

**К. В. Шевченко-Бітенський**

ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України», м. Одеса

Особливості соціального функціонування хворих із судинною деменцією, ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами

Вступ. Сучасні соціально-демографічні процеси характеризуються збільшенням частки осіб похилого та старечого віку в популяціях різних країн [13]. Результати вітчизняних і зарубіжних досліджень підтверджують високу поширеність тяжких когнітивних розладів серед осіб старших вікових груп [7, 13]. Епідеміологічні дослідження свідчать, що поширеність деменції у людей похилого віку залежно від вікової групи коливається від 5,0 до 15,0 %. Сьогодні у світі 24,3 млн людей із деменцією [4, 11, 13]. Щорічно додається 4,6 млн нових випадків захворювання. Прогнози експертів ВООЗ невтішні: до 2040 р. кількість хворих із деменцією сягне 81,1 млн [4, 7, 13].

Медичне, соціальне, психологічне значення деменцій зумовлюється вираженим зниженням автономності й дефіцитом функціонування хворих, залученням до проблем їхнього психічного страждання найближчого оточення [8, 12]. Негативний вплив некогнітивних психопатологічних симптомів на соціальну активність хворих підтверджують багато авторів [1, 2, 9]. Вивчення тягаря деменції показало, що та опосередковано впливає на функціонування і якість життя осіб, які доглядають за хворими (керівників), створює стресогенне, етичне, фізичне, економічне навантаження на сім'ю хворого [5–7].

Зростання поширеності тяжких когнітивних розладів у популяціях, залучення великої кількості осіб працездатного віку до медичних, економічних, психологічних і соціальних проблем, асоційованих із деменціями, зниження соціального функціонування (СФ) та якості життя пацієнтів, а також брак програм комплексної допомоги особам із деменціями та їхнім сім'ям актуалізують дослідження показників СФ пацієнтів із судинною деменцією (СД), ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами (ГПР).

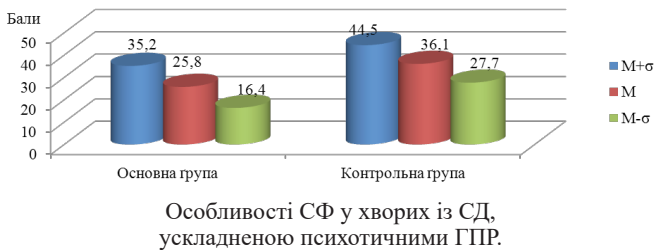
Мета дослідження. З'ясувати особливості соціального функціонування пацієнтів із судинною деменцією, ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами.

Матеріали й методи дослідження. Вивчали особливості СФ хворих із СД, отримавши письмову згоду на комплексне обстеження згідно з принципами Гельсінкської декларації прав людини, Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицину, відповідних законів України та міжнародних актів. Дослідження в КУ «Одеська обласна психіатрична лікарня № 2» на вибірці 75 пацієнтів (68,0 % жінок і 32,0 % чоловіків, середній вік $68,6 \pm 7,3$ року) з СД зі змішаною кірково-підкірковою дисфункцією, ускладненою ГПР – F01.3 (1-2) (основна група). До контрольної групи увійшли 63 пацієнти (53,9 % жінок і 46,1 % чоловіків, вік $67,2 \pm 5,1$ року) з СД зі змішаною кірково-підкірковою дисфункцією, без психотичних розладів – F01.3.

У дослідженні використовували комплексний підхід, що реалізовувався за допомогою клінічно-психопатологічного методу, а також психометричні шкали: шкала глобального функціонування (Global Assessment Functionally) (GAF)); шкала обмеження життєдіяльності (Psychiatric Disability Assessment Schedule – WHO (DAS)); Брістольська шкала активності в повсякденному житті (Bristol activity Daily Life Scale) (BADL)); шкала структурованого інтерв'ю «Оцінка ресурсу сімейної підтримки пацієнта»; шкала поведінкових розладів (Behavioral Pathology in Alzheimer Disease) (BEHAVE -AD)) [3, 10, 14].

