

*О. В. Орлова, Л. В. Животовська*

## ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ КОМПЛЕКСНОЇ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ОСІБ, ЩО ВИКОНУЮТЬ ФУНКЦІЮ ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТАМИ З ДЕМЕНЦІЄЮ

*O. V. Orlova, L. V. Zhyvotovska*

### EVALUATION OF THE EFFICIENCY OF THE PROGRAM OF COMBINED PSYCHOCORRECTION OF THE PERSONS PERFORMING THE FUNCTION OF CARING FOR PATIENTS WITH DEMENTIA

**Ключові слова:** реабілітація, тривожність, психоемоціональний стрес, комплексна терапія, деменція, психосоціальна дезадаптація

**Key words:** rehabilitation, anxiety, psycho-emotional stress, comprehensive therapy, dementia, psychosocial maladaptation

Метою цієї роботи була оцінка ефективності програми поетапної психокорекції для доглядальників за пацієнтами з деменцією шляхом вивчення динаміки клініко-психопатологічних проявів та рівня соціального функціонування.

За допомогою соціодемографічного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного та статистичного методів обстеження на базі КЗ «Обласний заклад за надання психіатричної допомоги Полтавської обласної ради» обстежено 104 доглядальники (100 жінок, 4 чоловіки) та 104 пацієнти з деменцією.

Критеріями включення щодо доглядальника були: підписана інформована згода, вік доглядальників від 25 років і старше, догляд за одним пацієнтом з деменцією та перебування з ним не менш ніж п'ять разів на тиждень, мінімум чотири години на добу.

За сучасними клінічними трактуваннями, деменція є клінічним синдромом, зазвичай хронічним або схильним до прогресування, що характеризується комплексом проявів у вигляді порушень пам'яті, уваги, мислення, гнозису, праксису, мовлення, психіки, поведінки, соціального функціонування і вираженого зниження якості життя

Брак сформованих просоціальних мереж та соціальної підтримки, як з боку родини, так і з боку друзів, робить доглядальників більш вразливими до дії стресових чинників. Отримані дані були покладені нами в основу під час розроблення програми комплексної поетапної психокорекції. В ситуації погіршення стану пацієнта підвищується навантаження і на доглядальника. Факт дезадаптації хворих на деменцію є досить актуальним питанням, тому що це захворювання не тільки знижує якість життя пацієнтів, а й призводить до великих нематеріальних та матеріальних витрат внаслідок потреби тривалого і постійного догляду за хворим родичем з тяжким чи середнім перебігом деменції.

The purpose of this work was to evaluate the effectiveness of the step-by-step psychocorrection program for caregivers of patients with dementia by studying the dynamics of clinical-psychopathological manifestations and the level of social functioning.

With the help of sociodemographic, clinical-psychopathological, psychodiagnostic and statistical examination methods, 104 caregivers (100 women, 4 men) and 104 patients with dementia were examined on the basis of the PI "Regional institution for the provision of psychiatric care of the Poltava Regional Council".

Caregiver inclusion criteria were: signed informed consent, age of caregivers 25 years or older, caring for one patient with dementia and being with him at least 5 times a week, at least 4 hours a day.

According to modern clinical interpretations, dementia is a clinical syndrome, usually chronic or prone to progression, characterized by a complex of manifestations in the form of disorders of memory, attention, thinking, gnosis, praxis, speech, psyche, behavior, social functioning and a pronounced decrease in the quality of life.

The lack of formed pro-social networks and the lack of social support, both from the family and from friends, makes caregivers more vulnerable to stress factors. The obtained data were used as a basis for the development of a programs of complex phased psychocorrection. In a situation of deterioration of the patient's condition, the burden on the caregiver also increases. The fact of maladjustment of patients with dementia is a very relevant issue, because this disease not only reduces the quality of life of patients, but also leads to large non-material and material costs due to the need for long-term and constant care for a sick relative with a severe or moderate course of dementia.

