

К. О. Стаханов

**ЧИННИКИ РИЗИКУ РЕЦИДИВУ ЗАХВОРЮВАННЯ  
У ПАЦІЄНТІВ З ПОСТШИЗОФРЕНІЧНОЮ ДЕПРЕСІЄЮ**

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

dgylia.as@gmail.com

**Актуальність.** Впровадження системи допомоги пацієнтам з постшизофренічною депресією (ПШД) є одним з актуальних завдань сучасної медицини, проте дотепер відсутні як загальноприйнятий підхід до діагностики цих станів, так і практичні рекомендації щодо оптимізації підходів терапії.

**Мета** – визначення основних мішеней психокорекційного впливу, а також чинників ризику рецидиву захворювання у пацієнтів з ПШД.

**Матеріали та методи.** Дослідження проходило впродовж 2011–2017 рр. на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я». У дослідження був включений 141 хворий на ПШД. Психодіагностичне дослідження включало: шкалу позитивних і негативних синдромів (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS), опитувальник Басса–Дарки; опитувальник вольового самоконтролю – ВСК (Зверков А. Г., Эйдеман Е. В.); опитувальник суїцидального ризику (в модифікації Т. Н. Разуваєвої); методика «10 слів» за А. Р. Лурія (1995 р.), «Коректурна проба» Б. Бурдона (1995 р.); методика Mezzich, Coher, Rupezer, Liu & Yoon, 1999.

**Результати.** За результатами проведеного дослідження визначено дезадаптивні особливості психоемоційної, особистісної та психосоціальної сфер у 100,00 % хворих на ПШД, які було позначено як мішені психокорекційного впливу, та з їх урахуванням визначено основні заходи комплексного медико-психологічного супроводу.

**Висновки.** Визначено та структуровано основні чинники ризику рецидиву захворювання: біологічні (генетична обтяженість, органічні порушення, пренатальні фактори, інтоксикації); психологічні (порушення уваги, порушення пам'яті, порушення мислення, підвищення рівня тривоги, депресивні тенденції, агресивність); мікросоціальні (відсутність розуміння та підтримки в родині, конфлікти, відсутність власного житла, самотнє проживання, відсутність розуміння на роботі, відсутність друзів та близьких, відсутність або втрата місця роботи); макросоціальні (відсутність толерантного відношення в суспільстві, низький рівень поінформованості в громаді, відсутність системи мультидисциплінарного супроводу на амбулаторному етапі).

**Ключові слова:**  
постшизофренічна депресія, чинники ризику рецидиву, медико-психологічний супровід, індивідуально-психологічні особливості.

**Актуальність.** Надання допомоги пацієнтам з постшизофренічною депресією залишається нагальним завданням сучасної медицини, проте дотепер відсутній загальноприйнятий підхід як до діагностики цих станів, так і до терапевтичних підходів [1, 2]. Серед вказаної категорії пацієнтів спостерігають підвищений ризик самогубства, зниження тривалості життя на 10–12 років, порівняно з середньостатистичним показником, ймовірність рецидиву гострого психозу, зниження адаптивних можливостей, рівня соціального функціонування [2, 3]. Серед соціальних проблем, з якими стикаються хворі на ПШД, – тривале безробіття, відсутність житла, незадоволеність своїми життєвими обставинами при зниженому рівні функціонування, низька оцінка власного матеріального добробуту, житлових умов, забезпеченості одягом,

денної активності, стосунків, а також статусу в сім'ї [4, 5]. В Україні на сьогодні зростає потреба в розробці програм психосоціальної реабілітації хворих на ПШД, яка б дозволила підвищити якість життя пацієнтів [1]. У межах даного дослідження визначені основні мішені психокорекційного впливу, а також чинники ризику рецидиву захворювання у вказаної когорти пацієнтів.

**Матеріали та методи дослідження**

Дослідження проходило впродовж 2011–2017 рр. на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я». До участі був включений 141 хворий на ПШД. На початку дослідження всі обстежені були поділені на дві групи за гендерною ознакою: 68 чоловіків склали першу групу, а 73 жінки – другу групу. Перед проведенням

корекційних інтервенцій групи досліджених, що були набрані раніше, поділили на дві основні групи (ОГ1 – чоловічу (37 осіб) та ОГ2 – жіночу (39 осіб)) та дві групи порівняння (ГП1 – чоловічу (31 особа) та ГП2 – жіночу (34 особи)).

