

**ФГБУ ФНКЦ ФМБА России**  
**Академия постдипломного образования**

**Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии**

Аронов П.В., Никифоров И.А., Игумнов С.А., Приятель В.А.,  
Истомина В.В., Ливанов А.С., Лось Д.П.

**КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В  
АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ**

Учебное пособие

Москва 2023 год

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ АГЕНТСТВО**

**АКАДЕМИЯ ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
ФГБУ «ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР  
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
И МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ»**

«ОДОБРЕНО»

Решением ученого совета  
(протокол № \_\_\_\_\_)

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по научной работе  
Академии постдипломного  
образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА  
России

\_\_\_\_\_ А.В. Кочубей

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ  
ПРАКТИКЕ**

(Учебное пособие)

Москва 2023 год

Рецензенты:

д.м.н., профессор Скворцова Е.С.

д.м.н., профессор Кардашян Р.А.

Аронов П.В., Никифоров И.А., Игумнов С.А., Приятель В.А., Истомина В.В., Ливанов А.С., Лось Д.П. «Когнитивные нарушения в амбулаторной практике» Учебное пособие. – М.: 2023. - 38 с.

В настоящем методическом пособии изложены основные современные представления о когнитивных нарушениях в амбулаторной практике, их частота встречаемости, диагностика и принципах лечения.

Учебное пособие предназначено для врачей-психиатров, психиатров-наркологов, клинических ординаторов и аспирантов, обучающихся по специальностям «Психиатрия», «Психиатрия-наркология», «Психотерапия».

## Содержание.

Введение	5
Частота встречаемости заболевания в различных возрастных периодах	6
Классификация когнитивных нарушений	7
Основные признаки когнитивных расстройств	10
Объективизация когнитивных расстройств	13
Диагностика когнитивных нарушений	14
Методика «МИНИ-КОГ»	15
Лечение когнитивных нарушений в пожилом возрасте	16
Тесты	18
Приложение 1	36
Приложение 2	36
Контрольные вопросы	37
Список литературы	38

## Введение

Под когнитивными (познавательными) функциями понимаются наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним. Данный процесс включает четыре основных взаимодействующих компонента:

- восприятие информации;
- обработка и анализ информации;
- запоминание и хранение информации;
- обмен информацией, построение, и осуществление программы действий.

С каждым из вышеперечисленных этапов познавательной деятельности связана определённая когнитивная функция:

- восприятие информации - гнозис;
- обработка и анализ информации - так называемые, "исполнительные" функции, которые включают произвольное внимание, обобщение, выявление сходств и различий, формально-логические операции, установление ассоциативных связей, вынесение умозаключений;
- запоминание и хранение информации - память;
- обмен информацией, построение, и осуществление программы действий - так называемые "экспрессивные" функции, к которым относят речь и навыки целенаправленной двигательной активности (праксис).

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

## Частота встречаемости заболевания в различных возрастных периодах

Возрастное ухудшение когнитивных способностей начинается приблизительно с 30-35 летнего возраста, однако наиболее значительные изменения происходят после 60 лет. По статистике почти 3/4 лиц старше 65 лет выражают недовольство своей памятью (в 50% случаев наличие когнитивных нарушений действительно подтверждается с помощью различных нейропсихологических тестов).

Посмертные морфологические исследования свидетельствуют, что с возрастом происходит гибель нейронов головного мозга (так, например, к 70-80 годам она достигает 32-48%), что приводит к уменьшению массы головного мозга (в среднем на 90 г) и снижению активности нейротрансмиттерных систем (при этом наиболее рано дофаминергической системы). Так, по данным С.Н. Иллариошкина (2005), у здоровых людей в течение жизни концентрация дофамина снижается приблизительно на 40%. Вследствие этого с возрастом выявляются следующие изменения когнитивных функций:

- уменьшение скорости реакции (*брадифрения*);
- становится трудно длительно концентрировать внимание (*быстрая утомляемость*);
- снижается оперативная память (*трудности при обучении*);
- сложнее менять программу действий (*интеллектуальная «ригидность»*).

В соответствии с характером и выраженностью нарушений когнитивных функций выделяют следующие основные синдромы:

- физиологические инволютивные изменения когнитивных способностей («связанные со старением когнитивные нарушения», англ. aging-associated cognitive decline, 1994);

умеренные когнитивные нарушения (англ. mild cognitive impairment, 1997);

деменция.

Естественные иволютивные изменения когнитивных функций (или иногда используется термин «успешное старение») в норме выражены весьма незначительно в количественном отношении.

### **Классификация когнитивных нарушений**

Большое нейрокогнитивное расстройство (NCD) примерно соответствует диагнозу деменции в DSM-IV, хотя критерии деменции были пересмотрены, в том числе и для того, чтобы образовать новую рубрику – легкое NCD, характеризующееся существованием нейрокогнитивных нарушений, которые не достигают уровня выраженной дисфункции или нарушения функционирования и напоминают мягкое когнитивное снижение, которое было включено в приложение DSM-IV. Помимо основных критериев большого и легкого NCD, было предложено 10 этиологических подтипов с отдельными критериями и соответствующими описаниями для каждого из них. Кроме четкой связи с определенными этиологическим факторами, большинство критериев для разных подтипов в значительной степени схожи друг с другом. Однако существуют важные, хотя и достаточно тонкие различия между этими подтипами, которые базируются на информации, полученной в результате изучения постмортальных лабораторных корреляций и наблюдений за прогрессированием болезни, и которые появились за последние 20 лет. Многие, хотя и не все, из этих подтипов были кратко описаны в DSM-IV, однако в DSM-5 для каждого из них установлена отдельная рубрика и приводятся их детальные описания, в том числе и для того, чтобы помочь практическому врачу определить возможную этиологию.

Термин "нейрокогнитивные расстройства" (НКР) обозначает группу состояний, которая соотносится с разделом DSM-IV «Деменция, Делирий, Амнестическое и другие когнитивные расстройства», она включает делирий и синдромы большого и малого НКР с их этиологическими подтипами.

Подтипами большого и малого НКР являются:

НКР, вызванное болезнью Альцгеймера;  
сосудистое НКР;  
НКР, вызванное болезнью диффузных телец Леви;  
НКР, вызванное болезнью Паркинсона;  
НКР, вызванное фронтотемпоральной деменцией;  
НКР, вызванное травматическим повреждением головного мозга;  
НКР, вызванное ВИЧ-инфекцией;  
НКР, вызванное действием лекарственных или наркотических веществ;  
НКР, вызванное болезнью Гентингтона;  
НКР, вызванное прионным заболеванием;  
НКР, вызванное другими заболеваниями;  
НКР вследствие действия нескольких причин и  
неуточнённое НКР.

