

Феномен ангедонии в зеркале клинического опыта: результаты опроса 1021 психиатра в России

Касьянов Е.Д.¹, Барыльник Ю.Б.², Бойко Е.О.³, Букина И.В.⁴, Галиуллина Л.К.⁵, Ивашиненко Д.М.⁶, Карпучин И.Б.⁷, Корнетова Е.Г.⁸, Корягина Д.А.¹, Костюк Г. П.^{9,10,11}, Медведев В.Э.¹², Менделевич В. Д.¹³, Петрунько О.В.¹⁴, Сорокина В.А.¹⁵, Софронов А.Г.¹⁶, Усов Г.М.¹⁷, Мухин А.А.¹⁸, Мазо Г.Э.¹

¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

²Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов, Россия

³Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

⁴Медицинский центр «Анима», Санкт-Петербург, Россия

⁵Медицинский центр Яхина М.Г., Казань, Россия

⁶Тульская областная клиническая больница № 1 им. Н.П. Каменева, Тула, Россия

⁷Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Россия

⁸Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра, Томск, Россия

⁹Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева, Москва, Россия

¹⁰Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия

¹¹Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ), Москва, Россия

¹²Медицинский институт ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», Москва, Россия

¹³Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Россия

¹⁴Филиал ФГБОУ ДПО «Российская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск, Россия

¹⁵Кузбасская клиническая психиатрическая больница, Кемерово, Россия

¹⁶Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

¹⁷Омский государственный медицинский университет, Омск, Россия

¹⁸ООО «Лундбек Рус», Москва, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Цель — Комплексно оценить клинические представления, диагностические практики и терапевтические подходы к ангедонии у практикующих врачей-психиатров Российской Федерации. **Материалы и методы:** Кросс-секционное опросное исследование проводилось в марте–сентябре 2025 года. Специально разработанный опросник из 27 вопросов охватывал: выявление и клиническую значимость ангедонии, её влияние на прогноз, фармакотерапевтические и психотерапевтические стратегии. Включались врачи, ведущие активную психиатрическую практику в Российской Федерации; выборка формировалась через целевые рассылки по кластерам учреждений с последующей передачей ссылки (элементы «снежного кома»). Итоговая совокупность носит характер целевой. Статистический анализ выполнялся в R 4.2.1 с использованием стандартного пакета R и пакета “psych”.

Результаты: В исследование включён 1021 врач (средний возраст 40,8 [11,3] года; стаж 14,5 [10,9] года). Практически все респонденты целенаправленно выясняют ангедонию при депрессии (96,5%). По субъективной оценке, ангедония встречается у 40–80% пациентов, наиболее выражена при меланхолической депрессии (55,6%). Трансдиагностический характер ангедонии признаётся большинством (77,1%), чаще в контексте шизофрении/шизоаффективного расстройства и биполярного расстройства. Ангедония трактуется как фактор неблагоприятного прогноза: ухудшение функционирования (62,2%), замедление улучшения (59,5%), рост суицидального риска (51,8%). Консенсус по психотерапии высок (81,1%; чаще упоминается когнитивно-поведенческая). Относительно фармакотерапии мнения разделены: 52% считают некоторые антидепрессанты более эффективными при выраженной ангедонии; необходимость антипсихотиков чаще не поддерживается (56,9%). Существенных географических различий между мегаполисами и регионами не выявлено. При этом мужчины-врачи несколько реже поддерживают необходимость психотерапии при ангедонии. Около половины опрошенных отметили, что при антидепрессивной терапии усугубление или сохранение ангедонии нередко сопряжено с феноменом «эмоционального притупления» (ощущения уплощенных эмоций, апатии) у пациентов. **Заключение:**

Автор, ответственный за переписку: Касьянов Евгений Дмитриевич — e-mail: i@kasyan.ru

Corresponding author: Evgeny D.Kasyanov — e-mail: i@kasyan.ru

© Касьянов Е.Д., Барыльник Ю.Б., Бойко Е.О., Букина И.В., Галиуллина Л.К., Ивашиненко Д.М., Карпучин И.Б., Корнетова Е.Г., Корягина Д.А., Костюк Г. П., Медведев В.Э., Менделевич В. Д., Петрунько О.В., Сорокина В.А., Софронов А.Г., Усов Г.М., Мухин А.А., Мазо Г.Э.



Российские психиатры рассматривают ангедонию как центральный и трансдиагностический симптом, влияющий на прогноз и требующий активной диагностики. Полученные данные поддерживают необходимость доменно-ориентированных подходов к ангедонии и персонализированных алгоритмов ведения пациентов с депрессией.

Ключевые слова: ангедония, депрессия, опрос, клиническая практика, психотерапия, фармакотерапия, прогноз

Информация об авторах:

Касьянов Евгений Дмитриевич — e-mail: i@kasyan.ru; <http://orcid.org/0000-0002-4658-2195>
 Барыльник Юлия Борисовна — e-mail: juljab@yandex.ru; <http://orcid.org/0000-0001-6837-5894>
 Бойко Елена Олеговна — e-mail: e.o.boyko@yandex.ru; <http://orcid.org/0000-0002-7692-2410>
 Букина Ирина Викторовна — e-mail: taburetti@mail.ru
 Галиуллина Лилия Каусаровна — e-mail: lilgaliullina@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1885-295X>
 Ивашиненко Дмитрий Михайлович — e-mail: divashinenko@mail.ru
 Карпухин Иван Борисович — karpukhin81@gmail.com
 Корнетова Елена Георгиевна — e-mail: ekornetova@outlook.com; <http://orcid.org/0000-0002-5179-9727>
 Корягина Дария Андреевна — e-mail: dashulya.koryagina@yandex.ru; <http://orcid.org/00009-0008-8620-2004>
 Костюк Георгий Петрович — e-mail: kgr@yandex.ru; <http://orcid.org/0000-0002-3073-6305>
 Медведев Владимир Эрнстович — e-mail: kafedra.psychiatry.rudn@mail.ru; <http://orcid.org/0000-0001-8653-596X>
 Менделевич Владимир Давыдович — e-mail: mendelevich_vl@mail.ru; <http://orcid.org/0000-0002-8476-6083>
 Петрунько Ольга Вячеславовна — e-mail: petrounko@mail.ru; <http://orcid.org/0000-0003-2299-3798>
 Сорокина Вероника Альбертовна — e-mail: 05-guz-kokpb@kuzdrav.ru; <http://orcid.org/0009-0007-7467-3282>
 Софронов Александр Генрихович — e-mail: alex-sofronov@yandex.ru; <http://orcid.org/0000-0001-6339-0198>
 Усов Григорий Михайлович — e-mail: usovgm@list.ru; <http://orcid.org/0000-0002-7619-1179>
 Мухин Андрей Алексеевич — e-mail: doctormukhin@gmail.com
 Мазо Галина Элевна — e-mail: galina-mazo@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7036-5927>

Как цитировать: Касьянов Е.Д., Барыльник Ю.Б., Бойко Е.О., Букина И.В., Галиуллина Л.К., Ивашиненко Д.М., Карпухин И.Б., Корнетова Е.Г., Корягина Д.А., Костюк Г.П., Медведев В.Э., Менделевич В.Д., Петрунько О.В., Сорокина В.А., Софронов А.Г., Усов Г.М., Мухин А.А., Мазо Г.Э. Феномен ангедонии в зеркале клинического опыта: результаты опроса 1021 психиатра в России. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2026; 60:4:65-80. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-4-1223>. (In Russ.)

Конфликт интересов: Г.Э. Мазо является членом редакционной коллегии.

Е.Д. Касьянов и Г.Э. Мазо получали гонорары за лекции от компаний Lundbeck, Gedeon Richter, Angelini Pharma, Abbott и Bristol Myers Squibb/Pfizer. А.А. Мухин является директором по медицине ООО "Лундбек Рус".

The Anhedonia Phenomenon in the Mirror of Clinical Experience: Results of a Survey of 1,021 Psychiatrists in Russia

Evgeny D.Kasyanov¹, Yulia B. Barylnik², Elena O. Boyko³, Irina V. Bukina⁴, Liliya K. Galiullina⁵, Dmitry M. Ivashinenko⁶, Ivan B. Karpukhin⁷, Elena G. Kornetova⁸, Daria A. Koryagina¹, Grigory P. Kostyuk^{9,10,11}, Vladimir E. Medvedev¹², Vladimir D.Mendelevich¹³, Olga V. Petrunko¹⁴, Veronika A. Sorokina¹⁵, Aleksandr G. Sofronov¹⁶, Grigory M. Usov¹⁷, Andrey A. Mukhin¹⁸, Galina E. Mazo¹

¹V.M. Bekhterev National Medical Research Centre for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

²V.I. Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, Russia

³Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

⁴"Anima" Medical Center, St. Petersburg, Russia

⁵M.G. Yakhin Medical Center, Kazan, Russia

⁶N.P. Kamenev Tula Regional Clinical Hospital No. 1, Tula, Russia

⁷Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russia

⁸Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Tomsk, Russia

⁹N.A. Alekseev Psychiatric Clinical Hospital No. 1, Moscow, Russia

¹⁰Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

¹¹"Russian Biotechnological University (ROSBIOTECH)", Moscow, Russia

¹²Medical Institute, Peoples' Friendship University of Russia named after Patrice Lumumba (RUDN University), Moscow, Russia

¹³Kazan State Medical University, Kazan, Russia

¹⁴Branch of the Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education, Irkutsk, Russia

¹⁵Kuzbass Clinical Psychiatric Hospital, Kemerovo, Russia

¹⁶North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

¹⁷Omsk State Medical University, Omsk, Russia

¹⁸"Lundbeck Rus" LLC, Moscow, Russia

Research article

Summary. Objective. To comprehensively assess practicing psychiatrists' clinical views, diagnostic practices, and therapeutic approaches to anhedonia in the Russian Federation. Materials and methods. A cross-sectional survey was conducted from March to September 2025. A purpose-designed 27-item questionnaire covered detection and clinical significance of anhedonia, its impact on prognosis, and pharmacological and psychotherapeutic strategies. Eligible participants were physicians actively practicing psychiatry in the Russian Federation. The sample was recruited via targeted mailings to institutional clusters with subsequent link forwarding (i.e., elements of snowball sampling); the final cohort represents a purposive sample. Statistical analyses were performed in R 4.2.1 using base R and the psych package.

