

<https://doi.org/10.17116/jnevro20181181150-60>

Многоцентровое клиническое исследование русскоязычной версии диагностического интервью для психозов

Д.А. СМЕРНОВА^{1, 2*}, Н.Н. ПЕТРОВА³, А.В. ПАВЛИЧЕНКО⁴, И.А. МАРТЫНИХИН⁵,
М.В. ДОРОФЕЙКОВА⁶, В.И. ЕРЕМКИН⁵, О.В. ИЗМАЙЛОВА⁷, Ю.Ю. ОСАДШИЙ⁸, Д.В. РОМАНОВ²,
Д.А. УБЕЙКОНЬ⁹, И.А. ФЕДОТОВ¹⁰, М.С. ШЕЙФЕР⁷, А.Д. ШУСТОВ¹¹, А.А. ЯШИХИНА², М. КЛАРК¹,
ДЖ. БЭДКОК¹, А. УАТЕРРЕУС¹, В. МОРГАН¹, А. ЖАБЛЕНСКИ¹

¹Центр клинических исследований в нейропсихиатрии, Университет Западной Австралии, Перт, Австралия; ²Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия; ³Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия; ⁴Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия; ⁵Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Москва, Россия; ⁶Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия; ⁷Самарская психиатрическая больница, Самара, Россия; ⁸Медицинский диагностический центр, Волгоград, Россия; ⁹Медицинская академия им. С.И. Георгиевского Крымского федерального университета им. В.И. Вернадского, Симферополь, Россия; ¹⁰Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия; ¹¹Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского, Москва, Россия

Цель исследования. Диагностическое интервью для психозов (ДИП) разработано с целью повышения качества диагностики психотических расстройств. Настоящее исследование — апробация ДИП в России с оценкой валидности и надежности русскоязычной версии. **Материал и методы.** 98 больных с психотическими расстройствами (89 видеозаписей) исследовались 12 интервьюерами с помощью русскоязычной версии ДИП на базе семи клинических центров шести городов Российской Федерации. Для определения межэкспертной надежности оценки ДИП 32 случаев из рандомизированной выборки, выставленные 9 интервьюерами, сравнивались с оценками ДИП исследователей, анализировались коэффициенты корреляции парного согласия и каппа Коэна. Валидность рассчитывалась на основании сравнения оценок ДИП интервьюеров и 62 тех же самых клинических случаев из базы семейного исследования шизофрении Западной Австралии в качестве золотого стандарта. **Результаты и заключение.** Средняя продолжительность интервью составила 47±21 мин. Статистика каппа продемонстрировала значительное и почти полное согласие для большинства пунктов ДИП (84,54%) и значительное — для диагнозов МКБ-10 с применением компьютерного диагностического алгоритма ДИП ($\kappa=0,68$; 95% ДИ 0,53, 0,93). Степень согласия на основании клинических выводов исследователей была существенно ниже ($\kappa=0,31$; 95% ДИ 0,06, 0,56). согласие при оценке аффективных и позитивных симптомов было статистически значимо выше, чем негативных ($F(2,44)=20,72$, $p<0,001$, $\eta^2=0,485$). Диагностическая валидность русскоязычной версии ДИП была подтверждена совпадением 73% (45/62) диагнозов на основе ДИП и базы Семейного исследования шизофрении Западной Австралии. В рамках несовпадения диагнозов в 80 случаях с диагнозом «F20 Шизофрения» в медицинской документации соответствовали диагнозы F20, выставленные исследователями только у 68 пациентов, и в 62 случаях — F20 на основании компьютерных выводов ДИП. Процесс оценки пунктов ДИП показал низкий и умеренный уровень затруднений интервьюеров. Результаты исследования подтверждают надежность и валидность русскоязычной версии ДИП при оценке психотических расстройств. ДИП может быть рекомендован как важный диагностический ресурс для использования в образовательном процессе, клинической практике и исследованиях.

Ключевые слова: диагностическое интервью для психозов (ДИП), валидность, надежность, психиатрический диагноз, психотические расстройства, шизофрения.

Multi-center clinical assessment of the Russian language version of the Diagnostic Interview for Psychoses

D.A. SMIRNOVA, N.N. PETROVA, A.V. PAVLICHENKO, I.A. MARTYNIKHIN, M.V. DOROFEIKOVA,
V.I. EREMKIN, O.V. IZMAILOVA, YU.YU. OSADSHIY, D.V. ROMANOV, D.A. UBEIKON, I.A. FEDOTOV,
M.S. SHEIFER, A.D. SHUSTOV, A.A. YASHIKHINA, M. CLARK, J. BADCOCK, A. WATTERREUS, V. MORGAN,
A. JABLENSKY

Centre for Clinical Research in Neuropsychiatry, University of Western Australia, Perth, Australia; Samara State Medical University, Samara, Russia; St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia; Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia; Pavlov First St. Petersburg State Medical University St. Petersburg, Russia; Bekhterev St. Petersburg Psychoneurological Research Institute, St. Petersburg, Russia; Samara Psychiatric Hospital, Samara, Russia; Medical Diagnostic Center, Volgograd, Russia; Georgievsky Medical Academy, Vernadsky Crimea Federal University, Simferopol, Russia; Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia; Serbsky Federal Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

Objectives. The Diagnostic Interview for Psychoses (DIP) was developed to enhance the quality of diagnostic assessment of psychotic disorders. The aim of the study was the adaptation of the Russian language version and evaluation of its validity and reliability. **Material and methods.** Ninety-eight patients with psychotic disorders (89 video recordings) were assessed by 12 interviewers using the Russian version of DIP at 7 clinical sites (in 6 cities of the Russian Federation). DIP ratings on 32 cases of a randomized case sample were made by 9 interviewers and the inter-rater reliability was compared with the researchers' DIP ratings. Overall pairwise agreement and Cohen's kappa were calculated. Diagnostic validity was evaluated on the basis of comparing the researchers' ratings using the Russian version of DIP with the 'gold standard' ratings of the same 62 clinical cases from the Western Australia Family Study Schizophrenia (WAFSS). **Results.** The mean duration of the interview was 47 ± 21 minutes. The Kappa statistic demonstrated a significant or almost perfect level of agreement on the majority of DIP items (84.54%) and a significant agreement for the ICD-10 diagnoses generated by the DIP computer diagnostic algorithm ($\kappa=0.68$; 95% CI 0.53,0.93). The level of agreement on the researchers' diagnoses was considerably lower ($\kappa=0.31$; 95% CI 0.06,0.56). The agreement on affective and positive psychotic symptoms was significantly higher than agreement on negative symptoms ($F(2,44)=20.72$, $p<0.001$, $\eta^2=0.485$). The diagnostic validity of the Russian language version of DIP was confirmed by 73% (45/62) of the Russian DIP diagnoses matching the original WAFSS diagnoses. Among the mismatched diagnoses were 80 cases with a diagnosis of F20 Schizophrenia in the medical documentation compared to the researchers' F20 diagnoses in only 68 patients and in 62 of the DIP computerized diagnostic outputs. The reported level of subjective difficulties experienced when using the DIP was low to moderate. **Conclusions.** The results of the study confirm the validity and reliability of the Russian version of the DIP for evaluating psychotic disorders. DIP can be recommended for use in education and training, clinical practice and research as an important diagnostic resource.

Keywords: *Diagnostic Interview for Psychoses (DIP), diagnostic validity, ICD-10, inter-rater reliability, psychiatric diagnosis, psychotic disorders, schizophrenia.*

Психиатрический диагноз, его валидность, утилитарность и надежность находятся в фокусе внимания как практикующих специалистов, так и ученых в области нейронаук [1–6].

