

УДК 616.89-008.46(47):616.831.9

## СТРУКТУРА КОГНІТИВНИХ ТА НЕКОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОЇДНИМИ РОЗЛАДАМИ ПРИ ЗМІШАНІЙ ДЕМЕНЦІЇ

К. В. Шевченко-Бітенський

---

**Костянтин Валерійович Шевченко-Бітенський** Державна установа «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології Міністерства охорони здоров'я України», пров. Лермонтовський, 6, м. Одеса, Україна, 65014  
380482@gmail.com; ORCID ID: 0000-0003-4572-3539

---

Мета дослідження – визначити специфіку когнітивних порушень та клініко-психопатологічних особливостей у пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами при змішаній деменції.

У дослідженні прийняло участь 72 пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами при змішаній деменції (основна група) та 61 пацієнт зі змішаною деменцією, без психотичних розладів (контрольна група).

Для реалізації мети та завдань дослідження використовувався комплексний підхід, що реалізовувався за допомогою наступних методів дослідження: клініко-психопатологічний метод (структуроване інтерв'ю, що проводилось в рамках клініко-феноменологічного і психопатологічного підходів в психіатрії); елементарні нейропсихологічні дослідження основних когнітивних функцій хворих (складання картинок, розуміння оповідань і сюжетних картин, встановлення послідовності подій, класифікація, виключення зайвого, виділення істотних ознак, пошук аналогій, визначення та порівняння понять, формування штучних понять, підбір слів-антонімів), що проводились в процесі структурованого інтерв'ю; коротка шкала оцінки психічного статусу Mini-Mental State Examination (MMSE); Монреальська шкала когнітивної оцінки (MoCa); шкала поведінкових розладів (BEHAVE-AD) та некогнітивні секції шкали оцінки хвороби Альцгеймера (ADAS-Non Cog). В результаті проведення дослідження були встановлені особливості когнітивних порушень при змішаній деменції з галюцинаторно-параноїдними розладами, до яких відносилися: зниження концентрації уваги, порушення праксису, гнозису, відстроченого відтворення, навичок рахування, мислення (мотиваційного, операційного компонентів мислення та критичності) та орієнтації у власній особистості. Визначені психопатологічні особливості галюцинаторно-параноїдних розладів в структурі змішаної деменції, які включали: маячні ідеї про нечесність оточуючих, галюцинації, розлади депресивного спектру, бродяжництво, безцільну активність (когнітивна булімія), неадекватну поведінку, порушення циркадного ритму, страх залишитися одному.

Виділені особливості необхідно враховувати в процесі діагностики і лікування пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами при змішаній деменції.

**Ключові слова:** галюцинаторно-параноїдні розлади, змішана деменція, когнітивні порушення, клініко-психопатологічні особливості.

## Вступ

Деменція, попри значну кількість досліджень, залишається однією з найбільш проблемних патологій [1, 2]. На підставі даних різних досліджень зазначено, що когнітивні порушення різних ступенів тяжкості виявляють у 40–70 % пацієнтів зі змішаною деменцією [1, 3, 4]. Основними причинами деменції виступають нейродегенеративні (серед них на першому місці хвороба Альцгеймера), судинні захворювання головного мозку та їх поєднання [2, 5, 6]. Кількість хворих зі змішаними деменціями (ЗД), за різними епідеміологічними даними, варіює від 4 % у віці від 70 років і старше до 32 % у віці понад 85 років [3, 6]. Останнім часом проблема деменції є однією з провідних причин інвалідизації і смертності хворих [7–9].

За даними епідеміологічних досліджень клінічно значущі некогнітивні психічні розлади спостерігаються у 61,0% із загальної популяції пацієнтів з деменцією [9]. Частота некогнітивних симптомів деменції у хворих, що знаходяться в стаціонарах, сягає 80 % [6, 10]. Встановлено, що у 9 з 10 хворих зі ЗД в період захворювання розвивається принаймні один психотичний або поведінковий симптом, а у 75 % пацієнтів з'являються два або більше таких симптомів [3, 11, 12]. За даними різних авторів некогнітивні психічні порушення при ЗД представлені різними розладами і порушеннями психіки і поведінки, які визнаються настільки ж значущими для хворих на ЗД, як і прояви когнітивного дефіциту. Некогнітивні психічні розлади є джерелом значного дистресу і призводять до зниження якості життя як самих хворих, так і осіб, які доглядають за ними [4].

