

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева»
Министерства здравоохранения и социального развития РФ

УТВЕРЖДАЮ
Директор ФГБУ «СПБ НИПНИ им.
В.М. Бехтерева»
Минздравсоцразвития России,
д.м.н., профессор



И.А. ДИЗЯНОВ
15 июля 2011 г.

Дифференциальная диагностика деменций и аффективных расстройств у лиц пожилого возраста в амбулаторной практике невролога

Методические рекомендации

Разработаны в рамках реализации подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (на 2007–2011 годы)» по государственному контракту № К-16-НИР/46-1 от 7 июня 2010 г. на выполнение научно-исследовательских работ по теме: «Разработка методов управления качеством ранней диагностики, профилактики и терапии аффективных расстройств в условиях первичной медицинской сети»

Санкт-Петербург

2012

АННОТАЦИЯ

В пособии дано описание основных видов когнитивных и аффективных расстройств, а также и их специфичность для больных пожилого возраста с сосудистыми заболеваниями головного мозга. Приведены основные критерии диагностики и дифференциальной диагностики психопатологических нарушений в познавательной и эмоционально-волевой сферах. Рассматриваются методы диагностики в условиях первичной медицинской сети.

Пособие предназначено для врачей неврологов, психиатров стационарной и амбулаторной сети, специалистов реабилитационных неврологических отделений, специализированных санаторно-курортных учреждений.

Организация разработчик: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева.

Авторы: ведущий научный сотрудник, кандидат медицинских наук О.А. Балун, старший научный сотрудник, кандидат медицинских наук Л.В. Лукина, ведущий научный сотрудник, кандидат медицинских наук Н.В. Семенова, психолог Л.И. Ситник.

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения

ИБС – ишемическая болезнь сердца

МРТ – магнитно-резонансная томография

КТ – компьютерная томография

ЭЭГ – электроэнцефалограмма

КПИ – клинико-психологическое исследование

ЭПО – экспериментально-психологическое обследование

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра

ВВЕДЕНИЕ

Все возрастающий интерес специалистов к вопросу психических расстройств сосудистого генеза обусловлен увеличением числа лиц пожилого и старческого возраста в популяции, достигающим 15-20%. Это, прежде всего, связано с распространённостью основных цереброваскулярных заболеваний – таких как гипертоническая болезнь и атеросклероз мозговых сосудов – у лиц старшей возрастной группы.

Изменения при старении в большей степени затрагивают структуры мозга, регулирующие настроение и интеллектуальные процессы. В настоящее время сохраняют актуальность и дискуссионность вопросы о том, какие из психических нарушений, выявляемых у пациентов с сосудистыми поражениями головного мозга, могут рассматриваться как «собственно сосудистые», а какие – как протекающие на «сосудистом фоне» и непосредственно не связанные с данным патологическим процессом. Это, прежде всего, относится к аффективным расстройствам настроения, которые у лиц пожилого возраста часто сочетаются с астеническим или тревожным синдромами. При этом наибольшие трудности в дифференциальной диагностике указанных состояний возникают, как правило, в первичной медицинской сети в амбулаторной практике врача-невролога.

До настоящего времени четко обозначенных критериев сосудистых когнитивных нарушений нет, а по своему патогенезу и клиническим проявлениям эти расстройства очень гетерогенны. В современных классификациях специально подчеркивается необходимость оценки тяжести цереброваскулярного заболевания для определения его возможной этиологической роли. В качестве критериев для подобной оценки выдвинуто наличие в динамике патологического процесса перенесенных преходящих нарушений мозгового кровообращения или развернутых инсультов. В этом случае роль острых

нарушений мозгового кровообращения заключается в том, что они непосредственно повреждают мозговые структуры и обуславливают неврологическую и психопатологическую симптоматику.

В целях предотвращения гипо- и гипердиагностики как аффективных, так и когнитивных нарушений при сосудистых поражениях головного мозга в настоящее время наиболее целесообразным является комплексный клиничко-психоневрологический подход к обследованию пациентов, который включает в себя оценку клинической симптоматики, инструментальные и нейровизуализационные методы, клиничко-психологическое исследование, (патопсихологический и нейропсихологический методы). Это объясняет необходимость, как минимум, широкого внедрения в поликлиническую сеть образовательных программ и циклов усовершенствования для врачей (участковых терапевтов, неврологов, врачей общей и семейной практики) по геронтопсихоневрологии, и, как максимум, профессиональную подготовку специалистов по психогериатрической помощи со знанием специфики данной категории больных, их возрастных особенностей, с учетом соматогенных и внешнесредовых, социальных факторов, влияющих на формирование клинической картины.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Депрессивные расстройства

В настоящее время, депрессии получили широкое распространение во всем мире. Всемирная психиатрическая ассоциация приводит следующие данные: депрессию обнаруживают у 22-33% госпитализированных больных, у 38% онкологических, у 47% больных инсультом, у 45% — инфарктом миокарда, у 39% — страдающих паркинсонизмом.

Пожилой возраст рассматривается как второй возрастной пик депрессивных расстройств у пациентов общей практики. Депрессии в пожилом возрасте имеют тенденции к затяжному течению и обычно хуже поддаются терапии.

Вследствие того, что соматические заболевания скрывают депрессии у пожилых и стариков, медицинские и социальные работники недооценивают другие жалобы и симптомы, только 10% пациентов первичной медицинской сети, нуждающихся в антидепрессивном лечении, получают его.

Депрессия – это синдром, характеризующийся стойким и длительным (не менее двух недель) пониженным настроением (гипотимией), торможением интеллектуальной и двигательной активности, снижением витальных побуждений, пессимистическими оценками себя и своего положения в окружающей действительности, нарушениями сна, аппетита и соматоневрологическими расстройствами. Постановка диагноза депрессивного расстройства основывается на диагностических критериях МКБ-10.

Депрессивные расстройства у пожилых приобретают характерные черты за счет сочетания ряда факторов (преморбидные особенности личности, большое влияние факторов внешней среды, сосудистая патология и др.).

У больных старшей возрастной группы с органическими изменениями мозга, вызванными атеросклерозом, депрессия может протекать с картиной типичной сосудистой деменции. Нарушения памяти и интеллекта затрудняют продуктивный контакт с больным, что мешает выявлению собственно депрессивной симптоматики и оценку ее роли в структуре синдрома. Лишь после спонтанного окончания депрессивной фазы или применения антидепрессантов обнаруживается, что деменция носит обратимый характер. Однако при

затяжных депрессиях или частых повторных фазах в последующих светлых промежутках все больше проявляются изменения личности по сосудистому типу.