Вопрос *валидности* [7] психиатрического диагноза является сложным из-за отсутствия общепринятого определения этого понятия [8–10]. С теоретической точки зрения, валидность — это инвариантная качественная оценка соответствующей диагностической категории, которая сама по себе не может быть «частично» валидной [11]. В DSM-5 [1] и МКБ-10 [6] большинство психических расстройств описаны на уровне клинических синдромов, а не целостных нозологических конструктов, что затрудняет решение вопроса валидности диагноза в психиатрии [8, 11, 12]. С точки зрения практики, валидность определенного диагностического алгоритма оценивается с помощью сравнения с выводами, основанными на результатах использования алгоритма, утвержденного в качестве «золотого стандарта» [13, 14], а для повышения *утилитарности* диагноза рекомендуется опираться на дополнительные факторы — индикаторы прогноза течения и реакции на терапию, данные психологических и нейрофизиологических тестов, личностные особенности до начала заболевания и др. [8, 9, 11, 15, 16]. *Надежность* диагностики представляет собой степень, с которой процедуры измерения или оценки дают одинаковые результаты при повторении в разное время или разными специалистами [7]. Повышение уровня надежности достигается за счет роста согласия между клиницистами, следующими единым алгоритмам оценки состояний. Надежность может быть значимо улучшена за счет использования стандартизованных критериев и диагностических процедур [11, 13].

Несмотря на включение операциональных критериев диагностики в современные классификации психических расстройств, диагностические выводы исследователей могут существенно различаться [16]. Для повышения уровня согласованности диагностических заключений

был предложен ряд методик, включая структурированные и полуструктурированные интервью, основанные на перечнях определенных критериев — CIDI [17], SCAN [18], SCID [19], MINI [20], PSE [21], и методы автоматизированной (компьютеризированной) обработки клинических данных и компьютеризированные диагностические системы — CATEGO [21], OPCRIT [22].

Диагностическое интервью для психозов (ДИП) было разработано как инструмент, позволяющий устанавливать корректные диагнозы расстройств психотического уровня за счет диагностического алгоритма, объединяющего критерии ряда теоретических концепций (приложение 1, раздел 1.4) и формулировок полуструктурированного клинического интервью, предусматривающих единообразие его применения специалистами [14]. ДИП состоит из 97 пунктов (с опорой на алгоритм OPCRIT и интервью SCAN), включающих вопросы, относящиеся к социальному, семейному, преморбидному анамнезу, спектру психиатрических симптомов (см. таблицу; приложение 2), с учетом временного критерия (см. приложение 1, раздел 1.2). ДИП оснащено компьютерной программой для автоматического вывода диагностических категорий на основании соответствующих классификаций психических расстройств (МКБ-10, DSM-IV) и теоретических концепций (они перечислены в приложении 1, раздел 1.4). В настоящее время планируется введение в программу критериев DSM-5.

После появления англоязычной версии ДИП и ее валидизации [14] были сделаны переводы на болгарский, вьетнамский, греческий, итальянский, монгольский, норвежский, французский языки. Отдельно были доказаны валидность (использование SCAN [18] в качестве «золотого стандарта») и надежность итальянской версии [13]. ДИП было использовано в ряде эпидемиологических и клинических исследований [23–25].

Актуальность исследования по апробации, оценке валидности и надежности русскоязычной версии ДИП определяется потребностями клинической практики.

Цель настоящего исследования — апробация ДИП в России с оценкой валидности и надежности его русскоязычной версии.

Материал и методы

Англоязычные версии ДИП, Глоссария и Руководства по использованию переведены на русский язык группой исследователей — А.В. Павличенко, Д.А. Смирновой, М.А. Орловой, Т.В. Жилиевой, Н.А. Войновой, Г.В. Кустовым (2015); научная редакция и языковая валидизация проведены А.В. Жабленски и Д.А. Смирновой, редакция и корректура текста — Е.А. Слоевой (2015).

В 2015 г. в Самаре был проведен обучающий курс по использованию русскоязычной версии ДИП для исследовательской группы, состоявшей из 17 специалистов из 7 городов РФ.

Протокол настоящего исследования¹ одобрен Независимым этическим комитетом Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Главный исследователь — А.В. Жабленски; координатор в России — Д.А. Смирнова, научные консультанты — Н.Н. Петрова, А.В. Павличенко. Исследователи подписали соглашения о конфиденциальности информации. Все пациенты заполнили письменное информированное согласие на участие в настоящей работе.

Обследование пациентов проводилось 12 исследователями в 7 центрах на базе учреждений психиатрической службы шести городов РФ с видеозаписью интервью (см. приложение 1, раздел 1.1). Средний возраст исследователей составил 31 год (среднеквадратическое отклонение (СКО) равно 5; от 25 лет до 41 года), клинический стаж — 8 лет (СКО=5; от 2 до 16 лет), научный — 7 лет (СКО=4; от 2 до 16 лет), из них 11 врачей были психиатрами и 1 — клиническим психологом, 4 имели ученую степень. С помощью ДИП 2 исследователя оценили более 20 пациентов, 6 исследователей — 10.

В исследование были включены пациенты в возрасте от 18 до 55 лет, носители русского языка, с расстройствами психотического уровня по МКБ-10 (рубрики F20—F29 «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства», F30—F39 — «Аффективные расстройства»); в стадии стабилизации состояния (этап выписки, реабилитации или амбулаторного режима). Лица с обострением психического состояния, тяжелой неврологической патологией и острыми соматическими заболеваниями из исследования исключались.

Для проверки диагностической валидности русскоязычной версии ДИП 17 исследователей оценивали четыре клинических случая на основании видеозаписей интервью из базы данных специального семейного исследования шизофрении, проведенного в Западной Австралии (русский перевод озвучивался синхронно). Оценки интервьюеров (62 бланка ДИП) сравнивали с оценками тестовых случаев, утвержденных главным исследователем, на основании консенсуса между опытными исследователями и авторами ДИП.

Для оценки диагностики психотических расстройств в ходе апробации русскоязычной версии ДИП сравнивали диагнозы медицинской документации (МД), клинические выводы (КВ) интервьюеров и выводы компьютерного диагностического алгоритма ДИП. Для определения межэкспертной надежности русскоязычной версии ДИП

использовали рандомизированную выборку ($n=32$) из числа отобранных видеозаписей ($n=98$) удовлетворительного качества (автоматическая рандомизация 30% случаев в SPSS-22 [26]). Оценки, выставленные исследователями по видеointервью, сравнивали с оценками первых интервьюеров по всем пунктам и компьютерным выводам ДИП.

Группу обследуемых составили 98 пациентов, из них 41 (42%) мужчина с диагнозами по материалам медицинской документации (МКБ-10): F20 «Шизофрения» — 80 (82%) больных, F22 «Хроническое бредовое расстройство» — 1, F23 «Острые и транзиторные психотические расстройства» — 8, F25 «Шизоаффективное расстройство» — 5, F31 «Биполярное аффективное расстройство» — 3, F33 «Рекуррентное депрессивное расстройство» — 1.

Средний возраст больных на момент обследования составил 38 лет (СКО=10). 43 (44%) пациента были холосты или не проживали с партнером ранее в течение полугода и более. Возраст больных на момент начала заболевания был 26 лет (СКО=8). До начала болезни 39 (40%) пациентов были безработными, 38 (39%) характеризовались плохой адаптацией на рабочем месте и 29 (30%) — плохой социальной адаптацией. У 85 (86%) по мере течения заболевания отмечалось выраженное снижение функционирования, у 76 (78%) оно определялось по отношению к преморбидному уровню. У 37 (38%) больных была выявлена наследственная отягощенность по психическим заболеваниям, в частности у 9 — по шизофрении.

