и используемых инструментах оценки также могут объяснять неоднородность результатов, отмеченную в ряде обзоров [13].

Отдельным ограничением является выраженный географический перекося существующих данных. Основная часть исследований выполнена в странах Европы и Северной Америки, тогда как материалы из Центральной Азии, включая Казахстан и другие страны СНГ, представлены крайне ограниченно. Имеющиеся локальные исследования, выполненные на относительно небольших выборках, указывают на значимую связь между качеством сна и депрессивной симптоматикой [15], однако их обобщаемость остаётся ограниченной. Это подчёркивает необходимость проведения крупных проспективных исследований с учётом региональных, культурных и социально-экономических факторов.

С практической точки зрения результаты обзора подтверждают целесообразность более активного включения оценки сна в клиническую практику психиатрии и клинической психологии. Поскольку нарушения сна во многих случаях предшествуют клинической манифестации психических расстройств, их раннее выявление может способствовать своевременному профилактическому вмешательству. Эффективность как поведенческих подходов, включая когнитивно-поведенческую терапию инсомнии, так и фармакологических методов коррекции сна подтверждена не только в отношении улучшения сна, но и в снижении выраженности аффективных симптомов и риска рецидивов. Кроме того, понимание типичных продромальных нарушений сна при биполярном расстройстве и шизофрении позволяет клиницистам более точно

мониторировать состояние пациентов из групп риска и корректировать терапию с учётом циркадных факторов, включая использование светотерапии и мелатонинергических вмешательств [1].

В целом результаты настоящего обзора подчёркивают, что нарушения сна следует рассматривать не как второстепенный или изолированный симптом, а как важный компонент патогенеза и динамики психических расстройств. Их систематическая оценка и коррекция могут стать значимым элементом стратегии раннего выявления и профилактики, особенно в условиях ограниченных ресурсов психиатрической помощи.

### **Заключение**

Проведённый обзор литературы показывает, что нарушения сна занимают центральное место в структуре факторов риска психических расстройств и обладают самостоятельной диагностической значимостью. Инсомния, циркадная дезорганизация и другие формы нарушений сна устойчиво ассоциированы с депрессивными, тревожными, биполярными и психотическими расстройствами и во многих случаях предшествуют их клинической манифестации. Тем самым подтверждается, что нарушения сна не являются случайным или вторичным феноменом при психической патологии, а отражают ранние этапы формирования расстройства и повышенную уязвимость психической регуляции.

С клинической точки зрения полученные данные подчёркивают необходимость систематической оценки сна при работе с пациентами, находящимися на доклинических и ранних стадиях

психических заболеваний. Повышение осведомлённости специалистов о типичных паттернах нарушений сна, характерных для различных нозологий, может способствовать более раннему выявлению групп риска и своевременному началу профилактических и терапевтических вмешательств. Нормализация сна в этом контексте выступает не только как симптоматическая мера, но и как потенциальный способ снижения вероятности манифестации и рецидивов психических расстройств.

В более широком концептуальном плане сон может рассматриваться как чувствительный индикатор состояния психической системы - своего рода «точка входа» для ранней диагностики и мониторинга. Это обосновывает целесообразность внедрения скрининга нарушений сна в практику первичной и специализированной психиатрической помощи, а также развития подходов, ориентированных на коррекцию циркадных нарушений, включая когнитивно-поведенческую терапию инсомнии, хронотерапию и световые вмешательства.

Перспективными направлениями дальнейших исследований являются крупномасштабные продольные наблюдения за динамикой сна в группах риска по большому депрессивному расстройству, биполярному аффективному расстройству и шизофрении, а также изучение нейробиологических и генетических механизмов, лежащих в основе выявленных взаимосвязей. Отдельного внимания требует оценка того, в какой степени ранняя коррекция нарушений сна способна модифицировать течение и исход психических заболеваний.

**Источник финансирования:** отсутствует.

**Конфликт интересов:** конфликт интересов не заявлен.

### **Сведения об авторах**

*Беспалова Людмила Юрьевна* - кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии им. Г. И. Зальцмана, НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова», Алматы, Казахстан.

ORCID: 0000-0003-0982-6805

E-mail: limalium@mail.ru

*Жаппарғалы Гүлбану 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

*Набиева Жасмина Нуржановна* - 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: 0009-0008-7424-0062

E-mail: zhasminanabieva@yandex.kz

*Ибатдолда Назгүл* - 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: 0009-0008-6898-5041

E-mail: nibatdolda@mail.ru

### Список использованной литературы

- Dollish H, Tsyglakova M, McClung CA. Circadian Rhythms and Mood Disorders: Time to See the Light. *Neuron*. 2023 Oct 18;112(1):25–40. doi:10.1016/j.neuron.2023.09.023. PMID: 37858331; PMCID: PMC10842077.
- Meyer N, Lok R, Schmidt C, Kyle SD, McClung CA, Cajochen C, et al. The sleep–circadian interface: A window into mental disorders. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2024;121(9):e2214756121. doi:10.1073/pnas.2214756121.
- Khurshid KA. Comorbid insomnia and psychiatric disorders: an update. *Innov Clin Neurosci*. 2018 Mar-Apr;15(3-4):28–32. PMID:29707424; PMCID:PMC5906087.
- Toynbee M, Zygmunt D, Levett R, Moghaddacy S, Pappa S. The prevalence of insomnia in depressed adults: a systematic review. *Psychiatry Res*. 2026;356:116888. doi:10.1016/j.psychres.2025.116888.
- Knapen SE, Snippe E, Smit AC, Schoevers RA, Riemersma-van der Lek RF. Sleep disturbances in the prodromal phase of mood episodes in patients with bipolar disorder: a replicated single-case design. *J Pers Oriented Res*. 2025;11(3):142–168
- Анцыборов АВ, Калинчук АВ, Дубатова ИЮ. Сон и депрессия: что мы знаем и что предстоит узнать? *Неврология и психиатрия: поиск и лечение*. 2020
- Ohayon MM, Caulet M, Priest RG, Guilleminault C. Prevalence of DSM-IV diagnostic criteria of insomnia: distinguishing insomnia related to mental disorders from sleep disorders. *J Psychiatr Res*. 1997;31(3):333–46
- Shinalieva K, Kasenova A, Akhmetzhanova Z, Alzhanova D, Eszhanova L, Bekenova A. Association of insomnia with anxiety and depression in type 2 diabetic patients: a cross-sectional study. *Iran J Med Sci*. 2023;48(5):448–55
- Kussainova DK, Orazalina AS, Khismetova ZA, Serikova-Esengeldina D, Khamidullina ZG, Akhmetova KM, et al. Prevalence of anxiety, depression, and insomnia among medical workers in emergency medical services in Eastern Kazakhstan. *Int J Environ Res Public Health*. 2025;22(3):407.
- Pancheri C, Verdolini N, Pacchiarotti I, Samalin L, Delle Chiaie R, Biondi M, et al. A systematic review on sleep alterations anticipating the onset of bipolar disorder. *Eur Psychiatry*. 2019;58:45–53.
- Галкин СА. Современные представления о нарушениях сна при психических расстройствах. *Журн Неврол Психиатр им СС Корсакова*. 2025;125(6):7–12.
- Ashton A, Jagannath A. Disrupted sleep and circadian rhythms in schizophrenia and their interaction with dopamine signaling. *Front Neurosci*. 2020;14:636.
- Seizer L, et al. Nonlinear and symptom-specific associations between chronotype and depression severity. *Sci Rep*. 2024;14:79868.
- The hidden clock: how chronotype is related to depression, anxiety, and stress in adolescents – insights from the EHDLA study. *Int J Ment Health Syst*. 2025
- Assylbekova N. Investigation of the effects of sleep health on positive mental health among young adults in Kazakhstan: a cross-sectional pilot study. *Нур-Султан: Nazarbayev University School of Medicine*; 2025.

**ҰЙҚЫ БҰЗЫЛУЛАРЫ ПСИХИКАЛЫҚ БҰЗЫЛУЛАРДЫҢ ЕРТЕ БЕЛГІСІ РЕТІНДЕ****БЕСПАЛОВА Л.Ю.<sup>1</sup>, ЖАППАРҒАЛЫ Г.Н.<sup>1</sup>, НАБИЕВА Ж.Н.<sup>1</sup>, ИБАТДОЛДА Н.<sup>1</sup>**<sup>1</sup> «С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті» КЕАҚ, Алматы қ.

**Түйіндеме.** Зерттеу 2024-2026 жылдарға арналған бағдарламалық-нысаналы қаржыландыру шеңберінде "Пресуицидтік қондырғылар 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 туындайды. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДҰ) ақпаратына сәйкес, Қазақстан әлемдегі суицид деңгейі ең жоғары елдердің қатарына кіреді. Өз-өзіне қол жұмсау нәтижелерінің 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-құлықтың 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 бен 40 жас аралығындағы психикалық патологиясыз.

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

**Қорытындылар.** 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).

**SLEEP DISORDERS AS AN EARLY MARKER OF MENTAL DISORDERS****BESPALOVA L.I.<sup>1</sup>, ZHAPPARGALY G.N.<sup>1</sup>, NABIEVA Z.N.<sup>1</sup>, IBATDOLDA N.<sup>1</sup>**<sup>1</sup> «Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov», Almaty c.

**Abstract.** Sleep disorders are widely observed in psychiatric disorders and may emerge long before their clinical manifestation. In recent years, insomnia, hypersomnia, and circadian rhythm disturbances have increasingly been considered prodromal signs of mental pathology, thereby expanding their diagnostic and prognostic relevance.

**Objective.** To systematize current evidence on sleep disturbances as early markers of depressive and anxiety disorders, bipolar affective disorder, and schizophrenia, and to examine potential neurobiological and circadian mechanisms underlying these associations.

**Methods.** A narrative literature review was conducted based on publications from 2010 to 2024 retrieved from PubMed, Scopus, Web of Science, and Google Scholar databases.

**Results.** The analysis demonstrated that insomnia is the most universal sleep disturbance associated with psychiatric disorders and frequently precedes their onset. Bipolar affective disorder is characterized by phase-specific sleep alterations: reduced sleep need during manic episodes and hypersomnia during depressive episodes. In schizophrenia, sleep and circadian rhythm disturbances are often identified during the prodromal phase and are associated with unfavorable clinical outcomes.

**Conclusions.** The reviewed evidence highlights the clinical importance of systematic sleep assessment in at-risk populations and supports the integration of sleep-focused interventions into preventive and therapeutic strategies.

**Keywords:** sleep disorders; insomnia; circadian rhythm; depression; anxiety disorders; bipolar disorder; schizophrenia.

УДК: 616.895.4-085

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАМОТРИДЖИНА И СОЛЕЙ ВАЛЬПРОЕВОЙ КИСЛОТЫ В ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА

ЗАЛЬЦМАН И.Г.<sup>1</sup>, КАТКОВА В. О.<sup>1</sup>, МАУТАЙ А.С.<sup>1</sup>,  
ДЖАЙЛАУБАЕВ Б. Б.<sup>1</sup>

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

### Аннотация

**Цель.** Целью работы является обобщение данных 2015-2025 гг. о сравнительной эффективности и переносимости ламотриджина и солей вальпроевой кислоты в поддерживающей терапии биполярного аффективного расстройства (БАР).

**Методы.** Проведён нарративный обзор исследований и мета-анализов, индексированных в PubMed, а также современных клинических рекомендаций (CANMAT, NICE, APA). В рамках анализа оценивались профилактика рецидивов, полярность профилактического эффекта (депрессивные по сравнению с маниакальными и смешанными фазами) и ключевые показатели безопасности.

**Выводы.** Представленные данные указывают на то, что ламотриджин чаще ассоциируется со снижением риска депрессивных рецидивов и увеличением времени до наступления депрессивного эпизода, однако его эффективность в профилактике мании ограничена без дополнительного анти-маниакального компонента. Вальпроаты демонстрируют более устойчивое влияние на профилактику маниакальных и смешанных эпизодов, но их применение может ограничиваться метаболическими и гепатотоксическими рисками, а также репродуктивными ограничениями. Выбор препарата для поддерживающей терапии БАР должен быть индивидуализирован с учётом ведущей полярности рецидивов, коморбидности, переносимости и репродуктивных планов пациента; при тяжёлом течении возможно использование комбинированных схем с оценкой потенциальных рисков. Особенности переносимости, включая необходимость медленного титрования ламотриджина и риск кожных реакций, а также вероятность увеличения массы тела, седативного эффекта и необходимость лабораторного контроля при терапии вальпроатами, оказывают влияние на приверженность лечению и реальную противорецидивную эффективность.

**Ключевые слова:** биполярное аффективное расстройство; поддерживающая терапия; ламотриджин; вальпроаты; профилактика рецидива; депрессивный рецидив; маниакальный рецидив; переносимость; безопасность; клинические рекомендации.

### Введение

Биполярное аффективное расстройство (БАР) - хроническое психическое заболевание, характеризующееся рецидивирующими эпизодами мании/гипомании и депрессии, приводящими к снижению социального и профессионального функционирования и ухудшению качества жизни. Распространённость БАР в общей популяции оценивается примерно в 2%, а клиническое течение связано с существенным вкладом в утрату трудоспособности и повышенным суицидальным риском [1]. Даже после купирования острой фазы у значимой части пациентов в течение ближайшего года возникают повторные эпизоды, что

определяет необходимость длительной противорецидивной терапии как ключевого элемента ведения БАР.

Поддерживающая терапия направлена на удержание ремиссии, снижение частоты обострений и госпитализаций, а также уменьшение общего бремени заболевания. Исторически базовым препаратом профилактики фаз БАР считался литий, эффективность которого подтверждена в отношении как маниакальных, так и депрессивных рецидивов, а также в снижении суицидального риска [2]. Однако в реальной практике его применение нередко ограничивается нежелательными явлениями и необходимостью регулярного лабораторного мониторинга, что

стимулирует использование альтернативных нормотимиков.

Наиболее распространёнными альтернативами являются противосеипептические препараты, прежде всего соли вальпроовой кислоты и ламотриджин. Вальпроаты широко применяются при БАР I типа и при наличии маниакальных или смешанных эпизодов в анамнезе; их антиманиакальная эффективность рассматривается как клинически значимое преимущество в профилактике мании [3]. В то же время профилактический эффект в отношении депрессивных фаз описывается как менее выраженный, что в ряде случаев требует комбинированных стратегий лечения. Существенным фактором выбора остаётся профиль безопасности: вальпроаты могут сопровождаться увеличением массы тела, седацией и желудочно-кишечными расстройствами, а также имеют тератогенный потенциал и репродуктивные риски, особенно значимые для женщин репродуктивного возраста [4].

Ламотриджин, напротив, позиционируется как препарат с преимущественным влиянием на депрессивный компонент: он рассматривается как терапевтический вариант при биполярной депрессии и одобрен для поддерживающей терапии БАР. По данным исследований длительного лечения ламотриджин снижает риск рецидивов по сравнению с плацебо, при этом его переносимость обычно оценивается как благоприятная; ключевое нежелательное явление - редкие кожные реакции, риск которых уменьшается при медленном титровании [5].

Сравнение ламотриджина и вальпроатов представляет практический интерес из-за различий в влиянии на «полярность» рецидивов: вальпроаты преимущественно ориентированы на профилактику мании, тогда как ламотриджин - на профилактику депрессивных эпизодов [6]. Прямые сравнительные исследования в поддерживающей терапии ограничены, и значимая часть выводов базируется на данных отдельных испытаний и мета-аналитических подходов. Цель настоящего обзора - обобщить публикации 2015-2025 гг.,

посвящённые эффективности и безопасности ламотриджина и солей вальпроовой кислоты в поддерживающей терапии БАР, с акцентом на сравнительную клиническую результативность и переносимость.

### Материалы и методы

Работа выполнена в формате нарративного литературного обзора с систематизированным поиском публикаций. Поиск проводился за период 2015-2025 гг. в международных базах Medline/PubMed и Cochrane Library, а также с использованием Google Scholar; русскоязычные источники дополнительно отбирались в eLIBRARY и CyberLeninka. Поискковые запросы включали англоязычные и русскоязычные ключевые слова и их сочетания: bipolar disorder, bipolar depression, maintenance therapy, relapse prevention/prophylaxis, lamotrigine, valproate, а также «биполярное расстройство», «поддерживающая терапия», «профилактика рецидива», «ламотриджин», «вальпроаты» и др. Для повышения полноты поиска применялись различные комбинации терминов и отслеживание релевантных ссылок в отобранных публикациях.

Критерии включения: работы, посвящённые поддерживающей (противорецидивной) терапии БАР с применением ламотриджина или солей вальпроовой кислоты у взрослых пациентов. Рассматривались рандомизированные контролируемые исследования, сравнительные клинические исследования, систематические обзоры и мета-анализы, а также клинические рекомендации и экспертные обзоры при условии, что они опирались на результаты контролируемых исследований. При отборе источников приоритет отдавался публикациям с более высоким уровнем доказательности (РКИ, систематические обзоры, мета-анализы), а также современным руководствам и консенсусам, отражающим обновлённые данные. Более ранние публикации привлекались ограниченно - преимущественно для уточнения фармакологических характеристик и отдельных клинических аспектов при недостаточности данных в выбранном временном диапазоне.

В анализе акцент делался на исходы, релевантные поддерживающей терапии: риск и время до рецидива (в целом и с разделением на маниакальные и депрессивные эпизоды), частота отмены терапии и профиль нежелательных явлений, а также клинически значимые ограничения безопасности (включая метаболические и репродуктивные риски). Отдельное внимание уделялось обзорным работам, обобщающим результаты нескольких РКИ, включая исследования эффективности вальпроатов при БАР и обновлённые кохрейновские материалы по поддерживающей терапии ламотриджином. Русскоязычная литература рассматривалась как дополнительный источник контекстных данных (открытые сравнительные исследования, клинические обзоры по применению нормотимиков).

С учётом ограниченного числа прямых сравнительных рандомизированных исследований ламотриджина и вальпроатов [7], сопоставление относительной эффективности и переносимости проводилось преимущественно на основе данных отдельных исследований каждого препарата и результатов не прямых сравнений, включая сетевые мета-анализы и обобщающие обзоры. Такой подход позволил оценить различия в профилактике эпизодов разной полярности и в профиле безопасности при длительной терапии, при сохранении критической интерпретации ограничений доказательной базы.

### Результаты

**Общая картина доказательств.** Данные клинических исследований и обзоров согласованно указывают на «полярность» профилактического действия двух препаратов: ламотриджин более выраженно снижает риск депрессивных рецидивов, тогда как вальпроаты - риск маниакальных/смешанных эпизодов [8]. При этом прямых сравнительных РКИ «ламотриджин и вальпроат» недостаточно, поэтому выводы о сравнительной эффективности опираются преимущественно на сопоставление отдельных исследований и результаты не прямых сравнений.

В плацебо-контролируемых исследованиях длительностью до 18 месяцев ламотриджин увеличивал время до

наступления нового аффективного эпизода по сравнению с плацебо [9]. При анализе исходов по типу рецидива эффект ламотриджина был наиболее заметен в отношении отсрочки депрессивного эпизода, тогда как, например, литий демонстрировал более выраженную защиту от мании. В клинических обобщениях это трактуется как ключевая ниша ламотриджина в поддерживающей терапии: профилактика рецидивов при депрессивном «уклоне» течения БАР при хорошей переносимости.

Систематизированные обзоры также подтверждают, что ламотриджин снижает риск рецидивов в целом, однако вклад в профилактику маниакальных эпизодов оценивается как меньший и менее стабильный. Отдельно описаны редкие случаи ускорения цикличности или инверсии в манию, что требует клинической настороженности, особенно у пациентов с анамнезом частых маний или смешанных состояний. В совокупности эти данные поддерживают практический вывод: ламотриджин рационально рассматривать как препарат выбора, когда в структуре заболевания преобладают депрессивные рецидивы (в том числе при БАР II типа), тогда как при высоком риске мании чаще требуется другой нормотимик или комбинированная схема [10].

При оценке суммарной профилактической эффективности (любой рецидив) ламотриджин в ряде источников демонстрирует сопоставимые результаты с традиционными нормотимиками; в некоторых обобщениях долгосрочные показатели были эквивалентны литию. Однако клиническая интерпретация таких данных должна учитывать именно полярность эффекта: сходство по «общей» эффективности может скрывать различия по типу предотвращаемых эпизодов [11].

Соли вальпроевой кислоты широко применяются в поддерживающей терапии БАР, и их профилактическая эффективность подтверждается мета-анализами и обзорами. Наиболее последовательно показан эффект в отношении маниакальных рецидивов: риск мании при длительном приёме вальпроата ниже, чем на плацебо. Это соответствует клиническому профилю препарата как

выраженного антиманиакального нормотимика.

Вопрос профилактики депрессивных эпизодов на вальпроатах остаётся более неоднозначным: часть работ указывает на возможное снижение частоты депрессивных фаз, но степень эффекта и его статистическая устойчивость варьируют, что частично связано с ограниченным количеством исследований и гетерогенностью выборок. В обзоре Cochrane данные нескольких РКИ в целом допускают профилактический эффект, включая депрессивные эпизоды, однако доказательная база оценивается как ограниченная для уверенных сравнений с плацебо или литием [12].

По ряду сопоставлений общая профилактическая эффективность вальпроатов (любой рецидив) не отличалась от лития, что позволяет рассматривать вальпроаты как клинически значимую альтернативу при необходимости антиманиакальной защиты. Отдельно подчёркивается потенциальная целесообразность вальпроата при быстроциклическом течении и смешанных состояниях, где антиманиакальный компонент и «широта» действия могут иметь особое значение [13].

С учётом совокупности данных сравнение двух препаратов целесообразно вести не только по «общей» частоте рецидивов, но и по тому, какие именно эпизоды предотвращаются эффективнее. В сравнительных интерпретациях указывается, что вальпроат лучше предотвращает маниакальные проявления, тогда как ламотриджин - депрессивные. В то же время ряд источников не выявляет существенных различий по суммарной профилактике «любых» эпизодов, что дополнительно подчёркивает необходимость клинически ориентированного выбора с учётом полярности, анамнеза течения и индивидуальных рисков [14].

Ламотриджин характеризуется благоприятной переносимостью и в сравнительных обзорах нередко описывается как более «мягкий» по побочным эффектам, чем ряд нормотимиков, включая вальпроат. Для длительного лечения принципиально важно, что препарат обычно нейтрален в

отношении массы тела и метаболических параметров и не ассоциирован с выраженным когнитивным ухудшением [15]. Наиболее клинически значимое нежелательное явление - кожная сыпь, чаще доброкачественная и возникающая на ранних этапах терапии; риск тяжёлых реакций (включая синдром Стивенса-Джонсона/токсический эпидермальный некролиз) остаётся низким у взрослых, но требует строгого соблюдения схемы медленного титрования и немедленной отмены при подозрении на тяжёлую реакцию [16]. В целом в испытаниях профиль нежелательных явлений нередко приближается к плацебо; типичные жалобы - головная боль и головокружение.

Отдельное практическое преимущество - более благоприятный репродуктивный профиль: в ряде работ считается относительно более безопасным вариантом по сравнению с вальпроатом (решения принимаются индивидуально), что отличает ламотриджин от вальпроата и расширяет его применимость у женщин репродуктивного возраста. При этом важен лекарственный взаимодействующий фактор: вальпроаты повышают концентрации ламотриджина, поэтому при их сочетании требуется коррекция дозы для снижения риска токсичности и сыпи [17].

Побочный профиль вальпроатов более «тяжёлый» и в большей степени влияет на приверженность лечению. Часто описываются седация/сонливость, тремор, гастроинтестинальные нарушения и прибавка массы тела. У женщин могут встречаться эндокринные эффекты, включая явления, ассоциируемые с поликистозом яичников, а также алопеция [18]. Отмечалась выраженность прибавки веса, сопоставляемая и в некоторых анализах превышающая таковую при ряде других психотропных схем.

Для длительного применения вальпроатов клинически значим мониторинг безопасности: возможны изменения печёночных ферментов, реже - лекарственное поражение печени или панкреатит, а также дозозависимая тромбоцитопения. Наиболее критичным ограничением считается тератогенность: риск врождённых пороков развития при приёме во время беременности достоверно повышен, что приводит к строгим

ограничениям использования у женщин детородного возраста во многих странах. Дополнительно учитывается предупреждение о потенциальном увеличении риска суицидальных мыслей и поведения для противосудорожных средств [19].

В сравнительных данных по общей переносимости прекращение терапии из-за побочных эффектов при вальпроате встречается чаще, чем при ламотриджине, что имеет прямое значение для длительного профилактического лечения. Вместе с тем при корректном титровании, мониторинге и подборе минимально эффективной дозы многие нежелательные эффекты являются управляемыми, а клиническая целесообразность вальпроата сохраняется при прогнозируемо высокой пользе (например, при склонности к маниакальным/смешанным эпизодам).

В поддерживающей терапии БАР ламотриджин и соли вальпроевой кислоты демонстрируют сопоставимую клиническую значимость, но различаются по полярности профилактического действия и профилю безопасности. Ламотриджин преимущественно снижает риск депрессивных рецидивов при лучшей переносимости и более благоприятном репродуктивном профиле, тогда как вальпроаты более надёжно предотвращают маниакальные/смешанные эпизоды, но чаще ограничиваются метаболическими, эндокринными и органоспецифическими рисками и выраженными репродуктивными ограничениями. В условиях дефицита прямых сравнительных РКИ ключевым принципом выбора становится индивидуализация терапии по полярности течения и переносимости.

### Обсуждение

Анализ современной литературы подтверждает, что ламотриджин и соли вальпроевой кислоты являются ключевыми нормотимиками для поддерживающей терапии БАР и способны снижать риск рецидивов при длительном применении. Однако их клиническая «ниша» определяется полярностью профилактического эффекта и выраженными различиями в переносимости: ни один из препаратов не обеспечивает

одинаково сильной защиты как от депрессии, так и от мании [20]. Поэтому корректнее рассматривать их не как взаимозаменяемые средства, а как препараты с разной «мишенью» профилактики и разным профилем рисков.

**Ламотриджин** демонстрирует наиболее устойчивую доказательность в профилактике биполярной депрессии: это поддерживается данными РКИ и последующими мета-аналитическими обобщениями. Клинически это означает, что препарат особенно полезен у пациентов, у которых основное бремя заболевания связано с депрессивными рецидивами, затяжными депрессиями и функциональной дезадаптацией между эпизодами. При этом слабым звеном ламотриджина остаётся профилактика маниакальных эпизодов: в исследованиях монотерапия ламотриджином демонстрирует минимальную защиту от мании по сравнению с плацебо. Следовательно, при анамнезе частых маний/гипоманий, смешанных эпизодов или высокой вероятности «манического прорыва» ламотриджин в монотерапии обычно недостаточен и рациональнее используется как компонент комбинированной схемы (например, с литием или атипичным антипсихотиком), чтобы сбалансировать профилактику обеих полярностей.