У дослідженні використовували наступні методи: теоретичний (аналіз сучасних літературних джерел), соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катamnестичний, статистичний.

Клініко-психопатологічний метод було реалізовано шляхом збору анамнестичних даних пацієнта під час усного опитування родичів, а також при аналізі медичної документації.

Психодіагностичне дослідження хворих включало опитувальник Басса–Дарки для діагностики агресивних та ворожих реакцій. Для вивчення соціально-психологічних особливостей використовували опитувальник вольового самоконтролю – ВСК (Зверков А. Г., Эйдеман Е. В.), опитувальник суїцидального ризику (в модифікації Т. Н. Разуваєвої). Когнітивну сферу оцінювали за допомогою методик: «10 слів» за А. Р. Лурія (1995 р.), «Коректурна проба» Б. Бурдона (1995 р.) та метод піктограм. Дослідження якості життя пацієнтів проводили за допомогою методики Mezzich, Coher, Ruizezer, Liu & Yoon, 1999. Шкалу позитивних і негативних синдромів (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) використовували для вивчення характеру співвідношення ключових кластерів симптоматики при ПШД, а саме – негативних симптомів та нейрокогнітивних порушень [6].

Аналіз розбіжностей у кількісних ознаках за умови нормального (гаусового) або наближеного до нормального розподілу здійснювали за допомогою параметричного t-критерію Стьюдента. Аналіз розбіжностей у кількісних ознаках з відмінним від нормального характером розподілу та бальних оцінок виконаний за допомогою непараметричного тесту Манна–Уїтні для незалежних змінних та непараметричного тесту Вілкоксона для залежних. Аналіз розбіжностей у категоріальних ознаках здійснювали з використанням точного критерію Фішера у чотирипільних таблицях та критерію хі-квадрат Пірсона у таблицях спряженості, з використанням, в разі необхідності, поправки Йетса для уникнення впливу малої кількості спостережень у окремих групах.

## Результати та їх обговорення

Проведене системне психодіагностичне дослідження дозволило виявити у пацієнтів з ПШД дезадаптивні індивідуально-психологічні особливості, які в подальшому були використані як мішені психокорекційного впливу для розробки медико-психологічного супроводу для даної категорії пацієнтів.

Як свідчать результати, отримані за шкалою PANSS, серед позитивних симптомів у чоловіків достовірно частіше, ніж у жінок, відмічались галюцинаторна поведінка (Г1 – 5,5 бала; Г2 – 4,3 бала,  $p \leq 0,05$ ), психомоторне збудження (Г1 – 6,0 бала; Г2 – 5,1 бала,  $p \leq 0,05$ ), підозріливість-переслідування (Г1 – 5,9 бала; Г2 – 4,2 бала,  $p \leq 0,05$ ), ворожість (Г1 – 6,0 бала; Г2 – 4,5 бала,  $p \leq 0,05$ ). У жінок частіше, ніж у чоловіків, домінувала манія величі (Г1 – 3,0 бала; Г2 – 4,6 бала,  $p \leq 0,05$ ). Серед негативних симптомів у чоловіків переважали сплюснення афекту

(Г1 – 5,8 бала; Г2 – 4,6 бала,  $p \leq 0,05$ ), емоційна відгородженість (Г1 – 6,1 бала; Г2 – 4,0 бала,  $p \leq 0,05$ ), зниження комунікабельності (Г1 – 5,7 бала; Г2 – 3,9 бала,  $p \leq 0,05$ ), пасивна/апатична соціальна самоізоляція (Г1 – 6,1 бала; Г2 – 4,1 бала,  $p \leq 0,05$ ). У жінок в межах негативного синдрому достовірно частіше, ніж у чоловіків, спостерігали порушення абстрактного мислення (Г1 – 5,6 бала; Г2 – 6,1 бала,  $p \leq 0,05$ ). Серед загальнопсихопатологічних симптомів для жінок більш характерними були соматизація (Г1 – 4,0 бала; Г2 – 5,6 бала,  $p \leq 0,05$ ), почуття провини (Г1 – 4,5 бала; Г2 – 5,8 бала,  $p \leq 0,05$ ), манірність рухів та поз (Г1 – 4,1; Г2 – 5,9 бала,  $p \leq 0,05$ ), зниження уваги (Г1 – 4,9 бала; Г2 – 5,2 бала), порушення критики та розважливості (Г1 – 5,0 бала; Г2 – 5,7 бала,  $p \leq 0,05$ ); чоловікам більш властивими були тривожні прояви (Г1 – 5,8 бала; Г2 – 4,4 бала,  $p \leq 0,05$ ), аутизація (Г1 – 6,0 бала; Г2 – 4,9 бала,  $p \leq 0,05$ ) та соціальна ізоляція (Г1 – 5,7 бала; Г2 – 4,5 бала,  $p \leq 0,05$ ).

