

Український Вісник Психоневрології UKRAINS'KYI VISNYK PSYKHONEVROLOGII

Засновник і видавець: ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ НЕВРОЛОГІВ, ПСИХІАТРІВ І НАРКОЛОГІВ УКРАЇНИ», ДУ «ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»
Founder and publisher: PUBLIC ORGANIZATION "ASSOCIATION OF NEUROLOGISTS, PSYCHIATRISTS AND NARCOLOGISTS OF UKRAINE", STATE INSTITUTION "INSTITUTE OF NEUROLOGY, PSYCHIATRY AND NARCOLOGY OF THE NATIONAL ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES OF UKRAINE"

Головний редактор ВОЛОШИН П. В.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Бітенський В. С. (м. Одеса, УКРАЇНА),
Аймедов К. В. (Одеса, УКРАЇНА),
Волошина Н. П. (м. Харків, УКРАЇНА),
Головченко Ю. І. (м. Київ, УКРАЇНА),
Григорова І. А. (м. Харків, УКРАЇНА),
Дзяк Л. А. (м. Дніпро, УКРАЇНА),
Зозуля І. С. (м. Київ, УКРАЇНА),
Карабань І. М. (м. Київ, УКРАЇНА),
Кожина Г. М. (м. Харків, УКРАЇНА),
Козьявкін В. І. (м. Львів, УКРАЇНА),
Лінський І. В. (м. Харків, УКРАЇНА),
Марута Н. О. (м. Харків, УКРАЇНА) (*заступник
головного редактора*),
Михайлов Б. В. (м. Харків, УКРАЇНА),
Мінко О. І. (м. Харків, УКРАЇНА),
Мищенко Т. С. (м. Харків, УКРАЇНА),
Напрєєнко О. К. (м. Київ, УКРАЇНА),
Підкоритов В. С. (м. Харків, УКРАЇНА),
Табачников С. І. (м. Київ, УКРАЇНА),
Танцура Л. М. (м. Харків, УКРАЇНА),
Чабан О. С. (м. Київ, УКРАЇНА),
Чугунов В. В. (Запоріжжя, УКРАЇНА),
Шестопалова Л. Ф. (м. Харків, УКРАЇНА),
Явдак І. О. (м. Харків, УКРАЇНА),
(*відповідальний секретар*).

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Берштейн Н. (м. Тель Авів, ІЗРАЇЛЬ),
Брайнін М. (м. Відень, АВСТРІЯ),
Головач К. М. (м. Київ, УКРАЇНА),
Дубенко А. Є. (м. Харків, УКРАЇНА),
Євтушенко С. К. (м. Харків, УКРАЇНА),
Зукер Р. (Енн Арбор, США),
Коростій В. І. (м. Харків, УКРАЇНА),
Ліхачов С. О. (м. Мінськ, БІЛОРУСЬ),
Май М. (м. Неаполь, ІТАЛІЯ),
Маркова М. В. (м. Харків, УКРАЇНА),
Мартинюк В. Ю. (м. Київ, УКРАЇНА),
Мищенко В. М. (м. Харків, УКРАЇНА),
Морозов П. В. (м. Москва, РОСІЯ),
Пашковський В. М. (м. Чернівці, УКРАЇНА),
Пшук Н. Г. (м. Вінниця, УКРАЇНА),
Ревенко О. А. (м. Київ, УКРАЇНА),
Сон А. С. (м. Одеса, УКРАЇНА),
Сосін І. К. (м. Харків, УКРАЇНА),
Хабрат Б. (Варшава, ПОЛЬЩА),
Христовулу Дж. (м. Афіни, ГРЕЦІЯ),
Шапвалов В. В. (м. Харків, УКРАЇНА),
Юр'єва Л. М. (м. Дніпро, УКРАЇНА).

Chief Editor VOLOSHYN P. V.

