

*ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО  
ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА  
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЕКТОВ «СТЕЛЛИТ»*

---

**ШКАЛА ВСЕСТОРОННЕЙ ОЦЕНКИ  
ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ**

*МЕТОДИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО*

Санкт-Петербург  
2003

ББК 88.4  
Ш66

Авторы: И.Н.Гурвич, М.М.Русакова, К.Ю.Малахов, А.В.Бочаров, Н.А.Антонова

Рецензенты: д-р мед. наук, проф. *Б.Д.Лысков* (СПбГУ);  
канд. психол. наук, доц. *Л.А.Цветкова* (СПбГУ)

Шкала всесторонней оценки психического состояния: Методическое руководство. — СПб., 2003 — 60 с.

ББК 88.4

Методическое руководство является результатом адаптации «Шкалы всесторонней оценки психического состояния», предназначенной для русскоязычных специалистов. Процедура адаптации была реализована в мае-июне 2003 г. на материале пациентов двух ведущих психиатрических клинических учреждений Санкт-Петербурга: клиники психиатрии Военно-Медицинской академии и Психоневрологического научно-исследовательского института им. В. М. Бехтерева.

Издание рассчитано на любых подготовленных в области психиатрии работников: психиатров, психологов, врачей общей практики, медицинских сестер.

Предлагаемый русскоязычный вариант шкалы рекомендуется для широкого применения в исследовательских и практических целях.

*Издание осуществлено при финансовой поддержке  
Фонда Джона Д. и Кэтрин Т. Макартуров, грант № 02-73229-000-GSS  
и Санкт-Петербургской общественной организации  
социальных проектов «Стеллит»*

© И.Н.Гурвич, М.М.Русакова,  
К.Ю.Малахов, А.В.Бочаров,  
Н.А.Антонова, 2003

## ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ ШКАЛЫ

Существует большое количество шкал для формализованного описания психического состояния в целях диагностики нервно-психических расстройств. Однако всего лишь несколько оценочных шкал были созданы исключительно для определения изменений в психопатологической картине. Появление новых терапевтических технологий в психиатрии создало потребность в инструментах для оценки и сравнения эффективности различных методов лечения. Поэтому шкалы, которые первоначально создавались в целях диагностики и классификации нервно-психических расстройств, стали использоваться и для оценки результатов лечения, несмотря на то, что нередко возникали сомнения, подходят ли они для этих целей.

Шкала всесторонней оценки психического состояния (Comprehensiv Psychopathological Rating Scale — CPRS) была разработана в Швеции *M.Asberg, S.A.Montgomery, C.Perris, D.Scholling и G.Sedvoll (1)*. Шкала предназначалась для количественной оценки изменений в психопатологической картине в течение сравнительно короткого периода наблюдения. В 1971 г. под руководством Шведского Медицинского исследовательского совета была сформирована группа из 15 психиатров, психологов и клинических фармакологов для изучения проблемы оценки изменений в клинической картине психических расстройств при их лечении. При этом была сделана попытка достичь согласия в отношении стандартизации технических приемов оценки. Были опрошены все психиатрические отделы университетов в Скандинавии и клинические отделы всех компаний, производящих психотропные средства. В результате было обнаружено, что применявшиеся шкалы, хотя и частично совпадают друг с другом, имеют и большое количество различий. Ни одна из этих шкал не удовлетворяла требованиям задач, поставленных перед группой, и ни одна шкала не была достаточно совершенной, чтобы ее можно было использовать для количественной оценки изменений психического статуса.

**Отбор пунктов.** На первоначальном этапе построения шкалы был произведен отбор широкого спектра психиатрических знаков и симптомов, известных из клинического опыта и описательных литературных данных. Для того чтобы быть включенным в шкалу, каждый пункт должен был отражать особенности отдельных психических заболеваний, меняться с ограниченным по времени лечением и мог быть выясненным при психиатрическом расспросе. Авторы старались избежать включения пунктов, касающихся характерологических особенностей, т.е. свойств личности, а также отражающих внешние механизмы психологической защиты. Показатели, на которые оказывали влияние социокультуральные отличия, или показатели, которые оценивались как норма (например, интеллект и некоторые психологические функции), насколько это было возможно, не включались. Также исключались пункты, жестко связанные с конкретными психиатрическими синдромами (например, депрессией, тревогой, паранойей).

Хорошо известно, что в некоторых случаях самоотчет пациента или его жалобы и наблюдения исследователя не совпадают. Существует несколько возможных объяснений этому. Субъект, несмотря на то, что он лучше представляет себе свое состояние, может с трудом объяснить его или может, умышленно или неумышленно, вводить в заблуждение исследователя. Поэтому при конструировании шкалы авторы разделили ответы пациентов на задаваемые вопросы от наблюдаемой психопатологии.

S.A.Montgomery, M.Asberg, L.Jornstedt, P.Thoren, L.Traskman, R.McAuley, D.Montgomery and P.Shaw в 1978 г. было проведено методическое исследование для оценки надежности шкалы (2). Было подобрано 49 пар оценщиков, работающих с депрессивными пациентами в Англии и Швеции. Каждая оценивающая пара состояла из психиатра, который выступал в качестве специалиста-оценщика, и психолога либо врача общей практики, иногда медицинской сестры. Авторами были выделены 17 симптомов (субшкал), наиболее часто встречающихся в рамках депрессивных расстройств. В результате исследования была показана высокая надежность по выделенным 17 симптомам во всех парах. При этом высокая надежность шкалы обнаружена даже во время тренировочных сессий. Полученные данные демонстрируют, что шкала может успешно использоваться в исследованиях, проводимых, помимо психиатров, врачами общей практики, психологами, социальными работниками и другими специалистами.

Любой перевод психопатологической шкалы с четкими определениями показателей и ступеней выдвигает особые проблемы соот-

ветствия. Передача конкретного смысла с одного языка на другой может повлечь за собой изменения в сети дополнительных значений. Это, в свою очередь, может вести к отклонениям и делать перекрестные культурологические сравнения очень спорными. Чтобы достичь максимального соответствия между английской и шведской версиями шкалы, построение окончательных вариантов английской и шведской шкал проводилось в тесной связи с непосредственными оценками конкретных пациентов (3).

Цель методического исследования состояла в измерении соответствия английского и шведского вариантов шкалы всесторонней оценки психического состояния и выявлении кросскультуральных различий на материале депрессивных расстройств. Для этого 54 английских пациента и 52 пациента из Швеции, страдающих депрессивными расстройствами (не симптоматической природы) и проходящих курс лечения в двух независимых медицинских центрах Англии и Швеции, были оценены по полной версии шкалы CPRS. Уровень согласованности оценок по шкалам в двух выборках испытуемых оказался очень высоким ( $r=0.88$ )<sup>1</sup>. По мнению авторов, это демонстрирует тот факт, что феноменология депрессивных болезней является аналогичной в двух изучавшихся культурах. Из большинства симптомов, получивших одинаковые оценки по соответствующим субшкалам (более 70% внутри каждой выборки), 17 субшкал высоко согласовывались в обеих выборках.

Только по одной субшкале были выявлены явные несоответствия. Это, по мнению авторов, было связано с неточностью перевода. Шведский термин, применяемый для обозначения симптома в субшкале, больше ассоциировался с гневом, а английский — с беспокойством. Часто такие лингвистические различия не сразу заметны, и всегда существует определенный риск, что они не будут выявлены без проведения контролируемого сравнения.

На основании полученных данных авторы сделали вывод о лингвистической согласованности англоязычной и шведской версий шкал.

Сегодня шкала существует в виде, пригодном для использования на следующих языках: английском, шведском, немецком, датском, итальянском и финском.

<sup>1</sup>  $r$  — коэффициент линейной корреляции Пирсона.

## ПРИМЕНЕНИЕ ШКАЛЫ

**Количественная оценка.** Для всех переменных, т.е. включенных в шкалу, ступени субшкалы 0, 1, 2 и 3 операционально определены. Рекомендуется использование и половины ступени, что увеличивает чувствительность шкалы. Измерения, используемые для ранжирования ступеней шкалы, — интенсивность, частота и продолжительность симптома. Иногда тяжесть определяется по ухудшению других психических функций, помимо описываемых в субшкале, которые отмечаются в описании соответствующей субшкалы.

Для достижения согласованности между определениями ступеней шкалы для различных субшкал в их конструкции использованы следующие основные правила:

3 — описание крайней степени симптома, т.е., например, выраженный и устойчивый страх и/или душевное страдание в субшкале «внутреннего напряжения»;

2 — описание субъективного опыта или поведения, которые всегда должны в определенных обстоятельствах рассматриваться как патологические, т.е. в нашем примере длительно существующее чувство внутреннего напряжения с периодическими паническими состояниями;

1 — описание, которое можно применить к патологическим отклонениям от индивидуальной нормы, но могущее касаться и варианта нормы в определенной группе людей, т.е. для нашего примера редко возникающее чувство раздражения и/или внутренний дискомфорт из-за переживания нервно-психического расстройства;

0 — отсутствие конкретного симптома.

Для некоторых переменных, таких, например, как сексуальный интерес и сон, индивидуальная вариация в нормальной популяции, так же как и вариация в различных возрастных группах, так широка, что применение этих правил будет ограничивать использование шкалы для определенных симптомов. Внешний уровень функционирования, высокий для одного индивидуума, может быть показателем значительного снижения функции, связанного с болезнью, для другого. При оценке этих разделов пациента просят тщательно сравнить его настоящее состояние с его собственным прошлым внешним функционированием, которое затем принимается за «норму».

**Оценщики.** Основное требование к оценщику — это практика и опыт в проведении психиатрического интервью с пациентами. Шкала может быть использована любыми тренированными в психиатрии

работниками (психиатры, психологи, медицинские сестры). Оценщикам следует ознакомиться с использованием шкалы путем ряда тренировочных сеансов, прежде чем она будет ими применяться.

**Интервью.** Вполне возможно использование шкалы в качестве некоего опросника, где пациент дает конкретные ответы на строго последовательные вопросы. Однако хотя надежность оценщиков может быть высокой, много относящейся к делу информации может быть при этом упущено. Например, прямой вопрос о наличии или отсутствии галлюцинаций часто ведет к искреннему отрицанию, в то время как ряд косвенных вопросов может установить их наличие. Рекомендуется техника проведения *интервью*, наиболее близкая к *клинической психиатрической беседе*, и, соответственно, рекомендуется основывать оценки на всей полученной таким образом информации. Косвенные указания по достижению названной цели даны в тексте шкалы. Количество пунктов, включенных в шкалу, может различаться в зависимости от проекта, для которого используется оценивание. Шкала предназначена для измерения изменений в психопатологической картине в течение сравнительно короткого периода времени. Наиболее часто используемый интервал — неделя, но при необходимости она может использоваться ежедневно или ежемесячно. Продолжительность беседы отчасти зависит от количества выбранных пунктов, но первое интервью обычно занимает около часа.

**Инструкция для оценщика.** Оценка должна базироваться на гибкой клинической беседе. Пациент своими словами и как можно подробнее описывает имеющиеся у него симптомы. В соответствии с этим проводящий интервью отслеживает, какие пункты в шкале не были полностью охвачены, и как можно более широко и нейтрально формулирует вопросы, чтобы дать возможность пациенту осветить эти области. Если этого недостаточно для оценки, могут потребоваться более конкретные вопросы. Первое интервью в серии, предназначенной для измерения изменений, является в некоторой степени тренировочным сеансом как для оценщика, так и для субъекта. Поэтому целесообразно отвести для интервью как можно больше времени, чтобы обеспечить полное понимание пациентом вопросов и дать возможность оценщику ознакомиться с картиной болезни. Это облегчит формулирование соответствующих вопросов для оценщика в последующих интервью. Рекомендуется использование отдельного оценочного листа для фиксации результатов каждой новой оценки.