Останнім десятиліттям, згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, деменцію визнано однією із найважливіших медико-соціальних проблем сучасного людства. Цей факт пояснюється тим, що щороку неухильно збільшується чисельність літніх осіб [1]. Деменція у цієї когорти населення схильна до прогресування та тривалого перебігу

захворювання. Також серед цього контингенту спостерігається чимала кількість осіб з інвалідністю, що потребує щоденного цілодобового догляду членами родини, або їх дуже тривалої госпіталізації в психоневрологічні інтернати чи психіатричні стаціонари [2].

За сучасними клінічними трактуваннями, деменція є клінічним синдромом, зазвичай хронічним або схильним до прогресування, що характеризується

комплексом проявів у вигляді порушень пам'яті, уваги, мислення, гнозису, праксису, мовлення, психіки, поведінки, соціального функціонування і вираженого зниження якості життя [3—5].

В ситуації погіршення стану пацієнта підвищується навантаження і на доглядальника. Факт дезадаптації хворих на деменцію є досить актуальним питанням, тому що це захворювання не тільки знижує якість життя пацієнтів, а й призводить до великих нематеріальних та матеріальних витрат внаслідок потреби тривалого і постійного догляду за хворим родичем з тяжким чи середнім перебігом деменції [6; 7].

Метою роботи була оцінка ефективності програми поетапної психокорекції для доглядальників за пацієнтами з деменцією шляхом вивчення динаміки клініко-психопатологічних проявів та рівня соціального функціонування.

Протягом 2020—2021 рр. на базі КЗ «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги Полтавської обласної ради» обстежено 104 доглядальники (100 жінок, 4 чоловіки) та 104 пацієнти з деменцією. Критеріями включення щодо доглядальника були: підписана інформована згода, вік доглядальника від 25 років і старше, догляд за одним пацієнтом з деменцією та перебування з ним не менш ніж п'ять разів на тиждень, мінімум чотири години на добу [8]. Критерії виключення — наявність важкого психічного розладу, залежність від психоактивних речовин, соматичні та неврологічні захворювання в стадії загострення або декомпенсації.

Критерії включення до дослідження щодо особи, за якою здійснюють догляд: підтверджений лікарем-психіатром діагноз деменція, з відповідною медичною документацією, дієздатність, можливість надати письмову інформовану згоду. Виключали з дослідження пацієнтів з ВІЛ-асоційованою деменцією.

Виразеність когнітивних порушень визначали оцінкою тяжкості когнітивних порушень (сумою балів) за короткою шкалою оцінки психічного статусу Mini Mental State Examination (MMSE, Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R., 1975) [9].

Всім респондентам проведено комплексне соціодемографічне, клініко-психопатологічне, психодіагностичне обстеження.

Розроблена програма комплексної поетапної психокорекції (ПКПП) для доглядальників за пацієнтами з деменцією, для оцінки ефективності якої використовували багатовимірну шкалу сприйняття та соціальної підтримки — Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) Zimet G. D. et al., 1988 [10], шкалу CGI-S (1976) — загального клінічного враження, шкалу загального клінічного враження (1976): CGI-S — шкала тяжкості та CGI-I — шкала покращення [11]. Вищезгадані діагностичні методи використано двічі — на початку дослідження для констатації рівня соціального функціонування доглядальників і через три місяці після проведених терапевтичних інтервенцій з метою оцінки їх ефективності.

Із осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією, сформовані дві групи: перша група — 58 доглядальників, яким проводили заходи з розробленої ПКПП в поєднанні з фармакотерапією; друга група — 46 доглядальників, які отримували лише медикаментозне лікування.

В таблиці наведено соціодемографічну характеристику доглядальників за пацієнтами з деменцією.

