

<https://doi.org/10.35339/ekm.2019.85.04.07>  
УДК 616.1+159.923:316.6-036.66

**Н.О. Марута<sup>1</sup>, К.В. Шевченко–Бітенський<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

<sup>2</sup>ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України»

## **ПРОГРАМА ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОЇДНИМИ РОЗЛАДАМИ ПРИ ДЕМЕНЦІЯХ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ І СТАДІЇ РОЗВИТКУ І ОЦІНКА ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ**

Розробили програми комплексної персоналізованої програми психосоціальної реабілітації пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами (ГПР) при деменціях різного генезу і стадії розвитку. Результати апробації розробленої програми комплексної персоналізованої психосоціальної реабілітації пацієнтів з ГПР при деменціях різного генезу і стадії розвитку свідчать про більшу її ефективності в порівнянні з традиційними схемами психосоціальної реабілітації хворих цієї категорії, які не враховують виділених нами основних клініко-психопатологічних, когнітивних, конституційно-біологічних, соціально-демографічних, психосоціальних особливостей розвитку і перебігу ГПР у хворих на деменції. Відмінностями розробленої програми є диференціація реабілітаційних впливів в залежності від домінуючого сектору (некогнітивні психопатологічні розлади, когнітивні порушення, порушення соціального функціонування та загально-медичні проблеми); врахування характеру дуальних відносин «хворий на ГПР при деменціях – доглядаюча особа»; стану збереженого ресурсу пацієнта в когнітивній психічній, соматичній і психосоціальній сферах; послідовності та етапності відновлюючих підходів.

**Ключові слова:** галюцинаторно-параноїдні розлади, деменції різного генезу і стадії розвитку, програма комплексної психосоціальної реабілітації, апробація, оцінка ефективності.

### **Вступ**

За даними ВООЗ, у світі зареєстровано 35,6 млн. пацієнтів з деменцією. За прогнозами їх чисельність до 2020 року збільшиться вдвічі, а до 2050 року – більш, ніж втричі [1].

Розповсюдженість деменції, її економічний вплив на родини пацієнтів, на доглядаючих осіб, суспільство у цілому приєднують дану патологію до категорії найбільш значущих проблем суспільної охорони здоров'я [2–6].

У структурі клінічних проявів деменції виділяють когнітивні і некогнітивні порушення. Некогнітивні прояви деменції включають широкий спектр психопатологічних порушень різного рівня тяжкості, до яких відносяться:

депресія, тривога, галюцинації, маячні ідеї, делірії, збудження, агресивна поведінка [7–12].

Разом з тим, найбільший вплив на соціальне функціонування і якість життя пацієнта з деменцією та його оточення надають саме галюцинаторно-маячні розлади, які спричиняють стигматизацію та соціальну ізоляцію даної категорії хворих [4, 13–16].

**Метою даного дослідження** визначена розробка комплексної персоналізованої програми психосоціальної реабілітації пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами при деменціях різного генезу і стадії розвитку та оцінка її ефективності.

### Матеріал і методи

В процесі дослідження були обстежені 147 пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами (ГПР) при деменціях (75 пацієнтів з судинною деменцією (СД) та 72 пацієнти зі змішаною деменцією (ЗД) середньої (ССР) та пізньої стадії розвитку (ПСР)), які склали основну групу.

В якості контрольної групи в дослідженні брали участь 124 пацієнти з СД та ЗД (на різних стадіях розвитку) без ГПР.

Застосований комплекс клініко-психопатологічних, психометричних, психодіагностичних досліджень, а також статистична обробка отриманих даних дозволили визначити основні закономірності та вимоги до ефективних реабілітаційних втручань у даного контингенту пацієнтів.

Для оцінки ефективності розробленої програми комплексної персоніфікованої психосоціальної реабілітації (ПКППР) пацієнтів з ГПР при деменціях був використаний комплексний підхід, що включав застосування клініко-психопатологічного методу, психометричних шкал (шкала поведінкових розладів (BEHAVE-AD); Бристольська шкала активності в повсякденному житті (BADL)), критерії оцінки медикаментозного комплаєнсу Expert Consensus Guidelines та методи математичної обробки отриманих даних [17–20].

