DOI: 10.47407/kr2026.7.9.00938

Оригинальная статья

Лекарственная терапия депрессий с ангедонией: к результатам опроса 1020 российских врачей-психиатров

О.А. Карпенко[1], А.А. Кибитов[1], В.Э. Медведев[2,3], А.А. Мухин✉[4]

[1] ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения г. Москвы», Москва, Россия;
[2] ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Москва, Россия;
[3] ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия;
[4] Независимый эксперт
✉*doctormukhin@gmail.com*

Аннотация
Введение. Результаты проведенного ранее опроса практикующих российских врачей-психиатров выявили значительную вариабельность мнений по вопросам фармакотерапии ангедонии. В статье приведены результаты подробного анализа данных, отражающих современное понимание возможностей фармакотерапии ангедонии практикующими специалистами.
Материалы и методы. Использованы данные онлайн-анкетирования 1020 практикующих врачей-психиатров, собранные с марта по сентябрь 2025 г. Проведена тематическая группировка развернутых ответов на открытые вопросы анкеты с последующим статистическим анализом ассоциаций выбора психофармакотерапии с различными социодемографическими и профессиональными факторами. Также проведена логистическая регрессия для сочетанной оценки влияния социодемографических и профессиональных характеристик при упоминании венлафаксина в качестве эффективного препарата для терапии ангедонии.
Результаты. Хотя, по мнению респондентов, наиболее часто упомянутой группой антидепрессантов, являющейся эффективной в отношении ангедонии, являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (21,9% врачей), среди конкретных препаратов врачи чаще отмечали венлафаксин (17,1% врачей), вортиоксетин (13,7% врачей), агомелатин (12,5% врачей) и сертралин (8,6% врачей). Значимо повышают вероятность упоминания венлафаксина: наличие меланхолической депрессии (отношение шансов – ОШ 2,609) и работа в научном центре (ОШ 1,964). Работа в государственном учреждении (ОШ 0,377) значимо снижает вероятность выбора венлафаксина.
Обсуждение. Полученные результаты продемонстрировали, что общий тренд в мнениях практикующих российских врачей-психиатров в отношении фармакотерапии ангедонии соотносится с известной мировой доказательной базой. Вместе с тем полученные данные также могут стать основой персонифицированных обучающих программ для врачей-психиатров, а также таргетного приглашения специалистов на обучение с учетом выделенных характеристик.
Ключевые слова: ангедония, фармакотерапия, антидепрессанты, венлафаксин.
Для цитирования: Карпенко О.А., Кибитов А.А., Медведев В.Э., Мухин А.А. Лекарственная терапия депрессий с ангедонией: к результатам опроса 1020 российских врачей-психиатров. *Клинический разбор в общей медицине.* 2026; 7 (9): 112–118. DOI: 10.47407/kr2026.7.9.00938

Original Article

Drug therapy of depression with anhedonia: to findings of the questionnaire survey of 1020 Russian psychiatrists

Olga A. Karpenko[1], Andrey A. Kibitov[1], Vladimir E. Medvedev[2,3], Alexander A. Mukhin✉[4]

[1] Psychiatric Clinical Hospital No. 1 named after N.A. Alekseev of the Moscow City Health Department, Moscow, Russia;
[2] Patrice Lumumba People's Friendship University of Russia (RUDN University), Moscow, Russia;
[3] Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute (MONIKI), Moscow, Russia;
[4] Independent Expert
✉*doctormukhin@gmail.com*

Abstract
Background. Results of a previously conducted survey of practicing Russian psychiatrists revealed substantial variability in opinions regarding the pharmacotherapy of anhedonia. This article presents the results of a detailed, previously unpublished analysis of these opinions, reflecting practicing specialists' current understanding of the pharmacotherapeutic options for anhedonia.
Methods. Data from an online survey of 1020 practicing psychiatrists, collected between March and September 2025, were used. Open-ended responses to the questionnaire were thematically categorized, followed by statistical analysis of associations between the choice of psychopharmacotherapy and various sociodemographic and professional factors. Logistic regression was also performed to jointly assess the effects of sociodemographic and professional characteristics on the likelihood of mentioning venlafaxine as an effective medication for the treatment of anhedonia.
Results. Although SSRIs were the most frequently mentioned antidepressant class considered effective for anhedonia by respondents (21,9% physicians), the most frequently mentioned individual antidepressants were venlafaxine (17,1% physicians), vortioxetine (13,7% physicians), agomelatine (12,5% physicians), and sertraline (8,6% physicians). Several characteristics were found to significantly increase the likelihood of mentioning venlafaxine: identifying melancholic depression (OR 2.609) as the type of depression most commonly associated with anhedonia, and working at a research center (OR 1.964). Working in a public healthcare institution significantly reduced the likelihood of selecting venlafaxine (OR 0.377).