Однак, протягом останніх років не досягнуто прогресу стосовно вчасної діагностики та лікування деменцій та пов'язаних з ними когнітивних та психопатологічних порушень [8, 10]. Активно вивчаються фактори ризику виникнення деменції, але поки що немає однозначних рекомендацій для запобігання їх розвитку [5, 10, 12]. Попри значну кількість наукових досліджень, проблема діагностики, профілактики та лікування когнітивних та некогнітивних порушень у пацієнтів з деменцією залишається не розв'язаною, що й обумовило актуальність дослідження.

**Мета дослідження** – визначити специфіку когнітивних порушень та клініко-психопатологічних особливостей у пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами (ГПР) при ЗД.

**Об'єкт та методи дослідження.** Вивчення клініко-психопатологічної структури ГПР у хворих ЗД було проведено на вибірці 72 пацієнтів (F00.1 (1-2); F01.3 (1-2)), які склали основну групу. В якості контрольної

групи в дослідженні брали участь 61 пацієнт зі ЗД без ГПР (F00.1; F01.3).

В дослідженні використовувався комплексний підхід, що реалізовувався за допомогою наступних методів дослідження: клініко-психопатологічний метод (структуроване інтерв'ю, що проводилось в рамках клініко-феноменологічного і психопатологічного підходів в психіатрії); елементарні нейропсихологічні дослідження основних когнітивних функцій хворих на деменцію (складання картинок, розуміння оповідань і сюжетних картин, встановлення послідовності подій, класифікація, виключення зайвого, виділення істотних ознак, пошук аналогій, визначення та порівняння понять, формування штучних понять, підбір слів-антонімів), що проводились в процесі структурованого інтерв'ю; коротка шкала оцінки психічного статусу Mini-Mental State Examination (MMSE); Монреальська шкала когнітивної оцінки (MoCa); шкала поведінкових розладів (BEHAVE-AD) та некогнітивні секції шкали оцінки хвороби Альцгеймера (ADAS-Non Cog) [13–16].

**Обговорення результатів.** Аналіз результатів вивчення, проведеного за допомогою шкал MMSE, MoCa і елементарних нейропсихологічних досліджень, основних когнітивних порушень у пацієнтів з ГПР при ЗД, представлені на рисунку 1.

Як свідчать представлені дані, що у хворих з ГПР при ЗД переважали: розлади праксису, що проявлялось у порушеннях зорово-конструктивних навичок ( $46,5 \pm 6,7$  %, ДК = - 1,20, MI = 0,10, при  $p < 0,04$ ); гнозису, що виражалось у складностях в розумінні інструкцій ( $74,9 \pm 6,9$  %, ДК = - 1,09, MI = 0,10, при  $p < 0,04$ ); порушення серійного рахування ( $77,8 \pm 9,5$  %, ДК = - 1,20, MI = 0,11, при  $p < 0,01$ ); зниження рівню відстроченого відтворення, пов'язаного з порушенням кодування ( $86,0 \pm 10,4$  %, ДК = - 1,15, MI = 0,11, при  $p < 0,006$ ); зниження концентрації уваги ( $63,2 \pm 8,3$  %, ДК = - 1,44, MI = 0,14, при  $p < 0,009$ ); помилки повторення фраз ( $61,1 \pm 8,1$  %, ДК = - 1,22, MI = 0,10, при  $p < 0,02$ ); порушення орієнтації у власній особистості ( $50,0 \pm 3,7$  %, ДК = - 2,48, MI = 0,17, при  $p < 0,03$ ).

Були виражені також порушення мислення ( $75,0 \pm 9,5$  %), які проявлялись у порушеннях узагальнення ( $79,2 \pm 9,9$  %, ДК = - 1,65, MI = 0,21, при  $p < 0,001$ ), формально-логічних операцій ( $84,7 \pm 10,6$  %, ДК = - 1,34, MI = 0,15, при  $p < 0,002$ ), формулювання висновків ( $83,3 \pm 10,4$  %, ДК = - 1,38, MI = 0,16, при  $p < 0,002$ ), мотиваційного компонента мислення ( $80,6 \pm 10,0$  %, ДК = - 2,14, MI = 0,34, при  $p < 0,0001$ ) і критики ( $90,3 \pm 11,1$  %, ДК = - 1,85, MI = 0,29, при  $p < 0,00002$ ).

