

Сиденкова А.П.

## Уместность применения дименсионального подхода к изучению тяжелых когнитивных расстройств позднего возраста

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, ФГАОУ ВО "Уральский федеральный университет им.первого Президента России Б.Н.Ельцина", г.Екатеринбург

Sidenkova A. P.

### The relevance of the measuring approach to the study of severe cognitive disorders of later age

#### Резюме

Актуальность изучения психических расстройств позднего возраста определяется современными социально-демографическими условиями. Системный подход позволяет четко определить структурные компоненты тяжелых когнитивных расстройств с выделением когнитивных, психопатологических и социально-бихевиорально-функциональных расстройств, составляющих единый динамичный симптомокомплекс. Дименсиональный («измерительный») подход к психическим расстройствам способствует выделению отдельных «объектов» - болезненных феноменов для их научного познания, что с одной стороны позволяет их «измерять» и ранжировать, с другой стороны снижает возможность оценить вклад в их возникновения различных факторов и механизмов. Статья изложена в жанре научной дискуссии и актуализирует гносеологические вопросы в отношении психических расстройств позднего возраста.

**Ключевые слова:** деменции, бред, психоз в позднем возрасте, дименсиональный подход, тяжелое когнитивное расстройство

#### Summary

The relevance of the study of mental disorders of late age is determined by modern socio-demographic conditions. The system approach makes it possible to clearly identify the structural components of severe cognitive disorders with the release of cognitive, psychopathological and socio-behavioral-functional disorders that make up a single dynamic symptom complex. Dimension ("measuring") approach to mental disorders contributes to the allocation of individual "objects" - painful for their scientific knowledge of the phenomena that on the one hand allows them to "measure" and rank, on the other hand, reduces the ability to assess the contribution to their occurrence of various factors and mechanisms. The article is presented in the genre of scientific discussion and actualizes epistemological problems in relation to mental disorders of late age.

**Key words:** dementia, delirium, psychosis of late age, dimensional approach, severe cognitive disorder

Тяжелые когнитивные расстройства являются актуальной возраст-специфической медицинской и социальной проблемой [1, 2, 3, 4], что подтверждается данными эпидемиологических исследований, демонстрирующих значимый ежегодный прирост новых случаев тяжелых психических расстройств у пожилых в сравнении с когортой молодого и среднего возраста [5, 6, 7, 8]. Высокие показатели распространенности и значительное социальное бремя тяжелых когнитивных расстройств позднего возраста обуславливают необходимость дальнейшего осмысления закономерностей их появления и динамики. Являясь следствием патологического воздействия болезненного процесса, клинические проявления того или иного расстройства опосредуют реакцию внешней сре-

ды на носителя болезни, что определяет их как один из основных моментов механизма реализации системного подхода. Дименсиональный («измерительный») подход к психическим расстройствам, активно распространяемый в современной психиатрии, в связи с потребностью выделения отдельных «объектов», коими являются проявления болезни (феномены) для их научного изучения, предполагает формирование особого взгляда на психиатрические объекты (проявления болезни, симптомы). Согласно мнению ряда авторов, симптомы психических расстройств, например, психопатологические, являются гибридными объектами, что означает постоянно меняющуюся пропорцию морфологически обусловленных и социально детерминированных свойств большинства

феноменов, относимых к проявлениям болезни [9]. Эти пропорции подвержены колебаниям, поскольку в зависимости от этапа болезни (остро или хронического) одни и те же проявления болезни, например психотические симптомы при тяжелых когнитивных расстройствах, могут быть обусловлены как непосредственным поражением ткани мозга, так и средовыми факторами [10]. Поэтому применение одного и того же психометрического инструмента к одному и тому же симптому на разных этапах заболевания может оказаться малоинформативным. При этом в структуре когнитивных расстройств выделяют особый вид признаков, составляющий основу диагностики именно когнитивных нарушений, а именно – характеристика состояния познавательных функций. В отличие от иных симптомов психических расстройств, когнитивные функции являются феноменологическим отражением свойств мозговой ткани, опосредованных через химико-физические процессы, и определяют основу для первичного взаимодействия со средой. Именно измерение (а не оценка) когнитивных функций позволяет четко определить их состояние при методологически четко организованном эксперименте. Что касается дополнительных (факультативных, некогнитивных) психопатологических симптомов, они, как классические гибридные объекты могут быть оценены (а не измерены). В отношении психопатологических феноменов могут быть применены приемы ранжирования с присвоением ранговых меток, обозначающих «подпризнаки» (интенсивность, тяжесть, продолжительность и др.).

Таким образом, структура тяжелого когнитивного расстройства является сложной, поскольку состоит не только из большого числа многообразных болезненных проявлений, но из разнокатегориальных образований – дименсиональных (когнитивных) и гибридных (психопатологических и социально-бихевиоральных, представленных нарушениями инструментально-опосредованного и неопосредованного функционирования больных).

Данный подход позволяет оценить природу и динамику каждого проявления болезни, его вклад в нарушение жизнедеятельности больного, в особенности, рефлексивного взаимодействия больного со средой и ответ среды на отдельное проявление болезни.

Традиционная опора на оценку интеллектуальных проблем больного ведет к доминированию в сознании клиницистов и исследователей проблем нарушенного интел-лекта при рассматриваемых расстройствах [11]. Описанные создателями концепции альцгеймеровской деменции (Е. Kraepelin, А. Alzhaeimer) и современными авторами особый когнитивный профиль этих расстройств с тотальными нарушениями мнестической сферы (амнезия фиксации, прогрессирующая, парамнезия, амнестическая дезориентировка), с асемическим симптомокомплексом в виде поражений высших корковых функций, нарушения операциональных, регуляторных факторов мозга [12], снижение энергетического обеспечения нейродинамических параметров деятельности с нарушением программирования, контроля произволь-

ной регуляции, снижением активационного обеспечения динамических параметров деятельности [13], объективизируются с помощью современных нейропсихологических шкал [14, 15, 16, 17]. Указанные А. Р. Лурия ущербность константности восприятия, усиление его диффузности, недифференцированности, ортоскопичности подтверждены современными нейропсихологическими обоснованиями ведущей роли фактора осмысленности и обобщенности в любом акте перцептивной деятельности [18]. По мнению Л. С. Цветковой, И. Ф. Рошиной, разнообразные тотальные речевые расстройства (амнестическая афазия, дисномия, парафатически-афатические диссоциации, фонологические и артикулярные расстройства) патоненетически и патоморфологически тесно связаны с нарушениями гностических функций [19, 20, 21].

Изучение дефицитарности гностических функций при болезни Альцгеймера показало полимодальность этих нарушений с дифференциацией оптико-пространственных, слухоречевых, симультантных агнозий [22]. Сопоставление результатов современных клинических, нейропсихопатологических и томографических исследований ЦНС выявило наличие «феномена разобщения», связанного с нарушением кортикально-кортикальных и кортикально-субкортикальных связей, преимущественное страдание нейродинамических параметров психической деятельности (нарушение внимания, инертность, замедление психических процессов, ориентировка, апатия, гипомимия, дисфазия, психомоторные нарушения, дисгнозия, дискалькулия, диспраксия) в сочетании с неврологической симптоматикой [23, 24]. Являясь основой организации всей психической деятельности, произвольные и перцептивные процессы при альцгеймеровских деменциях оказываются существенно прогрессивно нарушенными, что является психологической базой для дефицитарности начальных этапов познавательного процесса, имеющиеся полимодальные расстройства гнозиса при болезни Альцгеймера усугубляют когнитивный ущерб [25, 26].

Речевые расстройства при деменциях способствуют неполноценности наглядного, практического, абстрактного мышления, за счет ущербности вычленения существенных признаков воспринимаемых явлений, ситуаций. Речевая функция, по мнению Л. С. Выготского (цит. по Цветкова Л. С., 2004), являясь универсальным способом воздействия на мир, вносит в сознание человека новый способ действия [27, 28]. Речевая функция в условиях взаимодействия с внешней средой, социальной по характеру, выполняет сложную и специфически организованную форму сознательной деятельности, в ней участвуют два субъекта – формирующий высказывание и воспринимающий его, т. е. речь является орудием мышления и средством организации психических процессов человека. По мнению нейропсихологов, восприятие под воздействием речи становится более точным и приобретает избирательный и системный характер, благодаря речи восприятие является осмысленным, категориальным. Исследования Л. С. Цветковой (2002)

выявили влияние речи на двигательную сферу; изолированные афатические расстройства травма-тического, неопластического генеза доказано влияли на формирование предметных действий, произвольных форм регуляции и контроля поведения. Речь, помимо социальной функции общения, регулирования собственного поведения и функции обобщения, имеет когнитивную (познавательную) функцию, обеспечивая качество взаимодействия с внешней и внутренней средой. K. Croot, J. R. Hodges, J. Xuereb, K. Patterson (2000) показали, что речевые нарушения у пациентов с болезнью Альцгеймера коррелируют с расстройствами гнозиса [29].

Выделение в структуре синдрома деменции дополнительных некогнитивных симптомов является дискуссионным до настоящего времени. Поддерживая идеи абсолютизации интеллектуальных проблем при деменциях, A. Burns et al. (2005) отмечают низкую распространенность бредовых идей, галлюцинаторных, эмоционально-волевых расстройств при любых типах деменций [30, 31]. Большинство отечественных и ряд зарубежных исследователей, поддерживая идеи Esquirol (1814), Marie (1906), Kraepelin (1909) (цит. по Блейхер В. М., 1979), внесли в понимание деменции патологию аффективно-личностной сферы, описывали в структуре деменций разнообразные некогнитивные симптомы, сопровождающие развитие процесса слабоумия [32, 33, 34, 35]. Эпидемиологические исследования показали, что клинически значимые некогнитивные психические расстройства наблюдаются у 61,0% из общей популяции пациентов с деменцией [36, 37]. У 9 из 10 больных БА на протяжении заболевания развивается по крайней мере один психотический или поведенческий симптом, а у 75% пациентов появляется два или более таких симптомов [38, 39]. Важность некогнитивных психических расстройств при поздних деменциях приравнена к значимости основных ядерных когнитивных нарушений. Отмечена связь между бредовыми расстройствами и нейродегенеративным процессом лимбической системы и базальных ганглиев [40, 41, 42].

Одни авторы, описывая параноидальные бредовые симптомы, указывают на их присутствие при «начальной» деменции, другие отмечают их наличие вне зависимости от выраженности когнитивного расстройства [43, 44]. Описана динамика психотической симптоматики при позднем типе альцгеймеровской деменции с трансформацией первоначальных бредовых расстройств в ажитированное бесцельное поведение [45]. Обнаружена связь психотической симптоматики при болезни Альцгеймера с быстрым снижением уровня когнитивного функционирования [46]. S. Ostling, I. Skoog (2002) указали на прогностическое значение психотической симптоматики на прогрессивность деменции и уровень летальности. Результаты их исследований выявили ассоциацию интенсивности галлюцинаций и параноидного синдрома с повышенной заболеваемостью деменцией и смертностью в течение трех лет [47]. В отечественных исследованиях показано, что уровень повседневной функциональной активности ниже у пациентов с деменциями

с бредом в сравнении с пациентами без бредовых симптомов, указывается, что бред в совокупности с иными психопатологическими симптомами: расстройствами восприятия, тревогой, агрессией ухудшает способность пациентов к ежедневной активности действовать, ведет к тяжелым нарушениям коммуникации [48].

Современные исследователи, указывая частоту того или иного психопатологического симптома, опираются на результаты рейтингования психического состояния пациента современными психометрическими шкалами [49, 50]. Объективизация и повышенная точность регистрации симптома, ведет к ущербности феноменологического анализа с уравниванием патогенетически различных состояний [51]. Данный подход противостоит традиционной клинико-психопатологической концепции, позволившей ряду авторов дифференцировать различные психотические феномены по основной фабуле, выделив несколько типов бредовых расстройств (ревности, отношения, бредового узнавания (симптом Capgras) и нарушений восприятия (истинные галлюцинации, нарушения зрительного гнозиса («симптом телевидения»), аутопсихическая дезориентировка («симптом зеркала»), предполагая различный генез психотических феноменов на разных этапах деменции [52, 53]. По наблюдениям И.В.Кольхалова (2017), в общем контингенте пациентов с болезнью Альцгеймера некогнитивные психические расстройства в структуре деменции представлены широким спектром разнородных состояний, различающихся как по своей психопатологической структуре, так и по времени манифестации в течение прогрессирующего нейродегенеративного процесса. Отечественные авторы, описывая деменции с бредом, указывают на структурную сложность этого симптомокомплекса, включающего расстройства восприятия, аффективные (тревога, агрессия, гипотимия, раздражительность), поведенческие симптомы (расстройства ночного поведения, повышенная двигательная активность, нарушения пищевого поведения), причем указывается на более существенное поражение памяти, речи, гнозиса, праксиса у пациентов с бредом, чем у пациентов с сопоставимыми нозологическими типами деменций без бреда [54].

Сведения о распространенности галлюцинаторных расстройств при болезни Альцгеймера, по литературным данным, также неоднозначны – от 3 до 49 % [55, 56]. Отечественные и зарубежные авторы отмечают полиморфность психотической симптоматики при альцгеймеровских деменциях, более редкую встречаемость психотических симптомов (зрительные, слуховые галлюцинации, бесцельная двигательная активность, бредовые расстройства, агрессивное поведение), чем аффективных нарушений [57, 58].

Распространенность и типологию аффективных расстройств при деменциях оценивают по-разному. Большинство авторов указывают на высокую частоту встречаемости гипотимии при первичных и васкулярных деменциях, наибольшую распространенность называют A. Burns (1990), A. Merriam (1988) – соответственно 63-87 % [59, 60]. Дифференцируя тревожный и меланхолический

ский аффект при деменциях, авторы отмечают зависимость типа аффекта от степени выраженности деменции, отмечая, что тревожные депрессии чаще встречаются при легких деменциях [61, 62]. Наблюдения исследователей подтвердили разнообразие и высокую распространенность аффективных феноменов депрессивного спектра (гипотимия, тревога, фобии) на всех этапах дементирующего процесса [63, 64], указывается на необходимость дифференциации между проявлениями деменции и депрессии, что особенно важно на этапе мягкой деменции. Описана разнообразная глубина (от дистимических до психотически выраженных) и клиническая структура депрессии (дистимии с апатическими, астеническими, дисфорическими, ипохондрическими, истероподобными проявлениями), сочетание с конфабуляторными нарушениями, состояниями амнестической спутанности, с конфабуляторно-бредовыми идеями преследования, с редкими фрагментарными обманами восприятия [65].

Актуализирует значение депрессии при деменциях корреляция депрессии и агрессии, поведенческих расстройств у дементных больных [66, 67]. По наблюдениям зарубежных исследователей, агрессия встречалась с частотой от 20 до 65 %, бродяжничество – 26 %, этими авторами была установлена достоверная обратная зависимость между наличием у больных поведенческих нарушений и выраженностью когнитивных расстройств [68], что позволило выделить в отдельную категорию «Психопатологические и поведенческие признаки и симптомы деменции» (ПППСД) [«Psychological and Behavioral Signs and Symptoms of Dementia» (BPSSD)] [69]. Результаты исследования отдельных исследований показали, что более чем у половины у пациентов с деменцией различного генеза, поступающих на лечение в гериатрические отделения психиатрического стационара, обнаруживаются те или иные некогнитивные психические расстройства [70]. По мнению ряда авторов, некогнитивные психические расстройства являются источником значительного дис-

тресса и снижения качества жизни как самих больных, так и лиц, ухаживающих за ними [71]. Психотическая симптоматика, ассоциируясь с агрессивным или с дезорганизованным поведением, приводит к снижению уровня функционирования пациентов с деменциями [72].

Представленный литературный обзор показал многообразие симптоматики при тяжелых когнитивных расстройствах, с возможностью выделения нескольких симптомокомплексов: когнитивного, психотического, аффективного, поведенческого, снижения уровня функциональной активности пациента. Гетерогенность механизмов в становлении каждого из этих симптомокомплексов доказана многими исследованиями. Часть их представленных симптомов, в частности, дополнительные некогнитивные психопатологические расстройства являются результирующей действия ряда факторов, включающих влияние как самой болезни, так и преформирующее воздействие социальной среды. Когнитивные симптомы детерминированы нарушениями непосредственно мозговой ткани. Патогенетическая и динамическая неоднородность этих симптомокомплексов позволяет формировать методологически разную основу для их измерения (в случае когнитивных нарушений) или оценки-ранжирования (в случае некогнитивных психопатологических расстройств). Поднятый в заголовке статьи вопрос об уместности применения дименсионального подхода в отношении когнитивных расстройств позднего возраста может быть решен частично утвердительно, поскольку количественное измерение возможно в отношении проявлений познавательного дефицита при деменциях. Иные проявления тяжелых когнитивных расстройств требуют усовершенствования методологии их изучения. ■

*Сиденкова А.П., д.м.н., и.о.заведующей кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г.Екатеринбург, 620030, г. Екатеринбург, Сибирский тракт, 8 км, e-mail: sidenkovs@mail.ru*

## Литература:

1. Случевская С.Ф. Клинико-эпидемиологическая характеристика и организация медико-социальной помощи психически больным пожилого возраста в Санкт-Петербурге: автореф. дис. ...канд. мед. наук 14.00.18 / Случевская София Федоровна. - С-П., 2008. – 28 с.
2. Зырянов С.К., Белоусов Ю.Б. Клинико-экономическая оценка современных методов лечения болезни Альцгеймера. Журнал фармакоэкономические исследования. 2014; 2:43-59.
3. Ferry C.P. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* / C.P. Ferry, M. Prince, C. Brayne et. al, 2005. – Vol. – 366. – P. 2112-7.
4. Hofman A. Epidemiology of Alzheimer's disease / A. Hofman, E. Ch. Wolters, Ph. Sheltens et. al. // *Alzheimer's disease. Back to the future.* – Amsterdam: Vrije Universiteit. – 1993. – P. 9-20.
5. Гаврилова С.И. Современное состояние и перспективы развития отечественной геронтопсихиатрии / И.С. Гаврилова // *Социальная и клиническая психиатрия.* – М. – 2006. – Т 16 (3). – С. 5-11.
6. Зозуля Т.К. Эпидемиологическое исследование психически больных пожилого и старческого возраста и вопросы организации медико-социальной помощи: автореф. дис. ... доктора мед.наук 14.00.18 / Зозуля Татьяна Викторовна. - Москва. -1998. - . 45 С.
7. Калын Я.Б. Психическое здоровье населения пожилого и старческого возраста (клинико-эпидемиологическое исследование): автореф. дис. ...д-ра мед. наук: 14.00.18 / Калын Ярослав Богданович. - М., 2001. – 44с.
8. Федорова Я.Б. Синдром мягкого когнитивного снижения в позднем возрасте (психопатологическая структура, психометрические и нейропсихологиче-

- ские характеристики, прогноз): дис. ...канд. мед. наук 14.00.18 / Федорова Яна Борисовна. - М., 2007. - 171 с.
9. German E Berrios, Ivana S Marková. Is the concept of "dimension" applicable to psychiatric objects? *World Psychiatry*. 2013 Feb; 12(1): 76-78. Published online 2013 Mar 7. doi: 10.1002/wps.20019.
  10. Сиденкова А.П., Сердюк О.В. Психические расстройства позднего возраста: социально-демографические и эпидемиологические корреляции//Уральский медицинский журнал 8 (141). 2016. С. 5-9.
  11. Комарова Е.В., Печерникова Т.П. Психические расстройства цереброваскулярного генеза и их по- смертная судебно-психиатрическая оценка в граж- данском процессе. //Российский психиатрический журнал, 2007, №1. С.23-27.
  12. Комарова Е.В., Дьякова Н.В., Малкин Д.А. Осо- бенности диагностики и экспертной оценки психи- ческих расстройств цереброваскулярного генеза в посмертной комплексной судебной психолого-пси- хиатрической экспертизе. Практика судебно-пси- хиатрической экспертизы. Сборник №45./Под ред. Академика РАМН Т.Б.Дмитриевой. - М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2007. С.187-198.
  13. Котова, О. В. Значение эмоционального напряже- ния в развитии начальных форм цереброваскуляр- ных заболеваний и его коррекция в процессе меди- цинской реабилитации / О.В. Котова - Дис . . канд. мед. наук. - Н. Новгород, 2000. - 168 с.
  14. Кузнецова Т.А., Шустова Г.П. Психодиагностиче- ский подход к оценке когнитивной сферы и ее влия- ния на качество жизни пациентов гериатрического стационара//Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2004. Т.01.№3.
  15. Bruen, P.D. Neuroanatomical correlates of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease / P.D. Bruen, W.J. McGeown, M.F. Shanks, A. Venneri // *Brain*. - 2008. - V. 131(Pt9). - P. 2455-2463.
  16. Cerejeira, J. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia / J. Cerejeira, L. Lagarto, E.B. Mukaetova- Ladinska // *Front. Neurol*. - 2012. - V. 3. - P. 73.
  17. Cummings, J.L. Neuropsychiatric aspects of multi- infarct dementia and dementia of the Alzheimer type / J.L. Cummings, B. Miller, M.A. Hill, et al // *Arch. Neurol*. - 1987. - V. 44. - P.389-393.
  18. Лурья А.Р. Письмо и речь: Нейролингвистические исследования.-М.: ИД «Академия», 2002.-352 с.
  19. Роцина И.Ф., Жариков Г.А. Нейропсихологический метод в диагностике мягкой деменции у лиц пожи- лого и старческого возраста//Журн.неврол.и психи- атр.им.С.С.Корсакова.1998№2.С.34-40.
  20. Роцина И.Ф. Структура и динамика нейропсихоло- гического синдрома при сенильной деменции//Дисс... канд.психолог.наук.-М.1993.
  21. Цветкова Л.С. Афазиология-современные проблемы и пути их решения. М.: из-во НПО «МОДЭК», 2002.- 640с.
  22. Огибалова Т.Ю. Нейропсихологические и клиниче- ские характери-стики начальных проявлений де- менции при болезни Альцгеймера // Уральский меди- цинский журнал.- 2007 .- №4. - С.27-29.
  23. Огибалова Т.Ю. Нейропсихологические и клиниче- ские характе-ристики начальных проявлений пер- вичных деменций. Автореф. дисс... к.м.н.М., 2008.
  24. Croot K., Hodges J.R., Xuereb J. Patterson K. Phonological and articulatory impairment in Alzheimer's disease//*Brain Lang*.2000 Nov;75(2):277-309.
  25. D'Onofrio, G. Neuropsychiatric symptoms and functional status in Alzheimer's disease and vascular dementia patients / G. D'Onofrio, D. Sancarolo, F. Panza, M. Copetti, L. Cascavilla, F. Paris, D. Seripa, M.G. Matera, V. Solfrizzi, F. Pellegrini, A. Pilotto // *Curr. Alzheimer Res*. - 2012. -V.9(6). - P.759-771.
  26. Emanuel, J.E. Trajectory of cognitive decline as a predictor of psychosis in early Alzheimer disease in the cardiovascular health study / J.E. Emanuel, O.L. Lopez, P.R. Houck, J.T. Becker, E.A. Weamer, M.A. Demichele- Sweet, L. Kuller; R.A. Sweet // *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 2011. - V.19. - P.160-168.
  27. Цветкова Л.С.Нейропсихологическая реабилитация больных.-М.:из-во НПО «МОДЭК», 2004.-424с.
  28. Гришина Д.А. Нарушения речи при нейродегенера- тивных заболеваниях//*Неврология* №3 (31). 2017
  29. Croot K., Hodges J.R., Xuereb J. Patterson K. Phonological and articulatory impairment in Alzheimer's disease//*Brain Lang*.2000 Nov;75(2):277-309.
  30. Burns A., Guthrie E., Marino-Francis F. Brief psychotherapy in Alzheimer's disease. Randomised controlled trial // *British Journal of Psychiatry*.2005, 187, 143-147.
  31. Burns A., Zaudig M..Mild cognitive impairment in older people//*Lancet*. 2005. 360, 1963-1965.
  32. Waldemar G., Dubois B., Emre M.Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline// *Eur. J. Neurol*.2007. 14 (1): e1-26.
  33. Гаврилова, С. И. Современное состояние и перспек- тивы развития отечественной геронтопсихиатрии / И. С. Гаврилова // Социальная и клиническая психи- атрия. - 2006. - Т. 16 (3). - С. 5-11.
  34. Gauthier, S. Improvement in behavioural symptoms in patients with moderate to severe Alzheimer's disease by memantine: a pooled data analysis / S. Gauthier, H. Loft, J. Cummings // *Int. J Geriatr Psychiatry*. - 2008. - V. 23. - P. 537-545.
  35. Hölttä, E.H. Psychotic symptoms of dementia, their relationship with delirium and prognostic value / E.H. Hölttä, M.-L. Laakkonen, J.V. Laurila, T.E. Strandberg, R.S. Tilvis, K.H. Pitkälä // *European Geriatric Medicine*. - 2015. - V. 6(3). - P. 257-261.
  36. Lyketsos, C.G. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging / C.G. Lyketsos, M. 251
  37. Murray, P.S. Psychosis in Alzheimer's disease / P.S. Murray, S. Kumar, M.A. Demichele-Sweet, R.A. Sweet

- // Biol. Psychiatry.* – 2014. – V. 75(7). – P. 542-552.
39. Seitz, D.P. Pharmacological treatments for neuropsychiatric symptoms of dementia in long-term care: a systematic review. / D.P. Seitz, S.S. Gill, N. Herrmann, S. Brisbin, M.J. Rapoport, J. Rines, K. Wilson, K. L. Clair, D. K. Conn. // *International Psychogeriatrics.* – 2013. – V. 25(2). – P. 185–203.
  40. Sink, K.M. Ethnic differences in the prevalence and pattern of dementia-related behaviours / K.M. Sink, K.E. Covinsky, R. Newcomer, K. Yaffe // *J Am. Geriatr. Soc.* – 2004. – V.52. – P. 1277–1283.
  41. Cummings J. The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients // *Neurology.* 1997. 48(Suppl 6): S10-16.
  42. Cummings J.L. Vascular subcortical dementias: Clinical aspects. /In: *Vascular Dementia. Etiological, Pathogenetic, Clinical and Treatment Aspects.* Ed. by L.A. Carlson, C.G. Gottfries, B. Winblad. -Basel etc.: S.Karger, 1994. -P.49-52.
  43. Emanuel, J.E. Trajectory of cognitive decline as a predictor of psychosis in early Alzheimer disease in the cardiovascular health study / J.E. Emanuel, O.L. Lopez, P.R. Houck, J.T. Becker, E.A. Weamer, M.A. Demichele-Sweet, L. Kuller, R.A. Sweet // *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 2011. – V.19. – P.160–168.
  44. Merriam A., Aronson N., Gaston P., et al. The psychiatric symptoms of Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society* 1988; 36: 7–12.
  45. 44.Кольхалов И.В. Некогнитивные психические расстройства при болезни Альцгеймера: эпидемиологические, клинико-психопатологические, прогностические и терапевтические аспекты. Дисс. на соиск.уч.ст.д.м.н.. Москва. 2017
  46. Gilley D., Wilson R., Beckett L.. Psychotic symptoms and physically aggressive behaviour in Alzheimer's disease // *Journal of the American Geriatrics Society.* 2006., 45, 1074–1079.
  47. Jeste, D. V., Finkel, S. I. Psychosis of Alzheimer's disease and related dementias. Diagnostic criteria for a distinct syndrome // *American Journal of Geriatric Psychiatry.* 2000. 8, 29–34.
  48. Ostling S., Skoog I. Psychotic symptoms and paranoid ideation in a non-demented population-based sample of the very old. *Archives of General Psychiatry.* 2002 № 59. P.53–59.
  49. 48.Соколова И.В., Сиденкова А.П. Структурный психопатологический профиль поздних деменций, протекающих с бредом // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* №1, 2014 г. С.49-51.
  50. Poracki A, Jeste.D. Epidemiology of and Risk Factors for Psychosis of Alzheimer's Disease // *American Journal of Psychiatry* 2015; 162: 2025–2030.
  51. 50.Сиденкова А.П. Аффективные и бредовые расстройства у пациентов с деменциями позднего возраста // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* №1, 2014 г. С.45
  52. Rosdinom, R. Behavioural and psychological symptoms of dementia, cognitive impairment and caregiver burden in patients with dementia / R. Rosdinom, M.Z. Zarina, M.S. Zanariah, M. Marhani, W. Suzaily // *Prev. Med.* – 2013. – V.57. – P. 67–69.
  53. Karim S., Burns A. The biology of psychosis in old people // *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology.* 2003. 16, 207–212.
  54. Stewart, R. Current prevalence of dementia, depression and behavioural problems in the older adult care home sector: the South East London Care Home Survey / R. Stewart, M. Hotopf, M. Dewey, C. Ballard, J. Bisla, M. Calem, V. Fahmy, J. Hockley, J. Kinley, H. Pearce, A. Saraf, A. Begum // *Age Ageing.* – 2014. – V. 43(4). – P. 562-567.
  55. Соколова И.В., Лейдерман М.В., Сиденкова А.П. Деменции с бредом. Фабулоспецифичность когнитивных функций // *Уральский медицинский журнал* 2015 №8 С.22-26
  56. Громова Н.С. Галлюцинозы позднего возраста. Дисс. на соиск.уч.ст.к.м.н.. Москва. 2017
  57. Кольхалов И.В. Лечение поведенческих и психотических симптомов болезни Альцгеймера: вклад мепамтина / И.В. Кольхалов // *Современная терапия в психиатрии и неврологии.* – 2013. – № 3-4. – С. 20-23.
  58. Селезнева Н.Д., Пономарева Е.В. Депрессивные расстройства в структуре деменции, обусловленной болезнью Альцгеймера: корреляции с динамикой когнитивного дефицита. Сборник научных материалов симпозиума «Современное состояние исследований, диагностика и терапия нейродегенеративных заболеваний, Москва, 17-18 ноября 2005г. Институт биохимической физики им. Н.М. Эммануэля РАН, с.15-22.
  59. Jeste, D. V., Finkel, S. I. Psychosis of Alzheimer's disease and related dementias. Diagnostic criteria for a distinct syndrome // *American Journal of Geriatric Psychiatry.* 2000. 8, 29–34.
  60. Burns A., Zaudig M.. Mild cognitive impairment in older people // *Lancet.* 2005. 360, 1963–1965.
  61. Merriam A., Aronson N., Gaston P., et al. The psychiatric symptoms of Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society* 1988; 36: 7–12.
  62. Stewart, R. Current prevalence of dementia, depression and behavioural problems in the older adult care home sector: the South East London Care Home Survey / R. Stewart, M. Hotopf, M. Dewey, C. Ballard, J. Bisla, M. Calem, V. Fahmy, J. Hockley, J. Kinley, H. Pearce, A. Saraf, A. Begum // *Age Ageing.* – 2014. – V. 43(4). – P. 562-567.
  63. Spina, E. Clinically significant drug interactions with newer antidepressants / E. Spina, G. Trifirò, F. Caraci // *CNS Drugs.* – 2012. – V. 26(1). – P. 39-67.
  64. Кольхалов, И. В. Роль современной патогенетической терапии болезни Альцгеймера в улучшении качества жизни больного и его семьи / И.В. Кольхалов, Г.А. Рассадина // *Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы. XVI съезд психиатров России: тезисы докладов Всероссийской*

- научно-практической конференции с международным участием (23—26 сентября 2015 года, г. Казань) / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. – СПб.: Альта Астра, 2015. – С. 158.
65. Савина М.А. Постинсультные психические нарушения: клинико-статистические, клинические, клинико-патогенетические, прогностические аспекты. Дисс. на соиск.уч.ст.д.м.н..Москва. 2016
66. Селезнева, Н.Д. Депрессивные расстройства при деменциях альцгеймеровского типа и их лечение / Н.Д. Селезнева // Современная психиатрия. – 1999. – № 6. – С. 8-11.
67. Савина, М.А. Постинсультный делирий / М. А. Савина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова - 2014 - № 12 - С. 19-27.
68. Колыхалов И.В. Мемантал в долговременной терапии умеренной и тяжелой болезни Альцгеймера: возможности повышения качества жизни больных и ухаживающих за ними лиц / С.И. Гаврилова, И.В. Колыхалов, А.С. Кулик, Е.В. Пономарева, Н.Д. Селезнева, Я.Б. Федорова // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2016. – №3. – С. 4-12.
69. Cummings, J.L. Effects of rivastigmine treatment on the neuropsychiatric and behavioral disturbances of nursing home residents with moderate to severe probable Alzheimer's disease: a 26-week, multicenter, open-label study / J.L. Cummings, B. Koumaras, M. Chen, D. Mirski, Rivastigmine Nursing Home Study Team. // Am. J Geriatr. Pharmacother. – 2005. – V. 3(3). – P. 137-148
70. Kurat A., Blass J., Nolan K., Black R., Thaler H. Relationship between cognitive status and behavioral symptoms in Alzheimer's disease and mixed dementia // JAGS.1993.Vol.41.P.732-736.
71. Колыхалов И.В. Некогнитивные психические расстройства при болезни Альцгеймера: эпидемиологические, клинико-психопатологические, прогностические и терапевтические аспекты. Автореф. дисс. на соиск.уч.ст.д.м.н.. Москва. 2017
72. Гантман, М.В. Психическое здоровье лиц, ухаживающих за пациентами с болезнью Альцгеймера / М.В. Гантман // Психиатрия. – 2014. – Т. 61(1). – С. 61-67.
73. Gilley D., Wilson R., Beckett L.. Psychotic symptoms and physically aggressive behaviour in Alzheimer's disease// Journal of the American Geriatrics Society. 2006., 45, 1074–1079.