Discussion. The findings demonstrated that the overall pattern of opinions among practicing Russian psychiatrists regarding the pharmacotherapy of anhedonia is consistent with the established international evidence base. At the same time, these data may provide a basis for personalized educational programs for psychiatrists, as well as for targeted invitations to training programs that take the identified characteristics into account.
Keywords: anhedonia, pharmacotherapy, antidepressants, venlafaxine.
For citation: Karpenko O.A., Kibitov A.A., Medvedev V.E., Mukhin A.A. Drug therapy of depression with anhedonia: to findings of the questionnaire survey of 1020 Russian psychiatrists. *Clinical review for general practice*. 2026; 7 (9): 112–118 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2026.7.9.00938

Введение

Распространенность ангедонии при депрессии доказывают эпидемиологические исследования в популяции больных с большим депрессивным расстройством. Так, в одной из последних опубликованных работ [1] на основе анализа электронных историй болезни 5709 больных с большим депрессивным расстройством было установлено, что у 74,5% имелась выраженная ангедония. Наличие «выраженной ангедонии» устанавливалось с помощью опросника PHQ-9: в случае оценки по 1-му пункту (ангедония) ≥2 баллов (т.е. ангедония присутствовала больше половины дней или каждый день). У пациентов с выраженной ангедонией в истории болезни отмечалось частое присоединение атипичных антипсихотиков (отношение шансов – ОШ 1,51, $p<0,001$) и смена терапии (ОШ 1,24, $p=0,004$), что указывало на недостаточную эффективность и/или переносимость монотерапии антидепрессантами. Помимо этого, полученные данные свидетельствовали о худшем прогнозе при наличии ангедонии: пациенты реже достигали ремиссии (ОШ 0,82, $p=0,003$) и чаще имели постоянную, стойкую депрессию (ОШ 1,50, $p<0,001$).

В России в марте-сентябре 2025 г. впервые проведено кросс-секционное онлайн-анкетирование 1020 практикующих российских врачей-психиатров с целью комплексной оценки клинических представлений, диагностических и терапевтических подходов к ангедонии. В задачи входило изучение распространенности целенаправленного выявления ангедонии, оценки ее значимости для прогноза депрессии, а также анализ предпочтений специалистов в отношении фармакотерапии и психотерапевтических методов при лечении депрессий с выраженной ангедонией. Основные результаты опроса представлены в первой совместной публикации всех исследователей, принимавших участие в работе [2].

Результаты анализа данных анкетирования позволили прийти к следующим выводам: подавляющее число респондентов (98,4%) считают ангедонию при депрессии важным или очень важным симптомом; почти все респонденты (96,4%) ее выявляют, а субъективно высокая распространенность (40–80% пациентов с депрессией) подкрепляет представление о значимой клинической роли этого симптома. Также полученные данные свидетельствуют, что практически все опрошенные психиатры (96,1%) воспринимают ангедонию как симптом, существенно влияющий на прогноз и исход заболевания. Большинство респондентов связывают наличие выраженной ангедонии с ухудшением повседневного функционирования пациентов (62,3%), замедлением выздоровления (59,4%) и повышением суицидального риска (51,8%), что согласуется с современными исследованиями [3–5]. Кроме того, 55,7% респондентов отмечают большую выраженность ангедонии при меланхолической депрессии, что соответствует литературным данным [6]. И, наконец, 77,1% опрошенных отмечают наличие ангедонии при иных психических расстройствах: шизофрении и расстройствах шизофренического спектра (58,9%), тревожных расстройствах (18,9%), биполярном расстройстве (15,2%) и расстройствах личности (13,7%). Этот взгляд совпадает с данными современных публикаций, рассматривающими ангедонию как трансдиагностический феномен, влияющий на мотивацию и систему вознаграждения [7, 8].

В то же время в ходе опроса не нашла подтверждения гипотеза об «идеологических» различиях в подходах к терапии депрессий с ангедонией между специалистами столиц/мегаполисов и регионов, что указывает на относительную унификацию практических подходов к лечению ангедонии в современной российской психиатрии, вне зависимости от географического контекста.