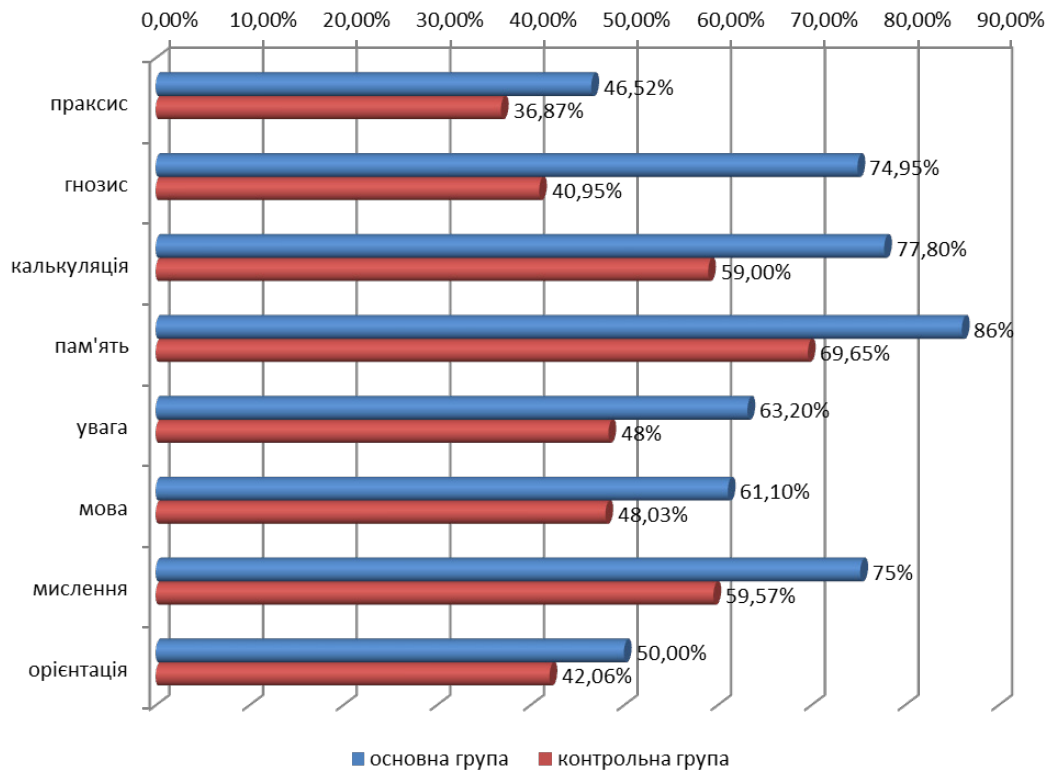


Рисунок 1 – Порушення когнітивних функцій у пацієнтів ГПР при ЗД

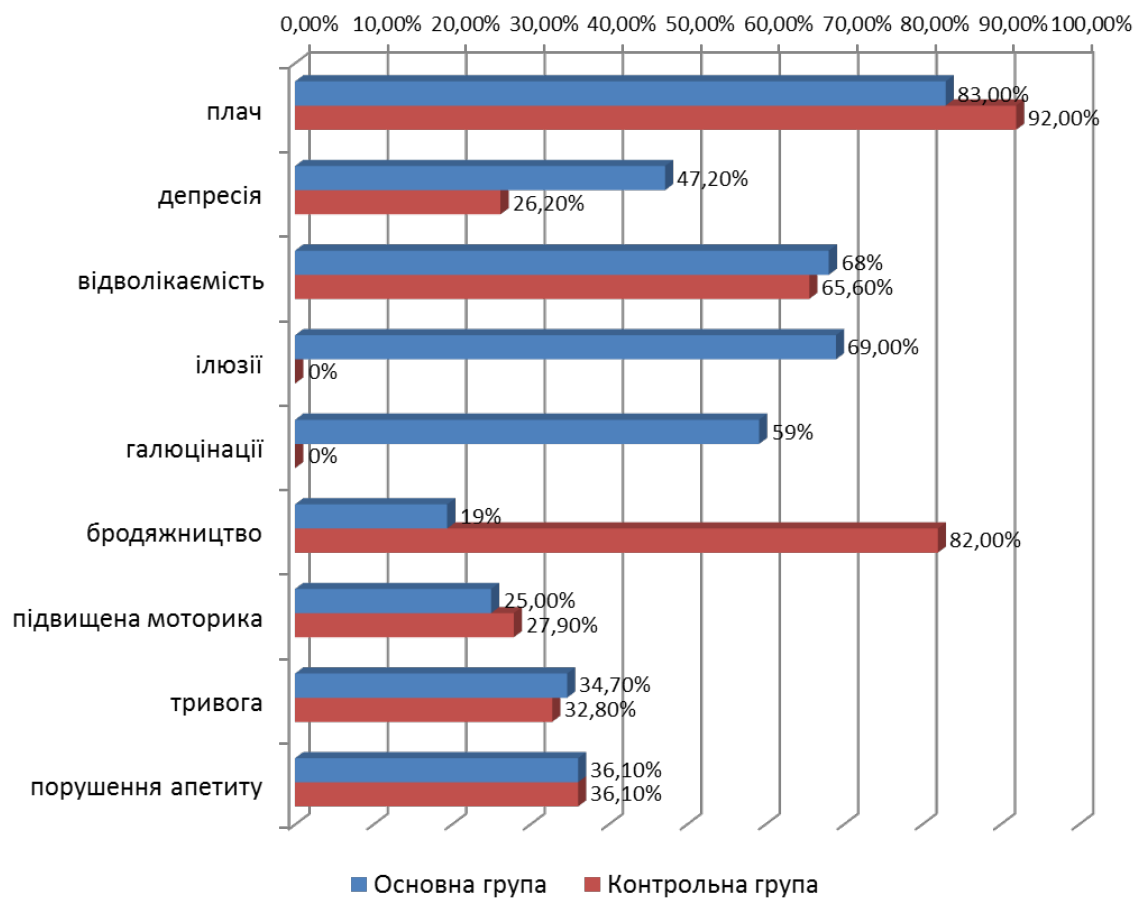


Рисунок 2 – Некогнітивні психопатологічні розлади у пацієнтів з ГПР в структурі ЗД (за даними ADAS-NonCog)

Результати вивчення психопатологічних і поведінкових розладів у хворих з ЗД основної групи, проведеного за допомогою шкали поведінкових розладів BEHAVE-AD, представлені в таблиці 1.

Згідно з результатами вивчення психопатологічних і поведінкових розладів у хворих зі ГПР при ЗД, з групи параноїдних і паранояльних розладів переважали маревні ідеї та висловлювання «Про нечесність оточуючих хворого осіб» (20,8 %,  $p < 0,05$ ) і висловлювання з приводу «відмови від хворого» (15,3 %,  $p < 0,01$ ), а також зорові ( $18,1 \pm 2,1$ ) % і слухові ( $22,2 \pm 2,6$ ) % галюцинації.

З групи порушень активності у хворих основної групи спостерігалися: бродяжництво (втеча з дому або від

особи, що доглядає) (19,4 %,  $p < 0,01$ ), безцільна активність (когнітивна булімія) (29,2 %, ДК = 2,09, MI = 0,12, при  $p < 0,05$ ), неадекватна поведінка (23,6 %, ДК = 3,80, MI = 0,26, при  $p < 0,02$ ), а також – розлади ритму день / ніч (77,8 %, ДК = 0,96, MI = 0,10, при  $p < 0,02$ ), знижений настрій (47,2 %,  $p < 0,05$ ) та страх залишитися одному (27,8 %, ДК = 2,75, MI = 0,18, при  $p < 0,03$ ).

Результати вивчення некогнітивних психопатологічних розладів хворих основної групи з ЗД за шкалою ADAS-NonCog, представлені на рисунку 2.

Згідно з результатами, представленими на рисунку 2, в клініці некогнітивних розладів хворих основної групи, поряд з галюцинаторною симптоматикою, вияв-

