

ВАЛИДИЗАЦИЯ РОССИЙСКОЙ ВЕРСИИ ОПРОСНИКА HCL-32 ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ II ТИПА СРЕДИ БОЛЬНЫХ, НАБЛЮДАЮЩИХСЯ С ДИАГНОЗОМ РЕКУРРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА

**С.Н. Мосолов, А.В. Ушкалова, Е.Г. Костюкова, А.А. Шафаренко,
П.В. Алфимов, А.Б. Костюкова, А.А. Курсаков, Л.В. Образцова**

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –
филиал ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России,
ГБУЗ Центральная московская областная клиническая психиатрическая
больница*

Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют, что диагностика биполярного аффективного расстройства (БАР) является достаточно сложной задачей [2, 3, 13, 24, 32, 36]. Наиболее характерны диагностические ошибки у пациентов с БАР II типа, так как за медицинской помощью эти пациенты обычно обращаются в период депрессии, и наиболее часто им устанавливается диагноз рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) [1, 5, 6, 8, 12, 31, 41, 45]. В период гипомании такие пациенты не попадают в поле зрения психиатра, так как эти эпизоды не рассматриваются ими как болезненные, и, соответственно, периоды гипомании остаются невыявленными [4, 8, 16, 29].

В РФ диагностика БАР II осложняется также отсутствием диагностических критериев этого состояния в классификации МКБ-10, поэтому прицельный расспрос на выявление гипоманий в анамнезе проводится редко, и диагноз БАР устанавливается только при наличии развернутых маний [4, 8, 42]. Между тем, исследования феноменологии, наследственности и течения заболевания подтверждают, что БАР II является самостоятельной диагностической единицей [15, 17, 28]. В связи с этим актуальным является разработка и внедрение в рутинную медицинскую практику эффективных диагностических инструментов, позволяющих, прежде всего, выявлять гипоманию [10, 18, 25, 48, 56, 58]. Для унифицированной диагностики психических расстройств используются специализированные диагностические опросники. За рубежом с этой целью наиболее часто применяют Структурированное клиническое интервью [52], однако оно имеет существенные ограничения в выявлении БАР и, особенно, БАР II [11].

В эпидемиологических исследованиях основными инструментами для выявления БАР являются опросники Mood Disorder Questionnaire (MDQ) [26, 43], Hypomania Checklist (HCL-32) [9, 55] и шкала Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS) [21, 51]. MDQ был переведен на несколько языков [32]. Проведенные исследования показали, что он имеет достаточно высокую чувствительность в отношении БАР I, но низкую чувствительность в отношении БАР II и других расстройств биполярного спектра [20, 34, 38, 39, 59]. При применении MDQ в качестве первого диагностического инструмента из поля зрения врачей выпадает примерно треть больных БАР с ложнонегативными показателями по данной шкале [23, 30, 57]. Кроме того, эффективность скрининга при использовании MDQ подвержена значительным колебаниям в медицинских учреждениях разного типа [59].

Шкала BSDS, разработанная специально для скрининга БАР, менее апробирована, чем MDQ [38], но по имеющимся данным, она превосходит последний по эффективности скрининга расстройств биполярного спектра у пациентов с большими депрессивными эпизодами [49]. В то же время, в одном исследовании с участием 181 пациента, 90% из которых страдали БАР I, чувствительность шкалы BSDS составила 0,52, что позволило авторам подвергнуть сомнению ее диагностическую ценность [46]. В другом исследовании с участием 1 100 амбулаторных пациентов была показана высокая негативная прогностическая ценность шкалы BSDS, позволяющая эффективно исключать диагноз БАР, но низкая позитивная прогностическая ценность, что поставило под сомнение возможность ее применения со скрининговой целью для установления диагноза БАР [57].

К числу достаточно хорошо изученных инструментов относится самоопросник HCL-32, основной целью которого является выявление симптомов гипомании в анамнезе пациента [9]. Апробация версий этого опросника в различных странах показала его высокую чувствительность в дифференциации БАР и РДР, наряду с краткостью и простотой использования, что позволило исследователям рекомендовать HCL-32 для применения со скрининговой целью в медицинской практике [14, 18, 22, 33, 35, 37, 40, 50, 52–54]. По мнению Y.Poon и соавт. [44], использование опросника HCL-32 в сочетании со сбором семейного анамнеза является лучшим подходом для выявления нераспознанного БАР среди пациентов с различными психиатрическими диагнозами.

Целью настоящего исследования была валидизация русскоязычной версии опросника HCL-32 для выявления больных с БАР II среди пациентов с текущим диагнозом РДР.

Материалы и методы

Участниками когортного диагностического исследования были амбулаторные и стационарные пациенты Московского НИИ психиатрии и ГКПБ №4 им. П.Б.Ганнушкина в возрасте от 18 до 65 лет с текущим диагнозом РДР. Критерии включения/исключения из исследования приведены в табл. 1.

Сбор основных социально-демографических и клинических данных проводился в течение одного визита путем опроса пациента и анализа медицинской документации. Психиатрический диагноз устанавливался на основании клинической оценки и верифицировался при помощи структурированного диагностического интервью MINI [47]. Другим исследователем, «ослепленным» к результатам клинической оценки, пациент опрашивался по шкале HCL-32 [9]. HCL-32 – опросник, предназначенный для самозаполнения пациентом с целью выявления симптомов гипомании, однако, в предыдущих исследованиях самостоятельное заполнение опросника больными было сопряжено со значительным удлинением времени тестирования и увеличением числа выбывших участников из-за невозвращения анкет [27], поэтому в нашем исследовании опрос проводил врач-психиатр, хотя у больного перед глазами имелась своя версия опросника.