Трудности распознавания депрессии у лиц пожилого возраста связаны еще и с тем, что сами пациенты менее склонны определять депрессию как психическое нарушение, помнить аналогичные эпизоды и сообщать о них врачам; треть лиц, перенесших хотя бы один раз депрессивное состояние, рассматривают депрессию не как болезнь, а как психологическую проблему.

Выделяется несколько типов депрессий, наиболее часто встречающихся у пожилых пациентов амбулаторной службы. При простой (меланхолической) депрессии состояние больных определяется подавленно-безразличным настроением, имеющим обычно четкую суточную динамику: тоска и подавленность наиболее выражены в утренние часы, а к вечеру состояние облегчается. Для больных характерны самообвинение и самоуничужение, мрачное и пессимистическое видение будущего (чувство безнадежности, бесперспективности, бессмысленности существования, утрата жизненных ориентиров, работы, дела), снижение аппетита и потеря веса, психомоторная заторможенность или ажитация, могут присутствовать жалобы на снижение либидо.

При тревожной депрессии фон настроения имеет отчетливый тревожный оттенок, иногда с мучительным ощущением внутренней тревоги, достигающей наибольшей выраженности в утренние часы, стихающей в дневное время и возобновляющейся к вечеру. Проявления тревоги находят отражение в соответствующих жалобах больных и их повседневном поведении. Такие больные суетливы, им трудно сосредоточиться, их жесты беспокойны (теребят руки, часто меняют положение тела, кусают или облизывают губы и т.п.). Часто

наблюдается обидчивость и плаксивость по незначительным поводам, торопливая речь. Обычно присутствует комплекс соматовегетативных проявлений – потливость, вазомоторная лабильность, тахикардия, колебания артериального давления.

При астеническом варианте депрессии определяется отчетливое ощущение общей слабости, вялости вплоть до полного бессилия. В этом случае астения не связана с психической и физической нагрузками и не проходит после отдыха; выраженность астении преобладает в вечерние часы.

Тревожно-ипохондрические депрессии в зависимости от преобладания тех или иных расстройств представлены двумя разновидностями – сенесто-ипохондрическими и соматовегетативными депрессиями. При сенесто-ипохондрической депрессии больные предъявляют жалобы на тягостное самочувствие, ярко описывают патологические ощущения в различных частях тела. Они уверены в наличии у них серьезного телесного недуга и обычно негативно воспринимают предложение лечиться «психиатрическими» лекарствами. С сенестопатическими нарушениями, в свою очередь, тесно связаны опасения заболеваний, угрожающих здоровью или самому существованию больного.

При соматовегетативном варианте тревожно-ипохондрической депрессии в клинической картине, наряду с явлениями гипотимии (сниженного настроения), тревогой, нарушениями сна и аппетита, отчетливо представлены более или менее диффузные соматовегетативные расстройства в виде нарушений сосудистого тонуса со склонностью к преходящей артериальной гипертензии, изменения частоты и ритма пульса, а также явлений гипергидроза, сухости во рту, склонности к запорам. Симптомы тревоги сочетаются с ипохондрическими фобиями.

Зачастую функциональные вегетативно-сосудистые расстройства нередко имитируют соматические или неврологические заболевания, что заставляет врачей подозревать наличие соматической патологии, однако при тщательном обследовании признаков патологии не выявляется. Эти состояния, относящиеся к маскированным (соматизированным) депрессиям, имеют особую значимость в поликлинической геронтопсихиатрической практике, так как они представляют наибольшие диагностические трудности для раннего распознавания психической патологии.

При диагностики маскированных депрессий позднего возраста используются следующие критерии:

- 1) выявление признаков депрессии;
- 2) наличие предрасполагающей основы («почвы») в виде преморбидных черт, отражающих особенности реактивности, семейные и наследственные факторы;
- 3) признаки цикличности соматоневрологических симптомов в анамнезе и при наблюдении настоящего состояния;
- 4) отсутствие соответствия между объективным статусом и жалобами;
- 5) отсутствие эффекта от общесоматической терапии и положительная реакция на психотропные средства.

Наиболее часто отмечают сердечно-сосудистые и церебрально-сосудистые «маски» депрессивных расстройств в позднем возрасте, когда скрытые депрессии протекают под видом ИБС, артериальной гипертензии и других соматических и неврологических заболеваний. Наиболее специфической для позднего возраста «маской» является нарушение когнитивных функций при своеобразных депрессивных состояниях позднего возраста, которые ряд авторов называет «псевдодементными депрессиями» или «депрессиями с явлениями

обратимой деменции». В клинической картине таких расстройств на первый план выступают проявления кажущегося снижения мнестико-интеллектуальных функций. Жалобы больных на утрату или ослабление умственных способностей, однако, не соответствуют данным объективного исследования памяти. Для исключения органической природы депрессии целесообразно использование инструментальных методов обследования (МРТ, ЭЭГ).

Деменция

Общемировая тенденция к постарению населения обуславливает все более широкое распространение деменции в популяции. Данное психическое расстройство представляет собой актуальную проблему как для врачей, так и для родственников пациентов. Кроме того, увеличение числа больных деменцией представляет собой важную социально-экономическую проблему, поскольку по мере старения общества требуется все больше средств для лечения таких пациентов.

Распространенность деменции зависит от возраста и прогрессивно увеличивается в старших возрастных группах. Так, если в популяции до 65 лет деменцией страдает 2% населения, то в возрасте 65-70 лет ее распространенность составляет уже 5%, а у лиц в возрасте 80 лет и старше деменция выявляется в 20% случаев. Установлено, что наличие деменции увеличивает смертность пожилых больных почти в 3 раза. Это отчасти обусловлено мнестико-интеллектуальным снижением, из-за которого больные с деменцией не могут адекватно оценить тяжесть своего заболевания. Кроме того, такие пациенты забывают принимать назначенные медикаментозные препараты.

Под деменцией подразумевается синдром, обусловленный органическим поражением головного мозга и характеризующийся нарушениями в мнестической и других когнитивных сферах, включая

речь, ориентировку, абстрактное мышление, праксис. Описанные нарушения приводят к затруднениям в обыденной жизни и/или профессиональной деятельности. В том случае, если у человека имеются нарушения памяти, мышления или других высших психических функций, не препятствующих профессиональной деятельности, и/или не вызывают дезадаптации пациента в быту, говорят о когнитивных нарушениях (когнитивном снижении).