Результати дослідження опрацьовували математично-статистичним методом, який включав процедури описової статистики (відсотки (%), середня арифметична (M), стандартна похибка середньої арифметичної (m)), порівняльної статистики (t-критерій, метод кореляційного аналізу К. Пірсона r), а також метод послідовного статистичного аналізу (обчислення діагностичних коефіцієнтів (ДК) та мір інформативності (MI)). Статистичну обробку інформації проводили з використанням пакета комп'ютерних програм Excel і STATISTICA Application, Version 10.0.1011.0, Statsoft Inc., 2017.

Результати дослідження та їх обговорення. Особливості глобального СФ хворих із СД, ускладненою ГПР, вивчали у порівнянні з контрольною групою за допомогою шкали GAF (див. рисунок 1).



Аналіз глобального СФ показав, що у хворих із СД, ускладненою ГПР, середнє значення глобального СФ становить $25,8 \pm 9,4$ бала (16,4–35,2) ($p < 0,05$) і характеризується погіршенням функціонування у соціальній і професійній сферах у межах від вираженого погіршення до потреби в спостереженні для підтримання мінімальної особистої життєдіяльності.

У хворих із СД без психотичних розладів середнє значення глобального СФ становить $36,1 \pm 8,4$ бала (27,7–44,5) ($p < 0,05$) і характеризується погіршенням функціонування в соціальній і професійній сферах у межах від серйозного погіршення до нездатності функціонувати в деяких сферах життєдіяльності.

За допомогою шкали DAS визначено основні чинники обмеження життєдіяльності хворих із СД, ускладненою ГПР (табл. 1).

Таблиця 1

Чинники обмеження життєдіяльності хворих із судинною деменцією, ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами (M ± m%, p)

Чинники обмеження життєдіяльності	Основна група	Контрольна група
	M ± m%, p	
Шкала «Загальні поведінкові дисфункції»		
Самообслуговування	46,7 ± 6,7	36,5 ± 3,2
Інтереси та зайнятість	64,0 ± 8,8	60,3 ± 5,3
Діяльність у сім'ї та побуті	58,7 ± 8,0	47,6 ± 4,2
Спілкування та ізоляція	72,0 ± 9,9 **	53,9 ± 4,7
Шкала «Виконання соціальних ролей»		
Участь у домашніх справах	54,7 ± 7,6 *	42,9 ± 3,7
Виконання сімейної ролі	56,0 ± 7,8 *	44,4 ± 3,8
Виконання подружніх обов'язків	52,0 ± 7,2	47,6 ± 4,2
Виконання подружніх обов'язків поза шлюбом	20,0 ± 3,3	17,5 ± 1,7
Виконання батьківських обов'язків	70,7 ± 9,8 **	53,9 ± 4,7
Соціальні контакти	74,7 ± 10,1 **	55,6 ± 4,9
Виконання професійної ролі 1	8,0 ± 2,0	6,3 ± 0,6
Виконання професійної ролі 2	74,7 ± 10,1	69,8 ± 6,2
Зацікавленість і поінформованість	68,0 ± 9,4	65,1 ± 5,7
Поведінка в нестандартних і складних умовах	74,7 ± 10,1 *	58,7 ± 5,1

Примітки: * – відмінності статистично достовірні за $p < 0,05$; ** – відмінності статистично достовірні за $p < 0,01$.

Згідно з результатами вивчення чинників обмеження життєдіяльності хворих із СД, ускладненою ГПР, можна констатувати, що хворі основної групи порівняно з хворими контрольною групи мали значні порушення функції життєдіяльності. У цій групі спостерігалось зниження функції спілкування (низький рівень соціальних контактів, комунікаційних умінь і готовності до спілкування аж до ізоляції тощо) (72,0 %, $p < 0,01$), тоді як у хворих контрольною групи дисфункція спілкування спостерігалась у 53,9 % випадків ($p < 0,01$).

У 54,7 % пацієнтів основної групи фіксували знижену ефективність і активність участі в домашніх справах (низька ефективність і активність участі у прийнятті сімейних рішень, у спілкуванні з близькими родичами і рідними, у спільних соціальних і побутових (домашніх) справах тощо) ($p < 0,05$), у контрольній групі дисфункція участі в домашніх справах спостерігалась у 42,9 % випадків ($p < 0,05$).

