

УДК 616.8-07

ББК 56.12

3-38

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Захаров В.В.

3-38 Нервно-психические нарушения: диагностические тесты / В.В.Захаров, Т.Г.Вознесенская; под общ. ред. акад. РАН Н.Н.Яхно. — 6-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2018. — 320 с.: ил.

ISBN 978-5-00030-582-9

В книге излагаются сведения, касающиеся эпидемиологии, патофизиологии, критериев диагностики когнитивных и некогнитивных нервно-психических расстройств. Важным разделом руководства является систематическое представление широко применяющихся тестов, шкал.

Руководство будет полезно для неврологов, психиатров и врачей других специальностей.

УДК 616.8-07

ББК 56.12

ISBN 978-5-00030-582-9

© Захаров В.В., Вознесенская Т.Г., 2013

© Оформление, оригинал-макет.

Издательство «МЕДпресс-информ», 2013

Оглавление

Список сокращений	4
Предисловие	5
Глава 1. Когнитивные нарушения (В.В.Захаров)	8
1.1. Введение	8
1.2. Определение когнитивных функций	11
1.3. Семиотика когнитивных нарушений	13
1.4. Причины когнитивных нарушений	31
1.5. Взаимосвязь когнитивных и других нервно-психических нарушений	41
1.6. Исследование гнозиса	42
1.7. Исследование памяти	51
1.8. Исследование речи	66
1.9. Исследование праксиса	78
1.10. Исследование управляющих функций	90
1.11. Исследование когнитивных функций в целом	103
Глава 2. Некогнитивные нервно-психические расстройства при когнитивных нарушениях (Т.Г.Вознесенская)	113
2.1. Введение в проблему и распространенность некогнитивных нервно-психических расстройств ...	113
2.2. Клиническая феноменология и подтипы некогнитивных нервно-психических расстройств ...	125
2.3. Клиническая оценка некогнитивных нервно-психических расстройств	158
2.4. Психометрические методики выявления некогнитивных нервно-психических расстройств ...	161
2.5. Собственные данные о применении ряда психометрических методик у больных с дисциркуляторной энцефалопатией и болезнью Альцгеймера и варианты их интерпретации	180
2.6. Клинический пример	193
Приложения	200
Рекомендуемая литература	307

Глава 1. Когнитивные нарушения

В.В.Захаров

1.1. Введение

Нарушение когнитивных функций является одним из наиболее распространенных неврологических расстройств, оно возникает вследствие большого числа различных по этиологии и патогенезу заболеваний головного мозга. Особенно велика распространенность неврологических заболеваний с клинической картиной когнитивных расстройств среди лиц пожилого возраста. По статистике, от 5 до 25% и более (в зависимости от возраста) пожилых людей страдают деменцией. В абсолютных цифрах это составляет не менее 30 млн пациентов в мире.

Наличие деменции существенно снижает качество жизни как самого пациента, так и его ближайших родственников, вызывает дополнительные трудности при диагностике и лечении сопутствующих заболеваний, так как врачи испытывают сложности при сборе анамнеза, оценке жалоб больного, не могут быть уверены в надлежащем исполнении врачебных рекомендаций. В результате смертность среди пациентов с деменцией значительно превышает среднестатистическую смертность среди пожилых лиц.

Деменция представляет собой не только медицинскую, но и серьезную социально-экономическую проблему. Следует учитывать, что она приводит не только к прямым экономическим потерям в виде расходов общества на лечение и уход за пациентами. Еще более значительны так называемые косвенные потери, связанные с тем, что родственники пациента зачастую не могут продолжать работать в прежнем объеме и качестве. При этом наибольшие экономические потери возникают при переходе на стадию

умеренной деменции, когда пациенты не могут обслуживать себя в быту самостоятельно и регулярно нуждаются в посторонней помощи. Следует отметить, что переход на стадию умеренной деменции одновременно означает существенное снижение потенциальной возможности оказания медицинской помощи данной категории пациентов. Поэтому представляется весьма целесообразным как можно более раннее установление диагноза деменции и своевременное начало современной базисной терапии (табл. 1.1), на фоне которой продолжительность самостоятельной жизни пациентов может быть существенным образом удлинена.