#### *Приложение 1.*

Группа НКР включает состояния с преобладанием в клинике когнитивных нарушений, в большей степени приобретённых, а не связанных с нарушениями развития. Несмотря на то, что когнитивные нарушения встречаются при многих, если не при всех психических заболеваниях (таких как шизофрения, биполярные расстройства), в группу НКР включаются только те расстройства, у которых когнитивный дефицит является основным симптомом. НКР устанавливается, если нарушения когнитивных функций возникают не с рождения или первых лет жизни, а представляют собой ухудшение в сравнении с ранее достигнутым более высоким уровнем интеллектуального развития.

Использование группы НКР в DSM-5 даёт возможность установить приведшие к ним патологические процессы, а часто и этиологию заболевания. Различные заболевания, являющиеся причиной этих состояний, активно изучаются, фиксируются в клинических наблюдениях и рассматриваются при разработке консенсусных диагностических критериев.

Критерии DSM-5 этих состояний были разработаны в тесном контакте с группами экспертов по каждой группе заболеваний и максимально соответствуют современным консенсусным критериям для каждого из них. При постановке диагноза также обсуждается использование биомаркеров.

Понятие "деменция" заменяется вновь введённым "большое нейрокогнитивное расстройство", при этом, "деменция" продолжает использоваться при обозначении патогенетических подтипов, где этот термин является стандартным.

В DSM-5 выделяется уровень менее тяжёлых когнитивных нарушений, малое нейрокогнитивное расстройство, которому в DSM-IV соответствовал раздел "Когнитивное расстройство неуточнённое". Приводятся диагностические критерии для обоих синдромов, после чего, определяются критерии для их различных этиологических типов.

Термин "деменция" продолжает использоваться в DSM-5 для сохранения преемственности в условиях, когда к его использованию привыкли и врачи, и пациенты. В то время, как "деменция" - более применимый термин для описания дегенеративных деменций, которыми страдают преимущественно пожилые люди, термин «нейрокогнитивные расстройства» предпочтителен для описания состояний более молодых людей, например, травматических повреждений головного мозга или последствий ВИЧ-инфекции. При этом, термин НКР более широкий, чем термин "деменция", он может быть использован для описания лиц с выраженными нарушениями в одном когнитивном домене, например «Амнестическое расстройство» из DSM-IV в настоящее время может обозначаться как большое НКР в связи с другим заболеванием, но не как "деменция".

Критерии различных НКР основаны на поражении определённых доменов когнитивных функций. Ниже в таблице приводятся определения каждого домена, примеры симптомов или наблюдения о нарушениях в повседневной активности, а также - способы оценки. Полученные таким

образом оценки нарушений когнитивных функций, с учётом указаний для клинически значимых порогов, составляют основу для диагностики НКР, определения уровня и подтипа расстройств.

### **Основные признаки когнитивных расстройств**

Память и ее расстройства.

В формировании памяти существенное значение имеют такие структуры мозга, как гиппокамп, поясная извилина, передние ядра таламуса, мамиллярные тела, перегородка, свод, амигдаллярный комплекс, гипоталамус, которые составляют большой и малый круг Папеца. На функцию памяти оказывают влияние эмоции, внимание, степень заинтересованности, целеустремленности. Различают механическую память (элементарную, нагляднообразную) и смысловую (более сложную, абстрактную).

Расстройства памяти весьма многообразны и возникают не только при органических поражениях мозга. Они наблюдаются, например, при переутомлении, неврозах, интоксикациях. Утрата способности сохранять и воспроизводить приобретенные знания называется амнезией.

Выделяют несколько видов амнезий. Фиксационная амнезия - ослабление или отсутствие запоминания текущих, недавно происходивших событий при сохранности в памяти приобретенных в прошлом знаний; наблюдается при алкогольной энцефалопатии (корсаковский амнестический синдром), атеросклерозе сосудов головного мозга, отравлении окисью углерода и др.; прогрессирующая амнезия - постепенное опустошение запасов приобретенных знаний.

Снижение памяти развивается в определенной последовательности: от более частных элементов к более общим, от позднее приобретенной информации к более ранней.

При черепно-мозговой травме с выключением сознания в последующем, при восстановлении сознания, нередко отмечается выпадение памяти (полное или частичное) на определенный период. Полное выпадение воспоминаний

может ограничиваться только периодом нарушенного сознания – конградная амнезия - или распространяться на события, предшествовавшие состоянию измененного сознания с периодом от не. скольких часов, дней до месяцев и даже лет - ретроградная амнезия.

Если утрачиваются воспоминания о событиях, переживаниях, которые были после расстройства сознания, то это свидетельствует об антероградной амнезии. Сочетание выпадения памяти на предшествующие травме и последующие события называется антероретроградной амнезией.

Встречаются постгипнотическая амнезия - пробелы в памяти на события, происходившие во время гипноза, и кататимная амнезия - выпадения из памяти психогенных, неприятных, аффективно насыщенных впечатлений и событий.

Значительно чаще встречается не выпадение, а снижение памяти - гипомнезия. Редко встречается гипермнезия - феноменальная память.

У больных со сниженной памятью часто наблюдаются псевдореминисценции (ложные воспоминания), при этом реальные события прошлого переносятся в настоящее.

### **Мышление и его расстройства.**

Мышление - высшая форма познавательной деятельности, в процессе которой устанавливаются внутренние связи между предметами и явлениями окружающего мира. Мышление тесно связано с речью - важнейшим средством общения между людьми, благодаря ей возможна передача информации, знаний, опыта. Мышление включает этапы анализа, синтеза и обобщения. Оно осуществляется в основном в представлениях, суждениях, умозаключениях и понятиях.

Умственная отсталость – это непрогрессирующее снижение интеллекта, обусловленное врожденной патологией либо нарушениями раз. вития в раннем детстве и проявляющееся не менее чем в двух сферах адаптивного поведения. Всего выделяют 10 таких сфер: общение, самообслуживание,

бытовые навыки, социальная активность, досуг, забота о своем здоровье и безопасности, самостоятельность поведения, академическая успеваемость, поведение в коллективе и трудовая деятельность.