**Вальпроаты**, напротив, традиционно рассматриваются как более мощные препараты для профилактики мании и смешанных состояний, а также потенциально полезны при быстроциклическом течении. Их выбор особенно обоснован у пациентов с доминированием маниакальных/смешанных рецидивов, высокой поведенческой и социальной дезорганизацией в мании или выраженными рисками госпитализации. Вместе с тем профилактика депрессивных фаз при вальпроатах остаётся более вариативной по данным исследований: определённые подгруппы могут выигрывать (например, при специфических вариантах течения), однако в целом антидепрессивный профилактический эффект оценивается как менее выраженный, чем у ламотриджина [21]. Это важно клинически: при депрессивной «полярности» заболевания монотерапия

вальпроатом может быть недостаточной, и тогда либо предпочтительнее ламотриджин, либо требуется комбинированная стратегия.

В поддерживающей терапии БАР эффективность недостаточна без приверженности: даже клинически сильный препарат будет проигрывать, если пациент прекращает лечение из-за побочных эффектов. В этом контексте ламотриджин имеет существенное преимущество: он обычно лучше переносится, нейтрален по массе тела и метаболическим эффектам, не связан с выраженной седацией и когнитивным снижением, что критично для пациентов, сохраняющих высокий уровень социальной и профессиональной активности. Это делает его предпочтительным у пациентов с ожирением, сахарным диабетом и метаболическими нарушениями, а также у больных, для которых особенно важна когнитивная «чистота» терапии. Отдельно выделяется более благоприятный репродуктивный профиль: ламотриджин рассматривается как относительно

безопасный вариант нормотимической терапии при необходимости лечения у женщин репродуктивного возраста и во время беременности.

Вальпроаты имеют более сложный профиль переносимости и требуют клинически взвешенного назначения и регулярного мониторинга. Набор веса, седация, тремор и эндокринные эффекты снижают приверженность и могут приводить к досрочной отмене, а также увеличивают долгосрочные соматические риски. Наиболее критическим ограничением остаётся тератогенность и связанные с ней строгие противопоказания/ограничения у женщин детородного возраста [13]. Тем не менее у пациентов мужского пола или у женщин вне репродуктивного риска, при высокой вероятности маниакальных/смешанных эпизодов и при хорошей переносимости вальпроаты могут оставаться клинически оправданным выбором, если их эффективность перекрывает потенциальные риски.

**Таблица 1.** Сравнительный клинический профиль ламотриджина и вальпроатов в поддерживающей терапии БАР (примечание: составлено авторами на основе [2, 6, 7, 8, 12, 18])

Параметр	Ламотриджин	Вальпроаты (вальпроевая кислота/соли)
Преимущественная профилактическая эффективность	Профилактика депрессивных рецидивов	Профилактика маниакальных и смешанных рецидивов
Эффект на противоположную полярность	Профилактика мании ограничена при монотерапии; при высоком риске мании целесообразна комбинация	Профилактика депрессии менее стабильна/вариабельна; при депрессивной доминанте может требовать усиления схемы
Типичная тактическая роль в поддерживающей терапии	«Базовый» препарат при депрессивной доминанте; нередко в комбинации с анти-маниакальным компонентом	«Базовый» препарат при маниакально-смешанной доминанте; иногда требуется добавление компонента с антидепрессивно-профилактическим эффектом
Переносимость и приверженность	Обычно лучше переносимость, низкий метаболический риск; ключевое ограничение - необходимость титрации	Чаще нежелательные эффекты, потенциально снижающие приверженность; требуется клинический и лабораторный мониторинг
Репродуктивные аспекты	В целом более предпочтителен у женщин репродуктивного возраста при необходимости фармакотерапии (с учётом индивидуальной оценки риска/пользы)	Существенные ограничения из-за тератогенного риска; применение у женщин репродуктивного возраста требует строгих ограничений/альтернатив

В практической психиатрии поддерживающая терапия БАР часто требует комбинаций, поскольку цель - одновременно предотвратить рецидив депрессии и рецидив мании. У пациентов с тяжёлым, рецидивирующим течением комбинации могут обеспечивать более устойчивый

контроль фаз. В этом контексте показательно, что в исследовании BALANCE комбинация лития с вальпроатом оказалась эффективнее по профилактике рецидивов, чем монотерапия вальпроатом, что поддерживает подход «усиления» профилактики при неблагоприятном течении. Аналогичная

логика применима и к использованию ламотриджина в сочетании с антиманиакальными средствами для пациентов с депрессивной доминантой, но значимым риском мании.

При выборе комбинированной схемы важно учитывать лекарственные взаимодействия: при совместном назначении ламотриджина с вальпроатом дозу ламотриджина необходимо снижать (обычно ориентируются на уменьшение примерно вдвое) из-за повышения его концентрации и риска нежелательных явлений [22].

Таким образом, ламотриджин и соли вальпроевой кислоты в поддерживающей терапии БАР следует рассматривать как препараты с различной «полярной специализацией». Ламотриджин обеспечивает более выраженную профилактику депрессивных эпизодов и обладает благоприятной переносимостью, что особенно важно для длительного лечения и для пациенток репродуктивного возраста. Вальпроаты более надёжны в профилактике маниакальных и смешанных рецидивов и сохраняют высокую клиническую ценность у соответствующих фенотипов течения, однако их применение ограничивается побочным профилем и строгими репродуктивными противопоказаниями. В условиях ограниченности прямых сравнительных РКИ оптимальная стратегия должна базироваться на индивидуализации - ведущей полярности рецидивов, коморбидностях, переносимости и репродуктивных планах, а при тяжёлом течении - на рациональном использовании комбинированных схем.

### **Заключение**

Ламотриджин и соли вальпроевой кислоты остаются клинически значимыми вариантами поддерживающей (противорецидивной) терапии биполярного аффективного расстройства, однако их нельзя рассматривать как полностью

взаимозаменяемые препараты. По данным обобщённой литературы ключевым отличием выступает «полярность» профилактического эффекта: ламотриджин демонстрирует более устойчивую пользу в предупреждении депрессивных рецидивов и увеличении времени до их наступления, тогда как вальпроаты более последовательно снижают риск маниакальных и смешанных эпизодов. При ограниченном числе прямых сравнительных исследований практическая интерпретация должна опираться не только на «общую» частоту рецидивов, но и на тип предотвращаемых фаз, особенности течения (например, преобладание депрессий, смешанные состояния, быстроцикличность), а также на профиль безопасности.

Переносимость и долгосрочные риски существенно влияют на приверженность, а значит - на реальную эффективность профилактики. Ламотриджин в целом характеризуется более благоприятной переносимостью и метаболической нейтральностью, но требует строгого медленного титрования и внимательного контроля кожных реакций. Вальпроаты, несмотря на клиническую ценность при маниакально-смешанной доминанте, чаще ограничиваются нежелательными эффектами и необходимостью лабораторного мониторинга, а также имеют принципиальные репродуктивные ограничения, особенно важные для женщин детородного возраста. Следовательно, оптимальная стратегия поддерживающей терапии БАР должна быть индивидуализирована с учётом полярности рецидивов, коморбидностей, переносимости и репродуктивных планов; при тяжёлом течении оправдано применение комбинированных схем при соблюдении мер безопасности и учёте лекарственных взаимодействий.

**Источник финансирования:** отсутствует.

**Конфликт интересов:** конфликт интересов не заявлен.

### **Сведения об авторах**

*Зальцман Илья Григорьевич* – профессор кафедры психиатрии и наркологии им Г. И. Зальцмана, НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова», Алматы, Казахстан.

ORCID: 0009-0001-0965-6343

E-mail: dr-zaltsman@yandex.ru

*Каткова Валерия Олеговна* – 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: 0009-0008-5702-6181

E-mail: katkovaaleriya@gmail.com

*Маутай Ақзер Сұлтанғалиқызы* – 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: 0009-0009-1256-1685

E-mail: akzerm15@gmail.com

*Джайлаубаев Бибарс Бекзатович* – 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: 0009-0003-4047-645X

E-mail: dzhailaubayev@mail.ru

### Список использованной литературы

1. Hashimoto Y., Kotake K., Watanabe N., Fujiwara T., Sakamoto S. Lamotrigine in the maintenance treatment of bipolar disorder // *Cochrane Database Syst Rev.* - 2020. - № 4. - CD013575. - doi:10.1002/14651858.CD013575.
2. Cipriani A., Hawton K., Stockton S., Geddes J.R. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders // *BMJ.* - 2013. - Vol. 346. - f3646. - doi:10.1136/bmj.f3646.
3. Yatham L.N., Kennedy S.H., Parikh S.V., Schaffer A., Bond D.J., Frey B.N., et al. CANMAT and ISBD 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder // *Bipolar Disord.* - 2018. - Vol. 20(2). - P. 97-170.
4. Shnayder N.A., et al. Therapeutic and toxic effects of valproic acid metabolites // *Metabolites.* - 2023. - Vol. 13(1). - 134. - doi:10.3390/metabo13010134.
5. Ушкалова А.В. Эффективность и безопасность ламотриджина при биполярном аффективном расстройстве // *Фарматека.* - 2018. - № 5. - С. 64-69.
6. Пушкарская Л.С. Сейзар (ламотриджин) в терапии биполярного аффективного расстройства // *Медицинские новости.* - 2024.
7. Mari J., Dieckmann L.H.J., Prates-Baldez D., Haddad M., Rodrigues da Silva N., Kapczinski F. The efficacy of valproate in acute mania, bipolar depression and maintenance therapy for bipolar disorder: an overview of systematic reviews with meta-analyses // *BMJ Open.* - 2024. - Vol. 14(11). - e087999. - doi:10.1136/bmjopen-2024-087999.
8. Быков Ю.В., Беккер Р.А. Ламотриджин в лечении эпилепсии и расстройств биполярного спектра: две основные терапевтические мишени // *Психиатрия и психофармакотерапия.* - 2018. - Т. 20, № 3. - С. 44-58.
9. Bowden C.L., Calabrese J.R., Sachs G., Yatham L.N., Asghar S.A., Hompland M., et al. A placebo-controlled 18-month trial of lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently manic or hypomanic patients with bipolar I disorder // *Arch Gen Psychiatry.* - 2003. - Vol. 60(4). - P. 392-400. - doi:10.1001/archpsyc.60.4.392.
10. Haenen N., et al. The efficacy of lamotrigine in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis // *Bipolar Disord.* - 2024.
11. Oya K., Sakuma K., Esumi S., et al. Efficacy and safety of lithium and lamotrigine for maintenance treatment in clinically stable patients with bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis // *Neuropsychopharmacol Rep.* - 2019. - Vol. 39.
12. Geddes J.R., Goodwin G.M., Rendell J., et al. Lithium plus valproate combination therapy versus monotherapy for relapse prevention in bipolar I disorder (BALANCE): a randomised open-label trial // *Lancet.* - 2010.
13. Roosen L., et al. Evidence-based treatment strategies for rapid-cycling bipolar disorder: a review // *J Affect Disord.* - 2022.
14. Kishi T., Ikuta T., Matsuda Y., Sakuma K., Okuya M., Mishima K., Iwata N. Mood stabilizers and relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review and network meta-analysis // *Mol Psychiatry.* - 2021. - Vol. 26. - P. 4146-4157. - doi:10.1038/s41380-020-00946-6.
15. Geddes J.R., Calabrese J.R., Goodwin G.M. Lamotrigine for treatment of bipolar depression and relapse prevention: systematic review of randomized trials // *J Psychopharmacol.* - 2009. - Vol. 23(5). - P. 542-549.
16. Mockenhaupt M., Messenheimer J., Tennis P., Schlingmann J. Risk of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis with lamotrigine treatment // *Neurology.* - 2005. - Vol. 64(7). - P. 1134-1138. - doi:10.1212/01.WNL.0000156358.07397.6A.
17. Жияяева Т.В. Ламотриджин и фолиевая кислота при биполярном расстройстве // *Современная терапия психических расстройств.* - 2025. - № 2.
18. Шнайдер Н.А., Дмитренко Д.В. Вальпроевая кислота: эффективность и безопасность применения в клинической практике // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* - 2019. - Т. 11, № 2. - С. 4-10.
19. Nestsiarovich A, Gaudiot CES, Baldessarini RJ, Vieta E, Zhu Y, Tohen M. Preventing new episodes of bipolar disorder in adults: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur*

Neuropsychopharmacol. 2022;54:75-89.  
doi:10.1016/j.euroneuro.2021.08.264.

20. Singh S., et al. Pharmacological treatment of bipolar disorder in pregnancy // Indian J Psychiatry. - 2023.

21. Valproate: reproductive risks (Pregnancy Prevention Programme) // Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA). - 2025.

22. Gidal B.E., Sheth R.D., Parnell J., Maloney K., Sale M. Evaluation of lamotrigine pharmacokinetics when coadministered with valproate in patients with epilepsy and bipolar disorder // Epilepsy Behav. - 2019. - Vol. 92. - P. 204-208.

## БИПОЛЯРЛЫҚ АФФЕКТИВТІ БҰЗЫЛЫСТЫ ҚОЛДАУШЫ ТЕРАПИЯСЫНДА ЛАМОТРИДЖИН МЕН ВАЛЬПРОАТ ТҰЗДАРЫНЫҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ ТИІМДІЛІГІ

(Әдебиетке шолу)

ЗАЛЬЦМАН И.Г.<sup>1</sup>, КАТКОВА В. О.<sup>1</sup>, МАУТАЙ А.С.<sup>1</sup>,  
ДЖАЙЛАУБАЕВ Б. Б.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> «С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті» КЕАҚ, Алматы қ.

### Түйіндеме

**Зерттеу мақсаты.** Бұл жұмыстың мақсаты 2015-2025 жылдар аралығында жарияланған деректер негізінде биполярлық аффективті бұзылыстың (БАБ) қолдаушы терапиясында ламотриджин мен вальпроат тұздарының салыстырмалы тиімділігі мен төзімділігін бағалау болды.

**Материалдар мен әдістер.** PubMed базаларында индекстелген зерттеулер мен мета-талдауларға, сондай-ақ негізгі клиникалық ұсынымдарға (CANMAT, NICE, APA) сүйене отырып, нарративтік әдеби шолу жүргізілді. Талдау рецидивтің алдын алу тиімділігіне, профилактикалық әсердің полярлық ерекшеліктеріне (депрессиялық және маниакальды/аралас эпизодтар), сондай-ақ қауіпсіздік көрсеткіштеріне бағытталды.

**Нәтижелер.** Ламотриджин депрессиялық рецидив қаупінің төмендеуімен және депрессиялық эпизодтың қайталануына дейінгі уақыттың ұзаруымен жиірек байланысты, алайда қосымша антиманиакальды компонентсіз манияның алдын алудағы әсері шектеулі болуы мүмкін. Вальпроаттар маниакальды және аралас эпизодтардың профилактикасында неғұрлым тұрақты

тиімділік көрсетеді, дегенмен олардың қолданылуы метаболикалық және гепатоуытты қауіптермен, сондай-ақ репродуктивтік қауіпсіздікке қатысты маңызды шектеулермен байланысты болуы мүмкін.

**Қорытынды.** Сондықтан БАБ-тың қолдаушы кезеңіндегі емді таңдау рецидив полярлығын, қатар жүретін ауруларды, төзімділікті, мониторинг қажеттілігін және репродуктивтік жоспарларды ескере отырып жекешелендірілуі тиіс. Аурудың ауыр ағымында ықтимал қауіптерді мұқият бағалай отырып, біріктірілген емдеу стратегияларын қарастыруға болады. Ламотриджинмен баяу титрлеу қажеттілігі мен тері реакцияларының қаупі, ал вальпроаттармен салмақ қосу, седативті әсер және зертханалық бақылау қажеттілігі сияқты төзімділік ерекшеліктері емге бейілділікке ықпал етіп, рецидивтің алдын алудың нақты нәтижелерін айқындауы мүмкін.

**Кілт сөздер:** биполярлық аффективті бұзылыс; қолдаушы терапия; ламотриджин; вальпроат; рецидивтің алдын алу; депрессиялық рецидив; маниакальды рецидив; төзімділік; қауіпсіздік; клиникалық ұсынымдар.

## COMPARATIVE EFFICACY OF LAMOTRIGINE AND VALPROATE SALTS IN THE MAINTENANCE TREATMENT OF BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

(Literature Review)

ZALTSMAN G.I.<sup>1</sup>, KATKOVA V.O.<sup>1</sup>, MAUTAI A.S.<sup>1</sup>, DZHAILAUBAYEV B.B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> «Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov», Almaty c.

### Abstract

**Objective.** The aim of this study was to summarize evidence from 2015-2025 regarding the comparative efficacy and tolerability of lamotrigine and valproate salts in the maintenance treatment of bipolar affective disorder (BAD).

**Materials and Methods.** A narrative review of studies and meta-analyses indexed in PubMed, along with major clinical guidelines (CANMAT, NICE, APA), was conducted. The analysis focused on relapse prevention, polarity-specific prophylactic effects (depressive versus manic/mixed episodes), and key safety outcomes.

**Results.** Lamotrigine is more consistently associated with a reduced risk of depressive relapse and a longer time to depressive episode recurrence, while its anti-manic preventive effect appears limited without an additional

anti-manic component. Valproates demonstrate more stable efficacy in preventing manic and mixed episodes; however, their use may be constrained by metabolic and hepatotoxic risks and significant reproductive safety considerations.

**Conclusion.** Treatment selection in the maintenance phase of BAD should therefore be individualized, taking into account relapse polarity, comorbid conditions, tolerability, monitoring requirements, and reproductive plans. In more severe clinical courses, combination strategies may be considered, provided that careful risk assessment is performed. Differences in tolerability profiles, including the need for slow titration and the risk of cutaneous reactions with lamotrigine versus weight gain, sedation, and the need for laboratory monitoring with valproates,

may influence adherence and ultimately determine real-world relapse prevention outcomes.

**Keywords:** bipolar affective disorder; maintenance therapy; lamotrigine; valproate; relapse prevention; depressive relapse; manic relapse; tolerability; safety; clinical guidelines.

УДК: 616.8-009.836

## ИНСОМНИЯ НА ФОНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИЁМА СНОТВОРНЫХ ПРЕПАРАТОВ (ОБЗОР)

ЫРЗАХАНОВ К.С.<sup>1</sup>

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

**Аннотация.** Инсомния, формирующаяся в контексте длительного применения снотворных препаратов, представляет собой клинический феномен, в котором фармакологическое вмешательство перестаёт выполнять терапевтическую функцию и становится фактором хронизации нарушения сна. Порочный круг нарушений сна сохраняется автономно, независимо от первоначальных мотивов приема гипнотиков - будь то коррекция имеющихся расстройств или ятрогенное злоупотребление. Современные агонисты бензодиазепиновых рецепторов безопаснее предшественников, однако данные о риске развития зависимости и синдрома отмены не позволяют считать их абсолютно безвредными. Нарушения сна, возникающие у пациентов, длительно использующих снотворные средства, представляют собой не просто побочный эффект фармакотерапии, а самостоятельное патологическое состояние с многоуровневым механизмом формирования. Практика показывает, что продолжительное применение гипнотиков способно трансформировать исходную клиническую картину инсомнии, придавая ей устойчивый характер. В настоящем литературном обзоре рассматриваются современные данные о распространённости, патогенезе, клинических проявлениях и методах лечения инсомнии, ассоциированной с зависимостью от снотворных средств. Особое внимание уделено когнитивно-поведенческой терапии инсомнии, стратегиям постепенной отмены препаратов и альтернативным методам фармакотерапии.

**Ключевые слова:** инсомния, синдром отмены, бензодиазепины, Z-препараты, лекарственная толерантность.

### Введение

Инсомния является одним из наиболее распространенных нарушений сна и рассматривается как значимый фактор ухудшения качества жизни, характеризующееся трудностями при засыпании, поддержании сна или ранними пробуждениями [1]. Согласно международным данным, до 30% населения периодически сталкиваются с симптомами бессонницы, при этом до 10% страдают хронической инсомнией. В клинической практике широкое распространение получили снотворные препараты, особенно бензодиазепины и Z-препараты (зопиклон,

золпидем, залеплон). Однако их длительное применение может приводить к развитию зависимости и снижению эффективности терапии [2].

Со временем формируется состояние, при котором отмена препарата сопровождается ухудшением сна, что способствует его дальнейшему приему [3]. Таким образом, лекарственное средство становится фактором поддержания патологического процесса.

**Цель обзора.** Провести анализ современных литературных данных по проблеме инсомнии, развивающейся на фоне зависимости от снотворных препаратов, а также оценить эффективность

существующих методов лечения и профилактики.

**Материалы и методы.** Проведён систематический поиск публикаций в базах данных PubMed, Scopus, Web of Science и eLibrary за период с 2000 по 2025 гг. В обзор были включены оригинальные исследования, обзоры, мета-анализы и клинические рекомендации. Использовались ключевые слова: *insomnia, benzodiazepine dependence, Z-drugs, hypnotic withdrawal, CBT-I*. Отобрано 67 релевантных источников, из которых 34 — исследования с доказательной базой (уровень А и В).

Согласно современным представлениям, развитие зависимости от снотворных препаратов связано с изменениями в ГАМК-ергической системе мозга [4]. Длительное воздействие гипнотиков приводит к снижению чувствительности рецепторов и нарушению естественной регуляции сна [5].

Дополнительно вовлекаются серотонинергические механизмы, влияющие на эмоциональное состояние и циркадные ритмы [6]. Изменение структуры сна проявляется уменьшением глубины сна и его фрагментацией [7].

**Клинические проявления.** Клиническая картина характеризуется трудностями засыпания, поверхностным сном и частыми пробуждениями [8].

При попытке отмены препарата возникает усиление симптомов инсомнии, известное как синдром отмены [9]. Нередко наблюдаются тревожность, раздражительность и снижение когнитивных функций [10].

В обзоре М. Lader было показано, что продолжительное применение бензодиазепинов сопровождается высоким риском формирования синдрома отмены, включающего тревогу, рикошетную инсомнию, раздражительность и вегетативные нарушения. Автор отмечает, что вероятность развития симптомов отмены существенно возрастает при длительности терапии более 6 месяцев. Кроме того, были выявлены когнитивные нарушения, включающие ухудшение памяти, снижение концентрации внимания и психомоторное замедление, особенно у пациентов пожилого возраста. Также в исследовании М. Lader

подчёркивается связь хронического применения бензодиазепинов с повышением риска падений, дорожно-транспортных происшествий и нарушений координации движений. Автор рекомендует ограничивать длительность применения бензодиазепинов и использовать постепенное снижение дозировки при отмене препаратов. В работе Daniel F. Kripke, посвящённой долгосрочному использованию гипнотиков, сообщается о возможной связи хронического приёма снотворных препаратов с повышенной смертностью и увеличением риска соматических осложнений. Автор указывает, что несмотря на субъективное улучшение сна, объективная эффективность гипнотиков при длительном применении постепенно снижается вследствие формирования толерантности. Kripke также отмечает, что хронический приём гипнотиков может сопровождаться дневной сонливостью, когнитивным снижением и нарушением психомоторных функций. Дополнительно описывается повышение риска падений, автомобильных аварий и депрессивных расстройств у пациентов, длительно принимающих снотворные препараты. Сравнительный анализ исследований показал, что оба автора рассматривают длительное применение гипнотиков как значимый фактор хронизации инсомнии. Однако если Lader преимущественно акцентирует внимание на механизмах формирования зависимости и синдроме отмены, то Kripke делает основной акцент на системных рисках хронического применения гипнотиков, включая повышение смертности и соматической заболеваемости.

**Частота зависимости.** Длительное применение бензодиазепинов более 4–6 недель существенно повышало риск формирования зависимости. В ряде исследований признаки лекарственной зависимости выявлялись у 20–45% пациентов, длительно принимающих снотворные препараты.

**Рикошетная инсомния.** После резкой отмены гипнотиков ухудшение сна наблюдалось у большинства пациентов в течение первых 3–14 дней. Наиболее выраженные симптомы: сокращение продолжительности сна; учащение ночных

пробуждений; повышение тревожности; дневная раздражительность.

**Клинико-психопатологические особенности.** Зависимость сопровождается повышенной тревожностью, раздражительностью, дневной сонливостью и снижением когнитивных функций. Особое место занимает рикошетная инсомния — усиление симптомов бессонницы при попытке отмены препарата. Это ведёт к повторному приёму и хронификации зависимости.

**Подходы к лечению.** Наиболее эффективной стратегией считается когнитивно-поведенческая терапия бессонницы (СВТ-1) в сочетании с медленной отменой препарата (на 10–25% в неделю). Также применяются методы релаксации, гигиена сна, светотерапия. Фармакологические альтернативы — ограничены. Препараты как агомелатин, доксепин или мелатонин показали умеренную эффективность, особенно в поддержке при отмене гипнотиков.

**Особые популяции.** Пожилые пациенты и лица с психическими расстройствами (депрессией, тревогой) более склонны к зависимости и требуют особенно осторожного ведения. Необходима оценка рисков перед назначением снотворного лечения.

#### Заключение

Инсомния на фоне зависимости от приёма снотворных препаратов представляет серьёзную клинико-социальную проблему. Существуют устойчивые доказательства связи между длительным приёмом гипнотиков и развитием толерантности, рикошетной инсомнии, а также ухудшением качества жизни. Наиболее эффективным является психотерапевтический подход, особенно когнитивно-поведенческая терапия, которая способствует восстановлению сна без медикаментов. Важно своевременно выявлять зависимость и проводить профилактику её формирования.