HCL-32 состоит из трех разделов (см. приложение 1). Основной (второй) раздел представляет собой перечень различных признаков гипомании. Он содержит 32 вопроса, требующих ответа «да»/«нет», общий балл получают путем суммации положительных ответов. Раздел 1 позволяет определить самочувствие больного в текущий момент, то есть, по сути, самооценку больным своего состояния в момент обследования. Вопросы раздела 3 направлены на оценку влияния подъемов настроения на семью, общение, работу, досуг и реакцию окружающих, среднюю длительность подъемов настроения, их наличие и длительность за последний год.

Статистический анализ

Статистический анализ проводился с использованием Statistica, версия 9.0. Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости «р» принимался равным 0,05.

Количественные показатели анализировались с помощью критерия Стьюдента, данные представлялись в виде среднего арифметического и среднеквадратического отклонения (SD). Для сравнения бинарных показателей использовали критерий сопряженности Пирсона χ^2 , а в случае, когда ожидаемая частота составляла менее 5 – критерий Фишера.

Для анализа многомерных таблиц сопряженности использовали критерий χ^2 с последующим анализом статистической значимости разности процентов по таблицам сопряженности (программа Medcalc 9.0). Для количественной оценки каждого пункта шкалы и для оценки бинарных переменных, полученных редуцированием категориальных переменных, рассчитывали отношение шансов (ОШ) и 95% доверительный интервал к ОШ по методу Вульфа.

Для валидизации шкалы HCL-32 определяли чувствительность, специфичность и площадь под кривой (AUC). Построение диаграмм рассеивания, а также анализ ROC кривых проводились в программе MedCalc 9.0.

Результаты исследования

На основании соответствия критериям включения участие в исследовании было предложено 452 пациентам, 43 из которых отказались или оказались не в состоянии подписать информми-

Таблица 1

Критерии включения/исключения из исследования

Критерии включения	Критерии исключения
Наличие подписанного информированного согласия	Неспособность или нежелание пациента подписать информированное согласие
Текущий диагноз РДР	Текущий диагноз БАР
Возраст от 18 до 65 лет	Наличие аффективного расстройства вследствие органического поражения ЦНС
Длительность заболевания ≥ 3 лет	
Наличие в анамнезе 2 и более эпизодов заболевания	

рованное согласие на участие в исследовании. В итоге, в исследование было включено 409 больных с текущим диагнозом РДР. Средний возраст участников составил 48,4 года (SD=10,8), соотношение лиц мужского и женского пола – 22,2/77,8%; 90,2% участников находились на стационарном и 9,8% на амбулаторном лечении.

Верификация диагноза по опроснику MINI

По результатам обследования по опроснику MINI пациенты были разделены на 3 группы: 1) с подтвержденным диагнозом РДР; 2) с диагнозом, измененным на БАР II типа; 3) с диагнозом, измененным на БАР I типа. Диагноз РДР был подтвержден у 242 (59,2%) пациентов, остальным 167 (40,8%) был установлен диагноз БАР II (35,9%) или БАР I (4,9%). Пациенты последней группы из дальнейшего обсчета были исключены, так как дифференциация между РДР и БАР I не входила в цели исследования. Таким образом, в окончательный анализ были включены данные 389 пациентов с диагнозами РДР и БАР II.

Пациенты групп сравнения статистически значимо не различались по возрасту, полу, уровню образования и уровню занятости. Средний возраст на момент включения в исследование составил 47 (SD=11) в группе БАР II и 49 (SD=11) в группе РДР.

Валидизация русскоязычной версии шкалы HCL-32

Суммарный балл по шкале HCL-32 был существенно выше у больных с диагнозом, измененным на БАР II (18,2) и БАР I (20,9), чем у больных с верифицированным диагнозом РДР (10,85) (табл. 2).

В соответствии с рекомендациями разработчиков шкалы пациенты были распределены по соотношению суммарного балла HCL больше или меньше 14. «Положительными» ($\Sigma \geq 14$) оказались 123 (83,7%) пациента в группе БАР II и всего 68 больных в группе РДР (28,1%) ($p < 0,0001$).

Оптимальная точка разделения для диагностики БАР II и РДР с наилучшим соотношением значений чувствительности (83,7%) и специфичности (71,9%)

составила >14,0 баллов, как было установлено разработчиками опросника (табл. 3).

При анализе отдельных пунктов по шкале HCL-32 различия по большинству из них (положительные ответы на вопросы) в группах больных БАР II и РДР имели статистическую значимость. Наиболее выраженные различия (преобладание положительных ответов в группе БАР II) были выявлены по таким факторам, как снижение потребности в сне (ОШ=4,89), приподнятое настроение (ОШ=5,69), ускорение мышления (ОШ=5,49) и «скачка» мыслей (ОШ=7,11), говорливость (ОШ=7,30) и особенно отвлекаемость (ОШ=9,21).

Только четыре показателя (повышенная активность, рискованное вождение, более частые ссоры, употребление большего количества психотропных лекарств) не имели статистически значимой сопряженности с диагнозом БАР II на 5% уровне, хотя эти показатели также были более высокими в группе БАР II по сравнению с группой РДР.

В связи с большим количеством факторов, каждый из которых имеет различную оценку по показателю отношения шансов (ОШ), на следующем этапе работы была использована логистическая регрессия с включением всех переменных шкалы (табл. 4).

В результате было выделено 8 наиболее важных пунктов шкалы, обеспечивающих дифференциальную диагностику между БАР II и РДР (табл. 5), при этом каждый из них оказывал неравнозначное влияние, например, «снижение потребности в сне» (ОШ=4,72) имел большее значение для дифференциальной диагностики, чем «говорливость» (ОШ=1,95).