EDITORIAL STAFF:

Bitenskiy V. S. (Odesa, UKRAINE)
Aymedov C. V. (Odesa, UKRAINE)
Voloshyna N. P. (Kharkiv, UKRAINE)
Golovchenko Yu. I. (Kyiv, UKRAINE)
Grygorova I. A. (Kharkiv, UKRAINE)
Dziak L. A. (Dnipro, UKRAINE)
Zozulia I. S. (Kyiv, UKRAINE)
Karaban' I. M. (Kyiv, UKRAINE)
Kozhyina G. M. (Kharkiv, UKRAINE)
Kozyavkin V. I. (Lviv, UKRAINE)
Linskiy I. V. (Kharkiv, UKRAINE)
Maruta N. O. (Kharkiv, UKRAINE) (*deputy
chief editor*)
Mykhailov B. V. (Kharkiv, UKRAINE)
Minko O. I. (Kharkiv, UKRAINE)
Mishchenko T. S. (Kharkiv, UKRAINE)
Napryeyenko O. K. (Kyiv, UKRAINE)
Pidkorytov V. S. (Kharkiv, UKRAINE)
Tabachnikov S. I. (Kharkiv, UKRAINE)
Tantsura L. M. (Kharkiv, UKRAINE)
Chaban O. S. (Kyiv, UKRAINE)
Chugunov V. V. (Zaporizhzhia, UKRAINE)
Shestopalova L. F. (Kharkiv, UKRAINE)
Yavdak I. O. (Kharkiv, UKRAINE) (*executive
secretary*).

EDITORIAL BOARD:

Berstein N. (Tel Aviv, ISRAEL)
Brainin M. (Vienna, AUSTRIA)
Golovach K. M. (Kyiv, UKRAINE)
Dubenko A. Ye. (Kharkiv, UKRAINE)
Yevtushenko S. K. (Kharkiv, UKRAINE)
Zucker R. (Ann Arbor, MI, USA)
Korostii V. I. (Kharkiv, UKRAINE)
Lichachov S. A. (Minsk, BELARUS)
May M. (Naples, ITALY)
Markova M. V. (Kharkiv, UKRAINE)
Martyniuk V. Yu. (Kyiv, UKRAINE)
Mishchenko V. M. (Kharkiv, UKRAINE)
Morozov P. V. (Moscow, RUSSIA)
Pashkovskiy V. M. (Chernivtsi, UKRAINE)
Pshuk N. G. (Vinnitsya, UKRAINE)
Revenok O. A. (Kyiv, UKRAINE)
Son A. S. (Odesa, UKRAINE)
Sosin I. K. (Kharkov, UKRAINE)
Habrat B. (Warsaw, POLAND)
Christodoulou G. (Athens, GREECE)
Shapovalov V. V. (Kharkiv, UKRAINE)
Yurieva L. M. (Dnipro, UKRAINE).

*Рецензований науково-практичний
медичний журнал
Peer-reviewed scientific and practical
journal of medicine*

Заснований у вересні 1993 р.
Founded in September, 1993

Періодичність — щокварталу

The journal is published quarterly

Журнал внесений до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук за галузями медичних (наказ МОН України від 06 березня 2015 р. № 261) та фармацевтичних (постанова ВАК України від 06 жовтня 2010 р. № 3-05/6) наук.

Журнал представлений у міжнародних базах даних: РИНЦ (Російський індекс научного цитування); Ulrich's Periodicals Directory, Google Scholar.

The journal is presented in international periodicals, bibliographic and scientometric international databases, such as:

- RSCI (Russian Science Citation Index);
- Ulrich's Periodicals Directory;
- Google Scholar

Том 27, випуск 3 (100)
Харків, 2019



АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

вул. Академіка Павлова, 46, м. Харків, 61068
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
Національної академії медичних наук України».
Адреса сайту журналу: www.uvnpn.com.ua

ADDRESS OF EDITORSHIP:

46, Academician Pavlov Str., Kharkiv, Ukraine, 61068,
SI "Institute of neurology, psychiatry and narcology
of the NAMS of Ukraine".

Web-site of the journal: www.uvnpn.com.ua

Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ № 16345-4817ПР від 10.02.2010 р.
Certificate for state registration of print mass media
KV № 16345-4817PR, dated 10 Feb, 2010

Рекомендовано до друку Вченою Радою ДУ «Інститут
неврології, психіатрії та наркології НАМН України»
(протокол № 7 від 30.07.2019 р.)

