

РАЗРАБОТКА И ПЕРВИЧНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ВАЛИДИЗАЦИЯ ЧЕК-ЛИСТА ФАКТОРОВ РИСКА ОРГАНИЧЕСКОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ КАК ИНСТРУМЕНТА СТРУКТУРИРОВАННОГО СБОРА АНАМНЕЗА

А.А. Земляная, Е.А. Федоренко, И.В. Дамулин, Р.В. Ахапкин

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный
медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»
Минздрава России, Москва, Россия*

Органические повреждения головного мозга выступают в качестве ключевого этиопатогенетического фактора широкого спектра психопатологических проявлений – от когнитивных дисфункций (нарушений внимания, памяти и исполнительских функций) и аффективных расстройств (депрессивных, тревожных) до психотических эпизодов, обусловленных, в частности, височной эпилепсией или постэнцефалитическими нарушениями [1–4]. В подобных случаях церебральная патология не только определяет этиологию психических расстройств, но и модулирует их клиническую динамику, терапевтический ответ и отдаленный прогноз [5].

Масштабные эпидемиологические исследования и метаанализы убедительно демонстрируют значимость органического фактора в формировании психических расстройств. Так, черепно-мозговые травмы (ЧМТ) ассоциированы с повышением риска аффективных расстройств в 1,5–2 раза [1]. Согласно данным шведского популяционного исследования ($n=116\,394$ случая ЧМТ), травма сопряжена с повышенным риском шизофрении (HR 1,27–1,33) и биполярного аффективного расстройства (HR 1,25–1,78), причем данный эффект сохраняется после контроля генетических и семейных факторов [6]. Метаанализ 57 исследований выявил кумулятивное отношение шансов 1,67 (95% CI 1,44–1,93) для любых неврологических и психиатрических исходов после ЧМТ, включая деменцию (OR 1,58; 95% CI 1,21–2,06), депрессию и биполярное расстройство [1]. Особого внимания заслуживает недостаточно признаваемый риск долгосрочных последствий легких ЧМТ, который может быть связан с повышением частоты завершенных суицидов (aIRR 1,90), тревожных расстройств (OR 1,94–2,07) и депрессии (8,8% против 3% в контрольной группе) [7–9].

Помимо травматических воздействий, значимым органическим субстратом выступают сосудистые события: ишемический или геморрагический инсульт повышает вероятность развития деменции более чем в три раза (HR 3,46; 95% CI 2,89–4,14), причем в течение пяти лет постинсультная деменция диагностируется у 21% пациентов [10]. В онко-нейрохирургической практике у 17,0% пациентов после краниотомии по поводу удаления опухоли мозга в течение года регистрируется депрессивный эпизод, ассоциированный с риском летального исхода [11]. Нейроинфекции и метаболические энцефалопатии выступают этиологическим фактором 12–18% психотических эпизодов у взрослых (RR 2,8; 95% CI 1,9–4,1), тогда как посттравматические церебральные изменения выявляются у 25–40% пациентов с резистентной депрессией [5, 12].

Несмотря на убедительные доказательства, в рутинной клинико-психиатрической практике органические факторы (ЧМТ, нейроинфекции, перенесенные инсульты) нередко остаются без должного внимания. Традиционный свободный сбор анамнеза не обеспечивает структурированной оценки церебрального субстрата, что ведет к субъективизму и диагностической вариабельности [13]. Между тем органическая патология головного мозга модифицирует течение психических расстройств, усугубляя их тяжесть за счет снижения компенсаторных резервов, провоцирует атипичные варианты и формирует терапевтическую резистентность вследствие вторичных нейротрансмиттерных нарушений и полиморбидности [14, 15].

В настоящее время отсутствует компактный многофакторный инструмент для структурированного сбора анамнеза и скрининга органической дисфункции: существующие шкалы (Монреальская шкала

оценки когнитивных функций/Montreal Cognitive Assessment – MoCA, Краткая шкала оценки психического статуса/Mini-Mental State Examination – MMSE) ориентированы исключительно на когнитивный домен, тогда как аффективные опросники (Опросник по состоянию здоровья/Patient Health Questionnaire – PHQ-9, шкала генерализованного тревожного расстройства/Generalized Anxiety Disorder-7 – GAD-7) игнорируют анамнестические и пароксизмальные церебральные признаки [2, 16]. Учет органических факторов крайне важен для дифференциальной диагностики, прогнозирования терапевтической интолерантности или резистентности, модификации клинических алгоритмов, поскольку игнорирование данного аспекта приводит к систематическим диагностическим ошибкам, неадекватной фармакотерапии и прогрессированию патологии [11, 12]. Таким образом, разработка и валидизация структурированного подхода к оценке органической составляющей при психических расстройствах представляет собой актуальную научно-практическую задачу.