Таблиця 1

### Особливості психопатологічної симптоматики і поведінкових розладів у хворих з ГПР при ЗД (за даними BEHAVE-AD)

Психопатологічна симптоматика і поведінкові розлади	Основна група	Контрольна група
	% $\pm$ m%	
1	2	3
<b>1. Параноїдні і паранояльні розлади</b>		
Маячні висловлювання: «Крадуть речі»	12,5 $\pm$ 1,5	-
Маячні висловлювання: «Будинок не є його будинком»	11,1 $\pm$ 1,4	-
Людина, що доглядає, є самозванцем	5,6 $\pm$ 0,8	-
Маячні висловлювання з приводу відмови від хворого (наприклад, напрямом в стаціонар)	15,3 $\pm$ 1,8 **	-
Маячні висловлювання про нечесність	20,8 $\pm$ 2,4 *	-
Маячні установки (інші) ***	6,9 $\pm$ 0,9	-
<b>2. Галюцинації</b>		
Зорові галюцинації	18,1 $\pm$ 2,1	-
Слухові галюцинації	22,2 $\pm$ 2,6	-
Нюхові галюцинації	9,7 $\pm$ 1,2	-
Тактильні галюцинації	9,7 $\pm$ 1,2	-
<b>3. Порушення активності</b>		
Бродяжництво (втеча з дому або від доглядає особи)	19,4 $\pm$ 2,2 **	8,2 $\pm$ 2,1
Безцільна активність (когнітивна абулія)	29,2 $\pm$ 3,3 *	18,0 $\pm$ 3,6
Неадекватна поведінка	23,6 $\pm$ 2,7 **	9,8 $\pm$ 2,2
<b>4. Агресивність</b>		
Вербальна агресія	13,9 $\pm$ 1,7	16,4 $\pm$ 3,3
Загроза фізичної розправи або насильства	13,9 $\pm$ 1,7	13,1 $\pm$ 3,0
<b>5. Тривожність</b>		
34,7 $\pm$ 4,0		
32,8 $\pm$ 4,6		
<b>6. Порушення ритму день / ніч</b>		
77,8 $\pm$ 9,5 *		
62,3 $\pm$ 7,0		
<b>7. Афективні порушення</b>		
Плаксивість	8,3 $\pm$ 1,0	8,2 $\pm$ 2,1
Знижений настрій	47,2 $\pm$ 5,2 *	26,2 $\pm$ 4,1
<b>8. Тривога і фобія</b>		
Тривога з приводу майбутніх подій	12,5 $\pm$ 1,5	11,5 $\pm$ 2,7
Інші прояви тривоги ***	9,7 $\pm$ 1,2	8,2 $\pm$ 2,1
Страх залишитися одному	27,8 $\pm$ 3,1 *	14,8 $\pm$ 3,1
Інші фобії ***	4,2 $\pm$ 0,6	3,3 $\pm$ 1,1
Умовні позначення: * - відмінності статистично достовірні при $p < 0,05$ ; ** - відмінності статистично достовірні при $p < 0,01$ ; *** - при наявності представлені в описовій частині		

лялися: розлади депресивного спектру, відволікання, підвищена моторика, тривога і порушення апетиту. При цьому, в порівнянні з контрольною групою, достовірно частіше у хворих основної групи виявлялися: розлади депресивного спектру (47,2 % проти 26,2 % в контрольній групі, ДК = 2,55, МІ = 0,27, при  $p < 0,006$ ); бродяжництво (19,4 % проти 8,2 % відповідно, ДК = 3,75, МІ = 0,21, при  $p < 0,03$ ).

Виявлені особливості когнітивного функціонування при ЗД підтверджують дані інших дослідників про наявність специфічних когнітивних порушень, пов'язаних з зниженням пізнавальної діяльності та порушенням функціональних здібностей. Також вказується, що крім когнітивних порушень, клінічну картину деменції формують некогнітивні нейропсихічні розлади, поширеність яких досягає 50-100 % [17, 20]. Нейропсихічні некогнітивні розлади характеризуються різними симптомами, що пов'язано з гетерогенністю деменції. Основні прояви включають в себе агресію, ажитацію, бродяжництво, сексуальне розгалумування, апатію, депресію і тривогу [17]. Рядом авторів доведено, що найбільш часто поведінкові і психопатологічні симптоми деменції виявляються при хворобі Альцгеймера і ЗД (відповідно, у 69,7 і у 68,0% хворих), у той час коли при ЗД некогнітивні психічні розлади зустрічається майже в 2 рази рідше [18].

При ЗД некогнітивні психічні розлади в структурі деменції представлені широким спектром різноманітних станів, які характеризуються рисами як ендормних розладів (маячні, депресивні і тривожні), так і органічних порушень (апатія, агресія, зміни ритму сон-неспаня і т.д.) [17, 19, 20].

### Висновки.

1. В результаті проведення дослідження були встановлені особливості порушень при ЗД з ГПР, до яких відносилися: зниження концентрації уваги, порушення праксису, гнозису, відстроченого відтворення, навичок рахування, мислення (мотиваційного, операційного компонентів мислення та критичності) та орієнтації у власній особистості.

2. Визначені психопатологічні особливості ГПР в структурі ЗД, які включали: маячні ідеї про нечесність оточуючих, галюцинації, розлади депресивного спектру, бродяжництво, безцільну активність (когнітивна булімія), неадекватну поведінку, порушення циркадного ритму, страх залишитися одному.