**Источник финансирования:** отсутствует.

**Конфликт интересов:** конфликт интересов не заявлен.

#### Сведения об авторах:

*Ырзаханов Кайыржан Сабыржанулы* - 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: 0009-0005-8387-5340

E-mail: y.kaiyrjan@gmail.com

#### Список использованной литературы

- Ohayon MM. Epidemiology of insomnia. *Sleep Med Rev.* 2002;6(2):97–111. doi:10.1053/smr.2002.0186
- Neubauer DN. Pharmacotherapy for insomnia. *Am J Psychiatry.* 2007;164(8):1170–1175. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07030459
- Roehrs T, Roth T. Insomnia pharmacotherapy. *Neurotherapeutics.* 2012;9(4):728–738. doi:10.1007/s13311-012-0142-7
- Möhler H. GABA(A) receptors. *Pharmacol Ther.* 2006;111(3):659–679. doi:10.1016/j.pharmthera.2005.12.003
- Vinkers CH, Olivier B. Mechanisms of tolerance. *Adv Pharmacol Sci.* 2012;2012:416864. doi:10.1155/2012/416864
- Monti JM. Serotonin and sleep. *Sleep Med Rev.* 2011;15(4):269–281. doi:10.1016/j.smr.2010.11.003
- Bonnet MH, Arand DL. Hyperarousal. *Sleep Med Rev.* 2010;14(1):9–15. doi:10.1016/j.smr.2009.07.002
- Spielman AJ. Behavioral perspective. *Psychiatr Clin North Am.* 1987;10(4):541–553
- Schweizer E, Rickels K. Withdrawal phenomena. *Psychopharmacology.* 1990;100(4):470–476. doi:10.1007/BF02244608
- Barker MJ et al. Cognitive effects. *CNS Drugs.* 2004;18(1):37–48. doi:10.2165/00023210-200418010-00004
- Lader M. Benzodiazepine harm: how can it be reduced? *Br J Clin Pharmacol.* 2014;77(2):295–301. doi:10.1111/bcp.12217
- Kripke DF. Chronic hypnotic use: deadly risks, doubtful benefit. *Sleep Med Rev.* 2016;29:5–9. doi:10.1016/j.smr.2015.08.001
- Morin CM, Blais SG. Epidemiology of insomnia and treatment approaches. *Sleep Med.* 2011;12(3):123–130. doi:10.1016/j.sleep.2011.01.002

## ҰЙЫҚТАТАТЫН ДӘРІЛЕРГЕ ТӘУЕЛДІЛІКПЕН БАЙЛАНЫСТЫ ИНСОМНИЯ ЫРЗАХАНОВ Қ.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> «С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті» КЕАҚ

**Аннотация.** Ұйықтататын дәрілерді ұзақ мерзімді қолдану аясында дамитын инсомния - фармакологиялық араласу өзінің емдік әсерін жоғалтып, ұйқы бұзылыстарының созылмалы түрге өтуіне ықпал ететін клиникалық феномен болып табылады. Ұйқы бұзылыстарының тұйық шеңбері гипнотиктерді қабылдаудың бастапқы себептеріне тәуелсіз түрде, яғни бұрыннан бар ұйқы бұзылыстарын емдеу мақсатында немесе ятрогендік теріс пайдалану салдарынан дамығанына қарамастан, дербес түрде сақталады. Қазіргі заманғы бензодиазепин рецепторларының агонистері өздерінің алдыңғы буын препараттарына қарағанда қауіпсіздеу болып саналғанымен, тәуелділік пен тоқтату синдромының даму қаупіне қатысты қолда бар деректер оларды толық қауіпсіз деп қарастыруға мүмкіндік бермейді. Ұзақ мерзімді гипнотикалық терапия алатын

пациенттерде байқалатын ұйқы бұзылыстары фармакотерапияның жай ғана жанама әсері емес, көпдеңгейлі патофизиологиялық механизмдері бар дербес аурулық жағдай болып табылады. Клиникалық деректер гипнотиктерді ұзақ қолдану инсомнияның бастапқы клиникалық көрінісін өзгертіп, оның тұрақты және емге төзімді түрге ауысуына ықпал ететінін көрсетеді. Бұл әдебиеттік шолуда гипнотиктерге тәуелділікпен байланысты инсомнияның таралуы, патогенезі, клиникалық көріністері және емдеу тәсілдері бойынша қазіргі ғылыми деректер қарастырылады. Ерекше назар когнитивті-мінез-құлықтық терапияға, дәрілерді біртіндеп тоқтату стратегияларына және баламалы фармакотерапиялық әдістерге аударылады.

**Түйін сөздер:** инсомния; тоқтату синдромы; бензодиазепиндер; Z-препараттар; дәріге төзімділік.

## INSOMNIA DUE TO HYPNOTIC ABUSE

YRZAKHANOV K.S.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> NAO «Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov»

**Abstract.** Insomnia developing in the context of long-term use of hypnotic drugs is a clinical phenomenon in which pharmacological intervention ceases to fulfil its therapeutic function and becomes a factor contributing to the chronification of sleep disturbance. The vicious cycle of sleep disorders is maintained autonomously, irrespective of the original rationale for initiating hypnotic therapy — whether for the management of pre-existing sleep disorders or as a consequence of iatrogenic misuse. Contemporary benzodiazepine receptor agonists have a more favourable safety profile than their predecessors; nevertheless, existing evidence regarding the risks of dependence and withdrawal syndrome precludes their classification as entirely safe agents. Sleep disturbances observed in patients on long-term hypnotic therapy do not represent a

mere adverse effect of pharmacotherapy, but rather constitute an independent pathological condition with a multilevel pathogenic mechanism. Clinical evidence indicates that prolonged hypnotic use is capable of transforming the initial clinical presentation of insomnia, conferring upon it a chronic and treatment-resistant character. This literature review presents current data on the prevalence, pathogenesis, clinical features, and therapeutic approaches to insomnia associated with hypnotic dependence. Special emphasis is placed on cognitive behavioural therapy for insomnia, strategies for gradual drug tapering, and alternative pharmacotherapeutic options.

**Keywords:** insomnia, withdrawal syndrome, benzodiazepines, Z-drugs, drug tolerance.

УДК: 616.89-008.441.13

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН В ГОРОДЕ ШЫМКЕНТ В 2024–2025 ГГ.

САДЫКОВА ЛАУРА АЙТЖАНОВНА<sup>1</sup>, НАКИПОВА АҚМАРАЛ ҚАЛМЫРЗАЕВНА<sup>2</sup>,  
ЖАРКИНБЕКОВА НАЗИРА АСАНОВНА<sup>3</sup>, ЕНСЕБАЕВА ЛЯЙЛЯ ЗАИТОВНА<sup>4</sup>,  
РАМАНОВА ГУЛНАФИС БАҚЫТЖАНҚЫЗЫ<sup>3</sup>  
ЖУМАГУЛОВА АЛУА БАУЫРЖАНҚЫЗЫ<sup>3</sup>

<sup>1</sup> МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР №8, Г. ШЫМКЕНТ, КАЗАХСТАН

<sup>2</sup> ГКП НА ПХВ "ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ" УЗ Г. ШЫМКЕНТ, КАЗАХСТАН

<sup>3</sup> АО ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ (ЮКМА), Г. ШЫМКЕНТ, КАЗАХСТАН

<sup>4</sup> ГКП НА ПХВ "ВЫСШИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ" УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. ШЫМКЕНТ, КАЗАХСТАН

### Аннотация

**Введение.** Алкогольная зависимость - тяжелое психическое расстройство. Алкогольная зависимость у женщин является актуальной проблемой современной наркологии и общественного здравоохранения. У женщин отмечаются особые последствия употребления алкоголя, включая повышение риска рака молочной железы и развитие фетального алкогольного синдрома при беременности [1].

В последние годы наблюдаются скрытое течение заболевания, увеличение частоты рецидивов и высокий уровень соматоневрологической коморбидности. В условиях города Шымкент значимую роль играют социально-экономические и психоэмоциональные факторы.

**Цель.** Анализ эпидемиологической структуры, клинических особенностей и динамики алкогольной зависимости у женщин на основании данных наркологического отделения №4 города Шымкент за 2024–2025 гг.

**Методы.** Проведено ретроспективное описательно-статистическое исследование. Проанализированы стационарные показатели за 2024–2025 гг., нозологическая структура (F10–F19), частота повторных госпитализаций, результаты лабораторных и функциональных исследований, а также соматоневрологическая коморбидность. Использованы методы сравнительного и динамического анализа.

**Результаты.** Отмечен рост числа госпитализаций с 207 до 229. Доля повторных поступлений значительно увеличилась с 89 до 132, что свидетельствует о хронически-рецидивирующем течении заболевания. Основной нозологической группой остались расстройства, связанные с алкоголем (F10), с ростом случаев с 55 до 84. В структуре соматической коморбидности преобладали сердечно-сосудистые, гастроэнтерологические и неврологические заболевания. Сохраняется высокий уровень психоневрологической нагрузки.

**Выводы.** В 2024–2025 гг. в городе Шымкент наблюдается усиление рецидивирующего течения алкогольной зависимости у женщин, рост соматоневрологической коморбидности и увеличение диагностической нагрузки. Полученные данные подтверждают необходимость раннего скрининга, мультидисциплинарного лечения и совершенствования программ длительной реабилитации.

**Ключевые слова:** Алкоголизм, алкогольная зависимость, женщины, психические расстройства, коморбидность, рецидив, общественное здравоохранение.

### Введение

Алкоголизм у женщин имеет более поздний возраст начала по сравнению с мужчинами, однако отличается ускоренными

темпами формирования клинической зависимости [2,3]. У большинства женщин развитие алкоголизма от начала злоупотребления до формирования

клинической картины занимает менее 5 лет, что значительно быстрее, чем у мужчин [4]. психопатологические факторы, включая истерические черты личности и психоэмоциональную нестабильность. Клиническое течение у женщин характеризуется ранним развитием абстинентного синдрома, быстрым переходом стадий заболевания и более выраженной психической и соматической деградацией [2]. У женщин чаще наблюдаются тяжелые психотические формы алкоголизма с выраженными эмоциональными нарушениями, яркими галлюцинаторными переживаниями и ранним рецидивированием. Эффективность лечения у женщин ниже, что связано с высокой частотой рецидивов, низкой приверженностью к терапии и недостаточной длительностью поддерживающего лечения, требующего индивидуализированного и более длительного подхода. В последние десятилетия наблюдается значимый рост распространенности употребления алкоголя и алкоголь-ассоциированных расстройств среди женщин [4], при этом современные эпидемиологические данные демонстрируют сближение показателей употребления алкоголя между мужчинами и женщинами, особенно в возрастной группе до 45 лет [2].

Это отражает глобальный сдвиг в структуре потребления алкоголя и усиление роли гендерных факторов в формировании зависимости. Следовательно, отмечается переход к более детальному изучению женского алкоголизма как самостоятельной клинко-эпидемиологической проблемы.

**Цель исследования.** Изучить эпидемиологические и клинические особенности алкогольной зависимости у женщин в городе Шымкент за 2024–2025 годы на основании данных наркологического стационара.

#### **Задачи исследования**

1. Оценить динамику госпитализаций женщин с алкогольной зависимостью.
2. Проанализировать нозологическую структуру заболевания.
3. Изучить частоту рецидивов и повторных госпитализаций.
4. Оценить соматоневрологическую коморбидность.

Ведущую роль в формировании женского алкоголизма играют семейные и личностно- 5. Выявить клинко-эпидемиологические особенности течения заболевания в регионе.

**Материалы и методы.** Проведено ретроспективное обсервационное (дескриптивно-аналитическое) исследование, основанное на анализе медицинской документации женского контингента с диагнозами алкогольной зависимости (коды F10–F19 по МКБ-10), получавших стационарное лечение в наркологическом отделении №4 г. Шымкента в период 2024–2025 гг.

Критерии включения: женщины в возрасте 18 лет и старше с установленным диагнозом алкогольной зависимости, завершённым или повторным стационарным лечением в указанный период. Критерии исключения: неполные медицинские записи, сопутствующие тяжелые органические поражения ЦНС, не связанные с употреблением алкоголя, а также пациенты с отсутствием лабораторно подтверждённого диагноза.

Формирование выборки осуществлялось сплошным методом на основании архивных данных стационарных историй болезни и отчетной документации отделения.

Сбор данных включал анализ клинических характеристик, нозологической структуры, частоты госпитализаций, повторных поступлений, результатов лабораторных (ОАК, биохимические показатели) и инструментальных исследований (ЭКГ, ЭЭГ, УЗИ), а также показателей соматоневрологической коморбидности. Все данные были обезличены; идентифицирующая информация не использовалась.

Статистическая обработка выполнена с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics версии 26.0 и Microsoft Excel 2019. Используются методы описательной статистики (средние значения, стандартное отклонение, относительные и абсолютные показатели), а также сравнительный анализ с применением критерия  $\chi^2$  Пирсона для категориальных данных и t-критерия Стьюдента для независимых выборок при нормальном

распределении. Уровень статистической значимости принят как  $p < 0,05$ .

Исследование проведено в соответствии с этическими принципами Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации. Конфиденциальность данных пациентов была строго соблюдена, персональная информация исключена из анализа.

Цель исследования: оценить эпидемиологические и клинико-структурные особенности алкогольной зависимости у женщин в г. Шымкент за 2024–2025 гг.

Задачи исследования: определить структуру нозологических форм, проанализировать динамику госпитализаций и повторных поступлений, оценить соматоневрологическую коморбидность, а также выявить основные тенденции течения заболевания в исследуемой популяции.

### Результаты

Количественные показатели госпитализированных пациентов



Рис. 1

Нозологические показатели пациентов, поступивших на лечение

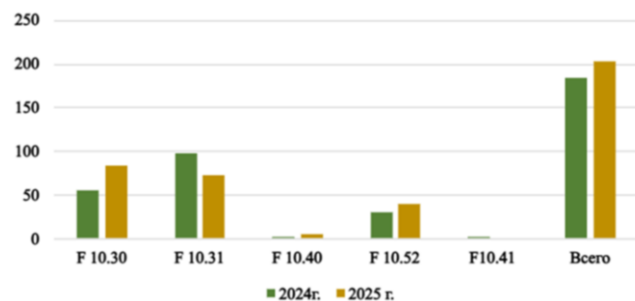


Рис. 2

**F10.30** — Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя: острая интоксикация без осложнений

**F10.31** — Острая интоксикация с осложнениями

**F10.40** — Абстинентное состояние (синдром отмены) без делирия

**F10.41** — Абстинентное состояние с делирием (алкогольный делирий, белая горячка)

**F10.52** — Психотическое расстройство, вызванное алкоголем: галлюциноз



Рис. 3. Доля пациентов с соматоневрологической патологией (%), 2024 г

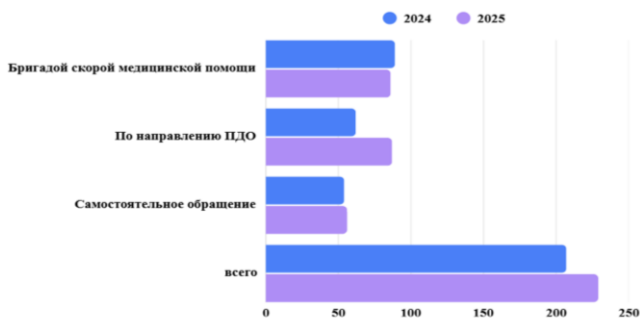


Рис. 4. Доля пациентов с соматоневрологической патологией (%), 2025 г

Нозологические показатели выписанных пациентов F10



Рис. 5



**Рис.6.** Структура пациентов, поступивших на лечение

### Обсуждение

Полученные результаты отражают нарастание эпидемиологической и клинической значимости алкогольной зависимости у женщин в г. Шымкент в 2024–2025 гг. Увеличение общего числа госпитализаций и, особенно, выраженный рост повторных поступлений указывает на формирование устойчивого хронически-рецидивирующего течения заболевания. Это может рассматриваться как маркер недостаточной эффективности амбулаторного этапа лечения, слабой приверженности терапии и ограниченной доступности длительных реабилитационных программ.

Доминирование расстройств F10 и их увеличение подтверждает, что алкогольная зависимость остается ведущей нозологической единицей в структуре наркологической патологии у женщин. Выявленная соматоневрологическая коморбидность (сердечно-сосудистая, гастроэнтерологическая и неврологическая патология) отражает системное токсическое воздействие алкоголя и согласуется с современными данными, согласно которым у женщин быстрее формируются органы осложнения и наблюдается более выраженная биологическая уязвимость к этанолу.

Сопоставление с международными исследованиями показывает сходные тенденции: глобально отмечается рост потребления алкоголя среди женщин, «сближение» гендерных различий в структуре употребления и увеличение доли алкоголь-ассоциированных расстройств в женской популяции. При этом в литературе

подчеркивается, что у женщин заболевание характеризуется более быстрым формированием зависимости, более высоким уровнем соматических осложнений и более частыми рецидивами, что согласуется с полученными результатами.

Особое значение имеет рост повторных госпитализаций, который может отражать не только медицинские, но и социальные детерминанты: стигматизацию, скрытность обращения, семейные нагрузки и недостаточную социальную поддержку. Эти факторы, как показывают исследования, существенно ограничивают доступ женщин к непрерывному лечению и повышают риск повторных эпизодов госпитализации.

К ограничениям исследования относится его ретроспективный и одноцентровой характер, что ограничивает возможность экстраполяции результатов на всю популяцию. Также отсутствует стратификация по возрасту, длительности заболевания, социальному статусу и уровню потребления алкоголя, что могло бы уточнить механизмы выявленных закономерностей.

Сильной стороной работы является использование реальных клинических данных в динамике за два года, что позволяет оценить не только структуру заболеваемости, но и изменение интенсивности госпитальной нагрузки и диагностической активности.

Практическая значимость заключается в необходимости перехода к более ранним моделям выявления алкогольной зависимости у женщин, внедрения мультидисциплинарного подхода с участием психиатров, наркологов, терапевтов и социальных служб, а также развития долгосрочных программ реабилитации, направленных на снижение рецидивов и улучшение функционального исхода заболевания.

### Заключение

В ходе проведенного исследования установлено, что в 2024–2025 гг. в г. Шымкент наблюдается увеличение общего числа госпитализаций женщин с алкогольной зависимостью (с 207 до 229 случаев), что отражает тенденцию к росту обращаемости и/или распространенности данной патологии. Отмечено значительное увеличение доли

повторных госпитализаций (с 89 до 132), что свидетельствует о рецидивирующем, хронически-прогредиентном течении алкогольной зависимости и недостаточной устойчивости ремиссий.

Анализ нозологической структуры показал преобладание расстройств, относящихся к F10-группе, с тенденцией к росту отдельных клинических форм, что подтверждает ведущую роль алкогольной зависимости в структуре наркологической заболеваемости у женщин. Одновременно выявлено увеличение диагностической и инструментальной активности, что отражает повышение качества наблюдения и уточнения клинического статуса пациентов.

Выявленная высокая частота соматоневрологической коморбидности

(кардиоваскулярной, гастроэнтерологической и неврологической патологии) подтверждает системное негативное влияние хронической алкогольной интоксикации на организм и усложняет течение основного заболевания.

Таким образом, результаты исследования подтверждают необходимость усиления раннего выявления алкогольной зависимости у женщин, совершенствования программ вторичной профилактики, а также внедрения комплексного мультидисциплинарного подхода к лечению и длительной реабилитации с целью снижения частоты рецидивов и улучшения исходов заболевания.

**Источник финансирования:** отсутствует.

**Конфликт интересов:** конфликт интересов не заявлен.

#### **Вклад авторов**

Садыкова Л.А. — разработка методологии, статистический анализ, редактирование статьи.

Накипова А.К. — сбор и систематизация данных, работа с документацией.

Жаркинбекова Н.А. — научное руководство, критический анализ результатов.

Енсебаева Л.З. — разработка концепции исследования, сбор клинических данных, написание текста.

Раманова Г.Б. — сбор и верификация клинических данных, участие в их систематизации, анализ полученных результатов, подготовка отдельных разделов рукописи и оформление материала.

Жумагулова А.Б. — обработка данных, оформление результатов, подготовка рукописи.

#### **Сведения об авторах:**

*Садыкова Л.А.* - MD, MPH, PhD, врач-психиатр, психотерапевт, Центр МПР №8, Шымкент, Казахстан.

ORCID: 0009-0009-9916-995X

E-mail: dr.laurasadyk@gmail.com

*Накипова А.К.* - Врач психиатр-нарколог высшей категории, заведующая отделением №4, Шымкент, Казахстан.

E-mail: akmus-77@mail.ru

*Жаркинбекова Н.А.* - к.м.н., профессор, заведующая кафедрой, Южно-Казахстанская медицинская академия (ЮКМА), Шымкент, Казахстан.

ORCID: 0000-0002-5069-1562

E-mail: nazirazhar@mail.ru

*Енсебаева Л.З.* - Преподаватель, врач-психиатр, нарколог, «Высший медицинский колледж», Шымкент, Казахстан.

E-mail: ensebaeva60@mail.ru

*Раманова Г.Б.* - Преподаватель, врач-психиатр, ассистент кафедры «Неврология, психиатрия, реабилитология и нейрохирургия», Южно-Казахстанская медицинская академия (ЮКМА), Шымкент, Казахстан.

E-mail: Ramanova.gb@gmail.com

Жумагулова А.Б. - врач-интерн, Южно-Казахстанская медицинская академия (ЮКМА), Шымкент, Казахстан  
E-mail: aluazhumagulova19@gmail.com

### Список использованной литературы

1. Agabio R, Salis F. Excessive Alcohol Consumption, Alcohol Use Disorder and Women. *European Psychiatry*. 2025;68(S1):S31-S32. doi:10.1192/j.eurpsy.2025.121
2. White AM. Gender Differences in the Epidemiology of Alcohol Use and Related Harms in the United States. *Alcohol Res*. 2020 Oct 29;40(2):01. doi: 10.35946/arc.v40.2.01. PMID: 33133878; PMCID: PMC7590834.
3. Verplaetse TL, Carretta RF, Struble CA, Pittman B, Roberts W, Zakiniaez Y, Peltier MR, McKee SA. Gender differences in alcohol use disorder trends from 2009-2019: An intersectional analysis. *Alcohol*. 2025 Mar;123:101-107. doi: 10.1016/j.alcohol.2024.11.003. Epub 2024 Nov 22. PMID: 39579801; PMCID: PMC11871986.
4. Keyes KM, Jager J, Mal-Sarkar T, Patrick ME, Rutherford C, Hasin D. Is There a Recent Epidemic of Women's Drinking? A Critical Review of National Studies. *Alcohol Clin Exp Res*. 2019 Jul;43(7):1344-1359. doi: 10.1111/acer.14082. Epub 2019 Jun 5. Erratum in: *Alcohol Clin Exp Res*. 2020 Feb;44(2):579. doi: 10.1111/acer.14276. PMID: 31074877; PMCID: PMC6602861.

## ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫНДА 2024–2025 ЖЖ. ӘЙЕЛДЕР АРАСЫНДАҒЫ АЛКОГОЛЬГЕ ТӘУЕЛДІЛІКТІҢ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ

САДЫКОВА ЛАУРА АЙТЖАНОВНА<sup>1</sup>, НАКИПОВА АҚМАРАЛ ҚАЛМЫРЗАЕВНА<sup>2</sup>, ЖАРКИНБЕКОВА НАЗИРА АСАНОВНА<sup>3</sup>, ЕНСЕБАЕВА ЛЯЙЛЯ ЗАИТОВНА<sup>4</sup>, РАМАНОВА ГУЛНАФИС БАҚЫТЖАНҚЫЗЫ<sup>3</sup> ЖУМАГУЛОВА АЛУА БАУЫРЖАНҚЫЗЫ<sup>3</sup>

<sup>1</sup> №8 МЕДИЦИНАЛЫҚ-ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ОҢАЛТУ ОРТАЛЫҒЫ, ШЫМКЕНТ Қ., ҚАЗАҚСТАН

<sup>2</sup> ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫНЫҢ ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ "ПСИХИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ" МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ КӘСІПОРНЫ, ШЫМКЕНТ Қ., ҚАЗАҚСТАН

<sup>3</sup> "ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ" АКЦИОНЕРЛІК ҚОҒАМЫ, ШЫМКЕНТ Қ., ҚАЗАҚСТАН

<sup>4</sup> ШЫМКЕНТ ҚАЛАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ БАСҚАРМАСЫНЫҢ ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРГІЗУ ҚҰҚЫҒЫНДАҒЫ "ЖОҒАРЫ МЕДИЦИНА КОЛЛЕДЖІ" МЕМЛЕКЕТТІК КОММУНАЛДЫҚ КӘСІПОРНЫ

### Аннотация

**Кіріспе.** Алкогольге тәуелділік - ауыр психикалық бұзылыс. Әйелдер арасындағы алкогольге тәуелділік қазіргі наркология мен қоғамдық денсаулық сақтауда маңызды өзекті мәселе болып табылады. Әйелдер алкоголь тұтынуының ерекше салдарына, соның ішінде сүт безі обыры қаупінің артуына және жүктілік кезінде ұрықтың алкогольдік синдромына бейім [1].

Соңғы жылдары бұл патологияның «жасырын ағымы», қайталану жиілігінің артуы және соматоневрологиялық коморбидтіліктің жоғары деңгейі байқалуда. Шымкент қаласы жағдайында әлеуметтік-экономикалық және психоэмоционалдық факторлардың әсері ерекше мәнге ие.

**Мақсаты:** 2024–2025 жылдары Шымкент қаласындағы №4 наркологиялық бөлімше деректері негізінде әйелдер арасындағы алкогольге тәуелділіктің эпидемиологиялық құрылымын, клиникалық ерекшеліктерін және динамикасын талдау.

**Әдістер:** Ретроспективті, дескриптивті-статистикалық зерттеу жүргізілді. 2024–2025 жылдар аралығындағы стационарлық көрсеткіштер, нозологиялық құрылым (F10–F19), қайта госпитализация жиілігі, зертханалық және функционалдық диагностика нәтижелері, сондай-ақ соматоневрологиялық коморбидтілік талданды. Салыстырмалы және динамикалық талдау әдістері қолданылды.

**Нәтижесі:** Зерттеу кезеңінде госпитализация санының өсуі (207-ден 229-ға дейін) байқалды. Қайта түскен науқастар үлесі айқын артты (89-дан 132-ге дейін), бұл аурудың созылмалы-рецидивті ағымын көрсетеді. Негізгі нозологиялық топ F10 (алкогольге тәуелділік) болып қалды (55-тен 84 жағдайға дейін өсу). Соматикалық коморбидтілікте жүрек-қантамыр, асқорыту және орталық жүйке жүйесі патологиялары басым болды. Психоневрологиялық ауырталықтың жоғары деңгейі сақталған.

**Қорытынды.** 2024–2025 жылдары Шымкент қаласында әйелдер арасындағы алкогольге тәуелділік құрылымында рецидивтік ағымның күшеюі, соматоневрологиялық коморбидтіліктің артуы және диагностикалық жүктеменің өсуі байқалады. Бұл жағдай ерте скрининг, мультидисциплинарлық ем

және ұзақ мерзімді реабилитация бағдарламаларын жетілдіру қажеттілігін көрсетеді.

**Кілт сөздер:** Алкоголизм, алкогольдік тәуелділік, әйелдер, психикалық бұзылыстар, коморбидтілік, рецидив, қоғамдық денсаулық.

## EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ALCOHOL DEPENDENCE AMONG WOMEN IN SHYMKENT IN 2024–2025

SADYKOVA LAURA AITZHANOVNA<sup>1</sup>, NAKIPOVA AKMARAL KALMYRZAYEVNA<sup>2</sup>,  
ZHARKINBEKOVA NAZIRA ASANOVNA<sup>3</sup>, YENSEBAYEVA LYAYLYA ZAITOVNA<sup>4</sup>,  
RAMANOVA GULNAFIS BAKY TZHANKYZY<sup>3</sup>,  
ZHUMAGULOVA ALUA BAUYRZHANKYZY<sup>3</sup>

<sup>1</sup> MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL REHABILITATION CENTER NO. 8, SHYMKENT, KAZAKHSTAN

<sup>2</sup> MUNICIPAL MENTAL HEALTH CENTER OF THE HEALTH DEPARTMENT OF SHYMKENT, KAZAKHSTAN

<sup>3</sup> SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY (SKMA), SHYMKENT, KAZAKHSTAN

<sup>4</sup> STATE MUNICIPAL ENTERPRISE “HIGHER MEDICAL COLLEGE”, SHYMKENT, KAZAKHSTAN

**Introduction.** Alcohol dependence is a severe mental disorder. Alcohol dependence among women is an important and urgent issue in modern addiction psychiatry and public health. Women are particularly vulnerable to the consequences of alcohol consumption, including an increased risk of breast cancer and fetal alcohol spectrum disorders during pregnancy [1]. In recent years, a hidden course of the disease, increased relapse rates, and a high level of somatic-neurological comorbidity have been observed. In Shymkent, socio-economic and psycho-emotional factors play a significant role in disease development and progression.