Approved for publication by the Academic Council of SI "Institute
of neurology, psychiatry and narcology of the NAMS
of Ukraine" (protocol no. 7 dated 30 July, 2019)

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ НЕВРОЛОГІЇ:

Волошина Н. П. (м. Харків, Україна), Головченко Ю. І. (м. Київ, Україна), Григорова І. А. (м. Харків, Україна), Дзяк Л. А. (м. Дніпро, Україна), Дубенко Є. Г. (м. Харків, Україна), Зозуля І. С. (м. Київ, Україна), Міщенко Т. С. (м. Харків, Україна).

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ ПСИХІАТРІЇ:

Кожина Г. М. (м. Харків, Україна), Колядко С. П. (м. Харків, Україна), Михайлов Б. В. (м. Харків, Україна), Напрєєнко О. К. (м. Київ, Україна), Підкоритов В. С. (м. Харків, Україна), Чабан О. С. (м. Київ, Україна), Юр'єва Л. М. (м. Дніпро, Україна).

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ НАРКОЛОГІЇ:

Бітенський В. С. (м. Одеса, Україна), Ігнатів М. Ю. (м. Харків, Україна), Лінський І. В. (м. Харків, Україна), Мінко О. І. (м. Харків, Україна), Павлов В. О. (м. Дніпро, Україна), Сосін І. К. (м. Харків, Україна), Чугунов В. В. (Запоріжжя, Україна).

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ:

Коростій В. І. (м. Харків, Україна), Маркова М. В. (м. Харків, Україна), Пшук Н. Г. (м. Вінниця, Україна), Шестопалова Л. Ф. (м. Харків, Україна).

До уваги авторів

До опублікування у журналі «Український вісник психоневрології» приймаються статті з проблем клінічної та експериментальної неврології, психіатрії та наркології, психотерапії, судової фармації, інших суміжних наук, оригінальні дослідження, огляди, лекції, спостереження з практики, дискусійні статті, наукова хроніка, короткі повідомлення, рецензії, а також роботи з питань викладання нейронаук, організації та управління психоневрологічною службою, статті історичного характеру, інформація про новітні лікарські засоби, про минулі та майбутні з'їзди, науково-практичні конференції та семінари.

Під час підготовки робіт до друку треба враховувати таке:

1. До розгляду редакційною колегією журналу приймаються роботи, що не публікувалися та не подавалися до друку раніше.

2. Оригінал роботи подається до редакції українською, російською або англійською мовами.

3. Статті надсилаються до редакції у двох примірниках з офіційним направленням установи (1 примірник), експертним висновком (2 примірники) та електронною версією у текстовому редакторі Microsoft Word. Не треба ділити текст статті на окремі файли (крім рисунків, що виконані в інших програмах).

4. Обсяг статей не повинен перевищувати: для проблемних та оригінальних досліджень, лекцій та оглядів — 10 сторінок, для дискусійних статей — 8 сторінок, для наукової хроніки — 5 сторінок, для коротких повідомлень — 3-х сторінок.

5. Роботи друкуються кеглем 14, через 1,5 інтервали з полями: ліворуч — 3,5 см, праворуч — 1 см, зверху та знизу — по 2,5 см (28—30 рядків на сторінці, 60—70 знаків у рядку).

6. Викладення робіт повинно бути чітким, містити такі розділи: вступ (з обґрунтуванням актуальності), матеріал та методи дослідження, отримані результати, їх обговорення, висновки, перелік літературних джерел.

7. Тексту статті повинні передувати індекс УДК; українською, російською та англійською мовами: прізвище та ініціали авторів, назва статті, резюме та ключові слова. Обсяг резюме не повинен бути меншим, ніж 10 рядків, або 700—1000 знаків (відповідно до «Рекомендацій по підготовці анотації публікації», розміщених на сайті журналу). У тексті статті посилання на літературні джерела наводять в квадратних дужках і нумерувати в порядку їх згадування.