Деменция – это наиболее тяжелые когнитивные расстройства, которые приводят к дезадаптации пациента в профессио-

Таблица 1.1. Лечение когнитивных нарушений

Деменция	Основная терапия	Мемантин Ингибиторы ацетилхолинэстеразы
	Дополнительная терапия	Нейропротективные и вазотропные препараты: Актовегин, цитиколин, холина альфосцерат, церебролизин, стандартный экстракт гинкго билоба, ницерголин
Недементные когнитивные нарушения	Основная терапия	Нейропротективные и вазотропные препараты: Актовегин, цитиколин, холина альфосцерат, стандартный экстракт гинкго билоба, винпоцетин, этилметил-гидроксипиридина сукцинат, ницерголин, пирибедил, Диваза (аффинно очищенные антитела в релиз-активной форме к мозгоспецифическому белку S-100 [P-A AT S-100] и эндотелиальной NO-синтазе [P-A AT к eNOS]) и др.
	Альтернативная терапия	Мемантин

нальной и социально-бытовой сфере. Однако спектр когнитивных нарушений в пожилом возрасте более широк и включает не только деменцию, но и менее тяжелые нарушения. В последнее время проблеме недементных (легких и умеренных) когнитивных нарушений уделяется все большее внимание неврологов, психиатров и врачей других специальностей. Хотя легкие и умеренные когнитивные нарушения не являются столь тяжким социально-экономическим и эмоциональным бременем, как деменция, тем не менее наличие даже легких когнитивных расстройств существенным образом снижает качество жизни пациента. Кроме того, риск развития деменции среди пациентов с умеренными когнитивными нарушениями весьма велик и составляет до 10–15% в год. Поэтому проблема ранней диагностики когнитивной недостаточности с целью как можно более раннего назначения нейропротективной терапии является чрезвычайно актуальной.

Между тем, серьезной проблемой как в России, так и в других странах мира является запоздалая диагностика когнитивных нарушений. Это связано с недостаточной информированностью как врачей, так и населения в целом. Среди неспециалистов широко распространено мнение, что снижение памяти и ухудшение других когнитивных функций являются нормой для пожилых и престарелых. Поэтому нередко пациенты и их родственники не обращаются за врачебной помощью вплоть до этапа крайне тяжелых расстройств, когда больные уже не узнают окружающих или утрачивают навыки самообслуживания. Очевидно, что при подобной выраженности расстройств, возможности помощи больному невелики.

Помимо поздней обращаемости за медицинской помощью, причиной запоздалой диагностики является недостаточное знание врачами методов исследования когнитивных функций. Сегодня существует объективная необходимость

в овладении клинико-психологическими методами исследования и широком использовании данных методов в повседневной клинической практике. Это относится не только к неврологам и психиатрам, но также и врачам других специальностей. Следует отметить, что российская неврологическая школа имеет давние традиции применения психологических методов исследования, которые восходят еще к Г.И.Россолимо. Как известно, этот выдающийся врач и ученый был одним из основоположников психометрического метода, т.е. количественного измерения психологических характеристик личности в неврологической и психиатрической клинике. В настоящее время врачами и нейропсихологами разработано большое число стандартных тестов различного уровня сложности, которые позволяют провести качественную и количественную оценку как когнитивного статуса в целом, так и отдельных высших психических функций. Важно подчеркнуть, что без использования клинико-психологических методов исследования оценка неврологического статуса является незавершенной, что может привести к неправильной синдромальной, топической и нозологической диагностике заболеваний ЦНС.

1.2. Определение когнитивных функций

Под *когнитивными функциями* понимаются наиболее сложные функции головного мозга, при помощи которых осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним. Синонимами термина «*когнитивные функции*» являются *познавательные функции, высшие мозговые, или высшие психические, функции*. Устаревшим определением можно считать выражение «*высшие корковые функции*», так как на сегодняшний день доказано, что в формировании высших

психических функций участвуют не только кора, но и подкорковые серые узлы.

Большинство авторов выделяют пять основных когнитивных функций человека:

- *Восприятие (гнозис)* – способность к распознаванию информации, поступающей от органов чувств.
- *Память* – способность запечатлевать, сохранять и многократно воспроизводить полученную в течение жизни информацию.
- *Праксис* – способность приобретать, сохранять и использовать различные двигательные навыки.
- *Речь* – способность к вербальной коммуникации, которая включает в себя понимание обращенной речи, построение собственного речевого высказывания, чтение и письмо.
- *Управляющие функции* – способность управлять своей познавательной деятельностью и поведением, в том числе ставить перед собой ту или иную задачу и контролировать ее выполнение.