**Objective.** To analyze the epidemiological structure, clinical features, and dynamics of alcohol dependence among women based on data from Narcological Department No. 4 in Shymkent for 2024–2025.

**Methods.** A retrospective descriptive-statistical study was conducted. Inpatient data for 2024–2025, nosological structure (F10–F19), readmission rates, laboratory and functional test results, and somatic-neurological comorbidity were analyzed. Comparative and trend analysis methods were applied.

**Results.** An increase in hospitalizations was observed from 207 to 229. The proportion of readmitted patients significantly increased from 89 to 132, indicating a chronic relapsing course of the disorder. Alcohol-related disorders (F10) remained the leading diagnostic group, with an increase from 55 to 84 cases. An increase in diagnostic activity was noted (EEG: 20 to 67; ECG: 78 to 145). Cardiovascular, gastrointestinal, and central nervous system disorders predominated among somatic comorbidities. A persistently high level of neuropsychiatric burden was observed.

**Conclusions.** In 2024–2025, Shymkent demonstrates an increasing relapsing pattern of alcohol dependence among women, a rise in somatic-neurological comorbidity, and an increased diagnostic workload. These findings highlight the need for early screening, multidisciplinary treatment approaches, and improved long-term rehabilitation programs.

**Keywords:** Alcoholism, alcohol dependence, women, mental disorders, comorbidity, relapse, public health, Shymkent

УДК: 616.89:316.647.82

## СОЦИАЛЬНАЯ И ИНТЕРНАЛИЗОВАННАЯ СТИГМА В КОНТЕКСТЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ТРАНСГЕНДЕРНЫХ ЛИЦ

КАСЫМОВА НАРГИЗ ТУРГАНЖАНОВНА<sup>1</sup>

<sup>1</sup> РГП НА ПХВ "РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ" МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

### Аннотация

**Введение.** В последние годы проблема психического здоровья трансгендерных лиц становится важным направлением современных исследований. Зарубежные данные указывают на повышенную распространённость тревожных расстройств и суицидального поведения среди трансгендерных людей, что во многом связано с воздействием социальной и интернализированной стигмы.

**Цель.** Целью данной работы был теоретический анализ проблемы социальной и интернализированной стигмы в контексте психического здоровья трансгендерных лиц на основе современных зарубежных научных исследований.

**Методы:** Исследование выполнено в форме литературного обзора. Проведён анализ научных публикаций, систематических обзоров и мета-анализов, индексируемых в PubMed, Scopus, PsycINFO и Google Scholar за период 2015–2025 гг. Использован качественный контент-анализ литературы с опорой на модель minority stress.

**Результаты:** Установлено, что трансгендерные лица демонстрируют повышенный уровень тревожных расстройств, а также суицидального поведения по сравнению с общей популяцией. Основными факторами риска выступают социальная дискриминация, семейное отвержение, интернализированная стигма и барьеры доступа к медицинской помощи. Наиболее обоснованной теоретической моделью, объясняющей данные закономерности, является модель minority stress.

**Выводы:** Социальная и интернализированная стигма являются ключевыми детерминантами ухудшения психического здоровья трансгендерных лиц. Результаты обзора подчеркивают необходимость развития инклюзивных подходов в системе здравоохранения и дальнейших эмпирических исследований.

**Ключевые слова:** трансгендерность; психическое здоровье; социальная стигма; интернализированная стигма; minority stress.

### Введение

В последние годы проблема психического здоровья трансгендерных лиц всё чаще становится предметом внимания зарубежных исследований. Согласно современным научным данным, трансгендерные люди значительно чаще сталкиваются с депрессивными и тревожными расстройствами, хроническим стрессом, социальной изоляцией, суицидальными мыслями и другими формами психологического неблагополучия. Одним из наиболее значимых факторов, негативно влияющих на психическое здоровье трансгендерных лиц, рассматривается социальная и интернализированная стигма [1-3].

Актуальность данной темы обусловлена необходимостью развития научного понимания психического здоровья у гендерно-маргинализированных групп. Исследование данной проблематики позволяет расширить представления о механизмах формирования психологического неблагополучия и факторах риска, а также способствует развитию более чувствительных и инклюзивных подходов в системе психологической и медицинской помощи.

Научная новизна работы заключается в систематизации и теоретическом анализе современных зарубежных исследований, посвящённых социальной и интернализированной стигме в контексте

психического здоровья трансгендерных лиц, а также в обобщении ключевых теоретических моделей (в частности, *minority stress model*), объясняющих механизмы формирования психологического неблагополучия в данной группе.

**Цель:** теоретический анализ проблемы социальной и интернализированной стигмы в контексте психического здоровья трансгендерных лиц на основе современных зарубежных научных исследований.

**Задачи:**

1. Рассмотреть современные подходы к определению трансгендерности, а также основные виды стигмы, включая социальную и интернализированную стигму.

2. Проанализировать основные факторы риска и психологические последствия стигматизации трансгендерных лиц.

3. Обобщить современные исследовательские данные о проблемах с психическим здоровьем трансгендерных лиц.

**Материалы и методы**

Настоящая работа выполнена в форме литературного обзора и основана на анализе научных публикаций, посвящённых вопросам социальной и интернализированной стигмы, а также особенностям психического здоровья трансгендерных лиц.

В исследовании были использованы материалы из международных научных баз данных PubMed, Scopus, PsycINFO, Google Scholar, а также публикации Всемирной организации здравоохранения - WHO за период 2015-2025 гг.

Критериями включения источников являлись:

- исследования, посвящённые психическому здоровью трансгендерных лиц;
- публикации, рассматривающие феномен социальной и интернализированной стигмы;
- работы, содержащие данные о распространённости тревожных, депрессивных и суицидальных проявлений среди трансгендерных людей;
- систематические обзоры, мета-анализы и эмпирические исследования, посвящённые *minority stress* и факторам психологического риска.

При анализе использовались научные статьи, систематические обзоры и мета-анализы.

Методологической основой обзора послужил качественный анализ литературных источников. Особое внимание уделялось систематизации современных представлений о социальной и интернализированной стигме, факторах риска и психологических последствиях стигматизации трансгендерных лиц.

Все материалы оценивались с точки зрения научной достоверности, актуальности и соответствия современным представлениям о психическом здоровье и гендерной идентичности.

**Результаты исследования**

1. Трансгендерность: современные подходы к определению

Трансгендерность, согласно определению данное в качественном исследовании на данную тему ВОЗ, представляет собой широкий спектр гендерных идентичностей, при которых гендерная идентичность человека не совпадает с полом, приписанным ему при рождении [4]. Трансгендерные люди могут идентифицировать себя как мужчины, женщины, небинарные или гендерно-неконформные личности.

Современные исследования подчёркивают, что трудности с психическим здоровьем трансгендерных лиц в значительной степени обусловлены воздействием дискриминации, социальной стигмы и хронического «стресса меньшинств» (*minority stress*). Так, например, мета-анализ Wilson et al. (2024) подтверждает модель *minority stress* и показывает, что психическое здоровье трансгендерных людей ухудшается зачастую именно из-за стрессоров, связанных со стигмой [5].

2. Стигма и её виды

2.1 Социальная стигма

Социальная стигма в контексте трансгендерности представляет собой негативное общественное отношение к людям, чья гендерная идентичность не соответствует традиционным нормативным представлениям. Она может проявляться в форме дискриминации, социальной изоляции, насилия, буллинга, отказа в медицинской помощи и ограничении социальных возможностей.

Одним из наиболее значимых теоретических подходов к объяснению

психологических последствий стигмы является теория *minority stress*, предложенная Иан Н. Мейер [6]. Согласно данной концепции, хронический стресс, связанный с дискриминацией и социальной маргинализацией, существенно повышает риск психических расстройств среди представителей стигматизируемых групп.

Согласно разработанной Мейером модели, повышенный риск развития психических расстройств среди представителей стигматизируемых групп обусловлен хроническим характером социального стресса. Автор дифференцирует стрессовые факторы на два основных уровня:

Дистальные стрессоры - объективные, внешние по отношению к индивиду события и условия среды, включая дискриминацию, институциональное ущемление в правах, вербальное и физическое насилие.

Проксимальные стрессоры - субъективные, интернализированные психологические процессы, формирующиеся под воздействием враждебной социальной среды. К ним относятся постоянное ожидание отвержения (гипербдительность), необходимость сокрытия стигматизированной идентичности (связанная с высокой когнитивной и эмоциональной нагрузкой), а также интернализированная стигма (направление негативных общественных стереотипов на самого себя).

## 2.2 Интернализированная стигма

Интернализированная стигма связана с усвоением человеком негативных общественных установок в отношении собственной идентичности. Она проявляется в форме чувства стыда, самообесценивания, внутреннего конфликта, самостигматизации и отрицательного отношения к себе.

Исследования показывают, что высокий уровень интернализированной трансфобии статистически связан с повышенным тревожностью и суицидальным риском [7].

## 3. Факторы риска психического неблагополучия

### 3.1 Социальная дискриминация и насилие

Одним из ведущих факторов риска является опыт дискриминации и насилия. Исследования демонстрируют, что трансгендерные люди значительно чаще

сталкиваются с физическим и эмоциональным насилием, кибербуллинг, социальной эксклюзией и отказом в трудоустройстве [8,9].

### 3.2 Семейное отвержение и социальная изоляция

Семейная поддержка рассматривается как один из ключевых защитных факторов психического здоровья. Отвержение со стороны семьи связано с повышением уровня тревожности, депрессии и суицидального поведения [10].

### 3.3 Барьеры доступа к медицинской помощи

Трансгендерные лица нередко сталкиваются с дискриминацией в медицинских учреждениях, отсутствием квалифицированной помощи и страхом негативного отношения со стороны специалистов [11,12].

## 4. Последствия стигматизации для психического здоровья трансгендерных лиц

Современные исследования свидетельствуют о высокой распространённости тревожных расстройств среди трансгендерных лиц [13]. Эти данные подтверждают, что тревожные расстройства являются одной из наиболее частых форм психических нарушений в данной популяции и значительно превышают показатели общей популяции.

Особую обеспокоенность вызывает высокий уровень суицидальных мыслей и попыток среди трансгендерной популяции. Мета-анализ, опубликованный в *Annals of General Psychiatry* (2023), показал значительно более высокую распространённость суицидального поведения среди трансгендерных лиц по сравнению с общей популяцией [14].

Зонтичный обзор Kirsten J. et all (2025) выявляет, что метаанализы, сравнивающие транс- и цисгендерные группы, показали более высокие шансы у трансгендерных группы суицидальных мыслей, попыток самоубийства, несуицидального самоповреждения и посттравматического стрессового расстройства [15]. Результаты исследования Jeremy D Kidd et all (2023) подтверждают данные о распространённости среди группы трансгендерных лиц

суицидального поведения и несуйцидального членовредительстве [16].

### **Обсуждение**

Проведённый анализ современной научной литературы показывает, что социальная и интернализированная стигма выступают ключевыми факторами, ассоциированными с ухудшением психического здоровья трансгендерных лиц. Полученные данные согласуются с моделью minority stress, предложенной Иан Н. Meyer, согласно которой хроническое воздействие внешних (дискриминация, насилие, социальное отвержение) и внутренних (интернализированная стигма, ожидание отвержения) стрессоров приводит к повышенному риску развития тревожных, депрессивных и суицидальных состояний [6].

Результаты, представленные в обзоре, подтверждаются современными мета-аналитическими исследованиями. Так, систематические обзоры и метаанализы показывают значительно более высокую распространённость тревожных расстройств, а также суицидального поведения среди трансгендерных лиц по сравнению с цисгендерной популяцией [13–16]. При этом ключевыми предикторами неблагоприятного исхода выступают именно социальные детерминанты: стигматизация, семейное отвержение, дискриминация и барьеры доступа к медицинской помощи.

Метаанализы и зонтичные обзоры показывают устойчивую связь между уровнями стигматизации и показателями суицидальности, несуйцидального самоповреждения и посттравматического стрессового расстройства, что подчёркивает универсальность модели minority stress для объяснения психического неблагоприятного исхода данной группы [14,15].

Вместе с тем следует учитывать ряд ограничений проведённого обзора. Во-первых, работа основана исключительно на вторичных источниках (систематические обзоры, метаанализы и эмпирические исследования), что не позволяет проводить собственную статистическую проверку данных. Во-вторых, часть исследований имеет гетерогенные выборки по возрасту, социальному статусу и культурному контексту, что может ограничивать

сопоставимость результатов. В-третьих, в литературе сохраняется дефицит исследований, посвящённых специфике психического здоровья трансгендерных лиц в странах Центральной Азии, включая Казахстан, что ограничивает возможность региональной интерпретации данных.

Несмотря на указанные ограничения, обзор обладает рядом сильных сторон. К ним относится использование современных мета-аналитических и систематических исследований, применение теоретически обоснованной модели minority stress, а также комплексный анализ факторов риска, включающих социальные, семейные и институциональные детерминанты психического здоровья.

Практическая значимость работы заключается в том, что полученные данные могут быть использованы при разработке программ психологической помощи и профилактики психических расстройств среди гендерно-маргинализированных групп. Особое значение имеет необходимость формирования инклюзивной и недискриминационной среды в системе здравоохранения, а также повышение осведомлённости специалистов в области психического здоровья о влиянии стигматизации на психологическое состояние трансгендерных лиц. Результаты обзора также могут быть использованы в образовательных программах для психологов, психиатров и социальных работников.

Таким образом, совокупность проанализированных данных подтверждает, что психическое здоровье трансгендерных лиц определяется не самой гендерной идентичностью, а комплексом социальных факторов, среди которых ключевую роль играют социальная и интернализированная стигма.

### **Заключение**

Проведённый теоретический анализ современной научной литературы позволил рассмотреть проблему социальной и интернализированной стигмы в контексте психического здоровья трансгендерных лиц.

В соответствии с первой задачей были рассмотрены современные подходы к определению трансгендерности и основные

виды стигмы. Установлено, что трансгендерность рассматривается как вариативность гендерной идентичности, не совпадающей с приписанным при рождении полом, а стигма подразделяется на социальную и интернализированную формы, которые взаимосвязаны и усиливают негативное воздействие на личность.

В рамках второй задачи проанализированы основные факторы риска и психологические последствия стигматизации. Показано, что ключевыми факторами риска выступают социальная дискриминация, семейное отвержение и барьеры доступа к медицинской помощи. Эти факторы формируют хронический стресс, соответствующий модели minority stress, и способствуют развитию психоэмоциональных нарушений.

В рамках третьей задачи обобщены данные современных зарубежных исследований, свидетельствующие о повышенной распространённости тревожных,

депрессивных расстройств и суицидального поведения среди трансгендерных лиц по сравнению с общей популяцией. Установлено, что ведущую роль в формировании данного неблагополучия играют социальные детерминанты, включая стигматизацию и отсутствие социальной поддержки.

Таким образом, результаты исследования подтверждают, что социальная и интернализированная стигма являются значимыми факторами, ассоциированными с ухудшением психического здоровья трансгендерных лиц. Полученные данные подчеркивают необходимость дальнейшего изучения данной проблематики, а также разработки инклюзивных и научно обоснованных подходов к психологической и медицинской помощи представителям данной группы.

**Источник финансирования:** отсутствует. Исследование не имело внешнего финансирования и выполнялось в рамках профессиональной деятельности автора.

**Конфликт интересов:** конфликт интересов не заявлен.

#### **Вклад авторов:**

Автор единолично осуществил разработку концепции исследования, поиск и анализ научной литературы, интерпретацию результатов и подготовку текста статьи.

Автор несет ответственность за содержание рукописи в соответствии с принципами ICMJE.

#### **Сведения об авторах:**

*Касьмова Наргиз Турганжановна* – врач высшей категории, зав.отделением терапии зависимости Республиканского научно-практического центра психического здоровья МЗ РК.  
E-mail: kasymova\_n\_t@mail.ru

#### **Список использованной литературы**

1. Pellicane MJ, Ciesla JA. Associations between minority stress, depression, and suicidal ideation and attempts in transgender and gender diverse (TGD) individuals: systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2022;91:102113. doi:10.1016/j.cpr.2021.102113
2. Hajek A, König HH, Buczak-Stec E, Blessmann M, Grupp K. Prevalence and determinants of depressive and anxiety symptoms among transgender people: results of a survey. *Healthcare (Basel).* 2023;11(5):705. doi:10.3390/healthcare11050705
3. Kohnepoushi P, Nikouei M, Cheraghi M, Hasanabadi P, Rahmani H, Moradi M, et al. Prevalence of suicidal thoughts and attempts in the transgender population of the world: a systematic review and meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry.* 2023;22:28. doi:10.1186/s12991-023-00460-3
4. World Health Organization. Values and preferences of transgender people: a qualitative study. Geneva: WHO; 2014. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/80419e5f-7bb3-4f71-ba1e-a726d86d6d43/content>
5. Wilson LC, Newins AR, Kassing F, Casanova T. Gender minority stress and resilience measure: a meta-analysis of the associations with mental health in transgender and gender diverse individuals. *Trauma Violence Abuse.* 2024;25(3):2552–2564. doi:10.1177/15248380211043880
6. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull.* 2003;129(5):674–697. doi:10.1037/0033-2909.129.5.674

7. Inderbinen M, Schaefer K, Schneeberger A, Gaab J, Garcia Nuñez DA. Relationship of internalized transnegativity and protective factors with depression, anxiety, non-suicidal self-injury and suicidal tendency in trans populations: a systematic review. *Front Psychiatry*. 2021; 12:636513. doi:10.3389/fpsy.2021.636513
8. Perez-Gonzalez A, Tuscani F, Pelagaggi R, Nasser M. Gender diversity and psychosocial work risks from a non-binary perspective: a systematic review. *Merits*. 2026;6(1):6. doi:10.3390/merits6010006
9. Baugher AR, Olansky E, Sutter L, Cha S, Lewis R, Morris E, et al. Prevalence of discrimination and association between employment discrimination and healthcare access among transgender women. *MMWR Suppl*. 2024;73(1):51–60.
10. Campbell T, Mann S, Rodgers YVM, Tran NM. Mental health of transgender youth following gender identity milestones by level of family support. *JAMA Pediatr*. 2024;178(9):870–878. doi:10.1001/jamapediatrics.2024.2035
11. Snow A, Cerel J, Loeffler DN, Flaherty C. Barriers to mental health care for transgender and gender-nonconforming adults: a systematic literature review. *Health Soc Work*. 2019;44(3):149–155. doi:10.1093/hsw/hlz016
12. Saadat M, Keramat A, Jahanfar S, Nazari AM, Ranjbar H, Motaghi Z. Barriers and facilitators to accessing sexual and reproductive health services among transgender people: a meta-synthesis. *Int J Soc Determinants Health Health Serv*. 2024;54(1):40–51. doi:10.1177/27551938231187863
13. Oliveira-Teles D, Alves de Oliveira R, de Mendonça Figueirêdo Coelho M, Bezerra Pinheiro AK, Lannes Fernandes F. Worldwide prevalence of anxiety in transgender persons: systematic review with meta-analysis. *Int J Transgend Health*. 2026;27(2):1130–1152. doi:10.1080/26895269.2025.2498753
14. Kohnepoushi P, Nikouei M, Cheraghi M, Hasanabadi P, Rahmani H, Moradi M, et al. Prevalence of suicidal thoughts and attempts in the transgender population of the world: a systematic review and meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry*. 2023;22:28. doi:10.1186/s12991-023-00460-3
15. Hainey KJ, Connolly DJ, Thomson R, Smalley N, Campbell DD, Wells V, et al. Mental health outcomes in transgender and nonbinary people: an umbrella review. *JAMA Psychiatry*. 2025;82(11):1142–1151. doi:10.1001/jamapsychiatry.2025.1850
16. Kidd JD, Tettamanti NA, Kaczmarkiewicz R, Corbeil TE, Dworkin JD, Jackman KB, et al. Prevalence of substance use and mental health problems among transgender and cisgender U.S. adults: results from a national probability sample. *Psychiatry Res*. 2023;326:115339. doi:10.1016/j.psychres.2023.115339

## ТРАНСГЕНДЕР ТҮЛҒАЛАРДЫҢ ПСИХИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫ КОНТЕКСТІНДЕГІ ӘЛЕУМЕТТІК ЖӘНЕ ИНТЕРНАЛИЗАЦИЯЛАНҒАН СТИГМА

КАСЫМОВА НАРГИЗ ТУРҒАНЖАНОВНА <sup>1</sup>

<sup>1</sup> КР ДСМ "РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ПСИХИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ҒЫЛЫМИ-ПРАКТИКАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ" ШЖҚ РМК

### Андатпа

**Кіріспе:** Соңғы жылдары трансгендер тұлғалардың психикалық денсаулығы мәселесі қазіргі заманғы зерттеулердің маңызды бағыттарының біріне айналды. Шетелдік деректер трансгендер адамдар арасында мазасыздық бұзылыстарының, сондай-ақ суицидтік мінез-құлықтың жоғары таралуын көрсетеді, бұл көбінесе әлеуметтік және интернализацияланған стигманың әсерімен байланысты.

**Мақсаты:** Осы жұмыстың мақсаты трансгендер тұлғалардың психикалық денсаулығы контекстінде әлеуметтік және интернализацияланған стигма мәселесін заманауи шетелдік ғылыми зерттеулер негізінде теориялық тұрғыдан талдау болды.

**Әдістер:** Зерттеу әдебиеттік шолу түрінде орындалды. 2015–2025 жылдар аралығында PubMed, Scopus, PsycINFO және Google Scholar дерекқордарында индекстелген ғылыми жарияланымдар, жүйелік шолулар және мета-талдаулар талданды. Әдебиеттерді сапалық контент-талдау әдісі қолданылып, «minority stress» моделі теориялық негіз ретінде алынды.

**Нәтижелері:** Трансгендер тұлғалар жалпы популяциямен салыстырғанда мазасыздық бұзылыстары мен суицидтік мінез-құлықтың жоғары деңгейін көрсететіні анықталды. Негізгі қауіп факторларына әлеуметтік дискриминация, отбасылық қабылдамау, интернализацияланған стигма және медициналық көмекке қол жеткізудегі кедергілер жатады. Бұл заңдылықтарды түсіндірудегі ең негізделген теориялық модель - «minority stress» моделі.

**Қорытынды:** Әлеуметтік және интернализацияланған стигма трансгендер тұлғалардың психикалық денсаулығының нашарлауының негізгі детерминанттары болып табылады. Шолу нәтижелері денсаулық сақтау жүйесінде инклюзивті тәсілдерді дамыту және осы бағытта қосымша эмпирикалық зерттеулер жүргізу қажеттілігін көрсетеді.

**Түйінді сөздер:** трансгендерлік; психикалық денсаулық; әлеуметтік стигма; интернализацияланған стигма; minority stress.

## SOCIAL AND INTERNALIZED STIGMA IN THE CONTEXT OF THE MENTAL HEALTH OF TRANSGENDER INDIVIDUALS

NARGIZ TURGANZHANOVA KASSYMOVA <sup>1</sup>

<sup>1</sup> REPUBLICAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL CENTER FOR MENTAL HEALTH OF THE MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

### Abstract

**Introduction:** In recent years, the mental health of transgender individuals has become an important focus of contemporary scientific research. International data indicate a higher prevalence of anxiety disorders, depressive disorders, and suicidal behavior among transgender people, which is largely associated with the impact of social and internalized stigma.

**Objective:** The aim of this study was to conduct a theoretical analysis of social and internalized stigma in the context of transgender individuals' mental health based on contemporary international scientific literature.

**Methods:** The study was conducted as a literature review. Scientific publications, systematic reviews, and meta-analyses indexed in PubMed, Scopus, PsycINFO, and Google Scholar between 2015 and 2025 were analyzed. A qualitative content analysis of the literature was applied,

with the minority stress model used as the theoretical framework.

**Results:** It was found that transgender individuals exhibit higher levels of anxiety disorders, depressive disorders, and suicidal behavior compared to the general population. The main risk factors include social discrimination, family rejection, internalized stigma, and barriers to access to healthcare services. The minority stress model represents the most robust theoretical framework explaining these patterns.

**Conclusion:** Social and internalized stigma are key determinants of poor mental health among transgender individuals. The results highlight the need to develop inclusive approaches within healthcare systems and to conduct further empirical research in this area.

**Keywords:** transgender; mental health; social stigma; internalized stigma; minority stress.

УДК: 614.2:364.4:616.89

## СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ КАЗАХСТАНА: КАДРОВЫЙ ПОТЕНЦИАЛ, СИСТЕМНЫЕ ВЫЗОВЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

САДВАКАСОВА Г.А.<sup>1</sup>, ТАЙЖАНОВА-ЩЕРБИНИНА Л.М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> РГП НА ПХВ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ» МЗ РК

### Аннотация

**Введение.** Социальная работа в системе охраны психического здоровья Республики Казахстан приобретает все более значимую роль в условиях перехода к биопсихосоциальной модели помощи, однако остается недостаточно изученной с точки зрения кадрового потенциала, организационной структуры и межведомственного взаимодействия.

**Цель.** Оценить текущее состояние социальной работы в системе психического здоровья Казахстана, включая кадровый состав, уровень подготовки специалистов, нормативное обеспечение и практику межведомственного взаимодействия.

**Методы.** Проведен структурированный опрос социальных работников центров психического здоровья Республики Казахстан. В исследовании приняли участие 25 специалистов из регионов страны (за исключением области Улытау). Анализ данных осуществлялся с использованием описательной статистики.

**Результаты.** Установлено, что в системе психического здоровья функционирует 64 штатных социальных работника, при этом в исследовании приняли участие 25 специалистов (39,1% от общей численности). Большинство респондентов имеют стаж более 5 лет (84%). Лишь 32% проходили повышение квалификации за последние 3 года, однако 88% выражают потребность в обучении. Выявлена высокая нагрузка специалистов и широкий спектр выполняемых функций, при этом 40% не используют стандартизированные инструменты

оценки. Формализованные межведомственные соглашения имеются только у 32% организаций.

**Выводы.** Социальная работа является ключевым компонентом системы психического здоровья Казахстана, однако требует дальнейшей стандартизации, укрепления кадрового потенциала, расширения системы обучения и развития межведомственного взаимодействия.

**Ключевые слова:** социальная работа, психическое здоровье, Казахстан, межведомственное взаимодействие, кейс-менеджмент, стандартизация

### Введение

Современная система охраны психического здоровья Республики Казахстан переживает этап глубокого структурного переосмысления, связанного с переходом от преимущественно клинко-ориентированной модели к комплексному биопсихосоциальному подходу. В этих условиях социальная работа становится не вспомогательным, а стратегически важным компонентом системы психиатрической и наркологической помощи, обеспечивая не только социальное сопровождение пациентов, но и их правовую защиту, ресоциализацию, профилактику рецидивов, восстановление семейных связей и интеграцию в общество.

Социальные работники сегодня выступают связующим звеном между медицинской организацией, пациентом, семьей, государственными структурами и сообществом. Однако при растущей значимости данной профессии остаются актуальными вопросы институциональной зрелости службы, кадровой подготовки, межведомственного взаимодействия, нормативной стандартизации и профессионального статуса специалистов.