Основними принципами розробленої ПКППР пацієнтів з деменціями різного генезу і стадії розвитку є:

- 1) принцип комплексного диференційованого секторно-орієнтованого підходу;
- 2) принцип персоніфікованого підходу в дуальних відносинах «хворий на ГПР при деменціях – доглядаюча особа»;
- 3) принцип ресурсно-орієнтованого підходу;
- 4) принцип поетапного безперервного підходу.

*Принцип комплексного диференційованого секторно-орієнтованого підходу в реабілітації* хворих на деменції включає сукупність біологічних і психосоціальних впливів на всі етіопатогенетичні ланки розвитку і прогресування деменції, виділені, за принципом етіопатогенетичного і клінічного групування мішеней впливу, в чотири основні сектори:

- 1) сектор некогнітивних психопатологічних розладів;
- 2) сектор когнітивних порушень;
- 3) сектор порушень соціального функціонування;
- 4) загальномедичний сектор.

Основними завданнями в межах виділених секторів ПКППР пацієнтів з деменціями різного генезу і стадії розвитку є наступні:

I. У секторі некогнітивних психопатологічних розладів:

- купірування гострих і рецидивів хронічних психотичних, афективних і поведінкових розладів;
- стабілізація психічного стану і профілактика повторних рецидивів психотичних, афективних і поведінкових розладів;
- терапія коморбідних психічних і адиктивних розладів (при їх наявності).

II. У секторі когнітивних порушень:

- відновлення когнітивних функцій хворих з ГПР при деменціях.

III. У секторі порушень соціального функціонування:

- відновлення і підтримання особистісних, професійних і соціальних функцій і ролей хворих з ГПР при деменціях, якості їх життєдіяльності, рівня психосоціальної адаптації та якості життя;
- психосоціальна допомога доглядаючим особам.

IV. У загальномедичному секторі:

- підвищення прихильності хворих з ГПР при деменціях до призначеної терапії;
- терапія коморбідної соматичної і неврологічної патології.

Згідно з принципом комплексного диференційованого секторно-орієнтованого підходу, у кожному секторі при відборі методів і засобів біологічної та психосоціальної терапії хворих на деменції, враховуються виділені в цьому дослідженні:

- 1) фактори ризику розвитку ГПР у хворих на деменції різного походження і стадії розвитку;
- 2) клініко-психопатологічні особливості ГПР і супутніх психопатологічних розладів у хворих з деменціями;
- 3) структура когнітивних порушень у хворих з деменціями;
- 4) характер порушення соціального функціонування у хворих з деменціями;
- 5) коморбідні психічні, адиктивні і соматичні розлади;
- 6) фактори зниження МК у хворих з ГПР при деменціях (фактори, пов'язані з клінікою і генезом деменцій, особливостями психотичних розладів, особливостями терапії, організацією лікування, відносинами з лікарем, соціальними факторами).

Цей принцип також передбачає:

- 1) своєчасність проведення діагностичних і лікувально-реабілітаційних заходів хворим;

2) єдність біологічних (переважно фармакологічних) і психосоціальних (психотерапевтичних, психологічних, соціальних) методів реабілітації хворих цієї категорії;

3) спадкоємність між спеціалізованими лікувальними (психіатричні і соматичні стаціонари, психоневрологічні диспансери, будинки-інтернати для хворих з хронічною психічною патологією і т.ін.) і соціальними установами (спеціалізовані реабілітаційні центри, служби соціальної допомоги і т.ін.), які беруть участь в лікуванні та реабілітації хворих на деменції;

4) спадкоємність між фахівцями, які беруть участь в ПКППР (лікарі психіатри, лікарі інтерністи, лікарі неврологи, лікарі реабілітологи, лікарі психотерапевти, лікарі медичні психологи, соціальні працівники, середній медичний персонал).

При використанні цього підходу кожен з фахівців, що бере участь в реалізації ПКППР пацієнтів з деменціями має свої суворо окреслені функції, які координуються лікарем-психіатром.

*Принцип персоніфікованого підходу в дуальних відносинах «хворий на деменцію-доглядаюча особа»* розширює значення системи соціально-психологічних зв'язків між хворим і доглядаючою особою в структурі ПКППР хворих на деменції.

