

УДК 616.895.8–07:616.89–008.441.44
<https://doi.org/10.20538/1682-0363-2026-2-58-64>

Конституционально-морфологическая predisпозиция суицидального поведения при шизофрении

Корнетов А.Н., Галкин С.А., Меднова И.А., Петкун Д.А., Корнетова Е.Г.

Научно-исследовательский институт (НИИ) психического здоровья
Томского национального исследовательского медицинского центра (НИМЦ) Российской академии наук
Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4

РЕЗЮМЕ

Цель. Изучить связь конституционально-морфологических особенностей больных шизофренией с суицидальным поведением.

Материалы и методы. Обследовано 215 пациентов с диагнозом шизофрении. Возраст пациентов, возраст манифестации и продолжительность заболевания, история суицидальных попыток были получены путем структурированного клинического интервью и изучения медицинских карт. Дополнительно использовалась Шкала безнадежности Бека (Beck Hopelessness Inventory). Антропометрическое обследование проводилось по методике В.В. Бунака в модификации В.П. Чтецова. Конституционно-морфологические типы телосложения и соматическая половая дифференциация определялись на основании расчета индекса Rees-Eysenk и индекса Tanner.

Результаты. По критерию χ^2 были обнаружены статистически значимые различия частот распределения основных конституционально-морфологических типов между группами пациентов с суицидальными попытками и без ($p = 0,033$). При попарном сравнении значимые различия были выявлены только по частоте встречаемости астенического конституционально-морфологического типа ($p = 0,018$). Также при сравнении частот распределения конституционально-морфологических типов между пациентами с наличием и отсутствием безнадежности обнаружены статистически значимые различия ($p = 0,035$), в группе пациентов с безнадежностью преобладал астенический конституционально-морфологический тип ($p = 0,045$). Проведенный сетевой анализ позволил выделить два независимых друг от друга фактора суицидального риска у пациентов с шизофренией: клинический и антропометрический.

Заключение. Результаты исследования наглядно подтверждают значимость конституции в качестве независимого фактора риска суицидального поведения у пациентов с шизофренией. Полученные данные открывают перспективы для раннего выявления предрасположенности к суицидальным мыслям и действиям у данной группы больных.

Ключевые слова: шизофрения, суицидальный риск, парасуицид, безнадежность, конституция, антропометрия, индекс Rees-Eysenk, индекс Tanner

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 25-15-00344 «Конституционально-биологические предикторы риска суицидального поведения у больных шизофренией».

Соответствие принципам этики. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Исследование одобрено локальным этическим комитетом НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (протокол № 185 от 16.06.2025).

Для цитирования: Корнетов А.Н., Галкин С.А., Меднова И.А., Петкун Д.А., Корнетова Е.Г. Конституционально-морфологическая predisпозиция суицидального поведения при шизофрении. *Бюллетень сибирской медицины*. 2026;25(2):58–64. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2026-2-58-64>.

Constitutional and morphological predisposition to suicidal behavior in schizophrenia

Kornetov A.N., Galkin S.A., Mednova I.A., Petkun D.A., Kornetova E.G.

Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center (NRMС), Russian Academy of Sciences
4 Aleutskaya St., 634014 Tomsk, Russian Federation

ABSTRACT

Aim. To study the relationship of constitutional and morphological features of patients with schizophrenia with suicidal behavior.

Materials and methods. We examined 215 patients with schizophrenia. Information about the age of the patients, the age of manifestation and duration of the disease, and the history of suicide attempts was acquired through structured clinical interviews and examination of medical records. Additionally, the Beck Hopelessness Inventory was used. The anthropometric examination was carried out according to V.V. Bunak's method, modified by V.P. Chitetsov. Constitutional and morphological body types and somatic sexual differentiation were determined based on the calculation of the Rees – Eysenck index and the Tanner index.

Results. The χ^2 test revealed significant differences in the distribution frequencies of the main constitutional and morphological types between the groups of patients with and without suicide attempts ($p = 0.033$). Following a pairwise comparison, significant differences were found only in the frequency of asthenic constitutional and morphological type ($p = 0.018$). Also, when comparing the frequencies of the distribution of constitutional and morphological types between patients with and without hopelessness, significant differences were found ($p = 0.035$). In the group of patients with hopelessness, the asthenic constitutional and morphological type prevailed ($p = 0.045$). The network analysis made it possible to identify two independent suicide risk factors in patients with schizophrenia: clinical and anthropometric.