Среди типов расстройства мышления выделяют: врожденное слабоумие (олигофрения) - снижена способность к обучению, ребенок отстает в умственном развитии, нарушено развитие моторной, познавательной, интеллектуальной, эмоционально-волевой сфер речи с тенденцией к их компенсации; приобретенное слабоумие (деменция) - утрата ранее приобретенных интеллектуальных способностей.

Деменция может развиваться в любом возрасте и в последующем прогрессировать либо оставаться на прежнем уровне. О наличии деменции можно судить лишь при отсутствии острого нарушения сознания и психических расстройств. Изолированное нарушение одной из высших мозговых функций (например, афазию) не относят к деменции, хотя при таких нарушениях возможно снижение интеллекта.

Различные типы расстройства мышления подробно разбираются в курсе психиатрии.

### **Интеллект и его расстройства.**

К нарушению интеллекта могут привести:

- дегенеративные заболевания мозга: болезнь Альцгеймера, болезнь Пика - лобарная атрофия Пика, прогрессирующий надъядерный паралич - синдром Стила-Ричардсона-Ольшевского, болезнь Паркинсона, хорей Гентингтона;
- мультиинфарктная деменция, болезнь Бинсвангера;
- хроническая прогрессирующая гидроцефалия, атрофия коры головного мозга;
- спонгиозная энцефалопатия: болезнь Крейтцфельда-Якоба;
- вирусные энцефалиты;
- нейросифилис (прогрессивный паралич);

- посттравматическая энцефалопатия;
- врожденные заболевания и болезни, возникающие в раннем детском возрасте: хромосомные аномалии типа синдрома Клайнфельтера, нарушения аминокислотного обмена, фенилкетонурия, болезнь кленового сиропа, триптофанурия, гомоцистинурия, дефицит карнитина, глутаровая ацидурия, митохондриальные болезни - болезнь Ли и миоклоническая эпилепсия с пятнистыми мышечными волокнами, митохондриальная энцефалопатия, синдром Кирнса-Сейра и др.;
- демиелинизирующие заболевания: рассеянный склероз, прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия, аденолейкодистрофия, болезнь Краббе, метахроматическая лейкодистрофия, болезнь Александра, болезнь Пелицеуса- Мерцбахера и др.;
- гиповитаминозы: болезнь Гайе-Вернике-Корсакова, пеллагра и др.;
- отравления тяжелыми металлами (свинцом, марганцем, ртутью, таллием и др.).

### **Объективизация когнитивных расстройств**

#### Шкала общих нарушений

1 - нет ни субъективных, ни объективных симптомов нарушений памяти или других когнитивных функций.

2 - очень лёгкие расстройства: жалобы на снижение памяти, чаще всего двух видов (а) - не помнит, что куда положил; (б) - забывает имена близких знакомых. В беседе с больным нарушения памяти не выявляются. Больной полностью справляется с работой и самостоятелен в быту. Адекватно встревожен имеющейся симптоматикой.

3 - лёгкие расстройства: негрубая, но клинически очерченная симптоматика. Не менее двух из следующих: (а) - невозможность найти дорогу при поездке в незнакомое место; (б) - сослуживцы пациента знают о его когнитивных проблемах; (в) - трудности поиска слова и забывчивость на имена очевидна для членов семьи; (г) - пациент не запоминает то, что только

что прочел; (д) - не запоминает имена людей, с которыми знакомится; (е) - куда-то положил и не смог найти важный предмет; (ж) - при нейропсихологическом тестировании может отмечаться нарушение серийного счета.

Объективизировать когнитивные расстройства можно лишь с помощью тщательного исследования высших мозговых функций.

Нарушения могут сказываться на работе и в быту. Больной начинает отрицать имеющиеся у него нарушения. Часто легкая или умеренная тревожность.

4 - умеренные нарушения: очевидная симптоматика. Основные проявления: (а) - пациент недостаточно осведомлен о происходящих вокруг событиях; (б) - нарушена память о некоторых событиях жизни; (в) - нарушен серийный счет; (г) - нарушена способность находить дорогу, осуществлять финансовые операции и т.д.

Обычно нет нарушений (а) - ориентировки в месте и в собственной личности; (б) - узнавания близких знакомых; (в) - способности находить хорошо знакомую дорогу.

### **Диагностика когнитивных нарушений**

Учитывая высокую распространенность когнитивных нарушений в старших возрастных группах, при работе с пациентами пожилого возраста необходимо иметь определенную настороженность в этом отношении. Исследование когнитивной сферы у всех пожилых пациентов неоправданно. Однако такое исследование, с нашей точки зрения, весьма целесообразно при:

- активных (самостоятельно излагаемых) пациентом жалобах на снижение памяти или трудности концентрации внимания;
- свидетельствах родственников о когнитивном снижении за последнее время;

- невозможности для пациента самостоятельно и полно изложить свой анамнез или правильно выполнять рекомендации врача;
- симптоме «поворачивающейся головы»: в ответ на вопрос врача пациент поворачивает голову к сопровождающему его родственнику и переадресовывает вопрос ему.

Для исследования когнитивных функций врач может использовать любые известные ему нейропсихологические методы. Врачам различных специальностей мы рекомендуем методику «Мини-Ког» (см. схему). Не отнимая много времени, данная методика в то же время является весьма чувствительной. Невозможность вспомнить после подсказки хотя бы 1 слово или ошибки при рисовании часов свидетельствуют о наличии клинически значимых когнитивных нарушений. Определить выраженность таких нарушений можно в беседе с родственниками, задавая им вопросы о степени профессиональной, социальной и бытовой адаптации пациентов.

### **Методика «МИНИ-КОГ»**

1. Инструкция: «Повторите 3 слова: лимон, ключ, шар». Слова должны произноситься максимально четко и разборчиво со скоростью 1 слово в секунду. После того как пациент повторил все 3 слова, просим: «А теперь запомните эти слова. Повторите их еще один раз». Добиваемся, чтобы пациент самостоятельно вспомнил все 3 слова. При необходимости предъявляем слова повторно — до 5 раз.
2. Инструкция: «Нарисуйте, пожалуйста, круглые часы с цифрами на циферблате и со стрелками». Все цифры должны стоять на своих местах, а стрелки — указывать на 13.45. Больной должен самостоятельно нарисовать круг, расставить цифры и изобразить стрелки. Подсказки не допускаются. Больной также не должен смотреть на реальные часы у себя на руке или на стене. Вместо 13.45 можно просить поставить стрелки на любое другое время.

3. Инструкция: «Теперь давайте вспомним 3 слова, которые мы учили вначале». Если больной самостоятельно не может припомнить слова, можно предложить подсказку. Например: «Вы запоминали какой-то фрукт ... инструмент ... геометрическую фигуру».