8. Перелік використаної літератури оформлюється відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 та ДСТУ 8302:2015 і містить джерела мовою оригіналу за останні 10 років (більш ранні публікації вносять до переліку тільки у разі потреби). **Обов'язково вказувати цифровий ідентифікатор статті (збірника) DOI, в разі його відсутності — PMID або адресу статті в Інтернеті URL.**

9. Після переліку літератури наводять українською та англійською мовами без скорочень *відомості про авторів*: прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання, посада або професія, основне місце роботи чи навчання (підрозділ, кафедра, найменування установи або організації); e-mail; ID ORCID у форматі: <https://orcid.org/XXXX-XXXX-XXXX-XXXX>; контактні телефони — окремим рядком.

10. Усі фізичні величини та одиниці треба наводити за системою SI, терміни — згідно з анатомічною та гістологічною номенклатурами, діагностику — за допомогою Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду.

11. Таблиці повинні бути компактними, мати назву, що відповідає змісту. На усі рисунки та таблиці у тексті мають бути посилання.

12. Ілюстрації до роботи (рисунки, фотографії, графіки та діаграми) подаються у чорно-білому зображенні, з можливістю редагування. Фотографії мають бути контрастними (на фотопапері чи у цифровому форматі з роздільною здатністю не менш ніж 240 dpi), рисунки та графіки — чіткими, тонові рисунки — у форматі *.tif, 240—300 dpi, без компресії.

13. Полноформатні кольорові ілюстрації мають бути подані в електронній версії для комп'ютера типу IBM PC. Колірна модель — CMYK, 300 dpi. Векторна графіка — у форматі *.pdf. Текст (шрифти) і логотипи подавати тільки в кривих. Розмір ілюстрації — 205 x 295 мм, від цих меж має бути не менш ніж 10 мм до значимих об'єктів.

14. Текст статті та усі супровідні матеріали мають бути відредагованими та перевіреними. Стаття має бути підписаною усіма авторами.

15. Автори обов'язково заповнюють дві форми XML (українська/російська та англійська версії) та надсилають разом зі статтею (форми XML з прикладом заповнення наведено на офіційному сайті журналу www.uvnrn.com.ua у рубриці «Авторам»).

16. Редакція залишає за собою право скорочення та направлення надісланих статей (відповідно до «Порядку розгляду публікацій» та «Порядку рецензування публікацій», розміщених на сайті журналу).

17. Відхилені у процесі рецензування рукописи авторам не повертаються. Статті, що оформлені без дотримання вказаних правил, не розглядаються.

За зміст та оформлення статей (публікацій) відповідальність несе автор.

Статті надсилати на адресу:

вул. Ак. Павлова, 46, м. Харків, Україна, 61068
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»,
редакція журналу «Український вісник психоневрології»,
e-mail: visnuk.pn@gmail.com

Офіційний сайт журналу: www.uvnrn.com.ua

ЗМІСТ

МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ТА СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ НЕВРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ

- Козьолкін О. А., Медведькова С. О., Лісова О. А. (Запоріжжя)*
Ефективність комплексного лікування з застосуванням мануальної терапії у хворих вертебральними торакалгіями 5
- Нікішкова І. М., Кутіков Д. О., Волошин-Гапонов І. К. (Харків)*
Моніторинг адекватності/ефективності патогенетичної терапії у пацієнтів з хворобою Вільсона — Коновалова за допомогою комп'ютеризованого тестування моторики рук 12
- Петюніна О. В., Копиця М. П., Скринник О. В. (Харків)*
Роль одонуклеотидного поліморфізму Val66Met гена BDNF у формуванні кінцевих точок після інфаркту міокарда з підйомом сегмента ST 19
- Прокопів М. М. (Київ)*
Оцінка функціональних наслідків вертебробазиларних інфарктів залежно від ураженої інтракраніальної судинної території задньої циркуляції..... 26
- Фломін Ю. В. (Київ)*
Прогностичні чинники відсутності істотного поліпшення функціонального стану і збереження великої потреби у сторонній допомозі серед пацієнтів з церебральним інсультом, які перебували на лікуванні в Інтегрованому інсультному блоці.....34

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ ТА НАРКОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ

- Будьонний П. В. (Лисичанськ)*
Клініко-психопатологічні особливості суїцидальної поведінки осіб, які хворіють на шизофренію і проживають в зоні проведення операції Об'єднаних сил 42
- Денисенко М. М. (Харків)*
Характеристика функціональних зв'язків різних варіантів аддикцій 47
- Харитонов В. І. (Київ)*
Аналіз емоційного стану хворих на епілепсію з депресіями в інтеріктальному періоді 53
- Хоміцький М. Є. (Запоріжжя)*
Структура і типи реагування на хворобу та показники адаптивності/дезадаптивності при ендогенних психозах з епізодичним перебігом в контексті постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій 57
- Шевченко-Бітенський К. В. (Одеса)*
Соціальне функціонування пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами при змішаних деменціях тяжкого ступеня вираженості 61
- Шевчук М. В., Циганенко О. О., Тараненко О. В., Крижевський В. В., Маньковський Б. М. (Київ)*
Фактори ризику виникнення депресії у пацієнтів з сахарним діабетом 2 типу 65

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

- Сухоруков В. В., Забродіна Л. П., Бовт Ю. В. (Харків)*
Клінічний випадок: інсомнія у хворого на синдром Дауна у поєднанні з симптоматичною епілепсією 69

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ І ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ (Матеріали Науково-практичної конференції «Сучасні підходи до діагностики та лікування захворювань нервової системи у дітей», 19—20 вересня, м. Харків

- Літовченко Т. А., Сухоносорова О. Ю., Сорочан О. П., Сальникова В. В., Гекова М. В. (Харків)*
Зіставлення клінічних, електроенцефалографічних та томографічних даних у дітей, хворих на епілепсію з контрольованими та неконтрольованими нападами..... 72

CONTENTS

MECHANISMS OF FORMATION AND MODERN PRINCIPLES OF TREATMENT OF NEUROLOGICAL DISORDERS

- Kozolkin O. A., Medvedkova S. O., Lisova O. A. (Zaporizhzhia)*
Efficiency of complex treatment of the patients with vertebral thoracalgia using the manual therapies 5
- Nikishkova I. M., Kutikov D. O., Voloshyn-Gaponov I. K. (Kharkiv)*
Monitoring of adequacy/efficacy of pathogenetic therapy in patients with Wilson's disease by means of computerized testing of hand motor activity 12
- Petyunina O. V., Kopytsya M. P., Skrynnyk O. V. (Kharkiv)*
The role of single nucleotide polymorphism Val66Met in BDNF gene in the formation of end points after ST segment elevation myocardial infarction 19
- Prokopiv M. M. (Kyiv)*
Evaluation of functional outcomes of vertebrobasilar infarction depending on the affected intracranial vascular territory of the posterior circulation..... 26
- Flomin Yu. V. (Kyiv)*
Prognostic indicators of the lack of a great functional improvement and sustained disability among in-patients with cerebral stroke who were managed in a Comprehensive Stroke Unit..... 34

DIAGNOSTICS AND THERAPY OF MENTAL AND NARCOLOGICAL DISORDERS

- Budonnyi P. V. (Lysychansk)*
Clinical and psychopathological peculiarities of suicidal behavior of people who are ill with schizophrenia living in the zone of the Joint Force Operation 42
- Denysenko M. M. (Kharkiv)*
Characteristics of functional communications various addiction options..... 47
- Kharytonov V. I. (Kyiv)*
Analysis of the emotional state of patients with epilepsy and depression in interictal period 53
- Khomitskiy M. Ye. (Zaporizhzhia)*
Structure and types of response to disease and indexes of adaptability/maladaptation in endogenous psychoses with episodic course in the context of pathopsychological transformations in post-manifestation period..... 57
- Shevchenko-Bitensky K. V. (Odesa)*
Social functioning of patients with hallucinator-paranoid disorders in mixed dementia of heavy direction of expression 61
- Shevchuk M. V., Tsyhanenko O. O., Taranenko O. V., Kryzhevskiy V. V., Mankovskiy B. M. (Kyiv)*
The risk factors of depression in patients with type 2 Diabetes Mellitus 65

HELP TO PRACTICAL PHYSICIAN

- Sukhorukov V. V., Zabrodina L. P., Bovt Yu. V. (Kharkiv)*
Clinical case: insomnia in a patient with down syndrome with symptomatic epilepsy 69

DIAGNOSTICS AND THERAPY OF NEUROLOGICAL AND MENTAL DISORDERS IN CHILDREN (The Scientific and Practical Conference proceedings "Modern Approaches to the Diagnosis and Treatment of Nervous System Diseases in Children", September 19—20, Kharkiv