Кроме того, анализ результатов опроса показывает, что до настоящего момента не сформировано единое мнение по вопросам фармакотерапии ангедонии. Так, положение о том, что ангедония может усугубляться под воздействием эмоциональной индифферентности, возникающей на фоне приема ряда антидепрессантов, разделило аудиторию на две примерно равные части (45,5% – «да» vs 54,5% – «нет»). Также представления специалистов расходятся по вопросу наличия/отсутствия отличий в подходах к терапии депрессии с ангедонией и без нее (41,5% – есть vs 58,5% – нет). Далее, чуть больше половины респондентов (52,1%) отмечают, что есть отдельные антидепрессанты более эффективные при терапии депрессии с ангедонией, в то время как 47,9% врачей так не считают. Наконец, меньше половины врачей-психиатров (43,1%) уверены, что присоединение антипсихотиков для терапии депрессии с ангедонией является целесообразным, а 56,9% респондентов не видят в этом смысла.

Подобная вариабельность мнений отражает неопределенность доказательной базы: на сегодняшний день нет однозначных данных, какой препарат эффективнее устраняет ангедонию. По мнению Е.Д. Касьянова и соавт. (2026), опрос указывает на настоятельную потребность в дальнейших исследованиях с целью разработки четких рекомендаций по фармакологическим или иным вмешательствам при выраженной ангедонии [2]. В то же время, несмотря на большой объем полученной новой информации, ряд проблем диагностики и лечения ангедонии остался в цитируемой публикации недостаточно освещенным.

Целью настоящей статьи являлось обсуждение ряда дополнительных данных, полученных в ходе опроса

практикующих психиатров, которые позволят более четко сформулировать принципы научно обоснованных подходов к терапии депрессий с ангедонией.

Материалы и методы

Онлайн-анкетирование проводилось с помощью инструмента «Google Формы» (Google LLC, США). Анкета доступна по ссылке: *https://forms.gle/QTyNqD1LYZC3RiJh7*. Анкета включала в себя блок социодемографических (пол, возраст, регион проживания) и характеризующих профессиональную деятельность (стаж по специальности, характеристики места работы с возможностью множественного выбора) сведений, а также опросник из 14 пунктов, касающихся различных аспектов диагностики и терапии ангедонии.

Критерий включения: практическая работа врачом-психиатром в одном из регионов Российской Федерации.

Критерии невключения: отсутствие активной клинической практики на момент проведения опроса, отказ от предоставления информированного согласия на обработку персональных данных.

Критерии исключения: некорректное заполнение опросника, определяемое при выявлении развернутых ответов, явным образом не соответствующих поставленным вопросам.

Этические аспекты. Онлайн-анкетирование проводилось в конфиденциальном формате, какие-либо идентифицирующие данные не собирались. Исследование проводилось в соответствии с Хельсинской декларацией. Все респонденты перед прохождением анкетирования дали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Статистический анализ полученных данных проводился при помощи программного пакета IBM SPSS v.27 (IBM corp., США). В ходе предварительного этапа статистического анализа исключались из выборки дублирующиеся и некорректно заполненные ответы. Пропущенные социодемографические данные были минимальны, носили случайный характер и не импутировались (не заменялись другими значениями).

В ходе статистического анализа проанализированы аспекты назначения психофармакотерапии для лечения ангедонии, а также характеристики врачей-респондентов, которые предпочитали тот или другой вариант ответа на четыре следующих вопроса анкеты:

Вопрос 10. Ангедония может усугубляться под воздействием вызванной антидепрессантами эмоциональной индифферентности. Если «Да», то какие препараты/группы антидепрессантов наиболее часто приводят к эмоциональной индифферентности?

Вопрос 11. Есть ли отличия в подходах к терапии депрессий с ангедонией и без нее? Если «Да», то в чем отличия?

Вопрос 12. Считаете ли Вы отдельные антидепрессанты более эффективными при терапии депрессий с выраженной ангедонией, чем другие? Если «Да», то перечислите три наиболее эффективных с Вашей точки зрения антидепрессанта при терапии депрессии с ангедонией.

Вопрос 13. Считаете ли Вы целесообразным при терапии депрессий с выраженной ангедонией присоединение антипсихотиков? Если «Да», то каких?

В ходе формирования базы данных проведена тематическая группировка развернутых ответов на открытые вопросы анкеты для последующего статистического анализа.

На основании ответов на открытые части вопросов 10 и 12 выделены следующие бинарные переменные, характеризующие указание следующих антидепрессантов и их групп: «трициклические антидепрессанты (ТЦА)», «ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО)», «норадренергические и специфические серотонинергические антидепрессанты», «селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)», «ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН)», «эсциталопрам», «сертралин», «пароксетин», «флувоксамин», «флуоксетин», «венлафаксин», «тразодон», «вортиоксетин», «агомелатин».