Такий підхід у проведенні психосоціальної реабілітації хворих на деменції є вкрай важливим в зв'язку з недостатніми соціально-психологічними, професійними і соціально-побутовими можливостями пацієнтів з ГПР при деменціях.

Аналіз соціально-психологічного функціонування, як пацієнта, так і доглядаючої особи дозволяє виявити основні проблеми їх психологічної, соціально-побутової та медичної взаємодії і підібрати необхідні методи і засоби корекції цієї взаємодії, з метою підвищення ефективності реабілітаційних заходів у хворих з ГПР при деменціях різного генезу і стадії розвитку.

Результатом використання цього принципу є розробка індивідуальної програми психосоціальної реабілітації, в якій враховуються клінічні особливості деменції, психотичних, афективних і поведінкових розладів, рівень психосоціального функціонування хворих, а також основні проблеми їх психосоціальної і медичної взаємодії з доглядаючими особами.

Психосоціальний аспект реабілітаційної роботи, що проводиться в рамках дуальних відносин «хворий на деменцію – доглядаюча

особа» включає соціально-психологічну роботу з пацієнтом і з доглядаючою особою.

Використання цієї форм психосоціальної роботи в діаді «хворий на деменцію – доглядаюча особа» дозволяє максимально відтворити втрачені (порушені) суспільні зв'язки і відносини пацієнта, усунути його соціальні обмеження, підвищити рівень життєдіяльності та якості життя.

Принцип ресурсно-орієнтованого підходу в проведенні ПКППР хворих на деменції з ГПР враховує ресурс (збережений потенціал) хворого в когнітивній, психічній, соматичній і психосоціальній (збереження особистісних якостей і рівня професійних, соціальних функцій і життєдіяльності) сферах.

Цей ресурс характеризує стан саногенних біологічних і соціально-психологічних факторів, що протистоять подальшому розвитку когнітивного, психічного і соціального дефіциту хворих з деменціями і визначає межу можливого відновлення порушених функцій.

Послідовний і комплексний вплив на когнітивну, психічну, соматичну та психосоціальну сферу пацієнтів забезпечує цілеспрямований патогенетичний ефект, сприяє компенсації і відновленню втрачених функцій хворих на деменції. Результатом цього впливу стає зниження соціально-побутової залежності хворого з ГПР при деменціях в задоволенні своїх життєвих потреб від доглядаючих осіб, членів сім'ї та соціального оточення.

*Принцип поетапного безперервного підходу* в розробленій ПКППР. Когнітивні, психічні та психосоціальні порушення у хворих з ГПР при деменціях розвиваються внаслідок дифузного, дифузно-осередкового дегенеративного процесу, в цих випадках необхідне проведення поетапної безперервної психосоціальної реабілітації з метою профілактики наростання і (або) компенсації вже наявних порушень психічних процесів та соціального функціонування.

У розробленій ПКППР хворих з ГПР при деменціях виділяються госпітальний і диспансерний етап.

Кожен з етапів поділяється на стадії. Так, госпітальний етап психосоціальної реабілітації включає наступні стадії:

- розширеної діагностики (клініко-психопатологічні, психодіагностичні, психометричні методи);

- невідкладної психіатричної допомоги (купірування гострих і рецидивів хронічних психотичних, афективних і поведінкових роз-

ладів, терапія коморбідних психічних і адиктивних розладів);

– базової психофармакотерапії, психотерапії, психосоціальної терапії (відновлення психічних функцій, корекція соматичної і неврологічної патології).

В структурі диспансерного етапу виділяють наступні стадії:

– підтримуючої психофармакотерапії (стабілізація психічного стану і профілактика повторних розвитків психотичних, афективних і поведінкових розладів, відновлення когнітивних функцій, підвищення прихильності хворих на деменції до терапії, стабілізація соматичного стану та профілактика рецидивів соматичних захворювань);

– соціалізації і реінтеграції хворого на деменції в суспільстві (відновлення і підтримання особистісних, професійних та соціальних функцій і ролей хворих, якості їх життєдіяльності, рівня психосоціальної адаптації та якості життя, психосоціальна та інша допомога доглядаючим особам).