Results. A total of 1,021 physicians were included (mean age 40.8 years [SD 11.3]; years in practice 14.5 [SD 10.9]). Nearly all respondents explicitly assess anhedonia in depression (96.5%). In clinicians' subjective estimates, anhedonia occurs in 40–80% of patients and is most pronounced in melancholic depression (55.6%). The transdiagnostic nature of anhedonia is acknowledged by most respondents (77.1%), most often in the context of schizophrenia/schizoaffective disorder and bipolar disorder. Anhedonia is viewed as a marker of unfavorable prognosis: impaired functioning (62.2%), slower improvement (59.5%), and increased suicide risk (51.8%). Consensus regarding psychotherapy was high (81.1%; cognitive behavioral therapy most frequently cited). Opinions on pharmacotherapy were divided: 52.0% considered some antidepressants more effective in pronounced anhedonia; the need for antipsychotics was more often not supported (56.9%). No substantial geographic differences between metropolitan areas and other regions were identified. Male physicians were somewhat less likely to endorse the necessity of psychotherapy for anhedonia. About half of the respondents noted that under antidepressant treatment, worsening or persistence of anhedonia was often accompanied by "emotional blunting" (feelings of flattened emotions, apathy) in patients. **Conclusions.** Russian psychiatrists regard anhedonia as a central and transdiagnostic symptom that affects prognosis and warrants proactive assessment. These findings support domain-oriented approaches to anhedonia and personalized algorithms for managing patients with depression.

Keywords: anhedonia; depression; survey; clinical practice; psychotherapy; pharmacotherapy; prognosis.

Information about the authors:

Evgeny D. Kasyanov — e-mail: i@kasyan.ru; <http://orcid.org/0000-0002-4658-2195>

Yulia B. Barylnik — e-mail: juljab@yandex.ru; <http://orcid.org/0000-0001-6837-5894>

Elena O. Boyko — e-mail: e.o.boyko@yandex.ru; <http://orcid.org/0000-0002-7692-2410>

Irina V. Bukina — e-mail: taburetti@mail.ru

Liliya K. Galiullina — e-mail: lilggaliullina@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1885-295X>

Dmitry M. Ivashinenko — e-mail: divashinenko@mail.ru

Ivan B. Karpukhin — karpukhin81@gmail.com

Elena G. Kornetova — e-mail: ekornetova@outlook.com; <http://orcid.org/0000-0002-5179-9727>

Daria A. Koryagina — e-mail: dashulya.koryagina@yandex.ru; <http://orcid.org/00009-0008-8620-2004>

Grigory P. Kostyuk — e-mail: kgr@yandex.ru; <http://orcid.org/0000-0002-3073-6305>

Vladimir E. Medvedev — e-mail: kafedra.psychiatry.rudn@mail.ru; <http://orcid.org/0000-0001-8653-596X>

Vladimir D. Mendelevich — e-mail: mendelevich_vl@mail.ru; <http://orcid.org/0000-0002-8476-6083>

Olga V. Petrunko — e-mail: petrounko@mail.ru; <http://orcid.org/0000-0003-2299-3798>

Veronika A. Sorokina — e-mail: 05-guz-kokpb@kuzdrav.ru; <http://orcid.org/0009-0007-7467-3282>

Aleksandr G. Sofronov — e-mail: alex-sofronov@yandex.ru; <http://orcid.org/0000-0001-6339-0198>

Grigory M. Usov — e-mail: usovgm@list.ru; <http://orcid.org/0000-0002-7619-1179>

Andrey A. Mukhin — e-mail: doctormukhin@gmail.com

Galina E. Mazo — e-mail: galina-mazo@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7036-5927>

To cite this article: Kasyanov ED, Barylnik YuB, Boyko EO, Bukina IV, Galiullina LK, Ivashinenko DM, Karpukhin IB, Kornetova EG, Koryagina DA, Kostyuk GP, Medvedev VE, Mendelevich VD, Petrunko OV, Sorokina VA, Sofronov AG, Usov GM, Mukhin AA, Mazo GE. The Anhedonia Phenomenon in the Mirror of Clinical Experience: Results of a Survey of 1,021 Psychiatrists in Russia. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2026; 60:4:65-80. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-4-1223>. (In Russ.)

Conflict of interest: Galina E. Mazo is a member of the editorial board.

E.D. Kasyanov and G.E. Mazo have received honoraria for lectures from Lundbeck, Gedeon Richter, Angelini Pharma, Abbott, and Bristol Myers Squibb/Pfizer. A.A. Mukhin is the Medical Director of Lundbeck Rus LLC

Несмотря на значительный прогресс в изучении депрессивных расстройств, их клиническая диагностика по-прежнему вызывает трудности, связанные с оценкой отдельных симптомов, в частности ангедонии [21,23]. В современных диагностических руководствах ангедония определяется как заметное снижение интереса или ослабление удовольствия от занятий, которые обычно приносили положительные эмоции [31]. В научных исследованиях под ангедонией понимается снижение или полная потеря способности не только переживать удовольствие и интерес в ответ на стимулы (консуматорная ангедония), но и предвосхищать получение потенциального вознаграждения (антиципационная ангедония), а также его усваивать и оценивать [4,10]. Несмотря на свою нозологическую связь с депрессией, современные данные также свидетельствуют о её транснозологическом характере, отмечая высокую распространенность при шизофрении, биполярном расстройстве, тревожных расстройствах и зависимости от психоактивных веществ [1,16,19,26]. Клиническая значимость ангедонии выходит далеко рамки симптома текущего эпизода: она ассоциирована с хронификацией заболевания, снижением приверженности терапии, повышенным риском суицидального поведения и устойчивым нарушением психосоциального функционирования даже в состоянии ремиссии [18,27,28]. Несмотря на убедительные доказательства её центральной роли в патогенезе и исходе депрессии, в рутинной клинической практике оценке ангедонии не всегда уделяется должное внимание. Как показали недавние исследования, существует значительный разрыв между врачебной оценкой и субъективным переживанием пациента: большинство пациентов указывают на ангедонию как на основной мотив обращения, однако более половины врачей не принимают её выраженность во внимание при выборе тактики лечения. [13]. Этот диагностический парадокс усугубляется отсутствием стандартизированных подходов к оценке, что было отмечено в международных экспертных консенсусах [8]. Особую сложность представляет выбор оптимальной терапевтической стратегии [6]. Неопределённость клинических решений варьируется от риска индуцированной антидепрессантами эмоциональной индифферентности [21] до неоднозначности доказательств эффективности аугментации антипсихотиками, такими как арипипразол, брекспипразол и карипразин [20,25].

Всё это указывает на существование значительных расхождений между накопленными научными данными и реальной клинической практикой. Таким образом, несмотря на признанную важность ангедонии, остается неясным, как именно практикующие врачи интегрируют современные научные данные в свою повседневную диагностическую и терапевтическую работу. Целью данного разведочного исследования явилась комплексная оценка клинических представлений, диагностических и терапевтических подходов к ангедонии среди практикующих врачей-психиатров

Российской Федерации. В задачи входило изучение распространенности её выявления, оценки её значимости для прогноза депрессии, а также анализ предпочтений специалистов в отношении фармакотерапии и психотерапевтических методов при лечении депрессий с выраженной ангедонией.

Материалы и методы

Дизайн исследования. Настоящее опросное исследование имело кросс-секционный дизайн. Описание выполненной работы выполнено согласно чек-листу опросных исследований CROSS (Checklist for Reporting of Survey Studies) [22]. **Методы сбора данных.** В исследовании использовался специально разработанный опросник, направленный на изучение экспертного мнения клиницистов-психиатров о феномене ангедонии в структуре депрессивных расстройств. Опросник содержит 27 вопросов, включая обязательные и условные (открытые вопросы, появляющиеся при определенных ответах), и состоит из 5 основных смысловых разделов: введение и информированное согласие; социально-демографические и профессиональные данные респондента; опыт выявления и клиническая значимость ангедонии; влияние ангедонии на прогноз и течение депрессии; терапевтические стратегии при депрессии с ангедонией. В опроснике не применялись стандартизированные психометрические инструменты. Поскольку анкета является опросом мнений, формальная процедура подсчета баллов также не предусмотрена.

Анализ предполагает преимущественно дескриптивную статистику (частоты, проценты) для ответов с множественным выбором и качественный анализ (тематический анализ) для открытых вопросов. Формальное предварительное тестирование (пилотирование) опросника на отдельной группе респондентов не проводилось. Разработка и оценка содержательной валидности, ясности и уместности вопросов были осуществлены исключительно достижением консенсуса участников группы разработчиков. Ссылка на онлайн-форму опросника указана в документе: <https://forms.gle/QTyNqD1LYZC3RiJh7>. Все вопросы, инструкции и варианты ответов доступны для ознакомления, что соответствует требованию о полном представлении инструментария.

Характеристика выборки. Критерием включения в исследуемую выборку являлась текущая профессиональная деятельность в качестве практикующего врача-психиатра в одном из регионов Российской Федерации. Соответственно, критерием невключения являлось отсутствие активной клинической практики в сфере психиатрии на момент проведения опроса, а также отказ от предоставления информированного согласия на обработку персональных данных. Критерием исключения из окончательной выборки послужило неполное заполнение опросника. Для формирования выборочной совокупности был применен двухэтапный метод вероятностной выборки, со-

четающий элементы кластерного и систематического отбора. На первом этапе (отбор кластеров) была сформирована исходная база потенциальных респондентов. Для этого использовался метод целевой рассылки электронной версии опросника главным врачам крупных психиатрических учреждений, а также руководителям психиатрических служб в различных регионах Российской Федерации. Данные медицинские организации выступали в качестве естественных кластеров. На втором этапе (внутрикластерный отбор) руководители этих учреждений самостоятельно передавали ссылку на электронный опросник для заполнения практикующим врачам-психиатрам в своих коллективах.