Соціодемографічна характеристика доглядальників за пацієнтами з деменцією

Показник	I група (n = 58)		II група (n = 46)	
	абс.	%	абс.	%
Міські	34	58,6	20	43,5
Сільські	24	41,4	26	56,5
Стать:				
чоловіки	2	3,4	2	4,3
жінки	56	96,6	44	95,7
Вік обстежених:				
25—35 років	18	31,1	20	43,5
35—45 років	22	37,9	14	30,4
45—55 років	10	17,2	8	17,4
55—65 років	8	13,8	4	8,7
Освіта:				
середня	22	37,9	16	34,8
середня спеціальна	17	29,3	20	43,5
вища	19	32,8	10	21,7
Сімейний стан:				
у шлюбі	27	46,6	24	52,2
розлучений/а	13	22,4	11	23,9
неодружений/а	11	19,0	8	17,4
вдовець/вдова	7	12,0	3	6,5

Відповідно до мети та дизайну дослідження, у доглядальників за пацієнтами з деменцією за МКХ-10 діагностовано: неврастенія (F48.0), розлади адаптації (F43.2), змішаний тривожно-депресивний розлад (F41.2), депресивний епізод (F32.0), тривожний розлад неуточнений (F41.9), а також іпохондричні розлади (F45.2) (рис. 1).

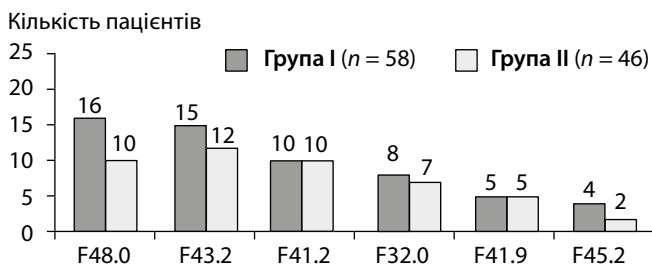


Рис. 1. Розподіл респондентів за діагнозами відповідно до МКХ-10

В результаті проведеного клініко-психопатологічного дослідження виявлено дезадаптивні характеристики доглядальників на психоемоційному, особистісному та мотиваційному рівнях. Одночасно з підвищеною стомлюваністю і виснаженням спостерігалися дратівливість, слабкість, гіперестезія, вегетативні порушення, розлади сну (труднощі засинання, поверхневий сон). Респонденти відчували

стан несвідомого страху, невизначене відчуття загрози, часто сприймали нейтральні події як несприятливі і небезпечні. Також відзначали втрату апетиту, порушення сну, порушення концентрації уваги, нерішучість, схильність до настороженості і пригніченого настрою, розвивалась занижена самооцінка і тенденція до песимістичного ставлення до життя.

Згідно з результатами за шкалою MMSE, легку деменцію мали 28 (26,9 %) пацієнтів, середнього ступеня — 41 (39,4 %), тяжку — 35 (33,7 %) (рис. 2).

Легку деменцію доглядальники описували як «можливість в обслуговуванні власних потреб себе із доступними звичними видами побутової діяльності», середнього ступеня — «виникали певні труднощі з користуванням побутовими предметами», тяжку — «потребували цілодобового догляду».

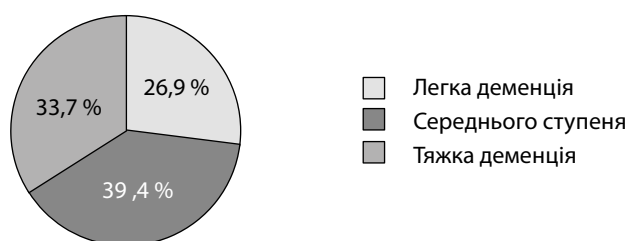


Рис. 2. Розподіл пацієнтів за ступенями вираженості деменції за шкалою MMSE

Перед початком застосування розробленої програми поетапної психокорекції з доглядальниками була підписана інформована індивідуальна згода, згідно з якою були сформовані дві групи, репрезентативні за віком. До першої групи увійшли 58 доглядальників, яким проводили заходи з розробленої ПКПП в поєднанні з фармакотерапією. В другу групу залучено 46 доглядальників, які отримували лише медикаментозне лікування. Фармакотерапія включала використання антидепресантів з доведеною ефективністю із групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (флуоксетин, пароксетин, сертралін, есциталопрам) та групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (венлафаксин, дулоксетин), відповідно до клінічних протоколів.