У розробленій для кожного етапу ПКППР визначено показання, цілі, місця проведення, фахівців, які беруть участь в реабілітації, перелік необхідних медикаментозних (нейролептики, антидепресанти, транквілізатори, снодійні, антагоністи NMDA-рецепторів, ІХЕ, засоби, що стимулюють метаболічні процеси головного мозку, статини, антиагреганти, вазоактивні і загальнозміцнюючі засоби), психотерапевтичних (індивідуальна когнітивна психотерапія, когнітивна ремедіація, індивідуальна і групова терапія мистецтвом і творчим самовираженням, сімейна психотерапія), психосоціальних засобів (терапія зайнятістю, тренінг з вироблення і збереження соціально-побутових навичок, освітні програми, соціально-психологічне консультування, соціально-середовищний і соціально-побутовий супровід), засоби фізичної реабілітації (кінетотерапія, лікувальна фізкультура і масаж).

З метою надання психосоціальної допомоги доглядаючим за хворими з ГПР при деменціях особам розроблений і апробований «психоосвітній тренінг для осіб, які доглядають за хворими на деменції».

З метою оцінки ефективності розробленої ПКППР була проведена її апробація. Апробація ПКППР пацієнтів з ГПР при деменціях різного генезу і стадії розвитку була проведена у порівнянні з традиційними схемами психосоціальної реабілітації хворих цієї категорії, які не враховують виділених нами основних

клініко-психопатологічних, когнітивних, конституційно-біологічних, соціально-демографічних, психосоціальних особливостей розвитку і перебігу ГПР у хворих СД і ЗД в ССР і ПСР.

В апробації розробленої програми психосоціальної реабілітації брало участь 76 хворих з ГПР при деменціях, що склали основну групу (39 пацієнтів з СД в ССР і ПСР; 37 пацієнтів зі ЗД в ССР і ПСР). У контрольну групу увійшли 65 хворих з ГПР при деменціях (31 пацієнт з СД в ССР і ПСР; 34 пацієнта з ЗД в ССР і ПСР).

Хворі з ГПР при деменціях основної групи пройшли курс психосоціальної реабілітації за розробленою нами програмою (ПКППР), хворі з ГПР при деменціях контрольної групи – курс реабілітації за традиційними реабілітаційними програмами для цієї категорії пацієнтів.

Критеріями, за допомогою яких оцінювалась ефективність розробленої ПКППР пацієнтів з ГПР при деменціях різного генезу і стадії розвитку, були:

- клінічна динаміка психічного стану;
- динаміка когнітивних функцій (погіршення, відсутність ефекту, мінімальне поліпшення, помірне поліпшення);
- рівень медикаментозного комплаєнсу;
- рівень глобального соціального функціонування і ступінь відновлення основних функцій життєдіяльності;
- динаміка стресового навантаження доглядаючих за хворими осіб.

### Результати та їх обговорення

Аналіз клінічної динаміки психічного стану хворих основної групи, в порівнянні з хворими контрольної групи, показав, що в основній групі серед обстежених достовірно зменшилась частота ГПР (у 10,5 % випадків, при  $p < 0,05$ ), порушень активності (бродяжництво, безцільна активність, неадекватна поведінка) (у 17,1 % випадків, при  $p < 0,05$ ), розгальмованості поведінки (у 3,9 % випадків, при  $p < 0,01$ ) і апатії (у 6,6 % випадків, при  $p < 0,01$ ). В контрольній групі зменшення показників було достовірно менш вираженим.

Вивчення динаміки когнітивного стану хворих основної групи, у порівнянні з хворими контрольної групи, показало, що в основній групі вищою виявилася кількість хворих з мінімальним (у 39,5 % випадків, при  $p < 0,05$ ) і помірним (у 21,1 % випадків, при  $p < 0,01$ ) поліпшенням когнітивних функцій. В контрольній групі ці показники дорівнювали 23,1 % та 7,7 % відповідно.

Аналіз результатів вивчення рівнів медикаментозного комплаєнсу (МК) хворих основ-

ної та контрольної групи показав, що в основній групі після реабілітації виявилось більше пацієнтів з повним МК (у 63,2 % випадків, при  $p < 0,05$ ), тоді як серед хворих контрольної групи більше пацієнтів з частковим (у 33,8 % випадків, при  $p < 0,05$ ) і низьким (у 26,2 % випадків, при  $p < 0,05$ ) МК.