Conclusion. The results of the study clearly confirm the importance of the constitution as an independent risk factor for suicidal behavior in patients with schizophrenia. The data obtained open up prospects for early detection of predisposition to suicidal thoughts and actions in this group of patients.

Keywords: schizophrenia, suicidal risk, parasuicide, hopelessness, constitution, anthropometry, Rees – Eysenck index, Tanner index

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Source of financing. The study was supported by the Russian Science Foundation grant No. 25-15-00344 “Constitutional and biological predictors of suicidal behavior risk in patients with schizophrenia”.

Conformity with the principles of ethics. All patients signed an informed consent to participate in the study. The study was approved by the local Ethics Committee at Mental Health Research Institute, Tomsk NMRC (Minutes No. 185 dated 16.06.2025).

For citation: Kornetov A.N., Galkin S.A., Mednova I.A., Petkun D.A., Kornetova E.G. Constitutional and morphological predisposition to suicidal behavior in schizophrenia. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2026;25(2):58–64. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2026-2-58-64>.

ВВЕДЕНИЕ

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире около 800 тыс. человек погибают от самоубийств, при этом число попыток расстаться с жизнью также в год выше в 20 раз [1, 2]. Психические расстройства являются ведущей причиной суицидального поведения [3, 4]. У лиц с шизофренией риск умереть от суицида составляет примерно 5%, а вероятность попыток самоубийства

колеблется в диапазоне от 25 до 50% [5, 6]. Литературный поиск в базе данных PubMed по ключевым словам «schizophrenia» и «suicide» показал, что за последние два десятилетия количество работ, посвященных этой теме, увеличилось в 3,5 раза. Более того, суицид был признан одной из ведущих причин ранней смертности у пациентов с психическими расстройствами [7].

Ретроспективные исследования показывают, что среди пациентов психиатрических стационаров,

госпитализированных после попыток суицида, диагноз шизофрении устанавливается в 8,8–15,4% случаев [8, 9]. В амбулаторных условиях доля пациентов с шизофренией, совершивших суицидальные попытки, значительно выше и составляет до 55,6% [10, 11]. Среди основных факторов риска для этой группы выделяются наследственная предрасположенность к психическим расстройствам, суицидальные действия среди родственников, чувство одиночества, а также злоупотребление алкоголем [11].

В настоящее время основное внимание в исследованиях уделяется поиску различных биологических маркеров суицидального риска при шизофрении [12–15]. Однако, несмотря на значительные успехи, достигнутые в исследованиях генетических и нейробиологических основ шизофрении и суицидального поведения, а также в изучении клинических аспектов этих состояний, остается заметный пробел в области анализа биотипа пациентов. Биотип включает в себя такие параметры, как фенотипические особенности, морфофенотипические характеристики и конституциональный тип, который представляет собой структурный биомаркер реактивности организма, не подверженный значительным изменениям во взрослом возрасте. У здоровых людей он связан функциональным состоянием органов и систем [16]. У лиц с различной патологией реактивность влияет на характер болезни.

Так, наиболее детальные и всесторонние исследования в этом направлении проводились на примере шизофрении. На основе полученных данных Н.А. Корнетов в своих работах 1989 и 2008 гг. сформулировал антропологическую парадигму, которая пересмотрела прежние представления о роли конституциональной предрасположенности к определенным заболеваниям [17, 18]. Эта парадигма показала, что конституциональные особенности оказывают влияние не столько на возможность возникновения той или иной патологии, сколько на ее течение и исход. Такой подход открыл новые перспективы для прогнозирования патокинеза заболеваний и создания более индивидуализированных методов лечения.

Целью исследования – установить связь между конституционально-морфологическим статусом больных шизофренией и суицидальным поведением.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено на базе отделения эндогенных расстройств клиники Научно-исследовательского института психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук и Томской клинической психиатрической больницы. Выборку

составили 215 пациентов с верифицированным диагнозом шизофрении (F20 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)) в соответствии с клиническим интервью, проводимым экспертом – психиатром, входящим в авторский коллектив настоящей работы. Характеристика выборки по полу: 121 мужчина (56,3%), 94 женщины (43,7%).