В связи с этим был разработан Чек-лист факторов риска органической психической патологии (далее – Чек-лист), предназначенный для структурированного сбора анамнеза и предварительного скрининга вероятности органической дисфункции. Инструмент объединяет наиболее клинически значимые группы признаков и может использоваться как в амбулаторной практике, так и при скрининговой оценке.

Целью настоящей работы являлась первичная клиническая валидизация Чек-листа факторов риска органической патологии как инструмента

структурированного сбора анамнеза и скрининга вероятности органической дисфункции.

Материал и методы

Чек-лист факторов риска органической психической патологии был разработан коллективом психиатров и неврологов с клиническим опытом работы с нейропсихиатрической патологией более 15 лет. На основе экспертного консенсуса, принимая во внимание диагностические критерии МКБ-10, анализ клинической значимости, частоты выявления и воспроизводимости анамнестических признаков, ассоциированных с органической церебральной патологией, были отобраны наиболее информативные показатели [17–19].

Отбор пунктов проводился с учетом их диагностической ценности для дифференциальной диагностики органических и процессуальных психических расстройств, частоты ассоциации с церебральными повреждениями различных этиологий и практической применимости в амбулаторных и стационарных условиях. Пункты Чек-листа объединяют как анамнестические факторы риска, так и актуальные клинические признаки, поскольку с позиций первичного скрининга те и другие повышают вероятность органического генеза расстройства.

Инструмент структурирован по четырем доменам, отражающим различные механизмы повреждения и проявления органической дисфункции: патогенетические факторы, вегетативные, когнитивные и пароксизмальные нарушения (табл. 1).

Каждому пункту присваивались баллы в соответствии с клинической значимостью признака. Ве-

Таблица 1

Структура Чек-листа факторов риска органической патологии

№	Раздел	Пункты	Баллы (Да/Нет)	Максимум
1	Патогенетические факторы	Родовая травма	2/0	22
		ЧМТ	2/0	
		Операция под общим наркозом	1/0	
		Операция на мозге	5/0	
		Нейроинфекция	2/0	
		Опухоль мозга	5/0	
		Инсульт	5/0	
2	Вегетативные нарушения	Плохая переносимость транспорта	1/0	3
		Плохая переносимость жары/духоты	1/0	
		Плохое самочувствие при смене погоды	1/0	
3	Когнитивные нарушения	Забывчивость	1/0	3
		Трудность концентрации внимания	1/0	
		Снижение памяти на события	1/0	
4	Пароксизмальные нарушения	Периодические обмороки	2/0	7
		Судорожный приступ	5/0	
	Итого			35

совые коэффициенты каждого пункта (1–5 баллов) определялись в рамках многораундового экспертного консенсуса психиатров и неврологов, специализирующихся на нейропсихиатрической патологии. Каждый признак независимо оценивался по клинической значимости, частоте ассоциации с органической психической патологией и прогностической ценности для дифференциальной диагностики органических и неорганических расстройств, после чего в ходе очного обсуждения фиксировался общий весовой балл. Пункты, отражающие документированные церебральные повреждения, получили максимальные баллы (4–5), тогда как «мягкие» анамнестические и симптоматические признаки были оценены в 1–2 балла. Максимальный суммарный балл составляет 35, а для итоговой интерпретации использован предварительный пороговый критерий: 0–6 баллов – низкая вероятность органической дисфункции; 7 и более баллов – высокая вероятность органической дисфункции.

Данный подход обеспечил содержательную валидность инструмента и его ориентацию на клиническую практику, что подтверждено пилотным тестированием на реальных пациентах.

Для первичной валидации Чек-листа обследовано 102 пациента, находившихся на лечении в отделении резистентных состояний Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, из них 38 мужчин, 64 женщины, средний возраст 36,54±8,3 лет. *Критерии включения*: возраст от 18 до 60 лет, согласие на участие в исследовании. *Критерии исключения (невключения)*: наличие выраженного когнитивного снижения, либо острой психотической симптоматики, затрудняющих участие в исследовании.