У більшості пацієнтів основної групи (56,0 %) наявність ГПР впливала на якість і активність участі у виконанні сімейної ролі (відсутність потреби в емоційних взаєминах з рідними, у спілкуванні з ними, в увазі та взаємопідтримці), тоді як у хворих контрольною групи дисфункція виконання сімейної ролі спостерігалась у вірогідно меншій кількості випадків (44,4 %, $p < 0,05$).

У 70,7 % хворих основної групи реєстрували погіршення якості й активності участі у виконанні батьківських обов'язків (низька зацікавленість життям дітей, відсутність потреби в турботі про дітей, у спільному проведенні часу, в участі в інтересах дітей тощо), тоді як у контрольній групі дисфункція виконання батьківських обов'язків спостерігається рідше (53,9 %, $p < 0,01$).

У більшості пацієнтів основної групи (74,7 %) ГПР впливали на потребу і ефективність соціальних контактів (труднощі у спілкуванні, спричинені конфліктністю, низькими комунікативними можливостями і низькою потребою у спілкуванні), а також на ефективність поведінки в нестандартних і складних умовах (низька ефективність поведінки в нестандартних і складних умовах, що вимагають активних, цілеспрямованих і адекватних дій). У контрольній групі дисфункція соціальних контактів спостерігалась у 55,6 % випадків ($p < 0,01$).

Аналіз інформативності виділених за допомогою шкали DAS чинників обмеження життєдіяльності хворих основної групи зі СД ($p < 0,05$ і $p < 0,01$), порівняно з хворими зі СД контрольною групи представлений у табл. 2.

За результатами статистичного аналізу, представленого в табл. 2, найбільш інформативними чинниками обмеження життєдіяльності хворих із СД, ускладненою ГПР, є:

- дисфункція соціальних контактів (ДК = - 1,28, МІ = 0,12, за $p < 0,01$);
- дисфункція у спілкуванні (ДК = - 1,25, МІ = 0,11, за $p < 0,01$);
- дисфункція у виконанні батьківських обов'язків (ДК = - 1,17, МІ = 0,10, за $p < 0,02$);

- дисфункція участі в домашніх справах (ДК = - 1,06, МІ = 0,10, за $p < 0,05$);
- дисфункція поведінки в нестандартних і складних умовах (ДК = - 1,04, МІ = 0,10, за $p < 0,02$);
- дисфункція у виконанні сімейної ролі (ДК = - 1,00, МІ = 0,10, за $p < 0,05$).

Таблиця 2

Діагностичні коефіцієнти та інформативність чинників обмеження життєдіяльності хворих із судинною деменцією, ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами

Чинники обмеження життєдіяльності	Оцінка вираженості (бали)	ДК *	МІ**
Дисфункція у соціальних контактах	≥ 3	-1,28	0,12
Дисфункція у спілкуванні	≥ 3	-1,25	0,11
Дисфункція у виконанні батьківських обов'язків	≥ 3	-1,17	0,10
Дисфункція участі в домашніх справах	≥ 3	-1,06	0,10
Дисфункція поведінки в нестандартних і складних умовах	≥ 3	-1,04	0,10
Дисфункція у виконанні сімейної ролі	≥ 3	-1,00	0,10
Сума за сукупністю ознак		6,8	0,63

Примітки: * – діагностичний коефіцієнт; ** – міра інформативності.

Результати вивчення чинників обмеження життєдіяльності хворих із СД, ускладненою ГПР, проведеного за допомогою шкали BADL, представлені в табл. 3.