Серед чоловіків та жінок з ПШД переважали особи з середнім та високим рівнями тривоги (Г1 – 88,24 %; Г2 – 93,15 %), при цьому осіб з високим рівнем тривожності було більше серед жінок, порівняно з групою чоловіків ( $p \leq 0,05$ ). Більшість пацієнтів як Г1, так і Г2 мали високий рівень депресії (Г1 – 61,76 %; Г2 – 53,42 %), при цьому серед осіб з високим рівнем депресії достовірно переважали представники чоловічої статі ( $p \leq 0,05$ ). Чоловіки достовірно частіше, ніж жінки, використовували фізичну агресію ( $p \leq 0,05$ ). Жінки частіше, порівняно з чоловіками, відчували образу та мали почуття провини ( $p \leq 0,05$ ). Загалом дослідження виявляє тенденцію до придушення прямого прояву агресії у вербальній або фізичній формі та схильність до використання проявів непрямой агресії, що може призводити до виникнення аутоагресивних тенденцій, в тому числі суїцидальних думок та намірів.

За результатами вивчення параметрів уваги у всіх пацієнтів з ПШД виявлено їх зниження. Так, зниження стійкості уваги визначено у 63,24 % чоловіків (Г1) та у 69,86 % жінок (Г2); порушення концентрації уваги спостерігали у 64,71 % хворих Г1 та у 75,34 % пацієнок Г2; зниження можливостей розподілу уваги характеризувало 75,00 % чоловіків Г1 та 72,60 % досліджуваних Г2; низький рівень переключення уваги виявлено у 61,76 % хворих Г1 та у 60,27 % пацієнтів Г2. Можливості пам'яті пацієнтів з ПШД відповідали віковій нормі, при цьому через виснаженість уваги та астенію спостерігали зниження ефективності запам'ятовування вербального матеріалу. Серед особливостей мислення у більшості чоловіків (67,32 %) простежували збільшення числа атрибутивних і конкретних образів (23,38 %). У жінок спостерігали більше метафоричних (53,32 %) та графічних (46,32 %) образів (різниця між Г1 і Г2 є достовірною,  $p \leq 0,05$ ).

Середні бали за всіма шкалами опитувальника вольового самоконтролю були низькими (Г1 – 6,5 бала, Г2 – 6,8 бала). У чоловіків з ПШД ризик суїцидальної поведінки найчастіше був пов'язаний з факторами «соціальний песимізм» (5,9 бала), «неспроможність» (5,6 бала), «часова перспектива» (5,5 бала), «афективність» (5,2 бала). У жінок ризик суїцидальної поведінки був достовірно меншим, порівняно з чоловіками, про що свідчили і низькі значення за більшістю шкал опитувальника, а також

вищий (порівняно з G1) показник за антисуїцидальним фактором ( $p \leq 0,05$ ). Суїцидальний ризик у жінок з ПШД здебільшого був пов'язаний з факторами «демонстративність» (5,3 бала) та «афективність» (5,0 балів). Показники якості життя в цілому знаходились у діапазоні середніх значень. Близько половини чоловіків та жінок з ПШД мали поганий або дуже поганий рівень адаптації (G1 – 67,65 %; G2 – 46,58 %), при цьому жінки були достовірно більш адаптованими, порівняно з чоловіками ( $p \leq 0,05$ ). За оцінкою обстежених, рівень соціальної підтримки, яку вони відчують, був низьким, при цьому найменші показники стосувались фактора «соціальна підтримка від «значимих інших» (G1 – 0,9 бала; G2 – 0,6 бала).