Всеми участниками подписано информированное согласие на участие в исследовании. Исследование прошло этическую экспертизу локального этического комитета ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России (протокол № 49/3 от 22.12.2025 г.).

Чек-лист заполнялся клиницистом на основе клинического интервью в день госпитализации, до установления клинического диагноза. В дальней-

шем, по результатам комплексного стационарного клиничко-психопатологического и инструментального обследования, включая верифицированные диагностические оценки психиатра и невролога, данные нейровизуализации (МРТ/КТ головного мозга) и ЭЭГ, формировалось клиническое заключение, на основании которого пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 54 пациента с неорганическими психическими расстройствами (диагностические рубрики в соответствии с МКБ-10 F20-21, F31-33, F40-45). Во второй группе оказались 48 пациентов с верифицированными органическими психическими расстройствами (F02–F07). Группы были сопоставимы по демографическим показателям (табл. 2).

Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 4.12.5 (разработчик – ООО «Статтех», Россия).

Сравнение двух групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, при отсутствии равенства дисперсий выполнялось с помощью *W*-критерия Бруннера–Мюнцеля. Для оценки дискриминационной способности количественных признаков при прогнозировании определенного исхода применялся метод анализа ROC-кривых. Разделяющее значение количественного признака в точке cut-off определялось по наивысшему значению индекса Юдена. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Был проведен анализ суммы баллов в зависимости от диагностической категории (табл. 3).

В результате оценки суммы баллов в зависимости от диагноза были выявлены существенные различия ($p < 0,001$) (используемый метод: критерий Бруннера–Мюнцеля) (рис. 1).

При оценке дискриминационной способности диагностического показателя от суммы баллов с помощью ROC-анализа была получена следующая кривая (рис. 2).

Анализ данных показал, что сумма баллов Чек-листа является статистически значимым предиктором диагноза (AUC=0,954; 95% ДИ: 0,910–0,997, $p < 0,001$).

Таблица 2

Демографические показатели исследуемых групп пациентов

Показатели	Группа I (n=54)	Группа II (n=48)	Параметры сопоставимости
Мужчины, n (%)	20 (37)	18 (37,5)	$p > 0,95$
Женщины, n (%)	34 (63)	30 (62,5)	$p > 0,95$
Возраст, ± SD (лет)	35,6±8,0	37,4±8,5	$p > 0,2$

Примечания. n – количество; SD – стандартное отклонение.

Пороговое значение суммы баллов в точке отсечения (cut-off), которому соответствовало наивысшее значение индекса Юдена, составило 7 (рис. 3).

Высокая вероятность органических факторов прогнозировалась при значении суммы баллов выше данной величины или равном ей. Чувствительность и специфичность полученной прогностической модели составили 91,7% и 92,6%, соответственно (табл. 4).

Таблица 3

Анализ суммы баллов Чек-листа в зависимости от диагностической категории

Показатель	Категории	Сумма			p
		Me	Q1 – Q3	n	
Диагностическая категория	Неорганические расстройства	2	1 – 4	54	<0,001*
	Органические расстройства	12	7 – 14	48	

Примечания. Me – медиана; Q1–Q3 – межквартильный размах; * – различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

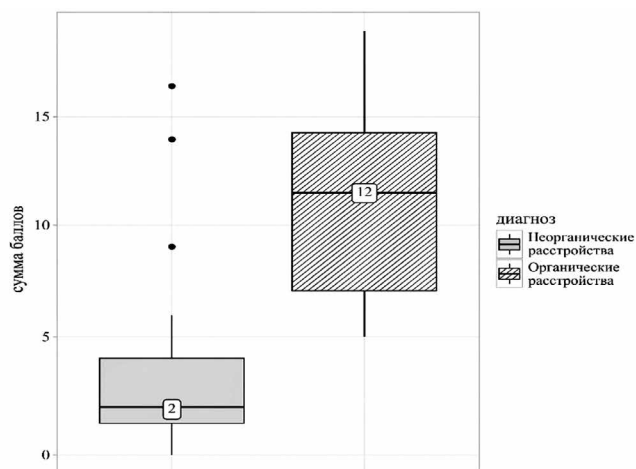


Рис. 1. Различия в сумме баллов в зависимости от диагноза.