При указании конкретного препарата положительной считалась не только переменная, соответствующая выбору этого препарата, но и группы, к которой он относится (например, если респондент ответил «эсциталопрам», положительной считается как переменная «эсциталопрам», так и «СИОЗС»).

На основании открытой части вопроса 11 выделены следующие категории: «выбор антидепрессанта», «необходимость аугментации терапии», «необходимость психотерапии», «использование более высоких доз антидепрессантов», «более длительная терапия», «необходимость противорезистентных мероприятий».

На основании открытой части вопроса 13 выделены категории, характеризующие указание ряда антипсихотиков и их групп: «антипсихотики I поколения», «антипсихотики II поколения», «антипсихотики III поколения», «арипипразол», «брекспипразол», «карипразин», «кветиапин», «луразидон», «сульпирид», «амисульприд», «флупентиксол», «оланзапин», «рисперидон».

В связи с открытым характером вопросов ответы участников могли соответствовать положительному значению сразу нескольких переменных. В ходе анализа частот ответов на открытые вопросы не учитывались респонденты, выбравшие в закрытой части пункта «да», но не давшие ответ на открытый вопрос.

В ходе первого этапа анализа проведена описательная статистика полученных данных и ответов на вопросы. Описательная статистика для количественных переменных представлена в виде среднего значения (M) и стандартного отклонения (SD), категориальных – в виде абсолютных и относительных значений в процентах.

В ходе второго этапа анализа оценивали ассоциации выбора психофармакотерапии с различными социодемографическими и профессиональными факторами – межгрупповые различия определяли с помощью χ^2 Пирсона. В случае множественных сравнений применялась поправка Бонферрони.

В ходе третьего этапа анализа использовалась логистическая регрессия, в которую включались факторы, которые могли предположительно быть ассоциированы с выбором венлафаксина: клиническая квалификация типов депрессии с ангедонией, стаж работы врача, место работы, работа в мегаполисах – Москве или Санкт-Петербурге с агломерациями. В качестве зависимой переменной – факт указания венлафаксина в развернутой части ответа на вопрос 12.

Для всех этапов анализа порогом статистической значимости считалось значение $p<0,05$.

Результаты

Всего получено 1025 ответов на анкету, 3 ответа исключены в связи с тем, что представляли собой дубли; ответы 2 респондентов исключены в связи с некорректным заполнением. Финальную выборку исследования составили 1020 респондентов[1] (женщины – 64,3% (n=656), в 61 (6%) анкете пол не указан). Средний возраст врачей 40,8±11,2 года. Другие социодемографические и профессиональные характеристики выборки указаны в табл. 1.

На два столичных города пришлось больше половины анкет: Москва – 401 (39,3%), Санкт-Петербург – 293 (28,7%). Остальные респонденты работали в регионах (Иркутской, Томской, Кемеровской, Омской, Новосибирской, Саратовской, Тульской, Нижегородской областях, Республике Татарстан, Краснодарском крае). Из каждого региона получены по 30–40 опросников.

Таблица 1. Социодемографические и профессиональные характеристики выборки
Table 1. Socio-demographic and professional characteristics of the sample

Характеристика	n (%)
Регион	
Москва и Московская область	401 (39,3%)
Санкт-Петербург и Ленинградская область	293 (28,7%)
Остальные регионы	324 (31,8%)
Не указан регион	2 (0,2%)
Стаж	
До 5 лет	256 (25,1%)
От 5 до 15 лет	344 (33,7%)
От 15 лет	420 (41,2%)
Место работы	
Государственный психиатрический стационар	479 (47,0%)
Научное учреждение (научные центры, кафедры медицинских факультетов или вузов)	111 (10,9%)
Психоневрологический диспансер	423 (41,5%)
Частная практика	65 (6,4%)
Частная клиника (амбулаторный прием)	165 (16,2%)
Частный стационар	21 (2,1%)

Результаты ответов на вопросы. На вопрос 10 анкеты положительно ответили менее 1/2 респондентов (45,5%). В качестве причины 29% респондентов назвали препараты из группы СИОЗС, ТЦА – 11%, а ИОЗСН всего – 2,8%. Среди давших положительный ответ на данный вопрос преобладали представители научных центров (57,7% *vs* 44,0%, $p=0,006$).