Таким чином, отримані дані слід враховувати при діагностиці та лікуванні пацієнтів з ГПР в структурі ЗД.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Dementia: a public health priority / World Health Organization, Alzheimer's Disease International // World Health Organization. – 2012. – P. 23. URL: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/).
2. Dementia / NICE CG42 (UK) – National Institute for Health and Care Excellence. United Kingdom, 2015. – 58 p.
3. The epidemiology and impact of dementia: current state and future trends. Geneva: World Health Organization. – 2015. URL: [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia\\_thematicbrief\\_epidemiology.pdf](http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf).
4. Марута Н. А. Раннее вмешательство при деменции: проблемы и решения [Электронный ресурс] / Н. А. Марута // Український медичний часопис. – 2019. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.umj.com.ua/wp-content/uploads/2019/04/Cognit.pdf?upload=>
5. Слободин Т.Н. Деменция нейродегенеративного происхождения (подходы к диагностике и лечению) / Т.Н. Слободин // Український неврологічний журнал. – 2012. – № 3. – С. 9-19.
6. Wu Yu-Tzu. Dementia in western Europe: epidemiological evidence and implications for policy making / Yu-Tzu Wu, L. Fratiglioni, F.E. Matthews et al. // The Lancet Neurology. – 2016. – Vol. 15 (1). – P. 116-124.
7. Марута Н.А. Клинико-психопатологические особенности больных с суицидальным поведением при смешанной форме деменции / Н.А. Марута, А.А. Потапов, И.Г. Мудренко, Д.Д. Сотников // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2018. – Том 8, № 1. – С. 46-59.
8. Международная организация по болезни Альцгеймера и Всемирная организация здравоохранения. «Деменция: приоритет общественного здравоохранения». Женева: Всемирная организация здравоохранения. – 2012 г. URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/%209789244564455\\_ru.pdf;jsessionid=FE8A6E82E30B21C278EDBD11597166F8?sequence=14](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/%209789244564455_ru.pdf;jsessionid=FE8A6E82E30B21C278EDBD11597166F8?sequence=14)
9. Актуальні питання геронтопсихіатрії: навчальний посібник / [І.Я. Пінчук, В.В. Чайковська, Л.А. Стадник, О.А. Левада, М.М. Пустовойт, М.І. Ширяєва]. – Тернопіль: Тернограф, 2010. – 431 с.
10. Чухловина М.Л. Деменция: диагностика и лечение / М.Л. Чухловина. – Санкт-Петербург: Питер, 2010. – 266 с.
11. 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. – Vol. 9 (6). – P. 759-771.
12. Donovan N.J. Regional Cortical Thinning Predicts Worsening Apathy and Hallucinations Across the Alzheimer Disease Spectrum / N.J. Donovan, L.P. Wadsworth, N. Lorusi, J.J. Locascio, D.M. Rentz, K.A. Johnson, R.A. Sperling, G.A. Marshall // Am. J. Geriatr. Psychiatry. – 2014. – V. 22 (11). – P. 1168-1179.
13. Folstein M.F. "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician / M.F. Folstein, S.E. Folstein, P.R. McHugh. // J. Psychiatr. Res. – 1975. – Vol. 12 (3). – P. 189-198.
14. Nasreddine Z.S. The Montreal Cognitive Assessment MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment / Z.S. Nasreddine, N.A. Phillips, V. Bedirian et al. // J. Am. Geriatr. Soc. – 2005. – Vol. 53 (4). – P. 695-699.
15. Reisberg, B. Behavioral pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) rating scale / B. Reisberg, S.R. Auer, I.M. Monteiro // Int. Psychogeriatr. – 1996. – Vol. 8 (3). – P. 301-308.
16. 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. – Vol. 63 (2). – P. 423-444.
17. Менделевич Е.Г. Когнитивные и некогнитивные нейропсихические расстройства при деменции и методы их коррекции / Е.Г. Менделевич // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2017. – № 9 (2). – P. 65-70.
18. Кольхалов И.В. Некогнитивные психические расстройства при болезни Альцгеймера: эпидемиологические, клинико-психопатологические, прогностические и терапевтические аспекты: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. – 14.01.06. – Москва, 2017. – 48 с.

19. Дамулин И.Б. Когнитивные расстройства при цереброваскулярной патологии / И.Б. Дамулин // Новини медицини та фармації. – 2011. – № 5 (356). <http://www.mif-ua.com/archive/article/16362>

20. Gorelick P. B. Vascular Contributions to Cognitive Impairment and Dementia: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/

American Stroke Association / P. B. Gorelick, A. Scuteri, S. E. Black, C. DeCarli, S. M. Greenberg et. al. // Stroke. – 2011. – Vol. 42, Issue 9. – P. 2674–2713. DOI: 10.1161/strokeaha.111.634279

## REFERENCES

1. World Health Organization and Alzheimer's Disease. International Dementia: a public health priority. 2012, p. 23. URL: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/).

