

**Диагностика тревожных и депрессивных состояний при алкогольной зависимости:  
согласованность клинической оценки и самооценки пациента**

Воеводин И.В.<sup>1</sup>, Бохан Н.А.<sup>1,2</sup>, Мандель А.И.<sup>1</sup>, Бедарев Р.И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук,  
Томск, Россия

<sup>2</sup>Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия

*Оригинальная статья*

**Резюме.** Достоверная диагностика тревоги и депрессии на этапах формирования ремиссии при алкогольной зависимости имеет существенное значение в адекватном планировании и осуществлении вмешательств, профилактике рецидива. **Целью** исследования явилось изучение соответствия и несоответствия самооценки и клинической оценки тревоги и депрессии у пациентов, с анализом возможных причин расхождения оценок. **Материалом** исследования послужили 56 пациентов мужского пола с диагнозом F10.2, с выделением подгрупп соответствия оценок, преобладания балла самооценки и преобладания балла клинической оценки, отдельно для тревоги и для депрессии. Проведен сравнительный межгрупповой анализ характерологических особенностей и копинг-стиля пациентов с разным соотношением оценок. **Результаты** исследования обнаруживают высокую распространенность расхождения оценок, чаще в сторону преобладания клинической оценки над самооценкой. Сравнительно более низкая клиническая оценка симптоматики по сравнению с самооценкой выявляется в отношении пациентов с заострением характерологических черт индивидуалистичности, пессимистичности, ригидности и неадаптивным копингом (реакции отчаяния и пессимистичное прогнозирование в стрессовых ситуациях), сравнительно более высокая клиническая оценка – в отношении пациентов с низкими значениями данных показателей и более адаптивным стресс-реагированием. **Заключение:** при оценке эмоциональных нарушений у пациентов с алкогольной зависимостью, задействованных в формировании, поддержании и рецидивировании данного расстройства, целесообразно использовать систему «двойной диагностики» (самооценочных шкал и клинической оценки врачом), с сопоставлением и анализом результатов и причин расхождения оценок. Это позволит повысить уровень персонализации вмешательства путем более точного выделения ведущих симптомов в состоянии пациента на этапах становления ремиссии.

**Ключевые слова:** алкогольная зависимость, тревога, депрессия, клиническая диагностика, самооценка

## **Информация об авторах:**

Воеводин Иван Валерьевич\* – e-mail: i\_voevodin@list.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3988-7660>

Бохан Николай Александрович – e-mail: mental@tnimc.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1052-855X>

Мандель Анна Исаевна – e-mail: anna-mandel@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-6020-6604>

Бедарев Роман Игоревич – e-mail: yaneheal@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0009-2148-0545>

**Как цитировать:** Воеводин И.В., Бохан Н.А., Мандель А.И., Бедарев Р.И. Диагностика тревожных и депрессивных состояний при алкогольной зависимости: согласованность клинической оценки и самооценки пациента...

**Конфликт интересов:** Бохан Н.А. – член редакционного совета

**Финансирование:** Исследование выполнено в рамках Государственного задания № 075-00490-25-00, тема фундаментальных научных исследований «Мультидисциплинарное исследование клинической гетерогенности и патобиологических механизмов прогредиентного развития аддиктивных расстройств с разработкой инновационных программ терапии и дифференцированной профилактики», регистрационный номер 122020200053-1

## **Diagnosis of anxiety and depressive states in alcohol dependence: agreement between clinical assessment and patient self-assessment**

Ivan V. Voevodin<sup>1</sup>, Nikolay A. Bokhan<sup>1,2</sup>, Anna I. Mandel<sup>1</sup>, Roman I. Bedarev<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia

<sup>2</sup>Siberian State Medical University, Tomsk, Russia

### *Research article*

**Summary.** High-quality diagnostics of anxiety and depression is essential for adequate planning and implementation of interventions, prevention of relapse at the stages of remission formation in alcohol dependence. The aim of the study: to study the correspondence / inconsistency of self-assessment and clinical assessment of anxiety and depression in patients, and to analyze possible causes of discrepancies in assessments. Study material: 56 male patients with a diagnosis of F10.2; subgroups of "consistency of assessments", "predominance of self-assessment score", and "predominance of clinical assessment score" were identified, separately for anxiety and depression. A comparative intergroup analysis of characterological features and coping style of patients with different ratios of assessments was carried out. The results of the study reveal a high prevalence of discrepancies in assessments, more often in the direction of predominance of clinical assessment over self-assessment. A comparatively lower clinical assessment of symptoms is revealed in relation to patients with an

exacerbation of characterological traits: individualism, pessimism, rigidity, as well as maladaptive coping (despair reactions and pessimistic forecasting in stressful situations). A comparatively higher clinical assessment was revealed in relation to patients with low values of these indicators and a more adaptive stress-coping. Conclusion: when assessing emotional disorders in patients with alcohol dependence, which are involved in the formation, maintenance and recurrence of this disorder, it is advisable to use the "dual diagnostics" system (self-assessment scales and clinical assessment by a doctor). It is necessary to compare and analyze the results and reasons for the discrepancy in assessments. This will increase the level of the intervention's personalization by more accurately identifying the leading symptoms in the patient's condition at the stages of remission.

**Key words:** alcohol dependence, anxiety, depression, clinical diagnosis, self-assessment

**Information about the authors:**

Ivan V. Voevodin\* - e-mail: i\_voevodin@list.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3988-7660>

Nikolay A. Bokhan - e-mail: mental@tnimc.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1052-855X>

Anna I. Mandel - e-mail: anna-mandel@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-6020-6604>

Roman I. Bedarev - e-mail: yaneheal@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0009-2148-0545/>

**To cite this article:** Voevodin IV, Bokhan NA, Mandel AI, Bedarev RI. Diagnosis of anxiety and depressive states in alcohol dependence: agreement between clinical assessment and patient self-assessment...

**Conflict of Interest:** Nikolay A. Bokhan – the member of Editorial council.

**Financing:** The study was carried out within the framework of State assignment No. 075-00490-25-00, the topic of fundamental scientific research "Multidisciplinary study of clinical heterogeneity and pathobiological mechanisms of progressive development of addictive disorders with the development of innovative programs of therapy and differentiated prevention", registration number 122020200053-1

В современной научной литературе значительно число указаний на высокую коморбидность алкогольной зависимости и различных тревожно-депрессивных расстройств, ухудшающих клинико-динамические показатели и социально-психологическую адаптацию пациентов [4, 5], при этом выражена взаимосвязь самих тревожных и депрессивных симптомов [8], повышающая риск возникновения медико-социальных проблем, злоупотребления психоактивными веществами. Есть данные о роли тревожности в формировании и клинической динамике алкогольной зависимости, опосредованной двумя медиаторами – неадаптивным копингом и депрессией [19]. Это обуславливает необходимость повышения качества диагностики для достижения устойчивых ремиссий [13], в том числе диагностики тревожно-депрессивных состояний у пациентов с алкогольной зависимостью. В области диагностики актуальна проблема расхождения клинических диагнозов [15], в том числе в отношении выделения ведущего симptomокомплекса [1], влияющего на лечебную тактику и являющегося значимым фактором персонализированной терапии. Представляет исследовательский интерес проблема согласованности самооценки и клинической оценки симптомов тревоги и депрессии [16]. При этом на текущий момент исследователям не удалось обнаружить ни четкой связи самооценки тревоги и депрессии с клинической картиной и объективными критериями тяжести заболевания при соматической патологии [14], ни каких-либо характеристик пациентов с психическими расстройствами, влияющих на степень согласованности клинической оценки и самооценки депрессии [18]. Это обусловило цель настоящего исследования – изучение соответствия и возможных причин расхождения оценки тревожной и депрессивной симптоматики специалистом психиатром-наркологом и самим пациентом на начальном этапе становления ремиссии при алкогольной зависимости.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 56 пациентов клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, проходящих лечение по поводу алкогольной зависимости (F10.2) за период 2023-2024 гг. Все пациенты были мужского пола, в возрасте от 32 до 67 лет, средний возраст на момент обследования – 49 [43; 55] лет. Образовательный уровень обследованных: большинство (48,2% случаев) имели средне-специальное образование; в 25% случаев – высшее; 17,9% случаев – общее среднее; 8,9% случаев – незаконченное высшее. Профессиональный статус: большинство обследуемых были трудоустроены, в 53,6% случаев работали не по специальности, 25% случаев – по специальности; не работали на момент обследования 17,9%; пенсионеры составили 3,6% обследованных. Семейный статус: 57,1% состояли в зарегистрированном браке; 28,6% в разводе; 8,9% в незарегистрированном браке; 3,6% обследованных были вдовцы; 1,8% никогда не состояли в браке. Таким образом, возрастные и микросоциальные показатели выборки соответствовали в целом показателям общей группы пациентов мужского пола с