Деменция – это полиэтиологический синдром. По данным Института старения США, чаще всего сопровождаются деменцией следующие заболевания: болезнь Альцгеймера, сосудистые поражения головного мозга (сосудистая деменция), смешанная форма деменции (10-20% случаев). Значительно реже причинами деменции являются дисметаболическая энцефалопатия (4-5%), алкогольная деменция (7-10%), опухоли головного мозга (2-3%), травма головного мозга (5%), нормотензивная гидроцефалия (1,5-3%), болезнь Паркинсона (1%), нейроинфекции (1%) и др. В нашей стране первое место по частоте встречаемости занимает сосудистая деменция – от 10 до 39% всех случаев деменции. Эта психическая патология является следствием заболевания церебральных сосудов с формированием лакунарных ишемических очагов. Несмотря на небольшие размеры инфарктов, их патологическое действие обусловлено кумулятивным эффектом. Основанное на правильной диагностике прогнозирование течения заболевания позволяет пациенту и членам его семьи планировать свои действия и решать ряд социальных вопросов.

У всех больных с деменцией нарушается память (слухоречевая, зрительная и двигательная), страдают речевая функция и визуально-пространственные навыки. Память, в первую очередь, нарушается на события ближайшего прошлого, а затем и на отдаленные события. Расстраиваются все виды памяти: о событиях жизни («эпизодическая

память»), автоматизированные навыки произвольной деятельности («процедурная память»), общие представления об окружающем («семантическая память»). Отмечается снижение избирательности воспроизведения.

Из других когнитивных нарушений при деменции весьма часты расстройства пространственной ориентации, проявляющиеся, в частности, невозможностью перерисовать сложные геометрические фигуры. Таким больным уже трудно выполнять навыки самообслуживания. Пространственная агнозия приводит к потере способности узнавать время по часам, ориентироваться по географической карте.

Мышление больных с деменцией становится предметным, теряется способность к абстрагированию и обобщению, больные не могут связно объяснить значение абстрактных понятий. Одним из характерных проявлений интеллектуальных расстройств является нарушение выполнения арифметических операций, что рано обращает на себя внимание затруднением, например, при совершении покупок.

Речевые расстройства проявляются трудностью подбора нужного слова, называния предметов. Речь больного обедняется существительными, нарушается понимание сначала сложных, а затем и простых логико-грамматических конструкций и даже слов при чтении и разговоре.

Частый и иногда один из наиболее ранних симптомов деменции – нарушение узнавания знакомых лиц (агнозия на лица). Реже возникают нарушение узнавания знакомых предметов (предметная агнозия) или нарушение идентификации звуков (звуковая агнозия).

Для диагностики психических нарушений используются критерии клинического диагноза деменции (DSM-IV):

А) Нарушение памяти (кратковременной и долговременной);

Б) Нарушение, по крайней мере, еще одной из нижеперечисленных высших мозговых функций: праксиса, гнозиса, речи, способности к обобщениям или абстрагированию, регуляции произвольной деятельности;

В) Нарушения, перечисленные в пунктах А и Б, выражены настолько, что приводят к затруднениям в профессиональной сфере и в быту;

Г) Нарушения, перечисленные в пунктах А и Б, развиваются вследствие органического поражения головного мозга;

Д) Нарушения, перечисленные в пунктах А и Б, отмечаются при ясном сознании.

Нередко возникает сложность при дифференциальной диагностике начальных стадий деменции и забывчивости при нормальном старении. Неправильная трактовка данных приводит к гипердиагностике деменции у пожилых. Обусловленные возрастом когнитивные нарушения проявляются легкими нарушениями памяти и замедлением скорости психических процессов, но при этом не отмечается ограничений в быденной и профессиональной деятельности. Вышеописанные нарушения классифицируются как имеющие «доброкачественную старческую забывчивость» или «обусловленные возрастом нарушения памяти». Однако в дальнейшем, у данной категории лиц могут выявляться признаки деменции. Поэтому таким пациентам показаны повторные осмотры с интервалом в 6-12 месяцев для своевременной диагностики и адекватной медикаментозной коррекции когнитивных нарушений.

Диагностика аффективных и когнитивных нарушений

Для диагностики аффективных расстройств и деменции наиболее целесообразным является комплексный клинико-психоневрологический подход к обследованию пациентов, который

включает в себя оценку неврологических симптомов, психического статуса, инструментальные и нейровизуализационные методы, КПИ (патопсихологический и нейропсихологический методы).

Широкое внедрение в клинику методов нейровизуализации значительно расширило представления о морфологическом субстрате и патогенезе деменций. В настоящее время в диагностике деменций большое значение придается методам нейровизуализации, в первую очередь магнитно-резонансной томографии (МРТ) и компьютерной томографии (КТ). Эти методы исследования помогают в диагностике деменций различного генеза, а также в дифференциальной диагностике сосудистой деменции с опухольями, субдуральной гематомой, воспалительными заболеваниями головного мозга, которые также могут приводить к деменции.

Магнитно-резонансная томография привлекает внимание исследователей, учитывая отсутствие лучевой нагрузки при проведении исследования, получение томограмм в любых заданных плоскостях, отсутствие артефактов от костей в области задней черепной ямки. Большое значение для повышения диагностических возможностей МРТ имеет использование импульсных последовательностей, в число которых входит методика FLAIR (Fluid Attenuated Inversion Recovery), обеспечивающая подавление сигнала от спинномозговой и некоторых других физиологических жидкостей при сохранении базовой T2-взвешенности изображения, что позволяет диагностировать очаговое поражение вещества головного мозга.

Значительный интерес для решения ряда исследовательских, а в перспективе и диагностических задач, представляют методы функциональной нейровизуализации – однофотонной эмиссионной КТ и позитронной эмиссионной томографии – которые позволяют оценить мозговой кровоток и метаболизм.

При оценке результатов КТ и МРТ у пожилых следует учитывать возрастные инволюционные изменения головного мозга, в первую очередь, атрофию головного мозга, которая проявляется расширением желудочковой системы и щелей субарахноидального пространства полушарий головного мозга.