Для оценки согласованности данных, полученных в ходе заполнения Чек-листа, был проведен пилотный анализ межэкспертной надежности. В исследовании приняли участие 22 пациента из контингента, аналогичного основной группе. Чек-лист был заполнен для каждого из них в идентичный период времени независимо двумя экспертами.

В качестве меры согласованности использовался коэффициент каппа Коэна (Cohen's k). Анализ про-

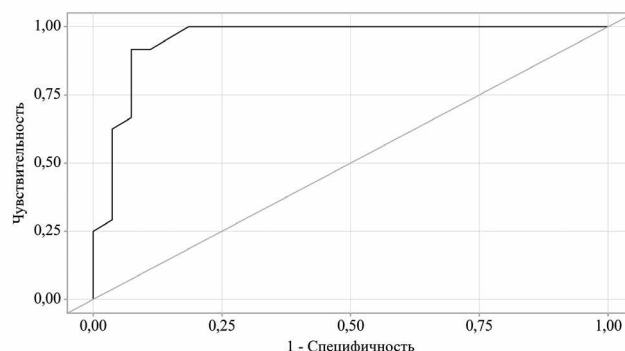


Рис. 2. ROC-кривая, характеризующая дискриминационную способность суммы баллов Чек-листа при прогнозировании диагноза.

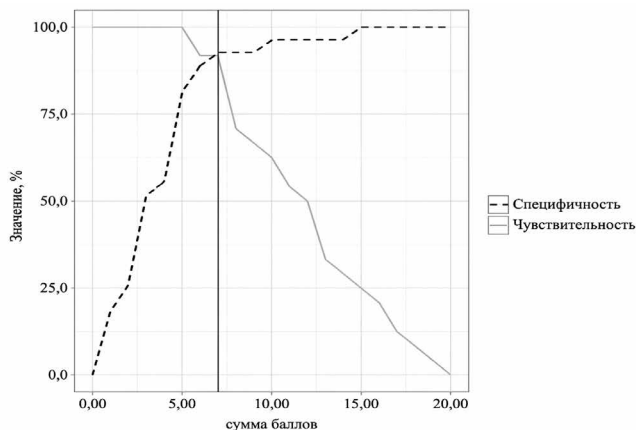


Рис. 3. Анализ чувствительности и специфичности модели в зависимости от пороговых значений оценок вероятности диагноза.

Таблица 4

Анализ дискриминационной способности суммы баллов Чек-листа

Порог	Чувствительность (Se), %	Специфичность (Sp), %	PPV	NPV
12	50,0	96,3	92,3	68,4
11	54,2	96,3	92,9	70,3
10	62,5	96,3	93,8	74,3
9	66,7	92,6	88,9	75,8
8	70,8	92,6	89,5	78,1
7	91,7	92,6	91,7	92,6
6	91,7	88,9	88,0	92,3
5	100,0	81,5	82,8	100,0
4	100,0	55,6	66,7	100,0
3	100,0	51,9	64,9	100,0

Примечания. Se – Sensitivity (чувствительность); Sp – Specificity (специфичность); PPV – Positive Predictive Value (положительная прогностическая ценность); NPV – Negative Predictive Value (отрицательная прогностическая ценность). Полужирным шрифтом выделены значения, соответствующие точке отсечения.

водился отдельно для каждого показателя, а также для итоговой суммы баллов после дихотомии по точке отсечения (меньше 7 баллов и более или равно 7 баллам).

Результаты анализа показали высокую степень межэкспертной надежности для большинства показателей. В частности, идеальное согласие ($k=1,00$) было достигнуто для анамнестических (патогенетических) показателей «Операции на головном мозге», «Нейроинфекции», «Опухоли мозга», «Инсульт», что свидетельствует о полной идентичности оценок обоих экспертов по данным параметрам. Для показателей «Обмороки», «Судорожные приступы» коэффициент k превышал 0,80, что соответствует очень хорошей согласованности. Умеренная, но приемлемая надежность (k в диапазоне 0,55–0,72) была зафиксирована для показателей «Черепно-мозговые травмы». Аналогичные параметры оказались и у показателей вегетативных и когнитивных доменов. Для «родовой травмы» коэффициент оказался низким ($k=0,29$), что указывает на необходимость уточнения критериев или более четкой формулировки этого показателя.

