

УДК 616.895.7-009.884:616.831-008.46

**CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL STRUCTURE OF HALLUCINATOR-PARANOID DISORDERS DURING MIXED GENESIS IN THE SERIOUS SERIES OF EXPRESSION****Shevchenko-Bitensky K.***Senior Researcher of the State Institution "Ukrainian Research Institute of Medical Rehabilitation and Resorts of the Ministry of Health of Ukraine"***КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОЇДНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ДЕМЕНЦІЯХ ЗМІШАНОГО ГЕНЕЗУ ТЯЖКОГО СТУПЕНЯ ВИРАЖЕНОСТІ****Шевченко-Бітенський К.В.***Ст. н. співробітник Державної установи "Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології Міністерства охорони здоров'я України"***Abstract**

27 patients with Alzheimer's disease (AD) with late onset and vascular disease of the brain, dementia in the late stage of development complicated by hallucinatory-paranoid disorders (main group) were examined. As a control group, 25 patients with AD with late onset and cerebrovascular disease, dementia in the late stage of development who were not complicated by hallucinatory-paranoid disorders took part in the study. The patterns of clinical and psychopathological manifestations of hallucinatory-paranoid disorders in patients with mixed genesis in the late stage of development were established, which can be considered as diagnostic criteria for assessing the clinical-psychopathological structure of hallucinatory-paranoid disorders in this pathology.

**Анотація**

Було обстежено 27 пацієнтів з хворобою Альцгеймера (ХА) з пізнім початком і судинною хворобою головного мозку, деменцією в ПСР, ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами, які склали основну групу. В якості контрольної групи в дослідженні брали участь 25 хворих на ХА з пізнім початком і судинною хворобою головного мозку, деменцією в ПСР, не ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами. Були встановлені закономірності клініко-психопатологічних проявів галюцинаторно-параноїдних розладів у хворих деменцією змішаного генезу в пізній стадії розвитку, які можуть розглядатися в якості діагностичних критеріїв оцінки клініко-психопатологічної структури галюцинаторно-параноїдних розладів при даній патології.

**Keywords:** dementia, hallucinatory paranoid disorders, clinical-psychopathological manifestations, Alzheimer's disease

**Ключові слова:** деменція, галюцинаторно-параноїдні розлади, клініко-психопатологічні прояви, хвороба Альцгеймера

Деменція є прогресуючим захворюванням, яке негативно впливає на когнітивні здібності і поведінку, істотно обмежуючи можливості хворого в повсякденному житті [1, 3, 4]. Найбільш поширеним видом деменції в світі є хвороба Альцгеймера (ХА) [2, 4]. Деменція є найважливішою причиною інвалідності і залежності літніх людей в усьому світі і пов'язує важким тягарем людей, сім'ї, громади та країни [2, 3]. На її частку припадає 11,9 % років, прожитих з інвалідністю, що обумовлена неінфекційними захворюваннями. За останніми даними, майже у 8 мільйонів людей в світі розвивається деменція щороку, що відповідає новому випадку захворювання кожні чотири секунди. У 2015 р деменція була діагностована більш ніж у 47 мільйонів людей по всьому світу, при цьому очікується, що цей показник зросте до 76 мільйонів 2030 році і до 145 мільйонів у 2050 році [3, 4, 5, 7].

Лікування деменції вимагає узгоджених і скоординованих дій, що забезпечують максимальний ефект в світовому масштабі. У зв'язку з цим ВОЗ рекомендує підвищити пріоритетність глобальних зусиль по боротьбі проти деменції, особливо в країнах з низьким і середнім рівнем доходів [1, 3]. Вказується, що особлива увага повинна приділятися пріоритетності своєчасного діагностування на рівні первинної медико-санітарної допомоги, розробці стратегічних підходів до забезпечення досліджень

деменції, зокрема ХА, необхідності вдосконалення методів діагностики профілактики, зниження ризиків та лікування деменції [7]. В Україні частіше за ХА діагностується судинна та змішана деменція, в генезі якої поєднуються судинні та дегенеративні чинники. Змішані деменції часто супроводжуються галюцинаторно-параноїдними розладами, які ускладнюють перебіг захворювання та погіршують якість життя та соціальне функціонування пацієнта та його оточення, особливо при тяжкому ступені їх вираженості [5, 6, 7].