- Litovchenko T. A., Sukhonosova O. Yu., Sorochan O. P., Salnikova V. V., Gekova M. V. (Kharkiv)*
Comparison of clinical, electroencephalographic and tomographic data in children with epilepsy with controlled and uncontrolled seizures 72

М. Є. Хоміцький

СТРУКТУРА І ТИПИ РЕАГУВАННЯ НА ХВОРОБУ ТА ПОКАЗНИКИ АДАПТИВНОСТІ/ДЕЗАДАПТИВНОСТІ ПРИ ЕНДОГЕННИХ ПСИХОЗАХ З ЕПІЗОДИЧНИМ ПЕРЕБІГОМ В КОНТЕКСТІ ПОСТМАНІФЕСТНИХ ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ

Н. Е. Хоміцький

Структура и типы реагирования на болезнь и показатели адаптивности/дезадаптивности при эндогенных психозах с эпизодическим течением в контексте постманифестных патоперсоналогических трансформаций

М. Ye. Khomitskyi

Structure and types of response to disease and indexes of adaptability/maladaptation in endogenous psychoses with episodic course in the context of pathopersonological transformations in post-manifestation period

У дослідженні вивчено структуру і типи реагування на хворобу (РНХ) та показники адаптивності/дезадаптивності у 312 пацієнтів з ендогенними психозами з епізодичним перебігом (шизофренія, шизоафективний розлад (ШАР) та афективні розлади (АР)) в станах ремісії/інтермісії та проведено їх порівняльний аналіз. Характеристики РНХ та показники адаптивності/дезадаптивності при ендогенних психозах з епізодичним перебігом в період ремісії/інтермісії є ознакою стійких постманифестних патоперсоналогічних трансформацій та мають нозоспецифічні відмінності. У пацієнтів, що хворіють на ендогенні психози з епізодичним перебігом, наявний резерв особистісних адаптаційних можливостей. Зокрема, серед хворих з дезадаптивними типами РНХ чималу частку становлять типи з інтерпсихічною спрямованістю (74,0 % контингенту при АР, 55,9 % обстежених при ШАР та 57,6 % при шизофренії), що є ознакою використання особистісних резервів у протистоянні негативному впливу захворювання. Вищезазначений резерв особистісних адаптаційних можливостей при АР є найбільшим, про що свідчить більша ($\chi^2 = 6,065, p < 0,05$) частка типів з інтерпсихічною спрямованістю в структурі дезадаптивних типів РНХ. Отримані дані можуть бути втілені у систему диференціальної діагностики та протидії соціальній дезадаптації, яка формується внаслідок впливу хвороби.

Ключові слова: шизофренія, шизоафективний розлад, афективні розлади, клініка, адаптація, патоперсоналогічні особливості

В исследовании изучена структура и типы реагирования на болезнь (РНХ) и показатели адаптивности/дезадаптивности 312 пациентов с эндогенными психозами с эпизодическим течением (шизофрения, шизоаффективное расстройство (ШАР) и аффективные расстройства (АР)) в состояниях ремиссии/интермиссии и проведен их сравнительный анализ. Характеристики РНХ и показатели адаптивности/дезадаптивности при эндогенных психозах с эпизодическим течением в период ремиссии/интермиссии являются признаками стойких постманифестных патоперсоналогических трансформаций и имеют нозоспецифические различия. У пациентов, страдающих эндогенными психозами с эпизодическим течением, имеется резерв личностных адаптационных возможностей. Это подтверждается тем, что среди больных с дезадаптивных типами РНХ значительную долю составляют типы с интерпсихической направленностью (74,0 % контингента при АР, 55,9 % обследованных при ШАР и 57,6 % при шизофрении), что является признаком использования личностных резервов в противостоянии негативному влиянию заболевания.

Пациенты с АР характеризуются наибольшим резервом личностных адаптационных возможностей, о чем свидетельствует наибольшая ($\chi^2 = 6,065, p < 0,05$) доля типов с интерпсихической направленностью в структуре дезадаптивных типов РНХ. Полученные данные могут быть воплощены в систему дифференциальной диагностики и протидействия социальной дезадаптации, формирующейся в результате воздействия болезни.