Таблиця 3

Чинники обмеження життєдіяльності хворих із судинною деменцією, ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами

Чинники обмеження життєдіяльності	Основна група	Контрольна група
	М \pm σ	
Приготування їжі	2,2 \pm 0,3	2,0 \pm 0,3
Вживання їжі	2,1 \pm 0,2	1,4 \pm 0,3
Приготування напоїв	2,1 \pm 0,3	1,9 \pm 0,4
Вживання напоїв	1,3 \pm 0,2	1,1 \pm 0,3
Одягання	1,9 \pm 0,3	1,6 \pm 0,2
Умивання	1,8 \pm 0,4	1,7 \pm 0,3
Чищення зубів	2,0 \pm 0,2	1,7 \pm 0,2
Прийняття ванни / душу	2,0 \pm 0,2	1,4 \pm 0,4
Користування туалетом	1,5 \pm 0,2	1,2 \pm 0,3
Пересування	1,0 \pm 0,3	1,0 \pm 0,3
Ходьба	1,5 \pm 0,3	1,3 \pm 0,3
Орієнтація в часі	2,2 \pm 0,3	2,0 \pm 0,4
Орієнтація в місці	2,2 \pm 0,2	1,7 \pm 0,3
Комунікація	2,7 \pm 0,3 *	1,7 \pm 0,3
Користування телефоном	2,5 \pm 0,4	1,9 \pm 0,4
Домашня робота / сад	2,3 \pm 0,4	1,6 \pm 0,5
Здатність робити покупки	2,6 \pm 0,4 *	1,7 \pm 0,4
Здатність розпоряджатися фінансами	2,6 \pm 0,4 *	1,7 \pm 0,3
Ігри / хобі	2,4 \pm 0,4	2,2 \pm 0,4
Користування транспортом	2,7 \pm 0,3 *	1,7 \pm 0,2

Примітка. * – відмінності статистично достовірні за $p < 0,05$.

Аналіз результатів вивчення чинників обмеження життєдіяльності пацієнтів із СД, ускладненою ГПР, порівняно з хворими контрольної групи, показав, що у хворих основної групи реєструється виражене порушення таких функцій їх життєдіяльності:

- комунікація (порушення в діапазоні від «розуміє себе, але відчуває труднощі в розумінні інших» до «повністю порушена комунікація») (2,7 \pm 0,3 бала). У контрольній групі порушення комунікації було виражене значно менше й відповідало функціональному діапазону 1,7 \pm 0,3 бала ($p < 0,05$).

- здатність робити покупки (порушення в діапазоні від «не здатний робити покупки самостійно, але може брати участь у закупівлях за допомогою інших осіб» до «не здатний робити покупки навіть за допомогою інших осіб») (2,6 \pm 0,4 бала). У контрольній групі вираженість порушення «робити покупки» була вірогідно меншою та відповідала функціональному діапазону 1,7 \pm 0,4 бала ($p < 0,05$);

- здатність розпоряджатися фінансами (порушення в діапазоні від «може написати ім'я, але не може визначити грошовий обсяг» до «не може написати ім'я і визначити грошовий обсяг») (2,6 \pm 0,4 бала). У контрольній групі вираженість порушення здатності розпоряджатися фінансами була меншою та відповідала функціональному діапазону 1,7 \pm 0,3 бала ($p < 0,05$);

- уміння користуватися транспортом (порушення в діапазоні від «не може користуватися громадським транспортом самостійно» до «не може або не хоче користуватися громадським транспортом навіть у супроводі») (2,7 \pm 0,3 бала). У контрольній групі вираженість порушення вміння користуватися транспортом була меншою і відповідала функціональному діапазону 1,7 \pm 0,2 бала ($p < 0,05$).

Особливості СФ пацієнтів із деменцією, ускладненою ГПР, вивчали також у діаді «пацієнт – кєргівер». Такий спосіб украй важливий у вивченні цієї проблеми з огляду на недостатні соціально-психологічні, професійні та соціально-побутові можливості пацієнтів із СД.

Результати вивчення ресурсу сімейної підтримки хворих із СД, ускладненою ГПР, проведеного за допомогою шкали структурованого інтерв'ю, представлені в табл. 4.

Таблиця 4

Ресурс сімейної підтримки хворих із судинною деменцією, ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами

Ресурс сімейної підтримки	Основна група	Контрольна група
	М \pm σ	
Достатній	12,0 \pm 2,5	30,2 \pm 2,7 *
Обмежений	42,7 \pm 6,1	55,6 \pm 4,9
Низький	45,3 \pm 6,5 *	14,3 \pm 1,4

Примітка. * – відмінності статистично достовірні за $p < 0,01$.