Розроблена програма поетапної психокорекції для доглядальників за пацієнтами з деменцією складалася з трьох етапів.

*Перший етап* — інформаційно-адаптаційний — включав створення безпечного середовища, проведення психоосвітніх заходів і визначення мішеней психотерапевтичного впливу. Акцентування ролі психоосвіти у профілактиці розвитку несприятливих психічних розладів у доглядальників зумовлено високою стигматизацією питань психічного здоров'я, нівелюванням та знеціненням їх значущості як порівняти із соціальними та економічними проблемами, недооцінкою значення психоемоційного стану в загальному сприйнятті якості життя та адаптації.

Важливою умовою у роботі було поєднання психоосвіти і принципів психокорекційної роботи, що дало змогу вирішити одночасно кілька завдань:

по-перше, підвищити рівень поінформованості щодо психічних розладів, мати можливість їх своєчасно помічати у себе та оточення і завчасно звертатися по допомогу (тобто своєчасна діагностика та можливість надання допомоги на ранніх етапах формування психопатологічної симптоматики); по-друге, забезпечити психосоціальну підтримку, надати можливість поділитись, отримати взаєморозуміння, підтримку, проаналізувати власні проблеми та зрозуміти, що відбувається, що це є нормальною реакцією особи.

Психоосвіта базувалася на повідомленні інформації про причини, перебіг та наслідки психологічних труднощів та хвороби пацієнта, якого доглядають, та здійснювалася за допомогою різних засобів — групових лекцій, тренінгів, презентацій, інформаційних буклетів, відеофільмів, інтернет-ресурсів тощо. Це дало змогу не тільки створити безпечний простір для хворого, але й сприяло підтримці психічного здоров'я усіх людей, охоплених програмою.

На *другому етапі* — лікувально-стабілізувальному — використовували активну психотерапевтичну інтервенцію та фармакотерапію. Групові заняття проводили на базі кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету. Другий етап програми тривав вісім тижнів, проводили одне заняття на тиждень тривалістю 90 хвилин. Психокорекційні інтервенції проводили в закритій групі з 8—12 осіб. Метою другого етапу було постановка цілей, відпрацювання негативних емоцій, релаксаційний тренінг, когнітивне реконструювання.

Об'єктом психотерапевтичного впливу були психологічні чинники: інтрапсихічний конфлікт, механізми психологічного захисту, «внутрішня картина хвороби», зокрема патологічна реакція особистості на захворювання, система значущих стосунків хворого, зокрема і порушені в результаті захворювання соціальні зв'язки пацієнта. Система психотерапевтичної корекції включала методи когнітивно-біхевіоральної психотерапії та сімейної психотерапії. Зазначений психотерапевтичний комплекс давав змогу максимально оптимізувати потенційні можливості доглядальника, сприяв створенню сприятливих мікросоціальних обставин та допомагав подолати емоційне перевантаження.

Групова робота давала можливість пацієнтам обговорити отриману інформацію з другими учасниками, зіставити її з власним досвідом. Важливе значення мав той факт, що учасники могли отримати важливу інформацію не тільки від лікаря, але і від інших учасників, обмінюватися власними переживаннями. Заняття в групі давали змогу підтримати доглядальника на стабільному рівні функціонування. Не менш значущим результатом групової програми було і те, що вона сприяла створенню додаткової мережі емоційної підтримки. Створено платформу для цілодобової підтримки піклувальників для розвитку комунікації та розширення соціальної взаємодії в комплаєнсі «лікар — доглядальник», «доглядальник — доглядальник».

Третій етап програми — підтримувально-профілактичний — проводили протягом чотирьох тижнів, по 60 хвилин щотижня з метою закріплення досягнутого терапевтичного результату, навичок психічної саморегуляції та нових когнітивних стратегій, і включав 3—4 індивідуальних та групових занять. Група дала можливість побачити універсальність проблем, створювала більш оптимістичну перспективу для подальшого життя. Учасники мали змогу обмінюватися життєвим досвідом і способами розв’язання проблем, використовувати взаємну підтримку. Використовували також Інтернет-ресурси та відкриті тематичні сторінки у двох соціальних мережах (Facebook та Instagram), де було розміщено інформацію про координати лікувального закладу, загальні відомості про деменцію, основні види допомоги особам із нею, труднощі, з якими найчастіше стикалися такі пацієнти та їх родичі, наші поради.