**Список пунктов шкалы — субшкал:  
Психопатологические данные (само-  
отчет)**

1. пониженное настроение
2. повышенное настроение
3. внутреннее напряжение
4. направленная во вне враждебность
5. эмоциональная деперсонализация и ангедония
6. депрессивные мысли
7. суицидные мысли
8. ипохондризация
9. навязчивые мысли
10. насильственные мысли
11. фобии
12. ритуалы (сложные насильственные действия)
13. амбивалентность — амбигуэнтность (нерешительность)
14. апатия — абулия
15. утомляемость
16. трудности в сосредоточении
17. снижение памяти
18. снижение аппетита
19. нарушение сна
20. сонливость
21. снижение полового влечения
22. повышенное половое влечение
23. вегетативные нарушения
24. боли и болезненные ощущения
25. мышечное напряжение
26. нарушение восприятия и моторики
27. дереализация
28. деперсонализация
29. психические автоматизмы
30. обрывы (остановка) мыслей
31. идеи преследования
32. идеи величия
33. бредовое настроение
34. экзотические переживания
35. патологическая ревность
36. другой бред
37. комментирующие голоса

38. другие слуховые галлюцинации
39. зрительные иллюзии и галлюцинации
40. другие галлюцинации

**Наблюдаемая психопатология**

41. депрессия
42. мания
43. агрессивность
44. аффективная неустойчивость
45. эмоциональная холодность
46. вегетативные нарушения
47. сонливость
48. отвлекаемость
49. нарушение контактности
50. загруженность
51. абсансы (отключения)
52. нарушение ориентировки
53. речевой напор
54. обеднение речи
55. дефекты речи
56. «скачка идей»
57. речевая бессвязность
58. персеверативность (застереваемость)
59. гиперактивность
60. моторная заторможенность
61. ажитация
62. насильственные движения
63. мышечное напряжение
64. манерность и вычурность
65. галлюцинаторное поведение

**Общие оценки**

66. общая оценка тяжести состояния
67. надежность оценки состояния

**Процедура адаптации шкалы для использования в России  
Общий план проведения адаптации**

Процедура адаптации шкалы осуществлена по следующей схеме.

На первом этапе «калькированный», т.е. наиболее технически точный, перевод руководства и описания диагностических категорий был трансформирован на основе традиции терминологического словоупотребления и сложившихся в российской психиатрии лексических норм.

Затем был сформирован список из 30-ти нозологических диагнозов, наиболее часто встречающихся в психиатрической практике. При этом за отправную точку был взят нозологический принцип, разделяемый подавляющим большинством представителей российской психиатрической школы, а не принцип требований статистического учета, заложенный в основу американских психиатрических классификаций (DSM) или развитый исходя из него принцип объединения взглядов представителей национальных психиатрических школ, лежащий в основе международной классификации (МКБ).

Составленный список был заведомо избыточен благодаря включению в него относительно редко встречающихся нозологических форм, однако отвечал требованию полноты (табл. 1).

Как это видно из таблицы, на период проведения исследования в двух стационарах, на базе которых выполнена адаптация методики, находились больные, представляющие 22 нозологические единицы.

Каждый из пациентов был обследован двумя врачами — психиатрами данной клиники, после чего каждый из них независимо заполнял оценочный лист (Приложение 2). После этого участвующий в исследовании психолог протоколировал все вопросы, трудности и комментарии, высказанные врачами при заполнении оценочного листа.

Таблица 1

Исходный перечень нозологических форм<sup>2</sup>

№ п/п	Нозологическая форма	Обследованы
	<b>Группа: Неврозы</b>	
1	неврастения, гиперстеническая форма	+
2	неврастения, гипостеническая форма	
3	истерический невроз	+
4	невроз навязчивых состояний	+
	<b>Группа: Психопатии</b>	
5	психопатия возбуждимого круга	+
6	психопатия тормозимого круга	+
	<b>Группа: Олигофрения</b>	
7	олигофрения в степени дебильности	+
	<b>Группа: Алкоголизм и наркомания</b>	
8	алкоголизм II. ст., люцидный	+
9	алкоголизм II. ст., алкогольный психоз (острый или подострый)	+
10	наркомания опийная, люцидная	+
11	наркомания опийная у личности с психопатическими чертами характера	+
12	наркомания опийная у психотического больного	
13	наркомания вследствие употребления стимуляторов, люцидная	+
14	наркомания вследствие употребления стимуляторов у личности с психопатическими чертами характера	+
	<b>Группа: Алкоголизм и наркомания</b>	
15	наркомания вследствие употребления стимуляторов у психотического больного	+
	<b>Группа: Психозы</b>	
16	шизофрения, простая форма (неврозоподобный или психопатоподобный вариант)	+
17	шизофрения, параноидная форма	+
18	Маниакально-депрессивный психоз, биполярное течение	+
19	Маниакально-депрессивный психоз, униполярное течение, депрессии	+
20	Маниакально-депрессивный психоз, униполярное течение, мании	

<sup>2</sup> Больные, представляющие названные нозологические формы, и обследованные в стационарах, отмечены знаком (+).

Таблица 1 (окончание)

## Исходный перечень нозологических форм

№ п/п	Нозологическая форма	Обследованы
21	эпилепсия, включая симптоматическую, непсихотическая форма	+
22	эпилепсия, включая симптоматическую, психотическая форма	
23	органическое поражение головного мозга, непсихотическая форма (органический психосиндром)	+
24	органическое поражение головного мозга с психическими нарушениями (включая периодический психоз)	+
25	симптоматический психоз (соматогенный или инфекционный)	
26	травматическое поражение головного мозга с изменениями личности	+
27	травматическое поражение головного мозга с психическими нарушениями	
28	реактивная депрессия	+
29	реактивный параноид	
30	истерический психоз	

По результатам врачебной оценки рассчитывались<sup>3</sup>:

- показатели центральной тенденции и разброса оценок по каждой диагностической шкале (табл. 2);
- коэффициенты согласованности оценок (корреляции) врачей для каждой нозологической формы (табл. 3);
- коэффициенты согласованности (конкордации) в различных «стажевых» диадах оценивающих врачей (табл. 4).

Процедура адаптации была реализована в мае-июне 2003 г. на материале пациентов двух ведущих психиатрических клинических учреждений Санкт-Петербурга: клиники психиатрии Военно-Медицинской Академии<sup>4</sup> (большая часть обследованных) и Психо-

<sup>3</sup> Все расчеты выполнены Д.А.Федоровой

<sup>4</sup> Принимали участие врачи: И.Н. Гурвич — д. психол. наук, врач-психиатр высшей категории, ведущий научный сотрудник СИ РАН; Ю.К. Малахов — канд. мед. наук, преподаватель каф. психиатрии ВМедА; Н.П. Медведев — канд. мед. наук, начальник наркологического отделения ВМедА; А.А. Марченко — канд. мед. наук, старший ординатор ВМедА; Э.Э. Мишуровский — врач-психиатр ВМедА; Б.В. Дрига — ординатор ВМедА.

неврологического научно-исследовательского института им. В.М.Бехтерева<sup>5</sup>.

Рассмотрим результаты, полученные в ходе процедуры адаптации шкалы.

### Восприятие врачами диагностической методики в целом

Говоря о восприятии врачами методики, прежде всего следует отметить противоречивость оценок, вплоть до взаимоисключающих мнений. Это — «Постоянно приходится смотреть в Руководство» и «Зачем смотреть в Руководство, и так все понятно»; «Шкала — ерунда...» — «Мне все нравится» и т.п. Естественно, подобные суждения не могли быть учтены при модификации методики.

Выявились некоторые неотъемлемые компоненты методики, которые недопустимо изменять при адаптации, но которые затрудняют работу с ней некоторых врачей. В частности, это промежуточные значения шкал. Кроме того, в процессе адаптации шкалы выявилась общая диагностическая направленность мышления врачей. То, что шкала не «выводит» на нозологический диагноз, иногда воспринималось как трудность или недостаток шкалы.

Перейдем к восприятию врачами отдельных субшкал методики.

Здесь предлагалось объединить пп. 1 и 2 (т.е. пониженное и повышенное настроение), пп. 21 и 22 (т.е. сниженное и повышенное половое влечение). Субшкалы дереализации (п.27) и сонливости (п.47) рассматривались как совпадающие. Объединение в субшкалу 26 восприятия и моторики также вызывало сложности. Кроме того, оказалось трудно разделить по градациям субшкалу «блока» мыслей (п.30). Понятие «бредового настроения», практически исчезнувшее из отечественной психиатрии (п.33), оказалось трудным для понимания, зато п.36 (другой бред) и п.40 (другие галлюцинации) воспринимались как ненужные.

Особые возражения вызвали пп. 49 и 50 (нарушение контактности и загруженность), которые врачами рассматриваются однозначно как симптомы нарушения сознания, что противоречит их помещению авторами методики в раздел наблюдаемой психопатологии.

<sup>5</sup> Принимали участие врачи: А.В.Бочаров — канд. мед. наук, научный сотрудник отделения биологической терапии психических больных Научно-исследовательского Института им. В.М.Бехтерева; А.С.Попова — врач-психиатр НИИ им. В.М. Бехтерева.

Уровни оценок симптомов

Таблица 2

Параметры	X	σ	K <sub>var</sub>	Mo	Q2 (Me)	Q1	Q3
<i>Данные, получаемые на основе высказываний обследуемого</i>							
Пониженное настроение	0,7	0,71	0,51	0,0	0,5	0,0	1,0
Повышенное настроение	0,4	0,70	0,49	0,0	0,0	0,0	0,5
Внутреннее напряжение	0,8	0,62	0,38	1,0	1,0	0,5	1,0
Направленная во вне враждебность	0,6	0,73	0,54	0,0	0,0	0,0	1,0
Эмоциональная деперсонализация и ангедония	0,4	0,58	0,33	0,0	0,0	0,0	0,875
Депрессивные мысли	0,5	0,68	0,46	0,0	0,0	0,0	1,0
Суицидные мысли	0,1	0,31	0,10	0,0	0,0	0,0	0,0
Ипохондризация	0,4	0,62	0,39	0,0	0,0	0,0	0,875
Навязчивые мысли	0,4	0,57	0,32	0,0	0,0	0,0	0,5
Насильственные мысли	0,0	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Фобии	0,1	0,21	0,05	0,0	0,0	0,0	0,0
Ритуалы (сложные насильственные мысли)	0,2	0,11	0,01	0,0	0,0	0,0	0,0
Амбивалентность — амбигуальность (нерешительность)	0,2	0,35	0,12	0,0	0,0	0,0	0,5
Апатия — абулия	0,4	0,49	0,24	0,0	0,0	0,0	0,5
Утомляемость	0,6	0,69	0,47	0,0	0,5	0,0	1,0
Трудности в сосредоточении	0,8	0,60	0,35	1,0	1,0	0,125	1,0
Снижение памяти	0,7	0,58	0,34	0,0	0,5	0,0	1,0
Снижение аппетита	0,3	0,56	0,31	0,0	0,0	0,0	0,875
Нарушение сна	0,7	0,53	0,28	1,0	0,5	0,5	1,0
Сонливость	0,4	0,49	0,24	0,0	0,0	0,0	0,875
Снижение полового влечения	0,7	0,79	0,63	0,0	0,5	0,0	1,0
Повышенное половое влечение	0,1	0,29	0,08	0,0	0,0	0,0	0,0
Вегетативные нарушения	0,6	0,58	0,33	0,0	0,5	0,0	1,0
Боли и болевые ощущения	0,2	0,49	0,24	0,0	0,0	0,0	0,0
Мышечное напряжение	0,4	0,48	0,23	0,0	0,5	0,0	1,0
Нарушения восприятия и моторики	0,2	0,46	0,21	0,0	0,0	0,0	0,375
Дереализация	0,0	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Деперсонализация	0,1	0,23	0,05	0,0	0,0	0,0	0,0