Средняя продолжительность интервью составила 47 мин (СКО=21; от 13 до 95 мин).

Статистическую обработку данных проводили с помощью программы SPSS-22 [26]. Для описания характеристик больных и данных опроса интервьюеров использовали методы дескриптивной статистики (среднее отклонение, СКО, диапазон значений, медиана, интерквартильный размах — ИР). Для оценки согласованности диагнозов на основе МД, КВ и ДИП, определения степени межэкспертной надежности и валидности русскоязычной версии ДИП применялся коэффициент общего парного согласия (отношение числа совпадений к общему числу сравнений). Кроме того, для оценки согласованности диагнозов на основе МД, КВ и ДИП и межэкспертной надежности русскоязычной версии ДИП рассчитывали коэффициент согласия каппа Коэна (95% доверительные интервалы — ДИ) [27]. Вместе со значением каппа для пунктов ДИП определяли коэффициенты позитивного ($p_{\text{поз}}$, согласие при наличии симптома) и негативного ($p_{\text{нет}}$, при отсутствии симптома) согласия². Степень согласия оценивали на основании критериев J. Landis и G. Koch [28]: <0 — низкое, 0—0,19 — незначительное, 0,2—0,4 — слабое, 0,4—0,6 — умеренное, 0,6—0,8 — значительное, 0,8—1,00 — практически полное. Метод ANOVA с коррекцией Бонферрони ($\alpha=0,05$) использовали для сравнения различий при оценке трех групп симптомов.

¹Протокол №12 от 17.12.15.

²Учитывая, что коэффициент каппа включает соотношение фактического и теоретически случайного согласия, он имеет уязвимость при оценке чувствительных показателей и может демонстрировать низкую степень согласия, если симптом встречается редко в исследуемой выборке (т.е. при высоких значениях общего парного согласия могут встречаться низкие значения каппа) [27]. В связи с этим вместе со значением каппа рекомендуется указывать приводившиеся коэффициенты позитивного и негативного согласия — $p_{\text{поз}}$ и $p_{\text{нет}}$ [27].

Результаты

ДИП использовано для диагностики психотических расстройств в РФ впервые.

Результаты оценки валидности русскоязычной версии ДИП показали значительное общее парное согласие (0,73) с совпадением 45 из 62 диагнозов.

Процентное соотношение диагнозов на основе МД, КВ и ДИП в общей выборке пациентов представлено на **рис. 1**. Величина каппа показала незначительную согласованность диагнозов МД и компьютерных выводов ДИП ($\kappa=0,16$; 95% ДИ 0,06, 0,26), а коэффициент общего парного согласия — умеренное согласие (0,59; 58/98). В частности, диагноз F20 был поставлен в МД в 80 случаях, исследователями — в 68, а с помощью компьютерной программы ДИП — в 62.

Сравнение клинических диагнозов, поставленных 12 исследователями, и выводов ДИП показало совпадение в 70 из 98 случаев в общей выборке, умеренное согласие ($\kappa=0,49$; 95% ДИ 0,35, 0,63) и значительное общее парное согласие (0,71). В 12 (43%) случаях несовпадения диагнозов исследователи квалифицировали клиническое состояние в рамках рубрики F20, в то время как в соответствии с ДИП определялись F31(1), F22(1), F28 (5) и F25(6). В 7 (25%) случаях несовпадения исследователи ставили диагноз F23, тогда как по ДИП это были диагнозы F31(1), F28(3), F30.2(2) и F20(1).

При анализе диагностики психотических расстройств в рандомизированной выборке (32 случая) было выявлено слабое согласие КВ (среднее $\kappa=0,31$; 95% ДИ 0,06, 0,56) и умеренное — при сравнении КВ и компьютерных выводов

ДИП (среднее $\kappa=0,55$; 95% ДИ 0,31, 0,80). По диагнозам МД было выявлено незначительное согласие при сравнении как с КВ, так и выводами по ДИП (среднее $\kappa=0,14$; 95% ДИ $-0,01, 0,29$). В то же время коэффициент общего парного согласия между всеми диагнозами показал значительное согласие (среднее 0,75; 24/32). Однако согласованность диагнозов на основе КВ при любом варианте сравнения была ниже, чем компьютерного диагностического алгоритма ДИП (**рис. 2**).

В **таблице** представлены данные межэкспертной надежности русскоязычной версии ДИП в отношении ряда основных пунктов [13] и диагностических выводов в рандомизированной выборке — 32 пациента (остальные пункты см. в приложении 2). Результаты исследования показали высокую межэкспертную надежность ДИП. Сравнение диагнозов на основе компьютерного диагностического алгоритма ДИП показало значительное согласие каппа (0,68; 95% ДИ 0,53—0,93) и почти полное парное согласие (0,84; 27/32) между интервьюерами. 82 (85%) пункта характеризовались полным и значительным согласием каппа $\geq 0,6$, из них 41 (42%) $\geq 0,8$. Умеренное согласие было выявлено в 11 пунктах, а слабое согласие $\leq 0,4$ — в 5.

Сравнение межэкспертной надежности оценок трех доменов симптомов на основе ДИП показало, что оценка аффективных (пункты ДИП 20—48, например 20 «Депрессивное настроение») и позитивных (пункты ДИП 49—53, 58—64, 95, например 49 «Галлюцинации в разных органах чувств») симптомов характеризовалась соответственно почти полным (медиана $\kappa=0,84$; ИР=0,16) и значительным (медиана $\kappa=0,77$; ИР=0,09) согласием и узки-