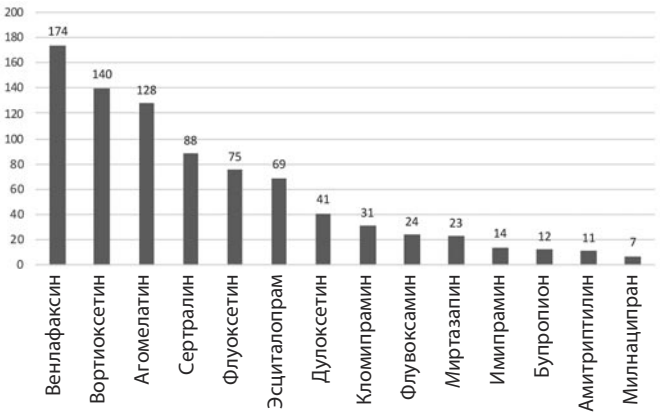
При ответе на вопрос 11 менее половины респондентов (41,5%) считали, что при терапии депрессии с ангедонией нужны особые терапевтические подходы, которые, прежде всего, заключаются в правильном выборе антидепрессанта (26,2%). Гораздо реже врачи отмечали другие терапевтические тактики: аугментацию (4,7%), психотерапию (4,1%), применение более высоких доз антидепрессантов (1,1%), увеличение длительности терапии (0,6%), необходимость противорезистентных мероприятий (электросудорожная терапия и др. – 0,2%).

Ответ на данный вопрос зависел от характеристик респондентов. Значимо чаще о необходимости особых терапевтических подходов сообщали работники научно-исследовательских учреждений по сравнению с теми, кто работает в госучреждениях, частных клиниках или совмещает разные места работы (50,5% *vs* 40,4%, $p=0,042$). При анализе регионов выявилось, что реже всего на данный вопрос положительно отвечают специалисты из Санкт-Петербурга (35,2% *vs* 46,3%, $p=0,018$).

На вопрос 12 положительно ответили чуть более половины респондентов (52,1%). В целом считали эффективными препараты из группы СИОЗС – 24,1%, ИОЗСН – 23,3%, ТЦА – 8,3% врачей. На рисунке представлена частота упоминания респондентами конкретных антидепрессантов.

Значимо чаще положительно отвечали на данный вопрос респонденты из научных центров по сравнению с теми, кто работает в госучреждениях, частных клини-

Число упоминаний конкретных антидепрессантов, которые врачи считают эффективными для коррекции ангедонии
Number of references to specific antidepressants considered effective for adjustment of anhedonia by physicians



[1] В государственных медицинских учреждениях РФ на начало 2024 года зарегистрированы 12 297 врачей-психиатров (включая психотерапевтов, психиатров-наркологов, сексологов и судебно-психиатрических экспертов). Таким образом, в опросе приняли участие ориентировочно около 8,3% от практикующих врачей, что может указывать на высокую репрезентативность результатов, с учетом вовлеченности специалистов из всех субъектов РФ.

ках или совмещает разные места (61,3% *vs* 50,9%, *p*=0,040), они же чаще выбирали в качестве антидепрессантов, более эффективных при ангедонии, венлафаксин (26,2% *vs* 17,8%, *p*=0,038), агомелатин (29,0% *vs* 11,8%, *p*<0,001) и вортиоксетин (32,7% *vs* 12,8%, *p*<0,001). Специалисты, работающие только в частной практике, указывали венлафаксин значимо чаще по сравнению с работающими только в государственных учреждениях (31,1% *vs* 17,2%, *p*=0,019).

Ответ на данный вопрос также зависел и от региона проживания респондентов. Врачи из Санкт-Петербурга значимо реже отвечали положительно на этот вопрос по сравнению с остальными респондентами (43,3% *vs* 55,4% (Москва) *vs* 55,6% (регионы), *p*=0,002).

На вопрос 13 положительно ответили 43,1% врачей. По их мнению, среди антипсихотиков, эффективных при терапии ангедонии, лидировали препараты третьего (АТП, 25,5%) и второго (АВП, 19,4%) поколений. Традиционные нейролептики (антипсихотики первого поколения – АПП) указали лишь 8,6% опрошенных. Чаще всего респонденты называли арипипразол (16%), кветиапин (11,4%) и карипразин (10,5%). Значительно реже упоминались сульпирид (5,9%), оланзапин (4,6%), брекспипразол (4,0%), луразидон (3,2%) и флупентиксол (2,7%).

Значимо чаще положительно ответили на данный вопрос врачи стационаров (46,6% vs 39,9%, *p*=0,030), они же чаще других выбирали АТП (28,9% *vs* 22,3%, *p*=0,022) и АВП (22,0% *vs* 16,9%, *p*=0,0498). Значимо чаще работники стационара отдавали предпочтение карипразину (13,6% *vs* 7,7%, *p*=0,004), а работники научных центров – арипипразолу (22,9% *vs* 15,2%, *p*=0,043).