Таблица 2 (продолжение)

## Уровни оценок симптомов

Параметры	X	$\sigma$	$K_{var}$	Mo	Q2 (Me)	Q1	Q3
Психические автоматизмы	0,0	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Обрывы (остановка) мыслей	0,1	0,42	0,18	0,0	0,0	0,0	0,0
Идеи преследования	0,0	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Идеи величия	0,1	0,42	0,18	0,0	0,0	0,0	0,0
Бредовое настроение	0,1	0,23	0,05	0,0	0,0	0,0	0,0
Экстатические переживания	0,0	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Патологическая ревность	0,1	0,34	0,11	0,0	0,0	0,0	0,0
Другой бред	0,1	0,18	0,03	0,0	0,0	0,0	0,0
Комментирующие голоса	0,0	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Другие слуховые галлюцинации	0,0	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Зрительные иллюзии и галлюцинации	0,0	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Другие галлюцинации	0,0	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Внешне проявляющаяся (наблюдаемая) психопатология</i>							
Депрессия	0,5	0,66	0,44	0,0	0,5	0,0	1,0
Мания	0,3	0,68	0,46	0,0	0,0	0,0	0,5
Агрессивность	0,5	0,54	0,30	0,0	0,25	0,0	1,0
Аффективная неустойчивость	0,6	0,61	0,37	0,0	0,5	0,0	1,0
Эмоциональная холодность	0,2	0,38	0,14	0,0	0,0	0,0	0,5
Вегетативные нарушения	0,6	0,52	0,27	0,0	0,5	0,0	1,0
Сонливость	0,2	0,35	0,12	0,0	0,0	0,0	0,5
Отвлекаемость	0,4	0,57	0,32	0,0	0,0	0,0	0,5
Нарушение контактности	0,2	0,45	0,20	0,0	0,0	0,0	0,5
Загруженность	0,3	0,42	0,18	0,0	0,0	0,0	0,5
Абсансы (отключения)	0,0	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Нарушение ориентировки	0,0	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Речевой напор	0,4	0,69	0,47	0,0	0,0	0,0	0,5
Обеднение речи	0,2	0,39	0,15	0,0	0,0	0,0	0,375
Дефекты речи	0,1	0,19	0,04	0,0	0,0	0,0	0,0
«Скачка идей»	0,1	0,43	0,18	0,0	0,0	0,0	0,0
Речевая бессвязность	0,1	0,28	0,08	0,0	0,0	0,0	0,0
Персеверативность (застреванность)	0,3	0,50	0,25	0,0	0,0	0,0	0,5
Гиперактивность	0,3	0,63	0,40	0,0	0,0	0,0	0,375

Таблица 2 (окончание)

## Уровни оценок симптомов

Параметры	X	$\sigma$	$K_{var}$	Mo	Q2 (Me)	Q1	Q3
Моторная заторможенность	0,3	0,47	0,23	0,0	0,0	0,0	0,5
Ажитация	0,3	0,52	0,27	0,0	0,0	0,0	0,5
Насильственные движения	0,1	0,29	0,09	0,0	0,0	0,0	0,0
Мышечное напряжение	0,4	0,52	0,27	0,0	0,5	0,0	1,0
Манерность и вычурность	0,1	0,23	0,05	0,0	0,0	0,0	0,0
Галлюцинаторное поведение	0,0	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Общие оценки</i>							
Общая оценка тяжести состояния	1,6	0,51	0,26	2,0	2,0	1,0	2,0
Надежность оценки состояния	2,0	0,29	0,09	2,0	2,0	2,0	2,0

Таблица 3

## Согласованность оценок врачей по диагнозам

Большой	Диагноз	Коэффициенты корреляции					
		общий		по блоку I		по блоку II	
		значение	$p \leq$	значение	$p \leq$	значение	$p \leq$
И-в	неврастения, гиперстеническая форма	0,775	0,01	0,807	0,01	0,332	н/зн.
К-в	истерический невроз	0,383	0,01	0,748	0,01	0,431	0,05
Н-в	невроз навязчивых состояний	0,404	0,01	0,372	0,05	0,352	н/зн.
Л-в	психопатия возбужденного круга	0,663	0,01	0,769	0,01	0,393	н/зн.
В-в	психопатия тормозного круга	0,757	0,01	0,760	0,01	0,871	0,01
В-в	олигофрения в степени дебильности	0,653	0,01	0,811	0,01	0,184	н/зн.



Таблица 3 (продолжение)

## Согласованность оценок врачей по диагнозам

Боль- ной	Диагноз	Коэффициенты корреляции					
		общий		по блоку I		по блоку II	
		зна- чение	$p \leq$	зна- чение	$p \leq$	зна- чение	$p \leq$
К-в	алкоголизм II ст., люцидный	0,724	0,01	0,719	0,01	-0,095	н/зн.
М-х	алкоголизм II ст., алкогольный психоз (острый или подострый)	0,618	0,01	0,541	0,01	0,197	н/зн.
Х-н	наркомания опийная, лю- цидная	0,502	0,01	0,345	0,05	0,485	0,05
Я-ч	наркомания опийная у лич- ности с психопатическими чер- тами характера	0,923	0,01	0,877	0,01	0,974	0,01
Ф-в	наркомания вследствие упот- ребления стиму- ляторов, люцид- ная	0,613	0,01	0,158	н/зн.	0,385	н/зн.
Е-е	наркомания вследствие упот- ребления стиму- ляторов у личнос- ти с психопатиче- скими чертами характера	0,881	0,01	0,886	0,01	0,760	0,01
Р-т	наркомания вследствие упот- ребления стиму- ляторов у психо- тического боль- ного	0,611	0,01	0,384	0,05	-0,097	н/зн.

Таблица 3 (продолжение)

## Согласованность оценок врачей по диагнозам

Боль- ной	Диагноз	Коэффициенты корреляции					
		общий		по блоку I		по блоку II	
		зна- чение	$p \leq$	зна- чение	$p \leq$	зна- чение	$p \leq$
С-н	шизофрения, простая форма (неврозоподоб- ный или психоп- атоподобный вариант)	0,817	0,01	0,691	0,01	0,605	0,01
В-н	шизофрения, параноидная форма	0,711	0,01	0,662	0,01	0,380	н/зн.
К-а	маниакально- депрессивный психоз, биполяр- ное течение	0,989	0,01	0,984	0,01	0,995	0,01
С-о	маниакально- депрессивный психоз, унипо- лярное течение, депрессии	0,923	0,01	0,921	0,01	0,927	0,01
И-в	эпилепсия, включая сим- птоматическую, непсихотическая форма	0,813	0,01	0,591	0,01	0,797	0,01
С-в	органическое поражение го- ловного мозга, непсихотическая форма (органи- ческий психо- синдром)	0,682	0,01	0,711	0,01	0,495	0,05

Таблица 3 (окончание)

## Согласованность оценок врачей по диагнозам

Боль- ной	Диагноз	Коэффициенты корреляции					
		общий		по блоку I		по блоку II	
		зна- чение	$p \leq$	зна- чение	$p \leq$	зна- чение	$p \leq$
К-в	органическое поражение головного мозга с психическими нарушениями (включая периодический психоз)	0,719	0,01	0,637	0,01	0,553	0,01
П-в	травматическое поражение головного мозга с изменениями личности	0,851	0,01	0,834	0,01	0,720	0,01
М-в	реактивная депрессия	0,688	0,01	0,647	0,01	0,686	0,01

Таблица 4

Влияние психиатрического опыта на согласованность  
врачебных оценок

Боль- ной	Диагноз	Врач	Стаж	Коэффициент конкордации Кендалла W	
				значение	$p \leq$
<i>Группа I (стажевая группа большой — большой)</i>					
В-н	шизофрения, паранойдная форма	1	20	0,017	н/зн.
		2	20		
<i>Группа II (стажевая группа большой — средний)</i>					
К-в	алкоголизм II ст., люцидный	3	11	0,154	0,001
		2	20		
Х-н	наркомания опийная, люцидная	3	11	0,029	н/зн.
		2	20		
И-в	неврастения, гиперстеническая форма	3	11	0,055	н/зн.
		2	20		

Таблица 4 (продолжение)  
Влияние психиатрического опыта на согласованность  
врачебных оценок

Боль- ной	Диагноз	Врач	Стаж	Коэффициент конкордации Кендалла W	
				значение	$p \leq$
С-н	шизофрения, простая форма (неврозоподобный или психопатоподобный вариант)	3	11	0,106	0,01
		2	20		
М-х	алкоголизм II ст., алкогольный психоз (острый или подострый)	3	11	0,133	0,01
		2	20		
Я-ч	наркомания опийная у личности с психопатическими чертами характера	3	11	0,017	н/зн.
		2	20		
С-в	органическое поражение головного мозга, непсихотическая форма (органический психосиндром)	3	11	0,187	0,001
		2	20		
Л-в	психопатия возбужденного круга	3	11	0,188	0,001
		2	20		
И-в	эпилепсия, включая симптоматическую, непсихотическая форма	3	11	0,107	0,01
		2	20		
П-в	травматическое поражение головного мозга с изменениями личности	3	11	0,029	н/зн.
		2	20		
Е-е	наркомания вследствие употребления стимуляторов у личности с психопатическими чертами характера	3	11	0,034	н/зн.
		2	20		
М-в	реактивная депрессия	3	11	0,359	0,001
		2	20		

Таблица 4 (окончание)

Влияние психиатрического опыта на согласованность  
врачебных оценок

Боль- ной	Диагноз	Врач	Стаж	Коэффициент конкордации Кендалла W	
				значение	$p \leq$
К-в	органическое пораже- ние головного мозга с психическими нару- шениями (включая периодический пси- хоз)	3	11	0,113	0,01
		2	20		
<i>Группа III (стажевая группа большой — малый)</i>					
С-о	маниакально- депрессивный пси- хоз, униполярное те- чение, депрессии	5	0	0,013	н/зн.
		4	22		
Р-т	наркомания вследст- вие употребления сти- муляторов у психоти- ческого больного	6	2	0,107	0,01
		2	20		
Ф-в	наркомания вследст- вие употребления сти- муляторов, люцидная	6	2	0,133	0,01
		2	20		
Н-в	невроз навязчивых состояний	7	2,5	0,169	0,001
		2	20		
К-в	истерический невроз	7	2,5	0,249	0,001
		2	20		
К-а	маниакально-депрес- сивный психоз, би- полярное течение	8	3	0,075	0,05
		4	22		
<i>Группа IV (стажевая группа малый — малый)</i>					
В-в	олигофрения в сте- пени дебильности	6	2	0,006	н/зн.
		9	5		
В-в	психопатия тормо- зимого круга	6	2	0,035	н/зн.
		9	5		

Легко заметить, что большинство трудностей при оценке оказа-  
лось обусловлено диагностической направленностью мышления вра-  
чей, отмеченной выше. Конечно, практически все эти высказывания  
были единичными, кроме п.30 (дифференциация уровня «блока» мыс-  
лей) и п.40 (другие галлюцинации).

## Уровни симптоматики в обследованной группе пациентов

Поскольку каждый из симптомов у каждого пациента оценивался  
двумя врачами, а каждый из симптомов, естественно, мог наблюдат-  
ся более чем у одного пациента, уровень симптомов оценивался для  
каждого симптома на основе мер центральной тенденции и рассеяния  
в два этапа.

Первоначально рассчитывались значения этих статистических  
показателей для каждого из пациентов (меры 1-го порядка), а затем —  
для всей обследованной группы (меры 2-го порядка).