Отечественные нейропсихологи (Л.Г.Выготский, А.Р.Лурия, Е.Д.Хомская и др.) в качестве самостоятельной высшей психической функции выделяют также *интеллект (мышление)* как способность к анализу информации, выявлению сходств и различий, общего и частного, главного и второстепенного, а также способность к вынесению суждений и логических умозаключений. В европейской и американской нейропсихологии термин «интеллект» трактуется более широко как сумма всех знаний и навыков индивидуума, что синонимично когнитивным функциям в целом. Вероятно, указанное различие связано с лингвистическими особенностями и разницей значения слова «интеллект» в русском и европейских языках. В то же время значение термина «интеллект» в узкой трактовке (как

мышления) тесно смыкается с дефиницией «управляющих функций», и для исследования интеллекта и управляющих функций используется практически идентичный методический аппарат (пробы на обобщения, трактовка пословиц, составление рассказа по сюжетной картинке, решение задач и др.).

Также в качестве самостоятельной когнитивной функции нередко выделяют *внимание* как способность к поддержанию надлежащего для умственной работы уровня психической активности (так называемое *непроизвольное внимание*) и как способность фокусировать психическую деятельность на одной или нескольких актуальных задачах (*произвольное внимание*). Однако ряд авторитетных нейропсихологов (Е.Д.Хомская и др.) настаивают, что внимание не имеет собственного содержания. С данных позиций внимание следует рассматривать не как самостоятельную когнитивную функцию, а как механизм обеспечения и организации других функций.

Хорошо известно, что когнитивные способности взрослых здоровых лиц весьма различны. О нарушениях когнитивных функций можно говорить в тех случаях, когда какое-либо заболевание приводит к снижению когнитивных способностей по сравнению с исходным уровнем. Таким образом, *когнитивные нарушения* – это ухудшение по сравнению с *индивидуальной нормой* одной или нескольких из следующих когнитивных функций: памяти, праксиса, гнозиса, речи или управляющих функций.

1.3. Семиотика когнитивных нарушений

Когнитивные расстройства имеют описательные характеристики, качественные и количественные особенности.

При описании когнитивных нарушений следует указать их структуру, т.е. какие именно высшие мозговые функции пострадали (см. табл. 1.2).

Нарушения сна

Нарушения сна в геронтологической практике очень распространены и могут проявляться как пресомническими, так и интерсомническими и постсомническими расстройствами. Как правило, это трудности засыпания, частые ночные пробуждения с периодами ночного бодрствования, ранние утренние пробуждения, отсутствие ощущения отдыха после ночного сна. Анализ нарушений сна у пациентов с когнитивными расстройствами усложнен тем, что в процессе естественного старения привычный паттерн ночного сна практически всегда видоизменяется. Пожилые люди обычно спят меньше молодых, они чаще спят днем или пребывают в состоянии дремоты, например у телевизора. Соотношения стадий сна также претерпевает изменения – увеличивается доля I стадии сна (поверхностный сон, дремота) за счет уменьшения III и IV стадий глубокого сна. В более старшем возрасте несколько уменьшается длительность быстрого сна (REM – сон с быстрыми движениями глаз). Причины этих изменений не до конца ясны, многие из них связаны с соматическими заболеваниями, сопровождающимися болевыми синдромами, снижением дневной активности с периодами дневного сна, необходимостью частого посещения туалета ночью и т.д. При деменциях нарушения сна по характеру близки к вышеперечисленным возрастным изменениям, однако значительно их превышают. Расстройства сна на всех стадиях когнитивных нарушений очень распространены. Наиболее исследованы нарушения ночного сна при БА, хотя они чаще встречаются и более выражены при сосудистых деменциях. При БА увеличивается длительность и количество периодов бодрствования среди ночи, увеличивается I стадия за счет уменьшения III и IV стадий ночного сна. При прогрессировании заболевания на этапе выраженной деменции наступает прогрессирующее