алкогольной зависимостью, проходящих лечение [6], что дает основание считать полученные в ходе исследования результаты корректными. Клиническая оценка тревожной и депрессивной симптоматики осуществлялась врачами психиатрами-наркологами стационара и фиксировалась в соответствующих разделах «Квантифицированной шкалы комплексной оценки психопатологических расстройств в ремиссии» (КШКОПРР, Дубинина Л.А. и др., Санкт-Петербург, 2012) в формате: 0 баллов (отсутствие), 1 балл (легкая степень выраженности), 2 балла (умеренно и сильно выраженная) [9]. Самооценка тревоги и депрессии осуществлялась с использованием Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale, Zigmond A.C., Snaith R.P., 1983) [20], рекомендованной для скрининга данных состояний в различных возрастных и нозологических группах [11, 12]. Качественная интерпретация результатов данной шкалы также предполагает трехбалльный формат: 0 баллов (отсутствие), 1 балл (субклиническая выраженность) и 2 балла (клиническая выраженность), что позволяет сопоставить клиническую оценку и самооценку симптомов.

В результате проведенного сопоставления балльных клинических оценок и самооценок симптомов тревоги и депрессии все клинические случаи были разделены на 3 группы для каждого симптома:

1. с преобладанием самооценки над клинической оценкой симптома;
2. с соответствием самооценки и клинической оценки;
3. с преобладанием клинической оценки симптома над самооценкой.

Была оценена распространенность различных видов соотношения оценки симптомов, а также возможный вклад в возникновение различий оценки некоторых характеристик пациента – характерологических черт (определялись по опроснику Mini-Mult, Kinkannon I., 1968, в русскоязычной версии СМОЛ, Зайцев В.П., 1981) [10] и копинг-стиля (определялся по опроснику E. Heim, 1988 [17], с модульно-векторной интерпретацией результатов, Воеводин И.В., 2011 [7]). Для анализа данных были использованы методы описательной статистики, сравнительный межгрупповой анализ для нескольких групп (критерий Краскела-Уоллиса и критерий хи-квадрат).

**Результаты.** Общие показатели оценки тревожной симптоматики пациентом и клиницистом, а также их соотношение представлены в табл. 1. Как видно из приведенных данных, по результатам самооценки симптомов тревоги у пациентов преобладает результат «отсутствие» (0 баллов), в клинической оценке – результат «легкая степень выраженности» (1 балл). В трети случаев зафиксировано совпадение балльных оценок, при несовпадении – существенно чаще встречается преобладание клинической оценки над самооценкой.

**Таблица 1. Показатели самооценки (HADS) и клинической оценки (КШКОПРР)  
тревоги у пациентов с алкогольной зависимостью**

**Table 1. Self-assessment and clinical assessment of anxiety in patients with alcohol dependence**

Симптоматика тревоги	Самооценка пациентом (шкала HADS)		Оценка врачом в структуре Квантифицированной шкалы	
	абс.	%	абс.	%
0 баллов (отсутствует)	27	48,2	4	7,1
1 балл (субклиническая / легкая степень)	13	23,2	41	73,2
2 балла (клиническая / выраженная)	16	26,8	11	19,6
Соотношение оценки симптоматики пациентом и врачом	абс.		% 19,6	
с преобладанием самооценки над клинической оценкой симптома	11		32,1	
с соответствием самооценки и клинической оценки	18		48,2	
с преобладанием клинической оценки симптома над самооценкой	27		1,8	

**Таблица 2. Показатели самооценки (HADS) и клинической оценки (КШКОПРР)  
депрессии у пациентов с алкогольной зависимостью**