Таблица 2

Суммарный балл по шкале HCL-32 у пациентов с верифицированными диагнозами по MINI

Диагноз (по MINI)	Балл по HCL-32 (SD)	p
РДР (n=242)	10,85 (5,81)	p=0,000001
БАР II (n=147)	18,2 (4,22)	

Таблица 3

Распределение показателей чувствительности и специфичности шкалы HCL-32 в зависимости от общего балла

Суммарный балл	Чувствительность	95% ДИ	Специфичность	95% ДИ
>10	93,88	88,7–97,2	52,07	45,6–58,5
>11	91,84	86,2–95,7	57,85	51,4–64,1
>12	90,48	84,5–94,7	61,98	55,5–68,1
>13	86,39	79,8–91,5	67,36	61,1–73,2
>14 *	83,67	76,7–89,2	71,90	65,8–77,5
>15	76,87	69,2–83,4	76,03	70,1–81,3
>16	68,03	59,8–75,5	82,23	76,8–86,8

Количественная оценка показателей шкалы NCL-32

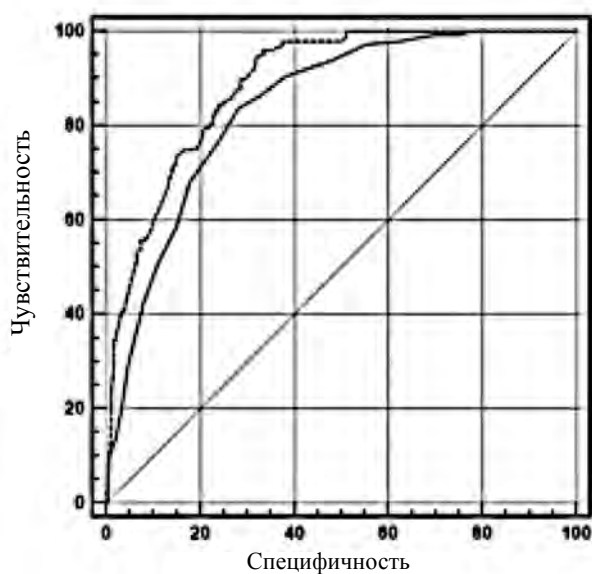
№	Переменные шкалы NCL-32	Отношение шансов (ОШ)	95% доверительный интервал
1	Снижение потребности в сне	4,89	3,12–7,66
2	Повышенная энергия и активность	1,62	0,87–3,02
3	Повышенная уверенность в себе	2,88	1,59–5,22
4	Повышенное удовольствие от работы	2,34	1,42–3,87
5	Повышенная общительность	2,88	1,72–4,80
6	Тяга к путешествиям	2,79	1,82–4,27
7	Рискованное вождение	1,74	0,89–3,42
8	Повышенная трата денег	3,24	2,08–5,06
9	Повышенный повседневный риск	4,61	2,49–8,56
10	Повышенная физическая активность	2,39	1,57–3,64
11	Много планов и проектов	4,80	2,89–7,96
12	Изобретательность	4,00	2,56–6,25
13	Меньшая застенчивость и закомплексованность	4,34	2,73–6,88
14	Экстравагантность в одежде	1,92	1,27–2,91
15	Общительность	3,28	1,99–5,38
16	Повышенная сексуальная активность	2,90	1,89–4,44
17	Флирт	5,59	3,57–8,74
18	Говорливость	7,30	4,52–11,79
19	Ускорение мышления	5,49	3,48–8,67
20	Желание шутить и каламбурить	7,87	4,87–12,62
21	Отвлекаемость	9,21	5,69–14,91
22	Появление новых занятий	3,57	2,30–5,55
23	«Скачка» мыслей	7,11	4,46–11,34
24	Все легко удается	3,39	1,59–5,89
25	Нетерпеливость и раздражительность	2,84	1,84–4,37
26	Раздражение и утомление окружающих	1,99	1,19–3,33
27	Частые ссоры	1,65	0,93–2,93
28	Приподнятое и оптимистичное настроение	5,69	2,82–11,47
29	Повышенное потребление кофе	2,29	1,40–3,77
30	Большее количество сигарет	2,78	1,61–4,79
31	Повышенное потребление алкоголя	2,67	1,25–5,74
32	Повышенное потребление психотропных лекарств	2,37	0,74–7,64

Таблица 5

Наиболее важные предикторы, обеспечивающие дифференциальную диагностику между БАР II и РДР

Показатель шкалы	χ^2	p	ОШ	95%ДИ ²
1. ¹ Снижение потребности в сне	26,24	0,0001	4,72	2,60–8,57
13. Меньшая застенчивость и закомплексованность	8,58	0,0034	2,49	1,35–4,58
18. Говорливость	4,23	0,0396	1,95	1,03–3,70
20. Желание шутить и каламбурить	6,97	0,0083	2,37	1,25–4,50
21. Отвлекаемость	9,59	0,0020	2,61	1,42–4,79
23. «Скачка» мыслей	16,09	0,0001	3,49	1,8–96,45
26. Раздражение и утомление окружающих	4,15	0,0417	2,06	1,03–4,13
28. Приподнятое и оптимистичное настроение	3,47	0,0626	2,36	0,95–5,84

Примечания: ¹ – нумерация соответствует вопросам в шкале NCL-32, ²ДИ – доверительный интервал.



Характеристические кривые при использовании суммарного балла 32 показателей и взвешенных оценок 8 наиболее информативных показателей

Для каждого пациента была произведена суммарная балльная оценка по 8 основным признакам, то есть при положительном ответе на вопрос производилось умножение на коэффициент (К), соответствующий показателю ОШ. Полученные суммы принимали значения от 0 до 22. Среднее значение суммарной оценки у пациентов с БАР II составило 14,9 (SD 3,9) и было достоверно ($p < 0,000001$) выше, чем у пациентов с РДР – 6,8 (SD 4,9). Оптимальное соотношение чувствительности и специфичности (89,8%, и 71,5%) наблюдалось в точке $>9,3$, которая может считаться точкой разделения двух диагностических категорий.

Результаты ROC-анализа [7] и показатели чувствительности и специфичности для полной версии HCL-32 и сокращенной версии, с использованием 8 «взвешенных» показателей, представлены на рисунке.