Мета дослідження – визначити клініко-психопатологічну структуру галюцинаторно-параноїдних розладів при деменціях змішаного генезу (ЗД) тяжкого ступеня вираженості (ТСВ).

Вивчення клініко-психопатологічної структури галюцинаторних і параноїдних розладів у хворих ЗД ТСВ було проведено на вибірці 27 пацієнтів F00.1 (1-2); F01.3 (1-2), які склали основну групу. В якості контрольної групи в дослідженні брали участь 25 хворих на ЗД ТСВ без галюцинаторно-параноїдних розладів (F00.1; F01.3).

Для реалізації мети дослідження був використаний комплекс методів, що включав клініко-психопатологічний метод, доповнений шкалою поведінкових розладів (Bahav-AD), нейропсихіатричним опитувальником (NPI), некогнітивними секціями

шкали оцінки ХА (ADAS-Non Cog) та методи статистичної обробки даних [7, 8, 9].

Результати вивчення психопатологічних і поведінкових розладів у хворих з ЗД ТСВ, проведеного за допомогою шкали поведінкових розладів Bahav-AD, представлені в таблиці 1. Було визначено, що у хворих зі ЗД ТСВ, серед параноїдних і

параноїдних розладів переважали маячні ідеї матеріального збитку, пограбування, обкрадання (18,5 %, при  $p < 0,01$ , в порівнянні з контрольною групою хворих). Пацієнти з цією фабулою маячення були переконані в тому, що їх постійно обкрадають сусіди, родичі, медичний персонал, особи, що доглядають за хворим.

Таблиця 1

**Особливості психопатологічної симптоматики і поведінкових розладів у хворих з ЗД ТСВ**

Психопатологічна симптоматика і поведінкові розлади	ЗД ТСВ	
	Основна група	Контрольна група
	% ± m %	
<b>Параноїдні і параноїдні розлади:</b>		
Маячні висловлювання: «Крадуть речі»	18,5 ± 1,9 **	-
Маячні висловлювання: «Будинок не є його будинком»	22,2 ± 2,2 **	-
Чоловік/дружина (або інший доглядач) є самозванцем	7,4 ± 1,1	-
Маячні висловлювання з приводу відмови від хворого (наприклад, напрямок в стаціонар)	3,7 ± 0,9	-
Маячні висловлювання про нечесність	7,4 ± 1,1	-
Підозрілість (параноїдні ідеї) (інші)	-	-
Маячні установки (інші)	-	-
<b>Галюцинації:</b>		
Зорові галюцинації	29,6 ± 3,1	-
Слухові галюцинації	25,9 ± 2,7	-
Нюхові галюцинації	11,1 ± 1,5	-
Тактильні галюцинації	18,5 ± 1,9	-
<b>Порушення активності:</b>		
Бродяжництво (втеча з дому або від особи, що доглядає)	11,1 ± 1,5	12,0 ± 1,9
Безцільна активність (когнітивна абулія)	18,5 ± 1,9	28,0 ± 3,2
Неадекватна поведінка	48,1 ± 5,3 **	16,0 ± 2,1
<b>Агресивність:</b>		
Вербальна агресія	14,8 ± 1,7	16,0 ± 2,1
Загроза фізичної розправи або насильства	7,4 ± 1,1	4,0 ± 0,9
<b>Афективні порушення:</b>		
Плаксивість	14,8 ± 1,7	12,0 ± 1,9
Знижений настрій	18,5 ± 1,9	16,0 ± 2,1
<b>Тривога і фобія:</b>		
Тривога з приводу майбутніх подій	11,1 ± 1,5	12,0 ± 1,9
Тривожність	22,2 ± 2,2	24,0 ± 2,9
Інші прояви тривоги	7,4 ± 1,1	-
Страх залишитися одному	22,2 ± 2,2	20,0 ± 2,7
Інші фобії	-	4,0 ± 0,9
Порушення ритму день / ніч	81,5 ± 9,7 *	48,0 ± 5,0
<b>Загальна вираженість вищевказаних симптомів</b>		
Симптоми не турбують доглядача і безпечні для пацієнта	3,7 ± 0,9	8,0 ± 1,4
Симптоми незначно турбують доглядача і безпечні для пацієнта	7,4 ± 1,1	28,0 ± 3,2
Симптоми помірно турбують доглядача і безпечні для пацієнта	25,9 ± 2,7	24,0 ± 2,9
Симптоми значно турбують доглядача і (або) нестерпні для пацієнта	62,9 ± 7,4 *	40,0 ± 4,4
Умовні позначення: * - відмінності статистично достовірні при $p < 0,05$ ; ** - відмінності статистично достовірні при $p < 0,01$		