Критерии включения в исследование:

- диагноз шизофрении по критериям МКБ-10;
- возраст 18–50 лет включительно;
- отсутствие врожденных и (или) приобретенных нарушений скелетного остова;
- отсутствие органических, включая симптоматических психических расстройств;
- отсутствие неврологических заболеваний;
- отсутствие тяжелых соматических заболеваний, приводящих к недостаточности органов и систем, в том числе имеющих прямую связь с предшествовавшими попытками суицида.

Критерии невключения в исследование:

- наличие зависимости от психоактивных веществ (за исключением зависимости от табака, которая высоко распространена у пациентов с шизофренией в России [19]);
- прием клозапина за последние полгода до включения в исследование (клозапин доказано уменьшает суицидальную активность больных [20]).

Информация о возрасте пациентов, возрасте манифестации и продолжительности психического расстройства, истории попыток суицида была получена с помощью изучения медицинской документации и структурированного клинического интервью. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Исследование одобрено локальным этическим комитетом НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (протокол № 185 от 16.06.2025).

Оценка тяжести выявленных нарушений у пациентов проводилась посредством Шкалы позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)) [21]. С учетом того, что родным языком для всех пациентов, включенных в исследование, был русский, при проведении их обследования использовалась русская версия шкалы SCI-PANSS, адаптированная в России С.Н. Мосоловым [22]. Оценка суицидального риска у пациентов проводилась посредством Шкалы безнадежности Бека (Beck Hopelessness Inventory BHI) [23], имеющей высокую чувствительность и специфичность у пациентов с шизофренией [24, 25]. Поэтому была использована первоначальная версия шкалы [23], содержащая 20 вопросов. Русская версия шкалы впервые была представлена А.А. Горбатковым [26] и была получена из более ранней версии [27].

Антропометрическое обследование осуществлялось путем измерения роста, поперечного диаметра грудной клетки, биакромиального и бикристалльного диаметра по методике, модифицированной В.П. Чечцовым [28]. В качестве инструментов использовались медицинские ростомер и большой толстотный циркуль. Конституционно-морфологические типы и соматическая половая дифференциация рассчитывались по индексам Rees-Eysenk и Tanner соответственно. Диапазоны их значений были установлены путем обследования группы сравнения из 100 здоровых добровольцев, сопоставимой с основной по полу и возрасту. Гиперстенический конституционно-морфологический тип имел значения меньше 95,1 у мужчин и меньше 96,8 у женщин, мезостенический – 95,1–105,7 у мужчин и 96,8–110,8 у женщин, астенический – больше 105,7 у мужчин и больше 110,8 у женщин. Для гинекоморфной соматической половой дифференциации значения меньше 87 были у мужчин и меньше 75 у женщин, для мезоморфной – 87–93,5 у мужчин и 75–81 у женщин, для андроморфной – больше 93,5 у мужчин и больше 81 у женщин.

Статистическая обработка данных проводилась в программе Statistica 12 (StatSoft, Inc. 1984–2014) и пакете программ R 4.5.2. Все полученные переменные представлены в абсолютных (n) и относительных (%) единицах. Частотный анализ осуществлялся с применением критерия χ^2 . Для сетевого анализа был применен пакет R statnet.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из всей выборки пациентов у 70 человек были зарегистрированы суицидальные попытки (парасуициды), что составило 32,6%. Сравнительный анализ частот распределения конституционно-морфологических типов между пациентами с историей суицидального поведения и без представлен в табл. 1.

Таблица 1

Сравнение частот встречаемости конституционно-морфологических типов в подгруппах, n (%)			
Конституционно-морфологический тип	Пациенты с парасуицидами	Пациенты без парасуицидов	p
Астенический	34 (48,6)	45 (31)	0,018**
Мезостенический	29 (41,4)	74 (51)	0,239**
Гиперстенический	7 (10)	26 (18)	0,190**
Всего	70 (100)	145 (100)	0,033*

Здесь и в табл. 2–4: * результаты вычисления χ^2 ; ** результаты попарного сравнения.