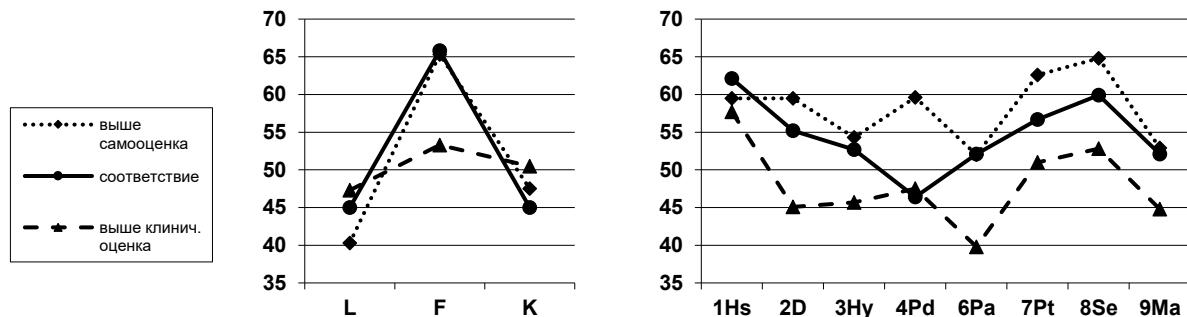
**Table 2. Self-assessment and clinical assessment of depression in patients with alcohol dependence**

Симптоматика депрессии	Самооценка пациентом (шкала HADS)		Оценка врачом в структуре Квантифицированной шкалы	
	абс.	%	абс.	%
0 баллов (отсутствует)	35	62,5	1	1,8
1 балл (субклиническая / легкая степень)	9	16,1	41	73,2
2 балла (клиническая / выраженная)	12	21,4	14	25,0
Соотношение оценки симптоматики пациентом и врачом	абс.		%	
с преобладанием самооценки над клинической оценкой симптома	9		16,1	
с соответствием самооценки и клинической оценки	8		14,3	
с преобладанием клинической оценки симптома над самооценкой	39		69,6	

Показатели депрессивной симптоматики у пациентов с алкогольной зависимостью имеют еще более выраженную тенденцию к преобладанию клинической оценки над самооценкой, в связи

с чем возрастает соответствующая доля расхождений и снижается процент совпадения оценок, по сравнению с тревожной симптоматикой (см. табл. 2).

Возможное влияние на расхождение оценок тревожной симптоматики характерологических особенностей пациента было изучено при помощи методики СМОЛ (см. рис. 1). Дополнительно были оценены показатели стресс-реагирования по методике Е.Нейм в нашей интерпретации результатов.



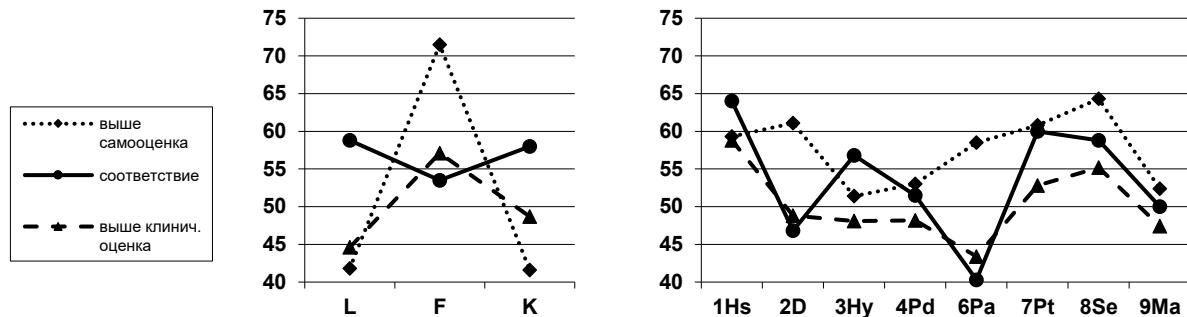
**Рис. 1. Усредненные профили СМОЛ при разных вариантах соотношения клинической оценки и самооценки тревожной симптоматики**

**Fig. 1. Averaged Mini-Mult profiles for different variants of the relationship between clinical assessment and self-assessment of anxiety symptoms**

