

ШКАЛА ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ДЕЛИРИЯ (DRS-R-98, DELIRIUM RATING SCALE – R – 98)

Это пересмотренный вариант шкалы Delirium Rating Scale (Trzepacz и др. 1988). Она используется для первоначальной оценки и повторных измерений тяжести делириозных симптомов. Оценка тяжести делирия представляет собой сумму баллов по 13 пунктам шкалы. При выборе варианта ответа в дополнение к данным непосредственного осмотра больного необходимо принимать во внимание информацию из всех доступных источников (медперсонал, семья, медицинская документация). Важно помнить, что симптомы делирия усиливаются и ослабевают без какого-либо вмешательства извне, поэтому для повторных последовательных оценок их тяжести измерения следует производить через разумные промежутки времени, отражая в документации только значимые изменения состояния.

I. ШКАЛА ТЯЖЕСТИ DRS – R – 98

1 Нарушение цикла сон-бодрствование

Оцените режим сна-бодрствования, используя все доступные источники информации, в том числе сведения от семьи, сиделок, самого пациента, а также из отчетов медицинского персонала. Попробуйте отличить сон от отдыха с закрытыми глазами.

0 Отсутствует

1 Легкое нарушение непрерывности ночного сна или единичные случаи сонливости в течение дня

2 Умеренное нарушение цикла сон-бодрствование (например, засыпает во время разговора; спит в течение дня; ночью несколько раз просыпается на короткие промежутки времени, и это сопровождается спутанностью сознания или изменением поведения; или ночной сон очень короток)

3 Тяжелое нарушение цикла сон-бодрствование (например, инверсия суточного ритма; или тяжелая циркадная фрагментация с несколькими периодами сна и бодрствования; или тяжелая бессонница)

2 Нарушения восприятия и галлюцинации

Иллюзии и галлюцинации могут быть любой сенсорной модальности. *Простые*, если они являются несложными по организации – например, звуки, шум, цвет, пятна или вспышки и *сложные*, если они многогранны, например, голоса, музыка, люди, животные или какие-либо сцены. Оценивайте на основании данных из истории болезни, сведений, полученных от медперсонала, сиделки или путем непосредственного наблюдения.

0 Отсутствуют

1 Легкие расстройства восприятия (например, чувство дереализации или деперсонализации; или пациент не в состоянии отличить сон от реальности)

2 Присутствуют иллюзии

3 Присутствуют галлюцинации

3 Бредовые идеи

Бред может быть любого типа, но чаще всего персекуторный (преследования). Оценка тяжести основывается на данных, полученных из истории болезни пациента, а также от семьи, медицинского персонала или сиделки. Оценивайте идеи как бредовые, если маловероятно, что они соответствуют действительности, однако пациент убежден в их истинности, и его невозможно разубедить логическими доводами. Бредовые идеи не могут быть объяснены культуральной или религиозной принадлежностью пациента.

0 Отсутствуют

1 Легкая подозрительность, настороженность или отгороженность

2 Необычные или сверхценные идеи, которые не достигают уровня бреда или правдоподобны

3 Бредовые идеи

4 Лабильность аффекта

Оцените аффект пациента по внешнему проявлению его эмоций, а не на основании описания того, что пациент чувствует.

0 Отсутствует

1 Эмоции несколько изменены или не соответствуют ситуации; меняются на протяжении нескольких часов; пациент, в основном, контролирует эмоции

2 Аффект часто не соответствует ситуации и меняется каждые несколько минут; пациент обычно не может контролировать эмоции, хотя реагирует на замечания, сделанные другими

3 Тяжелая стойкая эмоциональная расторможенность; аффект меняется очень быстро, не соответствует ситуации; пациент не реагирует на замечания, сделанные другими

5 Речь

Оцените аномалии разговорной, письменной речи, а также невербальной коммуникации, которые нельзя объяснить культуральной принадлежностью (речевой диалект) или заиканием. Обратите внимание на беглость речи, грамматический строй, разборчивость, смысловое содержание и название предметов. Если необходимо, оцените невербальную сферу - понимание и название предметов или действий: попросите пациента следовать отдаваемым вами командам или указаниям.