У групі хворих із СД, ускладненою ГПР, виявилось більше кєргїверів із низьким ресурсом сїмейної пїдтримки (дисбаланс мїж прїоритетними сферами задоволення потреб членів сїм'ї і необхіднїстю пїклуватися й пїдтримувати хворого родича) (45,3 % випадків, за $p < 0,01$). У контрольнїй групї 14,3 % кєргїверів мали низький ресурс сїмейної пїдтримки (за $p < 0,01$). У 30,2 % хворих із СД без психотичних розладів кєргївери мали достатнїй ресурс сїмейної пїдтримки (позитивне ставлення членів сїм'ї до необхідности й можливостї емоцїйної і соцїальної пїдтримки пацїєнта, готовнїсть до спївпрацї та конструктивного розв'язання завдань у повсякденному життї, визнання меж своїх можливостей без ілюзїй і невинправданих очїкувань). У основнїй групї лише 12,0 % кєргїверів мали достатнїй ресурс сїмейної пїдтримки (за $p < 0,01$).

Вплив основних психопатологїчних розладів у хворих із СД основної групї на кєргїверів оцїнювали за допомогою шкали ВАНАVE-AD (табл. 5).

Таблиця 5

Оцїнювання кєргїверами психопатологїчних симптомів пацїєнтів із судинною деменцїєю, ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами

Показники	Основна група	Контрольна група
	M ± σ	
Симптоми не турбують кєргївера і безпечні для пацїєнта	13,3 ± 2,6	19,0 ± 1,8
Симптоми незначно турбують кєргївера і безпечні для пацїєнта	18,7 ± 3,1	41,3 ± 3,6
Симптоми помїрно турбують кєргївера і безпечні для пацїєнта	36,0 ± 5,2*	23,8 ± 2,2
Симптоми значно турбують кєргївера і (або) нестерпні для пацїєнта	32,0 ± 4,8*	15,9 ± 1,6

У основнїй групї психопатологїчні розлади були вираженї настїльки, що в 36,0 % випадків помїрно і в 32,0 % випадків значно впливали на кєргївера. У контрольнїй групї лише в 23,8 і 15,9 % випадків (ДК = - 1,80, МІ = 0,11, $p < 0,05$ і ДК = - 3,04, МІ = 0,25, $p < 0,01$ відповідно) вїдзначали такий вплив.

Висновки. Величина загального соцїального функцїонування пацїєнтів із судинною деменцїєю, ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами, вїдповїдає діапазону порушень вїд вираженого погїршення функцїонування в соцїальнїй і професїйнїй сферах до потреби в спостереженнї для пїдтримки мїнїмальної особистої життєдїяльностї.

У пацїєнтів із судинною деменцїєю та галюцинаторно-параноїдними розладами порушуються функцїї спїлкування, ефективностї й активностї участї в домашнїх справах, якостї й активностї участї у виконаннї сїмейної ролї та батькївських обов'язкїв, потреби й ефективностї соцїальних контактїв, ефективностї поведїнки в нестандартних і складних ситуацїях.

Галюцинаторно-параноїднї розлади мають виражений вплив на формування у хворих на судинну деменцїю обмежень їхньої життєдїяльностї в комунїкацїї, здатностї робити покупки, розпоряджатися фїнансами та користуватися транспортом.

Більшїсть кєргїверів, якї доглядають за хворими з судинною деменцїєю, ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами, мають низький ресурс сїмейної пїдтримки, помїрну й виражену стурбованїсть щодо психопатологїчних симптомів хворих.

Отримана інформация характеризує основнї проблеми соцїально-побутового функцїонування хворих із судинною деменцїєю, ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами, і дає змогу створити індивїдуальнї програми психосоцїальної реабїлітацїї для них.