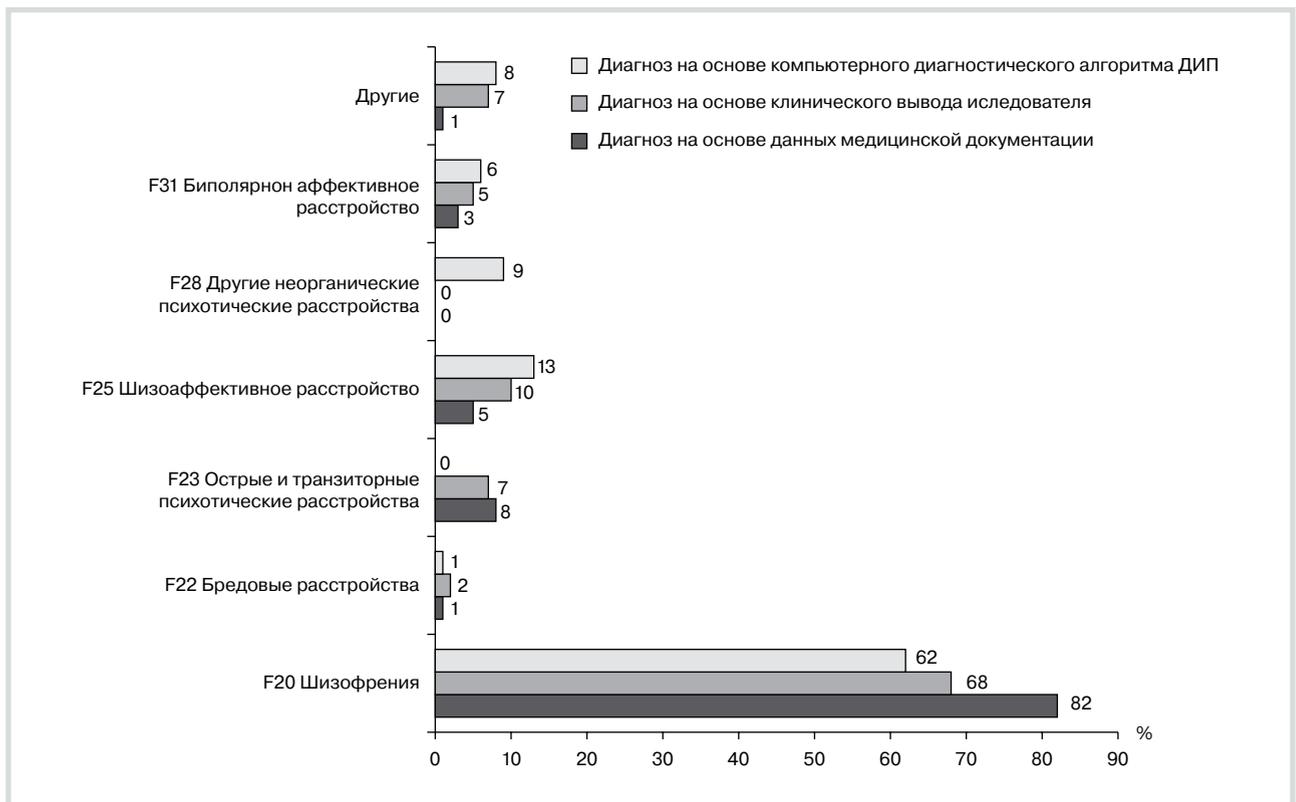


Рис. 1. Диагнозы в соответствии с рубриками МКБ-10 на основе данных медицинской документации, клинических выводов исследователей и компьютерного диагностического алгоритма ДИП в общей выборке пациентов (n=98).

Межэкспертная надежность русскоязычной версии ДИП (избранные пункты)¹

Разделы/пункты	$r_{\text{поз}}^2$	$r_{\text{нег}}^2$	Общее парное согласие	Каппа Коэна	Каппа 95% ДИ	Согласие ³
Преморбидный анамнез и начало заболевания						
10. Возраст начала заболевания	—	—	0,81	0,80	(0,66—0,94)	Почти полное
11. Характер начала заболевания	—	—	0,78	0,68	(0,49—0,87)	Значительное
12. Психосоциальный стресс до первого эпизода	0,80	0,87	0,81	0,63	(0,36—0,90)	» »
16. Расстройство личности в преморбиде	0,25	1,00	0,91	0,37	(-0,16—0,89)	Слабое
Депрессия						
20. Подавленное настроение	1,00	0,86	0,91	0,77	(0,58—0,96)	Значительное
21. Утрата чувства удовольствия	1,00	0,94	0,91	0,84	(0,68—1,00)	Почти полное
22. Суицид	1,00	0,91	0,84	0,68	(0,46—0,90)	Значительное
26. Утрата энергии/усталость	1,00	0,94	0,97	0,95	(0,94—0,96)	Почти полное
27. Изменения либидо	1,00	1,00	0,97	0,88	(0,73—1,00)	» »
34. Ранние утренние пробуждения	1,00	0,96	0,91	0,81	(0,58—1,00)	» »
35. Чрезмерный сон	1,00	0,91	0,91	0,82	(0,64—1,00)	» »
36. Чрезмерное самообвинение	0,72	1,00	0,88	0,72	(0,49—0,95)	Значительное
37. Бред виновности	0,75	0,96	0,94	0,72	(0,36—1,00)	» »
Мания						
40. Повышенное настроение	1,00	1,00	0,97	0,94	(0,82—1,00)	Почти полное
42. Скачки мыслей	0,83	0,92	0,91	0,73	(0,44—1,00)	Значительное
44. Чрезмерная активность	1,00	0,91	0,94	0,87	(0,70—1,00)	Почти полное
47. Повышенная общительность	1,00	0,95	0,97	0,92	(0,77—1,00)	» »
Галлюцинации						
49. Галлюцинации в разных органах чувств	0,95	0,9	0,84	0,71	(0,50—0,92)	Значительное
50. Другие (неаффективные) слуховые галлюцинации	0,85	1,00	0,96	0,90	(0,72—0,90)	Почти полное
51. Обвиняющие/оскорбляющие/преследующие голоса	0,92	0,9	0,88	0,72	(0,50—0,94)	Значительное
52. Сопровождающие комментарии	0,87	0,96	0,91	0,77	(0,53—1,00)	» »
53. Слуховые галлюцинации в третьем лице	0,67	1,00	0,94	0,78	(0,49—1,00)	» »
Субъективное расстройство мышления						
54. Внедрение мысли	0,75	0,95	0,81	0,63	(0,38—0,88)	» »
55. Транслирование мыслей	0,79	0,95	0,81	0,67	(0,44—0,90)	» »
56. Отнятие мыслей	1,00	0,97	0,97	0,84	(0,50—1,00)	Почти полное
57. Эхо мыслей	0,75	1,00	0,94	0,82	(0,58—1,00)	» »
Бред						
59. Пассивное подчинение	0,91	0,95	0,94	0,82	(0,63—1,00)	» »
60. Персекуторный бред	0,91	0,78	0,84	0,72	(0,52—0,92)	Значительное
61. Бред воздействия	0,95	0,92	0,84	0,76	(0,60—0,92)	» »
63. Бред величия	0,84	1,00	0,88	0,78	(0,59—0,97)	» »
64. Причудливый бред	0,92	0,84	0,88	0,69	(0,45—0,93)	» »
Критика к болезни и лечение						
65. Отсутствие критики	0,85	0,84	0,84	0,68	(0,42—0,94)	» »
Общая оценка психотических симптомов						
69. Бред и сопутствующие галлюцинации в течение недели	0,62	0,89	0,78	0,46	(0,18—0,74)	Умеренное
70. Персекуторный бред/бред ревности и галлюцинации	0,81	0,95	0,81	0,61	(0,37—0,85)	Значительное
Общая оценка алкоголизма/наркомании						
74. Диагноз злоупотребления/зависимости от алкоголя	0,67	1,00	0,97	0,78	(0,37—1,00)	» »
76. Диагноз злоупотребления/зависимости от каннабиса	1,00	1,00	1,00	1,00	—	Почти полное ⁴
Динамика заболевания						
82. Ухудшение функционирования от преморбиды	0,96	0,71	0,91	0,71	(0,40—1,00)	Значительное
83. Динамика заболевания	—	—	0,84	0,72	(0,56—0,90)	» »

Окончание таблицы см. на след. стр.

Межэкспертная надежность русскоязычной версии ДИП (избранные пункты)¹ (окончание)

Разделы/пункты	$r_{\text{поз}}^2$	$r_{\text{нег}}^2$	Общее парное согласие	Каппа Коэна	Каппа 95% ДИ	Согласие ³
Поведение, аффект и речь						
89. Необычное поведение	1,00	1,00	1,00	1,00	—	Почти полное ⁴
90. Сниженная аффективность	0,58	0,95	0,68	0,40	(0,12—0,68)	Умеренное
91. Притупленный аффект	0,50	0,85	0,65	0,31	(0,03—0,59)	Слабое
93. Речевой напор	0,80	0,96	0,94	0,78	(0,39—1,00)	Значительное
95. Позитивное формальное расстройство мышления	0,71	0,96	0,91	0,73	(0,44—1,00)	» »
97. Негативное формальное расстройство мышления	0,42	1,00	0,88	0,56	(0,19—0,93)	Умеренное
Диагноз ДИП по МКБ-10	—	—	0,84	0,68	(0,41—0,95)	Значительное

Примечание. Здесь и в приложении 2: ¹ — избранные пункты ДИП на основании оценок за период в течение жизни, остальные пункты ДИП представлены в приложении 2; ² — $r_{\text{поз}}$ — парное согласие при наличии симптома, $r_{\text{нег}}$ — при отсутствии симптома; ³ — степень согласия по Landis и Koch (1977): <0 — низкое, 0—0,19 — незначительное, 0,2—0,4 — слабое, 0,4—0,6 — умеренное, 0,6—0,8 — значительное, 0,8—1,00 — практически полное; ⁴ — данные каппа «скошены», большинство ответов в рамках дихотомической категории находятся в пределах одного типа ответа.