Результати за шкалою MSPSS свідчать, що у групі I 32 (55,2 %) особи сприймали родину як систему соціальної підтримки, а в групі II — 20 (43,5 %). Виявлено, що друзів як систему соціальної підтримки сприймали тільки 12 (20,7 %) доглядальників групи I та 13 (28,3 %) групи II, інших значущих осіб — 14 (24,1 %) осіб групи I та 13 (28,3 %) групи II. Після проведення ПКПП виявлено (за шкалою MSPSS), що у групі I — 8 (13,8 %) осіб сприймали родину як систему соціальної підтримки, в групі II — 3 (6,5 %); друзів як систему соціальної підтримки — 20 (34,5 %) та 10 (21,7 %) доглядальників відповідно, інших значущих осіб — 30 (51,7 %) піклувальників групи I та 33 (69,6 %) — групи II відповідно.

На початку дослідження в групі I за шкалою CGI-S «нормальний результат» мали 12 (20,7 %) респондентів, «пограничний стан» — 16 (27,6 %), «легкий ступінь» — 13 (22,4 %), «середня тяжкість захворювання» — 10 (17,2 %), «виражене захворювання» — 5 (8,6 %) «тяжке захворювання» — 2 (3,4 %). В групі II «нормальний результат» відзначали 10 (21,7 %) доглядальників, «пограничний стан» — 14 (30,4 %), «легкий ступінь» — 9 (19,6 %), середню тяжкість захворювання — 8 (17,4 %), «виражене захворювання» — 4 (8,7 %), «тяжке захворювання» — 1 (2,2 %) (рис. 3).

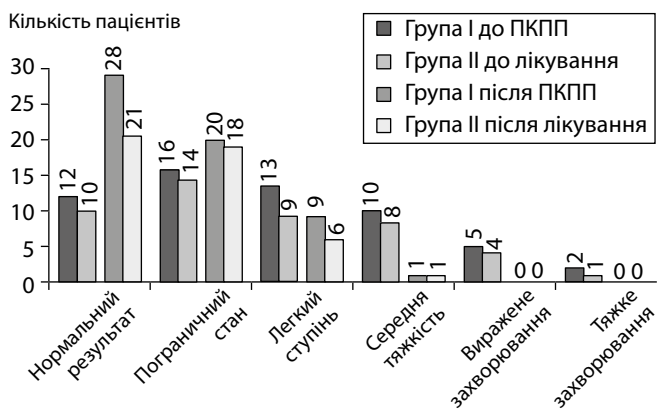


Рис. 3. Оцінка ефективності проведеної ПКПП за шкалою CGI-S

Після проведеної програми поетапної психокорекції у поєднанні з фармакотерапією в групі I за шкалою CGI-S «нормальний результат» відзначали 28 (48,3 %) доглядальників, «пограничний стан» — 20 (34,5 %), «легкий ступінь» — 9 (15,5 %), «середня тяжкість захворювання» — 1 (1,7 %). В групі II після фармакотерапії — «нормальний результат» відзначали 21 (45,7 %) доглядальників, «пограничний стан» — 18 (39,1 %), «легкий ступінь» — 6 (13,0 %), «середню тяжкість захворювання» — 1 (2,2 %).

За шкалою CGI-I доглядальники, що входили до групи I, мали такі результати: «більшою мірою покращення» — у 21 (36,2 %) осіб, «значне покращення» — у 28 (48,3 %), «незначне покращення» — у 7 (12,1 %), «без змін» — у 2 (3,4 %). У групі II «більшою мірою покращення» було у 20 (43,5 %) піклувальників, «значне покращення» — у 17 (37,0 %), «незначне покращення» — у 7 (15,2 %), «без змін» — у 2 (4,3 %).