Подход с использованием взвешенных оценок показателей шкалы HCL-32, полученных при использовании логистической регрессии, позволил повысить чувствительность шкалы с 83,7% до 89,8%, при сохранении ее специфичности (71,9% против 71,5% соответственно), при этом использовались только 8 наиболее информативных показателей с рассчитанными весами, вместо 32, имеющих одинаковое значение.

Однако данный подход требует дополнительных усилий и временных затрат в связи с необходимостью дополнительных математических вычислений. В связи с этим были рассчитаны показатели чувствительности и специфичности шкалы для простой суммы ответов. Такой подход еще более увеличил чувствительность, но несколько снизил специфичность опросника (90,5% и 69,8% соответственно) с оптимальной точкой разделения ≥ 3 .

Анализ ответов на вопросы первого раздела шкалы HCL-32 показал, что свое самочувствие в момент обследования большинство больных в обеих группах оценивали как «хуже, чем обычно», что отражает актуальную депрессивную симптоматику. При этом ответ «значительно хуже» в группе БАР II встречался существенно реже, чем в группе РДР – 8,2% по сравнению с 17,8% ($p=0,01$), а ответ «немного хуже» – напротив, достоверно чаще (27,9% по сравнению с 16,9%, $p=0,014$). Таким образом, пациенты с БАР II оценивали свое состояние как менее тяжелое по сравнению с пациентами с РДР.

Общая самооценка больных с БАР колебалась в зависимости от аффективных фаз – они достоверно чаще считали себя «то лучше, то хуже» по сравнению с другими людьми ($p=0,0003$), в то время как пациенты с РДР в основном считали себя «такими же, как все» ($p=0,0001$).

Обсуждение результатов

Данные, полученные нами при валидации русскоязычной версии шкалы HCL-32, практически полностью совпадают с результатами зарубежных исследований. Оптимальная точка разделения для диагностики БАР II и РДР составила так же, как в исследовании разработчиков [9] и в большинстве других исследований, $\geq 14,0$ баллов [33, 48, 52]. При этом соотношение чувствительности и специфичности в точке разделения в нашем исследовании было даже несколько лучше, чем в большинстве зарубежных исследований – 83,67 и 71,90% соответственно. В исследовании разработчиков чувствительность в точке разделения составила 80%, специфичность – 51% [9], в других исследованиях – 79,8 и 6,5%; 85 и 79%; 86 и 69%; 77 и 62%; 82 и 67%; 73 и 91%; 68 и 83% соответственно [18, 22, 33, 49, 52–54]. Анализ отдельных факторов по шкале HCL-32 также позволил выявить значимые статистические различия между больными БАР II и РДР по 28 из 32 показателей, а четыре показателя (повышенная активность, рискованное вождение, более частые ссоры, употребление большого количества психотропных лекарств), разница между которыми оказалась недостоверной, тоже были более высокими в группе БАР II по сравнению с группой РДР. Кроме того, были выявлены восемь наиболее важных пунктов, обеспечивающих дифференциальную диагностику между БАР II и РДР: снижение потребности в сне, меньшая застенчивость и закомплексованность, говорливость, желание шутить и каламбурить, отвлекаемость, «скачка» мыслей, раздражение и утомление окружающих, приподнятое и оптимистичное настроение (пункты 1, 13, 18, 20, 21, 23, 26 и 28 раздела 2 опросника HCL-32), каждый из которых имеет большее или меньшее значение для диагностики. Подход с использованием взвешенных оценок показателей шкалы HCL-32 позволил повысить ее чувствительность

с 83,7% до 89,8% при сохранении специфичности (71,9% против 71,5% соответственно).

Возможность эффективного дифференцирования между БАР II и РДР с помощью редуцированной до 16 вопросов версии шкалы HCL была показана и в исследовании, проведенном в Великобритании [19]. В редуцированной версии, предложенной британскими учеными, были оставлены пункты 1, 4, 6, 8, 9, 10, 13, 14, 17, 19, 20, 27, 28, 30, 31 и 32 шкалы HCL-32. Таким образом, наиболее значимые предикторы, обеспечивающие дифференциальную диагностику между БАР II и РДР, лишь частично совпадали в нашем и британском исследовании, а по одному из 16 признаков (повышенное потребление психотропных лекарств), в нашем исследовании были получены недостоверные различия. Напротив, в предлагаемую этими авторами шкалу не включены 2 предиктора, которые, по нашим данным, входили в число наиболее важных – «скачка» мыслей (п. 23) и раздражение окружающих (п. 26). Возможно, что эти различия могут, по крайней мере, частично объясняться культурологическими особенностями, например, большим потреблением психотропных препаратов в западных странах в целом по сравнению с Россией и более терпимым отношением к окружающим. Чувствительность редуцированной

16-пунктной английской шкалы составила 83%, специфичность – 71%.

К ограничениям исследования следует отнести использование HCL-32 в качестве опросника, заполнявшегося врачом-психиатром, а не самоопросника для пациента. Другим важным недостатком являлось отсутствие сравнения с другими скрининговыми шкалами для БАР II, ввиду отсутствия их валидизированных русскоязычных версий.

Таким образом, русскоязычная версия шкалы HCL-32 продемонстрировала в нашем исследовании хорошее соотношение чувствительности и специфичности, что позволяет рекомендовать ее для применения в медицинской практике для выявления БАР II в период актуальной депрессии. Дальнейшего изучения требует предложенная нами редуцированная 8-пунктная шкала. При использовании простой суммарной оценки ее применение повышает чувствительность инструмента до 90,5%, что может широко использоваться в скрининговых целях. Применение подхода с взвешенной оценкой может быть полезно для уточнения диагноза при подозрении на наличие БАР. В случае подтверждения валидности HCL-, она может стать удобным инструментом для применения в повседневной психиатрической практике.

Приложение 1

Шкала HCL-32 [9] (валидизированная русскоязычная версия)

В жизни любого человека бывают периоды «подъема» и «спада», сопровождающиеся изменениями жизненного тонуса, активности и настроения. Цель настоящего вопросника состоит в том, чтобы получить подробное описание периодов «подъема».