2. Dementia. NICE CG42 (UK). National Institute for Health and Care Excellence. 2015, p. 58.

3. Geneva: World Health Organization. The epidemiology and impact of dementia: current state and future trends. 2015. URL: [https://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/dementia\\_thematicbrief\\_epidemiology.pdf](https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf)

4. Maruta N.A. Early Dementia Intervention: Problems and Solutions. Ukrainian Medical Journal, 2019. URL: <https://www.umj.com.ua/wp/wpcontent/uploads/2019/04/Cognit.pdf?upload> [In Ukr.]

5. Slobodin T.N. Dementia of neurodegenerative origin (approaches to diagnosis and treatment). Ukrainian Neurological Journal. 2012, no 3, pp. 9-19. [In Ukr.]

6. Wu Yu-Tzu, Fratiglioni L., Matthews F.E. et al. Dementia in western Europe: epidemiological evidence and implications for policy. The Lancet Neurology. 2016. Vol. 15 (1). pp. 116-124.

7. Maruta N.A., Potapov A.A., Mudrenko I.G., Sotnikov D.D. Clinical and psychopathological features of patients with suicidal behavior in a mixed form of dementia. Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology. 2018. Vol. 8, no 1, pp. 46-59. [in Ukr.]

8. Alzheimer's International Organization and World Health Organization. Dementia: a public health priority. 2012. URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/%209789244564455\\_ru.pdf;jsessionid=FE8A6E82E30B21C278EDBD11597166F8?sequence=14](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/%209789244564455_ru.pdf;jsessionid=FE8A6E82E30B21C278EDBD11597166F8?sequence=14)

9. Pinchuk I.Ya., Chaykovs'ka V.V., Stadnyk L.A., Levada O.A., Pustovoyt M.M., Shyryayeva M.I. Actual nutrition of the Herontopsychological Institute: first-hand post. 2010. p. 431. [In Ukr.]

10. Chukhlovina M.L. Dementia: diagnosis and treatment. 2010. p. 266. [In Russ.]

11. D'Onofrio G., Sancarolo D., Panza F., Copetti M. et al. Neuropsychiatric symptoms and functional status in Alzheimer's disease and vascular dementia patients. Curr. Alzheimer Res. 2012. Vol. 9 (6). pp. 759-771.

12. Donovan N.J., Wadsworth L.P., Lorus N., Locascio J.J., Rentz D.M. Regional Cortical Thinning Predicts Worsening Apathy and Hallucinations Across the Alzheimer Disease Spectrum. Am. J Geriatr. Psychiatry. 2014. V. 22 (11). pp. 1168-1179.

13. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J. Psychiatr. Res. 1975. Vol. 12 (3). pp. 189-198.

14. Nasreddine Z.S., Phillips N.A., Bedirian V. et al. The Montreal Cognitive Assessment MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. J. Am. Geriatr. Soc. 2005. Vol. 53 (4). pp. 695-699.

15. Reisberg B., Auer S.R., Monteiro I.M. Behavioral pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) rating scale. Int. Psychogeriatr. 1996. Vol. 8 (3). pp. 301-308.

16. 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 Populationsю A Narrative Review. J Alzheimers Dis. 2018. Vol. 63 (2), pp. 423-444.

17. Mendelevich Ye.G. Cognitive and non-cognitive neuropsychiatric disorders in dementia and methods for their correction. Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika. 2017. Vol. 9, no. 2, pp. 65-70. [In Russ.]

18. Kolykhalov I.V. Non-cognitive mental disorders in Alzheimer's disease: epidemiological, clinical, psychopathological, prognostic and therapeutic aspects. 2017. 48 p. [In Russ.]

19. Damulin I.B. Cognitive disorders in cerebrovascular pathology. Medicine and pharmacy news. 2011, no 5, p. 356. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/16362> [In Ukr.]

20. Gorelick P.B., Scuteri A., Black S.E., DeCarli C., Greenberg S.M., Iadecola C., et. al. Vascular contributions to cognitive impairment and dementia: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2011. Vol. 42, pp. 2672–2713. DOI: 10.1161/strokeaha.111.634279

## СТРУКТУРА КОГНИТИВНИХ И НЕКОГНИТИВНИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ СМЕШАННОЙ ДЕМЕНЦИИ

**Константин Валерьевич Шевченко-Битенский**

Государственное учреждение «Украинский научно-исследовательский институт медицинской реабилитации и курортологии Министерства здравоохранения Украины», пер. Лермонтовский, 6, г. Одесса, Украина, 65014  
380482@gmail.com; ORCID ID: 0000-0003-4572-3539

Цель исследования – определить специфику когнитивных нарушений и клиничко-психопатологических особенностей у пациентов с галлюцинаторно-параноидными расстройствами при смешанной деменции.