«Крадіжки» зазвичай були мало масштабні, вони стосувались дрібних предметів (чайна ложка, чашка, ручка, рулон туалетного паперу, ганчірка для підлоги і т.п.), старого одягу (шкарпетки, вельветний халат, светр і т.п.), продуктів харчування (зникнення кілька шматочків цукру або хліба, відлитий суп з каструлі і т.п.). На думку пацієнтів з таким маячним розладом, варто їм було відлучитися з квар-

тири на кілька хвилин, як при поверненні вони виявляли сліди «злочинства» (відсутність яблука, картоплі, старої ганчірки і т.п.). Також для пацієнтів основної групи були характерні маячні висловлювання «будинком не є їх будинком» (22,2 % випадків, при  $p < 0,01$ , в порівнянні з контрольною групою хворих). Хворі з цією фабулою маячення схильні були стверджувати, що їх місцезнаходження не є будинком, вимагали, щоб їх відправили додому,

при можливості хворі намагалися піти з дому, надавали пасивний опір доглядачеві при спробі їх утримати.

Серед обманів сприйняття (галюцинацій) у хворих основної групи зі ЗД ТСВ деменції переважали зорові галюцинації (29,6 % випадків, при  $p < 0,01$ , в порівнянні з контрольною групою хворих). При цьому зорові галюцинації були представлені рудиментарними зоровими образами, які були не виразні, короточасні, епізодичні, мали невизначену форму і колір. Пацієнти бачили не існуючих в дійсності людей, тварин, комах, птахів, предмети або, частини тіла людини, фантастичні образи і т.п. Також серед обманів сприйняття спостерігалися слухові галюцинації (25,9 % випадків, при  $p > 0,5$ , в порівнянні з контрольною групою хворих). Хворим з цим видом обману сприйняття чулись фрази або нескладні обривки фраз, монологів, діалогів, сполучення слів на рідній, іноземній або нікому не відомій мові. Хворі, як правило, не сумнівались в тому, що хтось дійсно говорить.

Тактильні галюцинації були зафіксовані в 18,5% випадків ( $p < 0,01$ , в порівнянні з контрольною групою хворих), що проявлялось у відчуттях дотику до тіла, печіння, холоду, хапання, появи на тілі якоїсь рідини, повзанні по тілу комах. Хворим здавалося, ніби їх кусають, лоскочуть, дряпають, наносять каліцтва і т.п.

Було визначено, що групі хворих з ЗД ТСВ, галюцинаторні розлади спостерігалися частіше, ніж параноїдні і параноїальні (85,1 % та 59,2 %,  $p < 0,01$ ). При цьому були виражені нерозгорнуті, несистематизовані і уривчасті маячні ідеї, які мали тенденцію до розширення (81,3 %), та рееструвалися частіше, ніж систематизовані маячні ідеї (18,7 %,  $p < 0,01$ ).