снижение фазы быстрого сна и увеличение его латентности. Более грубые нарушения всей архитектуры сна соответствуют более тяжелой степени деменции. Патогенез нарушений сна при деменциях мало изучен. Есть данные о роли потери холинергических путей из ядра Мейнерта, особенно это касается изменений фазы быстрого сна. Однако предполагается, что важное значение имеют более грубые нарушения циркадианных ритмов (цикличность температуры, концентраций мелатонина и т.д.), что, возможно, связано с нарушениями функции супрахиазматических ядер и их связей. Это подтверждается и тем, что при БА повышаются дневные засыпания или дремота, наблюдается так называемый синдром «захода солнца» (усиление психопатологической симптоматики во второй половине дня), а также есть данные об ухудшении цикла «сон–бодрствование» в холодное время года. Конечно, помимо роли патофизиологических процессов, свойственных БА, в нарушении сна принимают участие и внешние факторы, и соматические заболевания. Нарушения сна пациента особенно тяжелы для родственников и/или ухаживающих за ним лиц. Наибольший стресс как для больного, так и для его близких вызывают ночные бодрствования. В эти периоды у пациентов могут возникать различные эмоциональные и поведенческие расстройства, которые требуют наблюдения и коррекции (пациент может находиться в тревожном возбуждении, испытывать сильный страх, плакать, кричать, постоянно будить родственников, заниматься неподходящими для ночи дневными делами, бродить по дому, уходить из дома, испытывать галлюцинации, проявлять агрессивное поведение и т.д.). Нарушения сна усиливают дневную сонливость и снижают когнитивные возможности пациента после бессонной ночи, что следует обязательно учитывать при проведении нейропсихологического тестирования.

2.3. Клиническая оценка некогнитивных нервно-психических расстройств

Клиническая оценка ННПР всегда должна предшествовать использованию специальных психометрических шкал. При клинической оценке ННПР надо знать следующие положения:

- Следует иметь в виду, что эмоциональные и поведенческие расстройства всегда являются патологическим состоянием и их никогда не следует рассматривать как «естественное» следствие старения организма.
- Необходимо знать ключевые клинические проявления эмоциональных и поведенческих расстройств в соответствии с принятыми международными диагностическими критериями (МКБ-10 или DSM-IV).
- И возраст, и наличие неврологического заболевания видоизменяют клинические проявления отдельных психопатологических состояний, поэтому их следует активно и с особой тщательностью выявлять, используя как детальный клинический опрос и наблюдение за пациентом, так и беседу с его родственниками.
- При беседе с пациентом или его родственниками могут возникать сложности, связанные с их негативным отношением к вопросам о нарушениях в психической сфере. Пациент осознает, но не хочет признать свое психическое неблагополучие, так как опасается контакта с психиатрами и/или боится получения статуса недееспособного. В этих случаях эмоциональные или поведенческие нарушения могут диссимулироваться больным. Как правило, после достижения контакта с пациентом эти сложности исчезают.
- Следует обращать особое внимание на текущую флуктуацию ННПР (в том числе в течение суток), выявляя

ее, беседуя с пациентом, родственниками и/или ухаживающим персоналом.

- Во время беседы с пациентом необходимо оценивать его поведение: моторную активность, позу, мимику, тембр и громкость речи, интонации, речевую активность, эмоциональное реагирование на задаваемые вопросы, вовлеченность в беседу, склонность к контакту и сотрудничеству, степень закрытости и отвлекаемости.
- Следует выявлять эпизоды эмоциональных и поведенческих расстройств и периоды приема психотропных средств на протяжении всей жизни пациента, а также у его родственников.
- Анализировать время начала ННПР и возможные причины их дебюта или обострения. К возможным причинам возникновения ННПР следует отнести: стрессовые события, психотравмирующие ситуации, обострение или появление соматических, инфекционных и других заболеваний, прием новых лекарственных средств, злоупотребление лекарствами или алкоголем и др. Оценивать степень стрессорного воздействия на пациента возможно, используя Шкалу жизненных событий Холмса и Рея (см. Приложение 17). Стрессовыми событиями признаются все значительные изменения, произошедшие в жизни, вне зависимости от того, являются ли они положительными или отрицательными. Не все из приведенных в шкале событий актуальны для пациентов с когнитивными расстройствами пожилого и старческого возраста. Тем не менее большинство пунктов актуальны для любого возраста. Использование шкалы Холмса и Рея позволяет врачу не пропустить значимые события или изменения в повседневной жизни пациента, которые могли

привести к ухудшению состояния или стали причиной недостаточной эффективности терапии. Каждому жизненному событию соответствует определенный балл, полученные баллы суммируются. Чем большее количество баллов набирает пациент по данной шкале, тем более сильную стрессорную нагрузку он испытывает. Как правило, оценивают события, произошедшие за последние полгода. Сумма баллов от 150 до 199 интерпретируется как небольшой уровень стрессового воздействия, при котором вероятность заболеть психосоматическими или невротическими расстройствами составляет 30%; сумма баллов от 200 до 299 оценивается как средний уровень стрессорного воздействия с вероятностью заболевания в 50%; сумма баллов выше 300 считается высоким уровнем стрессорной нагрузки, при котором возможность заболевания составляет более 80%.