1) Прежде всего, опишите, как Вы себя чувствуете сегодня, по сравнению с Вашим обычным состоянием:

Значительно хуже, чем обычно	Хуже, чем обычно	Немного хуже, чем обычно	Не лучше и не хуже, чем обычно	Немного лучше, чем обычно	Лучше, чем обычно	Значительно лучше, чем обычно
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Как Вы обычно оцениваете себя по сравнению с другими людьми?

Сделайте это вне зависимости от того, как Вы чувствуете себя сегодня. Выберите формулировку, которая наиболее точно отражает Вашу оценку себя по сравнению с другими.

... я такой же, как все	... я в общем получше	... я в общем похуже	... то лучше, то хуже, причем такие периоды повторяются
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Попробуйте припомнить период «повышенного» состояния. Как Вы себя тогда чувствовали? Пожалуйста, отвечайте на вопросы независимо от того, как Вы себя чувствуете сейчас.

	Да	Нет
1. Мне требовалось меньше времени на сон	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. У меня было больше энергии, и я был (была) более активным	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Я был (была) более уверен в себе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Работа доставляла мне больше удовольствия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Я стал более общительным (чаще звонил по телефону, больше выходил из дому)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Мне хотелось путешествовать, и я действительно ездил гораздо больше	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Я стал водить автомобиль с большей скоростью и чаще рисковал	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Я тратил больше (слишком много) денег	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. В повседневной жизни я чаще попадал в рискованные ситуации (и на работе, и в других обстоятельствах)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Я стал больше двигаться (заниматься спортом и т.д.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. У меня было много планов и проектов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Я стал более изобретательным, у меня было много идей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Я стал менее застенчивым и «закомплексованным»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Я одевался (одевалась) более ярко и экстравагантно (использовала более яркий макияж)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Мне хотелось чаще встречаться с людьми, и я действительно общался со многими	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Секс стал интересовать меня больше, чем обычно, половое влечение повысилось	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Я стал чаще флиртовать и (или) был более активен в сексуальном отношении	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Я много говорил	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Я думал быстрее, чем обычно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Я много шутил и каламбурил	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Я легко отвлекался	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. У меня появилось много новых занятий	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. У меня мысли перескакивали с одного на другое	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Я все делал гораздо быстрее и легче, чем обычно	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Я стал более нетерпеливым и легко раздражался	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Я раздражал и утомлял окружающих	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Я часто ссорился	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Настроение у меня было приподнятым и оптимистичным	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Я пил много кофе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Я много курил	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Я больше и чаще выпивал	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Я принимал больше лекарств (седативных, анксиолитиков, стимуляторов)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) Влияние подъемов настроения на разные аспекты Вашей жизни:

	И положительное, и отрицательное	Положительное	Отрицательное	Никакого влияния
Семья	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Общение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Работа	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Досуг	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) Реакция окружающих на Ваши подъемы настроения.

Как Ваши близкие реагировали, когда Вы были в состоянии «подъема», и что они об этом говорили?

Положительная реакция (Вас ободряли и поддерживали)	Нейтральная реакция	Отрицательная реакция (озабоченность, раздражение, неодобрение)	И положительная, и отрицательная реакция	Никакой реакции
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) Продолжительность периодов подъема (в среднем)

Выберите только ОДИН из предлагаемых вариантов ответа

- 1 день дольше недели
 2-3 дня дольше месяца
 4-7 дней мне трудно судить (не знаю)

7) Случались ли у Вас такие состояния в последние двенадцать месяцев?

Да Нет

8) Если да, то сколько дней в общей сложности продолжались эти периоды (в последние двенадцать месяцев)?

Приложение 2

HCL-8
(сокращенная русскоязычная версия для упрощенного выявления гипоманиакальных состояний в анамнезе)

Пункты шкалы		Да/Нет (1/0)	К	Промежуточная сумма
1 (1)	Мне требовалось меньше времени на сон		4,72	
2(13)	Я стал менее застенчивым и «закомплексованным»		2,49	
3 (18)	Я много говорил		1,95	
4(20)	Я много шутил и каламбурил		2,37	
5 (21)	Я легко отвлекался		2,61	
6 (23)	У меня мысли перескакивали с одного на другое		3,49	
7 (26)	Я раздражал и утомлял окружающих		2,06	
8 (28)	Настроение у меня было приподнятым и оптимистичным		2,36	
Всего				

Балльная оценка проводится следующим образом: в случае наличия у пациента положительного ответа на вопрос, 1 умножается на соответствующий коэффициент К. Оптимальная точка разделения для БАР II $\geq 9,3$ баллов (чувствительность 89,8%, специфичность – 71,5%)