### **Лечение когнитивных нарушений в пожилом возрасте**

Терапия когнитивных нарушений в пожилом возрасте преследует 2 основные цели: профилактику прогрессирования нарушений и уменьшение выраженности уже имеющихся расстройств с целью повышения качества жизни пациентов и их родственников. Лечение должно быть по возможности этиотропным или патогенетическим. Во всех случаях целесообразны следующие мероприятия:

- всестороннее обследование пациента, достижение максимально возможной компенсации сердечно-сосудистых и других соматических заболеваний;
- контроль сосудистых факторов риска: артериальной гипертензии, гиперлипидемии, прием антитромбоцитарных препаратов, борьба с ожирением и гиподинамией;
- оценка эмоционального состояния пациента и назначение по показаниям антидепрессантов, не дающих холинолитического эффекта (коаксил, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина);
- оптимизация микроциркуляции и церебральных метаболических процессов;
- заместительная нейротрансмиттерная терапия с целью оптимизации процессов синаптической передачи.

Одно из наиболее важных направлений терапии когнитивных нарушений — применение препаратов, влияющих на церебральные нейротрансмиттерные системы. Когнитивные функции являются

интегративными функциями головного мозга, т.е. они формируются в результате его целостной (интегрированной) деятельности. Очевидно, что в процессе такой интеграции необходимо оптимальное функционирование синапсов между нейронами, которое зависит от активности церебральных нейротрансмиттеров.

Выбор стратегии воздействия на церебральные нейротрансмиттерные системы зависит от выраженности когнитивных нарушений. Так, применение ацетилхолинергических и глутаматергических препаратов является в настоящее время «золотым стандартом» лечения большинства наиболее распространенных форм деменции. При легких когнитивных нарушениях (ЛКН) и умеренных когнитивных нарушениях (УКН) более целесообразно воздействие на другие нейротрансмиттерные системы, в первую очередь — дофаминергическую и норадренергическую.

Дофаминергическая и норадренергическая системы претерпевают значительные изменения в процессе старения мозга. Исследования с применением позитронно эмиссионной томографии головного мозга свидетельствуют о том, что с возрастом погибают до 40% дофаминергических нейронов в стволе мозга и лимбической системе. Это сопровождается значительным уменьшением плотности рецепторов к дофамину в лобной коре, что коррелирует с возрастным снижением когнитивных функций. С возрастом снижается активность норадренергической медиации, хотя число норадренергических нейронов не уменьшается. При патологическом старении изменения дофаминергической и норадренергической систем значительно превосходят физиологические.

В клинической практике из агонистов дофамина, которые применяются для терапии возрастных нарушений памяти и внимания, не достигающих выраженности деменции, наиболее хорошо зарекомендовал себя Пирибедил (Проноран, «Сервье»). Этот препарат сочетает в себе свойства агониста дофаминовых рецепторов и антагониста пресинаптических  $\alpha 2$ -

адренорецепторов, повышая активность как дофаминергической, так и норадренергической системы. Кроме того, Проноран оказывает вазоактивное действие, улучшая церебральную и периферическую микроциркуляцию.

Эффективность применения Пронорана при УКН была доказана в двойном слепом исследовании. В работе D. Nagaradja и S. Jayshree (2001) продемонстрировано, что на фоне применения препарата когнитивное улучшение достигается в 2 раза чаще, чем на фоне плацебо.

## **Тесты**

### **1. ШКАЛА (ТЕСТ-ОПРОСНИК) ДЕПРЕССИИ БЕКА.**

Методика Шкала депрессии Бека используется для диагностики уровня депрессии.

Тест-опросник депрессии (Beck Depression Inventory) был предложен Аароном Т. Беком в 1961 году на основе клинических наблюдений, позволивших выявить перечень симптомов депрессии.

После сравнения этого списка с клиническими описаниями депрессии, был создан тест-опросник депрессии, включающий в себя 21 вопрос-утверждение наиболее часто встречаемых симптомов и жалоб.

Каждый пункт опросника состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного веса симптома в общей степени тяжести депрессии.

Инструкция. Вам предлагается ряд утверждений. Выберите одно утверждение в каждой группе, которое лучше всего описывает Ваше состояние за прошедшую неделю, включая сегодняшний день. Обведите кружком номер утверждения, которое Вы выбрали. Если в группе несколько утверждений в равной мере хорошо описывают Ваше состояние, обведите

каждое из них. Прежде чем сделать выбор, внимательно прочтите все утверждения в каждой группе.

1	<p>0 – Я не чувствую себя несчастным.</p> <p>1 – Я чувствую себя несчастным.</p> <p>2 – Я все время несчастен и не могу освободиться от этого чувства.</p> <p>3 – Я настолько несчастен и опечален, что не могу этого вынести.</p>
2	<p>0 – Думая о будущем, я не чувствую себя особенно разочарованным.</p> <p>1 – Думая о будущем, я чувствую себя разочарованным.</p> <p>2 – Я чувствую, что мне нечего ждать в будущем.</p> <p>3 – Я чувствую, что будущее безнадежно и ничего не изменится к лучшему.</p>
3	<p>0 – Я не чувствую себя неудачником.</p> <p>1 – Я чувствую, что у меня было больше неудач, чем у большинства других людей.</p> <p>2 – Когда я оглядываюсь на прожитую жизнь, все, что я вижу, это череды неудач.</p> <p>3 – Я чувствую себя полным неудачником.</p>
4	<p>0 – Я получаю столько же удовольствия от жизни, как и раньше.</p> <p>1 – Я не получаю столько же удовольствия от жизни, как и раньше.</p> <p>2 – Я не получаю настоящего удовлетворения от чего бы то ни было.</p> <p>3 – Я всем неудовлетворен, и мне все надоело.</p>
5	<p>0 – Я не чувствую себя особенно виноватым.</p> <p>1 – Довольно часто я чувствую себя виноватым.</p> <p>2 – Почти всегда я чувствую себя виноватым.</p> <p>3 – Я чувствую себя виноватым все время.</p>
6	<p>0 – Я не чувствую, что меня за что-то наказывают.</p> <p>1 – Я чувствую, что могу быть наказан за что-то.</p> <p>2 – Я ожидаю, что меня накажут.</p>