Ключевые слова: шизофрения, шизоаффективное расстройство, аффективные расстройства, клиника, адаптация, патоперсоналогические особенности

The study examined the structure and types of attitude toward the disease (ATD) and adaptability/maladaptation indices in 312 patients with endogenous episodic episodes (schizophrenia, schizoaffective disorder (SAD) and affective disorders (AD)) in remission/intermittent states and compared them. Characteristics of ATD and indicators of adaptability/disadaptation in endogenous psychosis with episodic course in the remission/intermission period are a sign of stable post-manifestation of pathopersonological transformations and have nosospecific differences. Patients suffering from endogenous episodic psychosis have a reserve of personal adaptive capacity. This is confirmed by the fact that among patients with maladaptive types of ATD, a significant percentage is of the types with an interpsychic orientation (74.0 % of the contingent in AD, 55.9 % of those surveyed with SAD and 57.6 % with schizophrenia), which is a sign of the use of personal reserves in confronting the negative effects of the disease.

The above-mentioned reserve of personal adaptation possibilities in AD is the largest, as shown by the larger ($\chi^2 = 6.065, p < 0.05$) percentages of types with an interpsychic orientation in the structure of maladaptive types of ATD. The obtained data can be implemented into the system of differential diagnosis and counteraction to social maladaptation, which is formed as a result of the disease.

Key words: schizophrenia, schizoaffective disorder, affective disorders, clinic, adaptation, pathopersonological features

Успішність лікування ендогенних психозів (шизофренія, шизоафективний розлад (ШАР) та афективні розлади (АР) — біполярний афективний і рекурентний депресивний розлади) залежить від своєчасної діагностики (з визначенням нозологічної належності) та відповідних лікувально-реабілітаційних заходів, які призначають з огляду на нозологічний діагноз [1, 2] та індивідуальні особливості пацієнта [3, 4]. Варто наго-

лосити, що все більш явною стає тенденція подальшої диссолюції психіатричної діагностичної та класифікаційної систем з нозологічного до синдромального рівня, або, навіть, до рівня феномена чи симптому (відповідно до класифікацій, які запропоновано замість теперішніх) [5]. Запровадження вищезазначеного підходу, хоча і призведе до зменшення стигматизувального впливу наявної термінології, яку використовують з часів становлення нозологічного підходу, та вона є широко відомою у суспільстві, але й може стати

причиною чималих негативних наслідків. Це можна стверджувати з огляду на те, що тільки нозологічне (на відміну від синдромального й феноменологічного) виокремлення конкретного клінічного випадку дає можливість лікарю передбачати подальший розвиток захворювання зі своєчасним формуванням системи персоніфікованих лікувально-реабілітаційних заходів, які враховуватимуть актуальний стан пацієнта та найбільш вірогідні тенденції подальшого розвитку клінічної картини [3—5]. Відмова від подальшого розроблення механізмів патогенезу на засадах нозологічного підходу неминуче призведе і до регресу рівня лікувально-реабілітаційних підходів — з етіопатогенетичного до симптоматичного.

Щодо кластеру ендогенних психозів з епізодичним перебігом, зупинення діагностичного пошуку на етапі визначення наявного у пацієнта афективно-маячного синдрому певною мірою обмежує вибір персоніфікованої терапії (як активної, так і підтримувальної). Адже патогенетичні зв'язки між афективною та маячною складовими частинами вищезазначеного синдрому при шизофренії, ШАР та АР мають принципові відмінності [1, 2]; це стосується і необхідних психофармакологічних та, в подальшому, психотерапевтичних втручань [4, 6].

В групі ендогенних психозів з епізодичним перебігом диференціально-діагностичним (і, відповідно, прогностичним) найважливішим критерієм ми вважаємо постманіфестні патоперсоналогічні трансформації [7]. Всебічне вивчення цього аспекту клінічної картини дасть можливість впливати на динаміку та ознаки захворювання, які стають головною причиною зниження рівня соціальної адаптації в період ремісії. Серед чинників формування патоперсоналогічних трансформацій при ендогенних психозах найменш дослідженою є психогенна (нозогенна) складова частина, пов'язана з особистісним реагуванням на хворобу (РНХ). Вивчення цього аспекту допоможе окреслити патоперсоналогічні трансформації та визначити їх нозоспецифічність при ендогенних епізодичних психозах, з подальшим втіленням результатів у систему диференціальної діагностики та протидії соціальній дезадаптації, яка формується внаслідок впливу хвороби.