По критерию χ^2 были обнаружены статистически значимые различия частот распределения основных

конституционно-морфологических типов между группами пациентов ($p = 0,033$). При попарном сравнении значимые различия были выявлены только по частоте астенического типа телосложения ($p = 0,018$).

Сравнение распределения типов соматической половой дифференциации между подгруппами (табл. 2) не обнаружило значимых различий ($p = 0,581$), равно как и попарное сравнение по данным показателям ($p > 0,05$).

Таблица 2

Сравнение частот встречаемости разных типов соматической половой дифференциации в подгруппах, n (%)			
Тип соматической половой дифференциации	Пациенты с парасуицидами	Пациенты без парасуицидов	p
Андроморфный	24 (34,3)	53 (36,6)	0,862**
Мезоморфный	25 (35,7)	58 (40)	0,648**
Гинекоморфный	21 (30)	34 (23,4)	0,387**
Всего	70 (100)	145 (100)	0,581*

В качестве косвенного индикатора суицидального риска используется оценка безнадёжности, т.е. степени выраженности негативного отношения субъекта к собственному будущему. В связи с этим был проанализирован уровень безнадёжности в исследуемой группе пациентов с шизофренией. У большинства пациентов отмечалась легкая безнадёжность (41,4%) или ее отсутствие (35,8%), значительно реже умеренная (16,2%) и тяжелая (6,6%). При сопоставлении частот распределения типов телосложения между пациентами в зависимости от наличия и отсутствия безнадёжности (табл. 3) были выявлены статистически значимые различия ($p = 0,035$).

Таблица 3

Сравнение частот распределения конституционно-морфологических типов между подгруппами с наличием и отсутствием безнадёжности, n (%)			
Конституционно-морфологический тип	Безнадёжность		p
	Наличие	Отсутствие	
Астенический	58 (42)	21 (27,3)	0,045**
Мезостенический	64 (46,4)	39 (50,6)	0,646**
Гиперстенический	16 (11,6)	17 (22,1)	0,064**
Всего	138 (100)	77 (100)	0,035*

В результате попарного сравнения полученных групп значимые различия выявлены для астенического конституционно-морфологического типа ($p = 0,045$).

Аналогично были сопоставлены частоты распределения типов соматической половой дифференциации у пациентов в зависимости от наличия или отсутствия безнадёжности. Сопоставление не показало статистически значимых различий ($p > 0,05$) (табл. 4).

Таблица 4

Сравнение частот распределения типов соматической половой дифференциации в зависимости от наличия и отсутствия безнадежности, n (%)			
Тип соматической половой дифференциации	Безнадежность		p
	Наличие	Отсутствие	
Андроморфный	54 (39,1)	23 (29,9)	0,226**
Мезоморфный	48 (34,8)	35 (45,4)	0,163**
Гинекоморфный	36 (26,1)	19 (24,7)	0,948**
Всего	138 (100)	77 (100)	0,261*

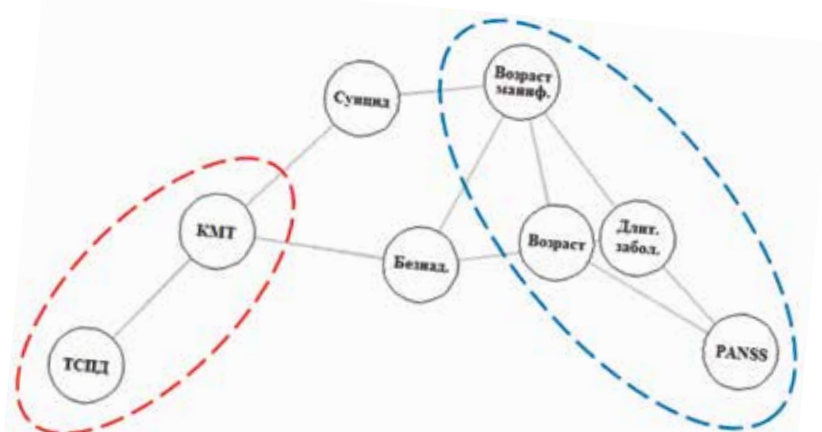


Рисунок. Сетевая модель суицидального риска при шизофрении: КМТ – конституционально-морфологический тип; ТСПД – тип соматической половой дифференциации