Следует отметить, что при переводе суммарного балла в окончательную оценку (наличие/отсутствие риска органической патологии) согласие между экспертами было высоким ($k=0,89$). Таким образом, несмотря на разногласия по отдельным пунктам, общий вывод о наличии факторов риска органической психической патологии совпадал у экспертов в большинстве случаев.

Обсуждение

Разработанный Чек-лист факторов риска органической психической патологии является компактным клиническим инструментом, который удобно применять в условиях ограниченного времени приема. Его преимущество заключается в объединении разнородных, но клинически значимых признаков в единую систему оценки.

В психиатрической практике, когда органические проявления часто не очевидны, но важны для выбора терапии, или требуется быстрый ориентир при дифференциальной диагностике функциональных и органических состояний, Чек-лист является ценным и перспективным инструментом первичного скрининга, естественно, не заменяя полного клинического обследования.

К ограничениям данного исследования следует отнести пилотный характер и необходимость дальнейшей проверки надежности, воспроизводимости и диагностической точности Чек-листа. В дальнейших исследованиях планируется полноценная оцен-

ка межэкспертной надежности и тест-ретестовой воспроизводимости Чек-листа для количественной оценки этих эффектов. Также возможно уточнение веса отдельных пунктов и оптимального порога отсечения на независимой выборке.

Разработанный Чек-лист факторов риска органической патологии демонстрирует высокую практическую применимость как инструмент структурированного сбора анамнеза и первичного скрининга органической церебральной дисфункции. Компактность (требуется менее 2-х минут на заполнение) и ориентация на клинически значимые анамнестические данные делают его удобной для амбулаторной психиатрической и неврологической практики. Пункты Чек-листа сформулированы ясно и четко, с уже заданной формулировкой вопросов, что упростит процесс его внедрения в клиническую практику.

Преимущества инструмента заключаются в многофакторном подходе, объединяющем патогенетические факторы (ЧМТ, последствия перенесенной нейроинфекции, инсульт), вегетативные, когнитивные и пароксизмальные проявления. Очевидно, что такая комбинация наиболее эффективна для выявления вероятности органической психической патологии. Наибольший диагностический вклад вносят пункты, отражающие перенесенные церебральные повреждения (баллы от 2 до 5) и судорожные приступы, что согласуется с данными о роли ранних органических повреждений и эпилептизации мозга в формировании психических расстройств. Дополнительные баллы за вегетативные и когнитивные жалобы повышают чувствительность скрининга, ориентируясь на клиническую картину и актуальные жалобы пациента.

Сравнение с имеющимися шкалами показывает, что предложенный Чек-лист отличается практической направленностью. Структурированный сбор анамнеза обеспечивает более высокую воспроизводимость и полноту данных по сравнению со свободным опросом. В пилотном тестировании инструмент выделял группу риска, что важно для планирования последующих исследований – в частности, для назначения нейровизуализации и детального неврологического обследования. Сходные многофакторные подходы уже показали свою эффективность при скрининге сосудистых когнитивных нарушений.

Основные ограничения работы – пилотный характер с небольшой выборкой.

Перспективы применения Чек-листа связаны с интеграцией в клинические протоколы и электронные медицинские карты. Инструмент может стать

этапом первичного психиатрического осмотра, улучшая диагностику органических расстройств.

Дальнейшие исследования должны включать оценку корреляции с данными нейровизуализации (МРТ, КТ) и нейропсихологическими тестами.

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Работа проводилась в рамках выполнения государственного задания «Разработка клинико-патогенетической модели и диагностического модуля расстройств тревожно-депрессивного спектра у пациентов с хронической патологией» (регистрационный номер: 124020800061-8).