Згідно з результатами апробації у хворих основної групи середньо-групова величина глобального функціонування становила ( $49,3 \pm 7,2$ ) бали [ $42,1-56,5$ ] (при  $p < 0,05$ ), тоді як у хворих контрольної групи – ( $36,4 \pm 5,1$ ) бали [ $31,3-41,5$ ] (при  $p < 0,05$ ).

Результати вивчення факторів обмеження життєдіяльності хворих основної групи показали, що у хворих, які пройшли реабілітацію за ПКППР, на відміну від хворих контрольної групи, покращилися функції життєдіяльності в сферах: приготування їжі [ $(1,2 \pm 0,2)$  бали, при  $p < 0,01$ ], комунікації [ $(1,2 \pm 0,4)$  бали, при  $p < 0,01$ ], здатності робити покупки ( $1,6 \pm 0,4$  бали, при  $p < 0,05$ ) і розпорядження фінансами [ $(1,7 \pm 0,4)$  бали, при  $p < 0,05$ ]. У пацієнтів контрольної групи зазначені показники покращились достовірно менше.

Згідно з результатами вивчення якості виконання соціальних ролей і функцій хворими основної групи, слід констатувати, що у хворих основної групи, достовірно покращилися показники виконання батьківської ролі [ $(2,5 \pm 0,4)$  бали, при  $p < 0,05$ ], якості соціальних контактів [ $(2,0 \pm 0,3)$  бали, при  $p < 0,05$ ], і успішності поведінки в нестандартних і складних умовах [ $(2,6 \pm 0,4)$  бали, при  $p < 0,05$ ]. В контролі таке покращення було менш вираженим.

Згідно з результатами апробації в основній групі хворих переважають доглядаючі особи з відсутністю стресового навантаження від взаємодії з хворими на ГПР при деменціях (у 15,8 % випадків, при  $p < 0,05$ ) і з незначним стресовим навантаженням (в 47,4 % випадків, при  $p < 0,01$ ). Тоді як в контрольній групі хворих переважають доглядаючі особи з помірним стресовим навантаженням від взаємодії з хворими на ГПР при деменціях (у 41,5 % випадків, при  $p < 0,01$ ) і зі значним стресовим навантаженням (в 27,7 % випадків, при  $p < 0,05$ ).

### Література

1. Деменция: приоритет общественного здравоохранения – отчет ВОЗ, 2020. – 112 с.
2. Распопова Н. Ю. Деменция у лиц пожилого возраста (диагностика, терапия и профилактика): учебное пособие / Н. Ю. Распопова. Алматы: КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, 2016. – 108 с.
3. Wimo A. The worldwide societal costs of dementia: Estimates for 2009 / A. Wimo, B. Winblad, L. Jonsson // *Alzheimers and Dementia*. – 2010. – Vol. 6 (2). – P. 98–103.

Проаналізувавши результати вивчення ресурсу сімейної підтримки у хворих основної групи зазначено, що у хворих основної групи виявлялося більше осіб з достатнім ресурсом сімейної підтримки (у 48,7 % випадків, при  $p < 0,05$ ) і менше – з низьким ресурсом сімейної підтримки (в 21,0 % випадків, при  $p < 0,05$ ). В контрольній групі зареєстровано 29,2 % ( $p < 0,05$ ) з достатнім і 38,5 % ( $p < 0,05$ ) – з низьким рівнем сімейної підтримки.

### Висновки

Таким чином, результати апробації розробленої програми комплексної персоніфікованої психосоціальної реабілітації пацієнтів з ГПР при деменціях різного генезу і стадії розвитку свідчать про більшу її ефективність в порівнянні з традиційними схемами психосоціальної реабілітації хворих цієї категорії, які не враховують виділених в роботі клініко-психопатологічних, когнітивних, конституційно-біологічних, соціально-демографічних, психосоціальних особливостей розвитку і перебігу ГПР у хворих СД і ЗД в ССР і ПСР.

Відмінностями розробленої програми є диференціація реабілітаційних впливів залежно від домінуючого сектору (некогнітивні психопатологічні розлади, когнітивні порушення, порушення соціального функціонування та загально-медичні проблеми); врахування характеру дуальних відносин «хворий на ГПР при деменціях – доглядаюча особа»; стану збереженого ресурсу пацієнта в когнітивній, психічній, соматичній і психосоціальній сферах; послідовності та етапності відновлюючих підходів.

Перспективи дослідження, пов'язані з широким впровадженням в систему реабілітації пацієнтів з ГПР при деменціях підходів, орієнтованих на:

- функціональні мішені (некогнітивні та когнітивні порушення, розлади соціального функціонування та загально-медичні проблеми);
- збережені ресурси (в психічній, соматичній, когнітивній та психосоціальній сферах);
- дуальні відносини «хворий на ГПР при деменціях – доглядаюча особа»;
- безперервність реабілітаційних підходів.

4. Uwakwe R. The epidemiology of dependence in older people in Nigeria: prevalence, determinants, informal care, and health service utilization. A 10/66 Dementia Research Group cross-sectional survey / R. Uwakwe // *Journal of the American Geriatrics Society*. – 2009. – Vol. 57 (9). – P. 1620–1627
5. Eriksson S. Developments in dementia strategy / S. Eriksson // *International Journal of Geriatric Psychiatry*. – 2010. – Vol. 25 (9). – P. 885–886.
6. Woods B. Invited commentary on: Non-pharmacological interventions in dementia / B. Woods // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2010. – Vol. 10. – P. 178–179.
7. Марута Н. А. Раннее вмешательство при деменции: проблемы и решения / Н. А. Марута // *Укр. мед. часопис*. – 2019. <https://www.umj.com.ua/wp/wpcontent/uploads/2019/04/Cognit.pdf?upload>
8. Мищенко Т. С. Сосудистая деменция (эволюция взглядов на проблему) / Т. С. Мищенко // *Український вісник психоневрології*. – 2014. – Т.22, вип. 1 (78). – С. 4–11.
9. Mukadam N. A. Systematic review of ethnicity and pathways to care in dementia / N. Mukadam, C. Cooper, G. Livingston // *International Journal of Geriatric Psychiatry*. – 2011. – Vol. 26. – P. 12–20.
10. Левин О. С. Диагностика и лечение деменции в клинической практике / О. С. Левин. – М.: 2014. – 256 с.
11. Суворова И. А. Сосудистая деменция: клиническое течение, факторы риска, дифференциальная терапия; автореферат на соискание уч. степени доктора медицинских наук 14.01.11 / И. А. Суворова. – Иркутск, 2011.
12. Koch T. Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: a systematic review / T. Koch, S. Iliffe // *BMC Family Practice*. – 2010. – Vol. 11 (52). – P. 1–8.
13. Staff training in assisted living: evaluating treatment fidelity / L. Teri, G. L. McKenzie, K. C. Pike, C. J. Farran [et al.] // *International Journal of Geriatric Psychiatry*. – 2010. – Vol. 18. – P. 502–509.
14. Lustenberger I. Psychotropic medication use in Swiss nursing homes / I. Lustenberger, B. Schupbach, A. Von Gunten, U. Mosimann // *Swiss Medical Weekly*. – 2011. – Vol. 141. – w13254.
15. Dua T. Evidence-based guidelines for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries: Summary of WHO recommendations / T. Dua, C. Barbui, N. Clark, A. Fleischmann, V. Poznyak // *PLoS Medicine*. – 2011. – Vol. 8 (11). – e1001122.
16. Low L. F. Recognition, attitudes and causal beliefs regarding dementia in Italian, Greek and Chinese Australians / L. F. Low, K. J. Anstey, S. M. Lackersteen, M. Camit, F. Harrison [et al.] // *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. – 2010. – Vol. 30 (6). – P. 499–508.
17. 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.
18. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високо-спеціалізованої) та паліативної медичної допомоги. Деменція / під ред. А. О. Гаврилюк. К., 2016. – 57 с.
19. Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии: методические рекомендации / НИПНИ им. В.М. Бехтерева: сост.: Н. Б. Лутова с соавт. – СПб., 2007. – 24 с.
20. Антомонов М. Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных / М. Ю. Антомонов. – К., 2006. – 556 с.

## References

1. Dementsiya: prioritet obshchestvennogo zdravookhraneniya – otchet VOZ [Dementia: a public health priority – WHO report] (2020), 112 p. [in Russian].
2. Raspopova N.Y. (2016). *Dementsiya u lyts pozhyloho vozrasta (dyahnostyka, terapiya y profylaktyka)* [Dementia in the elderly (diagnosis, therapy and prevention)]: ucheb. posobie. Almaty: KazNMU im. S.D. Asfendyyarova, 108 p. [in Russian].
3. Wimo A., Winblad B., Jonsson L. (2010). The worldwide societal costs of dementia: Estimates for 2009. *Alzheimers and Dementia*, № 6 (2), pp. 98–103.
4. Uwakwe R. (2009). The epidemiology of dependence in older people in Nigeria: prevalence, determinants, informal care, and health service utilization. A 10/66 Dementia Research Group cross-sectional survey. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 57 (9), pp. 1620–1627.
5. Eriksson S. (2010). Developments in dementia strategy. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 25 (9), pp. 885–886.
6. Woods B. (2010) Invited commentary on: Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 10, pp. 178–179.

7. Maruta N.A. (2019). Ranneye vmeshatelstvo pri dementsii: problemy i resheniya [Early intervention for dementia: problems and solutions]. *Ukrayinskyy medychnyy chasopys – Ukrainian medical journal*, <https://www.umj.com.ua/wp/wpcontent/uploads/2019/04/Cognit.pdf?upload> [in Russian].
8. Mishchenko T.S. (2014). Sosudistaya dementsiya (evolyutsiya vzglyadov na problemu) [Vascular dementia (evolution of views on the problem)]. *Ukrains'kiy visnik psikhonevrologi – Ukrainian Bulletin of Psychoneurology*, vol. 22, № 1 (78), pp. 5–10. [in Russian].
9. Mukadam N., Cooper C., Livingston G. (2011). A systematic review of ethnicity and pathways to care in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 26, pp. 12–20.
10. Levin O.S. (2014). *Diagnostika i lecheniye dementsii v klinicheskoy praktike [Diagnosis and treatment of dementia in clinical practice]*. M.: MEDpress-inform, 256 p. [in Russian].
11. Suvorova I.A. (2011). Sosudistaya dementsiya: klinicheskoye techeniye, faktory riska, differentsirovannaya terapiya [Vascular dementia: clinical course, risk factors, differentiated therapy]. *Doktor's thesis*. 14.01.11. Irkutsk [in Russian].
12. Koch T., Iliffe S. (2010). Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: a systematic review. *BMC Family Practice*, vol. 11 (52), pp. 1–8.
13. Teri L., McKenzie G.L., Pike K.C., Farran C.J. et al. (2010). Staff training in assisted living: evaluating treatment fidelity. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 18, pp. 502–509.
14. Lustenberger I., Schupbach B., Von Gunten A., Mosimann U. (2011). Psychotropic medication use in Swiss nursing homes. *Swiss Medical Weekly*, vol. 141, w13254.
15. Dua T., Barbui C., Clark N., Fleischmann A., Poznyak V. (2011). Evidence-based guidelines for mental, neurological, and substance use disorders in low – and middle-income countries: Summary of WHO recommendations. *PLoS Medicine*, vol. 8 (11), e1001122.
16. Low L.F., Anstey K.J., Lackersteen S.M., Camit M., Harrison F. et al. (2010). Recognition, attitudes and causal beliefs regarding dementia in Italian, Greek and Chinese Australians. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, vol. 30 (6), pp. 499–508.
17. Reisberg B., Auer S.R., Monteiro I.M. (1996). Behavioral pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) rating scale. *Int. Psychogeriatr.*, vol. 8 (3), pp. 301–308.
18. Havrylyuk A.O. (2016). Unifikovannyi klinichnyy protokol pervynnoyi, vtorynnoyi (spetsializovanoyi), tretynnoyi (vysokospetsializovanoyi) ta paliativnoyi medychnoyi dopomohy. Dementsiya [Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized), tertiary (highly specialized) and palliative care. Dementia]. K., 57 p. [in Ukrainian].
19. Lutova N.B. (Eds.) et al. (2007). *Metod prohnozyrovannya medykamentoznoho komplayensa v psykiyatriy: metodicheskye rekomendatsyy [A method for predicting drug compliance in psychiatry: guidelines]*. NYPNY ym. VM Bekhtereva: SPb., 24 p. [in Russian].
20. Antomono M.Yu. (2006) *Matematicheskaya obrabotka i analiz mediko-biologicheskikh dannykh [Mathematical processing and analysis of medical and biological data]*. Kiyev, 556 p. [in Russian].