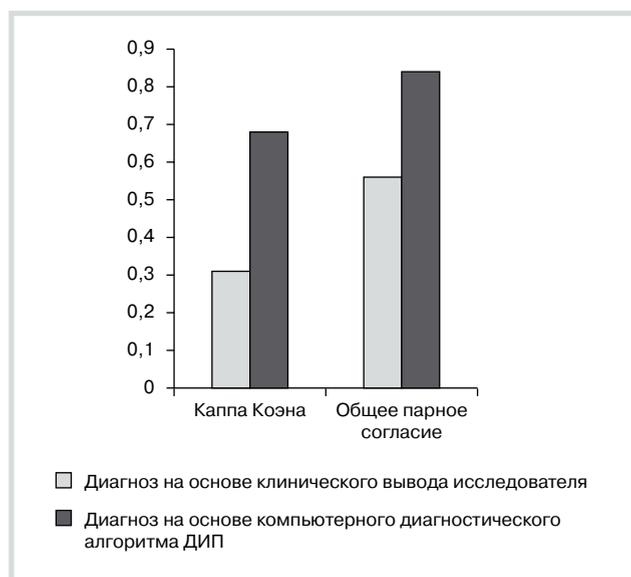


Рис. 2. Согласованность диагностики психотических расстройств на основе клинического вывода интервьюеров и компьютерного диагностического алгоритма ДИП в рандомизированной выборке (n=32).

ми ИР, тогда как оценка негативных симптомов (пункты ДИП 81, 82, 90, 91, 97, например 91 «Притупленный аффект») демонстрировала умеренное согласие и более широкий ИР (медиана $\kappa=0,59$; ИР=0,31) (рис. 3).

В то же время анализ ANOVA выявил статистически значимую связь между фактором домена симптомов и надежностью диагностической оценки — $F(2,44)=20,72$, $p<0,001$, $\eta^2=0,485$. Это свидетельствует, что интервьюеры диагностировали аффективные и позитивные симптомы наиболее согласованно, а негативные — с наименьшей степенью согласия, что подтверждается парным сравнением коэффициентов согласия каппа для доменов симптомов с помощью коррекции Бонферрони ($\alpha=0,05$). Коэффициенты согласия для аффективных и негативных ($p<0,001$), а также позитивных и негативных симптомов значимо различались между собой ($p<0,001$), в то время

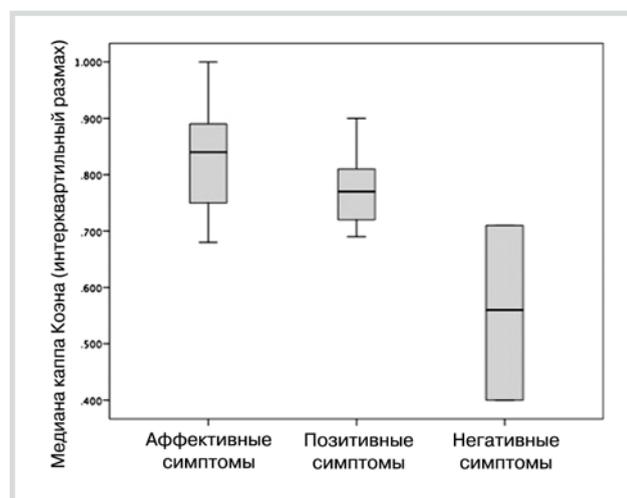


Рис. 3. Сравнительная межэкспертная надежность при оценке аффективных, позитивных и негативных симптомов с применением компьютерного диагностического алгоритма ДИП в рандомизированной выборке (n=32).

как коэффициенты согласия для аффективных и позитивных симптомов не отличались ($p=0,129$).

На рис. 4 отражены результаты 32 опросов интервьюеров, демонстрирующие отсутствие значимых затруднений при использовании ДИП. В то же время средние значения уровня затруднений при оценке аффективных симптомов (0,94) оказались более низкими, чем позитивных (2,63) и негативных (2,89) симптомов, $F(2,58)=5,63$, $p=0,006$, $\eta^2=0,162$, и различались при парном сравнении всех доменов симптомов по методу Бонферрони ($\alpha=0,05$; $p<0,05$) (рис. 5). Интервьюеры прокомментировали использование некоторых пунктов ДИП (см. приложение 1.2).

Обсуждение

В данном исследовании была впервые апробирована русскоязычная версия ДИП на популяции пациентов с психозами. Средняя продолжительность интервью соста-

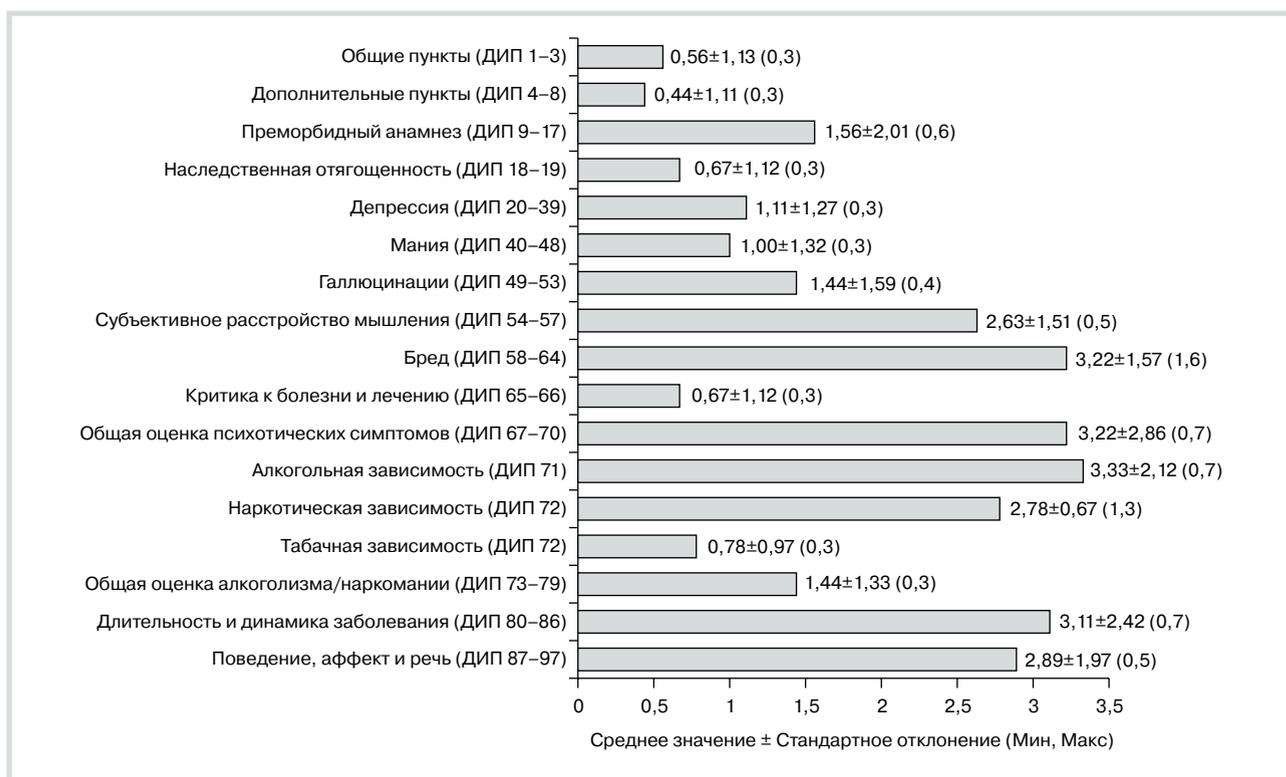


Рис. 4. Результаты опроса интервьюеров относительно затруднений при оценке пунктов ДИП.