Проведенный республиканский опрос социальных работников организаций психического здоровья позволил получить важный срез текущего состояния службы, выявить ключевые достижения, системные ограничения и определить направления дальнейшей модернизации.

### Материалы и методы

По данным организационно-методического мониторинга службы охраны психического здоровья Республики Казахстан, на начало 2026 года в системе центров психического здоровья предусмотрено 128 штатных единиц социальных работников. При этом

укомплектованность составляет только 55% (64 физических лиц), что подчеркивает ограниченность кадрового ресурса на национальном уровне.

В рамках проведенного профессионального аудита удалось установить рабочее взаимодействие с 34 специалистами (53,1% от общей штатной численности), представляющими практически всю страну. Непосредственное участие в республиканском анкетировании приняли 25 социальных работников (73,5% от числа вовлеченных специалистов; 39,1% от общей штатной численности), охвативших все регионы Республики Казахстан, где функционируют центры психического здоровья, за исключением области Улытау.

Таким образом, опрос фактически стал первым профессиональным срезом социальной службы в системе психического здоровья страны, обеспечив репрезентативное представительство региональной сети.

Особое значение имеет тот факт, что Республиканский научно-практический центр психического здоровья Министерства здравоохранения Республики Казахстан с 2026 года включил в план организационно-методической работы направление по расширению профессиональных компетенций социальных работников службы психического здоровья. Данный шаг свидетельствует о признании на национальном уровне необходимости институционального укрепления социальной работы как одного из ключевых элементов современной биопсихосоциальной модели психиатрической и наркологической помощи.

*1. Кадровый профиль.* Результаты опроса среди социальных работников показали, что социальная работа в системе психического здоровья Казахстана в значительной степени

опирается на опытные кадры: 84% специалистов имеют стаж более 5 лет, а почти половина — свыше 10 лет. Это свидетельствует о сформировавшемся практическом ядре службы.

Вместе с тем образовательная структура остается неоднородной. Хотя 68% специалистов имеют профильное образование по социальной работе, значительная часть работников представлена выпускниками педагогических, психологических и медицинских направлений. Подобная междисциплинарность расширяет профессиональный потенциал, но одновременно подчеркивает необходимость унификации профессиональных стандартов и компетенций.

Одним из наиболее показательных результатов стало выявление выраженного дефицита системного повышения квалификации. Лишь 32% респондентов проходили обучение в течение последних трех лет несмотря на то, что 88% выразили прямую заинтересованность в дальнейшем профессиональном развитии.

Запрос специалистов концентрируется вокруг наиболее современных и практически значимых направлений:

- кейс-менеджмент;
- работа с зависимыми пациентами;
- медико-социальное сопровождение;
- межведомственное взаимодействие;
- профилактика профессионального выгорания;
- реабилитация и ресоциализация.

Таким образом, кадровый потенциал системы демонстрирует не только готовность к развитию, но и острую потребность в создании устойчивой национальной системы непрерывного профессионального образования.

## 2. Практическая деятельность.

Исследование подтвердило, что социальные работники выполняют многоуровневую multifunctional роль. Наиболее распространенными направлениями деятельности являются:

- документационное сопровождение (92%);
- работа с родственниками (88%);

- индивидуальная работа с пациентами (76%);
- диагностика социальных потребностей (56%);
- сопровождение пациентов вне медицинской организации (56%).

Фактически социальный работник в системе психического здоровья становится координатором значительной части социальной траектории пациента — от первичной оценки до ресоциализации.

Однако существенной проблемой остается недостаточная стандартизация профессиональной практики: 40% специалистов не имеют утвержденных инструментов оценки потребностей пациентов. Это указывает на наличие фрагментарности в подходах, что может снижать эффективность помощи и ограничивать возможности объективной оценки результатов.

## 3. Нормативное регулирование.

Нормативно-правовое регулирование деятельности социальных работников в системе охраны психического здоровья Республики Казахстан базируется на нескольких ключевых документах, формирующих правовую и организационную основу профессиональной деятельности.

Прежде всего, фундаментальное значение имеет Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», который закрепляет общие принципы оказания медико-социальной помощи, права пациентов, междисциплинарный подход и организацию службы психического здоровья.

Дополняет данную основу Социальный кодекс Республики Казахстан, определяющий виды, объемы и порядок предоставления социальных услуг лицам, находящимся в трудной жизненной ситуации, включая пациентов с психическими и поведенческими расстройствами. Эти документы определяют правовой статус социальных работников, их участие в сопровождении, социальной адаптации, защите прав пациентов и организации межведомственного взаимодействия.

Практическая реализация нормативных положений осуществляется через подзаконные акты Министерства здравоохранения Республики Казахстан,

среди которых особую роль играет Стандарт организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан, утвержденный приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-224/2020. Данный стандарт регламентирует перечень социальных, услуг, порядок оценки потребностей пациентов, ведение документации и организацию сопровождения.

Таким образом, действующая нормативная база создает базовые условия для функционирования социальной работы в системе психического здоровья, однако результаты исследования показывают, что на практике сохраняется необходимость дальнейшей детализации профессиональных функций, унификации инструментов оценки и усиления институциональной роли социальных работников в рамках современной биопсихосоциальной модели помощи.

Большинство специалистов используют в своей работе вышеуказанные НПА. Тем не менее более трети респондентов либо не имеют четкой нормативной опоры, либо используют локальные документы. Подобная ситуация демонстрирует, что действующая нормативная база требует дальнейшей институционализации именно в части социальной работы внутри службы психического здоровья, с четким определением функций, полномочий, стандартов оценки и единых профессиональных алгоритмов.

#### *4. Межведомственное взаимодействие.*

Одним из наиболее значимых вызовов остается ограниченность межведомственной интеграции. Несмотря на наличие рабочих контактов с медицинскими организациями, службами социальной защиты, центрами занятости, НПО и правоохранительными структурами, лишь 32% организаций имеют формализованные соглашения о сотрудничестве. Более того, у 36% специалистов взаимодействие с партнерами остается редким либо практически отсутствует.

Именно эта проблема напрямую влияет на эффективность:

- трудоустройства пациентов,
- социальной адаптации,
- профилактики повторных госпитализаций,
- реабилитации,
- сопровождения после лечения.

По сути, без развитого межведомственного механизма даже качественная клиническая помощь рискует оставаться неполной.

#### **Результаты и обсуждение**

Проведенное исследование позволяет сформулировать несколько принципиальных выводов.

Во-первых, социальная работа уже стала неотъемлемым элементом системы охраны психического здоровья Казахстана, обеспечивая комплексное сопровождение пациентов на медицинском, социальном, правовом и реабилитационном уровнях.

Во-вторых, система обладает выраженным кадровым потенциалом, высоким уровнем профессиональной мотивации и готовностью специалистов к дальнейшему развитию.

В-третьих, сохраняются существенные структурные ограничения:

- недостаточная стандартизация;
- ограниченное обучение;
- слабая институционализация;
- дефицит формализованного межведомственного взаимодействия;
- недостаточный профессиональный статус социальных работников.

В-четвертых, наиболее перспективными направлениями развития являются внедрение кейс-менеджмента; стандартизация оценки потребностей; развитие амбулаторного сопровождения; расширение программ ресоциализации; повышение квалификации; профилактика профессионального выгорания.

#### **Заключение**

Развитие социальной работы в системе психического здоровья Казахстана сегодня является не просто профессиональным вопросом, а важнейшим элементом государственной политики в сфере общественного здоровья, социальной устойчивости и профилактики хронической дезадаптации.

Социальный работник становится одним из центральных участников современной мультидисциплинарной модели

психиатрической помощи, ориентированной не только на лечение заболевания, но и на восстановление полноценного социального функционирования человека.

В ближайшей перспективе приоритетными задачами должны стать:

- разработка единых национальных стандартов социальной работы;
- обязательное непрерывное обучение;
- повышение статуса профессии;
- развитие межведомственной инфраструктуры;
- расширение роли социальной реабилитации.

Без этих шагов дальнейшее развитие службы может оставаться фрагментарным. Однако при системной модернизации социальная работа способна стать одним из наиболее эффективных инструментов повышения качества психиатрической и наркологической помощи в Республике Казахстан.

Таким образом, результаты исследования убедительно демонстрируют: будущее психического здоровья невозможно без сильной, профессиональной и институционально устойчивой социальной работы.

**Источник финансирования:** отсутствует. Исследование выполнено в рамках организационно-методической и аналитической работы системы службы охраны психического здоровья Республики Казахстан. Отдельного внешнего грантового или коммерческого финансирования не привлекалось.

**Конфликт интересов:** конфликт интересов не заявлен.

#### Сведения об авторах:

*Садвакасова Гульмира Амиргалиевна* - к.м.н., руководитель отдела научного менеджмента, образования и профилактики; РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК

ORCID: 0000-0002-4106-5607,

E-mail: gas150473@gmail.com

*Тайжанова-Щербинина Лидия Муратовна* - специалист по социальной работе, филиал РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

#### Список использованной литературы

1. Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения».
2. Кодекс Республики Казахстан от 20 апреля 2023 года № 224-VII ЗРК «Социальный Кодекс Республики Казахстан».
3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-224/2020 «Об утверждении стандарта организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан» <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021712>
4. Республиканский научно-практический центр психического здоровья МЗ РК. Организационно-методические материалы и планы работы (2026).

### ҚАЗАҚСТАННЫҢ ПСИХИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚТЫ ҚОРҒАУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ ӘЛЕУМЕТТІК ЖҰМЫС: КАДРЛЫҚ ӘЛЕУЕТ, ЖҮЙЕЛІК СЫН-ҚАТЕРЛЕР ЖӘНЕ ДАМУ ПЕРСПЕКТИВАЛАРЫ САДВАКАСОВА Г.А<sup>1</sup>, ТАЙЖАНОВА-ЩЕРБИНИНА Л.М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ҚР ДСМ "РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ПСИХИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ҒЫЛЫМИ-ПРАКТИКАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ" ШЖҚ РМК

#### Аннотация

**Кіріспе.** Қазақстан Республикасының психикалық денсаулық сақтау жүйесінде әлеуметтік жұмыс биопсихоәлеуметтік модельге көшу жағдайында маңызды рөлге ие болуда, алайда оның кадрлық, ұйымдастырушылық және ведомствоаралық аспектілері жеткіліксіз зерттелген.

**Максаты.** Қазақстанның психикалық денсаулық жүйесіндегі әлеуметтік жұмыстың ағымдағы жағдайын, кадрлық әлеуетін, мамандардың даярлығын, нормативтік базасын және ведомствоаралық өзара іс-қимылын бағалау.

**Әдістері.** Қазақстанның психикалық денсаулық орталықтарының әлеуметтік қызметкерлері арасында

құрылымдалған сауалнама жүргізілді. Зерттеуге 25 маман қатысты (Улытау облысын қоспағанда). Деректер сипаттамалық статистика арқылы талданды. **Нәтижелері.** Психикалық денсаулық жүйесінде 64 штаттық әлеуметтік қызметкер бар екені анықталды, олардың ішінде 25 маман (39,1%) зерттеуге қатысты. Респонденттердің 84%-ы 5 жылдан астам тәжірибеге ие. Соңғы 3 жылда тек 32% біліктілікті арттырудан өткен, алайда 88% оқуға қажеттілік білдірді. Мамандардың жүктемесі жоғары және функциялары кең. 40% стандартталған бағалау құралдарын

қолданбайды. Ұйымдардың тек 32%-ында ғана ресми ведомствоаралық келісімдер бар. Қорытынды. Әлеуметтік жұмыс психикалық денсаулық жүйесінің маңызды құрамдас бөлігі болып табылады, алайда оны стандарттау, кадрлық әлеуетті күшейту, оқыту жүйесін дамыту және ведомствоаралық өзара іс-қимылды арттыру қажет. **Түйінді сөздер:** әлеуметтік жұмыс, психикалық денсаулық, Қазақстан, ведомствоаралық өзара іс-қимыл, кейс-менеджмент, стандарттау

## SOCIAL WORK IN THE MENTAL HEALTH CARE SYSTEM OF KAZAKHSTAN: HUMAN RESOURCE POTENTIAL, SYSTEMIC CHALLENGES, AND DEVELOPMENT PROSPECTS

SADVAKASSOVA G.A.<sup>1</sup>, TAIZHANOVA-SHERBININA L.M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> REPUBLICAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL CENTER FOR MENTAL HEALTH OF THE MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

### Abstract

**Introduction.** Social work within the mental health care system of the Republic of Kazakhstan is becoming increasingly important in the context of transitioning to a biopsychosocial model of care; however, its human resources, organizational structure, and intersectoral collaboration remain insufficiently studied.

**Objective.** To assess the current state of social work in Kazakhstan's mental health system, including workforce characteristics, professional training, regulatory framework, and interagency collaboration.

**Methods.** A structured survey was conducted among social workers in mental health centers across Kazakhstan. A total of 25 specialists participated (excluding the Ulytau region). Data were analyzed using descriptive statistics.

**Results.** It was found that there are 64 full-time social workers in the mental health system, with 25 specialists

(39.1%) participating in the study. The majority (84%) had more than 5 years of professional experience. Only 32% had received professional training in the last 3 years, while 88% expressed a strong need for further education. Social workers perform a wide range of functions under significant workload. Standardized assessment tools are absent in 40% of cases. Formal interagency agreements exist in only 32% of organizations.

**Conclusions.** Social work is a key component of Kazakhstan's mental health system; however, it requires further standardization, strengthening of human resources, expansion of training systems, and enhanced intersectoral collaboration.

**Keywords:** social work, mental health, Kazakhstan, intersectoral collaboration, case management, standardization

УДК: 616.89-008.441.44:004.738.5

## ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПОНИМАНИЮ ПРОБЛЕМЫ

САДЫҚҚЫЗЫ Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> РГП НА ПХВ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ» МЗ РК

### Аннотация

**Введение.** Интернет-зависимость рассматривается как актуальная форма поведенческой аддикции, связанная с нарушением эмоциональной регуляции, социальной адаптации и психического благополучия. Рост цифровизации усиливает значимость изучения данного феномена.

**Цель.** Теоретический анализ современных представлений об интернет-зависимости, её факторах формирования, коморбидных связях и дифференциально-психологических особенностях.

**Методы.** Проведен теоретический анализ научной литературы, включая систематические обзоры, мета-анализы и современные эмпирические исследования по проблеме интернет-зависимости и проблематичного использования интернета.

**Результаты.** Установлено, что интернет-зависимость рассматривается в рамках различных теоретических моделей (К. Янг, М. Гриффитс, Р. Дэвис), акцентирующих поведенческие, когнитивные и эмоциональные механизмы формирования зависимости. Выявлена положительная связь интернет-зависимости с тревожными и депрессивными расстройствами, а также с социальными и личностными факторами риска. Показано, что проявления интернет-зависимости варьируют в зависимости от пола и возраста. Современные психотерапевтические подходы, включая когнитивно-поведенческую терапию, демонстрируют эффективность в коррекции данного состояния.

**Выводы.** Интернет-зависимость является многофакторным феноменом, связанным с эмоциональными нарушениями и особенностями личности. Перспективным направлением является развитие комплексных терапевтических программ и дальнейшее изучение дифференциальных факторов риска.

**Ключевые слова:** интернет-зависимость; проблематичное использование интернета; поведенческая аддикция; тревожные расстройства; депрессия; когнитивно-поведенческая терапия.

### Введение

В последние десятилетия стремительное развитие цифровых технологий привело к значительному расширению роли интернета в повседневной жизни человека. Интернет стал не только инструментом получения информации и коммуникации, но и пространством социальной, образовательной и профессиональной активности. Однако параллельно с этим всё более выраженной становится проблема чрезмерного и неконтролируемого использования интернета, получившая в научной литературе обозначение как интернет-зависимость или проблематичное использование интернета (Problematic Internet Use, PIU).

Актуальность исследования интернет-зависимости обусловлена быстрым ростом цифровизации и расширением роли интернета в повседневной жизни. При значительных преимуществах онлайн-среды всё чаще фиксируются случаи её чрезмерного и неконтролируемого использования, что приводит к нарушениям эмоционального состояния, социальной адаптации и снижению качества жизни. В связи с этим интернет-зависимость рассматривается как важная психологическая и социальная проблема.

В научной литературе интернет-зависимость изучается в рамках различных теоретических подходов. Впервые она была описана К. Янг как поведенческая аддикция, сходная с расстройствами контроля импульсов. Позднее М. Гриффитс предложил компонентную модель зависимости, а Р. Дэвис - когнитивно-поведенческую модель, акцентирующую роль дисфункциональных когнитивных и эмоциональных трудностей. Современные исследования подтверждают связь интернет-зависимости с тревожными и депрессивными состояниями, а также с рядом личностных и социальных факторов.

Цель исследования - теоретически проанализировать особенности интернет-зависимости, её факторы формирования и дифференциально-психологические характеристики.

### Задачи исследования:

1. Рассмотреть основные теоретические подходы к интернет-зависимости.
2. Охарактеризовать факторы её формирования.
3. Проанализировать связь интернет-зависимости с психическими и эмоциональными нарушениями.
4. Изучить гендерные и возрастные особенности интернет-зависимости.

5. Рассмотреть основные подходы к её психотерапии.

**Результаты исследования**

**1. Теоретические подходы к пониманию интернет-зависимости**

**1.1. Понятие и теоретические модели интернет-зависимости**

Интернет-зависимость (Internet Addiction, IA) рассматривается как форма поведенческой зависимости, характеризующаяся чрезмерным и неконтролируемым использованием интернета, приводящим к нарушениям в эмоциональной, социальной, учебной или профессиональной сферах жизни. В научной литературе также используются термины «проблематичное использование интернета» (Problematic Internet Use, PIU), «патологическое использование интернета» и «интернет-аддикция» [1].

Одним из первых исследователей интернет-зависимости стала Кимберли Янг, которая предложила рассматривать данное состояние как расстройство контроля импульсов, сходное с патологическим гемблингом. На основе критериев DSM-IV для патологической азартной игры ею были выделены основные признаки интернет-зависимости: постоянная озабоченность

интернетом, невозможность сократить время пребывания онлайн, развитие толерантности, раздражительность при ограничении доступа к сети, а также продолжение использования интернета несмотря на негативные последствия [2].

В современной научной литературе отсутствует единое мнение относительно нозологического статуса интернет-зависимости. Часть исследователей рассматривает её как самостоятельное расстройство, тогда как другие считают интернет лишь средой реализации иных аддиктивных форм поведения - игровой зависимости, зависимости от социальных сетей, онлайн-гемблинга и др. [3].

Существует большое количество теоретических моделей интернет-зависимости. Наиболее авторитетными считаются модель Марка Гриффитса, основанная на биомедицинском и структурном подходе [4] и модель Ричарда Дэвиса, основанная на фундаментальной когнитивно-поведенческой модели [5]. Сравнительный анализ вышеприведенных моделей продемонстрирован в Таблице 1.

Год	Автор / модель	Основная идея	Особенности
1996	Модель интернет-зависимости К. Янг	Интернет-зависимость рассматривается по аналогии с патологическим гемблингом и нарушением контроля импульсов	Выделены диагностические критерии: потеря контроля, толерантность, симптомы отмены и др.
1998-2005	Компонентная модель М. Гриффитса	Интернет-зависимость - форма поведенческой аддикции	Шесть компонентов зависимости: значимость, изменение настроения, толерантность, уход, конфликт, рецидив.
2001	Когнитивно-поведенческая модель Р. Дэвиса	Интернет-зависимость возникает как следствие психологических трудностей и дезадаптивных когниций	Связь с тревогой, депрессией, социальной изоляцией; генерализованное и специфическое использование

**Таблица 1.** Сравнительный анализ моделей интернет-зависимости Кимберли Янг, Марка Гриффитса и Ричарда Дэвиса.

**1.2 Факторы риска развития интернет-зависимости**

Интернет-зависимость рассматривается как многофакторное явление, формирование которого связано с сочетанием

психологических, личностных и социальных условий. При этом важную роль играет не само использование интернета, а наличие предрасполагающих факторов, усиливающих вероятность развития зависимого поведения.

Одним из ведущих факторов риска являются эмоциональные нарушения, прежде всего тревожность и депрессивные состояния. Согласно модели Ричарда Дэвиса, интернет может использоваться как способ ухода от негативных эмоций и трудных переживаний.

Марк Гриффитс обосновывает в своей модели, что личностные особенности также имеют существенное значение. К ним относится низкая самооценка, импульсивность и склонность к поиску немедленного вознаграждения. Такие характеристики повышают вероятность формирования устойчивых паттернов чрезмерного онлайн-поведения. Так же М. Гриффит сообщает о влиянии социальных факторов, которые включают одиночество, недостаток социальной поддержки и трудности в межличностном взаимодействии. В этих условиях интернет может становиться альтернативной средой общения и источником социального подкрепления [6].

## **2. Сочетание интернет-зависимости с другими психическими расстройствами**

Интернет-зависимость (или проблематичное использование интернета) в современной литературе рассматривается как состояние, тесно связанное с различными психическими расстройствами и эмоциональными нарушениями, что подтверждается данными систематических обзоров и мета-анализов последних лет.

Наиболее устойчиво выявляется связь интернет-зависимости с депрессией. Мета-аналитические исследования показывают значимую положительную корреляцию между выраженностью депрессивной симптоматики и уровнем проблемного использования интернета, что может объясняться использованием онлайн-среды как способа эмоционального избегания и регуляции негативных состояний [7-9].

Аналогично, многочисленные мета-анализы подтверждают выраженную связь интернет-зависимости с тревожными расстройствами, включая социальную тревожность. Люди с повышенной тревожностью чаще используют интернет как более безопасную среду взаимодействия, что способствует закреплению зависимого поведения [10-12].

Другой мета-обзор помимо подтверждения наличия положительной связи между интернет-зависимостью с тревожными и депрессивными расстройствами, выявляет связь с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, а также злоупотреблением алкоголем [13].

## **3. Дифференциально-психологические особенности интернет-зависимости**

### **3.1. Гендерные особенности интернет-зависимости**

Современные мета-аналитические исследования показывают, что гендерные различия в интернет-зависимости существуют, однако их выраженность и направление зависят от типа онлайн-активности и методологии исследований. В целом, результаты демонстрируют высокую гетерогенность, что указывает на отсутствие универсального гендерного эффекта.

Так, мета-анализ, включающий данные из 34 стран, показал, что мужчины в среднем имеют несколько более высокий уровень интернет-зависимости по сравнению с женщинами, однако размер эффекта является небольшим и существенно варьирует в зависимости от культурного контекста и доступности интернета, так как в ряде стран женщины могут не иметь такого же доступа в интернет, как мужчины и соответственно, это может влиять на результаты исследований искажая реальную картину. Авторы подчёркивают, что гендерные различия не являются стабильными и могут изменяться под влиянием социальных и экономических факторов [14].

Более детализированные мета-аналитические исследования показывают, что различия проявляются не столько в общем уровне интернет-зависимости, сколько в типах интернет-активности. В частности, мужчины чаще демонстрируют признаки интернет-игрового расстройства, тогда как у женщин чаще выявляется проблематичное использование социальных сетей [15]. Это позволяет рассматривать гендер не как фактор общей предрасположенности, а как модератор предпочтений цифрового поведения.

Таким образом, современные данные мета-анализов свидетельствуют о том, что гендерные различия в интернет-зависимости

являются контекстуальными, а ключевое значение имеет не пол как таковой, а тип интернет-активности и социально-культурные условия.

### **3.2. Возрастные особенности интернет-зависимости**

Возраст является одним из наиболее устойчивых факторов, связанных с проблематичным использованием интернета.

Подростки могут быть особенно уязвимы к формированию интернет-зависимого поведения в связи с особенностями у юных и взрослых пользователей. Так, масштабный мониторинг, проведенный Всемирной организацией здравоохранения, фиксирует, что для подростков характерен поведенческий паттерн постоянного присутствия (36% подростков находятся в непрерывном контакте онлайн), что может быть обусловлено ведущей деятельностью подросткового возраста (общение со сверстниками). Также установлено, что треть (34%) подростков ежедневно играли в цифровые игры, при этом более 1 из 5 (22%) играли не менее 4 часов в те дни, когда занимались играми [17]. Для взрослых ключевыми поведенческими маркерами являются киберлофинг (использование рабочего интернета в личных целях как форма дисфункциональной прокрастинации) и социальная мимикрия под рабочие задачи [18]. Нарративный обзор Tiffany Field (2025) определяет, одним из главных поведенческих предикторов у взрослых - маладаптивное избегание семейных конфликтов и компенсация депрессивных расстройств [19].

Таким образом, при общей структуре интернет-зависимого поведения возрастные различия проявляются в его функциональном значении: у подростков оно преимущественно связано с поиском вознаграждения и социальной стимуляции, тогда как у взрослых - с регуляцией стресса и эмоциональным избеганием.

### **4. Методы психотерапии интернет-зависимости**

Современные подходы к терапии интернет-зависимости (или проблематичного использования интернета) рассматривают её как поведенческое расстройство с выраженными когнитивными, эмоциональными и регуляторными

нейропсихологического развития, включая недостаточную сформированность механизмов самоконтроля и повышенную чувствительность к вознаграждению [16].

Несмотря на то, что подростки по причине возрастных нейробиологических особенностей могут быть уязвимее к формированию интернет-зависимости, все же риск формирования интернет-зависимости существует для всех возрастных категорий. Однако, интернет-поведение может отличаться

компонентами. В связи с этим наиболее доказательной базой обладают психотерапевтические методы, направленные на изменение дезадаптивных мыслей, формирование навыков самоконтроля и развитие альтернативных способов эмоциональной регуляции.

Наиболее изученным и эмпирически поддержанным методом является когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Систематические обзоры и мета-анализы показывают, что КПТ приводит к снижению симптомов интернет-зависимости и улучшению контроля времени онлайн [20-21].

Для пациентов с низкой мотивацией к изменению поведения используются мотивационное интервьюирование. Оно направлено на повышение осознания проблемы, формирование внутренней мотивации к изменению и снижению амбивалентности по отношению к отказу от чрезмерного использования интернета [22].

Терапии, основанные на осознанности (mindfulness-based interventions). В последние годы активно изучаются подходы, основанные на осознанности. Мета-аналитические данные показывают, что mindfulness-подходы способствуют снижению импульсивного использования интернета, улучшению эмоциональной регуляции и снижению уровня тревожности и депрессии, которые часто сопровождают интернет-зависимость [23].

Наиболее современные подходы предполагают использование комбинированных программ, включающих КПТ, психообразование, работу с семьёй и тренинг навыков саморегуляции. Такие мультимодальные вмешательства

демонстрируют более устойчивые результаты по сравнению с изолированными методами терапии.

### **Обсуждение**

Проведённый теоретический анализ показал, что интернет-зависимость представляет собой многофакторный психологический феномен, включающий поведенческие, когнитивные и эмоциональные компоненты. Наиболее устойчиво она описывается в рамках моделей К. Янг, М. Гриффитс и Р. Дэвиса, которые подчеркивают роль нарушения самоконтроля, формирования зависимого поведения и дезадаптивных когниций.