Учитывая, что конечный отбор респондентов на данном этапе осуществлялся администрацией учреждения, данный метод может быть охарактеризован как выборка методом снежного кома (snowball sampling) на уровне отдельных организаций, что обеспечило доступ к целевой группе специалистов. Такой подход был избран в связи с отсутствием единого реестра всех практикующих психиатров в Российской Федерации и позволил обеспечить широкий географический охват и включение в исследование респондентов с разнообразным профессиональным опытом. Формальный расчет необходимого объема выборки перед проведением исследования не осуществлялся.

Критерием для формирования выборочной совокупности являлось не достижение предварительно заданного количества респондентов, а максимально возможный охват целевой популяции — практикующих врачей-психиатров Российской Федерации — в рамках доступных исследователям ресурсов и организационных возможностей. Примененная в исследовании стратегия формирования выборки не обеспечивает её статистической репрезентативности по отношению ко всей генеральной совокупности психиатров Российской Федерации. Несмотря на достигнутый широкий географический охват и включение респондентов из различных типов лечебно-профилактических учреждений, в процедуре отбора присутствует потенциальный источник систематической ошибки. Вследствие этого, сформированная выборочная совокупность может быть охарактеризована как целевая (purposive sample), репрезентирующая, главным образом, наиболее активную и административно доступную часть профессионального сообщества, интегрированную в сети крупных медицинских центров и ассоциаций.

Проведение опроса. Сбор данных осуществлялся дистанционно с применением онлайн-инструмента Google Forms. Анкетирование проводилось в один этап (однократный контакт). Ссылка на электронный опросник распространялась среди целевой аудитории через официальные каналы коммуникации с руководством психиатрических учреждений и регионов. Период сбора данных пришелся на март — сентябрь 2025 года. Использование структурированного электронного вопросника (с обязательными полями, заданными

вариантами ответов) позволило исключить ошибки, связанные с человеческим фактором на этапе первичного ввода информации, а также автоматизировать последующую выгрузку данных для анализа. Для минимизации риска повторных заполнений анкеты одним участником были задействованы настройки платформы Google Forms, а также исключение дублированных заполнений на этапе препроцессинга данных.

Подготовка к исследованию. Специальных мероприятий по подготовке к проведению опроса не осуществлялось. В связи с дистанционным форматом исследования с использованием электронного опросника для самостоятельного заполнения, процесс обучения интервьюеров или разработки стандартизированных инструкций не проводился. Распространение опросника осуществлялось через рассылку приглашений без сопутствующей рекламной кампании. Процедура сбора данных основывалась на самостоятельном ознакомлении респондентов с инструкциями, представленными на стартовой странице онлайн-формы. **Статистический анализ.** Статистический анализ данных проводился с использованием программной среды R (версия 4.2.1). Аналитический подход включал применение методов описательной статистики и методов статистического вывода для проверки исследовательских гипотез.

Первичная обработка данных не предусматривала преобразования переменных. Все анализы проводились на основе исходных категориальных и количественных показателей, полученных непосредственно из ответов респондентов. Отсутствующие данные в основном массиве были минимальны и носили случайный характер (MCAR — Missing Completely at Random). В связи с их незначительным объемом (менее 5% по большинству переменных) и отсутствием систематического паттерна в пропусках, для анализа использовался метод полных случаев (complete case analysis). Специальные процедуры импутации потерянных данных не применялись. Для минимизации ошибок, не связанных с ответом, проводилась автоматизированная проверка целостности данных и логической согласованности ответов на этапе предобработки.

В связи с целевым характером выборки и отсутствием репрезентативности в строгом статистическом смысле, методы взвешивания или показатели склонности для корректировки нерепрезентативности не применялись. Анализ чувствительности не проводился в связи с перекрестным дизайном исследования и использованием преимущественно непараметрических методов, устойчивых к умеренным нарушениям предположений. Описательная статистика для непрерывных переменных представлена в виде средних значений и стандартных отклонений (M [SD]), а также медиан и межквартильных размахов [$Q1$ - $Q3$] при ненормальном распределении. Категориальные переменные описывались с использованием абсолютных частот и процентов.

Для проверки гипотез о связях между категориальными переменными применялся критерий

χ^2 с поправкой на непрерывность Йейтса при необходимости. Сила связей оценивалась с использованием коэффициента Cramer's V. Для анализа влияния нескольких факторов на бинарные исходы использовалась множественная логистическая регрессия с представлением отношений шансов (OR) и 95% доверительными интервалами. Статистическая значимость устанавливалась при $p < 0,05$.

Этические аспекты. Проведение исследования осуществлялось в строгом соответствии с этическими принципами Хельсинкской декларации (версия 1975 года и ее последующие актуализации, включая редакцию 2000 года). Процедура сбора данных была инициирована после получения информированного согласия от всех участников исследования. В соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации, каждый респондент выражал добровольное согласие на обработку своих персональных данных, что регламентировано Федеральным законом № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных». Для обеспечения анонимности и конфиденциальности собираемых данных был реализован комплекс организационных и технических мер.

Анкетирование проводилось в обезличенном формате, при котором сбор идентифицирующей информации (такой как ФИО, контактные данные) был исключен из процедуры опроса. Доступ к исходной базе данных, содержащей ответы респондентов, был ограничен кругом уполномо-

ченных исследователей и защищен системой авторизации. Трансфер и хранение данных осуществлялись с использованием защищенных каналов связи и методов шифрования для предотвращения несанкционированного доступа третьих лиц. Обработанные данные использовались исключительно в агрегированном виде для проведения статистического анализа, что полностью исключало возможность идентификации отдельных участников на этапах интерпретации и публикации результатов.

Результаты. *Характеристика респондентов.* В исследование были включены 1021 врач. Средний возраст респондентов составил 40,8 лет ($SD = 11,3$), медиана — 39 лет [31–49]. Средняя продолжительность профессионального стажа составила 14,5 лет ($SD = 10,9$), медиана — 13 лет [6–23]. Из 1021 врача большинство составили женщины — 656 (64,3%), мужчин было 304 (29,8%), в 61 случае (6,0%) пол не был указан. В исследовании приняли участие врачи из различных регионов России (Рис.1). Наибольшее число респондентов было из Москвы (395 человек; 38,7%) и Санкт-Петербурга (287; 28,1%). Значительно меньшие, но всё же заметные группы участников представляли Казань (36; 3,5%), Кемерово и Новосибирск (по 32; 3,1%), Иркутск (31; 3,0%), Нижний Новгород и Саратов (по 30; 2,9%). В топ-10 также вошли Тула (29; 2,8%) и Краснодар (27; 2,6%). Остальные города были представлены менее чем двумя десятками респондентов каждый.

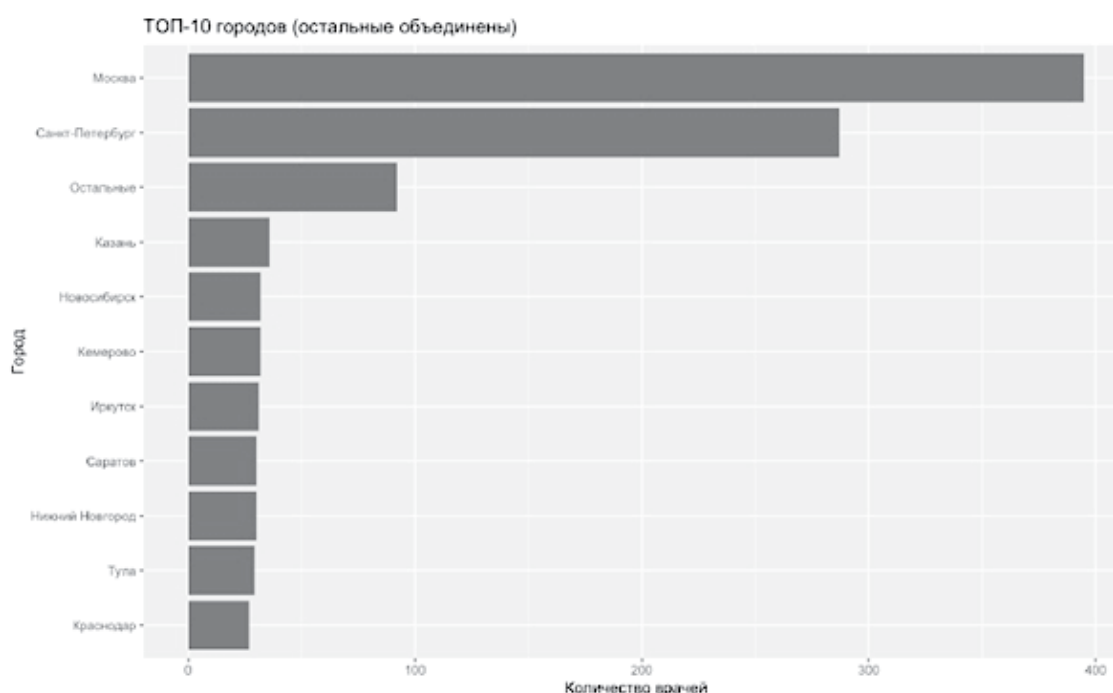


Рис. 1. Распределение городов (топ-10) по количеству включенных респондентов, тогда как все остальные населённые пункты объединены в категорию «прочие»

Fig. 1. Distribution of cities (Top-10) by the number of included respondents, while all other settlements are grouped under the category «Others»