ЛИТЕРАТУРА

1. Wilson L., Stewart W., Dams-O'Connor K. et al. The chronic and evolving neurological consequences of traumatic brain injury // The Lancet Neurology. 2017. Vol. 16, No 10. P. 813–825. DOI: 10.1016/S1474-4422(17)30279-X
2. Tang E.Y.H., Robinson L., Stephan B.C.M. Risk Prediction Models for Post-Stroke Dementia // Geriatrics. 2017. Vol. 2, No 3. P. 19. DOI: 10.3390/geriatrics2030019. PMID: 31011029; PMCID: PMC6371182
3. Яковлева Ю.А., Банников Г.С., Белякова Л.А. Аффективные психические расстройства при эпилепсии, взаимосвязь клинико-психопатологических и нейробиологических факторов // Социальная и клиническая психиатрия. 2025. Т. 35, № 2. С. 32–39. EDN: TQODGM
4. Федоренко Е.А., Калинин В.В., Земляная А.А. Структурные особенности интериктальных психозов при эпилепсии // Социальная и клиническая психиатрия. 2025. Т. 35, № 3. С. 15–24. EDN: HIXTUA
5. Ahmed S., Venigalla H., Mekala H.M. et al. Traumatic Brain Injury and Neuropsychiatric Complications // Indian Journal of Psychological Medicine. 2017. Vol. 39, No 2. P. 114–121. DOI: 10.4103/0253-7176.203129. PMID: 28515545; PMCID: PMC5385737
6. Cheng K.Y., Robinson N., Ploner A. et al. Impact of traumatic brain injury on risk for schizophrenia and bipolar disorder // Psychiatry Research. 2024. Vol. 339. P. 115990. DOI: 10.1016/j.psychres.2024.115990. PMID: 38896929; PMCID: PMC11321911
7. Madsen T., Erlangsen A., Orlovskaya S. et al. Association Between Traumatic Brain Injury and Risk of Suicide // JAMA. 2018. Vol. 320, No 6. P. 580–588. DOI: 10.1001/jama.2018.10211. PMID: 30120477; PMCID: PMC6142987
8. Bryant R.A., O'Donnell M.L., Creamer M. et al. The psychiatric sequelae of traumatic injury // American Journal of Psychiatry. 2010. Vol. 167, No 3. P. 312–320. DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.09050617
9. Albrecht J.S., Barbour L., Abariga S.A. et al. Risk of Depression after Traumatic Brain Injury in a Large National Sample // Journal of Neurotrauma. 2019. Vol. 36, No 2. P. 300–307. DOI: 10.1089/neu.2017.5608
10. Pendlebury S.T., Rothwell P.M. Incidence and prevalence of dementia associated with transient ischaemic attack and stroke: analysis of the population-based Oxford Vascular Study // The Lancet Neurology. 2019. Vol. 18, No 3. P. 248–258. DOI: 10.1016/S1474-4422(18)30442-3
11. Oh T.K., Song I.A., Park H.Y., Jeon Y.T. Depression and mortality after craniotomy for brain tumor removal: A Nationwide cohort study in South Korea // Journal of Affective Disorders. 2021. Vol. 295. P. 291–297. DOI: 10.1016/j.jad.2021.08.058. PMID: 34482061
12. Bains N., Abdijadid S. Major Depressive Disorder // StatPearls [Электронный ресурс]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559078/> (дата доступа: 23.01.2026).
13. Cabrera-Maqueda J.M., Planagumà J., Guasp M. et al. Autoimmune neuropsychiatric disorders manifesting with psychosis // Journal of Clinical Investigation. 2025. Vol. 135, No 20. P. e196507. DOI: 10.1172/JCI196507. PMID: 41090356; PMCID: PMC12520689
14. Alexopoulos G.S. Mechanisms and treatment of late-life depression // Translational Psychiatry. 2019. Vol. 9, No 1. P. 188. DOI: 10.1038/s41398-019-0514-6. PMID: 31383842; PMCID: PMC6683149
15. Zgaljardic D.J., Seale G.S., Schaefer L.A. et al. Psychiatric disease and post-acute traumatic brain injury // Journal of Neurotrauma. 2015. Vol. 32. P. 1911–1925. DOI: 10.1089/neu.2014.3569
16. Калинин В.В., Дамулин И.В., Земляная А.А., Ахапкин Р.В. Скрининг расстройств тревожно-депрессивного спектра: клинические и методологические аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. 2025. Т. 35, № 1. С. 62–75. EDN: JMPECS
17. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Вандыш-Бубко В.В. и соавт. Психиатрия: Национальное руководство. Краткое издание. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 624 с. EDN: YQCKSR
18. Вейн А.М., Голубев В.Л. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение: руководство для врачей / под ред. В.Л. Голубева. Москва: Мед. информ. агентство, 2010. 640 с. EDN: QLWDYN
19. Калинин В.В. Органические психические расстройства в МКБ-10: несовершенство критериев диагностики или псевдо-диагностические категории // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 3. С. 42–44. EDN: SYRXBL