Важно отметить, что среди тех, кто положительно ответил на этот вопрос, значимо больше специалистов, считающих ангедонию трансдиагностическим симптомом (положительный ответ на вопрос «Наблюдаете ли Вы проявления ангедонии, помимо депрессии, и при других психических заболеваниях?») (48,5% *vs* 25,2%, *p*<0,001).

Кроме того, среди тех, кто считает, что антипсихотики могут быть эффективны при ангедонии, значимо больше тех, кто думал, что отдельные антидепрессанты более эффективны в отношении ангедонии (70,5% *vs* 38,1%, *p*<0,001). При этом значимо чаще среди этих респондентов встречались те, кто отдавал предпочтение ИОЗСН (38,1% *vs* 12,5%, *p*<0,001), СИОЗС (34,3% *vs* 16,6%, *p*<0,001), ТЦА (12,3% *vs* 5,4%, *p*<0,001). Эти же респонденты чаще предпочитали назначать венлафаксин (30,9% *vs* 9,9%, *p*<0,001), вортиоксетин (22,3% *vs* 9,9%, *p*<0,001), агомелатин (17,4% *vs* 11,2%, *p*=0,007).

Значимым представляется, что специалисты, считавшие ангедонию трансдиагностическим симптомом, чаще выбирали назначение АТП (30,0% vs 11,3%, *p*<0,001), АВП (21,4% *vs* 13,1%, *p*=0,006), АПП (9,9% *vs* 4,5%, *p*=0,012). Среди АТП значимо чаще отдавалось предпочтение арипипразолу (19,4% *vs* 5,4%, *p*<0,001) и карипразину (12,0% *vs* 5,9%, *p*=0,009).

Подгруппа выбравших венлафаксин. В связи с наиболее частым упоминанием практикующими специалистами венлафаксина в качестве антидепрессанта, эффективного для лечения депрессии с ангедонией, нами была дополнительно проанализирована эта подгруппа врачей (n=174, 18,8%) и их ответы. Установлен ряд параметров, повышающих вероятность назначения врачами венлафаксина: меланхолической характер депрессии (ОШ 2,609), работа в научном центре (ОШ 1,964). Работа в государственном учреждении оказалась фактором, значимо снижающим вероятность выбора венлафаксина (ОШ 0,377); табл. 2.

Большая часть респондентов этой подгруппы указали меланхолическую депрессию (67,2% vs 52,9%, *p*<0,001) в качестве наиболее сопряженной с ангедонией.

Эти же специалисты чаще считали, что ангедония может влиять на прогноз и исход заболевания (100,0% *vs* 95,2%, *p*=0,003), ухудшать социально-трудовое функционирование (74,7% *vs* 59,3%, *p*<0,001), увеличивать суицидальный риск (65,5% vs 48,4%, *p*<0,001), повышать риск резистентности к терапии (24,7% *vs* 16,1%, *p*=0,007), снижать возможность достижения ремиссии (37,4% *vs* 29,3%, *p*=0,037) и снижать приверженность к терапии (43,1% *vs* 33,2%, *p*=0,014).

Те же психиатры гораздо чаще отмечали, что терапевтические подходы должны отличаться при депрессии с ангедонией (73,0% *vs* 29,8%, *p*<0,001) от терапии депрессий без ангедонии. Все респонденты этой группы (100%) были уверены, что отдельные антидепрессанты более эффективны при терапии депрессии с ангедонией, чем другие (против 35% тех, кто не выбирает венлафаксин, *p*=0,0001).

Таблица 2. Факторы, способствующие и препятствующие выбору венлафаксина для терапии ангедонии
Table 2. Factors promoting or preventing the selection of venlafaxine for anhedonia therapy

Характеристика	Корреляция	Среднеквадратичная ошибка	Вальд	Степени свободы	*p*	Exp (B)	95% доверительный интервал для Exp (B)	
							нижняя граница	верхняя граница
Работа в государственном учреждении	-0,975	0,424	5,295	1	0,021	0,377	0,164	0,865
Психиатрическая клиника (научный центр)	0,675	0,319	4,475	1	0,034	1,964	1,051	3,671
Меланхолическая депрессия	0,959	0,247	15,079	1	<0,0001	2,609	1,608	4,234

В то же время специалисты, выбиравшие венлафаксин, гораздо чаще считали, что ангедония может усугубляться под воздействием антидепрессантов (60,9% *vs* 40,6%, *p*<0,001), а именно СИОЗС (48,8% *vs* 25,3%, *p*<0,001).