Синдромальний аналіз поєднання маячних та галюцинаторних розладів у хворих з ЗД ТСВ показав, що у 44,3 % хворих відзначається поєднання

маячних розладів з розладами сприйняття, яке визначає характер галюцинаторно-параноїдного синдрому, що перебігає в рамках параноїду (16,7%) і в рамках амнестичної або конфабulatorної сплутаності (83,3%). У 14,9 % пацієнтів ЗД ТСВ психотичні розлади проявлялися у формі параноїального маячного розладу, у 40,8 % хворих - у формі галюцинозу.

Серед порушень активності у хворих основної групи зі ЗД ТСВ була виражена неадекватна поведінка (41,8 % випадків, при  $p < 0,01$ , в порівнянні з контрольною групою). Хворі з цим порушенням активності здійснювали неадекватні, а часом безглузді дії: годинами стереотипно пересувались по приміщенню, складали або ховали речі в неадекватних місцях, змішували різні несумісні продукти харчування, здійснювали акти дефекації і сечовипускання в місцях для цього не передбачених т.п. При стримуванні доглядачем цих неадекватних і безглузких дій, з боку хворих відзначався опір, виражений в різних формах гніву і агресії. В контрольній групі неадекватна поведінка спостерігалася тільки в 16,0 % випадків ( $p < 0,01$ ).

У групі хворих з ЗД ТСВ переважали також розлади ритму день/ніч (81,5%): часті нічні пробудження, що супроводжувались вираженою неадекватною поведінкою, у той час коли в контрольній групі такі розлади спостерігалися в 48,0 % випадків (при  $p < 0,05$ ).

Загалом, в основній групі хворих з ЗД ТСВ вищевказані симптоми були виражені настільки, що в 62,9 % випадків значно тривожили доглядачів і були нестерпні для пацієнта, у той час коли в контрольній групі ці особливості спостерігалися в 40,0 % випадків ( $p < 0,05$ ).

Аналіз результатів вивчення клінічних характеристик психопатологічних і поведінкових розладів пацієнтів зі ЗД ТСВ представлений в таблиці 2.

Таблиця 2

**Клінічні характеристики психопатологічних і поведінкових розладів у пацієнтів з ЗД ТСВ**

Психопатологічні та поведінкові розлади	Клінічні характеристики			
	частота		виразність	
	Основна група	Контрольна група	Основна група	Контрольна група
	M ± σ	M ± σ	M ± σ	M ± σ
А. Маячні ідеї	2,5 ± 0,3	-	1,4 ± 0,3	-
Б. Галюцинації	3,5 ± 0,5 *	-	2,7 ± 0,3 *	-
В. Порушення (агресія)	2,4 ± 0,5 *	1,3 ± 0,2	2,6 ± 0,4 *	1,4 ± 0,3
Г. Депресія (дисфорія)	2,0 ± 0,4	1,7 ± 0,3	1,5 ± 0,3	1,6 ± 0,2
Д. Тривога	1,9 ± 0,4	1,7 ± 0,3	1,5 ± 0,3	1,6 ± 0,2
Е. Гіпертимія (піднесений настрій, ейфорія)	1,3 ± 0,1	1,4 ± 0,4	1,3 ± 0,3	1,5 ± 0,2
Ж. Апатія (байдужість, індіферентність)	3,4 ± 0,4 *	2,0 ± 0,4	2,6 ± 0,4 *	1,4 ± 0,3
З. Розгальмування	1,5 ± 0,3	1,4 ± 0,2	1,4 ± 0,3	1,3 ± 0,4
І. Дратівливість	1,3 ± 0,2	1,3 ± 0,2	1,5 ± 0,2	1,4 ± 0,2
К. Аномальна рухова активність (неадекватне рухова поведінка)	3,6 ± 0,4 *	2,1 ± 0,3	2,5 ± 0,5 *	1,4 ± 0,3
Л. Сон і порушення поведінки в нічний час	3,4 ± 0,6 *	2,2 ± 0,5	2,5 ± 0,5 *	1,4 ± 0,2
М. Порушення апетиту і харчової поведінки	1,4 ± 0,4	1,3 ± 0,3	2,3 ± 0,4	2,1 ± 0,4
Умовні позначення: * - відмінності статистично достовірні при $p < 0,05$ ; ** - відмінності статистично достовірні при $p < 0,01$				

Згідно з результатами вивчення клінічних характеристик психопатологічної симптоматики і поведінкових розладів, представлених в таблиці 2, в

групі хворих з ЗД ТСВ, ускладнених галюцинаторно-параноїдними розладами, статистично достовірно переважали:

- часті/дуже часті (від кілька разів на тиждень, до щодня виявляються) ( $3,5 \pm 0,5$  бали, при  $p < 0,05$ , в порівнянні з контрольною групою) обмані сприйняття (ілюзії, зорові, слухові і тактильні галюцинації) помірно-сильного ступеня вираженості ( $2,7 \pm 0,3$  бали, при  $p < 0,05$ , в порівнянні з контрольною групою);

- періодичні ( $2,4 \pm 0,5$  бали, при  $p < 0,05$ , в порівнянні з контрольною групою) стани збудження (37,0 %), що проявлялись у негативізмі, небажанні йти назустріч в спілкуванні, криках, лайках, намаганні вийти з приміщення при наданні допомоги, активному відказу від допомоги в побутових питаннях, були виражені в помірно-сильному ступені та обумовлювали деструктивну поведінку пацієнта ( $2,6 \pm 0,4$  бали, при  $p < 0,05$ , в порівнянні з контрольною групою). В контрольній групі збудження спостерігалось тільки у 12,0 % хворих ( $p < 0,01$ );

- часті, до кілька разів на тиждень, але не кожен день ( $3,4 \pm 0,4$  бала, при  $p < 0,05$ , в порівнянні з контрольною групою) відчуття апатії (33,3%), які проявлялись у втраті інтересу до навколишнього світу, зниженні мотивації в соціальному і побутовому житті, байдужості до себе і оточуючих, безініціативності і неохайності і т.п. та були помірно-сильного ступеня вираженості ( $2,6 \pm 0,4$  бали, при  $p$

$< 0,05$ , в порівнянні з контрольною групою). В контрольній групі апатія спостерігалась тільки у 12,0 % хворих ( $p < 0,01$ );

- часта/дуже часта (від кілька разів на тиждень, до щодня виявляється) ( $3,6 \pm 0,4$  бали, при  $p < 0,05$ , в порівнянні з контрольною групою) аномальна рухова активність (48,1 %), що проявлялась в неадекватних, безглузких, діях помірно-сильного ступеня вираженості ( $2,5 \pm 0,5$  бали, при  $p < 0,05$ , в порівнянні з контрольною групою), у той час коли в контрольній групі аномальна рухова активність спостерігалась лише у 16,0 % хворих ( $p < 0,01$ );

- часті/дуже часті (від кілька разів на тиждень, до щодня виявляються) ( $3,4 \pm 0,6$  бали, при  $p < 0,05$ , в порівнянні з контрольною групою), порушення сну і поведінки в нічний час (81,5 %) помірно-сильного ступеня вираженості ( $2,5 \pm 0,5$  бали, при  $p < 0,05$ , в порівнянні з контрольною групою), які виражалися тим, що пацієнти вночі знаходились в стані сильного дистресу, їх сон був засмучений і ніяк не піддавався корекції. В контрольній групі порушення сну і поведінки в нічний час спостерігалися значно рідше (48,0 %, при  $p < 0,05$ ).

Результати вивчення шкалою ADAS-Non Cog некогнітивних психопатологічних розладів хворих основної групи з ЗД ТСВ, ускладнених галюциаторно-параноїдними розладами, представлені на рисунку 1.