Преобладание баллов самооценки над показателем клинической оценки тревоги сопряжено со сравнительно высокими показателями пациентов по шкалам 4 (Pd, импульсивность), критерий Краскела-Уоллиса –  $H=8,41$ ;  $p=0,0149$ , и 7 (Pt, тревожность), при  $H=6,98$ ;  $p=0,0305$ ; в целом в усредненном профиле преобладает шкала 8 (Se, индивидуалистичность). У данной группы обнаружен наименее адаптивный копинг в модулях «Эмоциональной реагирование» (низкий самоконтроль эмоций, склонность к отчаянию в стрессовых ситуациях), при  $\chi^2=9,47$ ;  $df=4$ ;  $p=0,04928$ ; и «Прогноз» (склонность к пессимизму), при  $\chi^2=7,06$ ;  $df=2$ ;  $p=0,02931$ .

Другой вариант несоответствия оценок тревоги, с преобладанием показателя клинической оценки над самооценкой, характеризуется, в порядке убывания статистической значимости, сравнительно низкими показателями по шкалам 2 (D, пессимистичность), при  $H=11,31$ ;  $p=0,0035$ ; F (достоверность), при  $H=9,47$ ;  $p=0,0088$ ; 8 (Se, индивидуалистичность), при  $H=7,35$ ;  $p=0,0254$ ; 6 (Pa, ригидность), при  $H=7,19$ ;  $p=0,0274$ . В целом в усредненном профиле преобладает шкала 1 (Hs, педантичность, невротический сверхконтроль), как и у пациентов группы с соответствием клинической оценки и самооценкой тревоги. Копинг-стиль сравнительно адаптивен, соответственно, с развитым самоконтролем эмоций и оптимистическим прогнозированием.

На рис. 2 представлены усредненные профили групп пациентов с разными вариантами оценки депрессии.



**Рис. 2. Усредненные профили СМОЛ при разных вариантах соотношения клинической оценки и самооценки депрессивной симптоматики**

**Fig. 2. Averaged Mini-Mult profiles for different variants of the relationship between clinical assessment and self-assessment of depressive symptoms**

Вариант с высоким уровнем самооценки депрессивной симптоматики, превышающей клиническую оценку, характеризовался повышенными значениями показателей шкал 2 (D, пессимистичность), при  $H=8,01$ ;  $p=0,0182$ ; и 6 (Ра, ригидность), при  $H=6,26$ ;  $p=0,0437$ ; в целом в усредненном профиле, как и в случае с оценкой тревоги, преобладала шкала 8 (Se, индивидуалистичность). Также обращает на себя внимание высокий показатель шкалы F (достоверность). При этом характерологические черты пациентов группы с преобладанием клинической оценки над самооценкой не имеют статистически значимых отличий от показателей группы с соответствием оценки. Статистически значимых межгрупповых различий копинг-стиля также не было выявлено. Эффективность вмешательства (успешность становления ремиссии) была оценена по показателям КШКОПРР, HADS и Пенсильванской шкале влечения к алкоголю; полная нормализация всех показателей на момент выписки расценивалась как «высокая эффективность», сохранение ненормативных значений хотя бы по одному из показателей – как «сниженная эффективность». При этом не установлено связи соотношения самооценки и клинической оценки тревоги с эффективностью вмешательства – высокая эффективность становления ремиссии после проведенного терапевтического комплекса (фармако- и психотерапия) была достигнута в 64,3% случаев, без значимых межгрупповых различий. В отношении оценки депрессии была констатирована слабая, не имеющая статистической значимости связь – высокая эффективность в 75,0% случаев при соответствии оценки, в 64,1% случаев при преобладании балла клинической оценки и в 55,6% случаев при преобладании балла самооценки.