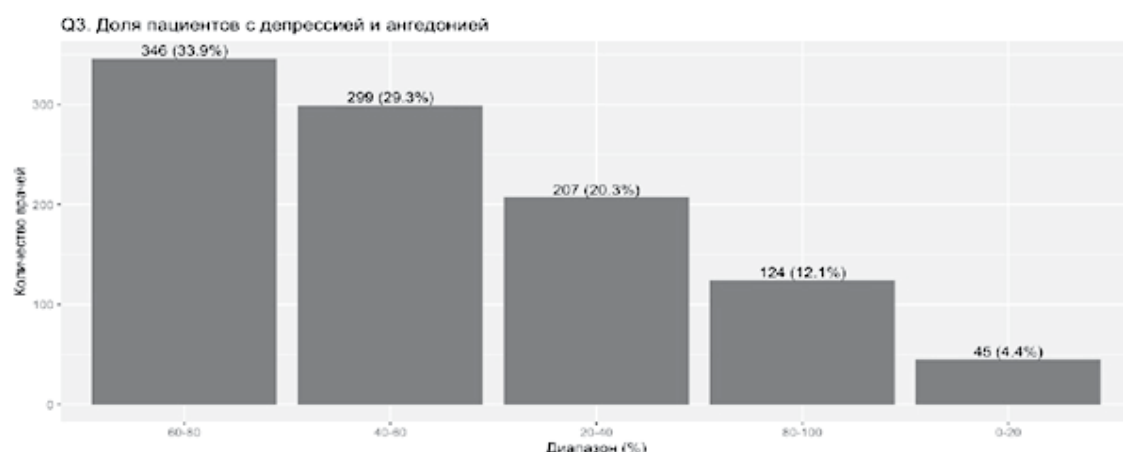


Рис 2. Доля пациентов с депрессией и ангедонией по результатам опроса врачей
Fig. 2. Proportion of patients with depression and anhedonia based on the results of the survey of physicians

Большинство респондентов указали, что работают в государственных учреждениях. Наиболее часто упоминались психиатрические больницы — 479 человек (46,9%), и психоневрологические диспансеры — 424 (41,5%). Среди частных форматов практики лидировала частная психиатрическая клиника (амбулатория) — 167 врачей (16,4%), тогда как в частной психиатрической клинике (стационар) работали лишь 23 респондента (2,3%). Отдельно стоит отметить, что 111 специалистов (10,9%) были связаны с психиатрическими клиниками при научных центрах, медицинских институтах или университетах, а 70 врачей (6,9%) вели частную практику. Анализ показал, что большинство респондентов имели одно место работы — 819 врачей (80,2%). Однако совместительство оказалось достаточно распространённым: 202 специалиста (19,8%) работали одновременно в двух и более учреждениях. Среди них чаще встречалось совмещение двух мест работы (160 врачей; 15,7%), реже — трёх (37; 3,6%).

Описательные результаты. Практически все респонденты (96,5%) отметили, что при расспросе пациентов с депрессией всегда стараются выяснить наличие проявлений ангедонии; лишь 1,8% указали, что этого не делают, и столько же сообщили, что «особо не думают об этом». Оценка клинической значимости ангедонии показала более неоднородный взгляд на данный симптом. Большинство специалистов (69,8%) считают её настолько же важной, как и другие симптомы депрессии, ещё 28,7% отмечают ангедонию как «очень важный» признак. Лишь небольшая доля врачей оценила ангедонию как «не очень важную» (1,1%) или не обращает на неё особого внимания (0,4%). Врачи чаще всего отмечали, что необходимо активно выяснять наличие ангедонии (519 специалистов; 50,8%) и что большинство пациентов сами предъявляют жалобы на её проявления (453; 44,4%).

При этом почти каждый пятый респондент (199; 19,5%) полагал, что пациенты редко сообщают

об отсутствии удовольствия. Лишь небольшая часть специалистов указала, что если пациент не говорит об ангедонии, то нет необходимости задавать дополнительные вопросы (42 врача; 4,1%). По оценкам врачей (Рис.2), ангедония встречается у значительной части пациентов с депрессией. Наиболее часто респонденты указывали диапазон 60–80% (346 специалистов; 33,9%) и 40–60% (299; 29,3%). Реже встречались ответы «20–40%» (207; 20,3%) и «80–100%» (124; 12,1%). Лишь небольшая доля респондентов считала, что ангедония выявляется менее чем у 20% пациентов (45 врачей; 4,4%).

Отвечая на вопрос о том, при каком типе депрессии ангедония выражена сильнее, большинство специалистов выделили меланхолическую депрессию (568 человек; 55,6%). Четверть врачей полагали, что различий между типами депрессии нет (252; 24,7%). Значительно реже ангедония ассоциировалась с тревожной депрессией (108; 10,6%) или с атипичной депрессией (93; 9,1%). Врачи чаще всего отмечали, что необходимо активно выяснять наличие ангедонии (519 специалистов; 50,8%) и что большинство пациентов сами предъявляют жалобы на её проявления (453; 44,4%). При этом почти каждый пятый респондент (199; 19,5%) полагал, что пациенты редко сообщают об отсутствии удовольствия. Лишь небольшая часть специалистов указала, что если пациент не говорит об ангедонии, то нет необходимости задавать дополнительные вопросы (42 врача; 4,1%).

Большинство специалистов (77,1%) отметили, что ангедония встречается не только при депрессии, но и при других психических расстройствах. Врачи считали, что чаще всего ангедония наблюдалась при шизофрении и шизоаффективном расстройстве (160 врачей; 20,3%), биполярном расстройстве (145; 18,4%) и расстройствах личности (124; 15,8%). Несколько реже упоминались органические и нейродегенеративные заболевания (116; 14,7%) и тревожные расстройства (78; 9,9%). В меньшей степени ангедония связывалась с пост-

травматическим стрессовым расстройством (64; 8,1%), невротическими расстройствами (62; 7,9%) и аддикциями (43; 5,5%). Единичные врачи отмечали ангедонию при депрессивных синдромах в рамках других состояний (32; 4,1%), расстройстве аутистического спектра и расстройстве дефицита внимания и гиперактивности (16; 2,0%), обсессивно-компульсивном расстройстве (15; 1,9%), расстройствах пищевого поведения (9; 1,1%), соматических заболеваниях (6; 0,8%), умственной отсталости (3; 0,4%) и эпилепсии (3; 0,4%).

Большинство специалистов полагают, что выраженная ангедония при депрессии негативно сказывается на прогнозе заболевания. Наиболее часто отмечались такие последствия, как ухудшение социально-трудового функционирования (635 врачей; 62,2%) и удлинение времени до достижения выраженного улучшения (607; 59,5%). Более половины респондентов связывали ангедонию с повышением риска появления суицидальных мыслей или совершения суицида (529; 51,8%).

Значительная часть врачей указывала также на снижение приверженности к терапии (358; 35,1%) и снижение вероятности достижения ремиссии (311; 30,5%). Реже ангедония рассматривалась как фактор, повышающий риск рецидива (194; 19,0%) или развития резистентности к терапии (175; 17,1%). Лишь 4,3% специалистов заявили, что ангедония не влияет на прогноз и исход депрессии. Большинство специалистов согласились с тем, что ангедония может существовать длительно как конституциональная черта темперамента (648 врачей; 63,5%). Вместе с тем значительная часть респондентов — более трети (373; 36,5%) — не разделяет эту точку зрения. Ещё более выраженный консенсус наблюдается в отношении резидуальных проявлений ангедонии: 68,7% специалистов (701 врач) полагают, что ангедония может сохраняться после завершения депрессии, тогда как 31,3% (320 врачей) считают, что это не так.

Большинство специалистов не видят принципиальных различий в подходах к терапии депрессий с ангедонией и без неё (601 врач; 58,9%). Тем не менее значимая часть респондентов — 420 специалистов (41,1%) — указали, что такие отличия существуют. Эти данные показывают, что в медицинском сообществе нет единого консенсуса: почти половина врачей воспринимают ангедонию как фактор, требующий модификации терапевтических стратегий, тогда как большинство остаётся на позиции универсального подхода к лечению депрессий. Чуть менее половины респондентов (465 врачей; 45,5%) полагают, что ангедония действительно может усугубляться вследствие вызванной антидепрессантами эмоциональной индифферентности. Большинство (556; 54,5%) такой связи не отмечают.

На вопрос о том, существуют ли антидепрессанты, которые более эффективны при терапии депрессий с выраженной ангедонией, мнения специалистов разделились почти поровну: 531 врач (52%) ответили утвердительно, тогда как 490 (48%) такой специфики не выделяют. Среди тех,

кто считает отдельные препараты более эффективными, наибольшее число упоминаний получили селективные ингибиторы обратного захвата серотонина как класс (280 врачей; 52,7%). Среди конкретных наименований чаще всего выделялись вортиоксетин (41 врач; 7,7%), агомелатин (34; 6,4%), а также представители трициклических антидепрессантов — имипрамин и кломипрамин (по 10 врачей; 1,9% каждый). Несколько реже упоминался тразодон (10 врачей; 1,9%) и флувоксамин (9; 1,7%).

Таким образом, при отсутствии консенсуса относительно всей группы антидепрессантов врачи выделяют отдельные препараты с предполагаемой большей эффективностью при ангедонии, прежде всего вортиоксетин и агомелатин. Большинство специалистов не считают необходимым присоединение антипсихотиков при терапии депрессий с выраженной ангедонией (581 врач; 56,9%). Тем не менее 440 респондентов (43,1%) отметили такую целесообразность. Среди конкретных вариантов наиболее часто упоминалась категория атипичных антипсихотиков в целом (301 врач; 68,4%). Также большинство специалистов считают психотерапевтические методы важными при лечении депрессий с выраженной ангедонией (828 врачей; 81,1%), тогда как отрицательный ответ дали лишь 193 респондента (18,9%). Среди конкретных подходов чаще всего упоминалась когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), которую выделили 95 специалистов (11,5%). Другие методы встречались существенно реже: психоанализ и «общие» психотерапевтические техники — по 10 случаев (1,2%), различные формы (арт-терапия, гештальт-подход, телесно-ориентированная терапия, гипноз) были единичными. Таким образом, несмотря на широкий спектр возможных подходов, именно КПТ воспринимается врачами как наиболее значимый метод психотерапевтического воздействия при ангедонии. Краткое содержание результатов опроса врачей-психиатров по ангедонии представлено в Табл.1.

Основные выводы. На основе полученной описательной статистики мы сформулировали несколько исследовательских вопросов, ответы на которые были получены с использованием методов статистического вывода для выявления факторов, влияющих на клинические представления и терапевтические предпочтения.

Исследовательский вопрос 1. «Идеологический разрыв» между мегаполисами и регионами: в Москве и Санкт-Петербурге врачи-психиатры более «психотерапевтически ориентированы», реже поддерживают антипсихотики при ангедонии и чаще признают проблему эмоционального притупления на антидепрессантах, чем в регионах.