0 Нормальная речь

1 Легкие речевые нарушения, в том числе трудности в подборе слов или названий, или снижение беглости речи

2 Умеренное ухудшение, включая трудности в понимании речи или дефицит смыслового наполнения (семантического содержания) речи

3 Тяжелые речевые нарушения, включая бессмысленную речь, словесную окрошку, мутизм или значительное снижение разборчивости речи

6 Формальные нарушения мышления

Оцените формальные нарушения мышления в устной и письменной речи. Пропустите этот пункт, если пациент не может говорить или писать.

0 Нормальное мышление

1 Поверхностное (тангенциальное) или обстоятельное мышление

2 Иногда мысли слабо связаны друг с другом по ассоциациям, но большую часть времени понятны

3 Мышление почти все время бессвязное

7 Двигательное возбуждение

Оценка производится на основе собственных наблюдений, а также наблюдений других людей (членов семьи во время посещения, медицинского персонала). Не включать дискинезии, тики или хорею Гентингтона.

- 0 Нет беспокойства или возбуждения
- 1 Легкое моторное возбуждение или незначительная суетливость
- 2 Умеренное двигательное возбуждение, включая резкие движения, неусидчивость, суетливость, удаление пациентом системы для внутривенных инфузий из вены
- 3 Тяжелое двигательное возбуждение, например, агрессия; или необходимость ограничения или изоляции пациента

8 Моторная заторможенность

Оценка производится на основании собственных наблюдений или наблюдений других людей (членов семьи во время посещения, медицинского персонала). Не оценивайте компонент ретардации, вызванный симптомами болезни Паркинсона. Не оценивайте сонливость или сон.

- 0 Нет замедления произвольных движений
- 1 Легкое снижение частоты, спонтанности или скорости движений, в такой степени, что это несколько мешает обследованию
- 2 Умеренное снижение частоты, спонтанности или скорости движений до уровня, когда это мешает в работе или самообслуживании
- 3 Тяжелая моторная заторможенность с минимумом спонтанных движений

9 Ориентировка

Пациентам, которые не могут говорить, можно предоставить несколько вариантов ответов в визуальной или звуковой форме. Позвольте больному при назывании даты ошибиться на срок до 7 дней (вместо 2), если он находится в больнице уже более 3 недель. Дезориентировка в личности означает, что пациент не узнает знакомые лица; напротив, она сохранна, если пациент, несмотря на нарушения речи, связанные с называнием (см. пункт «Речь»), узнает знакомых людей. Дезориентировка в личности является наиболее тяжелой, когда пациент не имеет представления о собственной идентичности; дезориентировка такой тяжести при делирии встречается редко. Дезориентировка в личности, как правило, возникает позже дезориентировки во времени и/или пространстве.

- 0 Ориентирован в личности, месте и времени
- 1 Дезориентирован во времени (например, более чем на 2 дня, или неправильно называет месяц или год); либо в месте (например, пациент неверно называет место, город или страну); но не оба вида дезориентировки сразу.
- 2 Дезориентирован как во времени, так и в месте
- 3 Дезориентирован в личности

10 Нарушение внимания

У пациентов с сенсорными дефицитами, интубированных больных, а также в случаях, когда движения рук пациента ограничены, внимание необходимо проверять с помощью другой, чем письмо, модальности. Внимание может быть оценено как (либо) непосредственно во время диагностического интервью (будут заметны, например, словесные персеверации = навязчивые повторения; отвлекаемость, или трудности со сменой психологической установки в зависимости от изменения контекста беседы), так и (либо) с помощью специальных тестов, например, числовых рядов.

0 Пациент активен и внимателен

- 1 Легкая отвлекаемость или небольшие затруднения в поддержании внимания, которые возможно устранить устными замечаниями. При формальном тестировании: незначительные ошибки и несущественная задержка ответов
- 2 Умеренное нарушение внимания с трудом фокусировки и удержания внимания. При формальном тестировании: пациент делает много ошибок, нуждается в постоянных побуждениях к сосредоточению, в противном случае прекращает выполнение задания.
- 3 Серьезные трудности фокусировки и/или поддержания внимания, с большим количеством неполных или неправильных ответов; или неспособность следовать инструкциям. Пациент отвлекается на посторонние звуки или события в окружающей среде.