Дополнительно необходимо констатировать, что психиатры, назначающие венлафаксин, значимо чаще воспринимали ангедонию как трансдиагностический симптом (89,1% *vs* 73,3%, *p*<0,001). При этом ангедонию эти специалисты чаще других причисляли к симптомам расстройств шизофренического спектра (73,9% *vs* 55,2%, *p*<0,001), биполярного аффективного расстройства (23,6% *vs* 12,8%, *p*<0,001), тревожных и соматоформных расстройств (26,7% *vs* 17,4%, *p*=0,007) и расстройств личности (20,6% *vs* 12,4%, *p*=0,006). Возможно, с этим фактом коррелирует и то, что большинство специалистов подгруппы считали эффективным присоединение антипсихотика к терапии ангедонии (69,5% *vs* 35,9%, *p*<0,001): 33,5% выбирали АВП, и еще больше – 50,9% – АТП.

Обсуждение

Полученные в ходе настоящего анализа данные дополняют выводы Е.Д. Касьянова и соавт. (2026) и позволяют прийти к ряду практически значимых заключений.

Общеизвестно, что нейробиологической основой ангедонии считаются нарушения системы «вознаграждения» (reward) мозга, при этом ключевым механизмом формировании ангедонии являются нарушения нейромедиации дофамина. S. Stahl (2021) относит «утрату радости», «утрату интересов и удовольствия», а также «утрату энергичности и энтузиазма» (т.е. основные клинические проявления ангедонии) к редукции «позитивного» аффекта вследствие снижения уровней дофамина и норадреналина в головном мозге [9]. Такие аффективные симптомы как «сниженное настроение», «ощущение вины/отвращения к себе», «страх/тревога» рассматриваются им как следствие усиления «негативного» аффекта из-за снижения уровней серотонина и норадреналина [9].

В обзорной публикации A. Serretti (2023), посвященной ангедонии и ее терапии, автор на основе учета механизма действия известных антидепрессантов и анализа публикаций по их применению, формулирует список препаратов 1-й линии для терапии депрессий с ангедонией, оказывающих действие на дофаминовую нейромедиацию прямым или опосредованным образом: бупропион (селективный ингибитор обратного захвата норадреналина и дофамина), кетамин (антагонист NMDA-рецепторов), венлафаксин (ИОЗСН), агомелатин (антагонист 5-НТ2С, которые участвуют в метаболизме норадреналина и дофамина, увеличивая их выброс), вортиоксетин (мультимодальное действие), сертралин (СИОЗС со способностью ингибировать реаптейк дофамина) [10]. Первые два препарата в России не представлены. Остальные антидепрессанты в России применяются и занимают 4 первые позиции в списке наиболее эффективных для терапии депрессий с ангедонией, по мнению опрошенных психиатров (см. рисунок).

Надо отметить, что мнение практикующих врачей по данному вопросу соответствует результатам и других международных метаанализов и клинических исследований [11–16]. В частности, лидер списка – венлафаксин – в масштабной работе 2024 г. (более 1 тыс. депрессивных пациентов) продемонстрировал выраженный эффект, редуцируя проявления ангедонии и амотивации [17]. При этом достоверное отличие от плацебо появлялось уже через 2 нед.

Применение дополнительного корреляционного анализа к группе респондентов, считавших венлафаксин препаратом выбора при терапии депрессий с ангедонией, указывает на то, что психиатры из этой подгруппы полагают, что: 1) терапевтические подходы должны отличаться в зависимости от наличия или отсутствия ангедонии в структуре депрессии; 2) при наличии ангедонии отдельные антидепрессанты более эффективны, чем другие; 3) ангедония может усугубляться на фоне терапии некоторыми антидепрессантами, особенно из группы СИОЗС; 4) ангедония чаще возникает при меланхолическом типе депрессии; 5) ангедония негативно влияет на прогноз и исход заболевания; 6) ангедония является трансдиагностическим симптомом; 7) присоединение антипсихотика (особенно АТП: арипипразол, карипразин) к терапии ангедонии может быть эффективным. Это обобщенное мнение врачей представляется значимым в аспекте повышения эффективности диагностики и терапии депрессий с ангедонией, поскольку данные литературы показывают, что врачи среди прочего нередко недооценивают распространенность и тяжесть эмоциональной индифферентности в качестве нежелательного явления у пациентов, получающих антидепрессанты [18–20]. Аналогичным образом, в ходе данного опроса также большая часть респондентов (54,5%) ответила «нет» на вопрос об усилении ангедонии под воздействием эмоциональной индифферентности.