Здесь и на рис. 5: баллы выставлялись на основании визуальной аналоговой шкалы, где 0 баллов — оценка пункта не вызывает затруднений, 5 баллов — умеренные затруднения, 10 баллов — значимые затруднения.

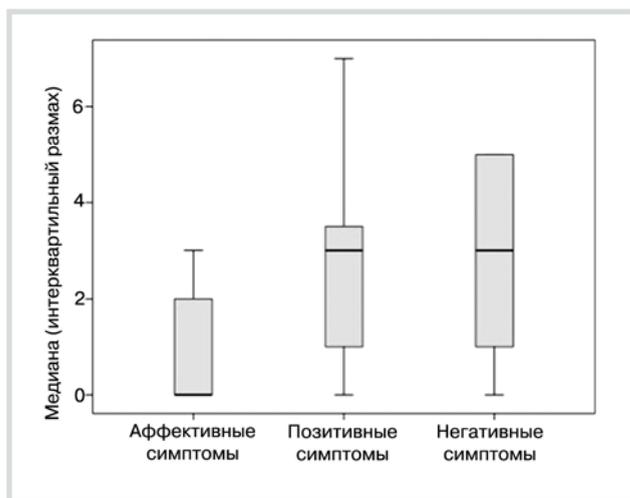


Рис. 5. Сравнительный анализ субъективных затруднений интервьюеров при оценке аффективных, позитивных и негативных симптомов с помощью ДИП.

вила 47 мин, что сравнимо с базовой версией ДИП (60–90 мин, 20–30 мин на диагностический модуль) [14] и итальянской версией (37–39 мин на диагностический модуль) [13].

Результаты исследования подтвердили валидность русскоязычной версии ДИП — значительное общее парное согласие (0,73, 45/62), сравнимое с итальянской (0,67, 12/18) [13], и ниже, чем у англоязычной (0,90, 9/10) [14]. Высокий уровень согласия при оценке одного и того же

клинического случая указывает на то, что ДИП устойчив в отношении разницы клинического опыта интервьюеров и может использоваться профессионалами с разным клиническим опытом после их обучения.

Межэкспертная надежность русскоязычной версии ДИП (МКБ-10) характеризовалась значительным согласием каппа (0,68) и почти полным парным согласием (0,84), что сопоставимо с англоязычной версией (0,73, 0,81) [14], однако ниже, чем у итальянской (0,84, 0,87) версии [13] соответственно. Межэкспертная надежность диагнозов КВ, несмотря на достаточный клинический и научный стаж исследователей, была в 2,2 раза ниже, чем надежность диагностических выводов ДИП, что подтверждает актуальность повышения качества диагностики психозов. Несовпадения диагнозов F20 (43%) и F23 (25%) в МД с учетом высокой межэкспертной надежности ДИП позволяют предположить наличие тенденции к ложноположительной диагностике шизофрении (F20) и острых и транзиторных психотических расстройств (F23) в клинической практике.

Анализ межэкспертной надежности показал, что большинство пунктов ДИП характеризуется значительным и почти полным согласием каппа $\geq 0,6$ (85%), что сравнимо с итальянской версией (83%) [13], и выше, чем у англоязычной (50%) [14]. Однако почти полное согласие $\geq 0,8$ выявлено для 42% пунктов русскоязычной версии, 71% итальянской и 20% англоязычной, а слабое и незначительное согласие $\leq 0,4$ для 5, 13 и 20% соответственно, что обусловлено разными и малыми размерами выборки — 32, 60 и 20 случаев соответственно [13, 14].

Проведенное исследование подтвердило результаты апробации итальянской версии ДИП в отношении того,

что позитивные симптомы диагностируются с более высокой надежностью, чем негативные. Было также обнаружено, что негативные симптомы диагностируются с меньшей степенью согласия, чем аффективные и позитивные. Опрос интервьюеров показал, что данный факт наиболее вероятно связан с затруднениями использования пунктов ДИП, так как исследователи субъективно определяли затруднения при оценке большинства пунктов как незначительные и умеренные.

Принимая во внимание широкие доверительные интервалы коэффициента согласия каппа, важно проведение дополнительного исследования с увеличением объема выборки случаев для оценки межэкспертной надежности русскоязычной версии ДИП, а также надежности тест-ретест, которая не определялась в данной работе.

Представленные данные позволяют сделать следующие выводы: русскоязычная версия ДИП зарекомендова-