REFERENCES

1. Wilson L., Stewart W., Dams-O'Connor K. et al. The chronic and evolving neurological consequences of traumatic brain injury. The Lancet Neurology. 2017;16(10):813–25. DOI: 10.1016/S1474-4422(17)30279-X
2. Tang EYH, Robinson L, Stephan BCM. Risk Prediction Models for Post-Stroke Dementia. Geriatrics. 2017;2(3):19. DOI: 10.3390/geriatrics2030019
3. Yakovleva YuA, Bannikov GS, Belyakova LA. [Affective mental disorders in epilepsy, the relationship of clinical, psychopathological and neurobiological factors]. Social'naja i klinicheskaja psixiatrija [Social and Clinical Psychiatry]. 2025;35(2):32–9. (In Russ.) EDN: TQODGM
4. Fedorenko EA, Kalinin VV, Zemlyanaya AA. [Structural features of interictal psychosis in epilepsy]. Social'naja i klinicheskaja psixiatrija [Social and Clinical Psychiatry]. 2025;35(3):15–24. (In Russ.) EDN: HIXTUA
5. Ahmed S, Venigalla H, Mekala HM, et al. Traumatic Brain Injury and Neuropsychiatric Complications. Indian Journal of Psychological Medicine. 2017;39(2):114–21. DOI: 10.4103/0253-7176.203129
6. Cheng KY, Robinson N, Ploner A, et al. Impact of traumatic brain injury on risk for schizophrenia and bipolar disorder. Psychiatry Research. 2024;339:115990. DOI: 10.1016/j.psychres.2024.115990
7. Madsen T, Erlangsen A, Orlovskaya S, et al. Association Between Traumatic Brain Injury and Risk of Suicide. JAMA. 2018;320(6):580–8. DOI: 10.1001/jama.2018.10211
8. Bryant RA, O'Donnell ML, Creamer M, et al. The psychiatric sequelae of traumatic injury. American Journal of Psychiatry. 2010;167(3):312–20. DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.09050617
9. Albrecht JS, Barbour L, Abariga SA, et al. Risk of Depression after Traumatic Brain Injury in a Large National Sample. Journal of Neurotrauma. 2019;36(2):300–7. DOI: 10.1089/neu.2017.5608
10. Pendlebury ST, Rothwell PM. Incidence and prevalence of dementia associated with transient ischaemic attack and stroke: analysis of the population-based Oxford Vascular Study. The Lancet Neurology. 2019;18(3):248–58. DOI: 10.1016/S1474-4422(18)30442-3

11. Oh TK, Song IA, Park HY, Jeon YT. Depression and mortality after craniotomy for brain tumor removal: A Nationwide cohort study in South Korea. *Journal of Affective Disorders*. 2021;295:291–7. DOI: 10.1016/j.jad.2021.08.058
12. Bains N, Abdjaidid S. Major Depressive Disorder. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559078/> (accessed on: 23.01.2026).
13. Cabrera-Maqueda JM, Planagumà J, Guasp M, Dalmau J. Auto-immune neuropsychiatric disorders manifesting with psychosis. *Journal of Clinical Investigation*. 2025;135(20):e196507. DOI: 10.1172/JCI196507
14. Alexopoulos GS. Mechanisms and treatment of late-life depression. *Translational Psychiatry*. 2019;9(1):188. DOI: 10.1038/s41398-019-0514-6
15. Zgaljardic DJ, Seale GS, Schaefer LA, et al. Psychiatric disease and post-acute traumatic brain injury. *Journal of Neurotrauma*. 2015;32:1911–25. DOI: 10.1089/neu.2014.3569
16. Kalinin VV, Damulin IV, Zemlyanaya AA, Akhapkin RV. [Screening for anxiety and depression spectrum disorders: clinical and methodological aspects]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija [Social and Clinical Psychiatry]*. 2025;35(1):62–75. (In Russ.) EDN: JMPECS
17. Mosolov SN, Tsukarzi EE, Vandysh-Bubko VV, et al. *Psikhiatriya: Natsional'noe rukovodstvo. Kratkoe izdanie*. Moscow: GEOTAR-Media; 2017. 624 p. (In Russ.) EDN: YQCKSR
18. Vein AM, Golubev VL. *Vegetativnye rasstrojstva: klinika, diagnostika, lechenie: rukovodstvo dlya vrachei*. Pod red. Golubeva VL. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo; 2010. 640 p. (In Russ.) EDN: QLWDYN
19. Kalinin VV. [Organic mental disorders in the icd-10: insufficient diagnostic criteria or pseudodiagnostic categories]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija [Social and Clinical Psychiatry]*. 2014;24(3):42–4. (In Russ.) EDN: SYRXBL