Еще одним существенным фактором, потенциально затрудняющим как диагностику, так и выбор метода терапии ангедонии, является полиморфный характер ее симптоматики. К настоящему моменту описаны разнообразные проявления ангедонии (физические, интеллектуальные, эстетические, социальные [21, 22]), типы (консуматорная/антиципаторная [23]) и выраженность (парциальная/тотальная), не имеющие четкой дифференциально-диагностической привязки и в зависимости от внешних и внутренних обстоятельств в разной степени влияющие на общее психическое неблагополучие пациентов. Эти аспекты не присутствовали в пунктах опросника и указывают на направление дальнейших исследований.

Выводы

1. При ответе на вопрос о наиболее эффективных препаратах для терапии депрессии с ангедонией опрошенные врачи-психиатры чаще всего упоминали венлафак-

син (17,1% врача), вортиоксетин (13,7% врачей), агомелатин (12,5% врачей) и сертралин (8,6% врачей). Все эти препараты воздействуют в том числе и на дофаминергическую нейротрансмиссию, повышая уровень дофамина в головном мозге.

2. Эти антидепрессанты изучались в клинических исследованиях при терапии депрессий с ангедонией и доказали свою эффективность. На этом основании в научной литературе они входят в перечни средств 1-й линии для терапии депрессий с выраженной ангедонией.

3. Врачи, выбравшие антидепрессанты, повышающие уровень дофамина в головном мозге (например, венлафаксин), чаще, чем другие респонденты, руководствуются в своей работе научно обоснованными подходами: признают негативное влияние СИОЗС-индуцированной индифферентности, считают, что при наличии ангедонии отдельные антидепрессанты более эффективны, убеждены в выраженном негативном влиянии ангедонии на исходы и прогноз заболевания, рассматривают ангедонию как трансдиагностический симптом, видят смысл в присоединении антипсихотиков, особенно АТП.

4. Вместе с тем значительная часть российских психиатров (54,5%) недооценивает негативное влияние эмоциональной индифферентности, вызванной приемом некоторых антидепрессантов.

5. Больше половины респондентов (58,5%) не видит разницы в подходах к терапии депрессий с ангедонией и без нее.

6. Несмотря на наличие СИОЗС-индуцированной индифферентности частота выбора для терапии депрессий с ангедонией препаратов из группы СИОЗС (24,1%) не уступает выбору ИОЗСН (23,3%).

7. Полученные данные могут стать основой персонифицированных обучающих программ для врачей-психиатров, а также таргетного приглашения специалистов на обучение с учетом выделенных характеристик.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The authors declare that there is not conflict of interests.

Список литературы доступен на сайте журнала https://klin-razbor.ru/

The list of references is available on the journal's website https://klin-razbor.ru/

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Карпенко Ольга Анатольевна – канд. мед. наук, гл. науч. сотр. ГБУЗ «ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения г. Москвы». ORCID: 0000-0002-0958-0596

Кибитов Андрей Александрович – мл. науч. сотр. Научного отдела междисциплинарных исследований психического здоровья, ГБУЗ «ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения г. Москвы». ORCID: 0000-0001-7766-9675

Медведев Владимир Эрнстович – д-р мед. наук, доц., зав. каф. психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО Медицинского института ФГАОУ ВО «РУДН им. Патриса Лумумбы»; проф., заведующий курсом психиатрии ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского». E-mail: melkorcard@mail.ru; ORCID: 0000-0001-8653-596X

Мухин Александр Александрович – канд. мед. наук., психиатр, независимый эксперт. E-mail: doctormukhin@gmail.com

Поступила в редакцию: 14.09.2026
Поступила после рецензирования: 05.10.2026
Принята к публикации: 08.10.2026

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Olga A. Karpenko – Cand. Sci. (Med.), Senior Res. Officer, Psychiatric Clinical Hospital No. 1 named after N.A. Alekseev of the Moscow City Health Department. ORCID: 0000-0002-0958-0596

Andrey A. Kibitov – Res. Assist, Department of Interdisciplinary Mental Health Research, Psychiatric Clinical Hospital No. 1 named after N.A. Alekseev of the Moscow City Health Department. ORCID: 0000-0001-7766-9675

Vladimir E. Medvedev – Dr. Sci. (Med.), Assoc. Prof., Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia; Prof., Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute (MONIKI). E-mail: melkorcard@mail.ru; ORCID: 0000-0001-8653-596X

Alexander A. Mukhin – Cand. Sci. (Med.), psychiatrist, independent expert. E-mail: doctormukhin@gmail.com

Received: 14.09.2026
Revised: 05.10.2026
Accepted: 08.10.2026