Дослідження показало, що комплексний підхід, який включав поетапну психокорекційну програму в поєднанні з психофармакотерапією, приводить до відновлення соціальної активності й успішної ресоціалізації. Результати терапії свідчать про її високу ефективність: поліпшення спостерігалось у 84,5 % осіб, а у 12,06 % хворих динаміка була незначною. Розроблена програма дала змогу оптимізувати потенційні можливості піклувальників, сприяла створенню сприятливого мікросоціального середовища та подоланню емоційного перевантаження.

#### Список літератури

1. Марута Н. О. Предиктори суїцидальної поведінки у пацієнтів із когнітивними порушеннями при депресивних розладах / Н. О. Марута, С. О. Ярославцев // Буковинський медичний вісник. 2020. № 4. С. 58—64. URL: <http://e-bmv.bsmu.edu.ua/article/view/227217>.
2. Скрипніков А. М. Деменція: клінічний, патоморфологічний та психофармакологічний аспекти. Особливості догляду за пацієнтами з деменцією: навч.-метод. посіб. / А. М. Скрипніков, К. В. Гринь, О. В. Погорілко. Полтава: ПП «Астроя», 2021. 148 с.
3. Features of the influence of hereditary factors on the clinical manifestations of depressive disorders / [Maruta N., Kolyadko S., Fedchenko V., Yavdak I.] // European Psychiatry. 2021; 64 (S1): S331-S331. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2021.888.
4. Ісаков Р. І. Якість життя жінок, що здійснюють догляд за пацієнтами із судинною деменцією і хворобою Альцгеймера // Практикуючий лікар. 2022. Т. 11, № 4. С. 53—56. URL: <http://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/19656>.
5. Герасименко Л. О. Психосоціальна дезадаптація осіб, які доглядають пацієнтів із хворобою Альцгеймера // Медична психологія. 2017. № 1. С. 9—13. URL: <http://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/5247>.
6. Epidemiology of diseases of the circulatory system among the population of Poltava region / V. M. Zhdan, V. M. Dvornyk, I. V. Bielikova [et al.] // Wiadomosci Lekarskie. 2019. Т. LXXII, nr. 12, cz. I. P. 2366—2370. PMID: 32124755.
7. Психічні та поведінкові розлади у пацієнтів із деменцією як предиспозиція для психоемоційних порушень сімейних опікунів / [О. В. Орлова, Л. В. Животовська, В. В. Борисенко, О. А. Казаков] // Матеріали Всеукраїнської науково-

практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я», 27 травня 2022 р. Полтава, 2022. С. 28—30. URL: <http://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/18928>.

8. Козьолкін О. А. Алгоритм діагностики та лікування деменції : навчальний посібник / О. А. Козьолкін, А. В. Ревенько, С. О. Медведкова. Запоріжжя : ЗДМУ, 2021. 96 с. <http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/13858/1/Алгоритм%20діагностики%20та%20лікування%20деменції.pdf>.

9. Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State Examination (MMS, MMSE) [Database record]. APA PsycTests. URL: <https://doi.org/10.1037/t07757-000>.

10. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support / [G. D. Zimet, N. W. Dahlem, S. G. Zimet & G. K. Farley] // Journal of Personality assessment. 1988. Vol. 52 (Iss. 1). P. 30—41. URL: [http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5201\\_2](http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2).

11. Практична психосоматика: діагностичні шкали : навчальний посібник / Чабан О. С., Хаустова О. О., Асанова А. [та ін.]. Друге видання оновлене та доповнене. Київ : ВД «Медкнига», 2019. 112 с. Серія «Бібліотечка практикуючого лікаря».