	3 – Я чувствую, что меня наказывают за что-то.
7	0 – Я не испытываю разочарование в себе. 1 – Я разочарован в себе. 2 – Я внушаю себе отвращение. 3 – Я ненавижу себя.
8	0 – У меня нет чувства, что я в чем-то хуже других. 1 – Я самокритичен и признаю свои слабости и ошибки. 2 – Я все время виню себя за свои ошибки. 3 – Я виню себя за все плохое, что происходит.
9	0 – У меня нет мыслей о том, чтобы покончить с собой. 1 – У меня есть мысли о том, чтобы покончить с собой, но я этого не делаю. 2 – Я хотел бы покончить жизнь самоубийством. 3 – Я бы покончил с собой, если бы представился удобный случай.
10	0 – Я плачу не больше, чем обычно. 1 – Сейчас я плачу больше обычного. 2 – Я теперь все время плачу. 3 – Раньше я еще мог плакать, но теперь не смогу, даже если захочу.
11	0 – Сейчас я не более раздражителен, чем обычно. 1 – Я раздражаюсь легче, чем раньше, даже по пустякам. 2 – Сейчас я все время раздражен. 3 – Меня уже ничто не раздражает, потому что все стало безразлично.
12	0 – Я не потерял интереса к другим людям. 1 – У меня меньше интереса к другим людям, чем раньше. 2 – Я почти утратил интерес к другим людям. 3 – Я потерял всякий интерес к другим людям.
13	0 – Я способен принимать решения так же, как всегда. 1 – Я откладываю принятие решений чаще, чем обычно.

	<p>2 – Я испытываю больше трудностей в принятии решений, чем прежде.</p> <p>3 – Я больше не могу принимать каких-либо решений.</p>
14	<p>0 – Я не чувствую, что я выгляжу хуже, чем обычно.</p> <p>1 – Я обеспокоен, что выгляжу постаревшим и непривлекательным.</p> <p>2 – Я чувствую, что изменения, происходящие в моей внешности, сделали меня непривлекательным.</p> <p>3 – Я уверен, что выгляжу безобразным.</p>
15	<p>0 – Я могу работать так же, как раньше.</p> <p>1 – Мне надо приложить дополнительные усилия, чтобы начать что-либо делать.</p> <p>2 – Я с большим трудом заставляю себя что-либо сделать.</p> <p>3 – Я вообще не могу работать.</p>
16	<p>0 – Я могу спать так же хорошо, как и обычно.</p> <p>1 – Я сплю не так хорошо, как всегда.</p> <p>2 – Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, чем обычно и с трудом могу заснуть снова.</p> <p>3 – Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и не могу снова заснуть.</p>
17	<p>0 – Я устаю не больше обычного.</p> <p>1 – Я устаю легче обычного.</p> <p>2 – Я устаю почти от всего того, что делаю.</p> <p>3 – Я слишком устал, чтобы делать что бы то ни было.</p>
18	<p>0 – Мой аппетит не хуже, чем обычно.</p> <p>1 – У меня не такой хороший аппетит, как был раньше.</p> <p>2 – Сейчас мой аппетит стал намного хуже.</p> <p>3 – Я вообще потерял аппетит.</p>
19	<p>0 – Если в последнее время я и потерял в весе, то очень немного.</p> <p>1 – Я потерял в весе более 2 кг.</p>

	<p>2 – Я потерял в весе более 4 кг.</p> <p>3 – Я потерял в весе более 6 кг.</p>
20	<p>0 – Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.</p> <p>1 – Меня беспокоят такие проблемы, как различные боли, расстройства желудка, запоры.</p> <p>2 – Я настолько обеспокоен своим здоровьем, что мне даже трудно думать о чем-нибудь другом.</p> <p>3 – Я до такой степени обеспокоен своим здоровьем, что вообще ни о чем не могу думать.</p>
21	<p>0 – Я не замечал каких-либо изменений в моих сексуальных интересах.</p> <p>1 – Я меньше, чем обычно интересуюсь сексом.</p> <p>2 – Сейчас я намного меньше интересуюсь сексом.</p> <p>3 – Я совершенно утратил интерес к сексу.</p>

**2. Тест Спилберга-Ханина** — методика, которая позволяет дифференцировано измерять тревожность и как личностное свойство и как состояние, связанное с текущей ситуацией. Этот тест помогает определить выраженность тревожности в структуре личности. Тревожность как личностная черта означает мотив или приобретенную поведенческую позицию, которая заставляет человека воспринимать широкий круг объективно безопасных обстоятельств, как содержащих угрозу, побуждая реагировать на них состояниями тревоги, интенсивность которых не соответствует величине реальной опасности. Реактивная (ситуативная) тревожность характеризует состояние человека в данный момент времени, которое характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью в данной конкретной обстановке. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на экстремальную или стрессовую ситуацию, может быть разным по

интенсивности и динамичным во времени. Тестирование по методике Спилбергера-Ханина проводится с применением двух бланков: один бланк для измерения показателей ситуативной тревожности, а второй – для измерения уровня личностной тревожности. Шкала ситуативной тревожности  
Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

Методика «Шкала ситуативной тревожности (СТ)» Ч.Д.Спилбергера (русскоязычная адаптация Ю.Л.Ханина).

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и неправильных ответов нет.

Суждения

№пп	Суждение	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я внутренне скован	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я ощущаю душевный покой	1	2	3	4

9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряжения	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

**Методика «Шкала личностной тревожности (ЛТ)» Ч.Д. Спилбергера (русскоязычная адаптация Ю.Л. Ханина).**

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

## Суждения

№п/п	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
21	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
22	Я бываю раздражительным	1	2	3	4
23	Я легко расстраиваюсь	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
26	Я чувствую прилив сил и желание работать	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Я чувствую себя беззащитным	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я бываю доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

## МоСА тест

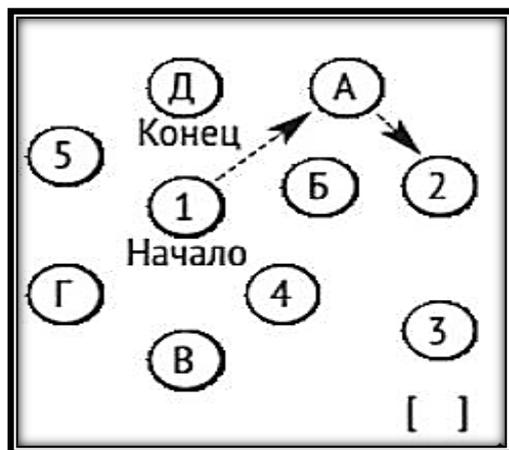
Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МоСА) разработана для быстрого выявления мягких когнитивных нарушений. Она оценивает различные когнитивные функции.