Дифференциальная диагностика сосудистой деменции и деменцией альцгеймеровского типа при использовании современных нейровизуализационных методов исследования нередко бывает затруднительной. Выявляемая у пожилых лиц при КТ и МРТ церебральная атрофия встречается как при сосудистой деменции, так и при деменции альцгеймеровского типа, и сама по себе не может служить надежным дифференциально-диагностическим признаком (за исключением характерной для деменции альцгеймеровского типа атрофии гиппокампа и медиальных отделов височных долей).

Наличие лакунарных инфарктов и диффузных изменений белого вещества полушарий головного мозга (лейкоареоз) характерно для сосудистой деменции, однако единичные инфаркты и перивентрикулярный лейкоареоз (в виде «шапочек» около передних и задних рогов боковых желудочков или ободка вокруг тел боковых желудочков) могут выявляться у пациентов с деменцией альцгеймеровского типа и даже у пожилых без какой-либо клинической неврологической симптоматики.

При сосудистой деменции лейкоареоз, как правило, асимметричный, нередко сливающийся, захватывающий более четверти всей площади белого вещества; он часто сочетается с лакунарными инфарктами и выявляется как на магнитно-резонансных, так и на компьютерных томограммах. В целом, МРТ является более чувствительным по сравнению с КТ методом визуализации инфарктов и лейкоареоза.

Клинико-психологический метод по значимости получаемой информации относится к одному из наиболее важных методов исследования, позволяющий с помощью беседы, наблюдения, сбора психологического анамнеза жизни и болезни, анализа поведения и продуктов деятельности человека получить данные о характере переживаний, поведении, особенностях личности, значимых аспектах его субъективной жизненной истории и системы отношений, семейную ситуацию.

Сбор жалоб и анамнеза должен включать в себя следующие основные блоки информации:

- наследственность, перенесенные заболевания (для исключения вторичного характера когнитивных нарушений на фоне соматических, инфекционных заболеваний);
- начальные проявления болезни и динамика их развития;
- уровень образования и характер профессиональной деятельности, среда развития, интересы и увлечения (что особенно важно для получения представления о преморбидном уровне интеллектуального развития при оценке степени когнитивного снижения);
- семейно-супружеские отношения, особенности взаимодействия больного с ближайшим окружением вне семьи;
- наиболее тяжелые события жизни (психические травмы, стрессы) и реакция на них;
- уровень сохранности бытовых и/или профессиональных навыков;
- особенности эмоционального состояния, нарушения сна, аппетита, уровень общей активности личности;
- состояние познавательных функций;
- состояние сенсорных функций: зрения и слуха, снижение которых может существенно исказить результаты патопсихологического и

нейропсихологического тестирования, что требует должного подбора методик исследования и коррекции условий проведения обследования, способа предъявления методик;

- вредные привычки (например, алкоголизм может быть причиной когнитивных, аффективных и поведенческих нарушений);

По наблюдению за больным оценивается его контактность, отношение к обследованию, проявление личностных характеристик, волевой сферы, особенности речи, понятливость, эмоциональное состояние, особенности моторики, общее описание нейродинамики (до проведения специальных проб).

На этапе КПИ обозначаются основные направления дифференцированного исследования, подбирается батарея экспериментальных методик для осуществления целей и задач конкретного исследования, а также формируется мотивация больного к исследованию, устанавливается контакт психолога с пациентом (от продуктивности такового контакта зависит достоверность результатов психодиагностики), определяются мишени психокоррекционного (психотерапевтического) воздействия. Для верификации и определения степени выраженности аффективных и когнитивных нарушений обязательным является проведение ЭПО, объем и содержание которого подбирается индивидуально для каждого больного в зависимости от характера и степени выраженности имеющихся нарушений, клинических задач.

Традиционно в диагностике когнитивных нарушений используются достаточно известные патопсихологические нестандартизованные (качественные) методы, направленные на исследование особенностей функционирования основных психических процессов, уровня, выраженности и специфики их нарушений (мышления, внимания, оперативной, кратковременной и

долговременной памяти, модальностно-специфических видов памяти, умственной работоспособности, продуктивности психической деятельности, нейродинамики, истощаемости процессов). Наиболее широко в работе медицинского психолога используются: таблицы Шульте, Крепелина, «Отсчитывание», Корректирующие пробы (для изучения работоспособности и состояния внимания, изучения скорости протекания процессов); для исследования процессов памяти – пробы на запоминание (субтест Векслера «Повторение цифр», «10 слов»), для анализа особенностей аналитико-синтетической деятельности, словесно-логического и наглядно-действенного мышления – «Классификация» (в модификации Л.С. Выготского и Б.В. Зейгарник), «Исключение лишнего», «Простые аналогии», «Сложные аналогии», «Понимание переносного смысла пословиц и метафор», «Пиктограмма», «Объяснение сюжетных картин», «Последовательность картинок».

В отличие от тестов, использование нестандартизованных проб позволяет прибегать к гибкой тактике проведения исследования и оценке его результатов (например, менять инструкцию, оказывать помощь больному, выбирать вербальные или невербальные формы проб). Однако отсутствие четких критериев оценки, возрастных нормативов требует высокой квалификации и индивидуального опыта медицинского психолога в сложных диагностических случаях, когда необходимо сопоставлять результаты различных тестовых методик, отдельные субтесты которых (например, батарея Векслера) также могут анализироваться с качественных позиций.

К стандартизованным (количественным, измерительным, психометрическим) патопсихологическим методам, используемым в неврологии, относятся, прежде всего, психологические тесты, направленные на исследование структуры и уровня интеллекта больного,

а также нарушений некогнитивной (эмоционально-мотивационной, личностной) сферы пациента, его межличностных отношений.

Наиболее признанной и надежной в современной психологической диагностике интеллекта является «Шкала Векслера для измерения интеллекта взрослых» (Wechsler Adult Intelligence Scale, WAIS, 1955), позволяющая получить количественные показатели уровня интеллектуального развития (коэффициент интеллекта – IQ): показатели Вербального IQ, Невербального IQ и Полного IQ в соответствии с классификацией, в результате чего формулируется заключение об уровне интеллектуального развития больного в сопоставлении с нормативными данными, коррекцией на возраст и в стандартных терминах («хорошая норма», «средняя норма», «низкая норма», «пограничная зона», «умственный дефект»). Коэффициенты IQ, различные индексы тестовых методик (WAIS, шкала памяти Векслера, тест Рейвена, тест зрительной ретенции Бентона и др.) дают весомый материал для диагностики органических поражений мозга, дифференциации симптомов общемозгового и локального поражений мозга, отграничения органической патологии от сходных по клиническим проявлениям нарушений познавательной деятельности при других заболеваниях.