11 Кратковременная память

Определите способность пациента воспроизвести информацию (например, из трех пунктов, представленных в устной или визуальной форме) по истечении двух-трех минут. При формальном тестировании, прежде чем Вы приступите к оценке памяти, убедитесь, что пациент запомнил эти 2-3 элемента. Количество попыток запомнить, а также количество подсказок можно отметить на бланке исследования. Не позволяйте пациенту повторять или записывать то, что он запомнил; в течение 2-3 последующих минут пациент должен быть отвлечен. После этого попросите его вербально или невербально воспроизвести информацию, которую он запомнил. Дефицит краткосрочной памяти, обнаруженный в ходе интервью, тоже может быть использован для оценки.

0 Кратковременная память не страдает

- 1 Воспроизводит 2/3 элементов; может вспомнить третий элемент после подсказки категории, к которой этот элемент относится
- 2 Воспроизводит 1/3 элементов; может вспомнить другие элементы после подсказки категорий, к которым эти элементы относятся
- 3 Воспроизводит 0/3 элементов

12 Долговременная память

Может быть оценена формальным тестированием или в беседе путем воспроизведения личностных (например, история заболевания, или какая-либо информация, или случай из жизни пациента, которые могут быть подтверждены из другого источника), или прочих культурально релевантных событий из прошлого. Если используется формальное тестирование, то пациенту дают в вербальной или зрительной модальности для запоминания 3 элемента. После того, как пациент их запомнил (и исследователь убедился в этом), для оценки долговременной памяти воспроизвести их пациент должен не ранее, чем через 5 минут. Не позволяйте пациенту повторять или записывать то, что он запомнил; в течение 5 последующих минут нужно отвлечь пациента. Если долговременная память оценивается в беседе на общие темы, необходимо принять во внимание, что некоторые пациенты могут иметь неполное образование или умственную отсталость. Оценка тяжести нарушения долговременной памяти может производиться всеми возможными способами, включая выводы о качестве долговременной памяти на события недавнего/далекого прошлого, сделанные во время интервью, а также формальное тестирование долговременной памяти на недавнее прошлое, путем запоминания и воспроизведения трех элементов.

0 Нет значимого дефицита долговременной памяти

- 1 Вспоминает 2/3 элементов и/или обнаруживает небольшие проблемы с воспроизведением из долговременной памяти другой информации
- 2 Вспоминает 1/3 элементов и/или имеет умеренные трудности с воспроизведением из долговременной памяти другой информации

- 3 Вспоминает 0/3 элементов и/или имеет значительные трудности с воспроизведением из долговременной памяти другой информации

13 Зрительно-пространственная ориентация

Оцените формально и неформально. Обратите внимание на проблемы пациента с поиском маршрута: дороги к дому, пути к палате внутри отделения (например, пациент путает палату или вовсе не находит дороги). Оцените формально путем рисования или копирования какого-либо рисунка, складывания пазла или графического изображения маршрута, карты, или узнавания облика известных столиц, и т.д. Примите во внимание любые возможные нарушения зрительного анализатора, которые могут повлиять на выполнение задания.

0 Нет ухудшения

- 1 Легкое снижение. В целом, рисунок и большинство деталей верны, или большинство деталей пазла собраны правильно. Однако есть небольшие трудности с поиском маршрута движения
- 2 Умеренное ухудшение с искажением оценки восприятия общего плана; и/или несколько ошибок в деталях или частях рисунка или головоломки; или необходимость неоднократных подсказок, чтобы не заблудиться в новой обстановке; трудность поиска знакомых объектов в окружающем пространстве
- 3 Тяжелые нарушения при формальном тестировании, и/или неспособность найти маршрут, несмотря на любое количество подсказок.

II. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ DRS-R-98

Эти три критерия могут оказать дополнительную помощь в дифференцировке делирия от других расстройств с диагностическими или исследовательскими целями. Они не входят в общую оценку тяжести.

14. Острота появления симптомов

Оцените остроту появления начальных симптомов последнего расстройства или эпизода, а не всего заболевания с самого начала. Отделите появившуюся делириозную симптоматику от симптомов присутствовавшего ранее психического расстройства. Например, если у пациента с тяжелой депрессией возник делирий, связанный с передозировкой препарата, оценивайте остроту появления симптомов делирия, а не депрессии.