ла себя как надежный инструмент, способный повысить качество диагностики психотических расстройств, в частности шизофрении. Получаемый с помощью ДИП профиль психопатологической картины в текущем статусе пациента и динамике заболевания, а также диагностические выводы в соответствии с рядом классификационных критериев представляют собой диагностически значимый материал для клинических и исследовательских целей. Для более широкого введения русскоязычной версии ДИП в России будет составлен план подготовки и сертификации тренеров, которые смогут обучать специалистов, работающих с расстройствами психотического уровня в практическом здравоохранении, клинических и эпидемиологических исследованиях.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*. 5-th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Andreasen NC, Grove VM, Shapiro RW, Keller MB, Hirschfeld RM, McDonald-Scott, P. Reliability of lifetime diagnosis. A multicentre collaborative perspective. *Archives of General Psychiatry*. 1981;38(4):400-405. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1981.01780290034003>
3. Jablensky A. Towards ICD-11 and DSM-V: issues beyond «harmonization». *British Journal of Psychiatry*. 2009;195:379-381. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.071241>
4. Jablensky A. Schizophrenia in DSM-5: assets and liabilities. *Schizophrenia Research*. 2013;150:36-37. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.037>
5. Sartorius N, Jablensky A, Regier DA, Burke JD, Hirschfeld RMA. *Sources and traditions of classification in psychiatry*. Toronto: Hogrefe and Huber; 1990.
6. World Health Organisation. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organisation; 1993.
7. Carmines EG, Zeller RA. *Reliability and validity assessment*. London: SAGE; 1979.
8. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*. 2003;160:4-12. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.1.4>
9. Andreasen NC. The validation of psychiatric diagnosis: new models and approaches. *American Journal of Psychiatry*. 1995;152:161-162. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.2.161>
10. Kendler KS. The nosologic validity of paranoia (simple delusional disorder): a review. *Archives of General Psychiatry*. 1980;37:699-706. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780190097012>
11. Jablensky A. Psychiatric classifications: validity and utility. *World Psychiatry*. 2016;15:26-31. <https://doi.org/10.1002/wps.20284>
12. Sullivan PF, Kendler KS. Typology of common psychiatric syndromes. An empirical study. *British Journal of Psychiatry*. 1998;173:532-547. <https://doi.org/10.1192/bjp.173.4.312>
13. Rossi A, Morgan V, Amadeo F, Sandri M, Grigoletti L, Maggioni F, Ferro A, Rigon E, Donisi V, Venturi VV, Gorla F, Skre I, Tansella M, Jablensky A. Diagnosing psychotic disorders: validity, reliability and applications of the Diagnostic Interview for Psychosis (DIP). Italian version. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 2010;19(1):33-43.
14. Castle DJ, Jablensky A, McGrath JJ, Carr V, Morgan V, Waterreus A, Valuri G, Stain H, McGuffin P, Farmer A. The diagnostic interview for psychoses (DIP): development, reliability and applications. *Psychological Medicine*. 2006;36:69-80. <https://doi.org/10.1017/S0033291705005969>
15. Widiger TA, Clark LA. Towards DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychological Bulletin*. 2000;126:946-963. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.6.946>
16. Brittain PJ, Stahl D, Rucker J, Kawadler J, Schumann G. A review of the reliability and validity of OPCRIT in relation to its use for the routine clinical assessment of mental health patients. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2013;22:110-137. <https://doi.org/10.1002/mpr.1382>
17. World Health Organisation. *The Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Authorised core version 1.0*. Geneva: World Health Organisation; 1990.
18. World Health Organisation. *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)*. Geneva: World Health Organisation; 1992.
19. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID)*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1997.
20. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1998;59(suppl 20):22-33.
21. Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. An instruction manual for PSE and CATEGO program. Cambridge: Cambridge University Press; 1974.
22. Williams J, Farmer AE, Ackenheil M, Kaufmann CA, McGuffin P. OPCRIT Reliability Research Group. A multicentre inter-rater reliability study using the OPCRIT computerized diagnostic system. *Psychological Medicine*. 1996;26:775-783. <https://doi.org/10.1017/S003329170003779X>
23. Jablensky A, McGrath J, Herrman H, Castle D, Gureje O, Evans M, Carr V, Morgan V, Korten A, Harvey C. Psychotic disorders in urban areas: an overview of the Study on Low Prevalence Disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2000;34:221-236. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2000.00728.x>
24. Saha S, Morgan VA, Castle D, Silove D, McGrath JJ. Sociodemographic and clinical correlates of migrant status in adults with psychotic disorders: data from the Australian Survey of High Impact Psychosis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2015;24(6):534-541. <https://doi.org/10.1017/S2045796014000535>
25. Morgan VA, Waterreus A, Carr V, Castle D, Cohen M, Harvey C, Galletly C, Mackinnon A, McGorry P, McGrath J, Neil A, Saw S, Badcock J, Foley D, Waghorn G, Coker S, Jablensky A. (2017). Responding to challenges for people with psychotic illness: Updated evidence from the Survey of High Impact Psychosis — SHIP. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2017;51:124-140. <https://doi.org/10.1177/0004867416679738>
26. IBM Corp. *IBM SPSS Statistics for Mac, Version 22.0*. Armonk, NY: IBM Corp.; 2012.
27. Cicchetti D, Feinstein A. High agreement but low kappa: Resolving the paradoxes. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1990;6:551-558. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(90\)90159-M](https://doi.org/10.1016/0895-4356(90)90159-M)
28. Landis J, Koch G. *The measurement of observer agreement for categorical data*. *Biometrics*. 1977;33:159-174.

1.1. Клинические базы исследования и количество исследователей в центрах

- 1) Волгоградская областная психиатрическая больница №6, Волгоград, (n=1);
- 2) Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева, Москва (n=1);
- 3) Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова, Рязань (n=2);
- 4) Клиники Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург (n=3);
- 5) Самарская психиатрическая больница, Самара (n=1);
- 6) Самарский психоневрологический диспансер, Самара (n=2);
- 7) Клиники Крымской медицинской академии им. С.И. Георгиевского, Симферополь (n=2).

1.2. Пример пункта ДИП

Слуховые галлюцинации в третьем лице (OPCRIT 73)	53		
Слуховые галлюцинации в третьем лице (SCAN 17.009)			
— Вы когда-либо слышали голоса, говорящие друг с другом о Вас, но не непосредственно с Вами?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
О чем они говорят друг с другом?	НС	ПГ	ВЖ
Они говорят или спорят между собой о Вас?			
Сколько это продолжается?			
Как часто это происходит? Примерно каждый день?			
0 = Нет			
1 = Возникают, но длятся не более половины дня в течение месяца или их длительность определить невозможно			
2 = Присутствуют значимый процент времени в течение 1 мес и более			

Сознание ясное. Тон и содержание голосов может быть приятным и поддерживающим, нейтральным или враждебным, угрожающим или обвиняющим.

Не оценивается: голоса, которые говорят только одно или два слова, пока не станет понятным, что пациент понимает галлюцинаторные высказывания.

Примечание. НС — настоящее состояние; ПГ — прошедший год; ВЖ — период в течение всей жизни.

1.3. Комментарии исследователей об оценке некоторых пунктов ДИП

1. ДИП 12 Психосоциальный стресс, предшествовавший первому эпизоду: «Пациенты зачастую интерпретируют свои социальные затруднения как психосоциальный стресс и причины заболевания».
2. ДИП 54–57 Субъективное расстройство мышления — «Раздел требует дополнительных комментариев и объяснения со стороны интервьюера».
3. ДИП 59 Пассивное подчинение — «Термин психические автоматизмы более понятен в традициях концепции синдрома Кандинского—Клерамбо, а термин пассивное подчинение ассоциируется с катаlepsией или состоянием пассивного негативизма».
4. ДИП 62 Первичное бредовое восприятие — «Требует дополнительного объяснения со стороны интервьюера».
5. ДИП 90 Сниженная аффективность, ДИП 91 Приглушенный аффект — «Присутствует неуверенность в точности оценки», «Слишком субъективная оценка».

1.4. Диагностические выводы на основании компьютерной программы ДИП

Классификация DSM-III. 1. Большая депрессия. 2. Мания. 3. Биполярное расстройство. 4. Мания с психозом. 5. Депрессия с психозом. 6. Биполярное расстройство с психозом. 7. Атипичный психоз. 8. Шизофрениформное расстройство. 9. Шизофрения. 10. Параноидное расстройство.

Классификация DSM-III-R. 1. Большое депрессивное расстройство. 2. Большое депрессивное расстройство, умеренное. 3. Большое депрессивное расстройство, тяжелое. 4. Большое депрессивное расстройство с психозом. 5. Гипоманиакальный эпизод. 6. Маниакальный эпизод. 7. Маниакальный эпизод с психозом. 8. Шизофрения. 9. Шизофрениформное расстройство. 10. Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип. 11. Шизоаффективное расстройство, биполярный тип. 12. Бредовое расстройство. 13. Неуточненное психотическое расстройство (атипичный психоз). 14. Биполярное расстройство.

Классификация DSM-IV. 1. Большое депрессивное расстройство. 2. Большое депрессивное расстройство, умеренное. 3. Большое депрессивное расстройство, тяжелое. 4. Большое депрессивное расстройство с психозом. 5. Гипоманиакальный эпизод. 6. Маниакальный эпизод. 7. Маниакальный эпизод с психозом. 8. Шизофрения. 9. Шизофрениформное расстройство. 10. Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип. 11. Шизоаффективное расстройство, биполярный тип. 12. Бредовое расстройство. 13. Неуточненное психотическое расстройство (атипичный психоз). 14. Биполярное расстройство I типа. 15. Биполярное расстройство II типа.

Критерии первого ранга Schneider. 1. Шизофрения с симптомами первого ранга.

Классификация Taylor и Abrams. 1. Депрессия. 2. Мания. 3. Биполярное расстройство. 4. Шизофрения.