Идентификацию и определение степени выраженности таких нарушений, как депрессия, тревога, эмоциональная лабильность, дисфория, апатия, повышенная психическая истощаемость, астения возможно проводить с помощью психометрических опросников, например, «Шкала реактивной и личностной тревожности» (Ю.Л. Ханин, 1976), «Интегративный тест тревожности» (ИТТ, А.П. Бизюк с соавт., 1997), «Шкала самооценки депрессии» (W. Zung, 1965), «Опросник депрессии Бека» (Beck et al., 1961), «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS, Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983),

«Опросник депрессивных состояний» (ОДС, И.Г. Беспалько, 1995), заполняемая врачом «Шкала Гамильтона для оценки депрессии» (Hamilton, 1960, 1967), «Уровень невротической астении» (УНА, Л.И. Вассерман с соавт., 1998), «Опросник нервно-психического напряжения» (НПН, Т.А. Немчин, 1983), «Гериатрическая шкала депрессии» и др. Наиболее простые и компактные методики, которые возможно использовать в амбулаторной поликлинической практике, приведены в приложении к настоящим рекомендациям.

Среди психометрических шкал для оценки состояния когнитивных функций, а также оценки степени тяжести проявлений деменции в амбулаторной практике широко используются следующие методики:

1. Краткая шкала оценки психического статуса MMSE позволяет оценить состояние когнитивных функций испытуемого (кратковременной и оперативной памяти, способности к концентрации внимания, понимания обращенной речи, восприятия речи на слух и в письменной виде, праксиса) и квантифицировать уровень их нарушений. Критерием установления деменции служат 23 балла и менее по шкале MMSE.

2. Шкала общего ухудшения когнитивных функций (GDS) позволяет измерить степень тяжести деменции. Критериями установления деменции служат 4 балла и более.

3. Шкала тяжести деменции (CDR) содержит признаки, по которым критериям деменции соответствует 1 балл и более.

4. Батарю лобной дисфункции применяют для скрининга деменций с преимущественным поражением лобных долей или подкорковых церебральных структур, т.е. когда чувствительность MMSE может быть недостаточной. Критерием деменции является 11 баллов и менее

5. Тест рисования часов: деменции соответствует количественная оценка 9 баллов и менее.

Следует отметить, что данные скрининговых экспресс-методик служат для первичной оценки состояния когнитивных функций и требуют проверки, подтверждения полученных результатов с помощью проведения экспериментально-психологического исследования (патопсихологического, нейропсихологического) квалифицированными специалистами в области медицинской психологии.

Дифференциальная диагностика

На инициальных стадиях болезни или при мягкой форме слабоумия нередко возникает проблема отграничения этих случаев, прежде всего, от преходящих когнитивных нарушений на фоне различной соматической патологии, инфекционных заболеваний, алкогольной зависимости; от нормальной возрастной атрофии и, особенно, от аффективных расстройств.

Диагностические трудности возникают по целому ряду причин.

1. Депрессия у пожилых людей в большинстве случаев сопровождается симптомами когнитивных нарушений, что затрудняет дифференциальную диагностику. При этом как возрастные (в рамках нормы) изменения познавательных процессов, так и легкие или умеренные когнитивные нарушения, не достигающие степени деменции, могут усиливаться при аффективных нарушениях до степени, соответствующей уровню деменции. Такие состояния получили термин «депрессивная псевдодеменция».

2. Особенно часто трудности при дифференциации когнитивных и аффективных нарушений возникают при стертых, маскированных соматизированных формах депрессии, когда жалобы в основном

акцентированы на болевых ощущениях, соматическом неблагополучии, астении. Подобный характер жалоб свойственен и в случаях субклинически выраженной, легкой депрессии, когда сами пациенты не придают значения своему состоянию, считая его нормальным в их возрасте.

3. У многих больных с сосудистой деменцией часто наблюдают симптомы депрессии, особенно при осознании ими собственной интеллектуальной недостаточности.

4. Как возрастные изменения, так и когнитивное снижение различной степени выраженности, а также аффективные нарушения сопровождаются нарушением нейродинамики (скорость протекания основных психических процессов, их истощаемость при функциональных нагрузках). Поэтому, диагностически значимы не собственно нарушения нейродинамики как таковые, а степень их выраженности, характер нарушений.

5. Для дифференциальной диагностики важно знать особенности возрастных изменений познавательной деятельности при нормальном старении. Выраженность этих изменений индивидуальна в силу значительных индивидуальных различий в уровне интеллектуального развития здоровых лиц и во многом зависит от таких факторов как генетические детерминанты, перенесенные заболевания, уровень образования, род занятий, социально-семейные факторы, условия проживания.

Возрастные нарушения нейродинамики выражаются в снижении скорости реакции на внешние стимулы, общего замедления протекания познавательных процессов, их быстрой истощаемости. Так, например, пожилому человеку обычно требуется больше времени для выполнения той или иной работы, по сравнению с лицами молодого и среднего возраста; пожилые люди быстрее устают, чаще отвлекаются,

им требуется больше времени для отдыха, они неспособны длительное время концентрировать внимание, при утомлении становятся рассеянными.

С возрастом уменьшается объем оперативной, кратковременной памяти, процессы памяти отличаются достаточной избирательностью в усвоении новой информации (запоминается только значимая информация). Избирательность памяти пожилых людей может привести к низким результатам в психодиагностических методиках за счет несерьезного отношения пациента к обследованию, при проявлениях негативизма по отношению к обследованию.

Пожилым людям труднее, чем молодым, приобретать новые знания и навыки, они в большей степени склонны опираться на накопленные знания, навыки, приобретенный в течение жизни опыт (бытовой, профессиональный). С возрастом ослабевает переключаемость внимания. В то же время, возрастные изменения когнитивных функций не затрагивают память на текущие и отдаленные события жизни, приобретенные в прошлом навыки, словарный запас, способность к обобщениям и вынесению умозаключений, общие знания. Не характерны первичные нарушения гнозиса или праксиса.