Это внимание и концентрация, исполнительные функции, память, речь, оптико-пространственная деятельность, концептуальное мышление, счет и ориентированность. Обследование пациента при помощи МоСА теста занимает примерно 10 минут. Максимальное количество баллов – 30; норма – 26 и больше. Исследование позволяет выявить возрастные нарушения памяти и мышления на ранней стадии и принять меры по коррекции расстройств.

Монреальская шкала когнитивной оценки включает 11 заданий, с помощью которых можно оценить степень когнитивных нарушений.

### Черчение ломаной линии

Обследуемого просят: «Нарисуйте линию от цифры к букве в порядке увеличения. Начните здесь (указать на (1) и проведите линию от 1 к А, а затем к 2 и так далее. Закончите здесь (указать на (Д)).



Оценка МоСа теста: Поставьте один балл, если обследуемый правильно соединяет знаки в следующем порядке: 1-А-2-Б-3-В-4-Г-5-Д так, чтобы линии не пересекались. Любая ошибка, не исправленная немедленно самостоятельно, оценивается как 0.

### **Оптико-пространственная деятельность (куб)**

*Методика:* дают следующие инструкции, указывая на куб: «Аккуратно перерисуйте эту фигуру на пустом пространстве под ней».

*Оценка МоСА теста:* за правильно перерисованную фигуру ставят один балл:

- фигура должна быть трехмерной;
- должны быть нарисованы все линии;
- не должно быть лишних линий;
- линии должны быть относительно параллельны и незначительно отличаться по длине (принимается рисунок прямоугольной призмы).

Задание не засчитывается, если не выполнено какое-либо из вышеуказанных условий.



### **Оптико-пространственная деятельность (часы)**

*Методика:* Указывая на правую треть графы, дают следующие инструкции: «Нарисуйте часы. Расставьте все цифры и нарисуйте стрелки так, чтобы часы показывали десять минут двенадцатого».



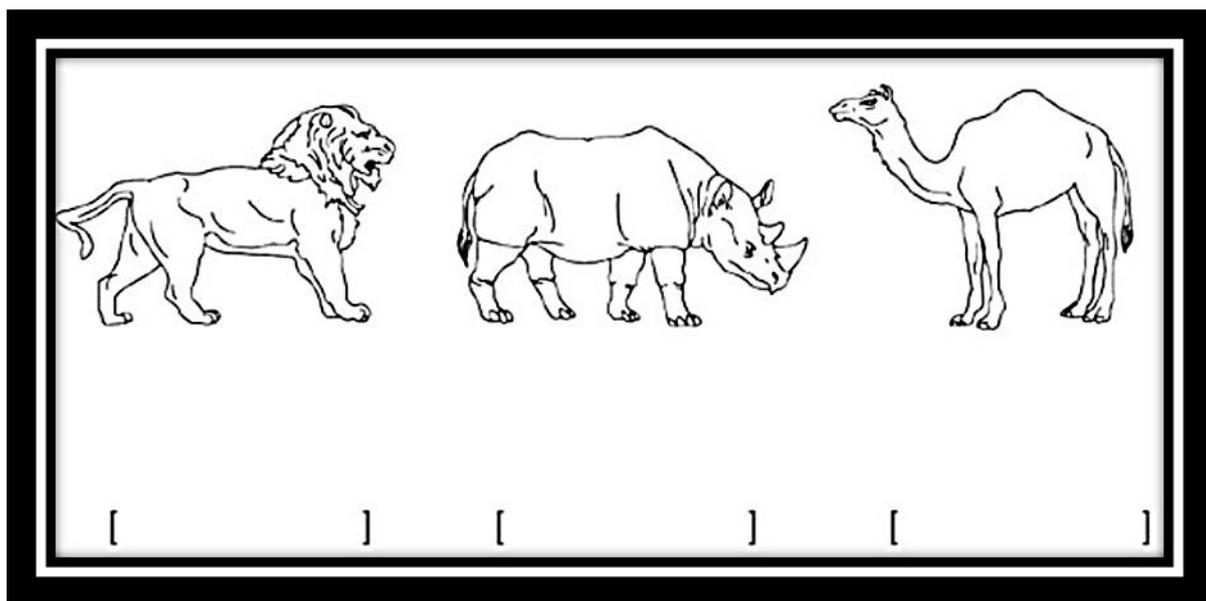
*Оценка MoCA теста:* За выполнение каждого из условий дают 1 балл:

- контур: циферблат должен быть круглым, возможно с погрешностями формы (например, слегка незамкнутым);
- цифры: должны быть все цифры циферблата и не должно быть лишних; цифры должны располагаться в правильном порядке и приблизительно в соответствии с квадрантами циферблата; допускаются римские цифры; цифры могут располагаться снаружи циферблата;
- стрелки: должно быть две стрелки, показывающие правильное время; часовая стрелка должна быть отчетливо короче минутной; стрелки должны сходиться внутри контура циферблата и пересекаться близко к его центру.

Балл за пункт не засчитывается, если не выполнено какое-либо из вышеуказанных условий.

### **Называние**

*Методика:* Слева направо указывают на рисунок и просят: «Назовите это животное».



*Оценка МоСа теста:* За каждый ответ дают по 1 баллу: на рисунке лев, носорог и верблюд.

### **Память**

Методика: Называют 5 слов со скоростью одно слово в секунду и дают следующие инструкции: «Это тест для проверки памяти. Я прочитаю набор слов, которые нужно запомнить сейчас и вспомнить через некоторое время. Слушайте внимательно. После того как я закончу, назовите слова, которые вы запомнили. Порядок не имеет значения».

«Лицо, бархат, церковь, фиалка, красный»

Ставят отметку в графе под каждым словом, которое обследуемый называет при первой попытке. После того как обследуемый заканчивает перечислять слова (говорит, что не может вспомнить больше), список слов читают второй раз и дают следующие указания: «Я прочитаю те же слова второй раз. Постарайтесь запомнить и назвать как можно больше слов, включая те, которые вы назвали в первый раз». Ставят знак в графе, соответствующей каждому слову, которое обследуемый называет при второй попытке.

В конце второй попытки обследуемому говорят: «Я попрошу вас назвать эти же слова в конце обследования».

Оценка МоСа теста: За первую и вторую попытку не дают баллов.

### **Внимание**

- Называние чисел в прямом порядке. Дают следующие указания: «Я назову несколько чисел, а потом вы должны повторить их за мной». Называют пять чисел со скоростью одно число в секунду («2, 1, 8, 5, 4»).