Наиболее стрессогенными в пожилом возрасте считаются следующие события:

- изменение социального статуса, в том числе из-за ухода на пенсию;
- потеря дружеских связей в связи с переездом, болезнью или смертью близких людей;
- физические изменения внешности;
- снижение зрения и/или слуха;
- соматические заболевания;
- прогрессирующее снижение когнитивных и физических возможностей, что увеличивает зависимость от окружающих;
- госпитализация или помещение в дома престарелых.

Следует особо подчеркнуть, что для пожилого больного с когнитивными нарушениями любое изменение привычной

ситуации или появление новых лиц в его окружении являются значительными стрессогенными событиями, которые могут привести к дебюту или декомпенсации психопатологической симптоматики.

При выявлении психических нарушений необходимо:

- Тщательно анализировать временные соотношения дебюта когнитивных расстройств и ННПР.
- Анализировать течение ННПР – периоды обострений и ремиссий отдельных симптомов, присоединение новых симптомов, неуклонное их нарастание или стабильное течение, видоизменение их клиники с течением времени, варианты предыдущего лечения и его эффективность.
- Фиксировать любые расстройства эмоций и изменения поведения, даже если они незначительны и не соответствуют общепринятым критериям диагностики психопатологических расстройств. В этих случаях их обозначают как *субсиндромальные (субклинические, подпороговые, «малые»)* психопатологические расстройства, которые наиболее распространены именно в старших возрастных группах.

2.4. Психометрические методики выявления некогнитивных нервно-психических расстройств

Для оценки ННПР наряду с обязательной клинической оценкой используются различные психометрические методики. Следует подчеркнуть, что психометрические тесты не являются инструментом постановки диагноза, а служат в основном для измерения динамики различных психопатологических симптомов под влиянием времени и/или терапии. Возможно применять отдельные шкалы для выявления

Приложение 30. Анкета дневной сонливости

Epworth Sleepiness scale. M.W.Johns, 1991

Инструкция для пациента

Данный опросник позволяет уточнить особенности дневной сонливости в разных жизненных ситуациях. Если Вы не оказывались в описанных ниже условиях, то Вам не необходимо дать предположительный ответ. Пожалуйста, поставьте напротив каждого утверждения балл, соответствующий Вашему состоянию: 0 – нет сонливости, 1 – слабая сонливость, 2 – средняя степень сонливости, 3 – сильная сонливость.

1. Вы испытываете сонливость при чтении	
2. Вы испытываете сонливость при просмотрах телевизионных программ	
3. Вы испытываете сонливость в условиях, не требующих активности (на совещании, в театре, в кино и т.п.)	
4. Вы испытываете сонливость, находясь в транспорте в качестве пассажира при поездке в течение менее 1 ч	
5. Вы испытываете сонливость во второй половине дня во время отдыха (при наличии такой возможности)	
6. Вы испытываете сонливость в транспорте при разговоре с кем-нибудь	
7. Вы испытываете сонливость после приема пищи (без алкоголя)	
8. Вы испытываете сонливость в условиях автомобильной пробки	

Приложение 31. Нейропсихиатрический опросник

J.L.Cummings, 1994

Респондент: супруг/супруга | пациент | другое лицо

Разделы	НП*	Нет	Частота (Ч)	Выраженность (В)	Ч × В	Дистресс
Бредовые идеи	×	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Галлюцинации	×	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Возбуждение/агрессия	×	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Депрессия/дисфория	×	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Тревога	×	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Эйфория/гипертимия	×	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Апатия/индифферентность	×	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Расторможенность	×	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Раздражительность/эмоциональная лабильность	×	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Аномальная двигательная активность	×	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Нарушение сна и поведения ночью	×	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Изменения аппетита и пищевого поведения	×	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5

* Невозможно проверить.

Итоговый балл НПО (0–144) _____

Итоговый балл степени дистресса (0–60) _____

I. Бредовые идеи

Есть ли у больного убеждения, которые, насколько Вы знаете, не соответствуют реальности? Может быть, например, он говорит, что кто-то пытается навредить ему или у него что-то пытаются украсть? Говорил ли он когда-нибудь, что члены его семьи – не те, за кого они себя выдают, или что они не должны жить у него дома? Я спрашиваю не о простой мнительности; меня интересует, есть ли у больного *убежденность* в том, что все это происходит.