В 1994 г. Международная ассоциация психогериатров при ВОЗ предложила использовать термин «возрастная когнитивная дисфункция» для обозначения легких когнитивных нарушений преимущественно возрастного характера. Критериями «возрастной когнитивной дисфункции» по МПА ВОЗ являются:

1. Когнитивные нарушения по жалобам пациентов или его ближайшего окружения;
2. Постепенное развитие нарушений и их наличие в течение, как минимум, 6 месяцев, без эпизодов резкого ухудшения за это время;

3. Нарушения в одной из следующих сфер: память, внимание, мышление, речь, зрительно-пространственная ориентировка;
4. Результаты психодиагностических тестов, как минимум, на 1 стандартное отклонение ниже нормы, разработанной для данной возрастной группы;

Трудности в разграничении аффективных и когнитивных нарушений могут быть связаны с характерологическими особенностями личности, эмоционально-мотивационными особенностями, установочным поведением. Например, при истероидных чертах выявленные нарушения могут носить функциональный характер; тревожные, психастенические личности обычно крайне беспокойны при обследовании, тяжело реагируют даже на незначительные неудачи при выполнении экспериментальных заданий, что снижает продуктивность в работе, результаты тестирования в целом; эмоционально неустойчивые личности, склонные к эксплозивным реакциям могут быть малопродуктивными, невнимательными в работе с характерными для них опережающими реакциями (не дослушивают до конца инструкции, что приводит к дополнительным ошибкам в работе), гневливыми, раздражительными вспышками на факт обследования, проявляют негативизм в отношении тестирования, что значительно искажает полученные в ходе исследования результаты.

Наконец, определенную роль играет и существующая в обществе мировоззренческая позиция в отношении здоровья пожилых и стариков, которая определяется понятием «эйджизм». Этот феномен проявляется не только в пессимистических представлениях самих пациентов о своем здоровье, но и в терапевтическом нигилизме врачей. Негативные установки врачей в отношении пожилых пациентов могут оказывать ятрогенное воздействие и являться одной из причин позднего выявления и аффективных и когнитивных расстройств,

несвоевременности или отсутствия терапевтического вмешательства, необходимых психокоррекционных и профилактических мер воздействия.

К основным признакам «депрессивной псевдодеменции», позволяющим отграничить аффективные нарушения от когнитивного дефицита, можно отнести следующие положения:

- обилие жалоб на снижение умственной работоспособности, повышенную утомляемость, чувство снижения энергии, рассеянность и забывчивость;
- обилие соматических жалоб, фиксированность на телесных ощущениях;
- субъективные жалобы более выражены, чем объективные нарушения;
- неоднократные повторные эпизоды когнитивного снижения, длительностью менее 6 месяцев;
- различная степень нарушений при выполнении задач одинаковой сложности, более сложные экспериментальные задания выполняются успешнее, чем задания легкой и средней степени сложности;
- переменность результатов психодиагностики в динамике;
- поиск помощи, обращение к различным специалистам с одними и теми же жалобами;
- психотравмирующие события, стрессовые ситуации в анамнезе, чувство одиночества;
- критерии депрессивного расстройства по МКБ-10.

Отграничению депрессии с явлениями псевдодеменции от истинной деменции способствуют психопатологические признаки, приведенные в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика деменций и депрессий

Параметры психического состояния	Депрессия	Деменция
Аффект	Подавленный, тоскливый, тревожный	С раздражительностью и вспышками грубости
	Углубляющийся	Лабильный, утрачивающий нюансировки
	Выраженный субъективный дистресс	Отсутствие субъективной озабоченности своим состоянием
Начало	Быстрое	Постепенное
	Может быть точно датировано	Временная оценка неопределенная
Течение	Депрессии и другие психические расстройства в анамнезе	Расстройство манифестирует впервые
	Непродолжительное существование симптоматики до обращения за медицинской помощью	Длительное течение до момента обращения за медицинской помощью
	Быстрое нарастание симптоматики после дебюта	Медленное развитие симптоматики по мере течения
Поведение	С преобладанием безучастности, неспособности к реагированию	С преобладанием отвлекаемости, озабоченности
	Пассивность: любое действие требует усилия	Суевливость: «борьба» за выполнение действия

	Попытки возместить несостоятельность отсутствуют	Стремление возместить несостоятельность памятными заметками
	Устойчивая и часто полная утрата социальных контактов	Социальные контакты относительно сохранены
	Поведение не соответствует тяжелой когнитивной дисфункции	Поведение сопоставимо с тяжестью когнитивной дисфункции
	Усиление дисфункции в вечерние и ночные часы не характерно	Дисфункция часто усиливается в вечерние и ночные часы
Жалобы	Множественные жалобы на когнитивные расстройства	Отдельные жалобы на когнитивные расстройства или их отсутствие

Для уточнения диагноза можно назначить пробный курс лечения антидепрессантами. При депрессивной псевдодеменции на фоне лечения антидепрессантами вместе с симптомами депрессии редуцируются и когнитивные нарушения. При деменции, сопровождающейся депрессией, медикаментозная терапия антидепрессантами улучшает настроение больных, но когнитивные нарушения сохраняются.

Сложность дифференциальной диагностики заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста и, как следствие этого, несвоевременность или отсутствие оказания терапевтической, профилактической помощи в первичном звене здравоохранения делает актуальным внедрение в поликлиническую сеть психогериатрической помощи со знанием специфики данной категории больных, их возрастных особенностей, с учетом соматогенных и внешнесредовых, социальных факторов, влияющих на формирование клинической картины.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Краткая шкала оценки психического статуса

(Mini-Mental State Examination, agant. Folstein et al., 1975)

Эта шкала является наиболее широко распространенной, простой и эффективной методикой для оценки состояния когнитивных функций испытуемого (кратковременной и оперативной памяти, способности к концентрации внимания, понимания обращенной речи, восприятия речи на слух и в письменной виде, праксиса) в целях выявления синдрома деменции на ранних стадиях его формирования. Шкала состоит из шести субтестов: «ориентировка во времени», «ориентировка в месте», «восприятие», «концентрация внимания», «память» и «речевые функции».

В первом субтесте «ориентировка во времени» испытуемый должен полностью назвать год, время года, дату, день недели, месяц. Во втором субтесте «ориентировка в месте» задается вопрос: «Где мы находимся». Если больной отвечает не полностью, задаются дополнительные вопросы. Больной должен назвать страну, область, город, учреждение, в котором происходит обследование, этаж.

В третьем субтесте «восприятие» больному необходимо повторить и запомнить 3 слова. Слова должны произноситься максимально разборчиво со скоростью одно слово в секунду. В четвертом субтесте «концентрация внимания» испытуемого просят произвести последовательное вычитание от 100 по 7. Достаточно пяти вычитаний (до результата «65»). Если пациент не способен выполнить это задание, его просят произнести слово «земля» наоборот. Результат, полученный в этом субтесте, дает общее представление о функции внимания и состоянии оперативной памяти респондента.

В пятом субтесте «память» испытуемого просят вспомнить слова, которые заучивались в третьем субтесте. Результат по этому субтесту оценивает способность испытуемого к отставленному воспроизведению стимульного материала, дает представление о том, насколько у респондента сохранна функция перевода информации из краткосрочного сохранения в долгосрочную память.

В шестом субтесте («речь») оценивается способность испытуемого понимать обращенную речь, функция активной речи, восприятие речи на слух и в письменном виде, узнавание предметов и способность к их правильному наименованию, праксис.

Выполнение теста оценивается по сумме результатов по каждому из пунктов. Максимально в этом тесте можно набрать 30 баллов, что соответствует наиболее высокому когнитивным способностям. Чем меньше результат теста, тем более выражен когнитивный дефицит.

Бланк шкалы MMSE

Ф.И.О. _____

Дата обследования _____

Результат _____

- | | | Оценка
(баллы) |
|----|--|---------------------------|
| 1. | <i>Ориентировка во времени</i>
Назовите дату (число, месяц, год, день недели)..... | 0-5 _____ |
| 2. | <i>Ориентировка в месте</i>
Где мы находимся?
(страна, область, город, клиника, комната)..... | 0-5 _____ |
| 3. | <i>Восприятие</i>
Повторите три слова: карандаш, дом, копейка..... | 0-3 _____ |
| 4. | <i>Концентрация внимания</i>
Серийный счёт (“от 100 отнять по 7”) – 5 раз либо:
Произнести слово “земля” наоборот..... | 0-5 _____ |
| 5. | <i>Память</i>
Припомните 3 слова, которые назывались ранее (п. 61) | 0-3 _____ |
| 6. | <i>Речевые функции</i>
Называние (ручка и часы)..... | 0-2 _____ |
| 7. | Повторите предложение: “Никаких если и или но”..... | 0-1 _____ |
| 8. | 3-этапная команда:
“Возьмите правой рукой лист бумаги, сложите его вдвое
и положите на стол” | 0-3 _____ |
| 9. | Чтение: Прочтите и выполните..... | 0-1 _____ |

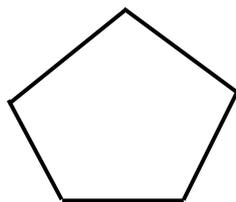
Прочтите и выполните:

ЗАКРОЙТЕ ГЛАЗА

10. Напишите предложение..... **0-1** _____

11. Скопируйте рисунок..... **0-1** _____

Скопируйте рисунок



12. **Общий балл**..... **0-30** _____

28-30 баллов – нет нарушений когнитивных функций;

24-27 баллов – легкие (преддементные) когнитивные нарушения;

19-23 балла – деменция легкой степени выраженности;

11-18 баллов – деменция умеренной степени выраженности;

0-10 баллов – тяжелая деменция.

Шкала общего ухудшения когнитивных функций при болезни Альцгеймера (GDS) (Reisberg B. et al., 1982)

Оценка (стадия) тяжести деменции	Клиническая характеристика
1. Норма	Отсутствие нарушений
2. Физиологическое старение	Субъективно отмечаемая забывчивость
3. Мягкое ухудшение памяти	Трудности в работе, затруднения в речи и ориентировке в малознакомой местности, заметные членам семьи; легкие нарушения памяти, выявляющиеся при обследовании
4. Мягкая БА	Нарушение возможности путешествовать, считать, запоминать текущие события, выполнять более сложные виды повседневной деятельности
5. Умеренная БА	Необходимость в помощи при выборе одежды и других видах повседневной деятельности, дезориентировка во времени и месте, нарушение воспроизведения имен внуков, друзей
6. Умеренно-тяжелая БА	Нуждается в руководстве и помощи во время еды и гигиенических процедур, в туалете (возможно недержание); дезориентировка во времени, месте и, возможно, в собственной личности
7. Тяжелая БА	Тяжелое нарушение (утрата) речи, недержание и обездвиженность

Шкала тяжести деменции (CDR)

(Morris J.C., 1993)

Симптомы	Стадия деменции
<i>Нарушение функции</i>	<i>Практически здоров (CDR - 0)</i>
Памяти	Нет нарушений памяти, либо непостоянная легкая забывчивость
Ориентировки	Полностью ориентирован
Суждений и логических конструкций	Решает повседневные задачи и хорошо ориентирован в своих экономических и финансовых делах; уровень суждений по
Социальных взаимодействий	Социальные взаимодействия на обычном уровне: независимое функционирование на работе, в принятии решений о покупках, в социальных
Повседневной активности	Домашняя деятельность, хобби, интеллектуальные интересы сохранены
Самообслуживания	Полностью себя обслуживает
<i>Нарушение функции</i>	<i>Сомнительная (CDR - 0,5)</i>
Памяти	Постоянная легкая забывчивость; неполное воспроизведение событий
Ориентировки	Полностью ориентирован, за исключением легких трудностей в ориентировке во времени
Суждений и логических конструкций	Легкие трудности в решении проблем, в обобщении, определении сходства и различий
Социальных взаимодействий	Незначительные нарушения в социальной деятельности

Повседневной активности	Домашняя деятельность несколько затруднена, хобби и интеллектуальная деятельность
Самообслуживания	Полностью себя обслуживает
<i>Нарушение функции</i>	<i>Мягкая (CDR - 1)</i>
Памяти	Умеренное снижение памяти (более выраженное на текущие события), влияющее на повседневную активность
Ориентировки	Умеренное нарушение ориентировки во времени; знает, где находится, но может отмечаться дезориентировка в незнакомой обстановке
Суждений и логических конструкций	Умеренные трудности в решении проблем, определении сходств и различий; суждения о социальных проблемах обычно сохранены
Социальных взаимодействий	Не может самостоятельно участвовать в общественной жизни, однако может быть вовлечен в отдельные виды деятельности; для случайного наблюдателя выглядит здоровым
Повседневной активности	Мягкие, неявные нарушения в домашней деятельности; более сложная деятельность невозможна; более сложные хобби и интересы недоступны
Самообслуживания	Требуется побуждение к деятельности
<i>Нарушение функции</i>	<i>Умеренная (CDR - 2)</i>
Памяти	Тяжелая потеря памяти; сохранены только хорошо заученные сведения; новые сведения быстро
Ориентировки	Выраженные нарушения ориентировки во времени; обычно дезориентирован во времени, часто и в месте
Суждений и логических конструкций	Выраженные трудности в решении проблем, в суждениях, в определении сходств и различий; решение социальных задач обычно нарушено

Социальных взаимодействий	Деятельность вне дома невозможна; может выглядеть здоровым для случайного
Повседневной активности	Может выполнять только простую домашнюю работу; интересы очень ограничены,
Самообслуживания	Требуется помощь в одевании, гигиене, поддержании личных гигиенических навыков
<i>Нарушение функции</i>	<i>Тяжелая (CDR -3)</i>
Памяти	Тяжелая потеря памяти; сохранены только
Ориентировки	Ориентирован (неполностью) только в собственной личности
Суждений и логических конструкций	Суждения и решения задач невозможны
Социальных взаимодействий	Деятельность вне дома невозможна; выглядит слишком больным для деятельности вне собственного дома
Повседневной активности	Существенная деятельность в доме невозможна
Самообслуживания	Требуется значительная помощь в самообслуживании; частое недержание мочи и

Учитывается только снижение прежнего уровня из-за когнитивного дефицита, но не в связи с другими факторами.

Батарея лобной дисфункции FRONTAL ASSESSMENT BATTERY (FAB) (B.Dubois et al., 1999.)

Методика используется для скрининга деменций с преимущественным поражением лобных долей или подкорковых церебральных структур, то есть когда чувствительность MMSE может быть недостаточной.

1. Концептуализация. Пациента спрашивают: «Что общего между яблоком и грушей?» Правильным считают ответ, который содержит категориальное обобщение («Это фрукты»). Если больной затрудняется или дает иной ответ, ему говорят правильный ответ. Потом спрашивают: «Что общего между пальто и курткой?» ... «Что общего между столом и стулом?». Каждое категориальное обобщение оценивается в 1 балл. Максимальный балл в данном субтесте - 3, минимальный - 0.

2. Беглость речи. Просят закрыть глаза и в течение минуты называть слова на букву «с». При этом имена собственные не засчитываются. Результат: более 9 слов за минуту - 3 балла, от 7 до 9 - 2 балла, от 4 до 6 - 1 балл, менее 4 - 0 баллов.

3. Динамический праксис. Больному предлагается повторить за врачом одной рукой серию из трех движений: кулак (ставится горизонтально, параллельно поверхности стола) - ребро (кисть ставится вертикально на медиальный край) - ладонь (кисть ставится горизонтально, ладонью вниз). При первом предъявлении серии больной только следит за врачом, при втором предъявлении - повторяет движения врача, наконец, последующие две серии делает самостоятельно. При самостоятельном выполнении подсказки больному недопустимы. Результат: правильное выполнение трех серий движений - 3 балла, двух серий - 2 балла, одной серии (совместно с врачом) - 1 балл.

4. Простая реакция выбора. Дается инструкция: «Сейчас я проверю Ваше внимание. Мы будем выстукивать ритм. Если я ударю один раз, Вы должны ударить два раза подряд. Если я ударю два раза подряд, Вы должны ударить только один раз». Выстукивается следующий ритм: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Оценка результата: правильное выполнение - 3 балла, не более 2 ошибок - 2 балла, много ошибок - 1 балл, полное копирование ритма врача - 0 баллов.

5. Усложненная реакция выбора. Дается инструкция: «Теперь если я ударю один раз, то Вы ничего не должны делать. Если я ударю два раза подряд, Вы должны ударить только один раз». Выстукивается ритм: 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2. Оценка результата аналогично п.4.

6. Исследование хватательных рефлексов. Больной сидит, его просят положить руки на колени ладонями вверх и проверяют хватательный рефлекс. Отсутствие хватательного рефлекса оценивается в 3 балла. Если больной спрашивает, должен ли он схватить, ставится оценка 2. Если больной хватает, ему дается инструкция не делать этого и хватательный рефлекс проверяется повторно. Если при повторном исследовании рефлекс отсутствует – ставится 1, в противном случае - 0 баллов.

Таким образом, результат теста может варьировать от 0 до 18; при этом 18 баллов соответствуют наиболее высоким когнитивным способностям.

Тест рисования часов

Простота и необычайно высокая информативность данного теста, в том числе и при легкой деменции, делает его одним из наиболее общеупотребительных инструментов для диагностики данного клинического синдрома.

Тест проводится следующим образом. Больному дают чистый лист нелинованной бумаги и карандаш. Врач говорит: «Нарисуйте, пожалуйста, круглые часы с цифрами на циферблате и чтобы стрелки часов показывали без пятнадцати два».

Больной самостоятельно должен нарисовать круг, поставить в правильные места все 12 чисел и нарисовать стрелки, указывающие на правильные позиции. В норме, это задание никогда не вызывает затруднений.

Если возникают ошибки, они оцениваются количественно по 10 бальной шкале:

- 10 баллов - норма, нарисован круг, цифры в правильных местах, стрелки показывают заданное время;
- 9 баллов - незначительные неточности расположения стрелок;
- 8 баллов - более заметные ошибки в расположении стрелок;
- 7 баллов - стрелки показывают совершенно неправильное время;
- 6 баллов - стрелки не выполняют свою функцию (например, нужное время обведено кружком);
- 5 баллов - неправильное расположение чисел на циферблате: они следуют в обратном порядке (против часовой стрелки) или расстояние между числами неодинаковое;
- 4 балла - утрачена целостность часов, часть чисел отсутствуют или расположена вне круга;
- 3 балла - числа и циферблат более не связаны друг с другом;
- 2 балла - деятельность больного показывает, что он пытается выполнить инструкцию, но безуспешно;
- 1 балл - больной не делает попыток выполнить инструкцию.

Выполнение данного теста нарушается как при деменциях лобного типа, так и при альцгеймеровской деменции и деменциях с преимущественным поражением подкорковых структур. Для дифференциального диагноза данных состояний, при неправильном самостоятельном рисунке, больного просят дорисовать стрелки на уже нарисованном (врачом) циферблате с числами. При деменциях лобного типа и деменциях с преимущественным поражением подкорковых структур легкой и умеренной выраженности страдает лишь самостоятельное рисование, в то время как способность расположения стрелок на уже нарисованном циферблате сохраняется. При деменции альцгеймеровского типа нарушается как самостоятельное рисование, так и способность расположения стрелок на уже готовом циферблате.