- 0 Нет существенных отличий от обычного или многолетнего базового поведения
- 1 Симптоматика нарастала постепенно, в течение периода от нескольких недель до месяца
- 2 Острое изменение поведения или личности произошло в течение периода от нескольких дней до недели
- 3 Резкое изменение поведения произошло за период от нескольких часов до 1 дня

15. Колебания тяжести симптомов

Оцените нарастание и убывание тяжести одного или группы симптомов в течение определенного периода времени. Обычно оценивают когнитивную, аффективную сферы, интенсивность галлюцинаций, расстройств мышления, нарушений речи. Обратите внимание на то, что нарушения восприятия, как правило, возникают периодически; однако с утяжелением делирия становятся непрерывными, несмотря на то, что тяжесть остальных симптомов продолжает волнообразно изменяться.

0 Нет колебаний тяжести симптоматики

1 Тяжесть симптомов меняется на протяжении часов

2 Тяжесть симптомов меняется в течение нескольких минут

16. Соматическая патология

Оцените возможность того, что какая-либо физиологическая, соматическая или медикаментозная проблема является причиной возникновения оцениваемых делириозных симптомов. Многие пациенты имеют подобные проблемы, однако они могут не видеть причинно-следственной связи между этой проблемой и возникшими симптомами.

0 Отсутствует или в настоящее время не может являться причиной

1 Имеется какое-либо соматическое заболевание, которое могло повлиять на психическое состояние

2 Наркотики, инфекции, нарушения метаболизма, поражение ЦНС или другие проблемы со здоровьем, которые точно могли являться причиной возникновения расстройств поведения или психического расстройства.

БЛАНК DRS-R-98

Пациент: _____ Дата: ___ / ___ / ___ Время: _____

Врач: _____ **ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ:** _____

ОБЩАЯ ОЦЕНКА: _____

Оцениваемый симптом	Тяжесть	Дополнительно
Цикл сон-бодрствование	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> спит <input type="checkbox"/> только расстройства ночного сна <input type="checkbox"/> инверсия день-ночь
Нарушения восприятия	0 1 2 3	Сенсорный тип иллюзий или галлюцинаций: <input type="checkbox"/> слуховые <input type="checkbox"/> зрительные <input type="checkbox"/> обонятельные <input type="checkbox"/> тактильные Формат иллюзий или галлюцинаций: <input type="checkbox"/> простые <input type="checkbox"/> сложные
Бред	0 1 2 3	Тип бреда: <input type="checkbox"/> преследования <input type="checkbox"/> величия <input type="checkbox"/> ипохондрический Характер: <input type="checkbox"/> отрывочный <input type="checkbox"/> систематизированный
Лабильность аффекта	0 1 2 3	Тип: <input type="checkbox"/> гневливый <input type="checkbox"/> тревожный <input type="checkbox"/> дисфорический <input type="checkbox"/> эйфорический <input type="checkbox"/> раздражительный
Речь	0 1 2 3	Интубирован, мутичен, и т.д. <input type="checkbox"/>
Формальные нарушения мышления	0 1 2 3	Интубирован, мутичен, и т.д. <input type="checkbox"/>
Двигательное возбуждение	0 1 2 3	Ограничен <input type="checkbox"/> Тип ограничения:
Двигательная заторможенность	0 1 2 3	Ограничен <input type="checkbox"/> Тип ограничения:
Ориентировка	0 1 2 3	Во времени: В месте: В личности:
Внимание	0 1 2 3	
Кратковременная память	0 1 2 3	Отметьте число попыток запомнить: <input type="checkbox"/> Потребовалась подсказка
Долговременная память	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Потребовалась подсказка
Зрительно-пространственная ориентация	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Использование рук невозможно

Diagnostic item	Item score	Optional information
Острота появления симптомов	0 1 2 3	<input type="checkbox"/> Симптом появились на фоне другой психопатологии
Колебания тяжести симптомов	0 1 2	<input type="checkbox"/> Симптомы проявляются только ночью
Соматическое расстройство	0 1 2	Имеющиеся расстройства: