

Языкова И.М., Сиденкова А.П.

Клинико-динамический анализ нарушений пищевого поведения при деменциях

ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», г. Екатеринбург, ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Екатеринбург

Yazykova I.M., Sidenkova A.P.

Clinico-dynamic analysis of eating disorders in dementia

Резюме

Синдром деменции включает в себя когнитивные и некогнитивные симптомы, включая нарушения пищевого поведения. С целью изучения нарушений пищевого поведения у пациентов с поздними деменциями, находящихся в геронтопсихиатрическом стационаре, в динамике проведен корреляционный анализ синдромальных взаимосвязей в структуре деменции при нарушениях пищевого поведения.

Ключевые слова: деменция, нарушения пищевого поведения

Summary

Dementia syndrome includes cognitive and non-cognitive symptoms, including disturbances of eating behavior. To investigate eating disorders in patients with late dementia in gerontopsychiatric hospital, studied the dynamics of correlation and analysis of syndromic relationships in the structure of dementia with disorders of eating behavior.

Keywords: dementia, eating disorders

Введение

В настоящее время вопросы регуляции жизнедеятельности человека посредством внешних и внутренних воздействий все больше привлекает внимание исследователей, что связано с ориентацией на увеличение продолжительности и качества жизни. Изучение факторов внутренней организации соматического благополучия и поддержания высокого жизненного тонуса недостаточно без исследования влияния поведенческих аспектов этого вопроса. Пищевое поведение, как одна из базовых форм активности субъекта, выступает объектом исследования взаимодействия компонентов, участвующих в поддержании биопсихосоциального гомеостаза. Анализ синдромальной структуры нарушенного пищевого поведения оказывается необходимым условием для понимания многофакторности формирования различных психических расстройств и построения прогноза их динамики. Учет многофакторности природы становления заболевания оказывается особенно актуальным в геронтологической практике [1].

Деменции позднего возраста с их бесспорной медицинской и социальной значимостью в научном аспекте могут выступать как жестко структурированная клиническая конструкция, поскольку они включают помимо собственно когнитивных симптомов, различные поведенческие, психопатологические и соматические феномены, на тесную связь между которыми обратил внимание еще

Э.Крепелин (1900), отнеся их в своей классификации к рубрике «Внутренние процессы в организме».

Развивая идею полифакторности формирования деменций, современные авторы указывают на тесную связь неправильного невербального поведения с средовыми микросоциальными факторами, нарушениями углеводного обмена ЦНС, вклад инсулинорезистентности в развитие самого альцгеймеровского слабоумия и его невербальных поведенческих проявлений [2,3,4,5,6].

Учет не только набора факторов, но их взаимосвязей позволяет понять механизмы внешних и внутренних факторных воздействий на клиническую картину деменции и ее прогноз [7].

Показано, что при нарушениях пищевого поведения присутствует взаимозависимость тяжелых сомато-эндокринных нарушений и поведенческих расстройств, некий «порочный круг», поскольку нарастающие сомато-эндокринные нарушения вносят новое в психопатологию поведенческих расстройств при деменциях. По мнению отечественных авторов, значение поведенческих феноменов при деменции может рассматриваться сквозь призму их значения для прогноза состояния больных, изменения поведенческих стереотипов пациента служат индикаторами отрицательной динамики соматического состояния больного [8].

Такое значимое влияние нарушений пищевого поведения на динамику деменции и судьбу больного заставля-

ет задуматься над вопросом – не являются ли нарушения пищевого поведения самостоятельным расстройством, коморбидным с деменцией. При доказанном влиянии отдельных факторов на становление собственно поведенческих расстройств, а также понимание того, что существуют различные клинические прогнозы и формы течения основного заболевания при наличии либо отсутствии этих расстройств, возможно, это, действительно коморбидность. Следуя этой логике, доказательство влияния фактора «нарушенное пищевое поведение» на течение основного заболевания действительно позволит считать отдельные формы нарушения пищевого поведения самостоятельным расстройством у дементных пациентов. Иные же случаи нарушенного пищевого поведения укладываются в прокрустово ложе клинического континуума, отражающего взаимодействие разнородных патогенных факторов, приводящих к болезни [9].

Данные о соотношении нарушений пищевого поведения и нозологической принадлежности деменции, тяжести когнитивного дефицита, наличия в структуре синдрома деменции других психопатологических и поведенческих симптомов немногочисленны. J.Cummings, L.Schneider, P.Tariot с соавторами была установлена статистически значимая зависимость между активностью поведенческих нарушений у больных и выраженностью у них когнитивных расстройств [10]. Нейропсихологический профиль деменции имеет свои специфические черты при разных нозологических вариантах и степенях выраженности деменции [11]. Соотношение в структуре синдрома деменции когнитивных и некогнитивных симптомов является предметом многих исследований [12-20]. Изучение специфичных и неспецифичных для деменции психопатологических и поведенческих симптомов с использованием Нейропсихиатрического опросника (NPI) выявило специфичность нарушений пищевого поведения для деменций наряду с галлюцинаторными расстройствами и аберрантным моторным поведением [21]. P. Cullen, F. Abid, A. Patel (1997) выявили, что предпочтение сладкой пищи ассоциировано с диагнозом «Болезнь Альцгеймера», а сниженное потребление продуктов питания коррелирует со сниженным настроением, а не с когнитивным дефицитом [22]. В исследованиях отечественных авторов показана гетерогенность расстройств пищевого поведения у пациентов с болезнью Альцгеймера с ранним и поздним началом, различная коморбидность с другими психопатологическими и поведенческими расстройствами, зависимость специфики расстройств пищевого поведения от тяжести деменции [23]. При изучении субстрата некогнитивных симптомов деменций некоторые исследователи выявляют общность таких феноменов как гнев, агрессия, тревога, возбужденность и активные отказы от пищи, что связано с поражением неокортекса; апатия и отсутствие интереса к приему пищи наблюдались при угнетении лимбической системы [24]. Отечественные авторы связывают нарушения пищевого поведения при деменциях с регрессом поведения [3,7,8]. В ряде случаев отказы от пищи могут развиваться по механизмам бредового поведения на фоне идей отравления, ущерба, отно-

шения, ипохондрических переживаний [25,26]. Имеются указания на нарушение пищевого поведения у пациентов с деменцией в рамках депрессивных расстройств и даже как основное проявление депрессии у дементных больных [27,28].

С.И. Гаврилова (2003) рассматривает развитие кахексии, тяжелых дистрофических нарушений как результат отказов от пищи в клинике конечных этапов развития деменций при присоединении какой – либо соматической патологии, в состоянии гипоактивного типа спутанности [28].

Таким образом, взаимосвязи нарушений пищевого поведения и других некогнитивных проявлений деменций являются предметом для дальнейшего изучения.

Материалы и методы

С целью изучения нарушений пищевого поведения у пациентов с поздними деменциями на базе геронтопсихиатрического отделения ГБУЗ СО «СОКПБ» проводилось выборочное наблюдательное исследование. Сформированы основная группа пациентов с деменцией с нарушениями пищевого поведения (n = 106) и группа сравнения, включающая пациентов с деменцией без нарушений пищевого поведения (n = 50).

Пациенты обеих групп имели диагноз деменции различной вероятностной нозологической принадлежности (F 00, F 01, F 02), согласно критериям МКБ – 10.

В основную группу включались пациенты с нарушениями пищевого поведения, которые не обуславливались соматической и/или неврологической патологией.

Критерием включения в группу сравнения являлось отсутствие нарушений пищевого поведения.

Обе исследуемые группы были сопоставимы по основным социально – демографическим характеристикам, вероятной нозологической принадлежности деменции, объему предшествовавшей включению в исследование терапии.

Инструментами данного исследования являлись «Краткая шкала оценки психического статуса» (Mini – Mental State Examination, MMSE) (Folstein M F. 1975); нейропсихологическое исследование по методике А.Р. Лурия (1973, 2002), «Нейропсихологический опросник» (Neuropsychiatric Inventory, NPI) (Cummings J.L., 1996, 1997), «Шкала оценки функциональной активности пациента» ADCS – ADL (Alzheimer s Disease Cooperative Study Activities of Daily Living Inventory) (Galasko et al. 1998, 2004).

В основной группе были представлены следующие варианты нарушенного пищевого поведения: гиперфагия («повышенный аппетит») в 16,9% (23 человека); «сниженный аппетит»/отказы от пищи в 70,5% (83 человека); искажение пищевого поведения в сочетании с «повышенным» или «сниженным» аппетитом в 19,8% (21 человек).

Под нарушениями пищевого поведения в форме «повышения аппетита» или гиперфагии в настоящем исследовании рассматривались следующие поведенческие феномены: употребление большого количества пищи, увеличение частоты приемов пищи, аффективно окра-

шенные и повторяющиеся высказывания о потребности в приеме пищи, действия, направленные на поиск пищи, особенности самого процесса приема пищи - торопливость, неаккуратность.

Пищевое поведение участников исследования со «сниженным аппетитом»/отказами от пищи характеризовалось уменьшением объема потребляемой пищи и снижением частоты приемов пищи (пропуски приемов пищи), вербализацией негативного отношения к приему пищи (высказывания о «нежелании» есть; отсутствии чувства голода), пассивным или активным сопротивлением кормлению персоналом с ложки. В ряде случаев выявлялась избирательность в выборе готовых блюд, продуктов питания. В этой группе наблюдалось 83 человека.

«Повышенный аппетит»/гиперфагия и «сниженный аппетит»/отказы от пищи определялись как количественные нарушения пищевого поведения.

У 21 человека (19,8%) «повышенный» или «сниженный» аппетит сочетались с искажением пищевого поведения (качественными нарушениями пищевого поведения) – наличием пищевых предпочтений, «избирательности» в еде, поедании несъедобных предметов, продуктов без должной кулинарной обработки. Сочетания повышенного аппетита с искажением пищевого поведения наблюдались 11 человек, сниженного аппетита с искажением пищевого поведения – у 10 человек. В настоящем исследовании эти пациенты не были выделены в самостоятельную группу при сравнительном анализе особенностей типов пищевого поведения, т.к. клинически и прогностически наиболее значимым являлось изменение количества принимаемой пациентами пищи. Они сравнивались только с контрольной группой.

Среди участников исследования основной группы у 9,4% (10 человек) тяжесть когнитивного снижения соответствовала деменции легкой степени выраженности, у 46,2% - умеренной деменции, 44,3% - тяжелой деменции.

В группе сравнения удельный вес легкой деменции составлял 6,0%, умеренной деменции – 50,0%, тяжелой деменции – 44,0%.

По степени выраженности деменции значимых различий между участниками исследования выявлено не было ($p=0,061$).

В динамике через 6 месяцев наблюдались 54 участника исследования основной группы (50,9%) и 20 участников исследования из группы сравнения (40,0%). Количество пациентов с нарушениями пищевого поведения, выбывших из исследования по причине летального исхода в течение 6 месяцев после включения в исследование, составило 15 человек (14,2%). 37 участников исследования основной группы (34,9%) через 6 месяцев после начала наблюдения не попадали в поле зрения по иным причинам.

Из группы сравнения по причине летального исхода, последовавшего в течение 6 месяцев после включения в исследование, выбыл 1 человек (2,0%), сведений о 29 пациентах (58,0%) не было.

Нарушения пищевого поведения сохранялись у 41 пациента из 54 (75,9%) наблюдаемых в динамике; не на-

блюдалось нарушений пищевого поведения у 13 (24,1%) участников основной группы.

У пациентов с сохраняющимися нарушениями пищевого поведения деменция легкой степени выраженности наблюдалась в 2,4% случаев, умеренно выраженная деменция – у 43,9% пациентов, тяжелая деменция – у 53,7%.

Соотношение участников исследования с разными степенями тяжести деменции в обеих группах на момент включения в исследование и наблюдаемых в динамике в динамике через 6 месяцев достоверно не различалась ($p=0,065$).

Результаты и обсуждение

В обеих группах исследования в сравнении изучались поведенческие и психопатологические симптомы, нарушения нейропсихологических функций при включении в исследование и в динамике через 6 месяцев.

Проведен корреляционный анализ синдромальных взаимосвязей в структуре деменции при нарушениях пищевого поведения (рассчитывался точный коэффициент Спирмана для непараметрических показателей – Spearman's rho).

Корреляционный анализ взаимосвязи нарушений пищевого поведения и поведенческих и психопатологических симптомов. При включении в исследование выявил наличие достоверных прямых корреляционных связей средней силы между количественными нарушениями пищевого поведения и бредовыми идеями отравления ($r=0,206$, $p=0,010$), агитацией/агрессией ($r=0,254$, $p=0,001$). Обратная корреляционная связь средней силы была выявлена между количественными нарушениями пищевого поведения и тревогой ($r= -0,263$, $p=0,001$). Результат представлен в таблице 1.

С симптомами «бредовые идеи», «сниженное настроение/депрессия» «апатия», раздражительность/неустойчивость настроения, нарушения сна и поведения в ночное время выявлены достоверные прямые корреляционные связи слабой силы.

С параметрами «галлюцинации», «эйфория», «расторможенность», «аберрантное моторное поведение», «нарушения сна и поведения в ночное время достоверных корреляционных связей с количественными нарушениями пищевого поведения выявлено не было.

Качественные нарушениями пищевого поведения обнаруживали прямые корреляционные связи средней силы с эйфорией ($r=0,223$, $p=0,005$), расторможенностью ($r=0,214$, $p=0,033$). Обратные корреляционные связи средней силы выявлены между качественными нарушениями пищевого поведения и нарушениями сна и поведения в ночное время ($r= -0,214$, $p=0,033$).

Достоверные обратные корреляционные связи слабой силы были выявлены между качественными нарушениями пищевого поведения и сниженным настроением/депрессией ($r= -0,187$, $p=0,020$).

Не было выявлено достоверных корреляционных связей между качественными нарушениями пищевого поведения и бредовыми идеями, в т.ч. бредовыми идеями отравления, галлюцинациями, агитацией/агрессией,

Таблица 1. Корреляционные связи между нарушениями пищевого поведения и поведенческими и психопатологическими симптомами участников исследования

Поведенческие и психопатологические симптомы	Количественные нарушения пищевого поведения		Качественные нарушения пищевого поведения	
	r	p	r	p
Бредовые идеи	0,177*	0,027**	-0,154	0,055*
Бредовые идеи отравления	0,206**	0,010**	-0,114	0,157*
Галлюцинации	0,079	0,325*	0,043	0,595*
Ажитация/агрессия	0,254**	0,001**	0,102	0,207*
Сниженное настроение/депрессия	0,172*	0,032**	-0,187*	0,020**
Тревога	-0,263**	0,001**	-0,045	0,577*
Эйфория	0,018	0,828*	0,223**	0,005**
Апатия	0,171*	0,033**	0,091	0,257*
Расторможенность	0,194*	0,312*	0,214**	0,033**
Раздражительность/неустойчивость настроения	0,180*	0,025**	0,070	0,385*
Аберрантное моторное поведение	-0,056	0,488*	0,057	0,480*
Нарушения сна и поведения в ночное время	0,197*	0,273*	-0,214**	0,033**

* $p > 0,05$ *r – слабая корреляционная связь

** $p < 0,05$

*** $p < 0,001$

**r – средняя корреляционная связь

***r – сильная корреляционная связь

Таблица 2. Корреляционные связи между нарушениями пищевого поведения и поведенческими и психопатологическими симптомами участников исследования в динамике через 6 месяцев

Поведенческие и психопатологические симптомы	Нарушения пищевого поведения r
Бредовые идеи	0,352**
Бредовые идеи отравления	0,363**
Галлюцинации	0,305**
Ажитация/агрессия	0,541**
Сниженное настроение/депрессия	0,357**
Тревога	-0,357**
Эйфория	-
Апатия	0,448**
Расторможенность	0,326**
Раздражительность/неустойчивость настроения	0,506**
Аберрантное моторное поведение	0,312**
Нарушения сна и поведения в ночное время	0,557**

*r – слабая корреляционная связь

**r – средняя корреляционная связь

***r – сильная корреляционная связь

апатией, раздражительностью/неустойчивостью настроения, аберрантным моторным поведением.

В динамике через 6 месяцев обнаруживались достоверные прямые корреляционные связи между сохраняющимися нарушениями пищевого поведения и бредовыми идеями, в т.ч. бредовыми идеями отравления, галлюцинациями, ажитацией/агрессией, сниженным настроением/депрессией, апатией, расторможенностью, раздражительностью/неустойчивостью настроения, аберрантным моторным поведением, нарушениями сна и поведения в ночное время. Достоверная обратная корреляционная средней силы обнаружена между нарушениями пищевого поведения и тревогой. Коэффициент достоверности различий во всех случаях составил $p < 0,001$. Результат представлен в таблице 2.

Анализ взаимосвязей количественных и качественных нарушений пищевого поведения и нарушений высших мозговых функций при включении в исследование не выявил достоверных корреляций (таблица 3).

В динамике через 6 месяцев (таблица 4) выявлены прямые корреляционные связи средней силы между нарушениями пищевого поведения и нарушениями импрессивной функции речи ($r=0,568$), нарушениями экспрессивной функции речи ($r=0,486$); сильные прямые корреляционные связи были выявлены с нарушениями оптико – пространственного и предметного гнозиса ($r=0,629$ и $r=0,603$ соответственно), праксиса ($r=0,637$) и внимания ($r=0,626$). Коэффициент достоверности во всех случаях составил $p < 0,001$.

Таблица 3. Корреляционные связи между нарушениями пищевого поведения и нарушениями высших мозговых функций участников исследования

Нарушения высших мозговых функций	Количественные нарушения пищевого поведения		Качественные нарушения пищевого поведения	
	r	p	r	p
Оптико – пространственная агнозия	0,078	0,330*	0,052	0,517*
Предметная агнозия	-0,001	0,988*	-0,035	0,663*
Импрессивная афазия	-0,104	0,195*	0,007	0,933*
Экспрессивная афазия	-0,012	0,879*	0,041	0,608*
Апраксия	-0,095	0,237*	-0,029	0,722*
Нарушения внимания	0,036	0,658*	-0,011	0,892*

* $p > 0,05$ *r – слабая корреляционная связь** $p < 0,05$

**r – средняя корреляционная связь

*** $p < 0,001$

***r – сильная корреляционная связь

Таблица 4. Корреляционные связи между нарушениями пищевого поведения и нарушениями высших мозговых функций участников исследования в динамике через 6 месяцев

Нарушения высших мозговых функций	Нарушения пищевого поведения r
Оптико – пространственная агнозия	0,629***
Предметная агнозия	0,603***
Импрессивная афазия	0,568**
Экспрессивная афазия	0,486**
Апраксия	0,637***
Нарушения внимания	0,626***

*r – слабая корреляционная связь

**r – средняя корреляционная связь

***r – сильная корреляционная связь

Выводы

1. Проведенный корреляционный анализ подтвердил наличие синдромальных связей между количественными нарушениями пищевого поведения и бредовыми идеями отравления ($r=0,206$, $p=0,010$), агитацией/агрессией ($r=0,254$, $p=0,001$). Обратная корреляционная связь средней силы была выявлена между количественными нарушениями пищевого поведения и тревогой ($r=-0,263$, $p=0,001$). Качественные нарушениями пищевого поведения обнаруживали прямые корреляционные связи средней силы с эйфорией ($r=0,223$, $p=0,005$), расторможенностью ($r=0,214$, $p=0,033$). Обратные корреляционные связи средней силы выявлены между качественными нарушениями пищевого поведения и нарушениями сна и поведения в ночное время ($r=-0,214$, $p=0,033$).

2. В динамике через 6 месяцев выявлены прямые корреляционные связи между сохраняющимися нарушениями пищевого поведения и большинством поведенческих и психопатологических симптомов деменции (бредовыми идеями, в т.ч. бредовыми идеями отравления, галлюцинациями, агитацией/агрессией, сниженным настроением/депрессией, апатией, расторможенностью, раздражительностью/неустойчивостью настроения, абберрантным моторным поведением, нарушениями сна и поведения в ночное время). Обнаружены обратные кор-

реляционные связи между количественными нарушениями пищевого поведения и тревогой.

3. При включении в исследование анализ взаимосвязей количественных и качественных нарушений пищевого поведения и нарушений высших мозговых функций не выявил достоверных корреляций.

4. Через 6 месяцев наблюдения выявлены прямые корреляционные связи средней силы между нарушениями пищевого поведения и нарушениями импрессивной функции речи ($r=0,568$), нарушениями экспрессивной функции речи ($r=0,486$); сильные прямые корреляционные связи были выявлены с нарушениями оптико – пространственного и предметного гнозиса ($r=0,629$ и $r=0,603$ соответственно), праксиса ($r=0,637$) и внимания ($r=0,626$).■

Языкова Инна Михайловна, врач – психиатр, заведующая отделением №9 Свердловский областной клинической психиатрической больницы, г. Екатеринбург; Сиденкова Алена Петровна, д.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и III ГБОУ ВПО УГМУ, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку – Языкова Инна Михайловна, e-mail: yazykovs@mail.ru

Литература:

1. Круглов Л.С. Биопсихосоциальные аспекты формирования особенностей психопатологической симптоматики в позднем возрасте/ Сборник тезисов XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23-26 сентября 2015 года, г. Казань [Электронный ресурс]: тезисы / под общей редакцией Н.Г.Незнанова. — СПб.: Альта Астра, 2015.
2. Мякотных В.С., Березина Д.А., Сиденкова А.П., Боровкова Т.А., Гаврилов И.В. Некоторые медико-психологические особенности процесса старения женщин//Вестник Уральской медицинской академической науки. 2014. № 1 (47). С. 75-78.
3. Сиденкова А.П. Психосоциальная модель поздних деменций. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. Томск, 2010.
4. Гильбурд О.А., Гири Я.В., Коптев И.Н. Болезнь Альцгеймера как «сахарный диабет мозга»/ Сборник тезисов XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23-26 сентября 2015 года, г. Казань [Электронный ресурс]: тезисы / под общей редакцией Н.Г.Незнанова. — СПб.: Альта Астра, 2015.
5. De Felice F.G. Alzheimer's disease and insulin resistance: translating basic science into clinical applications // J. Clin. Invest. – 2013. – Vol. 123, № 2. – P. 531–539.
6. De Felice F.G., Lourenco M.V., Ferreira S.T. How does brain insulin resistance develop in Alzheimer's disease? //Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association. – 2014. – Vol. 10, № 1. – P. 26-32.
7. Сиденкова А.П. Деменции позднего возраста с позиций системного подхода//Уральский медицинский журнал. 2011. № 11. С. 44-47.
8. Шапошникова Н.Н., Кривцов К.Ю., Сафронова Е.С. Изменение поведенческих стереотипов у больных с тяжелой деменцией как индикатор декомпенсации состояния/ Сборник тезисов XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23-26 сентября 2015 года, г. Казань [Электронный ресурс]: тезисы / под общей редакцией Н.Г.Незнанова. — СПб.: Альта Астра, 2015.
9. Ширяев О.Ю., Махортова И.С., Цыганков Б.Д., Квопрорсы коморбидности расстройств личности и нарушений пищевого поведения/ Сборник тезисов XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23-26 сентября 2015 года, г. Казань [Электронный ресурс]: тезисы / под общей редакцией Н.Г.Незнанова. — СПб.: Альта Астра, 2015.
10. Cummings J. Reduction of Behavioral Disturbances and Caregiver Distress by Galantamine in Patients With Alzheimer's Disease / J.Cummings, L.Schneider, P.Tariot [et al.] // American Journal of Psychiatry. – 2004. – Vol. 161. – P. 532 – 538.
11. Сиденкова А.П. Системные механизмы становления синдромально структуры деменций//Тюменский медицинский журнал. 2011. № 1. С. 23.
12. The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. The World Alzheimer Report 2015.
13. Левин О.С. Диагностика и лечение деменций в клинической практике / О. С. Левин. - М. : МЕДпресс – информ, 2010. – 256 с. : ил.
14. Кольхалов И. В. Лечение психопатологических и поведенческих симптомов болезни Альцгеймера / И. В. Кольхалов, С. И. Гаврилова // Гаврилова С. И. / Фармакотерапия болезни Альцгеймера. - М. : Пульс, 2007. - 360 с. : ил.
15. Amano N. Behavioral and psychological symptoms of dementia and medical treatment / N. Amano, S. Inuzuka, T. Ogihara // Psychogeriatrics. – 2009. - Vol. 9, № 2. - P. 45 - 49.
16. Assessment and treatment of behavior problems in dementia in nursing home residents: a comparison of the approaches of physicians, psychologists, and nurse practitioners / J. Cohen-Mansfield, B. Jensen, B. Resnick [et al.] // International Journal of Geriatric Psychiatry. – 2012. - Vol. 27, № 2. - P. 135 - 145.
17. Burns A. Psychiatric phenomena in Alzheimer disease / A. Burns, R. Jakoby, R. Levy // British Journal of Psychiatry. – 1990. - № 157. - P. 72 - 94.
18. Comparison of behavioral and psychological symptoms in early-onset and late-onset Alzheimer's disease / Y. Toyota, M. Ikeda, S. Shinagawa [et al.] // International Journal of Geriatric Psychiatry. – 2007. - Vol. 22, № 9. - P. 896 – 901.
19. Вознесенская Т. Г. Некогнитивные психические расстройства при когнитивных нарушениях в пожилом возрасте / Т.Г. Вознесенская // Неврологический журнал им. С. Г. Корсакова. – 2010. - №2. – С. 4 – 18.
20. Behavioral symptoms in community-dwelling elderly Nigerians with dementia, mild cognitive impairment, and normal cognition / O. Baiyewu, F. W. Umverzag, A. Ogunniyi [et al.] // International Journal of Geriatric Psychiatry. – 2012. - Vol. 27, № 9. - P. 931 – 939.
21. Neuropsychiatric Inventory data in a Belgian sample of elderly persons with and without dementia / G. P.

- Squelard, P. A. Missotten, L. Paquay [et al.] // *Clin Interv Aging*. - 2012. - № 7. - P. 423 – 30.
22. Cullen P., Abid F., Patel A. *Eating disorders in dementia* // *Int J Geriatr Psychiatry*. - 1997. - № 12 (5). – P. 559 – 62.
23. Сиденкова А.П. *Болезнь Альцгеймера. Клинические типы. Стадии деменции. Структура синдрома* / А.П. Сиденкова. - Екатеринбург : УГМА, 2012. - 123 с. .
24. *Когнитивные особенности деменций, протекающих с нарушениями пищевого поведения*. И.М. Языкова // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии* №1 (82) 2014 г. с. 49 – 54.
25. *Hypothesis of behavioral and psychological symptoms of dementia*. M. Fujii, S. Ishizuka, M. Azumi [et al.] // *Psychogeriatrics*. - 2010. - Vol. 10, № 3. - P. 113-116.
26. Резчикова И.В., Семин И.Р. *Нарушения пищевого поведения при различных психических расстройствах* / И.В. Резчикова, И.Р. Семин // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. - 2001. - №1 (19). - С. 39 - 42.
27. Штернберг Э. Я. *Геронтологическая психиатрия* / Э. Я. Штернберг. – М. : Медицина, 1977. - 216 с.
28. *Руководство по гериатрической психиатрии* / под ред. С.И. Гавриловой. - М. : Пульс, 2011. – 380 с.