Были использованы следующие статистические показатели:

- среднее арифметическое значение ( $\bar{x}$ );
- сигмальное отклонение ( $\sigma$ ), показывающее величину варьи-  
рования оценок (чем оно больше, тем сильнее варьируют оценки);
- коэффициент вариации ( $K_{var}$ ), т.е. сигмальное (нормированное)  
отклонение ( $\sigma$ ), выраженное в долях от средней арифметической ( $\bar{x}$ );
- мода ( $M_o$ ), показывающая величину наиболее часто встречаю-  
щейся оценки;
- медиана ( $M_e$ ), показывающая середину вариационного ряда  
оценок;
- а также 1-й ( $Q_1$ ) и 3-й ( $Q_3$ ) квартили распределения, показы-  
вающие точки распределения, отделяющие 25% и 75% оценок соот-  
ветственно (табл.2).

Поскольку оценочные шкалы, использованные в адаптирован-  
ной методике, являются порядковыми, к ним, строго говоря, при-  
менимы только непараметрические статистические меры, т.е. мода,  
медиана и квартили. Однако эти показатели значительно менее чувст-  
вительны, по сравнению с параметрическими мерами, т.е. средним  
арифметическим, стандартным (нормированным) отклонением и ко-  
эффициентом вариации.

Для оценочных шкал на практике признается незначительность  
различий, полученных с помощью непараметрических и параметриче-  
ских мер центральной тенденции и рассеяния.

Прежде всего перечислим симптомы, не встретившиеся в обследованной совокупности пациентов, согласно оценкам врачей, ни разу. Это насильственные мысли (п.10), дереализация (п.27), психические автоматизмы (п.29), идеи преследования (п.31), экстатические переживания (п.34), комментирующие «голоса» (п.37), другие слуховые галлюцинации (п.38), зрительные иллюзии и галлюцинации (п.39), другие галлюцинации (п.40). Все названные симптомы отнесены авторами методики к данным, получаемым на основе высказываний обследуемого. Среди внешне наблюдаемой психопатологии не были обнаружены абсансы (п.51), нарушение ориентировки (п.52) и галлюцинаторное поведение (п.65).

Отсутствие перечисленной симптоматики в оценках врачей объясняется, по всей видимости, тем, что она присуща острым состояниям, быстро купируемым в условиях стационара. Это обстоятельство, скорее всего, привело к тому, что средние значения уровней симптоматики не превысили ни для одного симптома 1.0, а модальные значения вообще оказались равны нулю. Другими словами, все обследованные больные находились в стадии становления ремиссии, интермиссии или реконвалесценции.

Представим группировку выявленных в обследованной группе симптомов по выраженности, используя следующие границы групп по величине  $x$ : 0.1–0.3 — малая выраженность; 0.4–0.6 — средняя выраженность; 0.7 и выше — большая (сильная) выраженность.

Маловыраженными симптомами в обследованной группе пациентов оказались: суицидные мысли (п.7), фобии (п.11), ритуалы (п.12), амбивалентность — амбитендентность (п.13), снижение аппетита (п.18), повышенное половое влечение (п.22), боли и болевые ощущения (п.24), нарушения восприятия и моторики (п.26), деперсонализация (п.28), обрывы (остановка) мыслей (п.30), идеи величия (п.32), бредовое настроение (п.33), патологическая ревность (п.35), другой бред (п.36), мания (п.42), эмоциональная холодность (п.45), сонливость (п.47), нарушение контактности (п.49), загруженность (п.50), обеднение речи (п.54), дефекты речи (п.55), «скачка идей» (п.56), речевая бессвязность (п.57), персеверативность (п.58), гиперактивность (п.59), моторная заторможенность (п.60), агитация (п.61), насильственные движения (п.62), манерность и вычурность (п.64).

При сравнении перечня маловыраженных симптомов с симптомами, вызвавшими, согласно сообщениям врачей, наибольшие трудности при оценке, легко заметить, что они практически «перекрываются». Отсюда можно заключить, что именно слабая выраженность

симптомов является основным источником трудностей при использовании методики.

Средневыраженными симптомами были: повышенное настроение (п.2), направленная вовне враждебность (п.4), эмоциональная деперсонализация и ангедония (п.5), депрессивные мысли (п.6), ипохондризация (п.8), навязчивые мысли (п.9), апатия — абулия (п.14), утомляемость (п.15), сонливость (п.20), вегетативные нарушения (п.23), мышечное напряжение (п.25), депрессия (п.41), агрессивность (п.43), аффективная неустойчивость (п.44), вегетативные нарушения (п.46), отвлекаемость (п.48), речевой напор (п.53), мышечное напряжение (п.63). В этой группе симптомов обращает на себя внимание высокая консистентность результатов оценки, полученных на основе высказываний и на основе наблюдения за поведением. Это пп. 4 и 43, 6 и 41, 23 и 46, 2 и 53, 25 и 63. Подобная консистентность свидетельствует о высокой обоснованности (надежности) врачебных оценок.

К симптомам с большой, яркой выраженностью в обследованной группе относятся: пониженное настроение (п.1), внутреннее напряжение (п.3), трудности в сосредоточении (п.16), снижение памяти (п.17), нарушение сна (п.19), снижение полового влечения (п.21). Легко заметить, что большинство из этих симптомов отражают либо основные «мишень»-симптомы для лечения «большими» психотропными препаратами, либо эффекты самого этого лечения. Конечно, здесь проявились, главным образом, характеристики стационарного контингента душевнобольных.

Вариативность даваемых врачами оценок по некоторым симптомам очень мала. Таковы, например, суицидные мысли (п.7), фобии (п.11), ритуалы (п.12), амбивалентность — амбитендентность (п.13), повышенное половое влечение (п.22), бредовое настроение (п.33), другой бред (п.36), эмоциональная холодность (п.45), сонливость (п.47), дефекты речи (п.55), речевая бессвязность (п.57), насильственные движения (п.62), манерность и вычурность (п.64). Другими словами, все врачи оценивают интенсивность этой симптоматики у пациентов очень сходно.

Однако по некоторым другим симптомам вариативность оценок, напротив, очень высока. Это пониженное настроение (п.1), повышенное настроение (п.2), направленная вовне враждебность (п.4), депрессивные мысли (п.6), утомляемость (п.15), снижение полового влечения (п.21), депрессия (п.41), мания (п.42), речевой напор (п.53), гиперактивность (п.59). Здесь также обращает на себя внимание консистентность оценок аффективной симптоматики. Конечно, по приве-

денным симптомам надежность оценок врачами их выраженности низка.

Преобладающая оценка тяжести состояния обследованных больных, данная врачами, — 2.0 (по 3-х балльной шкале). Следовательно, тяжесть состояния врачи оценивали исходя не из актуальной симптоматики, а, скорее, из динамики заболевания.

Также двум баллам оказалась равна и общая оценка врачами надежности своих оценок выраженности симптомов. Однако вариативность оценки тяжести состояния пациентов тяготеет к высокой, тогда как вариативность оценки надежности своих суждений низкая.

### Согласованность оценок врачей по клиническим диагнозам

Согласованность оценок врачей отражает внутреннюю валидность методики, т.е. степень совпадения врачебных оценок уровня симптоматики по каждому больному — представителю определенной нозологической формы психического заболевания.

Для оценки согласованности здесь использован коэффициент линейной корреляции Пирсона ( $r$ ), рассчитывавшийся как для всей совокупности оценок, так и отдельно по блокам симптомов, диагностируемых на основе наблюдаемого поведения (табл.3).

Оценка уровня скоррелированности оценок врачей осуществлялась по группировке, идентичной использованной для оценки уровня среднего значения симптома, за исключением того, что значения выше 0,9 рассматривались как практически функциональная связь, т.е. полное совпадение.

Как можно заметить из приведенных в таблице данных, по большинству представленных в обследованной совокупности пациентов нозологических единиц по всем оценивавшимся симптомам наблюдается либо полное согласие врачей (маниакально-депрессивный психоз, как уни-, так и биполярное течение), либо сильная корреляция оценок. Лишь по небольшому количеству нозологических единиц корреляция оказалась средней (наркомания опийная, люцидная; алкогольный психоз у больного с II стадией алкоголизма; наркомания вследствие употребления стимуляторов у больного психозом; наркомания вследствие употребления стимуляторов, люцидная; невроз навязчивых состояний; истерический невроз). Интересно, что такое относительное снижение уровня согласованности врачебных оценок

отмечено лишь по расстройствам наркологического и неврологического характера.

Суждения, выносимые врачами на основе высказываний пациентов, существенно чаще скоррелированы, по сравнению с суждениями, выносимыми на основе наблюдения. Среди последних оказались несогласованными со статистической точки зрения, т.е. скоррелированными не значимо, суждения относительно симптоматики больных с диагнозами люцидного алкоголизма II стадии, алкогольного психоза у пациента со II стадией алкоголизма, параноидной формы шизофрении, гиперстенической формы неврастения, психопатии возбудимого круга, олигофрении в степени дебильности, наркомании вследствие употребления стимуляторов у психотического больного, наркомании люцидной вследствие употребления стимуляторов (для этих больных оказались незначимыми и корреляции оценок врачей, выносимых на основе расспроса), невроза навязчивых состояний.

Однако по некоторым нозологическим единицам данные наблюдения, напротив, оказались важнее для согласованности врачебных суждений по сравнению с данными расспроса. Это люцидная опийная наркомания, и она же у личности с психопатическими чертами характера, непсихотическая форма эпилепсии, реактивная депрессия.

Одинаково важными результаты расспроса и наблюдения были для согласованности врачебных суждений по больным с диагнозами маниакально-депрессивного психоза (как уни-, так и биполярного типов течения), психопатии тормозимого круга, травматического поражения головного мозга с изменениями личности, органического поражения головного мозга с психическими нарушениями, наркомании вследствие употребления стимуляторов у личности с психопатическими чертами характера.

### Влияние клинического опыта на оценку симптоматики

В исследовании предполагалось, что клинический психиатрический опыт является основной опосредующей переменной, объясняющей согласованность — несогласованность врачебных оценок симптоматики.

Проверка этой гипотезы основывалась на расчете коэффициента конкордации оценок Кендалла ( $W$ ). Индикатором клинического опыта выступал психиатрический стаж. По данному признаку врачи, при-

нимавшие участие в исследовании, были объединены в стажевые группы:

- малый стаж — до 5 лет;
- средний стаж — от 5 до 20 лет;
- большой стаж — 20 лет и выше.

Коэффициенты конкордации рассчитывались для всех сочетаний величины психиатрического стажа, зафиксированного в исследовании. Конкордация считалась приемлемой при достижении соответствующего коэффициента уровня статистической значимости (табл.4).

Проверка «стажевой» гипотезы дала парадоксальные результаты. В «крайних» стажевых группах, т.е. когда в одной оцениваемой паре оказывались врачи либо с большим, либо с малым стажем, отмечалось 100,0% незначимых коэффициентов конкордации, т.е. практически полное несогласие врачей. Минимальная доля несогласий (16,6%) наблюдалась в случаях, когда один из врачей имел большой клинический стаж, а другой — малый. Средняя же доля несогласий (38%) ус- танавливалась, когда один из врачей имел большой клинический стаж, а другой — средний.

Поскольку процедура адаптации теста исключала обмен мнениями врачей во время проведения оценки, представляется логичным только одно объяснение выявленной тенденции. Одной из основных задач клинических баз учебных и научно-исследовательских учреждений лечебного профиля является подготовка врачей. Поэтому наибольшая согласованность оценок наблюдается в паре «учитель — ученик». Другими словами, для такой согласованности имеет наибольшее значение не сам по себе клинический опыт, а принадлежность к определенной психиатрической школе.

### Заключение

Проведенное исследование показало высокую пригодность адаптированной методики к использованию российскими психиатрами.