**Обсуждение.** Расхождение в оценке тревожной и депрессивной симптоматики самим пациентом и лечащим врачом достаточно распространено и, несмотря на отсутствие выявленной значимой связи с эффектом вмешательства, заслуживает внимания, в связи с существенной ролью эмоциональных нарушений в формировании, поддержании и рецидивировании алкогольной зависимости. Несоответствие оценок в виде более высоких баллов при самооценке в обоих случаях, и для тревоги, и для депрессии, наблюдается у пациентов с заострением черт индивидуалистичности (с возможно высоким уровнем абстрагирования, но сниженным внешним эмоциональным откликом на повседневные ситуации). При этом тревога оценивается врачом как менее выраженная при сочетании черт мнительности, нерешительности с чувствительностью и обидчивостью, возбудимостью, с неадаптивным стресс-реагированием в виде реакций отчаяния и пессимистичного прогнозирования. Преобладание балла самооценки депрессии над баллом врачебной оценки наблюдается у пациентов либо сенситивных и неуверенных, либо у пациентов ригидных, с достаточно высокой агрессивностью. Другой вариант расхождения оценок, с преобладанием баллов клинической оценки над самооценкой, вопреки ожиданиям оказался характерен, опять же в обоих случаях, для пациентов с выраженным невротическим сверхконтролем, ипохондричностью, при этом тревога оценивается терапевтом, как более выраженная, у пациентов достаточно оптимистичных, миролюбивых, возможно поверхностных, с невысокой креативностью, но с достаточно адаптивным копингом. Таким образом, на этапе планирования тактики вмешательства представляется целесообразной двойная оценка тревожной и депрессивной симптоматики у пациентов, с сопоставлением результатов и анализом причин возможных расхождений, с учетом психологических особенностей. Решение общей клинической задачи нормализации эмоционального состояния пациента с алкогольной зависимостью на этапах формирования ремиссии достигается путем повышения когнитивной рациональности и адаптивности стресс-реагирования [2], в том числе с использованием эмоциональной поддержки микросоциального окружения [3].

**Заключение.** Согласованность клинической оценки и самооценки эмоциональных нарушений (тревожных, депрессивных, а также дисфорических) в структуре abstinentного, постабстинентного состояния и на этапах ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью связана с проблемой точной диагностики данных нарушений, выделения ведущих симптомов и их своевременного купирования, что играет значимую роль в успешности формировании ремиссии. При использовании «двойной диагностики», когда клиническую оценку дополняют самооценочные шкалы, целесообразно анализировать совпадение либо расхождение оценок, в том числе во взаимосвязи с характерологическими особенностями и особенностями стресс-реагирования пациента.

## **Литература / Reference**

1. Бойко Е.О., Ложникова Л.Е., Зайцева О.Г., Александрова Л.А. Сравнительная эффективность антидепрессивной терапии генерализованного тревожного расстройства в зависимости от ведущего симптомокомплекса. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022;2(115):57-63.  
Boiko EO, Lozhnikova LE, Zaitseva OG, Aleksandrova LA. Comparative efficacy of antidepressant therapy for generalized anxiety disorder depending on the leading symptom complex. Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. 2022;2(115):57-63 (In Russ.). [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2\(115\)-57-63](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-2(115)-57-63)
2. Бохан Н.А., Воеводин И.В., Мандель А.И., Аболонин А.Ф., Белокрылов И.И. Когнитивная копинг-терапия алкогольной зависимости и невротических расстройств у пациентов с суициdalными мыслями. Суицидология. 2023;14(1):115-130.  
Bokhan NA, Voevodin IV, Mandel AI, Abolonin AF, Belokrylov II. Cognitive coping therapy of alcohol addiction and neurotic disorders in patients with suicidal thoughts. Suicidologiya. 2023;14(1):115-130. (In Russ.). [https://doi.org/10.32878/suiciderus.23-14-01\(50\)-115-130](https://doi.org/10.32878/suiciderus.23-14-01(50)-115-130)
3. Бочаров В.В., Шишкова А.М., Дубинина Е.А., Караваева Т.А., Старунская Д.А., Черная Ю.С., Сарайкин Д.М., Винникова А.Ю. Психологические характеристики микросоциального окружения как предикторы ремиссии у пациентов с депрессивными и тревожными невротическими расстройствами. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2024;58:4-2:65-77.  
Bocharov VV, Shishkova AM, Dubinina EA, Karavaeva TA, Starunskaya DA, Chernaya YuS, Saraykin DM, Vinnikova AYu. Psychological characteristics of the microsocial environment as predictors of remission among patients with depressive and anxiety neurotic disorders. Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii imeni VM Bekhtereva. 2024;58:4-2:65-77. (In Russ.).  
<http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-1013>.
4. Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д. Аффективные расстройства при коморбидности с алкогольной зависимостью: клинико-динамические особенности, уровень социальной адаптации больных. Бюллетень сибирской медицины. 2020;19(1):29–35.  
Vasilieva SN, Simutkin GG, Schastnyy ED. Affective disorders in comorbidity with alcohol addiction: clinical and dynamic features, social adaptation level of patients. Bulletin Sibirskoj Mediciny. 2020;19(1):29–35. (In Russ.). <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2020-1-29–35>.
5. Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Суровцева А.К., Украинцев И.И., Алтынбеков К.С. Сочетание аффективных расстройств и алкогольной зависимости:

клиническое значение коморбидности, социальная адаптация пациентов. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022;4(117):14-21.

Vasilieva SN, Simutkin GG, Schastnyy ED, Surovtseva AK, Ukraintsev II, Altynbekov KS. Combination of mood disorders and alcohol dependence: clinical significance of comorbidity, social adaptation of patients. Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. 2022;4(117):14-21. (In Russ.).

[https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-4\(117\)-14-21](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-4(117)-14-21)

6. Воеводин И.В. Возрастной и образовательный факторы в формировании и клинической динамике алкогольной зависимости и невротических расстройств. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022;1(114):27-32.

Voevodin IV. Age and educational factors in the formation and clinical dynamics of alcohol dependence and neurotic disorders. Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. 2022;1(114):27-32. (In Russ.). [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-1\(114\)-27-32](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2022-1(114)-27-32)

7. Воеводин И.В. Изучение роли копинга в формировании предболезненных состояний у студентов: новый подход. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011;5:77-80.

Voevodin IV. Study of coping's role in formation of pre-morbid conditions among students: a new approach. Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. 2011;5:77-80. (In Russ.).

8. Гельд А.Л., Кремлева О.В. Ассоциации тревоги и депрессии при количественной оценке по HADS у пациентов с тревожной симптоматикой. Уральский медицинский журнал. 2010;9(74):54-60.

Geld AL, Kremleva OV. Associating anxiety and depression in quantitative evaluation using HADS in patients with anxiety symptoms. Uralskij meditsinskij zhurnal. 2010;9(74):54-60. (In Russ.).

9. Дубинина Л.А., Рыбакова К.В., Рыбакова Т.Г., Бакман И.Ю., Кисилев А.С., Ерышев О.Ф., Крупицкий Е.М. Клинические и социально-психологические критерии оценки реадаптации больных с алкогольной зависимостью на этапах становления ремиссии: пособие для врачей. СПб: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. 2012.

Dubinina L.A., Rybakova K.V., Rybakova T.G., Bakman I.Yu., Kisilev A.S., Eryshev O.F., Krupitskiy E.M. Klinicheskie i social'no-psihologicheskie kriterii ocenki readaptacii bol'nyh s alkogol'noj zavisimost'yu na etapah stanovleniya remissii: posobie dlya vrachej. SPb: NIPNI im. V.M. Bekhtereva. 2012. (In Russ.).

10. Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult. Психологический журнал. 1981;3:118-123.

Zajtsev VP. Option of psychological test Mini-Mult. Psikhologicheskij zhurnal. 1981;3:118-123. (In Russ.).

11. Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А., Авдеева Т.И., Изюмина Т.А. Изучение возможностей применения стандартизованных шкал самооценки тревоги и депрессии при обследовании

больных пожилого возраста: шкалы-опросники депрессии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016;116(10):51-59.

Ivanets NN, Kinkulkina MA, Avdeeva TI, Iziumina TA. The possibility of using standardized self-report anxiety and depression scales in elderly patients: depression scales/questionnaires in elderly. Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova. 2016;116(10):51-59. (In Russ.).

<https://doi.org/10.17116/jnevro201611610151-59>

12. Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А., Авдеева Т.И., Сысоева В.П. Изучение возможности применения стандартизированных шкал самооценки тревоги и депрессии при обследовании больных пожилого возраста: шкалы-опросники тревоги. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016;116(6):31-41.