НЕТ (если нет, переходите к следующему контрольному пункту)

ДА (если да, задайте следующие контрольные вопросы):

- Считает ли больной, что он в опасности, что кто-то хочет причинить ему вред?
- Считает ли больной, что у него постоянно что-нибудь крадут?
- Считает ли больной, что у его супруги (ее супруга) есть любовник (любовница)?
- Считает ли больной, что в доме живут непрошенные гости?
- Считает ли больной, что его супруга (ее супруг) или другие люди на самом деле не те, за кого они себя выдают?
- Считает ли больной, что его дом – это не его дом?
- Считает ли больной, что члены его семьи хотят бросить его?
- Считает ли больной, что известные люди, появляющиеся на телевизионном экране или в журналах, находятся

у него дома? (Пытается ли он говорить и общаться с ними?)

- Есть ли у больного еще какие-нибудь необычные идеи, которые я не упомянул(а)?

Если на контрольный вопрос получен утвердительный ответ, определите частоту появления и выраженность бредовых идей.

Частота:

- 1 – Эпизодически – реже 1 раза в неделю.
- 2 – Периодически – примерно 1 раз в неделю.
- 3 – Часто – несколько раз в неделю, но не каждый день.
- 4 – Очень часто – ежедневно или чаще.

Выраженность:

1 – Легкая – поведение деструктивное, но с ним можно справиться: симптом можно корректировать, больного можно успокоить.

2 – Умеренная – симптомы деструктивные, и их трудно корректировать или контролировать.

3 – Сильная – возбуждение в высшей степени обуславливает деструктивное поведение больного и является основной причиной проблем, может возникнуть угроза причинения вреда самому себе. Часто требуется применение медикаментов.

Дистресс:

Насколько сильный дистресс вызывает у Вас этот симптом?

- 0 – Дистресса нет.
- 1 – Минимальный.
- 2 – Легкий.
- 3 – Умеренный.
- 4 – Умеренно тяжелый.
- 5 – Очень или крайне тяжелый.

II. Галлюцинации

Есть ли у больного галлюцинации, есть ли у него видения, слышит ли он несуществующие голоса? Кажется ли Вам, что он видит, слышит или чувствует что-то, чего нет на самом деле? Я имею в виду не ошибочные убеждения больного, например, что человек, который умер, все еще жив; меня интересует, есть ли у пациента аномальные слуховые или зрительные ощущения.

НЕТ (если нет, переходите к следующему контрольному вопросу)

ДА (если да, задайте следующие дополнительные вопросы):

- Рассказывает ли больной о том, что слышит голоса, или ведет себя так, будто слышит?
- Разговаривает ли больной с людьми, которых на самом деле нет рядом?
- Рассказывает ли больной о том, что он видит то, чего не видят другие, или ведет себя так, будто видит то, чего не видят другие (людей, животных, свет и т.д.)?
- Говорит ли больной, что чувствует запахи, которых не чувствуют другие?
- Рассказывает ли больной о том, что он чувствует прикосновения, или показывает каким-либо иным образом, что он чувствует, будто по нему что-то ползает или его трогают?
- Рассказывает ли больной о том, что он чувствует какой-то вкус без каких-либо на то причин?
- Рассказывает ли больной о том, что у него возникают какие-либо другие необычные сенсорные ощущения?

Если на контрольный вопрос получен утвердительный ответ, определите частоту появления и выраженность галлюцинаций.

Частота:

- 1 – Эпизодически – реже 1 раза в неделю.
- 2 – Периодически – примерно 1 раз в неделю.
- 3 – Часто – несколько раз в неделю, но не каждый день.
- 4 – Очень часто – ежедневно или чаще.

Выраженность:

1 – Легкая – галлюцинации присутствуют, но представляются безвредными и не причиняют больному значительного беспокойства.

2 – Умеренная – галлюцинации причиняют беспокойство и обуславливают неадекватное поведение больного.

3 – Сильная – галлюцинации обуславливают крайне неадекватное поведение больного и являются основной причиной нарушения поведения. Для контроля над этими нарушениями периодически может требоваться прием препаратов по назначению.

Дистресс:

Насколько сильный дистресс вызывает у Вас этот симптом?

0 – Дистресса нет.

1 – Минимальный.

2 – Легкий.

3 – Умеренный.

4 – Умеренно тяжелый.

5 – Очень или крайне тяжелый.

III. Возбуждение/агрессия

Бывают ли у больного периоды, когда он отказывается идти навстречу в общении или не позволяет помогать ему? С ним трудно ладить?

НЕТ (если нет, переходите к следующему контрольному вопросу)