Трудности, возникающие у отечественных психиатров при использовании многомерной шкалы, связаны не с ее характеристиками, а:

– со слабой выраженностью некоторых из входящих в шкалу симптомов нервно-психических расстройств у представителей того контингента пациентов, на котором используется шкала;

– с клиническими особенностями отдельных нервно-психических расстройств, представляющих объективную сложность для симптоматологической квалификации;

– с принадлежностью психиатров к определенной конкретной клинической школе.

Показательно, что даже те субшкалы, которые представляли трудности для использования согласно самоотчетам врачей, показали хорошие статистические оценки надежности и валидности.

Все это позволяет рекомендовать предлагаемый русскоязычный вариант шкалы для широкого применения в исследовательских и практических целях.

Полученные в ходе исследования по валидации шкалы данные вскрывают, кроме того, некоторые интересные закономерности диагностического врачебного мышления в психиатрии, демонстрируя предпосылки обоснованности клинического психиатрического диагноза.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Asberg, M., Montgomery, S.A., Perris, C., Schalling, D. and Sedvall, G. A comprehensive psychopathological rating scale. Acta psychiatr. Scand. 1978, Suppl. 271, 5-28.
2. Montgomery, S., Asberg, M., Jornstedt, L., Thoren, P., Traskman, L., McAuley, R., Montgomery, D. and Shaw, P. Reliability of the CPRS between the disciplines of psychiatry, general practice, nursing and psychology in depressed patients. Acta psychiatr. Scand. 1978, Suppl.271, 29-32.
3. Montgomery, S., Asberg, M., Traskman, L. and Montgomery, D. Cross cultural studies on the use of CPRS in English and Swedish depressed patients. Acta psychiatr. Scand. 1978, Suppl. 271, 33-38.
4. Montgomery, S., Asberg, M. A new depression rating scale designed to be sensitive to change. Br. J. Psychiatry, 1979, 382-389.
5. Thompson, C. The instruments of psychiatric research. Chichester, 1989.

**Руководство по использованию шкалы всесторонней оценки психического состояния**

(А.М. Монтгомери, С.А. Перрис, Д. Шоллинг, Т. Седволл)

**I. Данные, получаемые на основе высказываний обследуемого**

**1. Пониженное настроение**

Это — снижение настроения, вне зависимости от того, проявляется ли оно внешне. Сюда включаются: депрессивная окраска настроения, «упадок духа», чувство уныния, беспомощности и безнадежности. Оценивается по выраженности, продолжительности и влиянию на настроение внешних обстоятельств. В этом разделе приподнятое (повышенное) настроение отмечается как «0».

- 0 — периодическое легкое снижение настроения, с оттенком печали, связанное, возможно, с влиянием внешних обстоятельств;
- 1 — неглубокое снижение настроения, с оттенком печали, с периодами «просветления»;
- 2 — продолжительное снижение настроения с оттенками печали или угрюмости. На настроение могут сильно влиять внешние обстоятельства;
- 3 — постоянно присутствующее чувство душевного страдания или отчаяния.

**2. Повышенное настроение**

Описывается только настроение, вне зависимости от того, проявляется ли оно в поведении или нет. Включает в себя ощущение «повышенного самочувствия», приподнятости, избытка сил. Оценивается по выраженности, продолжительности и влиянию на настроение внешних обстоятельств. Следует отличать от экстатических переживаний (34).

- 0 — кратковременное повышенное настроение, вызванное внешними обстоятельствами;
- 1 — выраженное хорошее самочувствие с приподнятостью, с возможными периодами снижения настроения;
- 2 — ярко выраженное хорошее самочувствие с заметной приподнятостью. Подвержено влиянию внешних обстоятельств. Склонность к шуткам, юмору в течение длительных периодов времени;
- 3 — ощущение избытка сил, повышенное самочувствие, беспричинное веселье.

**3. Внутреннее напряжение**

Проявляется в чувстве внутреннего дискомфорта, присущего переживанию нервно-психического расстройства, а также в раздражительности, чувстве внутренней дезорганизации, внутреннем беспокойстве, доходящем до паники, страхе, душевном страдании. Оценивается по выраженности, частоте, продолжительности и влиянию внешних обстоятельств. Следует отличать от пониженного настроения (1), навязчивых мыслей (9) и мышечного напряжения (25).

- 0 — спокойствие, безмятежность или слабо выраженное внутреннее напряжение;
- 1 — редко возникающее чувство раздражения и/или внутренний дискомфорт из-за переживания нервно-психического расстройства;
- 2 — длительно существующее чувство внутреннего дискомфорта, возможно, перемежающееся выраженным внутренним дискомфортом, доходящим до паники, и требующим для своего преодоления волевых усилий;
- 3 — выраженный и устойчивый страх и/или душевное страдание; личностью полностью овладевает паника.

**4. Направленная вовне враждебность**

Заключается в гнев, враждебности и агрессивности независимо от того, проявляются ли они в поведении. Оценивается по выраженности, частоте и влиянию провоцирующих моментов. Неспособность к переживанию гнева здесь оценивается как «0» (см. 5 — деперсонализация и ангедония).

- 0 — гнев вызвать трудно;
- 1 — гнев вызвать легко, однако враждебные реакции преодолеваются волевым усилием;
- 2 — гнев также легко спровоцировать, однако он носит выраженный характер, сопровождается враждебностью;
- 3 — гнев постоянен, имеет оттенки ярости и/или ненависти, практически не поддается волевому контролю.

### 5. Эмоциональная деперсонализация и ангедония

Проявляется в утрате интереса к окружающему миру, к виду деятельности, обычно приносящим удовольствие. Снижается способность к адекватному эмоциональному реагированию. Следует отличать от апатии и абулии (14).

- 0 — нормальный интерес к окружающему миру;
- 1 — снижение способности получать удовольствие от деятельности, а также переживать чувство гнева;
- 2 — утрата интереса к окружающему миру, включая близких людей;
- 3 — «чувство бесчувствия» — неспособность переживать чувства ярости и печали; полная и часто болезненно воспринимаемая утрата чувства любви к близким людям.

### 6. Депрессивные мысли

Заключаются в идеях виновности, малоценности, самоуничижения, греховности, раскаяния и жизненного краха.

- 0 — депрессивные мысли отсутствуют;
- 1 — периодически возникающие идеи самоуничижения или малоценности;
- 2 — персистирующие идеи самообвинения, виновности или греховности; пессимистичный взгляд на будущее;
- 3 — достигающие масштаба бреда идеи жизненного краха, раскаяния, неискупемого греха; нелепые идеи самообвинения.

### 7. Суицидные мысли

Проявляются в умозаключениях: «жизнь не стоит того, чтобы жить», «хорошо бы умереть», а также суицидными планами и подготовкой к самоубийству. При оценке реальные суицидные попытки не учитываются.

- 0 — чувство полноты жизни; принятие жизни такой, какая она есть;
- 1 — чувство «усталости от жизни»; эпизодические суицидные мысли;
- 2 — чувство, что «лучше было бы умереть»; суицидные мысли постоянны; суицид рассматривается как вполне возможное решение жизненных проблем, однако конкретных планов и мобилизации усилий по их осуществлению нет;
- 3 — имеются конкретные планы совершения суицида при наличии определенных обстоятельств; делаются приготовления к совершению суицида.

### 8. Ипохондризация

Проявляется охватывающим личность беспокойством о нарушении здоровья или имеющейся болезни, лишенном оснований. Следует отличать от навязчивых мыслей (9), болей и болевых ощущений (24), нарушений восприятия и моторики (26).

- 0 — мысли о предполагаемой болезни не охватывают личность;
- 1 — «дурные предчувствия» при минимальных телесных дисфункциях;
- 2 — стойкое убеждение в наличии физического заболевания, не поддающееся коррекции или коррелируемое только кратковременно;
- 3 — мысли о тяжелом заболевании совершенно не поддаются коррекции, могут служить основой для нигилистических бредовых переживаний — «тело гниет», «кишечник не работает».

### 9. Навязчивые мысли

Заключаются в отношениях и чрезмерно серьезном отношении к малозначительным предметам и явлениям, не соответствующему их реальной значимости, с трудом контролируемом волевым усилием. Следует отличать от внутреннего напряжения (3), депрессивных мыслей (6), ипохондризации (8), насильственных мыслей (10), фобий (11) и амбитендентности (нерешительности - 13).

- 0 — нет никаких особых опасений;
- 1 — неопределенное беспокойство, не связанное с конкретными предметами или явлениями;
- 2 — опасения и беспокойство из-за малозначительных предметов или явлений, по обычным повседневным поводам;
- 3 — самопроизвольно возникающее выраженное беспокойство, не поддающееся коррекции психологическими средствами.

### 10. Насильственные мысли

Выражаются в возвращающихся мыслях или сомнениях, воспринимаемых как нелепые и/или бессмысленные, но не поддающиеся волевому усилию. Следует отличать от ипохондризации (8), навязчивых мыслей (9), «остановки мыслей» (30).

- 0 — нет возвращающихся мыслей;
- 1 — единичные эпизоды возникновения насильственных мыслей, не нарушающие ход мыслительного процесса;
- 2 — частые насильственные мысли, нарушающие ход мыслительного процесса;
- 3 — негативно эмоционально окрашенные насильственные мысли, заполняющие мышление.



### 11. Фобии

Заключаются в чувстве страха, возникающего в строго определенных ситуациях (например, в транспорте, в толпе, в замкнутом пространстве), которых можно попытаться избежать.

0 — фобии отсутствуют;

- 1 — неопределенное чувство дискомфорта в некоторых ситуациях, с которыми можно справиться самостоятельно, или просто избегая таких ситуаций;
- 2 — некоторые ситуации вызывают вполне определенное чувство дискомфорта и избегаются, но это не влияет на социальную адаптацию;
- 3 — «захлестывающие» личность фобии, нарушающие социальную адаптацию; например, невозможность проживать в своей квартире.

### 12. Ритуалы (сложные насильственные действия)

Проявляются в насильственном повторении сложных действий, воспринимающихся как ненужные или нелепые, вызывающих внутреннее сопротивление, но которые нельзя остановить без чувства дискомфорта. Оцениваются по времени, затрачиваемому на их выполнение, и по уровню вызываемой ими социальной дезадаптации.

0 — нет насильственных действий;

- 1 — слабо выраженные или эпизодические насильственные действия;
- 2 — четко очерченные насильственные действия, выполнение которых не затормаживается социальными обстоятельствами;
- 3 — сложные насильственные действия, занимающие продолжительное время, выполнение которых нельзя затормозить волевым усилием.

### 13. Амбивалентность — амбигуэнтность (нерешительность)

Заключается в колебаниях и трудности осуществления выбора между простыми альтернативами. Следует отличать от навязчивых мыслей (9) и насильственных мыслей (10).

0 — отсутствие нерешительности;

- 1 — присутствуют некоторые колебания в ситуациях выбора, но способность к принятию решений при необходимости еще сохранена;
- 2 — нерешительность и/или колебания достигают уровня, при котором ограничиваются или прекращаются действия; возникают затруднения при ответах на простые вопросы и/или в простых ситуациях выбора;
- 3 — выраженная нерешительность, проявляющаяся в таких ситуациях, где ее невозможно себе представить; например, сидеть или встать, войти в помещение или остаться снаружи.

### 14. Апатия — абулия

Заключается в трудности начала какого — либо дела и/или в снижении инициативы в повседневной деятельности. Следует отличать от амбивалентности — амбигуэнтности (нерешительности - 13) и утомляемости (15).

0 — нет трудности при начале деятельности

- 1 — трудности при начале деятельности
- 2 — трудности при начале обычной деятельности, которая доводится до конца только с дополнительным усилием
- 3 — полное прекращение самопроизвольной деятельности; начать деятельность без посторонней помощи невозможно.