РАЗРАБОТКА И ПЕРВИЧНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ВАЛИДИЗАЦИЯ ЧЕК-ЛИСТА ФАКТОРОВ РИСКА ОРГАНИЧЕСКОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ КАК ИНСТРУМЕНТА СТРУКТУРИРОВАННОГО СБОРА АНАМНЕЗА

А.А. Земляная, Е.А. Федоренко, И.В. Дамулин, Ахалкин Р.В.

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия

Выявление органической церебральной патологии в амбулаторных и стационарных условиях требует краткого структурированного инструмента для систематизации анамнеза, жалоб и документации. Целью настоящего исследования являлась разработка и первичная валидация Чек-листа факторов риска органической психической патологии как средства сбора анамнеза и скрининга органической дисфункции. Чек-лист включает четыре блока: патогенетические факторы, вегетативные, когнитивные и пароксизмальные нарушения; каждый пункт оценивается бинарно с суммарным баллом и порогом для выделения низкой/высокой вероятности. Включены пациенты общепсихиатрического стационара; результаты

сопоставлены с внешним критерием (комплексное обследование). Инструмент применим для быстрого структурирования данных и выделения пациентов с органической дисфункцией. Ключевую значимость имеют перенесенные церебральные повреждения, ней-роинфекции, пароксизмы и когнитивные жалобы. Чек-лист подходит для скрининга и отбора на углубленное обследование; нужны дальнейшие исследования чувствительности, специфичности и воспроизводимости.

Ключевые слова: органические психические расстройства, Чек-лист, скрининг.

DEVELOPMENT AND PRELIMINARY CLINICAL VALIDATION OF A RISK FACTORS CHECKLIST FOR ORGANIC MENTAL DISORDERS AS A TOOL FOR SEMI-STRUCTURED ANAMNESIS INTERVIEW

AA Zemlyanaya, EA Fedorenko, IV Damulin, RV Akhapkin

Moscow Research Institute of Psychiatry – branch of V. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

Detecting signs of organic cerebral pathology in outpatient and inpatient settings requires a brief, structured tool for systematizing anamnesis, complaints, and documentation. The aim of this study was to develop and initially validate a risk factors checklist for organic mental disorders as a tool for collecting medical history and screening for organic dysfunction. The checklist includes four blocks: pathogenetic factors, autonomic disturbances, cognitive impairments, and paroxysmal disorders; each item is scored binarily with a total score and a threshold for distinguishing low/high probability. Patients from a general psychiatric inpatient unit were included; results were compared

to an external criterion (comprehensive clinical-psychopathological and instrumental examination). The tool is applicable for rapid structuring of data and preliminary identification of patients with organic dysfunction. Items reflecting prior cerebral injuries, neuroinfections, paroxysms, and cognitive complaints showed the highest diagnostic value. The checklist is suitable for screening and selecting patients for in-depth examination; further studies on sensitivity, specificity, and reproducibility are needed.

Keywords: organic mental disorders, checklist, screening.

Земляная Анна Александровна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения нейровизуализации и нейромодуляции отдела инновационных методов терапии психических расстройств Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России; SPIN-код: 5281-4773; ORCID: 0000-0001-6570-6977; e-mail: a_zemlyanaya@mail.ru (автор для корреспонденции)

Федоренко Екатерина Андреевна – научный сотрудник отделения нейровизуализации и нейромодуляции отдела инновационных методов терапии психических расстройств Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава Рос-

сии; SPIN-код: 5042-7857; ORCID: 0000-0003-2149-8971; e-mail: fedorenko_psy@mail.ru

Дамулин Игорь Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, профессор Института высшего и дополнительного образования ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России; SPIN-код: 2614-7850; ORCID: 0000-0003-4826-5537; e-mail: damulin.i@serbsky.ru

Ахалкин Роман Витальевич – доктор медицинских наук, директор Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России; SPIN-код: 9966-0084; Scopus AuthorID: 35773224700; ORCID: 0000-0002-7045-0547; e-mail: akhapkin.r@serbsky.ru