Полученные обобщённые данные согласуются с результатами современных мета-анализов, согласно которым интернет-зависимость тесно связана с тревожными и депрессивными расстройствами. Аналогичные выводы представлены в исследованиях, рассматривающих интернет как инструмент эмоционального избегания и компенсации негативных состояний. Выявленные гендерные и возрастные особенности также соответствуют данным литературы: мужчины чаще демонстрируют проблемное игровое поведение, тогда как у женщин чаще отмечается зависимость от социальных сетей, а у подростков - выраженная уязвимость к формированию зависимого поведения.

Сильной стороной работы является опора на современные мета-аналитические и обзорные исследования, что повышает надёжность обобщённых выводов и позволяет рассматривать интернет-зависимость в контексте актуальных научных моделей. Кроме того, комплексный анализ факторов риска и дифференциальных особенностей позволяет более целостно представить структуру данного феномена.

В то же время работа имеет ряд ограничений. Во-первых, исследование носит исключительно теоретический характер и не включает собственных эмпирических данных. Во-вторых, сохраняется проблема терминологической неоднородности в исследованиях интернет-зависимости, что затрудняет сопоставление результатов различных авторов. Также следует учитывать высокую гетерогенность данных мета-

анализов, особенно в отношении гендерных различий.

Практическое значение работы заключается в возможности использования полученных обобщений для разработки профилактических программ, направленных на снижение риска формирования интернет-зависимого поведения. Особое внимание может быть уделено когнитивно-поведенческим стратегиям, развитию эмоциональной регуляции и формированию цифровой гигиены. Перспективным направлением является дальнейшее изучение механизмов зависимости с учётом культурных и возрастных факторов, а также повышение эффективности терапевтических вмешательств.

### **Заключение**

В ходе теоретического исследования была достигнута поставленная цель - проанализированы современные научные представления об интернет-зависимости, её факторах формирования, коморбидных связях и дифференциально-психологических особенностях.

Решение первой задачи позволило установить, что интернет-зависимость рассматривается в рамках нескольких теоретических моделей (К. Янг, М. Гриффитс, Р. Дэвис), которые объясняют её формирование через нарушение контроля поведения, когнитивные и эмоциональные механизмы.

В рамках второй задачи выявлено, что формирование интернет-зависимости связано с комплексом факторов, среди которых ведущую роль играют тревожность, депрессивные состояния, личностные особенности (импульсивность, низкая самооценка) и социальные условия (дефицит поддержки, одиночество).

Результаты решения третьей задачи показали наличие устойчивых связей между интернет-зависимостью и психическими нарушениями, прежде всего тревожными и депрессивными расстройствами.

При выполнении четвертой задачи установлено, что проявления интернет-зависимости имеют гендерные и возрастные особенности: мужчины чаще демонстрируют игровое проблемное поведение, женщины - зависимость от социальных сетей; подростки

более уязвимы к формированию зависимого поведения по сравнению со взрослыми.

Решение пятой задачи позволило определить, что когнитивно-поведенческая терапия и комплексные мультимодальные программы, включающие развитие навыков саморегуляции и психообразование являются достаточно эффективными.

Таким образом, интернет-зависимость представляет собой многофакторный психологический феномен, обусловленный взаимодействием когнитивных, эмоциональных и социальных факторов, что определяет необходимость комплексного подхода к её изучению и коррекции.

**Источник финансирования:** отсутствует. Исследование не имело внешнего финансирования и выполнялось в рамках профессиональной деятельности автора.

**Конфликт интересов:** конфликт интересов не заявлен.

**Вклад авторов:** Автор единолично осуществил разработку концепции исследования, поиск и анализ научной литературы, интерпретацию результатов и подготовку текста статьи. Автор несет ответственность за содержание рукописи в соответствии с принципами ICMJE.

### Сведения об авторах:

*Садыққызы Назым* - врач психиатр РГП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК

E-mail: stinker\_naz@mail.ru

### Список использованной литературы

1. Malak MZ. Internet Addiction and Cognitive Behavioral Therapy [Internet]. Cognitive Behavioral Therapy and Clinical Applications. InTech; 2018. Available from: <https://doi.org/10.5772/intechopen.71277>
2. Young KS. Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *Cyberpsychol Behav.* 1998;1(3):237–244. <https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237>
3. Bleakley A, Park S, Romer D. Internet Addiction. In: Evans DL, et al., editors. *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don't Know*. 2nd ed. Adolescent Mental Health Initiative. Oxford: Oxford University Press; 2017. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780199928163.003.0028>
4. Griffiths MD. A “components” model of addiction within a biopsychosocial framework. *J Subst Use.* 2005;10(4):191–197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>
5. Davis RA. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Comput Human Behav.* 2001;17(2):187–195. [https://doi.org/10.1016/S0747-5632\(00\)00041-8](https://doi.org/10.1016/S0747-5632(00)00041-8)
6. Kuss DJ, Griffiths MD. Online social networking and addiction—a review of the psychological literature. *Int J Environ Res Public Health.* 2011;8(9):3528–3552. <https://doi.org/10.3390/ijerph8093528>
7. Ye XL, Zhang W, Zhao FF. Depression and internet addiction among adolescents: a meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2023;326:115311. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115311>
8. Sepas A, Bangash AH, Nielsen RE, Yang W, El-Hussuna A. The association between problematic Instagram use, psychological distress, and well-being: a systematic review and meta-analysis. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2024;27(9):641–650.
9. Sun Y, Wang Z, Liu T. Association of Internet addiction with psychiatric symptom levels and sleep disorders: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychol.* 2025;16:1573058. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1573058>
10. Ding H, Cao B, Sun Q. The association between problematic internet use and social anxiety within adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *Front Public Health.* 2023;11:1275723. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1275723>
11. Soriano-Molina E, Limiñana-Gras RM, Patrón-Hernández RM, Rubio-Aparicio M. The association between internet addiction and adolescents’ mental health: a meta-analytic review. *Behav Sci.* 2025;15:116. <https://doi.org/10.3390/bs15020116>
12. Wu Z, et al. Impact of adolescent internet addiction on academic procrastination: the serial mediating role of self-control and anxiety. *Front Psychol.* 2025;16.
13. Ho RC, Zhang MWB, Tsang TY, et al. The association between internet addiction and psychiatric co-morbidity: a meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2014;14:183. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0183-3>
14. Su W, Han X, Jin C, Yan Y, Potenza MN. Are males more likely to be addicted to the internet than females? A meta-analysis involving 34 global jurisdictions. *Comput Human Behav.* 2019;99:86–100. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.04.021>
15. Su W, Han X, Yu H, Wu Y, Potenza MN. Do men become addicted to internet gaming and women to social media? A meta-analysis examining gender-related differences. *Comput Human Behav.* 2020;113:106480. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106480>
16. Jin J, Wei H, Chai Y, Wu L, Chen M, Ding K. The neurobiology of internet addiction: a scoping review of

developmental and gender-specific mechanisms. *Front Psychol.* 2026;17:1729470.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2026.1729470>

17. Подростки, экраны и психическое здоровье Новый доклад ВОЗ указывает на необходимость формирования более здоровых привычек использования интернета среди подростков. // ВОЗ URL: <https://www.who.int/europe/news/item/25-09-2024-teens--screens-and-mental-health> (дата обращения: 10.05.2026).

18. Ozimek P, Sander A, Borgert N, Rohmann E, Bierhoff HW. Hooked and distracted? A network analysis on social media addiction, FOMO and cyberloafing. *Behav Sci.* 2025;15:1719. <https://doi.org/10.3390/bs15121719>

19. Field T. Internet addiction in adults: a narrative review. *J Psychol Clin Psychiatry.* 2025;16(2):54–60.

<https://doi.org/10.15406/jpcpy.2025.16.00811>

20. Stevens MWR, King DL, Dorstyn D, Delfabbro PH. Cognitive-behavioral therapy for Internet gaming disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Psychother.* 2019;26(2):191–203.

<https://doi.org/10.1002/cpp.2341>

21. Lu P, et al. Interventions for digital addiction: umbrella review of meta-analyses. *J Med Internet Res.* 2025;27.

22. Yao Y, et al. Efficacy of motivational interviewing for internet addiction: a systematic review and meta-analysis. 2021/2022.

23. Samanta P, Mohapatra I, Mitra R, Mishra J. Mindfulness as a path to freedom from internet addiction in adolescents: a narrative review. *Cureus.* 2024;16(10):e72544.

<https://doi.org/10.7759/cureus.72544>

## ИНТЕРНЕТ-ТӘУЕЛДІЛІК: МӘСЕЛЕНІ ТҮСІНУДЕГІ ЗАМАНАУИ ТӘСІЛДЕР

САДЫҚҚЫЗЫ Н.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> КР ДСМ "РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ПСИХИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ҒЫЛЫМИ-ПРАКТИКАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ" ШЖҚ РМК

### Аңдатпа

**Кіріспе.** Интернетке тәуелділік - эмоционалдық реттелудің бұзылуымен, әлеуметтік бейімделудің төмендеуімен және психологиялық әл-ауқаттың нашарлауымен байланысты өзекті мінез-құлықтық тәуелділік түрі. Цифрландырудың қарқынды дамуы бұл құбылысты зерттеудің маңыздылығын арттырады.

**Мақсаты.** Интернетке тәуелділік туралы қазіргі ғылыми көзқарастарды, оның қалыптасу факторларын, коморбидті байланыстарын және дифференциалды-психологиялық ерекшеліктерін теориялық талдау.

**Әдістері.** Интернетке тәуелділік және интернетті проблемалы қолдану мәселелері бойынша ғылыми әдебиеттерге, соның ішінде жүйелі шолулар мен мета-талдауларға теориялық талдау жүргізілді.

**Нәтижелері.** Интернетке тәуелділік К. Янг, М. Гриффитс және Р. Дэвис модельдері аясында қарастырылып, оның мінез-құлықтық, когнитивтік

және эмоционалдық механизмдері сипатталды. Тревождық және депрессиялық бұзылыстармен тұрақты оң байланыс анықталды. Интернетке тәуелділіктің көріністері жыныс пен жасқа байланысты өзгеретіні көрсетілді. Қазіргі психотерапиялық әдістер, соның ішінде когнитивті-мінез-құлықтық терапия, бұл жағдайды түзетуде тиімділік көрсетеді.

**Қорытынды.** Интернетке тәуелділік - эмоционалдық бұзылыстармен және тұлғалық ерекшеліктермен байланысты көпфакторлы құбылыс. Болашақтағы маңызды бағыт - кешенді терапиялық бағдарламаларды дамыту және дифференциалды қауіп факторларын одан әрі зерттеу.

**Түйін сөздер:** интернетке тәуелділік; интернетті проблемалы қолдану; мінез-құлықтық тәуелділік; мазасыздық; депрессия; когнитивті-мінез-құлықтық терапия.

## INTERNET ADDICTION: MODERN APPROACHES TO UNDERSTANDING THE PROBLEM

SADYKQYZY N.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> REPUBLICAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL CENTER FOR MENTAL HEALTH OF THE MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

### ABSTRACT

**Introduction.** Internet addiction is considered a relevant form of behavioral addiction associated with impaired emotional regulation, social adaptation, and psychological well-being. The rapid growth of

digitalization increases the importance of studying this phenomenon.

**Aim.** To provide a theoretical analysis of current concepts of internet addiction, its risk factors, comorbid associations, and differential psychological characteristics.

**Methods.** A theoretical review of scientific literature was conducted, including systematic reviews, meta-analyses, and recent empirical studies on internet addiction and problematic internet use.

**Results.** Internet addiction is conceptualized within various theoretical models (K. Young, M. Griffiths, R. Davis), emphasizing behavioral, cognitive, and emotional mechanisms of addiction development. A consistently positive association was found between internet addiction and anxiety and depressive disorders, as well as social and personality-related risk factors. Manifestations of internet addiction vary depending on gender and age.

Contemporary psychotherapeutic approaches, including cognitive-behavioral therapy, demonstrate effectiveness in treating this condition.

**Conclusions.** Internet addiction is a multifactorial phenomenon associated with emotional disturbances and personality characteristics. Promising directions include the development of integrated therapeutic programs and further investigation of differential risk factors.

**Keywords:** internet addiction; problematic internet use; behavioral addiction; anxiety disorders; depression; cognitive behavioral therapy.

УДК 616.89-008.441.42

## КОМПУЛЬСИВНОЕ ПЕРЕЕДАНИЕ – ГЛАВНАЯ УГРОЗА СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

ГУМИРОВА Р.Н.<sup>1</sup>, БАЙБУЛОВА Г.А.<sup>1</sup>, СУЛЕЙМЕНОВА А.А.<sup>1</sup>,  
КУЛАМКАДЫРОВА Н.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> РГП НА ПХВ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ» МЗ РК

### Аннотация

**Введение.** Одной из проблем современной психиатрии является рост количества людей, страдающих расстройствами пищевого поведения. Одним из его фенотипов является компульсивное переедание.

**Цель.** Целью исследования ставится поиск актуальной информации о данной патологии.

**Материалы и методы.** Проведён тщательный поиск информации в различных международных базах данных, а именно Pubmed, Medline, Scopus. Глубина поиска данных составила 13 лет с 2014 по 2026 годы. К критериям включения относились оригинальные исследования, мета-анализы, литературные обзоры, контролируемые исследования, систематические обзоры. Критериями исключения являлись статьи, которой не имели какой-либо доказательной основы. Данная работа включает в себя 58 источников.

**Выводы.** Главной характеристикой компульсивного переедания является возникновение частых бесконтрольных приступов переедания на фоне стресса. В настоящее время ещё чётко не сформированы ни эпидемиология, ни патогенез заболевания. Часто компульсивное переедание сопровождается наличием сопутствующих соматических и психических расстройств. Диагностика патологии основывается в первую очередь на данных клинических интервью. Наиболее предпочтительными методами лечения компульсивного переедания являются совместное использование психотерапии и фармакологических методов лечения. Несмотря на наличие исследовательской базы данного заболевания, она является относительно «молодой», и учёным предстоит ещё много работы в изучении этой патологии.

**Ключевые слова:** компульсивное переедание, диагностика компульсивного переедания, лечение компульсивного переедания, компульсивное переедание у детей.

### Введение

В настоящее время лечение расстройств пищевого поведения является одной из главных задач психотерапевтов по всему

миру. В современных реалиях наблюдается общемировая тенденция к росту среднего индекса массы тела, а ВОЗ называет «всемирную эпидемию ожирения» одним из

глобальнейших проблем мирового здравоохранения [1, 2]. Согласно статистическим данным, в 2016 году 39% взрослого населения имело избыточный вес, а 13% страдало ожирением [3]. Одним из факторов роста количества людей с ожирением является легкая доступность к разнообразным, вкусным, жирным продуктам, которые вызывают привыкание [4]. Пищевая зависимость не признана психическим расстройством, однако существует множество исследований, которые доказывают, что ожирение и переедание может вызывать те же поведенческие симптомы и активировать те же нейронные цепи, что и зависимость от наркотических веществ, что сопровождается появлением чувства тяги, уменьшение контроля за его употреблением, изменение чувствительности к вознаграждению [5]. Одним из фенотипов пищевой зависимости признается компульсивное переедание [6].

Целью исследования является поиск и анализ актуальных данных об эпидемиологии, диагностике и лечении компульсивного переедания.

#### **Материалы и методы**

Проведён тщательный поиск информации в различных международных базах данных, а именно Pubmed, Medline, Scopus. Глубина поиска данных составила 13 лет с 2014 по 2026 годы. К критериям включения относились оригинальные исследования, мета-анализы, литературные обзоры, контролируемые исследования, систематические обзоры. Критериями исключения являлись статьи, которой не имели какой-либо доказательной основы. Данная работа включает в себя 58 источников.

#### **Результаты и обсуждение**

Компульсивное переедание – это один из видов расстройства пищевого поведения, которое характеризуется часто повторяющимися неконтролируемыми случаями переедания на фоне физического или эмоционального стресса [3]. В отличие от булимии при компульсивном переедании не используют компенсаторные методы по утилизации набранных калорий, как например насильное вызывание рвотного рефлекса или голодание [7]. Данная

патология в 2013 году была включена в Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM-5), а в 2019 году в Международную классификацию болезней 11 пересмотра. Некоторые исследования оценивают количество съеданной пищи во время эпизода компульсивного переедания в 3000 – 4500 килокалорий [1]. Средняя длительность заболевания составляет примерно 14-16 лет [8].

В настоящее время нет четкой эпидемиологии данного расстройства, и она находится на стадии становления. Все данные касательно распространенности заболевания основаны лишь на нескольких исследованиях [1]. Согласно оценкам глобального бремени болезней, в 2019 году из 41,9 миллионов случаев расстройств пищевого поведения в мире на компульсивное переедание пришлось 17,3 миллиона случаев [9]. Возраст начала КП скорее всего приходится на поздний подростковый, либо ранний взрослый период [7, 10]. После проведения одного мета-анализа в Европе распространенность заболевания оценивалась у женщин в 0,2-3,6%, а у мужчин в 0,03-1,2% [11, 12]. В 2018-2020 годах общемировая распространенность компульсивного переедания составляла 0,6-1,8% среди женщин и 0,3-0,7% среди мужчин [1]. Согласно большинству исследований, встречаемость патологии среди детей составляет 1-3%, с соотношением девочек и мальчиков 2:1 [7, 13]. В 2020 году высокая распространенность данной патологии была обнаружена в подростковом периоде: 1,8-3,6% у девочек и 0,2-1,2% у мальчиков [14, 15].

Большинство исследований по компульсивному перееданию проводилось в США. В Штатах заболевание встречается во всех социально-экономических группах [16]. По мнению исследователей, основными факторами риска возникновения КП являются проблемы с массой тела, издевательства, неудовлетворенность своим телом, перенесенные травмирующие события, отсутствие продовольственной безопасности, различные психические патологии [17].

Имеются исследования, которые описывают биологические и

нейрофизиологические механизмы возникновения компульсивного переедания, однако его точный патогенез до сих пор неясен [18].

Согласно критериям DSM-5 эпизоды переедания должны возникать как минимум один раз в неделю с минимальным промежутком времени в 3 месяца на фоне стресса. Также должны быть соблюдены минимум 3 из 5 характеристик приёма пищи:

- быстрее чем обычно;
- до возникновения дискомфорта;
- несмотря на отсутствие физического голода;

- в одиночестве из-за смущения по количеству съеденной еды;

- возникновением негативных эмоций (отвращение, стыд) после переедания [1].

Симптомы компульсивного переедания у подростков могут быть переходящими [19].

В DSM-5 имеется классификация степени тяжести заболевания по количеству эпизодов переедания в неделю: легкая – от 1 до 3, умеренная – от 4 до 7, тяжелая – от 8 до 13, крайне тяжелая – больше 13. Частичная ремиссия возникает если при соблюдении ранее перечисленных критериев частота переедания соответствует 1 разу в неделю в течение длительного периода времени. Если ни один из критериев не выполняется также на протяжении значительного периода, то можно говорить и о полной ремиссии заболевания [1]. МКБ-11 не определяет ни степень тяжести, ни тип ремиссии патологии [20].

Компульсивное переедание часто сопровождается ожирением [8]. Согласно статистике, до 30% людей с ожирением, которые обращаются за медицинской помощью по поводу его лечения, страдают данным заболеванием [21, 22]. В одном из недавних общенациональных репрезентативных исследований взрослых в Соединенных штатах Америки было выявлено, что у людей с КП помимо ожирения имеются такие патологии как повышение артериального давления (31%), различные заболевания сердца (17%), артриты (24%), повышение уровня холестерина (27%) и триглицеридов (15%), сахарный диабет (14%), курение (40%), проблемы со сном (29%),

неудовлетворительное общее состояния. Средний ИМТ участников составил 33,9 кг/м<sup>2</sup> [23].

До 20% пациентов с сахарным диабетом 2 типа имеют расстройства пищевого поведения, наиболее часто которым является именно компульсивное переедание [24]. Также имеются 2 исследования, которые показывали, что у 23-28 % с неалкогольной жировой болезнью печени встречается данное расстройство [25, 26]. Люди с КП сообщают, что у них нередко возникают дисфагия, кислотный рефлюкс, вздутие и боль в животе, диарея, запоры и императивные позывы [1]. В 30% случаев такие пациенты также имеют сопутствующие дыхательные, а в 21% скелетно-мышечные проблемы [27]. Также они имеют высокие риски развития колоректального рака, аденокарциному пищевода, рак поджелудочной железы и печени, рак желчного пузыря, почек, молочной железы при климаксе, эндометрия, щитовидной железы, яичников, простаты [28]. 17-23% девушек с синдромом поликистозных яичек также в своем анамнезе имеют критерии развития КП [29].

Согласно вышеупомянутому репрезентативному исследованию в 94% случаев у пациентов с компульсивным перееданием очень часто имеются и другие психические расстройства. В 23% случаев они пытаются совершить суицид, в 70% у них встречаются аффективные расстройства, в 32% - посттравматические стрессовые расстройства, в 16% - тревожные расстройства [30, 31]. Другими сопутствующими психопатологиями являются плохой контроль над импульсами, пограничное расстройство личности, алкоголизм, лудомания, синдром дефицита внимания и гиперактивности [1].

Диагностика компульсивного переедания должна включать в себя оценку изменения веса, модели питания, компенсаторное и физическое поведение, а также определение степени удовлетворенности пациента своим телом. Анонимные психосоциальные оценки людей из групп высокого риска должны проводиться на регулярной основе [32].

В скрининге расстройств пищевого поведения чаще всего используется опросник

SCOFF, который состоит из 5 вопросов, а его аббревиатура составлена по их ключевым словам - Sick, Control, One, Fat, Food [1]. Однако при его создании ещё не было такого диагноза как компульсивное переедание. Золотым стандартом диагностики КП считается проведение структурированных клинических экспертных интервью [33].

Диагностика компульсивного переедания у детей и подростков вызывает сложности. У ребенка тяжело определить какое количество пищи будет для него избыточным, так как её потребление будет меняться в зависимости от возраста, активности, роста и развития ребёнка [7]. Другой сложностью является то, что детям тяжело определять эпизоды переедания [34]. Ещё одной причиной трудности диагностики является то, что детям сложно понять, когда они теряют контроль [7].

Компульсивное переедание стоит дифференцировать с другими расстройствами пищевого поведения, с психическими расстройствами, при которых происходит увеличение потребления пищи (например, расстройство личности, депрессивное, биполярное расстройство), алкоголизмом, употреблением марихуаны и веществ, усиливающих аппетит, эндокринными нарушениями (синдром Кушинга, гипотиреоз, инсулинома), неврологическими расстройствами (поражения нейронов медиального гипоталамуса, краниофарингеома), редкими генетическими расстройствами (синдром Прадера-Вилли) [1].

Люди, страдающие компульсивным перееданием, чаще всего обращаются за медицинской помощью с целью похудеть, и при этом даже не подозревают о наличии расстройства пищевого поведения [35]. При этом американские данные свидетельствуют о том, что лишь половина пациентов, имеющих в анамнезе КП, обращаются за помощью [36]. Компульсивное переедание стигматизируется обществом, и вызывает у пациентов чувство стыда. Поэтому такие люди не хотят обращаться по данному вопросу в медицинские учреждения, и могут находиться в состоянии стресса, вплоть до впадения в депрессию с усилением расстройств пищевого поведения [37].

Целями лечения компульсивного переедания ставятся снижение количества съеданной пищи, улучшение настроения, купирование симптомов сопутствующих психопатологических состояний, коррекция уровня метаболических показателей, улучшение уровня жизни [1].

К доказанным методам лечения КП относится психотерапия, приём антидепрессантов второго поколения, противосудорожных препаратов, стимуляторов ЦНС, препаратов для снижения веса [38].

Основным методом лечения данной патологии является психотерапия. Для большей части пациентов данный вид лечения достаточен для достижения ремиссии [38]. В проведенных рандомизированных клинических исследованиях было доказано, что наибольшую эффективность показывают когнитивно-поведенческая терапия, межличностная психотерапия и диалектная поведенческая терапия. При этом лучше себя показывает именно когнитивно-поведенческая терапия [1]. Был проведен один метаанализ, согласно которому средняя продолжительность психотерапии, которая включала в себя в основном КПТ, составляет 16,5 недель при средней продолжительности заболевания в 17,9 лет. Данное исследование продемонстрировало снижение количество эпизодов переедания, регресс других расстройств пищевого поведения, улучшение настроения. Однако не наблюдалось изменения уровня ИМТ. Данные результаты сохранялись в течении года [39].

Поведенческое снижение веса показывает более лучшие результаты по снижению массы тела пациента в краткие сроки по сравнению с КПТ, однако при ней наблюдается меньшее снижение частоты переедания [39]. Другим минусом данного метода является то, что она не имеет под собой научной психологической базы [1].

В целом эффективность психотерапевтических методов лечения в снижении веса непостоянна [40].

Фармакологическая терапия оказывает непостоянное действие на выраженность симптомов расстройства [1]. Через 3-6 месяцев после приема антидепрессантов

второго поколения снижается эффективность борьбы с перееданием [41].

Единственным препаратом, который получил одобрение от Управления по контролю за продуктами и лекарствами в США является стимулятор центральной нервной системы – лисдексамфетамин [42]. Данный препарат сокращает длительность эпизода переедания, уменьшает выраженность симптомов сопутствующих психопатологий, снижает вес примерно на 5-6% [43]. Пациенты, принимающие лисдексамфетамин, увеличивают продолжительность ремиссии [44].

Хирургические методы снижения веса также не являются решением проблем с перееданием, и патология может возникать и после операции [45]. После проведения хирургического вмешательства заболевание возвращается в 4% случаев [46].

Наилучшие результаты показывает сочетание психотерапевтических методов с приёмом лекарственных средств [47].

Лечение компульсивного переедания у детей и подростков мало изучено. Имеется ряд исследований, которое изучало КПТ и межличностную психотерапию, однако не имеется достаточного количества данных, чтобы делать какие-то выводы о данных методах терапии [7]. Однако некоторые исследования показывают, что лучше всего состояние ремиссии у детей с нервной булимией и нервной анорексией достигается посредством семейного лечения [48]. Поэтому, имеется вероятность, что подключение семьи в лечение ребенка с компульсивным перееданием даст лучший эффект. В настоящее время проводятся испытания КПТ с подключением семьи в лечение детей [7].