**Н.А. Марута, К.В. Шевченко-Битенский**

**ПРОГРАММА ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОИДНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ДЕМЕНЦИЯХ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА И СТАДИИ РАЗВИТИЯ И ОЦЕНКА ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ**

Разрабатывали программы комплексной персонифицированной программы психосоциальной реабилитации пациентов с галлюцинаторно-параноидными расстройствами (ГПР) при деменциях различного генеза и стадии развития. Результаты апробации разработанной программы комплексной персонифицированной психосоциальной реабилитации пациентов с ГПР при деменциях различного генеза и стадии развития свидетельствуют о большей ее эффективности по сравнению с традиционными схемами психосоциальной реабилитации больных этой категории, не учитывают выделенных основных клинико-психопатологических, когнитивных, конституционно-биологических, социально-демографических, психосоциальных особенностей развития и течения ГПР у больных деменцией. Различиями разработанной программы является дифференциация реабилитационных воздействий в зависимости от доминирующего сектора (некогнитивные психопатологические расстройства, когнитивные нарушения, нарушения социального функционирования и обще-медицинские проблемы); учета характера дуальных отношений «больной ГПР при деменциях – ухаживающее лицо»; состояния сохраненного ресурса пациента в когнитивной психической, соматической и психосоциальной сферах; последовательности и этапности восстановительных подходов.

**Ключевые слова:** галлюцинаторно-параноидные расстройства, деменции различного генеза и стадии развития, программа комплексной психосоциальной реабилитации, апробация, оценка эффективности.

*N.O. Maruta, K.V. Shevchenko–Bitensky*

**PROGRAM OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH HALLUCINATORY-PARANOID DISORDERS IN DEMENTIAS OF DIFFERENT GENESIS AND STAGE OF DEVELOPMENT AND EVALUATION OF ITS EFFECTIVENESS**

The purpose of this study is to develop a program of complex personalized program of psychosocial rehabilitation for patients with hallucinatory-paranoid disorders (HPR) in dementias of different genesis and stage of development and evaluate its effectiveness. The results of approbation of the developed program of complex personalized psychosocial rehabilitation of patients with HPR in dementias of different genesis and stage of development indicate its greater efficiency in comparison with traditional schemes of psychosocial rehabilitation patients of this category which do not consider socio-demographic, psychosocial features of the development and course of HPR in patients with dementia. The differences of the developed program are the differentiation of rehabilitation effects depending on the dominant sector (non-cognitive psychopathological disorders, cognitive disorders, social dysfunction and general medical problems); taking into account the nature of dual relations «patient with HPR in dementia – caregiver»; the state of the preserved resource of the patient in the cognitive mental, somatic and psychosocial spheres; sequence and phasing of restorative approaches.

**Keywords:** *hallucinatory-paranoid disorders, dementias of different genesis and stage of development, program of complex psychosocial rehabilitation, approbation, evaluation of efficiency.*

*Надійшла до редакції 15.11.2019*

**Контактна інформація**

*Марута Наталія Олександрівна* – доктор медичних наук, професор, заступник директора з науково-дослідної роботи, керівник відділу пограничної психіатрії Державної установи «Інститут неврології, психіатрії і наркології Національної академії медичних наук України».

Адреса: Україна, 61068, м. Харків, вул. Ак. Павлова, 46.

Тел.: +380577255813.

E-mail: mscience@ukr.net.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6619-9150>.

*Шевченко-Бітенський Костянтин Валерійович* – старший науковий співробітник Державної установи «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології Міністерства охорони здоров'я України», м. Одеса.

Адреса: Україна, 65014, м. Одеса, пров. Лермонтовський, 6.

Тел.: +380631113694.

E-mail: shevchenko.bitensky.k@gmail.com.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4572-3539>.