Французская классификация. 1. Интерпретативный психоз. 2. Хронический галлюцинаторный психоз. 3. Бредовой приступ. 4. Хроническая шизофрения. 5. Bouffée délirante.

Классификация Карпентера. 1. Шизофрения 5-го уровня. 2. Шизофрения 6-го уровня.

МКБ-10. 1. Легкое депрессивное расстройство. 2. Умеренное депрессивное расстройство. 3. Умеренная депрессия с соматическим синдромом. 4. Тяжелое депрессивное расстройство. 5. Тяжелая депрессия с психотическими симптомами. 6. Гипомания. 7. Мания. 8. Мания с психозом. 9. Биполярное аффективное расстройство. 11. Шизофрения. 12. Шизоаффективное расстройство, маниакаль-

ный тип. 13. Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип. 14. Шизоаффективное расстройство, биполярный тип. 15. Бредовое расстройство. 16. Другие неорганические психотические расстройства.

Классификация Feighner. 1. Депрессия. 2. Мания. 3. Биполярное расстройство. 4. Возможно, шизофрения. 5. Определенно шизофрения. 6. Шизофрения со вторичным аффективным расстройством — мания. 7. Шизофрения со вторичным аффективным расстройством — депрессия. 8. Шизофрения со вторичным аффективным расстройством — биполярный тип.

Классификация RDC. 1. Большая депрессия. 2. Мания. 3. Биполярное расстройство I. 4. Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип. 5. Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип. 6. Шизоаффективное расстройство, биполярный тип. 7. Широкая шизофрения. 8. Узкая шизофрения. 9. Неспецифический функциональный психоз. 10. Гипомания. 11. Биполярное расстройство II.

Подтипы Crow. 1. Тип I. 2. Смешанный тип. 3. Тип II.

Подтипы Farmer. 1. P тип. 2. H тип.

Подтипы Tsuang и Winokur. 1. Параноидный. 2. Недифференцированный. 3. Гебефренический.

Приложение 2. Межэкспертная надежность русскоязычной версии ДИП¹

	$r_{\text{поз}}^2$	$r_{\text{нег}}^2$	Общее парное согласие	Каппа Коэна	Каппа 95% ДИ	Согласие ³
Преморбидный анамнез и начало заболевания						
9. Семейное положение (холост/незамужем)	1,00	0,95	0,97	0,94	(0,82—1,06)	Почти полное
13. Безработица на момент начала заболевания	0,75	0,88	0,78	0,47	(0,15—0,79)	Умеренное
14. Плохая адаптация на работе до начала болезни	0,73	1,00	0,91	0,78	(0,55—1,00)	Значительное
15. Плохая социальная адаптация	0,67	0,91	0,88	0,60	(0,29—0,91)	» »
17. Нарушения мозговой деятельности в преморбиде	0,50	0,97	0,94	0,47	(-0,16—1,00)	Умеренное
Наследственная отягощенность						
18. По психическим заболеваниям, кроме шизофрении	0,80	0,91	0,88	0,71	(0,45—0,97)	Значительное
19. По шизофрении	0,67	0,97	0,94	0,63	(0,16—1,00)	» »
Депрессия						
23. Суточные колебания	1,00	0,96	0,94	0,85	(0,66—1,00)	Почти полное
24. Пониженная концентрация внимания	0,93	1,00	0,94	0,89	(0,74—1,00)	» »
25. Заторможенность	0,81	1,00	0,88	0,74	(0,52—0,96)	Значительное
28. Снижение аппетита	1,00	1,00	0,97	0,94	(0,83—1,00)	Почти полное
29. Повышенный аппетит	1,00	0,96	0,97	0,89	(0,70—1,00)	» » полное
30. Потеря массы тела	1,00	0,96	0,93	0,86	(0,68—1,00)	» »
31. Повышение массы тела	0,83	0,92	0,91	0,72	(0,42—1,00)	Значительное
32. Ранняя бессонница	0,78	0,91	0,88	0,7	(0,44—0,96)	» »
33. Средняя бессонница	0,90	1,00	0,91	0,79	(0,59—0,99)	» »
38. Бред обнищания	1,00	0,96	0,94	0,75	(0,46—1,00)	» »
39. Нигилистический бред	1,00	1,00	1,00	1,00	—	Почти полное ⁴
Мания						
43. Отвлекаемость	0,83	0,96	0,94	0,800	(0,54—1,00)	Почти полное
45. Пониженная потребность во сне	0,90	1,00	0,97	0,92	(0,77—1,00)	» »
46. Необдуманные действия	0,87	0,96	0,94	0,84	(0,63—1,00)	» »
48. Повышенная самооценка	1,00	0,95	0,97	0,92	(0,77—1,00)	» »
Бред						
58. Первичный бред	0,95	0,82	0,88	0,81	(0,64—0,98)	» »
Критика к болезни и лечение						
66. Ответ психотических симптомов на нейролептики	0,97	0,67	0,94	0,63	(0,16—1,00)	Значительное
Общая оценка психотических симптомов						
67. Структурированный бред	0,79	0,83	0,72	0,53	(0,28—0,89)	Умеренное
68. Расширение бредовой фабулы	0,56	0,91	0,78	0,46	(0,19—0,73)	» »

Окончание приложения 2 см на след. стр.

Приложение 2. Межэкспертная надежность русскоязычной версии ДИП¹ (окончание)

	$r_{\text{поз}}^2$	$r_{\text{нег}}^2$	Общее парное согласие	Каппа Коэна	Каппа 95% ДИ	Согласие ³
Общая оценка алкоголизма/наркомании						
71. Алкоголь: употребление когда-либо в жизни	0,95	1,00	0,96	0,93	(0,79—1,00)	Почти полное
72. Наркотики: употребление когда-либо в жизни	1,00	1,00	1,00	1,00	—	» ⁴
73. Алкогольная зависимость в течение 1 года до начала	0,25	1,00	0,91	0,37	(-0,16—1,00)	Слабое
75. Алкогольная зависимость и психопатология	0,33	1,00	0,94	0,47	(-0,12—1,00)	Умеренное
77. Злоупотребление от каннабиса и психопатология	0,5	1,00	0,97	0,65	(0,02—1,00)	Значительное
78. Диагноз злоупотребления/зависимости от другого ПАВ	0	1,00	0,97	1,00	—	Почти полное ⁴
79. Зависимость от других ПАВ и психопатология	0	1,00	0,97	1,00	—	» ⁴
Динамика заболевания						
80. Длительность болезни в неделях	—	—	0,84	0,7	(0,47—0,93)	Значительное
81. Функциональное снижение во время болезни	0,97	1,00	0,75	0,4	(0,12—0,68)	Умеренное
84. Связь психотических и аффективных симптомов	0,9	1,00	0,81	0,73	(0,54—0,92)	Значительное
85. Не заслуживающая доверия информация	0,25	1,00	0,91	0,38	(-0,15—0,91)	Слабое
86. Трудность установления контакта	0,25	1,00	0,91	0,37	(-0,16—0,90)	» »
Поведение, аффект и речь						
87. Ажитация	0,50	1,00	0,88	0,51	(0,20—0,82)	Умеренное
88. Кататония	0,67	1,00	0,97	0,79	(0,39—1,00)	Значительное
92. Неадекватный аффект	0,50	1,00	0,88	0,51	(0,25—0,87)	Умеренное
94. Речь, которую трудно понять	0,60	0,96	0,91	0,61	(0,21—1,00)	Значительное
96. Бессвязность (инкогерентность) речи	1,00	0,97	0,97	0,65	(0,02—1,00)	» »