Список лїтератури

1. Король ГМ. Мультиmodalний пїдхїд до дїагностики та лїкування судинної деменцїї. Мїжнародний неврологїчний журнал. 2014;6(68):62–68 (Korol GM. Multimodal approach to the diagnosis and treatment of vascular dementia. International Neurological Journal. 2014;6(68):62-68) (Ukrainian).
2. Марута НА. Восстановление социального функционирования – основная цель терапии депрессии. Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия. 2013;16–19 (Maruta NA. Restoration of social functioning - the main goal of depression therapy. Neuro News: psychoneurology and neuropsychiatry. 2013;8(53):16-19) (Russian)..
3. Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии: методические рекомендации. НИПНИ им. В.М. Бехтерева: сост.: Н.Б. Лутова с соавт. СПб; 2007:24 (Method of predicting the medication compliance in psychiatry: guidelines. V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute: composed by: N. B. Lutova et al. St. Petersburg; 2007:24) (Russian)..
4. Мищенко ТС. Когнитивные нарушения в практике семейного врача (актуальность проблемы, факторы риска, патогенез, возможности лечения и профилактики). Семейная медицина. 2017;1(69):21–24 (Mishchenko TS. Cognitive violations in the practice of family doctor (theurgency of the problem, risk factors, pathogenesis, treatment options and preventions). Family Medicine. 2017;1(69):21-24) (Russian).. [https://doi.org/10.30841/2307-5112.1\(69\).2017.102983](https://doi.org/10.30841/2307-5112.1(69).2017.102983)
5. Мищенко ТС, Мищенко ВН. Сосудистая деменция. Болезни пожилого и старческого возраста. 2011:2-11. Доступно: <https://neuronews.com.ua/ru/issue-article-452/Sosudistaya-demenciya#gsc.tab=0> (Mishchenko TS, Mishchenko VN. Vascular dementia. Diseases of old and senile age. 2011:2-11. Available at: <https://neuronews.com/en/issue-article-452/Sosudistaya-demenciya#gsc.tab=0>) (Russian).

6. Common core principles for supporting people with dementia: a guide to training the social care and health workforce. Leeds, Skills for Care & Skills for Health, 2011. Available from: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_127587
7. Council of the European Union. Supporting people living with dementia: improve care policies and practice – council conclusions. Brussels; 2015. Available from: http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/councilconclusions_1505515_en
8. Jokinen H, Gouw AA, Madureira S et al. Incident lacunes influence cognitive decline: the LADIS study. *Neurology*. 2011;76(22):1872-1878. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31821d752f>
9. Pruszyński J. Non-cognitive symptoms of dementia. *Medycznych*. 2015;7:477-481.
10. Reisberg B, Auer SR, Monteiro IM. Behavioral pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) rating scale. *Int Psychogeriatr*. 1996;8(3):301-308.
11. Sahathevan R, Brodtmann A, Donnan GA. Dementia, stroke, and vascular risk factors: a review. *Int J Stroke*. 2012;7(1):61-73. <https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2011.00731.x>
12. Skoogl H, Korczyn A, Guekht A. Neuroprotection in vascular dementia: A future path. *J Neurol Sci*. 2012;322(1-2):232-236. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2012.02.013>
13. The epidemiology and impact of dementia: current state and future trends. Geneva: World Health Organization. 2015. Available from: WHO/MSD/MER/15.3 http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology
14. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use. Geneva: WHO;1988:96.

Стаття надійшла до редакції журналу 17.09.2019 р.

Особливості соціального функціонування хворих із судинною деменцією, ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами

К. В. Шевченко-Бітенський

Вступ. Поширеність важких когнітивних розладів у популяціях, залучення значної кількості осіб працездатного віку в медичні, економічні, психологічні та соціальні проблеми, асоційовані з деменціями, зниження соціального функціонування та якості життя хворих, а також брак програм комплексної допомоги особам із деменцією та їхніми сім'ям актуалізують дослідження показників соціального функціонування (СФ) хворих із судинною деменцією (СД), ускладненою галюцинаторно-параноїдними розладами (ГПР).

Мета. Вивчити особливості соціального функціонування хворих зі СД, ускладненою ГПР.

Матеріали й методи. У дослідженні використано комплексний підхід, що реалізовувався за допомогою клінічно-психопатологічного методу, доповненого застосуванням психометричних шкал: шкала глобального функціонування (Global Assessment Functionally) (GAF)); шкала обмеження життєдіяльності (Psychiatric Disability Assessment Schedule – WHO (DAS)); Брістольська шкала активності в повсякденному житті (Bristol activity Daily Life Scale) (BADL)); шкала структурованого інтерв'ю «Оцінка ресурсу сімейної підтримки пацієнта»; шкала поведінкових розладів (Behavioral Pathology in Alzheimer Disease) (BEHAVE -AD)).

Особливості СФ хворих із СД вивчали на вибірці 75 хворих із СД зі змішаною кірково-підкірковою дисфункцією, ускладненою ГПР – F01.3 (1-2) (основна група). Як контрольна група у дослідженні брали участь 63 пацієнти із СД зі змішаною кірково-підкірковою дисфункцією, без психотичних розладів – F01.3.

Результати. У хворих із СД та ГПР спостерігаються порушення функції спілкування, ефективності й рівня участі в домашніх справах, якості та рівня участі у виконанні сімейної ролі та батьківських обов'язків, потреби й ефективності соціальних контактів, ефективності поведінки в нестандартних і складних умовах.

Висновки. Отримана інформація щодо СФ хворих із СД, ускладненою ГПР, дає змогу виявити основні проблеми їх соціально-побутового функціонування і розробити індивідуальні програми психосоціальної реабілітації для цього контингенту.

Ключові слова: судинна деменція, галюцинаторно-параноїдні розлади, соціальне функціонування, обмеження життєдіяльності.

Peculiarities of Social Functioning of Patients with Vascular Dementia, Complicated by Hallucinatory-Paranoid Disorders

K. Shevchenko-Bitensky

Introduction. The increasing prevalence of severe cognitive impairment in populations, the involvement of a significant number of people of working age in the medical, economic, psychological and social problems associated with dementia, the decline in social functioning and the quality of life of patients, as well as the lack of developed comprehensive care programs for people with dementia and their families actualized a study aimed at assessing indicators of social functioning (SF) in patients with vascular dementia (VD) about complicated hallucinatory-paranoid disorders (HPD).

The aim of the study. To study the features of the social functioning of patients with VD complicated by HPD.

Materials and methods. The study used an integrated approach, which was implemented using the clinical and psychopathological method, supplemented by the use of psychometric scales: Global Assessment Functionally (GAF); Psychiatric Disability Assessment Schedule – WHO (DAS); Bristol's Activity Daily Life Scale (BADL); scale of structured interview "Assessment of the patient's family support resource"; Behavioral Pathology in Alzheimer Disease (BEHAVE -AD).

The study of the features of SF in patients with VD was carried out on a sample of 75 patients with VD, complicated by HPD - F01.3 (1-2) (main group). As a control group, the study involved 63 patients with VD, without psychotic disorders - F01.3.

Results. The results of the study of the features of SF in patients with VD complicated by HPD, indicate the following.

The magnitude of total SF of patients with VD complicated by HPD was consistent with a range of impairments from marked impairment of functioning in the social and occupational spheres - to the need for follow-up to maintain minimal personal activity.

Patients with VD and HPD have impaired communication functions, the effectiveness and degree of participation in household chores, the quality and level of participation in fulfilling family and parental roles, the needs, effectiveness of social contacts, and the effectiveness of behavior in unusual and difficult conditions.

The influence of HPD on the formation in patients with VD of limitations of their vital functions in communication, ability to make purchases, manage finances and use transport was marked.

The majority of corrective caregivers in patients with VD, complicated by HPD, were characterized by low family support, moderate and severe troubles about patients' psychopathological symptoms.

Conclusions. The obtained data on the SF of patients with VD, complicated by HPD, will reveal the main problems of their social and occupational functioning and develop individual psychosocial rehabilitation programs for this patient population.

Keywords: vascular dementia, hallucinatory-paranoid disorders, social functioning, disability.