Для простой суммы по 8 пунктам шкалы, оптимальная точка разделения составляет >3 , чувствительность в этой точке 90,5%, специфичность 69,8%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина – клинической практике) / Под ред. С.Н. Мосолова. М., 2012. 1072 с.
2. Вейн А.М., Мосолов С.Н. Антikonвульсанты в психиатрической и неврологической практике. СПб.: МИА, 1994, 269 с.
3. Мосолов С.Н. и соавт. Формализованная диагностика биполярного аффективного расстройства у больных с приступообразной шизофренией и шизоаффективным расстройством // Современная терапия психических расстройств. 2014. № 3. С. 2–8.
4. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Кузавкова М.В. Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия / Под ред. С.Н. Мосолова. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 384 с.
5. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г. Клинические рекомендации по терапии депрессии при биполярном расстройстве (проект) // Современная терапия психических расстройств. 2007. № 3. С. 64–71.
6. Мосолов С.Н., Ушкалова А.В., Костюкова Е.Г., Шафаренко А.А., Алфимов П.В., Костюкова А.Б. Диагностика биполярного аффективного расстройства II типа среди пациентов с текущим диагнозом рекуррентного депрессивного расстройства // Современная терапия психических расстройств. 2014. № 2. С. 2–14.
7. Паклин Н. Логистическая регрессия и ROC-анализ – математический аппарат. BaseGroup Labs, 1995–2009.
8. Ушкалова А.В., Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н. Современная терапия депрессивной фазы при биполярном аффективном расстройстве (обзор) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012. Т. 112, № 11. С. 67–76.
9. Angst J., Adolfsson R., Benazzi F. et al. The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients // J. Affect. Dis. 2005. Vol. 88, N 22. P. 217–233.
10. Angst J., Cassano G. The mood spectrum: improving the diagnosis of bipolar disorder // Bipolar Dis. 2005. Vol. 7, Suppl. 4. P. 4–12.
11. Benazzi F., Akiskal H.S. The modified SCID Hypomania Module (SCID-Hba): a detailed systematic phenomenologic probing // J. Affect. Dis. 2009. Vol. 117. P.131–136.
12. Berk M., Dodd S. Bipolar II disorder: a review // Bipolar Dis. 2005. Vol. 7, N 1. P. 11–21.
13. Calabrese J.R., Hirschfeld R.M., Reed M. et al. Impact of bipolar disorder on a U.S. community sample // J. Clin. Psychiatry. 2003. Vol. 64, N 4. P. 425–432.
14. Carta M.G., Hardoy M.C., Cadeddu M. et al. The accuracy of the Italian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) for the screening of bipolar disorders and comparison with the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) in a clinical sample // Clin. Pract. Epid. Ment. Health. 2006. Vol. 2. P. 2.