### 15. Утомляемость

Заключается в более раннем, чем обычно, появлении чувства усталости. Этот признак трудно выделить при выраженной апатии — абулии (14). Следует отличать от апатии — абулии (14).

- 0 — обычное человеческое желание побездельничать, нет легкой утомляемости;
- 1 — быстрое наступление усталости, но нет необходимости в более частых, чем обычно, перерывах для отдыха;
- 2 — быстрая утомляемость; требуются более частые перерывы для отдыха;
- 3 — выраженное истощение физических сил может прерывать любые виды деятельности и/или делать ее вообще невозможной.

### 16. Трудности в сосредоточении

Заключаются в трудности удержания мысли на объекте, приводящей к невозможности последовательного хода мысли. Оцениваются по выраженности, частоте и степени нарушения мыслительных процессов. Следует отличать от снижения памяти (17) и «остановки» мыслей (30).

- 0 — трудности в сосредоточении отсутствуют;
- 1 — эпизодические трудности в удержании мысли на объекте;
- 2 — трудности в сосредоточении и удержании мысли на объекте, возникающие во время чтения или разговора;
- 3 — полная невозможность сосредоточения и удержания мысли на объекте; самопроизвольное течение мыслей.

### 17. Снижение памяти

Проявляется в субъективной оценке припоминания как затрудненного, по сравнению с более ранним периодом жизни. Следует отличать от трудностей в сосредоточении (16).

- 0 — память не нарушена;
- 1 — определенно имеющиеся, хотя и редкие, «провалы» в памяти (выпадения);
- 2 — социальные трудности из-за нарушений памяти;
- 3 — субъективная полная невозможность припоминания.

### 18. Снижение аппетита

Проявляется в снижении аппетита по сравнению с обычным для данного человека.

- 0 — аппетит нормальный или повышенный;
- 1 — аппетит слегка снижен;
- 2 — аппетита нет, пища безвкусна, нужно заставлять себя есть;
- 3 — отказ от еды, необходим внешний контроль за питанием.

### 19. Нарушение сна

Проявляется в субъективном чувстве уменьшения продолжительности или глубины сна по сравнению с обычным для данного человека состоянием.

- 0 — сон обычный;
- 1 — трудности при засыпании и/или укорочении ночного сна и /или поверхностный сон, сон с частыми просыпаниями;
- 2 — кратковременный сон, перерывы ночного сна не менее чем на 2 часа;
- 3 — уменьшение времени сна до 2 — 3 часов в сутки.

### 20. Сонливость

Заключается в субъективном чувстве увеличения продолжительности и/или глубины сна по сравнению с обычным для данного человека состоянием.

- 0 — увеличения продолжительности и/или глубины сна нет;
- 1 — сон глубже и/или продолжительнее, чем обычно;
- 2 — сон превышает по продолжительности обычный на несколько часов;
- 3 — сон в течение большей части дня, несмотря на обычный или несколько более продолжительный, чем обычно, ночной сон.

### 21. Снижение полового влечения

Проявляется в субъективном снижении уровня полового влечения и/или в снижении различной половой активности по сравнению с обычной для данного человека. Существующая длительно импотенция и фригидность *не учитываются*. Следует отличать от деперсонализации и ангедонии (5). Повышенное половое влечение оценивается здесь как «0».

- 0 — снижения полового влечения нет;
- 1 — половое влечение снижено, но это не влияет на реальную половую активность;
- 2 — заметное снижения полового влечения; реальная половая активность тоже снижена или отсутствует;
- 3 — полное половое безразличие.

### 22. Повышенное половое влечение

Проявляется в субъективном повышении уровня полового влечения, выражающемся в реальном увеличении половой активности или в избыточном, по сравнению с обычным для данного человека уровнем, сексуальном фантазировании.

- 0 — повышения полового влечения нет;
- 1 — повышение полового влечения и/или избыточное фантазирование, не влияющие на реальную половую активность;
- 2 — заметное повышение полового влечения и/или реальной половой активности; сексуальное фантазирование приобретает «неотвязный» характер;
- 3 — резко выраженное увеличение реальной половой активности; сексуальные фантазии заполняют сознание.

### 23. Вегетативные нарушения

Проявляются в чувстве пульсации в голове, затруднении дыхания, головокружениях, повышенной потливости, холодных руках и ногах, сухости во рту, расстройствах стула, учащении мочеиспускания. Следует отличать от внутреннего напряжения (3), болей и болевых ощущений (24), расстройств восприятия и моторики (26).

- 0 — вегетативные нарушения отсутствуют;
- 1 — эпизодические вегетативные симптомы, возникающие в связи с эмоциональным стрессом;
- 2 — частые и/или выраженные вегетативные нарушения, субъективно воспринимаемые как дискомфорт;
- 3 — очень частые вегетативные нарушения, препятствующие повседневной деятельности, или не поддающиеся волевому контролю.

### 24. Боли и болевые ощущения

Заключаются в физическом (телесном) дискомфорте, болях и болевых ощущениях. Оценка производится по выраженности, продолжительности, частоте и просьбам о помощи. Следует исключить возможность физической причины. Необходимо отличать от ипохондризации (8), вегетативных нарушений (23) и от мышечного напряжения (25).

- 0 — болей нет или они носят эпизодический характер;
- 1 — боли, болевые ощущения, имеющие установленную причину;
- 2 — продолжительные, трудно купируемые боли и болевые ощущения; просьбы об обезболивающих препаратах;
- 3 — тяжелые, мучительные и/или приводящие к инвалидности боли.

### 25. Мышечное напряжение

Проявляется в чувстве повышенного напряжения в мышцах и трудности мышечной релаксации. Следует отличать от болей и болевых ощущений (24).

- 0 — повышенного мышечного напряжения нет;
- 1 — эпизоды повышенного мышечного напряжения, более ярко воспринимаемые в ситуациях мышечной нагрузки;
- 2 — заметные трудности нахождения удобной сидящей или лежащей позы; мышечное напряжение затрудняет деятельность;
- 3 — болезненное мышечное напряжение с полной невозможностью физического расслабления.

### 26. Нарушения восприятия и моторики

Проявляется в снижении или выпадении отдельных сенсорных или моторных функций. Требуется выявления органической основы нарушения. Следует отличать от ипохондризации (8), вегетативных нарушений (23), болей и болевых ощущений (24).

- 0 — нарушение сенсорных и моторных функций нет;
- 1 — легкие и/или преходящие нарушения, не вызывающие трудностей в обычной деятельности;
- 2 — заметное нарушение и/или выпадение некоторых функций при сохранении возможности осуществлять обычную деятельность без посторонней помощи;
- 3 — выраженная и/или стойкая утрата отдельных сенсомоторных функций, из-за которой требуется посторонняя помощь в осуществлении обычной деятельности (слепота, обездвиженность, афазия и т.п.).

### 27. Дерееализация

Заключается в изменениях характеристик осознания происходящего вокруг, которое может казаться неестественным (необычным). Сюда же включаются явления уже виденного, уже пережитого и изменения интенсивности восприятия. Следует отличать от деперсонализации (28).

- 0 — нет изменений в характеристиках осознания происходящего вокруг;
- 1 — редкие эпизоды изменений характеристик осознания происходящего;
- 2 — частые эпизоды дерееализации;
- 3 — очень частые эпизоды или постоянно существующая (персистирующая) дерееализация.

### 28. Дееерсонализация

Заключается в изменениях характеристик осознания самого себя, чувствах нереальности и/или изменения своего тела, отчуждения, измененности личности. Следует отличать от эмоциональной деперсонализации и ангедонии (5), дерееализации (27), психических автоматизмов (29).

- 0 — нет изменений в характеристиках осознания себя;
- 1 — эпизодическое и/или слабо выраженное чувство собственной измененности;
- 2 — отчетливое чувство личностной измененности, возникающее часто;
- 3 — постоянно существующее чувство резко выраженной личностной измененности.

### 29. Психические автоматизмы

Проявляются в ощущении влияния или управления чувствами, побуждениями или действиями со стороны внешних сил. Здесь же фиксируется ощущение воздействия на других подобным образом. Следует отличать от остановки (обрывов) мыслей (30) и идей преследования (31).

- 0 — обычная подверженность внешним социальным воздействиям;
- 1 — смутное или туманное ощущение «сделанности», вызываемое воздействием извне;
- 2 — фрагментарное, но четко очерченное ощущение воздействия или управления со стороны внешних сил; например, посредством гипноза;
- 3 — постоянно существующее ощущение, что чувства и/или побуждения не имеют «внутренних» причин, а «сделаны»; например, посредством биоэнергетического воздействия.

### 30. Обрывы (остановка) мыслей

Заключаются в переживании внезапной остановки мыслей («блок» мыслей, шперрунг). Следует отличать от насильственных мыслей (10) и трудностей в концентрации внимания (16).

- 0 — нет обрывов мыслей;
- 1 — смутные или туманные сообщения об эпизодах обрывов мыслей;
- 2 — периодически возникающие и четко очерченные обрывы мыслей;
- 3 — частые обрывы мыслей, заметно затрудняющие протекание мыслительного процесса.

### 31. Идеи преследования

Проявляются в подозрительности, убеждении, что о человеке говорят, за ним наблюдают или его преследуют с целью причинить вред.

- 0 — нет необоснованной подозрительности;
- 1 — неопределенное ощущение, что за человеком наблюдают фрагментарные подозрения относительно враждебных намерений других людей;
- 2 — захватывающее личность ощущение, что о человеке говорят, ему угрожают или его преследуют;
- 3 — постоянно присутствующее ощущение, что человек является объектом непрерывного преследования; соответственно, обычные события болезненно интерпретируются как «намек»; возможно ощущение, что человека обсуждают — по телевизору, в газетах и т.п.

### 32. Идеи величия

Проявляются преувеличенными мнениями о значимости своей личности, о своих способностях или о своем здоровье. Следует отличать от повышенного настроения (2) и экстатических переживаний (34).

- 0 — идей величия нет;
- 1 — чрезмерная уверенность в себе с чувством своей значимости;
- 2 — отчетливо проявляющиеся преувеличенное мнение о своей личности и о своих способностях; громадные, поверхностные и нереальные планы на будущее;
- 3 — нелепые идеи величия, доходящие до масштаба бреда.

### 33. Бредовое настроение

Проявляется в охватывающих личность беспричинных предчувствиях, ощущении или внезапно возникающем убеждении в том, что повседневные события имеют скрытое, глубинное и необычное значение. Следует отличать от дереализации (27) и экстатических переживаний (34).

- 0 — единичные суеверия; бредового настроения нет;
- 1 — неопределенные предчувствия того, что что-то неизвестное, но непосредственно касающееся человека, неизбежно должно произойти;
- 2 — выраженное чувство того, что повседневные события имеют некое особое значение (собственно бредовое настроение);
- 3 — неожиданно появляющееся, внезапное убеждение в том, что вокруг происходит цепь особых событий, имеющих скрытое, глубинное и необычное значение (аутохтонный бред).

### 34. Экстатические переживания

Проявляются в мистических переживаниях, экстазе, в виде внезапных «озарений» с религиозно-мистическим содержанием. Следует отличать от повышенного настроения (2) и идей величия (32).

- 0 — нет экстатических переживаний;
- 1 — эпизодическое неопределенное ощущение счастья с религиозно — мистической окраской;
- 2 — часто возникающее ощущение прилива блаженства, связанное с чувством проникновения в потусторонние материи;
- 3 — отчетливые и/или длительно существующие чувства блаженства, мистического порыва, «единения со Вселенной», мистического «единения с Богом».

### 35. Патологическая ревность

Заключается во всепоглощающих мыслях о возможной неверности сексуального партнера.