## References

1. Maruta N. O., Yaroslavtsev S. O. Predyktory suitsydalnoi povedinky u patsientiv iz kohnityvnymy porushenniamy pry depresyvnym rozladakh. *Bukovynskyi medychnyi visnyk*. 2020. No. 4. S. 58—64. <http://e-bmv.bsmu.edu.ua/article/view/227217>. (In Ukrainian)

2. Skrypnikov A. M., Hryn K. V., Pohorilko O. V. *Dementsiia: klinichni, patomorfolohichni ta psykhofarmakolohichni aspekty. Osoblyvosti dohliadu za patsientamy z dementsiieiu : navch.-metod. posib*. Poltava : Astraia, 2021. 148 s. (In Ukrainian)

3. Maruta N, Kolyadko S, Fedchenko V, Yavdak I. Features of the influence of hereditary factors on the clinical manifestations of depressive disorders. *Eur Psychiatry*. 2021 Aug 13;64(Suppl 1):S331. doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.888. PMID: PMC9471071.

4. Isakov R. I. Yakist zhyttia zhinok, shcho zdiisniuiut dohliad za patsientamy iz sudynnoiu dementsiieiu i khvoroboiu Altsheimera. *Praktykuiuchy likar*. 2022. 11 (4); 53—56. <http://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/19656>. (In Ukrainian)

5. Herasymenko L. O. Psykhosotsialna dezadaptatsiia osib, yaki dohliadaiut patsientiv iz khvoroboiu Altsheimera. *Medychna psykhologhiia*. 2017. No. 1. S. 9—13. <http://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/5247>. (In Ukrainian)

6. Zhdan VM, Dvornyk VM, Bielikova IV, Holovanova IA, Dvornyk IL. Epidemiology of diseases of the circulatory system among the population of Poltava region. *Wiad Lek*. 2019; 72 (12 cz 1): 2366-2370. PMID: 32124755.

7. Orlova O. V., Zhyvotovska L. V., Borysenko V. V., Kazakov O. A. Psykhichni ta povedinkovi rozlady u patsientiv iz dementsiieiu yak predyspozytsiia dlia psykhoemotsiinykh porushen simeinykh opikuniv. *Materialy Vseukrainskoi naukovo-praktychnoi konferentsii z mizhnarodnoiu uchastiu "Poltavski dni hromadskoho zdorov'ia"*, 27 travnia 2022 r. Poltava, 2022. S. 28—30. <http://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/18928>. (In Ukrainian).

8. Kozolkin O. A. *Alhorytm diahnostryky ta likuvannia dementsii : navchalnyi posibnyk* / O. A. Kozolkin, A. V. Revenko, S. O. Miedviedkova. Zaporizhzhia : ZDMU, 2021. 96 s. <http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/13858/1/Alhorytm%20diahnostryky%20ta%20likuvannia%20dementsii.pdf>. (In Ukrainian).

9. Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). *Mini-Mental State Examination (MMS, MMSE)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t07757-000>.

10. Zimet, Gregory & Dahlem, Nancy & Zimet, Sara & Farley, Gordon. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality assessment*, 52, 30-41. [http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5201\\_2](http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2).

11. Chaban, O.S., Khaustova, O., Asanova, A., Trachuk L., Assonov, D. (2019). *Praktychna psykhosomatyka: diahnostychni shkaly : navchalnyi posibnyk*. Druhe vydannia onovlene ta dopovnene Kyiv : Medknyha, 2019. 112 s. Serii "Bibliotekha praktykuiuchoho likaria". (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 29.07.2023

Відомості про авторів:

**ОРЛОВА Ольга Вячеславівна**, аспірант кафедри\*; e-mail: [orlova94@ukr.net](mailto:orlova94@ukr.net)

**ЖИВОТОВСЬКА Лілія Валентинівна**, доктор медичних наук, професор кафедри\*; e-mail: [lzhvotovska@gmail.com](mailto:lzhvotovska@gmail.com)

\* — кафедра психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету, м. Полтава, Україна

Information about the authors:

**ORLOVA Olha**, Postgraduate Student of the Department\*\*, e-mail: [orlova94@ukr.net](mailto:orlova94@ukr.net)

**ZHYVOTOVSKA Liliia**, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department\*\*, e-mail: [lzhvotovska@gmail.com](mailto:lzhvotovska@gmail.com)

\*\* — Department of Psychiatry, Narcology and medical psychology of the Poltava State Medical University, Poltava, Ukraine