15. Coryell W., Endicott J., Maser J.D. et al. Long term stability of polarity distinctions in the affective disorders // *Am. J. Psychiatry*. 1995. Vol. 152. P. 385–390.
16. Dunner D.L. Clinical consequences of under-recognized bipolar spectrum disorder // *Bipolar Dis.* 2003. Vol. 5, N 6. P. 456–463.
17. First M.B. DSM-5 proposals for mood disorders: a cost-benefit analysis // *Curr. Opin. Psychiatry*. 2011. Vol. 24, N 1. P. 1–9.
18. Forty L., Smith D., Jones L. et al. Identifying hypomanic features in major depressive disorder using the hypomania checklist (HCL-32) // *J. Affect. Dis.* 2009. Vol. 114. P. 68–73.
19. Forty L., Kelly M., Jones L. et al. Reducing the Hypomania Checklist (HCL-32) to a 16-item version // *Affect. Dis.* 2010. Vol. 124, N 3. P. 351–356.
20. Gervasoni N., Weber Rouget B., Miguez M. et al. Performance of the Mood Disorder Questionnaire (MDQ) according to bipolar subtype and symptom severity // *Eur. Psychiatry*. 2009. Vol. 24. P. 341–344.
21. Ghaemi S.N., Miller C.J., Berv D.A. et al. Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale // *J. Affect. Dis.* Vol. 84, N 3. P. 273–277.
22. Haghghi M., Bajoghli H., Angst J. et al. The Farsi version of the Hypomania Check-List 32 (HCL-32): applicability and indication of a four-factorial solution // *BMC Psychiatry*. 2011. Vol. 11. P. 14.
23. Hardoy M.C., Cadeddu M., Murru A. et al. Validation of the Italian version of the “Mood Disorder Questionnaire” for the screening of bipolar disorders // *Clin. Pract. Epid. Ment. Health*. 2005. Vol. 1. P. 8–10.
24. Hirschfeld R., Keck P., Karcher K., Kramer M., Grossman F. Rapid antimanic effect of risperidone monotherapy: A 3-week multicenter, double-blind, placebo-controlled trial // *Bipolar Disorders*. 2003. Vol. 5, Suppl. 1.
25. Hirschfeld R.M., Vornik L.A. Recognition and diagnosis of bipolar disorder // *J. Clin. Psychiatry*. 2004. Vol. 65, Suppl. 15. P. 5–9.
26. Hirschfeld R.M.A., Cass A.R., Holt D.C.L., Carlson C.A. Screening for bipolar disorder in patients treated for depression in a family medicine clinic // *J. Am. Board. Fam. Pract.* 2005. Vol. 18, N 4. P. 233–239.
27. Hu C., Xiang Y.T., Ungvari G.S. et al. Undiagnosed bipolar disorder in patients treated for major depression in China // *J. Affect. Dis.* 2012. Vol. 140. P.181–186.
28. Joyce P.R., Luty S.E., McKenzie J.M. et al. Bipolar II disorder: personality and outcome in two clinical samples // *Aust. NZ J. Psychiatry*. 2004. Vol. 38. P. 433–438.
29. Judd L., Akiskal H., Schettler P. et al. The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2002. Vol. 59. P. 530–537.
30. Konuk N., Kiran S., Tamam L. et al. Validation of the Turkish version of the Mood Disorder Questionnaire for screening bipolar disorders // *Turkish J. Psychiatry*. 2007. Vol. 18. P. 147–154.
31. Kučukalić A., Bravo-Mehmedbašić A., Kulenović A.D. Frequency of bipolar affective disorder in patients with major depressive episode with or without psychiatric co-morbid disorders // *Psychiatr. Danub.* 2012. Vol. 24, Suppl. 3. P. 321–325.
32. Lish J.D., Dime-Meenan S., Whybrow P.C. et al. The national Depressive and Manic-Depressive Association (DMDA) survey of bipolar members // *J. Affect. Disord.* 1994. Vol. 1, N 4. P. 281–294.
33. Leão I.A., Del Porto J.A. Cross validation with the mood disorder questionnaire (MDQ) of an instrument for the detection of hypomania in Brazil: The 32 item hypomania symptom check-list, first Revision (HCL-32-R1) // *J. Affect. Dis.* 2012. Vol. 140, N 3. P. 215–221.
34. Lee D., Cha B., Park C.S. et al. Usefulness of the combined application of the Mood Disorder Questionnaire and Bipolar Spectrum Diagnostic Scale in screening for bipolar disorder // *Compr. Psychiatry*. 2012. Nov. 11 [Epub ahead of print].
35. Łojko D., Rybakowski J., Dudek D. et al. Hypomania Check List (HCL-32) – hypomania symptoms questionnaire: description and application // *Psychiatr. Pol.* 2010. Vol. 44, N 1. P. 39–46.
36. Medical Practice Project. A state-of-the-science report for office of Assistant Secretary for the US Department of Health, Education Welfare. Baltimore, 1979.
37. Meyer T.D., Hammelstein P., Nilsson L.G. et al. The Hypomania Checklist (HCL-32): its factorial structure and association to indices of impairment in German and Swedish nonclinical samples // *Compr. Psychiatry*. 2007. Vol. 48, N 1. P. 79–87.
38. Miller C.J., Johnson S.L., Eisner L. Assessment tools for adult bipolar disorder // *Clin. Psychol. (New York)*, 2009. Vol. 16, N 2. P. 188–201.
39. Miller C.J., Klugman J., Berv D.A. et al. Sensitivity and specificity of the Mood Disorder Questionnaire for detecting bipolar disorder // *J. Affect. Dis.* 2004. Vol. 8. P. 1167–1171.
40. Mosolov S.N., Ushkalova A.V., Kostukova E.G. et al. Validation of the Russian version of the Hypomania Checklist (HCL-32) for the detection of Bipolar II disorder in patients with a current diagnosis of recurrent depression // *J. Affect. Dis.* 2014. Vol. 155. P. 90–95.
41. Mosolov S., Ushkalova A., Kostukova E. et al. Bipolar II disorder in patients with a current diagnosis of recurrent depression // *Bipolar Dis.* 2014. Vol. 16. P. 389–399.
42. Phelps J.R., Ghaemi S.N. Improving the diagnosis of bipolar disorder: predictive value of screening tests // *J. Affect. Disord.* 2006. Vol. 92, N 2–3. P. 141–148.
43. Poon Y., Chung K.F., Tso K.C. et al. The use of Mood Disorder Questionnaire, Hypomania Checklist-32 and clinical predictors for screening previously unrecognised bipolar disorder in a general psychiatric setting // *Psychiatry Res.* 2012. Vol. 195, N 3. P. 111–117.
44. Rihmer Z., Gonda X. The effect of pharmacotherapy on suicide rates in bipolar patients // *CNS Neurosci. Ther.* 2012. Vol. 18, N 3. P. 238–242.
45. Scott J., Leboyer M. Consequences of delayed diagnosis of bipolar disorders // *Encephale*. 2011. Vol. 37, Suppl. 3. P. 173–175.
46. Shabani A., Koochi-Habibi L., Nojomi M. et al. The Persian Bipolar Spectrum Diagnostic Scale and mood disorder questionnaire in screening the patients with bipolar disorder // *Arch. Iran Med.* 2009. Vol. 12. P. 41–47.
47. Sheehan D.V., Lecrubier Y., Harnett-Sheehan K. et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview // *J. Clin. Psychiatry*. 1998. Vol. 59, Suppl. 20. P. 22–33.
48. Smith D.J., Thapar A., Simpson S.A. Bipolar spectrum disorders in primary care: optimising diagnosis and treatment // *Br. J. Gen. Pract.* 2010. Vol. 60. P. 322–324.
49. Tafalla M., Sanchez-Moreno J., Diez T., Vieta E. Screening for bipolar disorder in a Spanish sample of outpatients with current major depressive episode // *J. Affect. Dis.* 2009. Vol. 114. P. 299–304.
50. Vieta E., Sánchez-Moreno J., Bulbena A. et al. Cross validation with the mood disorder questionnaire (MDQ) of an instrument for the detection of hypomania in Spanish: the 32 item hypomania symptom check list (HCL-32) // *J. Affect. Dis.* 2007. Vol. 101, N 3. P. 43–55.
51. Wang H.R., Kim S.G., Kang S.H. et al. The Validation Study of the Korean Version of the Bipolar Spectrum Diagnostic Scale // *J. Korean Neuropsychiatr. Assoc.* 2008. Vol. 47. P. 533–539.
52. Williams J.B., Gibbon M., First M.B. et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1992. Vol. 49, N 8. P. 630–636.
53. Wu Y.S., Angst J., Ou C.S. et al. Validation of the Chinese version of the hypomania checklist (HCL-32) as an instrument for detecting hypo(mania) in patients with mood disorders // *J. Affect. Dis.* 2008. Vol. 106, N 2. P. 133–143.
54. Yang H.C., Xiang Y.T., Liu T.B. et al. Hypomanic symptoms assessed by the HCL-32 in patients with major depressive disorder: A multicenter trial across China // *Affect. Dis.* 2012. Vol. 143, N 3. P. 203–207.
55. Yang H.C., Yuan C.M., Liu T.B. et al. Validity of the 32-item Hypomania Checklist (HCL-32) in a clinical sample with mood disorders in China // *BMC Psychiatry*. 2011. Vol. 11. P. 84.
56. Yatham L.N. Diagnosis and management of patients with bipolar II disorder // *J. Clin. Psychiatry*. 2005. Vol. 66, Suppl. 1. P. 13–17.
57. Zimmerman M., Galione J., Ruggero C.J. et al. Performance of the Mood Disorders Questionnaire in a psychiatric outpatient setting // *Bipolar Disorders*. 2009. Vol. 11. P. 759–765.
58. Zimmerman M., Galione J.N., Ruggero C.J. et al. Are screening scales for bipolar disorder good enough to be used in clinical practice? // *Compr. Psychiatry*. 2011. Vol. 52, N 6. P. 600–606.
59. Zimmerman M., Galione J.N. Screening for bipolar disorder with the Mood Disorders Questionnaire: a review // *Harv. Rev. Psychiatry*. 2011. Vol. 19. P. 219–228.