- 0 — нет подозрений в неверности партнера;
- 1 — неясные ощущения уязвимости с подозрением партнера в неверности;
- 2 — поиски доказательств неверности и неправильная интерпретация их мнимой «очевидности»;
- 3 — патологические идеи ревности определяют повседневную жизнь и содержание деятельности; угрозы в адрес партнера, попытки добиться «признания».

### 36. Другой бред

Это любой вид бреда, кроме уже упомянутых: депрессивных мыслей (6), ипохондрических переживаний (8), психических автоматизмов (29), идей преследования (31), идей величия (32), бредового настроения (33), патологической ревности (35).

- 0 — нет другого бреда;
- 1 — неясные и туманные описания других болезненных умозаключений;
- 2 — отчетливые болезненные идеи, указывающие на сформировавшийся бред;
- 3 — нелепый бред, полностью или частично определяющий поведение.

### 37. Комментирующие голоса

Проявляются в восприятии проговаривания или повторения вслух собственных мыслей или в восприятии голосов, комментирующих действия или спорящих о человеке в третьем лице. Следует отличать от других слуховых галлюцинаций (38).

- 0 — нет комментирующих голосов;
- 1 — неясные и туманные описания комментирующих голосов;
- 2 — четко очерченные комментирующие голоса, не нарушающие, однако, деятельность;
- 3 — часто возобновляющиеся комментирующие голоса, делающие деятельность невозможной.

### 38. Другие слуховые галлюцинации

Это любые галлюцинаторные звуки, шумы или голоса, кроме комментирующих голосов (37). Здесь же фиксируются слуховые галлюцинации, возникающие на высоте афорективных колебаний — в депрессивных и маниакальных состояниях.

- 0 — нет слуховых галлюцинаций, кроме возникающих при засыпании (гипнагогических);
- 1 — не вполне адекватная интерпретация реально существующих слуховых стимулов; неясные или туманные описания слуховых галлюцинаций;
- 2 — явное наличие галлюцинаций, иногда присутствующих постоянно, но от которых легко можно отвлечься;
- 3 — выраженные галлюцинации с негативной эмоциональной окраской; императивные галлюцинации (приказы).

### 39. Зрительные иллюзии и галлюцинации

Заключаются в неправильной интерпретации зрительных образов реально существующих объектов (иллюзии) или в зрительном восприятии несуществующих объектов (галлюцинации).

- 0 — нет нарушений зрительного восприятия, кроме возникающих при засыпании (гипнагогических);
- 1 — эпизодически возникающие иллюзии;
- 2 — часто возникающие зрительные иллюзии или эпизодически возникающие зрительные галлюцинации;
- 3 — четко очерченные, часто возникающие или постоянно существующие зрительные галлюцинации.

### 40. Другие галлюцинации

Это галлюцинаторные ощущения вкуса, запаха или ощущения со стороны костно-мышечной системы и внутренних органов. Необходимо точно определить сферы галлюцинаторных ощущений и давать оценку по той сфере, где они наиболее сильно выражены.

- 0 — нет галлюцинаций;
- 1 — неясные или туманные, неопределенные описания галлюцинаций;
- 2 — эпизодически четко очерченные галлюцинации;
- 3 — четко очерченные, часто возникающие или постоянно существующие галлюцинации.

## II. Внешне проявляющаяся (наблюдаемая) психопатология

### 41. Депрессия

Проявляется в чувствах уныния, безысходности и в мрачности, превышающих по масштабу обычное снижение настроения. Отражается в высказываниях, мимике, позе. Оценивается по глубине и невозможности отвлечения.

- 0 — нет депрессии;
- 1 — проявление в виде грусти с периодами полной нормализации состояния;
- 2 — тоска и чувство несчастья без периодов «просветления»;
- 3 — выраженные и протяженные во времени тоскливость, мрачность, уныние.

#### 42. Мания

Проявляется в состоянии приподнятости с резким повышением моторной активности. Не включаются обычные эпизоды хорошего настроения. Человек испытывает несомненные приятные ощущения, повышенную уверенность в себе, приподнятость, что отражается в высказываниях, характере деятельности, мимике и моторной активности. Оценивается по выраженности и неспособности серьезно отвечать на вопросы, когда это необходимо.

- 0 — нормальная веселость;
- 1 — самоуверенность и экспансивность, однако, человек способен к серьезности, когда это необходимо;
- 2 — экспансивная приподнятость с необоснованной самоуверенностью и неспособностью к серьезным ответам на вопросы;
- 3 — непреходящий выраженный подъем самочувствия и настроения.

#### 43. Агрессивность

Заключается в раздражительности, злобности, проявляющейся в выражении глаз, высказываниях или действиях. Оценивается по выраженности, частоте и количеству провоцирующих стимулов, необходимым для успокоения.

- 0 — нет очевидной враждебности;
- 1 — постоянно проявляющееся недовольство, легкость возникновения раздражительности при провокации; эпизодические злобные мимические реакции;
- 2 — драчливость, готовность к ссоре, яркая агрессивная жестикуляция, однако, успокаивается самостоятельно или при уговорах;
- 3 — поведение носит явно угрожающий характер; возможно реальное физическое насилие.

#### 44. Аффективная неустойчивость

Проявляется в быстрой смене настроения в виде внезапного подъема или снижения, с тенденцией к демонстрации своих эмоциональных реакций. Следует отличать от преобладающего повышенного или пониженного настроения. Оценивать следует по скорости и частоте изменений.

- 0 — нет быстрой смены настроения;
- 1 — эпизодическая и психологически понятная быстрая смена настроения;
- 2 — частая беспричинная, внезапная смена настроения или чрезмерная по выраженности эмоциональная реакция в виде смены настроения;
- 3 — очень быстрые колебания между полюсами редко повышенного и редко пониженного настроения.

#### 45. Эмоциональная холодность

Заключается в притуплении эмоциональных реакций, что обнаруживается в ослаблении эмоциональной выразительности мимики или эпизодах эмоциональной неадекватности, т. е. несовпадения эмоциональных проявлений с содержанием высказываний. Следует отличать от депрессии (41) и мании (42).

- 0 — содержание высказываний соответствует настроению;
- 1 — заметное отсутствие заинтересованности в беседе, несколько не соответствуют тематике беседы проявления эмоций;
- 2 — отчетливая недостаточность эмоционального отклика;
- 3 — полное безразличие.

#### 46. Вегетативные нарушения

Проявляются симптомами вегетативной дисфункции — гипервентиляцией, «хлопаньем» ресницами, покраснением кожных покровов лица, повышенной потливостью, холодными руками, расширением зрачков, сухостью во рту, склонностью к обморочным состояниям.

- 0 — не наблюдается вегетативных нарушений;
- 1 — эпизодические и/или слабовыраженные вегетативные нарушения, такие, как покраснение или бледность кожных покровов лица, повышенная потливость при переживании стресса;
  - 2 — четко очерченные вегетативные нарушения, периодически возникающие даже вне переживания стресса;
  - 3 — вегетативные нарушения, выраженные настолько, что прерывают ход беседы.

#### 47. Сонливость

Проявляется в видимой затрудненности поддержания состояния бодрствования, что отражается в мимике, речи и позе. Следует отличать от нарушений контактности (49), загруженности (50) и замедленности моторики (60).

- 0 — полное бодрствование;
- 1 — сонный вид, периодически — зевки;
  - 2 — стремление заснуть, как только оставят в покое;
  - 3 — человек засыпает во время беседы; трудно разбудить, чтобы начать или продолжить беседу.

#### 48. Отвлекаемость

Заключается в легкой отвлекаемости внимания при воздействии случайных внешних раздражителей. Следует отличать от нарушений контактности (49), загруженности (50), абсансов (51), скачки идей (56) и галлюцинаторного поведения (65).

- 0 — удержание внимания;
- 1 — внимание эпизодически отвлекается посторонними раздражителями, такими, например, как фоновые шумы;
  - 2 — внимание легко рассеивается;
  - 3 — внимание постоянно рассеивается под воздействием посторонних раздражителей, что затрудняет беседу или делает ее невозможной.

#### 49. Нарушение контактности

Заключается в резком снижении внимания, отсутствии полноценного осознания ситуации. Следует отличать от сонливости (47), загруженности (50), абсансов (51) и обеднения речи (54).

- 0 — очевидное полное осознание ситуации;
- 1 — эпизодические затруднения с ответами, но внимание легко может быть возвращено к беседе;
  - 2 — отсутствие ответов на отдельные вопросы; возврат внимания к беседе затруднен;
  - 3 — полное отсутствие реакций на обращенную к человеку речь и тактильную стимуляцию (прикосновения).

#### 50. Загруженность

Проявляется в замешательстве, трудностях обобщения и интерпретации характеристик ситуации. Следует отличать от сонливости (47), отвлекаемости (48) и нарушения контактности (49).

- 0 — нет загруженности;
- 1 — присутствует чувство недоумения; эпизодически возникающие трудности понимания простых задаваемых вопросов;
  - 2 — присутствует чувство замешательства; простые вопросы приходится повторять, чтобы добиться понимания; ответы не всегда в плане вопроса;
  - 3 — заметные загруженность и недоумение; высказывания и действия совершенно не соответствуют ситуации, происходят будто бы во сне.

#### 51. Абсансы (отключения)

Проявляются во внезапных остановках речи и отключении от темы разговора, длящихся секунды. Зачастую сочетаются с кратковременной обездвиженностью (замиранием) и приостановлением мыслительного процесса. Следует отличать от обедненности речи (54), дефектов речи (55), речевой бессвязности (57).

- 0 — нет внезапных остановок речи и отключений;
- 1 — эпизодические перерывы в разговоре, воспринимаемые со стороны как задумчивость;
  - 2 — заметные перерывы в разговоре, отключения, не связанные с переживаемым стрессом;
  - 3 — частые или продолжительные остановки речи, отключения, прерывающие беседу.



### 52. Нарушение ориентировки

Заключается в утрате ориентации в месте и времени.

- 0 — ориентация в месте и времени сохранена;
- 1 — минимальная дезориентация во времени — не называется дата или день недели;
- 2 — заметная дезориентировка — в дате и/или вообще во времени;
- 3 — ярко выраженная дезориентировка не только во времени, но и в месте.

### 53. Речевой напор

Проявляется в речевом напоре, выражающемся в непрерывном потоке речи и чрезмерной разговорчивости (болтливости). Обеднение речи здесь фиксируется как «0». Следует отличать от скачки идей (56) и речевой бессвязности (57).

- 0 — обычная речь без чрезмерной разговорчивости;
- 1 — речь ускорена, ответы на вопросы — с чрезмерной детализацией;
- 2 — чрезмерная разговорчивость, доходящая до болтливости; речевой поток удается прервать с большим трудом;
- 3 — перехватывает инициативу в беседе, слова льются непрерывно, речевой поток прервать не удается.

### 54. Обеднение речи

Проявляется скудной речевой продукцией или замедленностью речи, с продолжительными задержками ответов на вопросы или с паузами. Речевой напор здесь фиксируется как «0». Следует отличать от нарушения контактности (49), загруженности (50), абсансов (51), дефектов речи (55).

- 0 — обычная речь без несоответствующих ходу беседы пауз;
- 1 — проходит определенное время между вопросами и даже краткими ответами;
- 2 — краткие односложные ответы на вопросы с длительными задержками; спонтанные речевые реакции формируются с затруднением, краткие;
- 3 — даже односложные ответы на вопросы даются с большим трудом; полный или частичный мутизм.

### 55. Дефекты речи

Это заикание, дизартрия и афазия — особые виды речевых расстройств, вызванные определенной, устанавливаемой причиной.

- 0 — нет дефектов речи;
- 1 — эпизодические дефекты речи, чаще проявляющиеся при нервно-психическом напряжении;
- 2 — заметные дефекты речи, проявляющиеся периодически, но не нарушающие общения;
- 3 — постоянно присутствующие дефекты речи, явно затрудняющие общение.