ОБСУЖДЕНИЕ

Частота зарегистрированных попыток суицида в изучаемой выборке пациентов с шизофренией достигла 32,6%. Этот показатель соответствует результатам, полученным в ряде других исследований [3–6], и отражает усредненную тенденцию, характерную для данной категории больных. Высокая частота суицидальных попыток у пациентов с шизофренией является серьезной проблемой, требующей комплексного подхода к терапии и реабилитации. Важно учитывать не только купирование психотических симптомов, но и коррекцию сопутствующих расстройств, таких как депрессия, тревога и злоупотребление психоактивными веществами, которые могут значительно повышать риск суицида [11].

Помимо ретроспективных данных, проведенное исследование содержит в себе наблюдательный компонент в поперечном дизайне. В качестве потенциального фактора риска суицидального поведения проанализирован уровень безнадежности, который показал достаточно высокую распространенность данного показателя среди пациентов с шизофренией: у 64,2% выявлена безнадежность различной степени выраженности. Безнадежность, будучи одним признаков выраженности депрессивной симптоматики, значительно влияет на осознание психической болезни пациентом, а также понимание ее последствий

и признание необходимости лечения и соблюдения врачебных рекомендаций [26, 29].

Ранее нашей научной группой были представлены данные о соматоморфологических предикторах развития негативных нарушений в клинической картине шизофрении [30, 31], а также нежелательных последствий антипсихотической терапии [32, 33]. Тем не менее роль антропометрических характеристик в суицидальном поведении оставалась неоднозначной. Выявленное в настоящем исследовании существенное преобладание астенического конституционально-морфологического типа, как среди пациентов с парасуицидами, так и с безнадежностью, поднимает вопрос о целесообразности выделения конституционально-морфологической predisпозиции суицидального поведения при шизофрении.

Учитывая два основных аспекта суицидального поведения, а именно наличие в анамнезе парасуицидов и текущий показатель уровня безнадежности, проведен сетевой анализ суицидального риска при шизофрении. Полученная сеть позволила выделить два различных и независимых фактора, играющих ключевую роль в формировании суицидального риска.

Первый фактор связан с клиническими характеристиками, отражающими особенности формирования и течения заболевания, а также тяжесть психопатологической симптоматики пациентов. Второй фактор имеет антропометрическую природу, в ос-