Визначені дезадаптивні особливості психоемоційної, особистісної та психосоціальної сфер хворих на ПШД були позначені як мішені психокорекційного впливу, з їх урахуванням визначено основні заходи комплексного медико-психологічного супроводу (рис. 1).

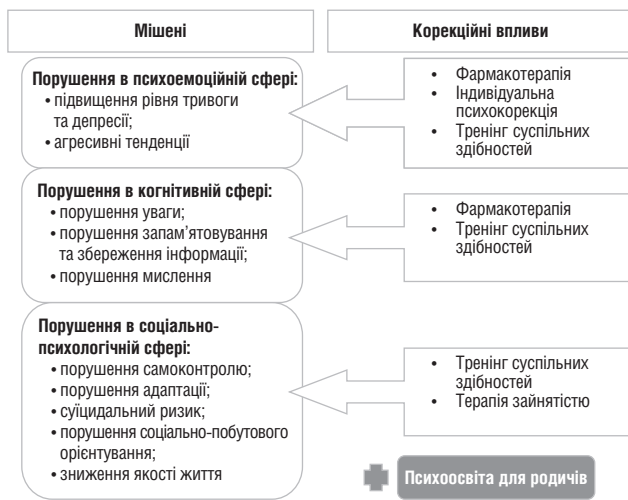


Рис. 1. Основні психокорекційні мішені та заходи впливу для пацієнтів з ПШД та їх родичів на стаціонарному етапі

Також у рамках дослідження визначено та структуровано основні чинники ризику рецидиву ПШД (табл. 1): біологічні (генетична обтяженість, органічні порушення, пренатальні фактори, інтоксикації); психологічні (порушення уваги, порушення пам'яті, порушення мислення, підвищення рівня тривоги, депресивні тенденції, агресивність); мікросоціальні (відсутність розуміння та підтримки в родині, конфлікти, відсутність власного житла, самотнє проживання, відсутність розуміння на роботі, відсутність друзів та близьких, відсутність або втрата місця роботи); макросоціальні (відсутність толерантного відношення в суспільстві, низький рівень поінформованості в громаді, відсутність системи мультидисциплінарного супроводу на амбулаторному етапі).

З урахуванням визначених мішеней психокорекції та чинників ризику рецидиву ПШД автором було обґрунтовано, розроблено і впроваджено в клінічну медико-психологічну практику комплексний гендерноспецифічний сімейноцентрований медико-психологічний супровід для пацієнтів з ПШД. Супровід на стаціонарному етапі включав участь родичів та складався із тренінгу суспільних здібностей, терапії зайнятості, індивідуального психологічного консультування. Для родичів пацієнтів було організовано програму психоосвітніх втручань. На

амбулаторному етапі в межах супроводу було організовано домашні візити, які здійснювались спільотною виїзною бригадою охорони психічного здоров'я з метою запобігання виникненню психотичних проявів у пацієнтів та профілактики зайвих госпіталізацій у психіатричний стаціонар. Для пацієнтів продовжували терапію зайнятості. Також було створено Інтернет-портал, на якому пацієнти з ПШД та їх родичі могли спілкуватись між собою, ставити питання фахівцям. Для родичів пацієнтів було організовано роботу груп самопомогі. Апробація заходів психосоціального супроводу показала їх ефективність у 72,37 % випадків ( $p \leq 0,05$ ).

## Висновки

1. Визначено дезадаптивні особливості психоемоційної, особистісної та психосоціальної сфер у 100,00 % хворих на ПШД, які надалі було позначено як мішені психокорекційного впливу та з їх урахуванням визначено основні заходи комплексного медико-психологічного супроводу.

2. У рамках дослідження визначено та структуровано основні чинники ризику рецидиву ПШД – біологічні, психологічні, мікросоціальні, макросоціальні.

3. З урахуванням мішеней психокорекції та чинників ризику рецидиву ПШД обґрунтовано, розроблено і впроваджено в клінічну медико-психологічну практику комплексний гендерноспецифічний сімейноцентрований медико-психологічний супровід для пацієнтів з ПШД, який проводився на стаціонарному та амбулаторному етапах лікування і включав інтервенції як для пацієнтів, так і для їх родичів.