- Называние чисел в обратном порядке. Дают следующие указания: «Сейчас я назову еще несколько чисел, а потом вам нужно будет их назвать в обратном порядке». Называют три числа со скоростью одно число в секунду («7, 4, 2»).

*Оценка:* Дают один балл за каждую правильно повторенную последовательность (правильный ответ для чисел в обратном порядке – 2-4-7).

- Реакция. Читают последовательность букв со скоростью одна буква в секунду и дают следующие указания: «Я прочитаю ряд букв. Каждый раз, когда я буду называть букву А, нужно будет один раз хлопнуть рукой по столу. Когда я буду называть другие буквы, хлопать по столу не нужно» («Ф Б А В М Н А А Ж Л Л Б А Ф А К Д Е А А А Ж А М О Ф А А Б»).

*Оценка:* Дают 1 балл, если задание выполнено без ошибок или с одной ошибкой (ошибка – хлопок не на ту букву или отсутствие хлопка на букву А).

- Последовательное вычитание по 7. Дают следующие указания: «Сейчас отнимите от ста семь, а затем продолжайте вычитать из полученного числа по 7, пока я вас не остановлю». При необходимости повторите указания.

*Оценка МоСа теста:* Задание оценивают тремя баллами. Правильный ответ — 93-86-79-72-65 и т.д. При отсутствии правильного вычитания дают 0 баллов, за одно правильное вычитание – 1 балл, 2 балла дают при 2–3 правильных вычитаниях, 3 балла – при 4–5 правильных вычитаниях. Подсчитайте все правильные вычитания по 7, начиная с 100. Каждое вычитание оценивают независимо, то есть, если обследуемый делает ошибку, но продолжает правильно вычитать из результата 7, дают балл за каждое правильное действие. Например, обследуемый может отвечать: «92-85-78-71-

64», но даже учитывая, что 92 – неправильный результат, все последующие действия выполнены правильно. Такой результат будет оценен в 3 балла.

#### **Повторение предложений**

Дают следующие указания: «Я прочитаю предложение. Повторите его за мной слово в слово (пауза).

- «Я знаю только одно, что Иван — это тот, кто может сегодня помочь».

После ответа говорят: «А теперь я прочитаю другое предложение. Повторите его за мной слово в слово (пауза).

- «Кошка всегда пряталась под диваном, когда собаки были в комнате».

Оценка МоСа теста: Дают 1 балл за каждое правильно повторенное предложение. Повторять нужно точно. Внимательно следите за ошибками, например похожими словами и заменами, добавлениями.

#### **Скорость**

Методика: «Назовите как можно больше слов, которые начинаются с определенной буквы, которую я вам сейчас назову. Можете называть любые слова, за исключение имен собственных (например, Марина, Москва), чисел или однокоренных слов (например, дом, домик, домовой). Через минуту я вас остановлю. Вы готовы? (Пауза) Теперь называйте как можно больше слов на букву К. (60 сек) Стоп».

Оценка МоСа теста: Один балл дают, если обследуемый называет 11 или более слов за минуту. Запишите результат обследуемого.

#### **Абстрактное мышление**

*Методика:* Просят объяснить, чем похожи предметы в каждой паре. Начинают с примера: «Скажите, чем похожи апельсин и банан». Если обследуемый дает определенный ответ, ему задают следующий вопрос: «А еще чем они похожи?». Если обследуемый не дает ответа «фрукты», говорят: «Да, а еще все это фрукты». Ничего больше не объясняют. После пробы говорят: «А сейчас скажите, чем похожи поезд и велосипед?».

После ответа дайте следующее задание: «А чем похожи часы и линейка?». Не давайте дополнительных указаний и подсказок.

*Оценка МоСа теста:* Оцениваются только 2 задания после пробного. Дают 1 балл за каждый правильный ответ. Принимаются следующие ответы:

- Поезд – велосипед = средства передвижения, транспорт, на них можно ездить;
- Линейка – часы = измерительные приборы, используются для измерения.

Не принимаются ответы: поезд – велосипед = у них есть колеса; линейка – часы = на них есть цифры.

### **Отсроченное воспроизведение**

*Методика:* Дают следующие указания: «Я называл вам слова и просил вас их запомнить. Назовите из этих слов те, которые вы помните». Поставьте галочку в графах, соответствующих словам, которые были названы самостоятельно без подсказки.

*Оценка МоСа теста:* За каждое названное без подсказки слово дают 1 балл.

Необязательно:

После самостоятельного вспоминания подсказывают смысловую категорию для всех слов, которые не были названы. Отмечают галочкой соответствующую графу, если обследуемый вспоминает слово при помощи категории или выбирает из нескольких предложенных. Такие подсказки дают для всех слов, которые не были названы. Если обследуемый не вспоминает слово после категориальной подсказки, ему дают выбрать из нескольких слов, например, «Как вы думаете, какое это было слово: НОС, ЛИЦО или РУКА?

слово	категория	выбор
ЛИЦО	часть тела	нос, лицо, рука
БАРХАТ	вид материала	бархат, хлопок, вельвет
ЦЕРКОВЬ	строение	церковь, школа, больница
ФИАЛКА	цветок	роза, фиалка, тюльпан
КРАСНЫЙ	цвет	красный, синий, зеленый

*Оценка:* Слова, названные с подсказкой, не оцениваются баллами. Подсказки используют только для клинической оценки. Они позволяют получить дополнительную информацию о виде расстройства памяти. При нарушениях вспоминания можно улучшить результат подсказкой. При нарушениях запоминания (кодирования) результат не улучшается с подсказкой.

*Методика:* Дают следующие указания: «Назовите сегодняшнюю дату». Если обследуемый не дает полный ответ, ему помогают: «Скажите год/месяц/число/день недели».

Затем просят: «Назовите название места, где мы находимся, и этого города».

*Оценка МоСа теста:* За каждый правильный ответ дают балл. Обследуемый должен назвать точные дату и место (название клиники, больницы, поликлиники). Не засчитывается ответ с ошибкой в дате или дне недели на один день.

Сумма баллов Монреальской шкалы оценки когнитивных функций:

К сумме баллов добавляют один балл, если обследуемый имеет 12 лет образования или меньше. Максимальное количество баллов – 30. В норме количество баллов – 26 и выше. В пожилом возрасте пограничное значение МоСа теста — 23, если меньше — имеется легкое или умеренное когнитивное снижение, не достигающее уровня деменции.