ВАЛИДИЗАЦИЯ РОССИЙСКОЙ ВЕРСИИ ОПРОСНИКА HCL-32 ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ II ТИПА СРЕДИ БОЛЬНЫХ, НАБЛЮДАЮЩИХСЯ С ДИАГНОЗОМ РЕКУРРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА

**С.Н. Мосолов, А.В. Ушкалова, Е.Г. Костюкова, А.А. Шафаренко,
П.В. Алфимов, А.Б. Костюкова, А.А. Курсаков, Л.В. Образцова**

Целью настоящего исследования была валидизация русскоязычной версии опросника HCL-32 при выявлении больных с БАР II среди пациентов с текущим диагнозом РДР.

Материалы и методы. Психиатрический диагноз устанавливался на основании клинической оценки и верифицировался при помощи структурированного диагностического интервью MINI. Другим исследователем, ослепленным к результатам клинической оценки, пациент опрашивался по шкале HCL-32.

Результаты. В исследовании приняло участие 409 пациентов с диагнозом РДР. Диагноз РДР был подтвержден у 242 (59,2%) пациентов, остальным 167 (40,8%) был установлен диагноз БАР II (35,9%) или БАР I (4,9%). Суммарный балл по шкале HCL-32 был существенно выше у больных с диагнозом, измененным на БАР II (18,2) и БАР I (20,9), чем у больных с верифицированным диагнозом РДР (10,85). Точка разделения в 14 баллов, как и в исследовании разработчиков, оказалась оптимальной для разделения БАР II и РДР с наилучшим соотношением значений чувствительности (83,7%)

и специфичности (71,9%). На следующем этапе были выделены наиболее важные вопросы, обеспечивающие наибольший вклад в дифференциальную диагностику между БАР II и РДР. В итоговую модель вошли 8 предикторов: снижение потребности в сне, меньшая застенчивость и закомплексованность, говорливость, желание шутить и каламбурить, отвлекаемость, «скачка» мыслей, раздражение и утомление окружающих, приподнятое и оптимистичное настроение. Была предложена сокращенная версия опросника, состоящая из 8 пунктов.

Выводы. Русскоязычная версия HCL-32 продемонстрировала высокие показатели чувствительности и специфичности для разделения РДР и БАР II и может быть рекомендована к применению в российской популяции как скрининговый инструмент. Предложена новая сокращенная версия шкалы из 8 пунктов.

Ключевые слова: валидизация шкалы для выявления гипомании, HCL-32, биполярное аффективное расстройство II типа, рекуррентное депрессивное расстройство.

VALIDATION OF THE HCL-32 RUSSIAN VERSION FOR DETECTION OF BIPOLAR II DISORDER PATIENTS AMONG THOSE WITH DIAGNOSIS OF RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER

**S.N. Mosolov, A.V. Ushkalova, E.G. Kostyukova, A.A. Shafarenko, P.V. Alfimov, A.B. Kostyukova,
A.A. Kursakov, L.V. Obratsova**

Objective: validation of the HCL-32 Russian version for detection of Bipolar II Disorder (BP-II) among patients with diagnosis of recurrent depressive disorder (RDD).

Material and method: Psychiatric diagnosis was formulated on the basis of clinical evaluation and verified by means of the MINI structured diagnostic interview. Another investigator, unaware of clinical evaluation results, used the HCL-32 scale.

Results: Total 409 patients with RDD diagnosis participated in this investigation. The RDD diagnosis was confirmed in 242 (59.2%) patients, the rest 167 (40.8%) received the diagnosis BP-II (35.9%) or BP-I (4.9%). The total HCL-32 score was significantly higher in patients who received the diagnoses BP-II (18.2) and BP-I (20.9), in comparison with those with verified RDD (10.85). The cut-off score equal to 14 – like in the original study – happened to be optimal for delineating the BP-II and RDD with the

best ratio of sensitivity (83.7%) and specificity (71.9%) parameters. The second stage of investigation had to do with finding the most important questions, i.e. those contributing most to differential diagnosis between BP-II and RDD. The final version included 8 predictors, specifically: less need for sleep, diminished shyness, feeling at ease, talkativeness, desire to make jokes and play with words, distractibility, racing thoughts, causing irritation and tiredness in the environment, joyful and optimistic mood. The authors propose a brief version of the checklist consisting of 8 items.

Conclusion: The HCL-32 Russian version has demonstrated high sensitivity and specificity for discriminating between the RDD and BP-II and can be recommended as a screening instrument for Russian population. A new brief version of this checklist is proposed consisting of 8 items.

Key words: hypomania checklist validation, HCL-32, bipolar II disorder, recurrent depressive disorder.

Мосолов Сергей Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом терапии психических заболеваний Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России; e-mail: profmosolov@gmail.com

Ушкалова Анна Владимировна – младший научный сотрудник сектора психофармакотерапии отдела терапии психических заболеваний Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России; e-mail: annaushk@yandex.ru

Костюкова Елена Григорьевна – кандидат медицинских наук, заведующая сектором психофармакотерапии отдела терапии психических заболеваний Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России; e-mail: ekostukova@gmail.com

Шафаренко Алексей Александрович – младший научный сотрудник сектора психофармакотерапии отдела терапии психических заболеваний Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России; e-mail: lapedot@yandex.ru

Алфимов Павел Викторович – младший научный сотрудник сектора нелекарственных методов лечения и интенсивной терапии отдела терапии психических заболеваний Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России; e-mail: pavel.alfimov@gmail.com

Костюкова Анастасия Борисовна – младший научный сотрудник сектора психофармакотерапии отдела терапии психических заболеваний Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России; e-mail: dobraja.helga@gmail.com

Курсаков Александр Артурович – младший научный сотрудник отдела вторичной профилактики ХНИЗ ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» МЗ РФ; e-mail: alexander.kursakov@gmail.com

Образцова Любовь Витальевна – врач-психиатр, ГКУЗ МО ЦКПБ; e-mail: videwin@gmail.com