Таблиця 1. Фактори ризику рецидивів ПШД

Контекст	Фактори ризику
Біологічний	Генетична обтяженість
	Органічні порушення
	Пренатальні фактори
	Інтоксикації
Психологічний	Порушення уваги
	Порушення пам'яті
	Порушення мислення
	Підвищення рівня тривоги
	Депресивні тенденції
Соціальний	Агресивність
	<i>Мікросоціальні</i>
	Відсутність розуміння та підтримки в родині, конфлікти
	Відсутність власного житла
	Самотнє проживання
	Відсутність розуміння на роботі, конфлікти
	Відсутність друзів та близьких
	Відсутність або втрата місця роботи
	<i>Макросоціальні</i>
	Відсутність толерантного відношення в суспільстві
Низький рівень поінформованості в громаді	
Відсутність системи мультидисциплінарного супроводу на амбулаторному етапі	

## Список використаної літератури

1. Михайлов Б. В. Современное состояние проблемы шизофрении (обзор литературы) / Б. В. Михайлов // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 4 (65). – С. 39–47.
2. Гуменюк Л. Н. Клинико-социальная характеристика страдающих психическими расстройствами с ограниченной способностью интеграции в сообщество (бездомные) / Л. Н. Гуменюк // Український вісник психоневрології. – 2008. – Т. 16, вип. 1 (54). – С. 9–12.
3. Буздиган О. Г. Диференційовані підходи до психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію з урахуванням клініко-функціональних гендерних особливостей / О. Г. Буздиган // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, вип. 4 (89). – С. 47–53.
4. Аширбеков Б. М. Социальное функционирование и качество жизни больных с постшизофреническими депрессиями / Б. М. Аширбеков // Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2008. – Т. 14, № 1. – С. 37–53.
5. Гурович И. Я. Выздоровление при шизофрении. Концепция «Recovery» / И. Я. Гурович, Е. Б. Любов, Я. А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, № 2. – С. 7–14.
6. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский. – Самара : Бахрах-М. – 2002. – 672 с.

## References

1. Mykhaylov, B. V. (2010). Sovremennoe sostojanie problemy shizofrenii (obzor literatury) [Contemporary state of schizophrenia problem (Review)]. *Ukrains'kyi*

- visnyk psychonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology, vol. 18, issue 4 (65), pp. 39–47. (In Russian).
2. Gumenyuk, L. N. (2008). Kliniko-social'naja harakteristika stradajushhix psicheskimi rasstrojstvami s ogranichennoj sposobnost'ju integracii v soobshhestvo (bezdomnye) [Clinical and social characteristic of persons with the psychological disorders and the limited ability of integration to society (homeless)]. *Ukrains'kyi visnyk psychonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 16, issue 1 (54), pp. 9–12. (In Russian).
3. Buzdyhan, O. G. (2016). Dyferentsiovani pidkhody do psykhosotsialnoi reabilitacii khvorykh na shyzofreniiu z urakhuvanniam kliniko-funktsionalnykh hendernykh osoblyvostei [Differentiated approaches to psychosocial rehabilitation of patients with schizophrenia in view of clinical and functional gender peculiarities]. *Ukrains'kyi visnyk psychonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 24, issue 4 (89), pp. 47–53. (In Ukrainian).
4. Ashirbekov, B. M. (2008). Social'noe funkcionirovanie i kachestvo zhizni bol'nyh s postshizofrenicheskimy depressijami [Social functioning and quality of life of patients with post-schizophrenic depression]. *Voprosy mental'noj medicyny i jekologii – Questions of mental medicine and ecology*, vol. 14, issue 1, pp. 37–53. (In Russian).
5. Gurovich, I. Ya., Lyubov, E. B., & Storozhakova, Ya. A. (2008). Vyzdorovlenie pri shizofrenii. Konceptija «Recovery» [The concept of recovery in schizophrenia]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija – Social and Clinical Psychiatry*, vol. 18, no. 2, pp. 7–14. (In Russian).
6. Rajgorodskij, D. Ja. (2002). *Prakticheskaja psihodiagnostika. Metodiki i testy* [Practical psychodiagnostics. Methods and tests]. Samara: Bahrah–M Publ., 672 p. (In Russian).

## ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВА ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТШИЗОФРЕНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

К. О. Стаханов

**Актуальность.** Внедрение системы помощи пациентам с постшизофренической депрессией является одной из актуальных задач современной медицины, однако до сих пор отсутствуют как общепринятый подход к диагностике этих состояний, так и практические рекомендации по оптимизации подходов терапии.