Также разрабатываются новые методы в лечении патологии. Была опробована нейробиологически обоснованная многокомпонентная психологическая терапия. Её целью является снижение возникновения импульсов к перееданию, торможение и регулирование эмоций [49]. Однако нет чётких исследований, которые доказывали бы её превосходство по сравнению с когнитивно-поведенческой терапией [1]. Аналогично этому использовались и нейрокогнитивные

подходы, к примеру когнитивно-восстановительная терапия, цель которых аналогична многокомпонентной психологической терапии [50]. Они показали свою эффективность в лечении компульсивного переедания [51]. Протестированы методы с использованием виртуальной реальности. Они направлены на создание у человека тех симптомов, которые возникают при данном расстройстве для развития навыков, помогающими бороться с перееданием. Данный метод оказался успешным в долгосрочной перспективе [52]. Улучшили методы интегрированной когнитивно-аффективной терапии, направленной на снижение интенсивности аффективных состояний, а также на регулирование эмоций [53]. Имеются предварительные доказательства эффективности когнитивно-поведенческой терапии в парах [54]. У пациентов с ожирением, компульсивным перееданием и сахарным диабетом в уменьшении количества случаев переедания и снижения массы тела хорошую эффективность показали препараты для лечения сахарного диабета 2 типа – агонисты глюкагонподобного пептида-1 (лираглутид, дулаглутид) [55, 56]. Также изучаются методы неинвазивной нейромодуляции – транскраниальная токовая стимуляция, транскраниальная стимуляция постоянным током, нейробиоуправление [57, 58]. Однако это неизученные методы, и их потенциал до конца не ясен [1]. В исследовании Leveraging Artificial Intelligence to Personalize Treatment for Eating Disorders показано, что анализ ежедневных данных о настроении, тревоге, пищевом поведении и физиологических симптомах позволяет выделить индивидуальные «профили» пациентов и прогнозировать ответ на лечение. Это открывает возможность выбора наиболее эффективной терапии для конкретного пациента [59]. В систематическом обзоре “Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT) and DBT-Informed Interventions for Binge Eating in Adolescents” (2026) были проанализированы современные исследования, посвящённые эффективности диалектической поведенческой терапии у подростков с эпизодами компульсивного

переедания. Авторы отмечают, что ключевым патогенетическим механизмом расстройства является эмоциональная дисрегуляция: эпизоды переедания возникают как неадаптивный способ совладания с интенсивными негативными переживаниями, такими как тревога, стыд, чувство одиночества и внутреннего напряжения. По результатам анализа установлено, что применение DBT сопровождается статистически значимым снижением частоты эпизодов переедания, уменьшением выраженности эмоционального переедания и улучшением способности пациентов распознавать и регулировать собственные эмоции. Также отмечено снижение уровня тревожной и депрессивной симптоматики и повышение приверженности лечению. Авторы подчеркивают, что наиболее выраженный терапевтический эффект наблюдается у пациентов с высокой эмоциональной реактивностью и импульсивностью, что подтверждает обоснованность использования DBT как метода выбора при данной клинической картине [60]. В исследовании “Group Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating Disorder” (Nutrients, 2025) оценивалась эффективность краткосрочной групповой программы DBT у пациентов с расстройством компульсивного переедания. Терапевтическая программа была направлена на обучение навыкам осознанности, эмоциональной регуляции и переносимости дистресса. По завершении курса у участников было выявлено достоверное уменьшение

частоты эпизодов переедания и выраженности пищевой психопатологии. Одновременно отмечалось улучшение способности переносить негативные эмоции без обращения к еде как способу психологического облегчения. У пациентов снижалась импульсивность и повышалась осознанность в отношении собственных эмоциональных и телесных состояний. Положительные изменения сохранялись и на этапе катамнестического наблюдения, что свидетельствует о стойкости терапевтического эффекта. Авторы пришли к выводу, что групповая диалектическая поведенческая терапия представляет собой эффективный и клинически обоснованный метод лечения компульсивного переедания, особенно в случаях, когда в структуре расстройства ведущую роль играет эмоциональная дисрегуляция [61].

#### **Выводы**

Компульсивное переедание является относительно «молодой» патологией в категории расстройств пищевого поведения. Нет точных методов диагностики заболевания, которые бы со 100% вероятностью помогали точно выставить данный диагноз. И даже при выявлении патологии имеющиеся методы лечения также не гарантируют успех. Поэтому, несмотря на наличие имеющихся данных, мировому медицинскому сообществу предстоит много работы во всестороннем изучении компульсивного переедания, и разработке методов борьбы с ним.

**Источник финансирования:** отсутствует.

**Конфликт интересов:** конфликт интересов не заявлен.

#### **Сведения об авторах:**

*Р. Н. Гумирова* – психиатр, РГП на ПХВ «РНПЦПЗ», г. Алматы, Республика Казахстан, основной автор.

*Г.А. Байбулова* - психиатр, РГП на ПХВ «РНПЦПЗ», г. Алматы, Республика Казахстан.

*А.А. Сулейменова* – заведующая ПСО, РГП на ПХВ «РНПЦПЗ», г. Алматы, Республика Казахстан.

*Н.С. Куламкадырова* - психиатр, РГП на ПХВ «РНПЦПЗ», г. Алматы, Республика Казахстан.

*Список использованной литературы*

1. Giel KE, Bulik CM, Fernandez-Aranda F, Hay P, Keski-Rahkonen A, Schag K, Schmidt U, Zipfel S. Binge eating disorder // *Nat Rev Dis Primers*. - 2022 Mar 17. - №8(1). - P.16.
2. NCD Risk Factor Collaboration. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants // *Lancet*. - 2016. - №387. - p.1377–1396.
3. Adams RC, Sedgmond J, Maizey L, Chambers CD, Lawrence NS. Food Addiction: Implications for the Diagnosis and Treatment of Overeating // *Nutrients*. - 2019 Sep 4 - №11(9). - p.2086.
4. Schulte E.M., Avena N.M., Gearhardt A.N. Which foods may be addictive? The roles of processing, fat content, and glycemic load // *PLoS ONE*. - 2015.
5. Cassin S.E., Buchman D.Z., Leung S.E., Kantarovich K., Hawa A., Carter A., Sockalingam S. Ethical, Stigma, and policy implications of food addiction: A scoping review // *Nutrients*. - 2019. - №11. - p.710.
6. Shell A.G., Firmin M.W. Binge eating disorder and substance use disorder: A case for food addiction // *Psychol. Stud*. - 2017. - №62. - p.370–376.
7. Bohon C. Binge Eating Disorder in Children and Adolescents // *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. - 2019 Oct. - №28(4). - p.549-555.
8. Udo T, Grilo CM. Prevalence and Correlates of DSM-5-Defined Eating Disorders in a Nationally Representative Sample of U.S. Adults // *Biol Psychiatry*. - 2018 - №84. - p.345–354.
9. Santomauro DF et al. The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019 // *The Lancet Psychiatry*. - 2021. - №8. - p.320–328.
10. Mustelin L, Raevuori A, Hoek HW, Kaprio J, Keski-Rahkonen A. Incidence and weight trajectories of binge eating disorder among young women in the community // *Int J Eat Disord*. - 2015. - №48(8). - p.1106–1112.
11. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors // *Curr Opin Psychiatry*. - 2016. - №29. - p.340–345.
12. Keski-Rahkonen A. Epidemiology of binge eating disorder: prevalence, course, comorbidity, and risk factors // *Curr Opin Psychiatry*. - 2021.
13. Smink FRE, van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents // *Int J Eat Disord*. - 2014. - №47(6). - p.610–619.
14. Mitchison D et al. DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: prevalence and clinical significance // *Psychological medicine*. - 2020. - №50. - p.981–990.
15. Olsen EM, Koch SV, Skovgaard AM, Strandberg-Larsen K. Self-reported symptoms of binge-eating disorder among adolescents in a community-based Danish cohort-A study of prevalence, correlates, and impact // *The International journal of eating disorders*. - 2020.
16. West CE, Goldschmidt AB, Mason SM & Neumark-Sztainer D. Differences in risk factors for binge eating by socioeconomic status in a community-based sample of adolescents: Findings from Project EAT // *The International journal of eating disorders*. - 2019. - №52. - p.659–668.
17. Borg SL et al. Relationships between childhood abuse and eating pathology among individuals with binge-eating disorder: examining the moderating roles of self-discrepancy and self-directed style // *Eating disorders*. - 2021. - p.1–14.
18. Donnelly B et al. Neuroimaging in bulimia nervosa and binge eating disorder: a systematic review // *J Eat Disord*. - 2018. - №6. - p.3.
19. Glazer KB et al. The Course of Eating Disorders Involving Bingeing and Purging Among Adolescent Girls: Prevalence, Stability, and Transitions // *J Adolesc Health*. - 2019. - №64. - p.165–171.
20. World Health Organization [Electronic resource] / International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) – electron. Dat. – WHO, 2024 – Access Mode <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>, free. – Screen title.
21. Agh T et al. Epidemiology, health-related quality of life and economic burden of binge eating disorder: a systematic literature review // *Eat Weight Disord*. - 2015. - №20. - p.1–12.
22. Dawes AJ et al. Mental health conditions among patients seeking and undergoing bariatric surgery: a meta-analysis // *Jama*. - 2016. - №315. - p.150–163.
23. Abbott S, Dindol N, Tahrani AA, Piya MK. Binge eating disorder and night eating syndrome in adults with type 2 diabetes: a systematic review // *J Eat Disord*. - 2018. - №6. - p. 36.
24. Harris SR, Carrillo M, Fujioka K. Binge-Eating Disorder and Type 2 Diabetes: A Review // *Endocr Pract*. - 2021. - №27. - p.158–164.
25. Zhang J et al. Pilot study of the prevalence of binge eating disorder in non-alcoholic fatty liver disease patients // *Ann Gastroenterol*. - 2017. - № 30. - p.664–669.
26. Forlano R et al. Binge-eating disorder is associated with an unfavorable body mass composition in patients with non-alcoholic fatty liver disease // *Int J Eat Disord*. - 2021.
27. Thornton LM et al. Binge-eating disorder in the Swedish national registers: Somatic comorbidity // *Int J Eat Disord*. - 2017. - №50. - p.58–65.
28. Wassenaar E, Friedman J, Mehler PS. Medical Complications of Binge Eating Disorder // *Psychiatr Clin North Am*. - 2019. - № 42. - p.275–286.
29. Kimmel MC, Ferguson EH, Zerwas S, Bulik CM, Meltzer-Brody S. Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders // *Int J Eat Disord*. - 2016. - №49. - p.260–275.
30. Udo T, Grilo CM. Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States // *The International journal of eating disorders*. - 2019. - №52. - p.42–50.
31. Udo T, Bitley S, Grilo CM. Suicide attempts in US adults with lifetime DSM-5 eating disorders // *BMC medicine*. - 2019. - №17. - p.120–123

32. Klein DA, Sylvester JE & Schvey NA Eating Disorders in Primary Care: Diagnosis and Management // *Am Fam Physician*. – 2021. - №103. – p.22–32.
33. NICE: National Institute for Health and Care Excellence [Electronic resource] / Eating Disorders: recognition and treatment Full guideline. – electron. Dat. – NICE, 2017 – Access Mode <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/evidence/full-guideline-pdf-161214767896>, free. – Screen title.
34. Marzilli E, Cerniglia L, Cimino S. A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies // *Adolesc Health Med Ther*. – 2018. - №9. – p.17–30.
35. Kornstein SG. Epidemiology and Recognition of Binge-Eating Disorder in Psychiatry and Primary Care // *J Clin Psychiatry*. – 2017. - №78 (1). – p.3–8.
36. Coffino JA, Udo T, Grilo CM. Rates of Help-Seeking in US Adults With Lifetime DSM-5 Eating Disorders: Prevalence Across Diagnoses and Differences by Sex and Ethnicity/Race // *Mayo Clinic proceedings*. – 2019. - №94. – p.1415–1426.
37. Puhl R, Suh Y. Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment // *Curr Obes*. – 2015. - №4. – p.182–190.
38. Hilbert A, Hoek HW, Schmidt R. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison // *Curr Opin Psychiatry*. – 2017. - №30. – p.423–437.
39. Hilbert A et al. Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder // *J Consult Clin Psychol*. - 2019. - №87. – p.91–105.
40. Palavras MA, Hay P, Filho CA, Claudino A. The Efficacy of Psychological Therapies in Reducing Weight and Binge Eating in People with Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder Who Are Overweight or Obese-A Critical Synthesis and Meta-Analyses // *Nutrients*. – 2017. - №9.
41. Hilbert A et al. Meta-analysis on the long-term effectiveness of psychological and medical treatments for binge-eating disorder // *Int J Eat Disord*. – 2020. - №53. – p.1353–1376.
42. Heo YA, Duggan ST. Lisdexamfetamine: A Review in Binge Eating Disorder // *CNS Drugs*. – 2017. - №31. – p.1015–1022.
43. Gasior M et al. A Phase 3, Multicenter, Open-Label, 12-Month Extension Safety and Tolerability Trial of Lisdexamfetamine Dimesylate in Adults With Binge Eating Disorder // *J Clin Psychopharmacol*. – 2017. - №37. – p.315–322.
44. Hudson JI, McElroy SL, Ferreira-Cornwell MC, Radewonuk J, Gasior M. Efficacy of Lisdexamfetamine in Adults With Moderate to Severe Binge-Eating Disorder: A Randomized Clinical Trial // *JAMA Psychiatry*. – 2017. - №74. – p.903–910.
45. David LA, Sijercic I, Cassin SE. Preoperative and post-operative psychosocial interventions for bariatric surgery patients: A systematic review // *Obes Rev*. – 2020. - №21.
46. Taba JV et al. The Development of Feeding and Eating Disorders after Bariatric Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Nutrients*. – 2021. - №13.
47. Reas DL, Grilo CM. Psychotherapy and Medications for Eating Disorders: Better Together? // *Clin Ther*. – 2021. - №43. – p.17–39.
48. Lock J, Le Grange D. Family-based treatment: Where are we and where should we be going to improve recovery in child and adolescent eating disorders // *Int J Eat Disord*. – 2018. - №0(0).
49. Schag K et al. IMPULS: Impulsivity-Focused Group Intervention to Reduce Binge Eating Episodes in Patients with Binge Eating Disorder - A Randomised Controlled Trial // *Psychother Psychosom*. – 2019. - №88. – p.141–153.
50. Ince B et al. Can we change binge eating behaviour by interventions addressing food-related impulsivity? A systematic review // *J Eat Disord*. – 2021. - №9. – p.38.
51. Raman J, Hay P, Tchanturia K, Smith E. A randomised controlled trial of manualized cognitive remediation therapy in adult obesity // *Appetite*. – 2018. - №123. – p.269–279.
52. Low TL, Ho R, Ho C, Tam W. The efficacy of virtual reality in the treatment of binge-purging eating disorders: A meta-analysis // *Eur Eat Disord Rev*. – 2021. - №29. – p.52–59.
53. Peterson CB et al. Comparing integrative cognitive-affective therapy and guided self-help cognitive-behavioral therapy to treat binge-eating disorder using standard and naturalistic momentary outcome measures: A randomized controlled trial // *Int J Eat Disord*. – 2020. - №53. – p.1418–1427.
54. Runfola CD et al. A pilot open trial of UNITE-BED: A couple-based intervention for binge-eating disorder // *Int J Eat Disord*. – 2018. - №51. – p.1107–1112.
55. Chao AM et al. Effects of Liraglutide and Behavioral Weight Loss on Food Cravings, Eating Behaviors, and Eating Disorder Psychopathology // *Obesity (Silver Spring)*. – 2019. - №27. – p.2005–2010.
56. Da Porto A et al. Dulaglutide reduces binge episodes in type 2 diabetic patients with binge eating disorder: A pilot study // *Diabetes Metab Syndr*. – 2020. - №14. – p.289–292.
57. Dalton B, Bartholdy S, Campbell IC, Schmidt U. Neurostimulation in Clinical and Sub-clinical Eating Disorders: A Systematic Update of the Literature // *Curr Neuropharmacol*. – 2018. - №16. – p.1174–1192.
58. Dalton B, Campbell IC, Schmidt U. Neuromodulation and neurofeedback treatments in eating disorders and obesity // *Curr Opin Psychiatry*. – 2017. - №30. – p.458–473.
59. Torres R, Hernandez J, Gaweda A, Levinson CA. Leveraging artificial intelligence to personalize treatment for eating disorders: A proof-of-concept study. *J Affect Disord*. 2026 Aug 1;406:121681. doi: 10.1016/j.jad.2026.121681. Epub 2026 Mar 27. PMID: 41905613; PMCID: PMC13175529.
60. 2026 Khormi et al. *Cureus* 18(5): e108231. DOI 10.7759/cureus.108231
61. Zompa L, Cassioli E, Rossi E, Cordasco VZ, Caiati L, Lucarelli S, Giunti I, Lazzaretti L, D'Anna G, Dei S, Cardamone G, Ricca V, Rotella F, Castellini G. Group Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating Disorder: Emotion Dysregulation and Alexithymia as Mediators of Symptom Improvement. *Nutrients*. 2025 Jun

14;17(12):2003. doi: 10.3390/nu17122003. PMID: 40573114; PMCID: PMC12195722.

**КОМПУЛЬСИВТІ АРТЫҚ ТАМАҚТАНУ - ҚАЗІРГІ ҚОҒАМНЫҢ БАСТЫ ҚАУПІ**  
**ГУМИРОВА Р.Н.<sup>1</sup>, БАЙБУЛОВА Г.А.<sup>1</sup>, СУЛЕЙМЕНОВА А.А.<sup>1</sup>,**  
**КУЛАМҚАДЫРОВА Н.С.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> КР ДСМ "РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ПСИХИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ҒЫЛЫМИ-ПРАКТИКАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ" ШЖҚ РМК

**Аңдатпа**

**Кіріспе.** Қазіргі психиатрияның өзекті мәселелерінің бірі — тамақтану мінез-құлқы бұзылыстарынан зардап шегетін адамдар санының артуы. Осындай бұзылыстардың фенотиптерінің бірі компульсивті артық тамақтану болып табылады.

**Мақсаты.** Зерттеудің мақсаты — аталған патология бойынша өзекті ғылыми ақпаратты іздеу және талдау.

**Материалдар мен әдістер.** PubMed, Medline, Scopus халықаралық дерекқорларында әдебиеттерге жан-жақты іздеу жүргізілді. Деректерді іздеу тереңдігі 2014–2026 жылдар аралығын, яғни 13 жылды қамтыды. Іріктеу критерийлеріне түпнұсқалық зерттеулер, мета-талдаулар, әдеби шолулар, бақыланатын зерттеулер және жүйелі шолулар енгізілді. Алып тастау критерийлеріне дәлелді негізі жоқ мақалалар жатқызылды. Жұмысқа барлығы 58 дереккөз енгізілді.

**Қорытынды.** Компульсивті артық тамақтанудың негізгі сипаттамасы — стресс аясында бақылауға

келмейтін жиі артық тамақтану ұстамаларының пайда болуы. Қазіргі уақытта аурудың эпидемиологиясы мен патогенезі толық айқындалмаған. Компульсивті артық тамақтану көбіне қатар жүретін соматикалық және психикалық бұзылыстармен бірге кездеседі. Патологияны диагностикалау, ең алдымен, клиникалық сұхбат деректеріне негізделеді. Компульсивті артық тамақтануды емдеудің неғұрлым тиімді тәсілдері психотерапия мен фармакологиялық емдеу әдістерін біріктіріп қолдану болып табылады. Аталған ауру бойынша зерттеу базасы қалыптасқанымен, ол салыстырмалы түрде «жас» бағыт болып саналады, сондықтан бұл патологияны зерттеу алдағы уақытта да жалғасын талап етеді.

**Түйінді сөздер:** компульсивті артық тамақтану, компульсивті артық тамақтануды диагностикалау, компульсивті артық тамақтануды емдеу, балалардағы компульсивті артық тамақтану.

**BINGE EATING DISORDER – THE MAIN THREAT TO MODERN SOCIETY**  
**ГУМИРОВА Р.Н.<sup>1</sup>, БАЙБУЛОВА Г.А.<sup>1</sup>, СУЛЕЙМЕНОВА А.А.<sup>1</sup>,**  
**КУЛАМҚАДЫРОВА Н.С.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> REPUBLICAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL CENTER FOR MENTAL HEALTH OF THE MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

**Abstract**

**Introduction.** One of the major challenges of modern psychiatry is the increasing number of individuals suffering from eating disorders. One of the phenotypes of these disorders is binge eating disorder.

**Objective.** The aim of the study was to identify and analyze current information on this pathology.

**Materials and Methods.** A comprehensive literature search was conducted in the international databases PubMed, Medline, and Scopus. The search covered a 13-year period from 2014 to 2026. Inclusion criteria comprised original studies, meta-analyses, literature reviews, controlled studies, and systematic reviews. Exclusion criteria included articles lacking an evidence-based foundation. A total of 58 sources were included in this review.

**Conclusions.** The main characteristic of binge eating disorder is the occurrence of frequent uncontrolled episodes of overeating associated with stress. At present, neither the epidemiology nor the pathogenesis of the disorder has been fully established. Binge eating disorder is often accompanied by comorbid somatic and psychiatric conditions. The diagnosis of this pathology is primarily based on clinical interview data. The most preferable treatment approaches for binge eating disorder involve a combination of psychotherapy and pharmacological treatment methods. Despite the existing research base on this disorder, it remains a relatively “young” field of study, and further research is required to improve understanding of this pathology.

**Keywords:** binge eating disorder, diagnosis of binge eating disorder, treatment of binge eating disorder, binge eating disorder in children.

УДК 616.89-008.441.42

## РАЗВИТИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О БЫТОВОМ НАСИЛИИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ НАУКЕ: ОТ КЛАССИЧЕСКИХ ТЕОРИЙ К СОВРЕМЕННЫМ МОДЕЛЯМ

Ж.М.АЛИЕВА<sup>1</sup>, С.А.ГУЖБИНА<sup>1</sup>

<sup>1</sup> РГП НА ПХВ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ» МЗ РК

### Аннотация

**Введение.** Бытовое насилие является одной из ключевых проблем современной психологии и социальной науки, оказывая значительное влияние на психическое здоровье и функционирование личности.

**Цель.** Анализ развития теоретических представлений о бытовом насилии в психологической науке, от классических концепций к современным интегративным моделям.

**Методы.** Проведён теоретический литературный обзор научных публикаций и классических источников по психологии насилия с использованием методов систематизации, сравнительного и аналитического анализа.

**Результаты.** Выявлено, что бытовое насилие является многофакторным феноменом и не может быть объяснено одной теорией. Существует необходимость комплексного системного подхода к пониманию бытового насилия.

**Выводы.** Бытовое насилие является многофакторным феноменом, требующим комплексного и интегративного подхода для его научного понимания и профилактики.

**Ключевые слова:** бытовое насилие; агрессия; межличностное насилие; психологическая травма; когнитивные искажения; эмоциональная регуляция.

### Введение

Бытовое насилие является одной из наиболее значимых социально-психологических проблем современного общества. Его последствия включают выраженные нарушения психического и физического здоровья, развитие тревожных, депрессивных и посттравматических расстройств, а также деструкцию семейного функционирования и риск межпоколенческой передачи агрессивных поведенческих паттернов [1-2].

В Республике Казахстан проблема бытового насилия также сохраняет высокую социальную и клиническую значимость. В настоящее время работа в данной сфере направлена не только на оказание помощи жертвам насилия, но и на коррекцию поведения агрессоров. Так, согласно Приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 июня 2024 года № 48, предусмотрены меры психологической и социальной работы с лицами, совершившими бытовое насилие. Это определяет

необходимость более глубокого изучения факторов и механизмов насильственного поведения для повышения эффективности профилактических и коррекционных программ как для жертв, так и для агрессоров.

Несмотря на значительное количество научных исследований, бытовое насилие остаётся многомерным и недостаточно однозначно интерпретируемым феноменом. В психологической науке наблюдается постепенная трансформация представлений о его природе: от однофакторных объяснений, основанных на отдельных психологических механизмах, к комплексным интегративным моделям, учитывающим биологические, психологические, социальные и культурные детерминанты.

Развитие научных взглядов на проблему насилия отражает эволюцию психологической науки в целом. Ранние классические подходы фокусировались на внутренних конфликтах личности, процессах научения, когнитивных искажениях и социальных нормах как отдельных

объяснительных механизмах. Современные концепции, напротив, стремятся к интеграции различных уровней анализа, рассматривая насилие как результат взаимодействия индивидуальных предрасположенностей, особенностей когнитивно-эмоционального функционирования и социально-культурного контекста.

В связи с этим актуальным представляется анализ эволюции научных представлений о бытовом насилии - от классических теоретических подходов к современным интегративным моделям, отражающим многоуровневую природу данного феномена.

Целью настоящего литературного обзора является анализ развития теоретических представлений о бытовом насилии в психологической науке, от классических концепций к современным интегративным моделям.

Задачи:

1. Рассмотреть классические психологические подходы к пониманию насильственного поведения.

2. Рассмотреть современные биопсихосоциальные, когнитивно-поведенческие, гендерные и подходы ориентированные на травму.

3. Проследить трансформацию научных представлений о природе бытового насилия в психологической науке.

### Материалы и методы

Настоящее исследование представляет собой теоретический литературный обзор, посвященный эволюции представлений о бытовом насилии в психологической науке.

Использовались научные публикации в области психологии, социальной и клинической психологии, а также

фундаментальные теоретические работы по проблемам агрессии и межличностного насилия.

Критериями включения источников являлись: тематическая релевантность, научная обоснованность и публикация в рецензируемых изданиях либо признание работы как классической. Исключались публицистические и ненаучные материалы, а также источники без научной аргументации.

Поиск литературы проводился в базах данных Google Scholar, PubMed, eLIBRARY и CyberLeninka, по ключевым словам: «бытовое насилие», «домашнее насилие», «агрессия», «intimate partner violence», «domestic violence».

В работе использовались методы теоретического и сравнительного анализа, а также систематизации и обобщения научных данных.

Поскольку исследование носит теоретический характер и не включает участие респондентов, одобрение этического комитета не требовалось.

### Результаты исследования

1. Классические психологические подходы к пониманию насильственного поведения.

#### 1.1 Психодинамический подход

Суть психодинамического подхода - в бессознательных мотивах и раннем опыте, формирующих личность и поведение. Насилие трактуется как выражение внутренних конфликтов, неосознанных травм, нарушенной привязанности и защитных механизмов (например, проекции, расщепления, агрессии как защиты от уязвимости). В Таблице 1 представлены основные фундаментальные идеи по теме насилия в психодинамическом подходе.

№	Автор	Год	Основные идеи по теме насилия
1	Зигмунд Фрейд	1920	Насилие как выражение Танатоса (влечения к смерти), через механизм навязчивого повторения. Психика бессознательно воспроизводит травматический опыт, пытаясь переработать его за свой счет перехода из пассивной роли в активную [3].
2	Мелани Кляйн	1946	Агрессия - результат расщепления и проекции «плохого» объекта. Субъект воспринимает партнёра не как целостную личность, а как спроецированный «плохой объект», подлежащий атаке и уничтожению [4].
3	Отто Кернберг	1975	Насильник - патологический нарцисс. Насилие как защита от нарциссической раны, сохранение ложного грандиозного «Я». Ярость как реакция на угрозу самооценке [5].
4	Дональд Винникотт	1965	Агрессия и антисоциальная тенденция как следствие дефицита "достаточно хорошей матери". Насилие выступает как неосознаваемый крик о помощи, и попытка заставить деструктивную среду признать потребности Истинного "Я"[6].
5	Джон Болби	1988	Дезорганизованная привязанность - агрессия. Насилие как реакция на страх покинутости, сопровождаемая контролем и яростью [7].