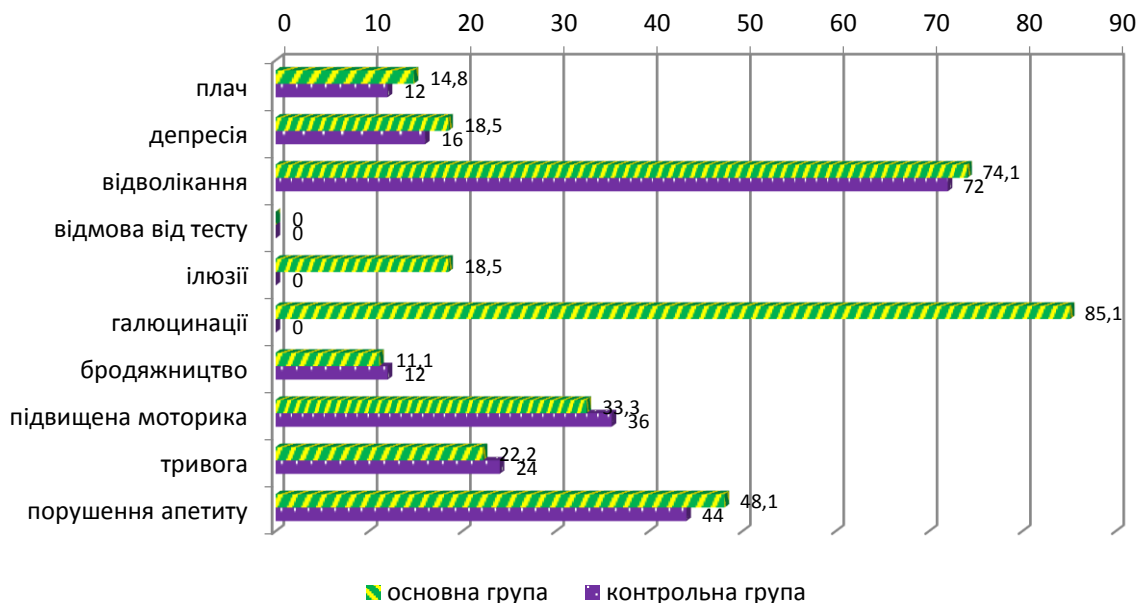


Рисунок 1 - Некогнітивні психопатологічні розлади хворих ЗД ТСВ

Встановлено, що в клініці некогнітивних психопатологічних розладів хворих основної групи зі ЗД ТСВ, поряд з галюциаторною симптоматикою (85,1 %), виявлялися відволікання (74,1 %), підвищена моторика (33,3 %), тривога (22,2 %) і порушення апетиту (48,1 %). При цьому, при порівнянні хворих основної та контрольної груп, статистично значущих відмінностей в клінічних проявах вищеперелічених некогнітивних психопатологічних розладів, за винятком розладів сприйняття, виявлено не було (при  $p > 0,5$ ).

Аналіз інформативності, виділених за допомогою шкали поведінкових розладів (Bahav-AD), нейропсихіатричного опитувальника (NPI) і некогнітивної секції шкали оцінки ХА (ADAS-Non Cog) психопатологічних і поведінкових розладів (при  $p < 0,05$  і при  $p < 0,01$ ) у хворих зі ЗД ТСВ, ускладнених галюциаторно-параноїдними розладами, представлений в таблиці 3 (значення представлені в порядку зменшення рівня інформативності).

**Діагностичні коефіцієнти і міра інформативності виділених психопатологічних і поведінкових розладів у хворих з ЗД ТСВ**

Психопатологічні і поведінкові розлади	Оцінка за шкалою (бали)	ДК *	МІ **
Неадекватна поведінка	≥2	-4,78	0,77
Збудження	≥2	-4,89	0,61
Апатія	≥2	-4,44	0,47
Порушення ритму день / ніч	≥2	-2,30	0,38
Симптоми, які значно турбують доглядача і нестерпні для хворого	≥2	-1,97	0,23
Сума за сукупністю ознак		18,38	2,46

Умовні позначення: \* - діагностичний коефіцієнт; \*\* - міра інформативності Кульбака

За результатами проведеного статистичного аналізу було визначено, що найбільш інформативними клінічними ознаками, крім галюцинаторних і параноїдних розладів, у обстежених хворих, виступають:

- неадекватна поведінка (ДК = - 4,78, МІ = 0,77, при  $p < 0,01$ );
- збудження (ДК = - 4,89, МІ = 0,61, при  $p < 0,03$ );
- апатія (ДК = - 4,44, МІ = 0,47, при  $p < 0,05$ );
- порушення ритму день / ніч (ДК = - 2,30, МІ = 0,38, при  $p < 0,01$ );
- симптоми, які значно турбують доглядача і нестерпні для хворого (ДК = - 1,97, МІ = 0,23, при  $p < 0,05$ ).