**Цель** – определение основных мишеней психокоррекционного влияния, а также факторов риска рецидива заболевания у пациентов с ПШД.

**Материалы и методы.** Исследование проводило в течение 2011–2017 гг. на базе КУ «Одесский областной медицинский центр психического здоровья». В исследование был включен 141 больной ПШД. Психодиагностическое исследование включало: шкалу позитивных и негативных синдромов (PANSS), опросник Баса–Дарки; опросник волевого самоконтроля – ВСК (Зверков А. Г., Эйдман Е. В.), опросник суицидального риска (в модификации Т. Н. Разуваева); методика «10 слов» по А. Р. Лурия (1995 г.), «Коррективная проба» Б. Бурдона (1995 г.); методика Mezzich, Coher, Ruypezer, Liu & Yoon, 1999.

**Результаты.** По результатам проведенного исследования определены дезадаптивные особенности психоэмоциональной, личностной и психосоциальной сфер у 100,0 % больных ПШД, которые в дальнейшем были отмечены как мишени психокоррекционного влияния и с их учетом определены основные мероприятия комплексного медико-психологического сопровождения.

**Выводы.** Определены и структурированы основные факторы риска рецидива заболевания – биологические (генетическая отягощенность, органические нарушения, пренатальные факторы, интоксикации); психологические (нарушение внимания, нарушение памяти, нарушение мышления, повышение уровня тревоги, депрессивные тенденции, агрессивность); микросоциальные (отсутствие понимания и поддержки в семье, конфликты, отсутствие собственного жилья, одинокое проживание, отсутствие понимания на работе, отсутствие друзей и близких, отсутствие или потеря места работы); макросоциальные (отсутствие толерантного отношения в обществе, низкий уровень осведомленности в обществе, отсутствие системы мультидисциплинарного сопровождения на амбулаторном этапе).

**Ключевые слова:** постшизофреническая депрессия, факторы риска рецидива, медико-психологическое сопровождение, индивидуально-психологические особенности.

## RISK FACTORS FOR RECURRENCE IN PATIENTS WITH POST-SCHIZOPHRENIC DEPRESSION

К. О. Stakhanov

**Background.** The introduction of a system of care for patients with post-schizophrenic depression (PSD) is one of the urgent problems of modern medicine, but there is still no generally accepted approach to both the diagnosis of these conditions, as well as practical recommendations for optimizing therapy approaches.

**Objective.** The goal is to determine the main targets of psychocorrective influence, as well as the risk factors for recurrence in patients with PSD.

**Materials and methods.** The study was conducted during 2011–2017. On the basis of Communal Institution «Odessa Regional Medical Center of Mental Health». 141 patients with post-schizophrenic depression were involved in the study. The psychodiagnostic study included: scale of positive and negative syndromes (PANSS), the Bassa-Darka questionnaire; a questionnaire of volitional self-control – VSC (Zverkov A. G., Eidmana E. V.), a questionnaire of suicidal risk (in the modification of T. N. Razuvaev); method «10 words» by A. R. Luria (1995), B. Bourdon's Correction Test (1995); method Mezzich, Coher, Ruypezer, Liu & Yoon, 1999.

**Results.** The main risk factors for recurrence have been identified and structured: biological (genetic weights, organic disorders, prenatal factors, intoxications); psychological (violation of attention, memory impairment, violation of thinking, increased anxiety, depressive tendencies, aggressiveness); microsocial (lack of understanding and support in the family, conflicts lack of own housing, lonely living, lack of understanding at work, lack of friends and relatives, lack of or loss of employment); macrosocial (lack of tolerant attitude in society, low level of awareness in society, lack of a system of multidisciplinary support at an outpatient stage).

**Keywords:** post-schizophrenic depression, risk factors for recurrence, medical and psychological support, individual psychological features.

Стаття надійшла до редакції 01.09.2017 р.

СТАХАНОВ Кирило Олегович, асистент кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги, Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна; e-mail: dgylia.as@gmail.com

СТАХАНОВ Кирилл Олегович, асистент кафедри психиатрии, наркологии, психологии и социальной помощи, Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина; e-mail: dgylia.as@gmail.com

STAKHANOV Kirill Olegovich, assistant of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychology and Social Assistance, Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine; e-mail: dgylia.as@gmail.com