Для проверки гипотезы о различиях между врачами из мегаполисов (Москва и Санкт-Петербург) и остальных регионов были проведены сравнительные анализы по трём ключевым позициям: отношение к терапии при ангедонии, целесообразность назначения антипсихотиков и значимость психотерапии.

Таблица 1. Итоговая таблица по результатам опроса врачей-психиатров по ангедонии.
Table 1. Summary table of the results of the survey of psychiatrists regarding anhedonia

Вопрос	Краткое содержание	Ключевые результаты
Q1 — Выясняют ли врачи наличие ангедонии	Почти все специалисты обращают внимание	96,5% всегда уточняют наличие ангедонии
Q2 — Важность ангедонии	Симптом высоко оценивается	69,8% считают её настолько же важной, как и другие симптомы; 28,7% — выделяют как очень важной
Q3 — Частота ангедонии у пациентов	Умеренно распространена	Наиболее частый диапазон — 60–80% пациентов (33,9%), далее 40–60% (29,3%)
Q4 — Тип депрессии	Чаще при меланхолической	55,6% — меланхолическая депрессия; 24,7% — без различий
Q5 — Способ выявления	Требуется активного расспроса	50,8% — необходимо активно выяснять; 44,4% — большинство жалуются сами
Q6 — Наличие в других расстройствах	Ангедония встречается не только при депрессии	77,1% — да; чаще всего: шизофрения/шизоаффективное расстройство (20,3%), биполярное расстройство (18,4%), расстройства личности (15,8%)
Q7 — Влияние на прогноз	Считается значимым большинством	Негативное влияние на функционирование (62,2%), удлинение времени до улучшения (59,5%), суицидальный риск (51,8%)
Q8 — Ангедония как черта	Разделённые мнения	63,5% допускают существование как черты темперамента
Q9 — Резидуальный симптом	Поддерживается большинством	68,7% согласны, что ангедония может сохраняться после депрессии
Q10 — Усиление из-за применения антидепрессантов	Половина видит такую связь	45,5% — да; чаще всего назывались эсциталопрам, амитриптилин, сертралин, флуоксетин, флувоксамин, пароксетин
Q11 — Отличия в терапии	Консенсуса нет	58,9% не видят различий, но 41,1% отмечают особые подходы
Q12 — Эффективность отдельных антидепрессантов	Половина поддерживает	52% считают отдельные АД более эффективными; чаще всего: вортиоксетин (7,7%), агомелатин (6,4%)
Q13 — Целесообразность АП	Большинство против	56,9% — нет; среди поддерживающих чаще упоминались атипичные АП (68,4%), особенно кариразин (18,4%)
Q14 — Важность психотерапии	Подавляющее большинство «за»	81,1% — да; чаще всего отмечалась когнитивно-поведенческая терапия (11,5%)

В описательных данных врачи из мегаполисов несколько реже поддерживали выделение специфической терапии при ангедонии (38,6% против 45,7% в регионах), реже одобряли присоединение антипсихотиков (40,0% против 44,6%) и в сопоставимой степени подчеркивали значимость психотерапии (81,1% против 83,7%). Однако все три сравнения не достигли статистической значимости: $\chi^2=1.42$, $p=0.233$ (Q11), $\chi^2=0.52$, $p=0.472$ (Q13), $\chi^2=0.21$, $p=0.645$ (Q14). Логистическая регрессия с контролем возраста, стажа, пола и типа учреждения подтвердила эти результаты. Принадлежность к мегаполисам не была значимым предиктором ни для отношения к терапии при ангедонии (OR=0.77, 95% ДИ: 0.48–1.24, $p=0.281$), ни для поддержки антипсихотиков (OR=0.80, 95% ДИ: 0.50–1.30, $p=0.368$), ни для выделения психотерапии (OR=0.91, 95% ДИ: 0.47–1.67, $p=0.766$). Таким образом, вопреки предположению об «идеологическом разрыве», существенных различий между врачами мегаполисов и регионов выявлено не было. Это указывает на относительную унификацию практических подходов к лечению ангедонии

в современной российской психиатрии, вне зависимости от географического контекста.

Исследовательский вопрос 2. Специфика рабочей среды и терапевтические подходы: врачи из университетских/научных клиник чаще говорят об ангедонии при других расстройствах, врачи из частных клиник — о психотерапии.

По вопросу о значении ангедонии при других психических расстройствах положительно ответили 1005 специалистов (78,9%). Анализ χ^2 показал, что среди врачей университетских/научных клиник не было респондентов, выбравших вариант «Нет», тогда как среди остальных частота утвердительных ответов составила 78,9% ($\chi^2(1)=425,2$; $p<0,001$; Cramer's $V=0,58$). Это отражает сильную ассоциацию между местом работы и восприятием ангедонии при других расстройствах. При контроле возраста, стажа и пола работа в университетских/научных клиниках демонстрировала тенденцию к более высокой вероятности признания ангедонии ассоциированной с другими диагнозами (OR = 1.72, 95% ДИ: 1.00–3.12, $p = 0.061$). Част-

ная практика и другие ковариаты значимого вклада не внесли.

Таким образом, университетская среда может стимулировать более комплексное клиническое мышление, хотя выявленный эффект находится на границе статистической значимости. По вопросу о применении психотерапии при ангедонии утвердительно ответили 828 специалистов (81,1%). Частота положительных ответов была несколько выше среди работающих в частных клиниках (84,6%) по сравнению с коллегами из государственных учреждений (81,5%), однако различия оказались статистически незначимыми ($\chi^2(1) = 1,40$; $p = 0,24$; Cramer's $V = 0,03$). В логистической регрессии также не было выявлено значимых ассоциаций с частным сектором (OR=1,22; 95% ДИ: 0,84–1,80; $p = 0,311$). При этом обращает на себя внимание пол: мужчины реже указывали психотерапию как метод работы с ангедонией (OR=0,65; 95% ДИ: 0,48–0,87; $p = 0,004$).

Исследовательский вопрос 3. *Гендерный разрыв терапевтических стратегий: мужчины-врачи реже поддерживают психотерапию и чаще поддерживают применение антипсихотиков, даже после поправки на возраст, стаж, тип учреждения и город.*

Анализ ответов на вопрос «считаете ли Вы психотерапию важным методом при ангедонии?» показал, что женщины-врачи чаще поддерживали психотерапию, чем мужчины (82,8% против 75,3%). Различие оказалось статистически значимым (тест Фишера, $p = 0,027$). В логистической регрессии с контролем возраста, стажа работы, типа учреждения и города мужской пол ассоциировался с меньшей вероятностью поддержки психотерапии (OR = 0,57; 95% ДИ: 0,39–0,83; $p = 0,003$).

По вопросу «считаете ли Вы целесообразным применение антипсихотиков при ангедонии?» существенных гендерных различий выявлено не было: доля положительных ответов составила 42,5% у женщин и 43,1% у мужчин (тест Фишера, $p = 0,889$). Регрессионный анализ также не показал значимых различий (OR = 1,03; 95% ДИ: 0,76–1,41; $p = 0,828$). Таким образом, мужчины-врачи действительно реже поддерживают психотерапию как ключевой инструмент при ангедонии, однако гипотеза о более высокой склонности мужчин к назначению антипсихотиков в нашем материале не подтвердилась. Дополнительно мы проанализировали распределение оценок по вопросу «как часто в Вашей практике встречается ангедония» (5 категорий от 0–20% до 80–100%). Существенных различий между мужчинами и женщинами-врачами выявлено не было ($\chi^2 = 5,58$, $df = 4$, $p = 0,233$). Это указывает на сходное восприятие частоты ангедонии в клинической практике независимо от пола респондента.

Вместе с тем, мужчины-врачи несколько чаще указывали на необходимость активного выяснения ангедонии при расспросе (54,3% против 48,9% у женщин), однако различие не достигло статистической значимости (тест Фишера, $p = 0,127$; OR = 1,24, 95% ДИ: 0,93–1,64). Напротив, жен-

щины-врачи чаще отмечали, что пациенты сами предъявляют жалобы на отсутствие удовольствия (48,0% против 39,8% у мужчин). Это различие оказалось статистически значимым (тест Фишера, $p = 0,018$; OR = 0,72, 95% ДИ: 0,54–0,95). Таким образом, хотя в восприятии общей распространённости ангедонии различий по полу не выявлено, мужчины склонны акцентировать необходимость активного расспроса, тогда как женщины чаще воспринимают ангедонию как жалобу, исходящую от пациентов.

Исследовательский вопрос 4. *Частота ангедонии у пациентов и прогноз: чем выше доля пациентов с ангедонией по мнению врача, тем чаще он считает, что ангедония ухудшает прогноз.*

Анализ связи между субъективной частотой ангедонии среди пациентов и представлениями врачей о её негативных последствиях показал, что почти все респонденты связывают ангедонию с неблагоприятным прогнозом независимо от распространённости симптома в их практике. Так, среди специалистов, наблюдавших ангедонию у 0–20% пациентов, негативные последствия отметили 95,6%, а среди тех, кто указывал на 80–100% пациентов — 98,4%. Корреляционный анализ Спирмена выявил лишь тенденцию к связи между частотой ангедонии и восприятием её негативных эффектов ($\rho = 0,06$; $p = 0,078$). Тем не менее в многофакторной логистической регрессии, учитывающей возраст, пол, стаж и место работы, категориальный показатель частоты ангедонии оказался значимым предиктором: с увеличением доли пациентов с ангедонией шансы врача отмечать её негативные последствия возрастали (OR=1,44; 95% ДИ: 1,05–1,98; $p = 0,024$). Другие факторы, включая возраст, стаж, пол и тип учреждения, статистически значимого вклада не вносили (все $p > 0,05$).

Исследовательский вопрос 5. *Восприятие ангедонии как личностной черты и формирование терапевтического минимализма: если врач считает ангедонию устойчивой личностной чертой, он реже а) считает терапию при ангедонии специфической, б) считает, что существуют «более эффективные» антидепрессанты, в) подчёркивает важность психотерапии. То есть «тройной сдвиг» к менее вариативной/специфической терапии.*

Врачи, рассматривавшие ангедонию как устойчивую черту темперамента, в 42,1 % случаев отмечали, что терапия ангедонии отличается от терапии других симптомов, тогда как среди коллег с противоположной позицией этот показатель составил 39,4 % ($\chi^2 = 0,62$; $p = 0,43$). Аналогично, утверждение о существовании более эффективных антидепрессантов поддержали 53,5 % сторонников ангедонии как «черты» и 49,3 % остальных врачей ($\chi^2 = 1,52$; $p = 0,22$). Более выраженные различия наблюдались по вопросу о значимости психотерапии: 83,0 % против 77,7 % соответственно, что достигло статистической значимости ($\chi^2 = 3,96$; $p = 0,047$).

В многофакторных моделях, контролирующих возраст, стаж, пол, тип учреждения и город, восприятие ангедонии как «черты» не ассоциирова-

лось с вероятностью положительных ответов по на вопросы про специфическую терапию ангедонии ($OR=1,05$; 95% ДИ: 0,77–1,42; $p=0,77$) и наличие более эффективных при ангедонии антидепрессантов ($OR=1,08$; 95% ДИ: 0,80–1,46; $p=0,61$). Вместе с тем, сторонники концепции ангедонии как «черты» значимо чаще подчеркивали важность психотерапии ($OR=1,46$; 95% ДИ: 1,01–2,12; $p=0,045$). Таким образом, гипотеза о «терапевтическом минимализме» в строгом виде не подтвердилась: восприятие ангедонии как черты не сопровождалось снижением готовности к вариативной или дифференцированной терапии. Напротив, данные указывают на обратный эффект — более высокую поддержку психотерапевтических подходов, что может свидетельствовать о смещении в сторону комплексной стратегии лечения в этой группе специалистов.

Обсуждение. Целью нашего исследования была комплексная оценка того, как практикующие психиатры в России понимают, оценивают и лечат ангедонию в структуре депрессии и других психических расстройств. Полученные данные позволяют очертить несколько устойчивых, клинически значимых линий. Во-первых, ангедония рассматривается психиатрами как центральный симптом и трансдиагностический феномен. Почти все респонденты целенаправленно её выявляют (96,5%), а субъективно высокая распространённость (чаще 40–80% пациентов с депрессией) подкрепляет представление о ведущей клинической роли симптома.

Такая субъективная оценка распространённости ангедонии совпадает с данными международных исследований (~82%), но представляется ниже, чем результаты исследования из России, где ангедония отмечалась почти у всех пациентов с депрессией (~95%) [3,30]. Кроме того, респонденты отметили максимальную выраженность ангедонии при меланхолической депрессии, что соответствует литературным данным о тесной связи ангедонии с меланхолическим подтипом [12]. В частности, показано, что пациенты с меланхолической депрессией демонстрируют более выраженный дефицит переработки вознаграждения по сравнению с немеланхолическими депрессиями [12].

Более того, большинство опрошенных (77%) отмечают наличие ангедонии и за пределами депрессии — при шизофрении, биполярном расстройстве, личностных расстройствах. Этот взгляд согласуется с современными исследованиями, рассматривающими ангедонию как трансдиагностический феномен, влияющий на мотивацию и систему вознаграждения при различных психических расстройствах [17]. Такой взгляд был выражен особенно чётко среди специалистов академических клиник, что можно трактовать как следствие большей методологической и феноменологической «оптики» в университетской среде.

Во-вторых, полученные данные свидетельствуют, что психиатры воспринимают ангедонию как симптом, существенно утяжеляющий течение за-

болевания. Большинство респондентов связали наличие выраженной ангедонии с ухудшением повседневного функционирования пациентов, замедлением выздоровления и повышением суицидального риска. Такие представления полностью соответствуют данным международных исследований. К примеру, метаанализ Wong и соавт. (2024) показал, что наличие ангедонии при депрессии ассоциируется с более низким качеством жизни и более тяжелыми нарушениями социального и трудового функционирования [27]. В другом анализе (Khazanova и соавт., 2020) продемонстрировано, что более высокий уровень ангедонии на старте терапии предсказывает более длительное время до ремиссии (в течение первого года лечения) и замедленное восстановление в долгосрочной перспективе [15].

Особенно важно, что влияние ангедонии прослеживается независимо от общей тяжести депрессии: согласно метаанализу Ducasse и соавт. (2018), ангедония достоверно связана с наличием суицидальных мыслей даже после контроля тяжести депрессии [11]. Респонденты на основании клинического опыта выделяют эти закономерности: чем выше, по их мнению, доля пациентов с ангедонией в собственной практике, тем более негативным они оценивают прогноз лечения таких пациентов. То есть врачи, сталкивающиеся с ангедонией чаще, ожидают более затяжное и неблагоприятное течение депрессии, и в многофакторном анализе частота ангедонии у пациентов в практике врача оказалась значимым предиктором его негативной прогностической оценки.

Этот вывод имеет важное прикладное значение. Он подразумевает, что ангедония должна рассматриваться клиницистами как самостоятельная мишень терапии и фактор стратификации риска неблагоприятного исхода. Такой подход соответствует современным тенденциям персонализации терапии депрессии, где цель — не только редукция дистресса, но и восстановление позитивного аффекта, мотивации и интересов пациента. Например, обзор Сао и соавт. (2019) подчеркнул необходимость разработки клинических исходов, специально чувствительных к улучшению способности испытывать удовольствие, а не только к снижению суммарного балла депрессии [27]. Наши данные подкрепляют этот тезис: врачи фактически формулируют запрос на новые терапевтические стратегии, нацеленные на гедонистическую сферу, учитывая серьезность последствий ангедонии.

В-третьих, интересным итогом исследования стало выявление высокого консенсуса среди психиатров в отношении полезности психотерапии при депрессии с ангедонией на фоне отсутствия единства во мнениях о фармакологических подходах. Подавляющее большинство респондентов (81,1%) убеждены в необходимости психотерапевтических вмешательств для коррекции депрессии с ангедонией, при этом чаще всего упоминалась когнитивно-поведенческая терапия и поведенческая активация.

Этот консенсус отражает мировые данные о том, что психотерапия — эффективный инструмент повышения позитивного аффекта. В частности, методики поведенческой активации и тренинга навыков получения удовольствия нацелены на восстановление реакции вознаграждения и демонстрируют обнадеживающие результаты по уменьшению ангедонии [21,24]. В противоположность этому, в вопросах фармакотерапии единого мнения не оказалось. Примерно половина врачей допускает, что при выраженной ангедонии некоторые антидепрессанты могут быть «более эффективными», и чаще других они называли вортиоксетин и агомелатин — препараты, предполагаемо влияющие на систему вознаграждения.

Одновременно более половины респондентов скептически относятся к идее добавления антипсихотиков к антидепрессантам для коррекции ангедонии. Подобная вариабельность мнений отражает неопределенность доказательной базы: на сегодняшний день нет однозначных данных, какой медикамент лучше устраняет ангедонию. Систематический обзор Сао и соавт. показал, что большинство антидепрессантов в принципе способны снижать проявления ангедонии наряду с другими симптомами депрессии, однако прямых сравнительных исследований «специфичности» их действия на ангедонию мало [7].

Наш опрос указывает на настоятельную потребность в дальнейших исследованиях: клиницисты хотят иметь четкие ориентиры, какие фармакологические или иные вмешательства целесообразны при выраженной ангедонии. Современные обзорные работы сходятся во мнении, что необходимы валидированные клинические показатели улучшения именно функций системы вознаграждения (например, шкалы ангедонии), поскольку акцент на общую тяжесть депрессии, выраженную в суммарном балле по психометрической шкале, может скрывать отсутствие прогресса в этой критически важной сфере [2,5,14]. В связи с этим представляют интерес исследования отдельного фенотипа депрессии с ангедонией, включая резистентные к лечению случаи, для подбора оптимальных комбинаций терапии [14].

Наши результаты, таким образом, вписываются в текущие научные данные: психиатры уже сейчас отдают предпочтение психотерапевтическим стратегиям как практически бесспорным при ангедонии, но одновременно выражают осторожность и разногласия относительно медикаментозного усиления позитивного аффекта, что согласуется с ограниченностью текущих доказательств.

В-четвертых, эмоциональная индифферентность на фоне антидепрессантов — значимый клинический сигнал. Около половины опрошенных отметили, что при антидепрессивной терапии усугубление или сохранение ангедонии нередко сопряжено с феноменом «эмоционального притупления» (ощущения уплощенных эмоций, апатии) у пациентов. Этот сигнал важен, так как указывает на клиническую необходимость дифференцировать, с чем связана стойкая ангедония

у пациента: является ли она резидуальным проявлением депрессии или же побочным эффектом терапии (СИОЗС-индуцированной эмоциональной индифферентность). Данные литературы показывают, что врачи нередко недооценивают распространенность и тяжесть эмоциональной индифферентности у пациентов, получающих антидепрессанты.

Согласно недавнему масштабному опросу, пациенты значительно чаще сообщают о притуплении чувств на фоне терапии, чем это отмечают их лечащие врачи; медики склонны недооценивать влияние этого побочного эффекта на функционирование и приверженность к лечению, особенно в острой фазе депрессии [9]. Наши респонденты в массе своей знают о проблеме, но, вероятно, недооценивают её масштаб, что совпадает с указанными результатами. В литературе описывается парадокс антидепрессивной терапии: с одной стороны, недостаточная доза или эффект препарата оставляют резидуальную ангедонию, с другой — высокие дозы СИОЗС сами могут вызывать апатию и эмоциональное онемение. Практический вывод для клинициста состоит в том, что динамику ангедонии в ходе лечения нужно интерпретировать дифференцированно. Если у пациента на фоне, казалось бы, успешного купирования депрессии сохраняется изолированная ангедония и эмоциональная холодность, целесообразно задуматься: не является ли это следствием самой терапии? Стратегиями в таком случае могут быть пересмотр дозы или замена антидепрессанта (например, переход на препараты с мультимодальным действием). Помимо коррекции фармакотерапии, врачи отмечают и ценность психотерапевтических подходов — усиление поведенческих техник, направленных на активацию, вознаграждение, обучение получению удовольствия, может помочь преодолеть как резидуальную ангедонию, так и медикаментозно индуцированную эмоциональную индифферентность. Такой подход соответствует рекомендациям по персонализированному ведению депрессии, где внимание уделяется отдельным симптоматическим кластерам (например, ангедония/апатия) при выборе тактики лечения [9].

В-пятых, восприятие ангедонии как личностной «черты» не влияет на выбор фармакотерапии. Значительная часть опрошенных допускает, что у некоторых пациентов ангедония может носить характер черты личности, предшествовать заболеванию или сохраняться после лечения как резидуальный симптом. Однако важно подчеркнуть, что даже врачи, склонные считать ангедонию относительно устойчивой чертой, не демонстрируют «терапевтического минимализма» или пессимизма. Напротив, в нашей выборке именно эти специалисты чаще подчеркивали необходимость активных немедикаментозных вмешательств, особенно психотерапии. Иными словами, восприятие ангедонии как личностной особенности не приводит врачей к отказу от лечения; скорее, они смещают акцент на психологическую работу с пациентом.

Это выглядит обоснованным, учитывая данные исследований о том, что ангедония как черта личности связана с хроническими суицидальными идеациями. Например, Yang и соавт. (2020) в анализе с участием студентов показали, что стабильная (транзитно мало меняющаяся) ангедония ассоциируется с более длительным сохранением суицидальных мыслей под воздействием стресса [29]. В долгосрочной перспективе именно низкая способность испытывать удовольствие (особенно утрата предвкушения удовольствия) может поддерживать суицидальные тенденции [29]. Таким образом, если врач распознаёт у пациента ангедонию как черту личности, это не сигнал капитулировать, а наоборот — призыв к усилению психотерапевтической помощи. В подобных случаях могут быть особенно полезны методы, нацеленные на формирование навыков получения удовольствия, переоценку отрицательных ожиданий и повышение общей мотивации.

Наши данные показывают, что многие отечественные психиатры именно так и поступают: воспринимая ангедонию как часть личности пациента, они стремятся найти точки приложения для психологических и реабилитационных вмешательств, понимая, что фармакология здесь может быть недостаточна. Такой проактивный подход соответствует современным взглядам на хроническую ангедонию как фактор риска, требующий длительной поддержки (в том числе предотвращения суицидальных действий).

Наконец, в-шестых, наше исследование не подтвердило гипотезу о существенном разрыве в подходах к ангедонии между психиатрами мегаполисов и регионов. После статистического контроля влияния возраста, стажа, пола врачей и типа учреждения мы не выявили значимых различий в ответах по географическому признаку. Это указывает на определенную унификацию клинического мышления и практики: вне зависимости от места работы, современные психиатры в России схожим образом оценивают важность ангедонии и реагируют на нее. В то же время мы обнаружили интересное различие, связанное с полом врача: мужчины-психиатры несколько реже, чем женщины, поддерживали необходимость психотерапии при ангедонии. Возможно, это отражение различий в профессиональном обучении или убеждениях: например, не исключено, что среди мужчин-врачей более распространен биологический подход, а среди женщин — биопсихосоциальный. Хотя разница была небольшой, она заслуживает внимания.

В образовательных программах для психиатров можно учитывать подобные установки, подчеркивая всем специалистам вне зависимости от пола значимость интегрированного подхода. В целом же выявленная нами картина обнадеживает: клиническое сообщество приходит к единому пониманию ангедонии как важного симптома, требующего диагностики и активного воздействия. Такой консенсус — основа для внедрения новых стандартов терапии, направленных на преодоление ангедонии, и для дальнейших исследований,

призванных эти стандарты подкрепить доказательствами.

На основе полученных результатов и изученной литературы нам были составлены предварительные рекомендации в помощь практикующему врачу:

1. Включать стандартизованный скрининг ангедонии в первичную и повторную оценку депрессий и расстройств, где ангедония ожидаема (в т. ч. шизофрения/шизоаффективное расстройство, биполярное расстройство).
2. Воспринимать ангедонию как самостоятельную терапевтическую цель с измеримыми исходами (интерес/удовольствие/активность), а не оценивать только суммарный балл депрессии.
3. При подозрении на антидепрессант-индуцированную эмоциональную индифферентность проверять эффект от дозы, специфику антидепрессанта, сопутствующую апатию, а также усиливать поведенческую активацию у пациента.
4. Системно внедрять психотерапию как базовый компонент лечения при выраженной ангедонии; учитывать, что готовность к психотерапии может варьировать у врачей и пациентов.
5. Для фармакотерапии — избегать «классовых» обобщений; если выбирается стратегия, ориентированная на домены вознаграждения, это следует открыто артикулировать пациенту и измерять результирующие изменения доменно-специфичными шкалами.

Сильные стороны и ограничения. Сильные стороны — крупная выборка ($n=1021$), разные географические регионы Российской Федерации, анализ с контролем ключевых ковариат. Ограничения — дисбаланс в сторону двух крупнейших городов; самоотчет и возможная предвзятость социальных ответов; поперечный дизайн; часть переменных (например, «эффективность» конкретных молекул) отражает убеждения, а не фактические исходы; дублируемость терминологии «эмоциональной индифферентности» в практике не стандартизована.

Заключение

В российской клинической практике ангедония воспринимается как центральная и трансдиагностическая мишень с очевидными неблагоприятными последствиями, при высокой поддержке психотерапии и отсутствующем консенсусе по «специфической» фармакотерапии. Унификация практик между регионами сочетается с варибельностью индивидуальных установок. Результаты подкрепляют необходимость доменно-ориентированных подходов и образовательных стратегий, уменьшающих разрыв между установками и доказательной базой.

Литература / References

1. Бохан Н.А., Рощина О.В., Симуткин Г.Г., Левчук Л.А., Иванова С.А. Ангедония как целевой симптом персонализированной антидепрессивной психофармакотерапии у пациентов с коморбидными аффективными расстройствами и алкогольной зависимостью. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022;122(3):9297.
Bokhan NA, Roshchina OV, Simutkin GG, Levchuk LA, Ivanova SA. Anhedonia as target symptom in personalized therapy of patients with mood disorders and alcohol use disorder comorbidity. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2022;122(3):9297. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17116/jnevro202212203192>
2. Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В., Кибитов А.О., Мазо Г.Э. Валидация шкалы удовольствия Снейта-Гамильтона для оценки ангедонии у пациентов с монополярной депрессией в российской популяции. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2025;125(7):110-121.
Kasyanov ED, Rukavishnikov GV, Kibitov AO, Mazo GE. Validation of the Snaith—Hamilton Pleasure Scale to assess anhedonia in patients with unipolar depression In Russia. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2025;125(7):110-121. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17116/jnevro2025125071110>
3. Касьянов Е.Д., Яковлева Я.В., Мудракова Т.А., Касьянова А.А., Мазо Г.Э. Паттерны коморбидности и структура депрессивных эпизодов у пациентов с биполярным и депрессивным расстройствами. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2023;123(112):108114
Kasyanov ED, Yakovleva YaV, Mudrakova TA, Kasyanova AA, Mazo GE. Comorbidity patterns and structure of depressive episodes in patients with bipolar disorder and major depressive disorder. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2023;123(112):108114. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17116/jnevro2023123112108>
4. Касьянов Е.Д., Пинахина Д.В., Ракитко А.С., Вегасова Е.О., Ермакович Д.П., Рукавишников Г.В., Мальшико Л.В., Попов Я.В., Коваленко Е.В., Ильинская А.Ю., Ким А.А., Плотников Н.А., Незнанов Н.Г., Ильинский В.В., Кибитов А.О., Мазо Г.Э. Генетические ассоциации ангедонии: новые аспекты взаимосвязи психических и соматических расстройств. Consortium Psychiatricum. 2024;5(2):5-15.
Kasyanov ED, Pinakhina DV, Rakitko AS, Vergasova EO, Yermakovich DP, Rukavishnikov GV, Malysheko LV, Popov YV, Kovalenko EV, Ilinskaya AY, Kim AA, Plotnikov NA, Neznanov NG, Ilinsky VV, Kibitov AO, Mazo GE. Genetic Associations of Anhedonia: Insights into Overlap of Mental and Somatic Disorders. Consortium Psychiatricum. 2024;5(2):5-15. (In Russ.). <https://doi.org/10.17816/CP15494>
5. Лутова Н.Б., Хобейш М.А., Макаревич О.В., Бочарова М.О., Герасимчук Е.С., Сорокин М.Ю. Адаптация и валидация шкалы физической ангедонии (Revised Physical Anhedonia Scale): психометрические свойства русскоязычной методики. Психиатрия и психофармакотерапия. 2024;4:25–34.
Lutova NB, Khobeysh MA, Makarevich OV, Bocharova MO, Gerasimchuk ES, Sorokin MYu. Adaptation and validation of the Physical Anhedonia Scale (Revised Physical Anhedonia Scale): psychometric properties of the Russian-speaking methodology. Psihiatriya i psihofarmakoterapiya. 2024;4:25–34. (In Russ.).
<https://doi.org/10.62202/2075-1761-2024-26-4-25-34>
6. Мазо Г.Э., Кибитов А.О. Ангедония как базовый синдром и мишень для терапевтического воздействия при депрессивном расстройстве. Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2019;(3):10-18.
Mazo GE, Kibitov AO. Anhedonia as a basic syndrome and a target for treatment for depressive disorder. Obzrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M.Bekhtereva. 2019;(3):10-18. (In Russ.).
<https://doi.org/10.31363/2313-7053-2019-3-10-18>
7. Cao B, Zhu J, Zuckerman H, Rosenblat JD, Brietzke E, Pan Z, Subramanieapillai M, Park C, Lee Y, McIntyre RS. Pharmacological interventions targeting anhedonia in patients with major depressive disorder: A systematic review. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2019;92:109-117.
<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.01.002>
8. Cheng C, Herr K, Jeon HJ, Kato T, Ng CH, Yang YK, Zhang L. A Delphi consensus on clinical features, diagnosis and treatment of major depressive disorder patients with anhedonia amongst psychiatrists in the Asia-Pacific. Front Psychiatry. 2024;15:1338063.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1338063>
9. Christensen MC, Ren H, Fagiolini A. Emotional blunting in patients with depression. Part IV: differences between patient and physician perceptions. Annals General Psychiatry. 2022;21(1):22.
<https://doi.org/10.1186/s12991-022-00391-5>
10. Craske MG, Meuret AE, Ritz T, Treanor M, Dour HJ. Treatment for Anhedonia: A Neuroscience Driven Approach. Depression and anxiety. 2016;33(10):927-938.
<https://doi.org/10.1002/da.22490>
11. Ducasse D, Loas G, Dassa D, Gramaglia C, Zeppegno P, Guillaume S, Olié E, Courtet P. Anhedonia is associated with suicidal ideation independently of depression: A meta-analysis. Depression and anxiety. 2018;35(5):382-392.
<https://doi.org/10.1002/da.22709>
12. Fletcher K, Parker G, Paterson A, Fava M, Iosifescu D, Pizzagalli DA. Anhedonia in melancholic and non-melancholic depressive disorders. Journal of Affective Disorders. 2015 Sep 15;184:81-88.

DOI: 10.1016/j.jad.2015.05.028

13. Herr K, Berk M, Huang WL, Kato T, Lee JG, Ng CG, Wang Z, Webb TD, Kasahara-Kiritani M, Vandervoort LP. Anhedonia in Major Depressive Disorder: Prevalence and Treatment Expectations and Satisfaction with Treatment Goals Among Patients and Physicians in Asia-Pacific. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2024;20:2177-2191. <https://doi.org/10.2147/NDT.S487747>
14. Kelly CA, Freeman KB, Schumacher JA. Treatment-resistant depression with anhedonia: Integrating clinical and preclinical approaches to investigate distinct phenotypes. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2022;136:104578. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104578>
15. Khazanov GK, Xu C, Dunn BD, Cohen ZD, DeRubeis RJ, Hollon SD. Distress and anhedonia as predictors of depression treatment outcome: A secondary analysis of a randomized clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2020;125:103507. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103507>
16. Koob GF. Anhedonia, Hyperkatifeia, and Negative Reinforcement in Substance Use Disorders. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*. 2022;58:147-165. https://doi.org/10.1007/7854_2021_288
17. Lalousis PA, Malaviya A, Khatibi A, Saberi M, Kambeitz-Ilankovic L, Haas SS, Wood SJ, Barnes NM, Rogers J, Chisholm K, Bertolino A, Borgwardt S, Brambilla P, Kambeitz J, Lencer R, Pantelis C, Ruhrmann S, Salokangas RKR, Schultze-Lutter F, Schmidt A, Meisenzahl E, Dwyer D, Koutsouleris N, Upthegrove R, Griffiths SL; PRONIA Consortium. Anhedonia as a Potential Transdiagnostic Phenotype With Immune-Related Changes in Recent-Onset Mental Health Disorders. *Biological Psychiatry*. 2024;96(7):615-622. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2024.05.019>
18. McIntyre RS, Necking O, Schmidt SN, Reines E. Minimal clinically important change in the MADRS anhedonia factor score: A pooled analysis of open-label studies with vortioxetine in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2024;363:430-435. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.07.070>
19. Moran EK, Culbreth AJ, Barch DM. Anhedonia in Schizophrenia. (eds) *Anhedonia: Preclinical, Translational, and Clinical Integration*. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*. 2022;58:129-145. https://doi.org/10.1007/7854_2022_321
20. Pejušković B, Munjiza Jovanović A, Pešić D. Exploring cariprazine as a treatment option for varied depression symptom clusters. *Frontiers in psychiatry*. 2024;15:1442699. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1442699>
21. Serretti A. Anhedonia: Current and future treatments. *PCN reports : psychiatry and clinical neurosciences*. 2025;4(1):e70088. <https://doi.org/10.1002/pcn5.70088>
22. Sharma A, Minh Duc NT, Luu Lam Thang T, Nam NH, Ng SJ, Abbas KS, Huy NT, Marušić A, Paul CL, Kwok J, Karbwang J, de Waure C, Drummond FJ, Kizawa Y, Taal E, Vermeulen J, Lee GHM, Gye-du A, To KG, Verra ML, Jacqz-Aigrain ÉM, Leclercq WKG, Salminen ST, Sherbourne CD, Mintzes B, Lozano S, Tran US, Matsui M, Karamouzian M. A Consensus-Based Checklist for Reporting of Survey Studies (CROSS). *Journal of General Internal Medicine*. 2021;36(10):3179-3187. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06737-1>
23. Su YA, Si T. Progress and challenges in research of the mechanisms of anhedonia in major depressive disorder. *General psychiatry*. 2022;35(1):e100724. DOI: 10.1136/gpsych-2021-100724
24. Treadway MT. Treating Motivational and Consummatory Aspects of Anhedonia. *Focus (American Psychiatric Publishing)*. 2023;21(3):278-280. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20230008>
25. Uher R, Frey BN, Quilty LC, Rotzinger S, Blier P, Foster JA, Müller DJ, Ravindran AV, Soares CN, Turecki G, Parikh SV, Milev R, MacQueen G, Lam RW, Kennedy SH. Symptom Dimension of Interest-Activity Indicates Need for Aripiprazole Augmentation of Escitalopram in Major Depressive Disorder: A CAN-BIND-1 Report. *The Journal of clinical psychiatry*. 2020;81(4):20m13229. <https://doi.org/10.4088/JCP.20m13229>
26. Vinograd M, Stout DM., Risbrough VB. Anhedonia in Posttraumatic Stress Disorder: Prevalence, Phenotypes, and Neural Circuitry. *Current topics in behavioral neurosciences*. 2022;58:185-199. https://doi.org/10.1007/7854_2021_292
27. Wong S, Le GH, Phan L, Rhee TG, Ho R, Meshkat S, Teopiz KM, Kwan ATH, Mansur RB, Rosenblatt JD, McIntyre RS. Effects of anhedonia on health-related quality of life and functional outcomes in major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2024;356:684-698. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.086>
28. Wu C, Mu Q, Gao W, Lu S. The characteristics of anhedonia in depression: a review from a clinically oriented perspective. *Transl Psychiatry*. 2025;15(1):90. DOI: 10.1038/s41398-025-03310-w
29. Yang X, Wang D, Liu S, Liu G, Harrison P. Stress and Suicidal Ideation: The Role of State or Trait Anhedonia in a Moderated Mediation Model. *Suicide Life Threat Behav*. 2020;50(2):502-514. <https://doi.org/10.1111/sltb.12605>
30. Zimmerman M, Ellison W, Young D, Chelminski I, Dalrymple K. How many different ways do patients meet the diagnostic criteria for major depressive disorder? *Comprehensive psychiatry*. 2015;56:29-34. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.09.007>
31. International Classification of Diseases 11th Revision. [icd.who.int]. Who; 2024. [cited: 23 th Juan 2024]. Available from: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>

Сведения об авторах

Касьянов Евгений Дмитриевич — к.м.н., ведущий научный сотрудник отделения социальной нейрорепсихиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3. E-mail: i@kasyan.ru

Барыльник Юлия Борисовна — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии Саратовского государственного медицинского университета, Саратов, ул. Б. Казачья, 112. E-mail: juljab@yandex.ru

Бойко Елена Олеговна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии № 1, «Кубанского государственного медицинского университета» МЗ РФ, г. Краснодар, ул. им. Митрофана Седина, д.4. E-mail: e.o.boyko@yandex.ru

Букина Ирина Викторовна — психиатр «Медицинского центра «Анима», г. Калининград, ул. Ростовская, 5. E-mail: taburetti@mail.ru

Галиуллина Лилия Каусаровна — кандидат медицинских наук, директор «Медицинского центра Яхиных», ул. Кул Гали, 9/95, 1 этаж, Казань, Респ. Татарстан. E-mail: lilgaliullina@yandex.ru

Ивашиненко Дмитрий Михайлович — к.м.н., доцент, заместитель главного врача по лечебной работе ГУЗ «Тульская областная клиническая психиатрическая больница №1 им. Н.П. Каменева», ул. Первомайская, 13 корп 20, Тула. E-mail: divashinenko@mail.ru

Карпукhin Иван Борисович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии Приволжского исследовательского медицинского университета МЗ РФ, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д.10/1. E-mail: karpukhin81@gmail.com

Корнетова Елена Георгиевна — доктор медицинских наук, заведующий отделением эндогенных расстройств НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, г. Томск, ул. Набережная реки Ушайки, д.10. E-mail: e.kornetova@outlook.com

Корягина Дария Андреевна — аспирант отделения социальной нейрорепсихиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: dashulya.koryagina@yandex.ru

Костюк Георгий Петрович — доктор медицинских наук, профессор, врач-психиатр высшей квалификационной категории, главный врач ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы», ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)», 125080, г. Москва, Волоколамское ш., д.11. E-mail: kgr@yandex.ru

Медведев Владимир Эрнстович — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института Российского университета дружбы народов, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д.6. E-mail: kafedra.psychiatry.rudn@mail.ru

Менделевич Владимир Давыдович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии Казанского государственного медицинского университета, г. Казань, ул. Бутлерова, д.49. E-mail: mendelevich_vl@mail.ru

Петрунько Ольга Вячеславовна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, стр.1. E-mail: petrounko@mail.ru

Сорокина Вероника Альбертовна — кандидат медицинских наук, главный врач ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Волгоградская ул., 41, Кемерово, Кемеровская обл. E-mail: 05-guz-kokpb@kuzdrav.ru

Софронов Александр Генрихович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д.41; e-mail: alex-sofronov@yandex.ru

Усов Григорий Михайлович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Омск, ул. Ленина, д.12. E-mail: usovgm@list.ru

Мухин Андрей Алексеевич — кандидат медицинских наук, директор по медицине ООО Лундбек Рус; Последний пер., 17, Москва. E-mail: doctormukhin@gmail.com

Мазо Галина Элевна — доктор медицинских наук, заместитель директора по инновационному научному развитию ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» Минздрава России. E-mail: galina-mazo@yandex.ru

Поступила 29.10.2025

Received 29.10.2025

Принята в печать 26.06.2026

Accepted 26.06.2026

Дата публикации 28.08.2026

Date of publication 28.08.2026