Отже, у структурі галюцинаторно-параноїдних розладів у хворих з ЗД ТСВ виявлено переважає:

- галюцинаторних розладів над параноїдними і параноїдними;
- частих зорових, слухових і тактильних галюцинацій помірно-сильного ступеня вираженості;
- маячних ідей матеріального збитку, пограбування, обкрадання і маячних висловлювань «будинки не є його будинком»;
- нерозгорнутих, несистематизованих і уривчастих маячних ідей, які не мають тенденцію до розширення над систематизованими маячними ідеями;
- галюцинаторно-параноїдного синдрому, що перебігав в рамках параноїду, амнестичної або конфабуляторної сплутаності, параноїдного маячного розладу та галюциноза;

- поєднання галюцинаторних і параноїдних розладів з частою/дуже частою неадекватною поведінкою помірно-сильного ступеня вираженості; частими/дуже частими розладами ритму день/ніч помірно-сильного ступеня вираженості; періодичними станами збудження помірно-сильного ступеня вираженості; частими станами апатії помірно-сильного ступеня вираженості.

Таким чином, отримані дані слід враховувати при проведенні диференціальної діагностики пацієнтів зі змішаною деменцією ТСВ, ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Международная организация по болезни Альцгеймера и Всемирная организация здравоохранения. «Деменция: приоритет общественного здравоохранения». Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2012 г. ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/14/9789244564455\\_ru.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/14/9789244564455_ru.pdf?ua=1)).
2. The epidemiology and impact of dementia: current state and future trends. Geneva: World Health Organization; 2015 (документ WHO/MSD/MER/15.3; [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/dementia\\_thematic-brief\\_epidemiology.pdf](http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematic-brief_epidemiology.pdf)).
3. Rubinstein E, Duggan C, Landingham B Van, Thompson D, Warburton W. A call to action: The global response to dementia through policy innovation. Report of the WISH Dementia Forum 2015. ([http://mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/WISH\\_Dementia\\_Forum\\_Report\\_08.01.15\\_WEB.pdf](http://mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/WISH_Dementia_Forum_Report_08.01.15_WEB.pdf)).
4. Актуальні питання геронтопсихіатрії: навчальний посібник [Текст] / [І.Я. Пінчук, В.В. Чайковська, Л.А. Стадник, О.А. Левада, М.М. Пустовойт, М.І. Ширяєва]. - Тернопіль: Термограф, 2010. - 431с.
5. Марута, Н.О. Овладение обновленной системой диагностических подходов и критериев DSM-5: возможности для специалистов, работающих в сфере психического здоровья // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2017. – Т.8, №1. – С.92-103
6. Pruszyński, J. Non-cognitive symptoms of dementia [Текст] / J. Pruszyński // *Medyczynych*. – 2015. – Vol.7. – P. 477-481.
7. Reisberg, B. Behavioral pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) rating scale [Текст] / B. Reisberg, S.R. Auer, I.M. Monteiro // *Int. Psychogeriatr*. – 1996. – Vol.8(3). – P. 301-308.
8. Пінчук І.Я., Левада О.А., Череди́ченко Н.В. Українська адаптована версія NPI та досвід застосування. *Архив Психіатрії*. – 2013. – Т. 19, 3 (74). – С. 63-68.
9. Jacqueline K.Kueper, Mark Speechley and Manuel Montero-Odasso. The Alzheimer's Disease Assessment Scale–Cognitive Subscale (ADAS-Cog): Modifications and Responsiveness in Pre-Dementia Populations. *A Narrative Review. J Alzheimers Dis*. 2018; 63(2): 423–444.