Для диагностики деменции используются специальные тесты.

**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)**

NAME : \_\_\_\_\_  
 Education : \_\_\_\_\_ Date of birth : \_\_\_\_\_  
 Sex : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

**VISUOSPATIAL / EXECUTIVE**

**NAMING**

**MEMORY** Read list of words, subject must repeat them. Do 2 trials. Do a recall after 5 minutes.

	FACE	VELVET	CHURCH	DAISY	RED
1st trial					
2nd trial					

No points

**ATTENTION** Read list of digits (1 digit/ sec). Subject has to repeat them in the forward order [ ] 2 1 8 5 4  
 Subject has to repeat them in the backward order [ ] 7 4 2

Read list of letters. The subject must tap with his hand at each letter A. No points if ≥ 2 errors  
 [ ] FBACMNAAJKLBFAKDEAAAJAMOF AAB

Serial 7 subtraction starting at 100 [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65  
 4 or 5 correct subtractions: 3 pts, 2 or 3 correct: 2 pts, 1 correct: 1 pt, 0 correct: 0 pt

**LANGUAGE** Repeat : I only know that John is the one to help today. [ ]  
 The cat always hid under the couch when dogs were in the room. [ ]

Fluency / Name maximum number of words in one minute that begin with the letter F [ ] \_\_\_\_ (N ≥ 11 words)

**ABSTRACTION** Similarity between e.g. banana - orange = fruit [ ] train - bicycle [ ] watch - ruler

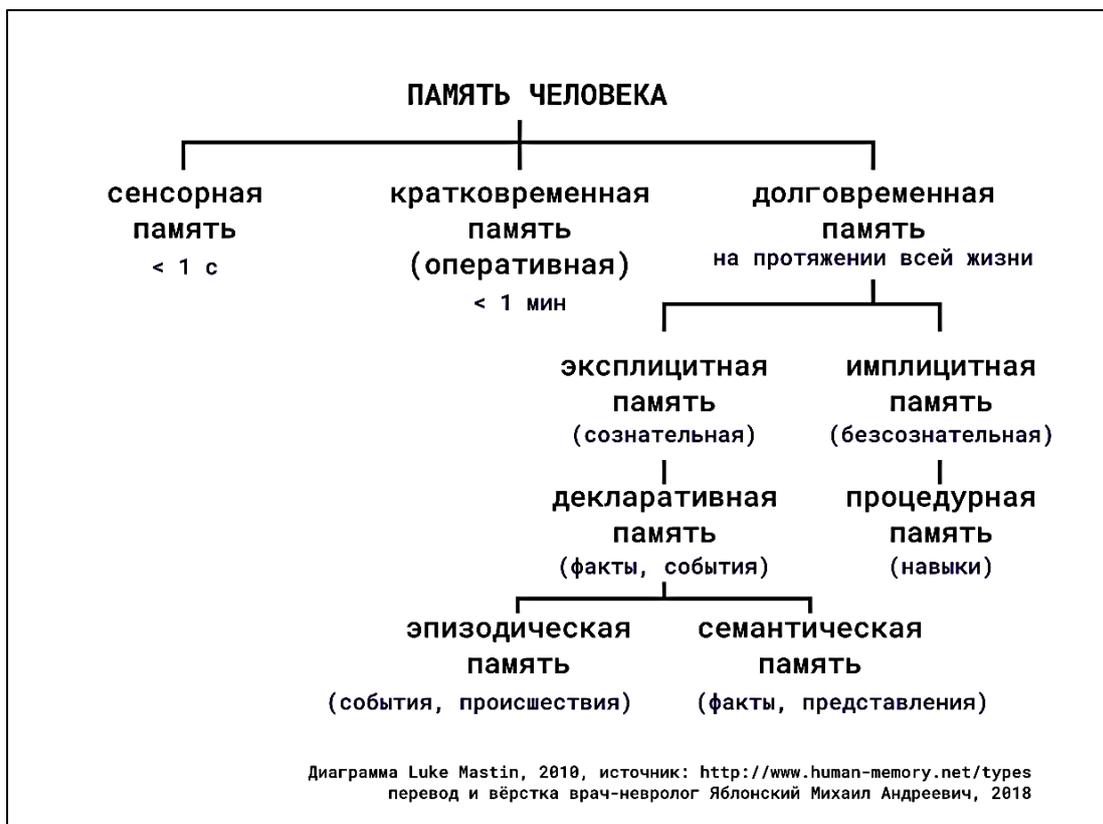
**DELAYED RECALL**

Has to recall words WITH NO CUE	FACE	VELVET	CHURCH	DAISY	RED	Points for UNCUE recall only
	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
Optional						

**ORIENTATION** [ ] Date [ ] Month [ ] Year [ ] Day [ ] Place [ ] City

## Приложение 1

Рис.1



## Приложение 2

Рис. 2



### **Контрольные вопросы:**

1. Что понимают под когнитивными функциями?
2. Какие изменения когнитивных функций возникают с возрастом?
3. Какие состояния включены в группу «нейрокогнитивные расстройства»?
4. Каковы основные признаки нейрокогнитивного расстройства?
5. Какие виды амнезий Вы знаете?
6. Что такое умственная отсталость?
7. Какие изменения претерпевают дофаминергическая и норадренергическая системы в процессе старения мозга?
8. Что представляет собой шкала депрессии Бека?
9. Что вы знаете о тесте Спилберга-Ханина?
10. Для чего разработана Монреальская шкала оценки когнитивных функций?

## Список литературы

1. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. «Топическая диагностика заболеваний нервной системы». Издательство Политехника, 2021 г., 663 с.
2. Эффективность и безопасность терапии препаратом ампасе: результаты рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования у пациентов с хроническим нарушением мозгового кровообращения / А. А. Скоромец, С. В. Котов, П. Б. Воронков [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2021. – Т. 121, № 5. – С. 26-32. – DOI 10.17116/jnevro202112105126.
3. <https://medi.ru/info/1165/>
4. Антропов Ю.А., Незнанов А.Ю., Антропов А.Ю. Основы диагностики психических расстройств. Руководство для врачей/ Ю.А. Антропов, Н.Г. Незнанов, А.Ю. Андропов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 384 с.
5. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика: руководство / В.Д. Менделевич. – 5-е изд. перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 567 с.
6. Марилов В.В., Марилова Т.Ю. Клиническая психопатология: руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 608 с.
7. Евсегнеев Р.А. Психиатрия в общей медицинской практике: Руководство для врачей. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2010. – 592 с.