В исследовании приняло участие 72 пациента с галлюцинаторно-параноидными расстройствами при смешанной деменции (основная группа) и 61 пациент со смешанной деменцией без психотических расстройств (контрольная группа).

Для реализации цели и задач исследования использовался комплексный подход, который реализовывался с помощью следующих методов исследования: клиничко-психопатологический метод (структурированное интервью, проведенное в рамках клиничко-феноменологического и психопатологического подходов в психиатрии), элементарные нейропсихологические исследования основных когнитивных функций (составление картинок, понимание рассказов и сюжетных картин, установление последовательности событий, классификация, исключение лишнего, выделение существенных признаков, поиск аналогий, определение и сравнение понятий, формирования искусственных понятий,

подбор слов-антонимов), проводимых в процессе структурированного интервью; короткая шкала оценки психического статуса Mini-Mental State Examination (MMSE); Монреальская шкала когнитивной оценки (MoCa); шкала поведенческих расстройств (BEHAVE-AD) и некогнитивные секции шкалы оценки болезни Альцгеймера (ADAS-Non Cog). В результате проведения исследования были выявлены особенности когнитивных нарушений при смешанной деменции с галлюцинаторно-параноидными расстройствами, к которым относились: снижение концентрации внимания, нарушения праксиса, гнозиса, отсроченного воспроизведения, навыков счета, мышления (мотивационного, операционного компонентов мышления и критичности) и ориентации в собственной личности. Изучены психопатологические особенности галлюцинаторно-параноидных расстройств в структуре смешанной деменции, которые включали: бредовые идеи о нечестности окружающих, галлюцинации, расстройства депрессивного спектра, бродяжничество, бесцельную активность (когнитивная булимия), неадекватное поведение, нарушение циркадного ритма, страх остаться одному.

Выделенные особенности необходимо учитывать в процессе диагностики и лечения пациентов с галлюцинаторно-параноидными расстройствами при смешанной деменции.

**Ключевые слова:** галлюцинаторно-параноидные расстройства, смешанная деменция, когнитивные нарушения, клинико-психопатологические особенности.

## THE STRUCTURE OF COGNITIVE AND NON-COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH HALLUCINATORY-PARANOID DISORDERS IN MIXED DEMENTIA

---

**Konstantin  
V. Shevchenko-Bitensky**

State Institution «Ukrainian Research Institute of Medical Rehabilitation and Resorts of the Ministry of Health of Ukraine, Lermontov, 6, Odesa, Ukraine, 65014  
380482@gmail.com; ORCID ID: 0000-0003-4572-3539

---

The aim of the study was to determine the specifics of cognitive impairment and clinic-psychopathological characteristics in patients with hallucinatory-paranoid disorders in mixed dementia.

In study involved 72 patients with hallucinatory-paranoid disorders in mixed dementia (main group) and 61 patients with mixed dementia without psychotic disorders (control group).

To achieve the goals and objectives of the study a comprehensive approach was used, which was implemented using the following research methods: the clinic-psychopathological method (a structured interview conducted as part of the clinical, phenomenological and psychopathological approaches in psychiatry), elementary neuropsychological studies of the main cognitive functions of patients (compilation of pictures, understanding of stories and plot pictures, establishing a sequence of events, classification, elimination of excess, highlight significant features, search for analogies, definition and comparison of concepts, formation of artificial concepts, selection antonyms words), held in a structured interview; Mini-Mental State Examination (MMSE) short mental state assessment scale; Montreal Cognitive Assessment Scale (MoCa); Behavioral Disorders Scale (BEHAVE-AD) and non-cognitive sections of the Alzheimer's Disease Rating Scale (ADAS-Non Cog). As a result of the study, features of cognitive impairment in mixed dementia with hallucinatory-paranoid disorders, which included: decreased concentration, impaired praxis, gnosia, delayed reproduction, counting skills, thinking (motivational, operational components of thinking and criticality) and orientation in one's own personality. The psychopathological features of hallucinatory-paranoid disorders in the structure of mixed dementia were determined, which included: delusions about dishonesty of others, hallucinations, disorders of the depressive spectrum, vagrancy, aimless activity (cognitive bulimia), inappropriate behavior, circadian rhythm disturbance, fear of being left alone.

The distinguished features must be taken into account in the process of diagnosis and treatment of patients with hallucinatory-paranoid disorders in mixed dementia.

**Key words:** hallucinatory-paranoid disorders, mixed dementia, cognitive impairment, clinical and psychopathological features.