6	Джессика Бенджамин	1988	Насилие - искажённая борьба за признание. Агрессор стремится восстановить власть через насилие в отношениях власти и подчинения. [8].
---	--------------------	------	---

**Таблица 1.** Эволюция представлений о насилии в трудах классиков психоанализа

1.2. Социодинамическая теория  
 Этот подход рассматривает насилие как продукт социальных, семейных и культурных взаимодействий. Насилие понимается как:  
 -инструмент власти в условиях жёстких социальных и гендерных ролей;

-часть семейной системы, где деструктивные модели поведения воспроизводятся бессознательно;  
 -результат культурных сценариев, которые нормализуют или оправдывают агрессию.  
 В Таблице 2 представлены основные фундаментальные идеи по теме насилия в социодинамическом подходе.

Аспект	Ключевая идея	Авторы и труды	Описание вклада
1. Социальная иерархия и власть	Насилие как инструмент поддержания власти и контроля в условиях жёстко заданных социальных (в т.ч. гендерных) ролей.	Фуко М.: Надзирать и наказывать(1975)[9]. Бурдые П. Мужское господство (1990)[10].	Фуко: насилие как дисциплинарная практика, встроенная в отношения власти. Бурдые: символическое насилие нормализует доминирование мужчин.
2. Системная динамика и семейные взаимодействия	Насилие как элемент повторяющегося цикла взаимодействий в семье, где все участники могут бессознательно поддерживать деструктивные роли.	Боуэн М.– Семейная терапия в клинической практике (1978) [11]. Минухин С. – Семьи и семейная терапия [12].	Боуэн: насилие как следствие низкой дифференциации «Я» членов системы и жесткой триангуляции. При росте системной тревоги деструктивность становится способом эмоциональной разрядки Минухин: насилие как результат нарушения внешних и внутренних границ семьи, жесткости подсистем и формирования патологических скрытых коалиций.
3. Культурные и социальные сценарии	Поведение определяется культурными сценариями, которые могут легитимировать насилие как часть ролевых норм.	Джудит Батлер – Гендерные проблемы (1990) [13]. Raewyn Connell – Masculinities (1995) [14].	Батлер: гендер как принудительный, циклический перформанс. Насилие выступает санкцией общества за нарушение нормативных гендерных ролей и границ «нормальности». Коннел: гегемонная маскулинность оправдывает насилие как «естественное» мужское поведение.

**Таблица 2.** Эволюция представлений о насилии в контексте социодинамических и системных теорий

1.3. Фрустрационная теория агрессии.  
 Фрустрация неизбежно приводит к агрессии. Это объяснение особенно актуально для бытового насилия: партнёр, испытывающий постоянные жизненные трудности (бедность, безработица, низкий социальный статус), может смещать свою фрустрацию через агрессию в «доступном» и «безопасном» контексте - в семье [15].

Позднее теория была модифицирована: Миллер Н. ввёл идею, что фрустрация не всегда ведет к агрессии, а лишь увеличивает вероятность её возникновения [16].  
 Берковиц Л. показал, что фрустрация порождает лишь негативный аффект, а перерастет ли он в агрессию, зависит от когнитивной интерпретации ситуации и наличия «сигналов агрессии» (trigger cues). В условиях домашней жизни такими

раздражителями-триггерами могут выступать деструктивная критика, обвиняющий тон партнера или визуальные маркеры угрозы [17].

1.4. Поведенческий подход.

Бытовое насилие рассматривается как усвоенное поведение, закреплённое положительным или отрицательным подкреплением. Насильственные действия выполняются для получения контроля, снятия напряжения или получения желаемого результата, а повторяются, если приносят "успех" (например, подчинение).

1. Скиннер Б. – оперантное обусловливание(1953,1974) [18,19]. Поведение, включая агрессию, поддерживается и повторяется, если оно подкрепляется (например, контроль, подчинение, внимание, избегание конфликта). Применительно к бытовому насилию: если агрессор добивается

желаемого (например, подчинения жертвы), его поведение усиливается.

2. Бандура А.– социальное научение (1973) [20]:

-насилие может обучаться через наблюдение за моделью (родители, медиа, сообщество);

- поведение сохраняется при отсутствии негативных последствий и наличии позитивных результатов;

-модель «обидчик–жертва» может передаваться межпоколенчески (transgenerational transmission).

1.5. Когнитивный подход.

Бытовое насилие в контексте когнитивного подхода рассматривается как результат искаженного восприятия, дисфункциональных убеждений и неадаптивных схем мышления, которые способствуют агрессивному поведению и нарушению самоконтроля.

Автор / Модель	Ключевые компоненты	Причины агрессии	Год
А.Бек Когнитивная терапия	Дисфункциональные схемы, автоматические мысли, когнитивные искажения	Укоренившиеся убеждения ("если меня не уважают - я должен наказать"), интерпретации угроз и унижений [21]	1990
Даттон Г. Теория дисфорического обидчика	Приливы ярости, стыд, нарушенная привязанность, пограничные и нарциссические черты	Травматизация в детстве, неустойчивая самооценка, дисфункциональные модели близости [22].	1998
Эллис А. REBT - рационально-эмоциональная поведенческая терапия	Иррациональные убеждения ("Я должен контролировать других", "Люди не имеют права меня критиковать")	Потребность в контроле, страх быть отвергнутым, катастрофизация[23].	1961
Янг Дж. Схематерапия	Глубокие когнитивные схемы (покинутость, дефектность, недоверие, подчинение)	Эмоциональные дефициты, неудовлетворённые потребности в детстве, агрессия как защита или компенсация [24].	2003
Гиллиган, Дж. Модель стыда и насилия	Насилие - как средство восстановления уязвлённой самооценки через доминирование	Хронический стыд, унижение, невыносимое чувство никчёмности [25].	1996

Таблица 3. Сравнительная таблица когнитивных и когнитивно-интегративных моделей агрессии

1.6. Гештальт-подход

Бытовое насилие в контексте гештальт-подхода рассматривается как феномен, укоренённый в прерванных или искажённых

контактах, нарушенной аутентичности и незавершённых гештальтах. Гештальт-терапия ориентируется на осознание, ответственность и восстановление способности к здоровому контакту.

Тема	Автор(ы)	Год	Ключевые идеи и вклад в тему насилия
Теория контакта и прерывания	Фриц Перлз, Лаура Перлз, Поль Гудман	1951	Описаны механизмы прерывания контакта (интроекция, проекция, ретрофлексия и др.). Ретрофлексия особенно важна для понимания насилия как внутрь направленной или внешне выраженной агрессии [26].
Агрессия как энергия роста	Фриц Перлз	1942	Агрессия - естественная энергия. В контексте насилия агрессия искажена. Интеграция агрессии

			как позитивной силы способствует коррекции насильственного поведения [27].
Творческий выход из паттернов	Джозеф Зинкер	1977	Творчество как путь выхода из насильственных и застывших паттернов взаимодействия [28].
Поле и системный подход	Маргарита Спаньоло Лобб	2013	Концепция «полифонического развития поля». Насилие рассматривается не как изолированная патология агрессора, а как эмерджентное (возникающее) свойство дисфункционального семейного и социокультурного поля в ситуации здесь-и-сейчас [29].

**Таблица 4.** Ключевые идеи и вклад в тему насилия классических представителей гештальт-подхода

1.7. Гуманистический подход

Бытовое насилие в контексте гуманистического подхода рассматривается не просто как юридическая или медицинская проблема, а как проявление нарушенных человеческих взаимоотношений, дефицита

эмпатии, уважения и способности к самореализации у всех участников ситуации. Гуманистический подход делает акцент на внутренний потенциал личности, свободу выбора, личную ответственность и стремление к самоактуализации.

Автор	Год	Ключевые идеи	В контексте бытового насилия
Карл Роджерс	1961	Условия ценности Инконгруэнтность. Эмпатия и подлинность как условия личностного роста	Агрессор действует из защиты хрупкой Я-концепции, перегруженной жесткими «условиями ценности» и страхом разоблачения. Жертве необходима безопасная терапевтическая среда для восстановления самооценки и конгруэнтности [30].
Абрахам Маслоу	1954	Иерархия потребностей. D-потребности как источник патологии.	Насильственное поведение выступает деструктивным способом компенсировать фрустрированные базовые потребности в безопасности и принадлежности. Жертвы остаются в деструктивных отношениях из-за парализующего страха потери базовой безопасности [31]. Жертвы остаются из страха потери базовой безопасности.
Виктор Франкл	1946	Свобода выбора отношения к страданиям. Смысл как ресурс преодоления	Насилие со стороны агрессора заполняет экзистенциальный вакуум, давая суррогатное ощущение власти и «смысла». Жертве терапия помогает вернуть автономию, осознать свободу выбора и найти внутренние ресурсы для выхода из ситуации насилия [32].
Натали Роджерс	1993	Арт-терапия для выражения эмоций- Творческая среда для исцеления	- Работа с агрессорами через исследование корней насилия - Восстановление через творческую саморефлексию [33].

**Таблица 5.** Ключевые идеи и вклад в тему насилия классических представителей гуманистического подхода

Представленный многоаспектный анализ демонстрирует, что феномен бытового насилия не может быть исчерпывающе объяснен в рамках какого-то одного психологического направления. Каждая из рассмотренных парадигм раскрывает уникальный уровень детерминации этого сложного процесса.

2. Современные модели бытового насилия

Современный этап развития психологической науки характеризуется переходом от однофакторных объяснений насильственного поведения к комплексным, многоуровневым моделям. Если

классические подходы рассматривали насилие преимущественно через призму отдельных психологических механизмов (внутренние конфликты, научение, когнитивные искажения или социальные нормы), то современные теории стремятся интегрировать биологические, психологические и социальные детерминанты. Такой сдвиг отражает общую тенденцию к системному пониманию сложных форм человеческого поведения, включая насилие в близких отношениях.

2.1. Биопсихосоциальная модель

Биопсихосоциальная модель рассматривает бытовое насилие как результат взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов. В отличие от редуционистских подходов, в которых доминирует одна причина (например, психодинамическая травма или социальное научение), данная модель предполагает многоуровневую детерминацию поведения.

На биологическом уровне учитываются нейрофизиологические особенности регуляции эмоций, импульсивность, особенности функционирования префронтальной коры, а также гормональные и стрессовые механизмы. На психологическом уровне рассматриваются когнитивные искажения, особенности эмоциональной регуляции, личностные черты и травматический опыт. Социальный уровень включает влияние семейной среды, культурных норм, экономических условий и моделей межличностного взаимодействия [34].

## 2.2. Подход, ориентированный на травму

Современные исследования всё чаще рассматривают бытовое насилие через призму психологической травматизации. Trauma-informed approach исходит из положения о том, что опыт раннего насилия, пренебрежения или нарушенной привязанности формирует устойчивые изменения в эмоциональной регуляции, восприятии угроз и межличностном функционировании.

В рамках данного подхода особое внимание уделяется роли детского опыта и межпоколенческой передачи насилия. Люди, пережившие насилие в детстве, имеют повышенный риск воспроизведения агрессивных моделей поведения во взрослом возрасте, что объясняется как нарушением базового чувства безопасности, так и формированием дисфункциональных моделей привязанности [35].

Ключевым понятием также становится «травматическая привязанность», при которой отношения одновременно воспринимаются как источник угрозы и эмоциональной зависимости, что поддерживает циклические формы насилия в партнерских отношениях.

## 2.3. Современные когнитивно-поведенческие модели

Когнитивно-поведенческие модели объясняют бытовое насилие через взаимодействие когнитивных, эмоций и поведения, акцентируя роль научения и интерпретации социальных ситуаций.

Одним из ключевых механизмов является нарушение эмоциональной регуляции, при котором индивид испытывает трудности в управлении гневом, фрустрацией и стрессом. Использование неадаптивных стратегий (например, подавление эмоций или руминация) повышает вероятность агрессивных реакций.

Важную роль играют когнитивные схемы - устойчивые убеждения о себе, других людях и мире. Дисфункциональные схемы, связанные с недоверием, враждебностью или потребностью в контроле, могут способствовать оправданию насилия.

Отдельное значение имеет феномен hostile attribution bias (ошибка атрибуции) - тенденция интерпретировать нейтральные или неоднозначные действия партнера как враждебные. Такая когнитивная ошибка усиливает вероятность агрессивных реакций в межличностных конфликтах.

Также современные модели включают концепцию coercive control (принудительный контроль), рассматривающую насилие не как единичные акты агрессии, а как устойчивую систему контроля, включающую психологическое давление, изоляцию, экономическое ограничение и манипуляции.

## 2.4. Феминистские и гендерные модели

Феминистские и гендерные подходы рассматривают бытовое насилие как явление, укорененное в структурных социально-культурных отношениях власти. В рамках данных моделей насилие интерпретируется не только как индивидуальная психологическая проблема, но и как отражение неравенства между полами и закрепленных социальных ролей [36].

Особое внимание уделяется концепции гендерной асимметрии власти, согласно которой насилие в интимных отношениях часто связано с попытками поддержания контроля и доминирования. Насилие рассматривается как инструмент сохранения существующих иерархий.

Также подчеркивается роль культурных норм и социальных сценариев, которые могут нормализовать агрессивное поведение, особенно в контексте «гегемонной маскулинности», предполагающей допустимость доминирования и контроля как части мужской роли.

### 2.5. Интегративные модели

Современный этап развития науки характеризуется формированием интегративных моделей, объединяющих биологические, психологические, социальные и культурные уровни анализа [37].

В рамках данных моделей бытовое насилие рассматривается как результат взаимодействия индивидуальных предрасположенностей (например, импульсивности, травматического опыта), когнитивных и эмоциональных процессов (искажения восприятия, нарушения регуляции эмоций), а также социальных факторов (семейные модели, культурные нормы, экономическое давление).

Интегративный подход позволяет преодолеть ограничения односторонних объяснений и рассматривать насилие как динамическую систему, формирующуюся под воздействием множества взаимосвязанных факторов. Это соответствует современным тенденциям в клинической и социальной психологии, ориентированным на системное понимание сложных форм поведения.

### Обсуждение

Проведённый теоретический обзор показал, что понимание бытового насилия в психологической науке эволюционировало от однофакторных объяснений к многоуровневым интегративным моделям. Классические подходы (психодинамический, поведенческий, когнитивный и социодинамический) по-разному интерпретируют природу насилия, однако все они подчеркивают значимость либо внутренних психических процессов, либо социального научения и культурного контекста. Современные модели (биопсихосоциальная, trauma-informed, когнитивно-поведенческая, феминистская и интегративная) объединяют эти уровни, рассматривая насилие как результат

взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов.

К ограничениям данного исследования относится его теоретический характер и отсутствие эмпирической проверки выводов. Кроме того, обзор охватывает преимущественно психологические подходы, в то время как юридические, социологические и криминологические аспекты насилия рассмотрены менее подробно. Также следует учитывать возможную неоднородность используемых источников и различия в методологических основаниях рассматриваемых теорий.

Сильной стороной работы является систематизация широкого спектра теоретических подходов и их сопоставление в единой логике развития научных представлений. Это позволяет проследить эволюцию научных взглядов на бытовое насилие и выделить ключевые уровни его объяснения.

Практическое значение работы заключается в том, что полученные обобщения могут быть использованы при разработке профилактических и коррекционных программ, направленных на снижение уровня насилия в отношениях. В частности, результаты подчеркивают важность комплексных интервенций, включающих работу с травмой, когнитивными искажениями, навыками эмоциональной регуляции и социальными факторами.

### Заключение

В рамках данного теоретического исследования был проведён анализ основных подходов к пониманию бытового насилия и психологических механизмов его формирования. Рассмотрены классические и современные теоретические модели, что позволило проследить эволюцию научных представлений о данной проблеме.

Установлено, что психодинамический подход объясняет насилие через бессознательные конфликты, ранний опыт и нарушения привязанности. Социодинамические теории рассматривают его как результат влияния социальных структур, семейных систем и культурных норм, включая механизмы власти и гендерного неравенства. Фрустрационная,

поведенческая и когнитивная модели акцентируют внимание на роли стресса, научения, подкрепления, когнитивных искажений и нарушений эмоциональной регуляции. Гештальт- и гуманистические подходы дополняют анализ, подчёркивая значение нарушенного контакта, дефицита эмпатии, самооценки и фрустрированных базовых потребностей.

Современные интегративные модели демонстрируют переход к системному пониманию бытового насилия как многоуровневого феномена, возникающего в результате взаимодействия биологических,

психологических и социальных факторов, включая травматический опыт и межпоколенческую передачу деструктивных моделей поведения.

Таким образом, цель исследования - достигнута. Все поставленные задачи выполнены: рассмотрены классические теории, систематизированы ключевые концепции и проанализированы современные интегративные модели. Полученные результаты подтверждают необходимость комплексного подхода к изучению бытового насилия, учитывающего его многофакторную природу.

**Источник финансирования:** отсутствует.

**Конфликт интересов:** конфликт интересов не заявлен.

**Вклад авторов:**

Алиева Ж. М. - разработка концепции исследования, общее научное руководство, формирование теоретической базы, анализ современных подходов к пониманию психологических механизмов бытового насилия, интерпретация результатов и редактирование текста.

Гужбина С. А. - проведение теоретического анализа литературы, систематизация и обобщение данных, описание классических и современных моделей бытового насилия, оформление рукописи и подготовка библиографического списка.

Авторы несут ответственность за содержание рукописи в соответствии с принципами ICMJE.

**Сведения об авторах:**

*Алиева Жулдызай Муратбековна* - психолог, магистр педагогики, заведующая психологической лабораторией Республиканского научно-практического центра психического здоровья МЗ РК.

E-mail: zhady.77kz@mail.ru

*Гужбина Снежана Александровна* – психолог, магистр социальных наук, Республиканского научно-практического центра психического здоровья МЗ РК.

E-mail: snezhanaguzbina@gmail.com

### Список использованной литературы

1. Nnaemezie, Nkiru Onyinyechukwu Akuezuiolo, Juliana Azuka. Domestic Violence: Nigerian Experience // Journal of Guidance and Counselling Studies. - 2020. - №3(2). - С. 86-91. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.3828042>
2. Khan, A. R. (2015). Consequences of Domestic Violence against Women: Some Reflections from Rural Bangladesh. Asian Social Work and Policy Review, 9(3), 210–223. <https://doi.org/10.1111/aswp.12059>
3. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия: перевод со 2-го немецкого издания / Зигмунд Фрейд; с вступ. ст. М. В. Вульф. - Москва: Современные проблемы. Н. А. Столяр, 1925. - 110 с
4. Кляйн М. Заметки о некоторых шизоидных механизмах // Психоаналитические труды: в 7 т.: пер. с англ. / под науч. ред. С.Ф. Сироткина, М.Л. Мельниковой. – Ижевск: ERGO, 2009. – Т. V: Эдипов комплекс в свете ранних тревог и другие работы 1945–1952 г. – С. 69–101
5. Kernberg O. Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York; Aronson, 1975.
6. Winnicott, D. W. The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development. International . - Лондон: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1965. - 182 с.
7. Bowlby, J. A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. - Лондон: Routledge, 1988. - 225 с.
8. Benjamin, J. A The Bonds of Love: Psychoanalysis, Feminism, and the Problem of Domination. - New York: Pantheon books New York, 1988. - 320 с. Фуко М. Надзирать и наказывать . - Совместная издательская

9. программа Музея современного искусства «Гараж» и издательства Ad Marginem, 2015. - 416 с.
10. Бурдые П. Мужское господство. Пер. с фр. Марковой Ю.В. / Социальное пространство: поля и практики. М.: Институт экспериментальной социологии, СПб. Алетей, 2005. С. 286-364.
11. Варга А. Теория семейных систем Мюррея Боуэна. Основные понятия, методы и клиническая практика. - «Современная психотерапия (Когито-Центр)», 2022. - 496 с.
12. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии/Пер. с англ. А.Д. Иорданского.- М.:Независимая фирма "Класс", 1998. - 304с.- (Библиотека психологии и психотерапии).
13. Батлер Дж. Гендерное беспокойство. - V-A-C press, 2022. - 272 с.
14. 2 Connell R. Masculinities. Cambridge: Polity Press; Sydney: Allen &Unwin; Berkeley: University of California Press, 1995. 295 p.
15. Dollard, J., Doob, L. W., Miller, N. E., Mowrer, O. H., & Sears, R. R. Frustration and aggression. . - New Haven, CT: Yale University Press. , 1939. - 201 с.
16. Miller, N. E. The frustration-aggression hypothesis // Psychological Review. - 1941. - №48(4). - С. 337–342.
17. Берковиц Л. Агрессия: ее причины, последствия и контроль.. - СПб: Нева , Олма-Пресс, Прайм-Еврознак, McGraw-HILL, 2001. - 512 с.
18. Скиннер Б. пер. с англ. А.А. Федорова, А.И. Васильева. Наука и человеческое поведение. – Новосибирск, 2017. - 517 с.
19. Скиннер Б. Ф О бихевиоризме. - Бомбора, 2023. - 336 с.
20. Bandura A. Aggression: A Social Learning Analysis (The Prentice-Hall Series in Social Learning Theory). - Prentice Hall, 2023. - 390 с.
21. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. - СПб: Питер, 2002. - 234 с.
22. Dutton G. The Abusive Personality: Violence and Control in Intimate Relationships. - The Guilford Press, 1998. - 214 с.
23. Альберт Э., Харпер Р. Разум или чувства. Что важнее, когда решил изменить жизнь к лучшему. - СПб.: Питер-Трейд, 2021. - 305 с.
24. Янг, Дж., Клоско, Дж., Вейшаар, М. Схема-терапия. Практическое руководство. - Диалектика, 2020. - 464 с.
25. Gilligan, J. Violence: Reflections on a National Epidemic . - New York: Vintage Books, 1997. - 306 с.
26. Perls F., Hefferline R, Goodman P. Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality. - 1951. - 514 с.
27. Пёрлз Ф. пер.с англ. Кедрова Н.Б., Кострикова А.Н. Эго, голод и агрессия. - М.: СМЫСЛ, 2000. - 358 с.
28. Zinker J. Creative Process in Gestalt Therapy. - Vintage, 1978. - 304 с.
29. Spagnuolo L. The Now-for-Next in Psychotherapy: Gestalt Therapy Recounted in Post-Modern Society . - 2013. - 402 с.
30. Rogers, C. R. On Becoming a Person.. - Boston: Houghton Mifflin Company, 1970. - 434 с.
31. Маслоу А. пер.с англ. Гутман, Т. Мухина Н. Мотивация и личность. - 3-е изд. - СПб.: Питер, 2014. - 600 с.
32. Франкл В.: Пер. с англ. и нем. / Общ. ред. Л. Я. Гозмана и Д. А. Леонтьева Человек в поисках смысла . - М.,: Прогресс, 1990. - 372 с.
33. Роджерс Н. Творческая связь. Исцеляющая сила экспрессивных искусств. - М.,: Миф, 2015. - 336 с.
34. Rosenbaum A, Geffner R, Benjamin S. A biopsychosocial model for understanding relationship aggression. J Aggress Maltreat Trauma. 1997;1(1):57–79. [https://doi.org/10.1300/J146v01n01\\_04](https://doi.org/10.1300/J146v01n01_04)
35. Osborne KL, Munasinghe S, Pag A. The intergenerational transmission of emotional intimate partner violence: a systematic review and meta-analysis. J Fam Violence. 2025.
36. McCarthy KJ, Mehta R, Haberland NA. Gender, power, and violence: a systematic review. PLoS One. 2018;13:e020709. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.020709>
37. Heise LL. Violence against women: an integrated ecological framework. Violence Against Women. 1998;4(3):262–290. <https://doi.org/10.1177/1077801298004003002>

## ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ҒЫЛЫМДАҒЫ ТҰРМЫСТЫҚ ЗОРЛЫҚ-ЗОМБЫЛЫҚТЫ ТҮСІНДІРУ ТЕОРИЯЛАРЫНЫҢ ДАМУЫ: КЛАССИКАЛЫҚ КӨЗҚАРАСТАРДАН ЗАМАНАУИ МОДЕЛЬДЕРГЕ ДЕЙІН

Ж.М.АЛИЕВА<sup>1</sup>, С.А. ГУЖБИНА<sup>1</sup>

<sup>1</sup> КР ДСМ "РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ПСИХИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ҒЫЛЫМИ-ПРАКТИКАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ" ШЖҚ РМК

### Андатпа

**Кіріспе.** Тұрмыстық зорлық-зомбылық қазіргі психология және әлеуметтік ғылым салаларындағы өзекті мәселелердің бірі болып табылады. Ол адамның психикалық денсаулығына, тұлғалық дамуына және әлеуметтік қызмет етуіне елеулі әсер етеді.

**Мақсаты.** Психологиялық ғылымдағы тұрмыстық зорлық-зомбылықты түсіндіретін теориялардың

классикалық тұжырымдамалардан заманауи интегративті модельдерге дейінгі дамуын талдау.

**Әдістері.** Зорлық-зомбылық психологиясына қатысты ғылыми жарияланымдар мен классикалық еңбектерге теориялық әдеби шолу жүргізілді. Зерттеу барысында жүйелеу, салыстырмалы талдау және ғылыми деректерді жинақтау әдістері қолданылды.

**Нәтижелері.** Тұрмыстық зорлық-зомбылықтың көп факторлы құбылыс екені және оны бір ғана теория

аясында толық түсіндіру мүмкін еместігі анықталды. Тұрмыстық зорлық-зомбылықты ғылыми тұрғыдан түсіну үшін кешенді әрі жүйелі тәсіл қажет екені көрсетілді.

**Қорытынды.** Тұрмыстық зорлық-зомбылық — биологиялық, психологиялық және әлеуметтік факторлардың өзара ықпалы нәтижесінде

қалыптасатын көпқырлы құбылыс. Оны ғылыми тұрғыдан түсіну және алдын алу кешенді әрі интегративті тәсілді қажет етеді.

**Түйінді сөздер:** тұрмыстық зорлық-зомбылық; агрессия; тұлғааралық зорлық; психологиялық жарақат; когнитивтік бұрмалаулар; эмоцияны реттеу.

---

## THE DEVELOPMENT OF CONCEPTS OF DOMESTIC VIOLENCE IN PSYCHOLOGICAL SCIENCE: FROM CLASSICAL THEORIES TO CONTEMPORARY MODELS

Ж.М.АЛИЕВА<sup>1</sup>, С.А. ГУЖБИНА<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *REPUBLICAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL CENTER FOR MENTAL HEALTH OF THE MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN*

### Abstract

**Introduction.** Domestic violence is one of the key problems in contemporary psychology and social sciences, having a significant impact on mental health and individual functioning.

**Aim.** To analyze the development of theoretical perspectives on domestic violence in psychological science, from classical concepts to modern integrative models.

**Methods.** A theoretical literature review of scientific publications and classical sources in the psychology of

violence was conducted using systematic, comparative, and analytical methods.

**Results.** It has been found that domestic violence is a multifactorial phenomenon and cannot be explained by a single theory. There is a need for a comprehensive and systemic approach to understanding domestic violence.

**Conclusions.** Domestic violence is a multifactorial phenomenon that requires a comprehensive and integrative approach for its scientific understanding and prevention.

**Keywords:** domestic violence; aggression; interpersonal violence; psychological trauma; cognitive distortions; emotional regulation.