Ivanets NN, Kinkulkina MA, Avdeeva TI, Sysoeva VP. The possibility of using standardized self-report anxiety and depression scales in elderly patients: anxiety scales/questionnaires. Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova. 2016;116(6):31-41. (In Russ.).

<https://doi.org/10.17116/jnevro2016116131-41>

13. Караваева Т.А., Васильева А.В., Радионов Д.С., Старунская Д.А., Андрианова А.Е. Клинические и этиопатогенетические аспекты коморбидности депрессивных и тревожных нарушений: к проблеме достижения устойчивой ремиссии. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2024;58:4-1:23-33.

Karavaeva TA, Vasileva AV, Radionov DS, Starunskaya DA, Andrianova AE. Clinical and etiopathogenetic aspects of depressive and anxiety disorders' comorbidity: towards the problem of achieving stable remission. Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva. 2024;58:4-1:23-33. (In Russ.). <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2024-975>.

14. Наумова Е.А., Ушаков В.Ю., Удовиченко С.К. Взаимосвязь между наличием и степенью выраженности симптомов депрессии и тревоги, уровнем самооценки, отношением к болезни и клинической картиной. Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2015;2-2:187-192.

Naumova EA, Ushakov VYu, Udovichenko SK. The relationship between the presence and severity of depression's and anxiety's symptoms, and the level of self-esteem, and attitude towards the disease, and the clinical symptoms. Aktualnye problemy gumanitarnyh i estestvennyh nauk. 2015;2-2:187-192. (In Russ.).

15. Ситчихин П.В., Гилев В.Л. Расхождение диагнозов, установленных специализированной психиатрической бригадой скорой медицинской помощи и психиатрическим стационаром в Краснодаре: структура, динамика и профилактика. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2023;4(121):52-60.

Sitchikhin PV, Gilev VL. Discrepancy between diagnoses established by a specialized psychiatric emergency medical team and a psychiatric hospital in Krasnodar: structure, dynamics and prevention. Sibirskij vestnik psihiatrii i narkologii. 2023;4(121):52-60. (In Russ.). [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-4\(121\)-52-60](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2023-4(121)-52-60)

16. Davies MR, Buckman JEJ., Adey BN, Armour C, Bradley JR, Curzons SCB, Davies HL, Davis KAS, Goldsmith KA, Hirsch CR, Hotopf M, Hübel C, Jones IR, Kalsi G, Krebs G, Lin Y, Marsh I, McAtarsney-Kovacs M, McIntosh AM, Mundy J, Eley TC. Comparison of symptom-based versus self-reported diagnostic measures of anxiety and depression disorders in the GLAD and COPING cohorts. Journal of Anxiety Disorders. 2022;85:102491.

<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102491>

17. Heim E. Coping und adaptivitat: gibt es geeignetes oder ungeeignetes coping? Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. 1988;1:8-17.

18. Hershenberg R, McDonald WM, Crowell A, Riva-Posse P, Craighead WE, Mayberg HS, Dunlop BW. Concordance between clinician-rated and patient reported outcome measures of depressive symptoms in treatment resistant depression. Journal of Affective Disorders. 2020;266:22-29. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.108>

19. Lechner WV, Shadur JM, Banducci AN, Grant DM, Morse M, Lejuez CW. The mediating role of depression in the relationship between anxiety sensitivity and alcohol dependence. Addictive Behaviors. 2014;39(8):1243-1248. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.04.002>

20. Zigmond, AS; Snaith, RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983;67(6):361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

### **Сведения об авторах:**

**Воеводин Иван Валерьевич** – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». 634014, Россия, г. Томск, ул. Алеутская, 4. E-mail: i\_voevodin@list.ru

**Бохан Николай Александрович** – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, руководитель отделения аддиктивных состояний, директор НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». 634014, Россия, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ. 634050, Россия, г. Томск, ул. Московский тракт, 2. E-mail: mental@tnimc.ru

**Мандель Анна Исаевна** – доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». Адрес: 634014, Россия, г. Томск, ул. Алеутская, 4. E-mail: anna-mandel@mail.ru

**Бедарев Роман Игоревич** – врач психиатр-нарколог клиники НИИ психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук». 634014, Россия, г. Томск, ул. Алеутская, 4. E-mail: yaneheal@gmail.com