нову которой заложены физические параметры, способные определять предрасположенность к суицидальному поведению. Такой подход предоставляет возможность глубокого анализа взаимосвязей между исследуемыми переменными и формирования более точных стратегий предупреждения суицидального риска на ранних этапах заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования наглядно подтверждают значимость конституции в качестве независимого фактора риска суицидального поведения у пациентов с шизофренией. Полученные данные открывают перспективы для раннего выявления предрасположенности к суицидальным мыслям и действиям у данной группы больных, что, в свою очередь, может способствовать существенному сокращению неблагоприятных последствий шизофрении и применять индивидуальную тактику к психологическому консультированию, психотерапии и реабилитации.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Lovero K.L., Dos Santos P.F., Come A.X., Wainberg M.L., Oquendo M.A. Suicide in global mental health. *Curr. Psychiatry Rep.* 2023;25(6):255–262. DOI: 10.1007/s11920-023-01423-x.
2. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2018;15(7):1425. DOI: 10.3390/ijerph15071425.
3. Sutar R., Kumar A., Yadav V. Suicide and prevalence of mental disorders: A systematic review and meta-analysis of world data on case-control psychological autopsy studies. *Psychiatry Res.* 2023;329:115492. DOI: 10.1016/j.psychres.2023.115492.
4. Kim H., Jung J.H., Han K., Jeon H.J. Risk of suicide and all-cause death in patients with mental disorders: a nationwide cohort study. *Mol. Psychiatry.* 2025;30(7):2831–2839. DOI: 10.1038/s41380-025-02887-4.
5. Cassidy R.M., Yang F., Kapezinski F., Passos I.C. Risk Factors for Suicidality in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of 96 Studies. *Schizophr. Bull.* 2018;44(4):787–797. DOI: 10.1093/schbul/sbx131.
6. Berardelli I., Rogante E., Sarubbi S., Erbutto D., Lester D., Pompili M. The importance of suicide risk formulation in schizophrenia. *Front. Psychiatry.* 2021;12:779684. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.779684.
7. Song I.A., Park H.Y., Oh T.K. Suicide Risk in Individuals With Psychiatric Disorder: Population-Based Cohort Study. *Psychiatry Investig.* 2025;22(12):1422–1429. DOI: 10.30773/pi.2025.0195.
8. Мехтиев Э.С., Аббасова С.Э., Касимов О.Г., Днов К.В. Клиническая характеристика лиц разных национальностей, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в психиатрический стационар. *Вестник Российской военно-медицинской академии.* 2018;63(3):114–118.
9. De Leo D., Klieve H. Communication of suicide intent by schizophrenic subjects: data from the Queensland Suicide Register. *Int. J. Ment. Health Syst.* 2007;1(1):6. DOI: 10.1186/1752-4458-1-6.
10. Deisenhammer E.A., Behrnt-Bauer E.M., Kemmler G., Haring C., Miller C. Suicide in Psychiatric Inpatients – A Case-Control Study. *Front. Psychiatry.* 2020;11:591460. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.591460.
11. Иванов О.В. Сравнительные характеристики основных социально-демографических показателей у психически больных-суицидентов. *Евразийский союз ученых.* 2015;19(10-1):27–32.
12. Кибитов А.О., Шумская Д.С. Современные полные ассоциативные исследования психических расстройств: фокус на механизмы воспаления. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2024;125(4):56–65. DOI: 10.26617/1810-3111-2024-4(125)-56-65.
13. Garcia Fernandez A., Martínez-Cao C., Couce-Sánchez M., González-Blanco L., Sáiz P., García-Portilla P. Relation between biomarkers and suicide attempts in patients with schizophrenia. *Eur. Psychiatry.* 2024;67(Suppl. 1):S125. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2024.293.
14. Zakharova N.V., Bravve L.V., Mamedova G.S., Kaydan M.A., Ershova E.S., Martynov A.V. et al. Telomere length as a marker of suicidal risk in schizophrenia. *Consortium Psychiatricum.* 2022;3(2):37–47. DOI: 10.17816/CP171.
15. Dickerson F., Adamos M., Katsafanas E., Khushalani S., Origoni A., Savage C. et al. The association between immune markers and recent suicide attempts in patients with serious mental illness: A pilot study. *Psychiatry Res.* 2017;255:8–12. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.05.005.
16. Гарганеева Н.П., Таминова И.Ф., Калужин В.В., Калужина Е.В., Смирнова И.Н., Сарычева Т.В. Антропометрические особенности и функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у квалифицированных спортсменов разных видов спорта. *Российский кардиологический журнал.* 2023;28(11):5538. DOI: 10.15829/1560-4071-2023-5538.
17. Корнетов Н.А. Соматическая половая дифференциация больных шизофренией по некоторым антропометрическим показателям. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 1989;89(5):97–102.
18. Корнетов Н.А. Концепция клинической антропологии в медицине. *Бюллетень сибирской медицины.* 2008;7(1):7–31. DOI: 10.20538/1682-0363-2008-1-7-31.
19. Светличная Т.Г., Воронов В.А., Смирнова Е.А. Паттерны табачной и алкогольной зависимости у госпитализированных больных шизофренией: медико-социологическое исследование. *Психиатрия.* 2020;18(4):51–62. DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-4-51-62.
20. Khokhar J.Y., Henricks A.M., Sullivan E.D.K., Green A.I. Unique effects of clozapine: a pharmacological perspective. *Adv. Pharmacol.* 2018;82:137–162. DOI: 10.1016/b.s.apha.2017.09.009.
21. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1987;13(2):261–276. DOI: 10.1093/schbul/13.2.261.
22. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптомов

- матики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. М.: Новый цвет, 2001:238.
23. Beck A.T., Weissman A., Lester D., Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1974;42(6):861–865. DOI: 10.1037/h0037562.
 24. Aloba O., Esan O., Alimi T. Adaptation of the Beck Hopelessness Scale as a suicide risk screening tool among Nigerian patients with schizophrenia. *Int. J. Psychiatry Clin. Pract.* 2018;22(1):19–24. DOI: 10.1080/13651501.2017.1356928
 25. Rueda-Jaimes G.E., Castro-Rueda V.A., Rangel-Martínez-Villalba A.M., Moreno-Quijano C., Martínez-Salazar G.A., Camacho P.A. Validation of the Beck Hopelessness Scale in patients with suicide risk. *Rev. Psiquiatr. Salud. Ment. (Engl. Ed.)*. 2018;11(2):86–93. DOI: 10.1016/j.rpsm.2016.09.004.
 26. Горбатков А.А. Шкала надежды-безнадежности: дименсиональная структура и ее детерминанты. *Российский психологический журнал*. 2007;4(2):26–34.
 27. Czapłński J. Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej. Warszawa: Akademos, 1992:38. (in Pol.).
 28. Чтецов В.П., Негашева М.А., Лапшина Н.Е. Изучение состава тела у взрослого населения: методические аспекты. *Вестник Московского университета. Сер. 23. Антропология*. 2012;(2):43–52.
 29. Han H., Midorikawa A. Depression accompanied by hopelessness is associated with more negative future thinking. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(12):1208. DOI: 10.3390/healthcare12121208.
 30. Корнетова Е.Г., Галкин С.А., Корнетов А.Н., Петкун Д.А., Казенных Т.В., Бохан Н.А. Влияние конституционально-морфологических особенностей больных шизофренией на степень выраженности нейрокognитивного дефицита. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2024;34(1):26–34.
 31. Микилев Ф.Ф., Корнетова Е.Г., Лобачева О.А., Корнетов А.Н., Семке А.В. Психометрическая оценка симптомов и клиническая динамика шизофрении в зависимости от конституционально-морфологического типа больных. *Бюллетень сибирской медицины*. 2016;15(2):58–64. DOI: 10.20538/1682-0363-2016-2-58-64.
 32. Гончарова А.А., Корнетова Е.Г., Корнетов А.Н., Семке А.В. Существует ли конституционально-морфологическая predisпозиция к акатизии у больных шизофренией, получающих антипсихотическую терапию? *Бюллетень сибирской медицины*. 2019;18(4):36–43. DOI: 10.20538/1682-0363-2019-4-36-43.
 33. Галкин С.А., Корнетова Е.Г., Меднова И.А., Тигунцев В.В., Корнетов А.Н. Распространенность и факторы риска синдрома удлинения интервала QT у пациентов с шизофренией на фоне приема антипсихотиков. *Современная терапия психических расстройств*. 2024;(2):32–39. DOI: 10.21265/PSYPH.2024.31.31.004

Вклад авторов

Корнетов А.Н. – разработка концепции и дизайна исследования, редактирование текста рукописи. Галкин С.А. – статистический анализ данных, написание текста рукописи. Меднова И.А. – антропометрическое обследование выборки, ведение базы данных. Петкун Д.А. – клиничко-психопатологическое и психометрическое обследование выборки, ведение базы данных. Корнетова Е.Г. – проверка критически важного интеллектуального содержания, окончательное утверждение для публикации рукописи.

Информация об авторах

Корнетов Александр Николаевич – д-р мед. наук, вед. науч. сотрудник, отделение аффективных состояний, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ, г. Томск, alkornetov@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-2342-7504>

Галкин Станислав Алексеевич – канд. мед. наук, ст. науч. сотрудник, отделение аддитивных состояний, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ, г. Томск, s01091994@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-7709-3917>

Меднова Ирина Андреевна – канд. мед. наук, науч. сотрудник, лаборатория молекулярной генетики и биохимии, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ, irinka145@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-8057-3305>

Петкун Дмитрий Александрович – мл. науч. сотрудник, отделение эндогенных расстройств, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ, г. Томск, substantia_p@mail.ru, <http://orcid.org/0009-0008-1878-5084>

Корнетова Елена Георгиевна – д-р мед. наук, зав. отделением эндогенных расстройств, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ, г. Томск, ekornetova@outlook.com, <http://orcid.org/0000-0002-5179-9727>

(✉) Корнетов Александр Николаевич, alkornetov@gmail.com

Поступила в редакцию 30.12.2025;
одобрена после рецензирования 14.01.2026;
принята к публикации 22.01.2026