### 56. Скачка идей

Проявляется резким ускорением процесса мышления, что заметно по речевой продукции. Это — законченные мысли, если даже и не удается их уловить, что отличает скачку идей от речевой бессвязности (57).

- 0 — обычное течение мыслей;
- 1 — обширные и живые ассоциации; ассоциативный процесс замедляется в беседе;
- 2 — ускоренное течение мыслей, которое, однако, можно проследить; частая смена темы во время беседы;
- 3 — чрезвычайно быстрая смена темы во время беседы; обилие ассоциаций и ускорение ассоциативного процесса, делающие беседу трудной или невозможной.

### 57. Речевая бессвязность

Проявляется многословием, разорванной или нецеленаправленной речью с соскальзываниями с одной темы на другую, неологизмами, «словесной крошкой». Следует отличать от «скачки идей» (56).

- 0 — речь связная и понятная;
- 1 — чрезмерно детализированная, несколько монотонная речь; своеобразие в употреблении слов и в построении фраз, особенно при переживании стресса;
- 2 — атактические замыкания (соскальзывания) между словами или фразами; наблюдаются и без воздействия стресса;
- 3 — явно разорванная и непоследовательная речь; речь состоит из частей фраз или слов, причудливых неологизмов, что вызывает значительные трудности в общении.

### 58. Персеверативность (застреваемость)

Заключается в повторном воспроизведении высказываний и/или действий, в беседе — при ответе на вопрос повторение ответа на предыдущий вопрос, возвращение к одной и той же теме, неспособности прервать беседу или деятельность.

- 0 — нет застреваемости;
- 1 — эпизоды повторения фраз («стоячие обороты»); повторное возвращение к одному и тому же вопросу;
- 2 — повторы фраз («стоячие обороты»), но можно переключить разговор на другую тему; трудности в прерывании беседы и/или деятельности;
- 3 — персеверативность мышления и/или деятельности резко затрудняет общение или делает его невозможным.

### 59. Гиперактивность

Проявляется в увеличении частоты и продолжительности произвольных движений — мимики, локомоции, моторного аккомпанемента психической деятельности, жестикуляции — с их убыстрением при начале и завершении. Следует отличать от ажитации (61) и насильственных движений (62).

- 0 — обычные изменения двигательной активности между полюсами деятельности и отдыха;
- 1 — оживленная жестикуляция и стремительная походка; отсутствие нормальной физической усталости и соответствующей потребности в отдыхе;
- 2 — отчетливо заметные экспансивные и быстрые движения и жесты; внезапные резкие двигательные реакции, например, вскакивает во время беседы;
- 3 — постоянно присутствующая и резко выраженная двигательная активность; невозможно убедить присесть или прилечь.

### 60. Моторная заторможенность

Проявляется уменьшением частоты и размаха произвольных движений. Мимика. Походка, жестикуляция и моторный аккомпанемент психической деятельности замедленные и вялые.

- 0 — обычные изменения двигательной активности между полюсами деятельности и отдыха;
- 1 — скудость мимики и жестикуляции;
- 2 — отсутствует самопроизвольная двигательная активность, движения замедлены и затруднены;
- 3 — для поддержания активности в беседе требуется непрерывная внешняя стимуляция; лицо неподвижное; ступор.

### 61. Ажитация

Проявляется в нецеленаправленной двигательной активности, такой, как тряска рук, дотрагивание до предметов, одежды, неспособность усидеть на месте. Следует отличать от гиперактивности (59), насильственных движений (62), манерности и вычурности (64).

- 0 — нет ажитации;
- 1 — руки в постоянном движении, вертит в руках какие-нибудь предметы; частая смена позы во время беседы;
- 2 — нет потребности в отдыхе, навязчивое стремление прикасаться к различным предметам;
- 3 — невозможность усидеть на месте даже непродолжительное время; непрерывные, бесчисленные и бесцельные вопросы.

### 62. Насильственные движения

Это тики, тремор, хореоатетоз, дискинии, дистония и кривошея. Необходимо определить конкретный вид насильственных движений. Следует отличать от гиперактивности (59), ажитации (61), манерности и вычурности (64).

- 0 — нет насильственных движений;
- 1 — эпизодические насильственные движения при переживании стресса;
- 2 — заметные и частые насильственные движения, усиливающиеся при переживании стресса; человек прилагает видимые усилия, чтобы не дать им нарушать обычную двигательную активность;
- 3 — постоянно присутствующие насильственные движения, отчетливо нарушающие обычную двигательную активность.

### 63. Мышечное напряжение

Проявляется в заметном мышечном напряжении, отражающемся в мимике, жестикуляции и позе.

- 0 — мышечная расслабленность;
- 1 — слегка напряженные мимика и поза;
- 2 — напряженная поза; челюстные и шейные мышцы также напряжены; даже в сидящем положении мышечная напряженность сохраняется; движения — с малым размахом, неловкие;
- 3 — сильное мышечное напряжение; человек сидит сторбившись, иногда — на краю стула.

### 64. Манерность и вычурность

Проявляются в повторяющихся или стереотипизированных сложных движениях или позах — гримасничаньи, манерных движениях, вычурных позах, оцепенении. Оценка основывается на частоте и помехах для целенаправленной деятельности. Следует отличать от персеверативности (58), ажитации (61) и насильственных движений (62).

- 0 — нет манерности;
- 1 — эпизодические гримасы или вычурные движения;
- 2 — заметные манерность, гримасничанье или вычурность, не прерывающие целенаправленной деятельности;
- 3 — выраженные манерность и вычурность, по масштабу превышающие обычную двигательную активность.

### 65. Галлюцинаторное поведение

Появляется не соответствующим ситуации поведением, определяемым галлюцинаторными переживаниями. Например, человек внезапно оборачивается, вскрикивает, разговаривает без собеседника, уклоняется от «столкновения» с галлюцинаторным образом. Оценка не зависит от сообщения больного, есть галлюцинации или их нет. Следует отличать от насильственных движений (62), манерности и вычурности (64).

- 0 — нет галлюцинаторного поведения;
- 1 — не соответствующее ситуации, странное поведение, например, разговор с самим собой (может указывать на такое поведение, но встречается и в норме);
- 2 — отчетливое галлюцинаторное поведение;
- 3 — причудливое или странное поведение, определяемое галлюцинаторными переживаниями, которое, однако, прерывается на время беседы.

## III. Общие оценки

### 66. Общая оценка тяжести состояния

- 0 — отсутствие расстройства;
- 1 — слабо выраженное или сомнительное расстройство, не приводящее к нарушению повседневной деятельности;
- 2 — умеренно выраженное клинически очерченное заболевание;
- 3 — тяжелое заболевание, нарушающее социальное функционирование.

### 67. Надежность оценки состояния

- 0 — низкая;
- 1 — средняя;
- 2 — высокая;
- 3 — очень высокая.

**Оценочный лист**

(«Шкала всесторонней оценки психического состояния»)

А. Место обследования

Б. Дата и время обследования

200 \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ " ... г.

В. Обследуемый (Ф.И.О.)

Г. Оценщик (Ф.И.О.)

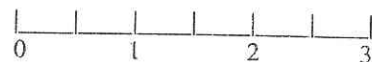
Оцените психическое состояние обследуемого по приведенным ниже переменным, используя технику проведения *интервью*, в виде обычной клинической психиатрической беседы. Обводите кружком ту степень переменной (0, 1, 2 или 3), которая, по Вашему мнению, соответствует психическому состоянию обследуемого. Используйте также промежуточные деления ступеней шкалы для увеличения ее чувствительности.

Все переменные, включенные в шкалу, и ступени оценки: 0, 1, 2 и 3 — описаны в тексте руководства (Приложение 1).

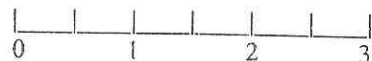
Используйте отдельный лист для фиксации результатов каждого нового случая.

**I. Данные, получаемые на основе высказываний обследуемого**

1. Пониженное настроение



2. Повышенное настроение



3. Внутреннее напряжение



4. Направленная враждебность



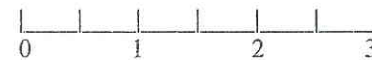
5. Эмоциональная деперсонализация и ангедония



6. Депрессивные мысли



7. Суицидные мысли



8. Ипохондризация



9. Навязчивые мысли



10. Насильственные мысли



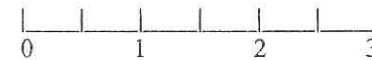
11. Фобии



12. Ритуалы (сложные насильственные действия)



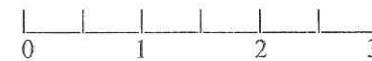
13. Амбивалентность — амбигуэнтность (нерешительность)



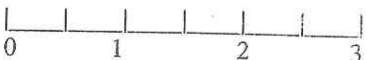


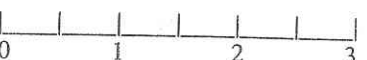





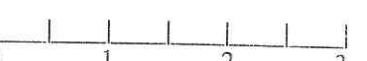
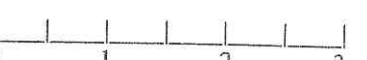














14. Апатия — абулия










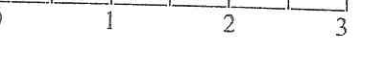
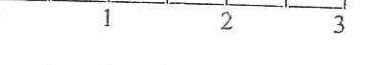



15. Утомляемость




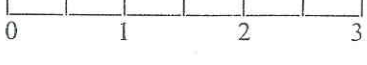











16. Трудности в сосредоточении 
17. Снижение памяти 
18. Снижение аппетита 
19. Нарушение сна 
20. Сонливость 
21. Снижение полового влечения 
22. Повышенное половое влечение 
23. Вегетативные нарушения 
24. Боли и болевые ощущения 
25. Мышечное напряжение 
26. Нарушения восприятия и моторики 
27. Дерезализация 
28. Деперсонализация 

29. Психические автоматизмы 
30. Обрывы (остановка) мыслей 
31. Идеи преследования 
32. Идеи величия 
33. Бредовое настроение 
34. Экстатические переживания 
35. Патологическая ревность 
36. Другой бред 
37. Комментирующие голоса 
38. Другие слуховые галлюцинации 
39. Зрительные иллюзии и галлюцинации 
40. Другие галлюцинации 

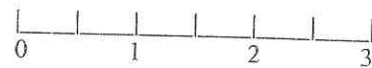
## II. Внешне проявляющаяся (наблюдаемая) психопатология

41. Депрессия 
42. Мания 
43. Агрессивность 
44. Аффективная неустойчивость 
45. Эмоциональная холодность 
46. Вегетативные нарушения 
47. Сонливость 
48. Отвлекаемость 
49. Нарушение контактности 
50. Загруженность 
51. Абсансы (отключения) 
52. Нарушение ориентировки 

53. Речевой напор 
54. Обеднение речи 
55. Дефекты речи 
56. «Скачка идей» 
57. Речевая бессвязность 
58. Персеверативность (застываемость) 
59. Гиперактивность 
60. Моторная заторможенность 
61. Ажитация 
62. Насильственные движения 
63. Мышечное напряжение 
64. Манерность и вычурность 
65. Галлюцинаторное поведение 

### III. Общие оценки

66. Общая оценка тяжести состояния



67. Надежность оценки состояния



Научное издание

### ШКАЛА ВСЕСТОРОННЕЙ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ

*Методическое руководство*

Подписано в печать 30.12.2003. Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>.

Бумага офсетная. Печать офсетная.

Усл. печ. л. 3,49. Тираж 200 экз. Заказ 71

---

ЦОП типография Издательства СПбГУ,  
199061, С.-Петербург, Средний пр., 41.