Мета дослідження: на ґрунті результатів порівняльного аналізу структури і типів реагування на хворобу та показників адаптивності/дезадаптивності встановити ознаки постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій у пацієнтів з шизофренією, шизоафективними розладами та афективними розладами у станах ремісії/інтермісії.

На базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР (м. Запоріжжя) було обстежено 312 пацієнтів, серед яких 102 особи із встановленим діагнозом «Шизоафективний розлад» (група 1), 102 пацієнти з діагнозами «Біполярний афективний розлад» (50 осіб) та «Рекурентний депресивний розлад» (52 особи), яких було об'єднано в групу 2 (АР), та 108 осіб з діагнозом «Шизофренія. Параноїдна форма. Епізодичний тип перебігу» (група 3). Діагностика вищезазначених захворювань була здійснена відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10).

Група 1 мала такі характеристики: середній вік пацієнтів — 45,0 ± 10,3 роки; розподіл за статтю: 53 жінки та 49 чоловіків; тривалість захворювання — від 2-х до 35 років (середній показник — 16,8 ± 8,3 роки). Середній вік пацієнтів на момент початку захворю-

вання у виборці становив 28,2 ± 7,6 років. До моменту обстеження в анамнезі пацієнтів зафіксовано від 2-х до 32-х епізодів хвороби та пов'язаних з ними госпіталізацій, в середньому у виборці цей показник становив 11,9 ± 6,8 разів.

В групі 2 середній вік пацієнтів дорівнював 47,9 ± 10,2 роки; розподіл за статтю: 70 жінок та 32 чоловіки; тривалість захворювання у виборці була від 2-х до 40 років, середній показник — 14,4 ± 8,6 років. Середній вік пацієнтів на момент початку захворювання у виборці — 33,5 ± 10,3 роки. До моменту обстеження в анамнезі пацієнтів зафіксовано від 2-х до 31-го епізодів хвороби та пов'язаних з ними госпіталізацій, в середньому в групі 2 цей показник становив 6,9 ± 5,0 разів.

Група 3 мала такі характеристики: середній вік пацієнтів 39,0 ± 9,7 років; розподіл за статтю: 59 жінок та 49 чоловіків; тривалість захворювання від 2-х до 32, середній показник 13,5 ± 8,1 років. Середній вік пацієнтів на момент початку захворювання у виборці — 25,5 ± 6,3 роки. До моменту обстеження в анамнезі пацієнтів зафіксовано від 2-х до 18-ти епізодів хвороби та пов'язаних з ними госпіталізацій, в середньому у виборці цей показник становив 6,3 ± 3,8 разів.

Обов'язковими критеріями включення до вибірки були наявність стану клінічної ремісії з редукцією психотичної симптоматики та відсутність важкої соматичної та неврологічної патології. Всі пацієнти надали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Основними методами дослідження були клініко-психопатологічний, патопсихологічний, клініко-анамнестичний та клініко-катамнестичний, а також медико-статистичний аналіз.

Клініко-психопатологічний метод було використано для підтвердження встановленого діагнозу за критеріями МКХ-10 та стану ремісії на момент дослідження.

Клініко-анамнестичний метод був застосований у вигляді поглибленого вивчення клініко-анамнестичних даних.

Клініко-катамнестичний метод становив аналіз медичної документації (амбулаторні карти), збирання даних за допомогою опитування пацієнта та його родичів і найближчого оточення.

Патопсихологічним методом було досліджено РНХ та рівень адаптивності за допомогою тестової методики ТОБОЛ [8]. Результати обстеження становлять інтегральні клінічні висновки, які отримані під час аналізу кількісних даних окремих субшкал, що дозволяє вважати фінальні результати методики як якісні показники.

Статистичний аналіз даних було проведено методами клінічної та математичної статистики за допомогою програм MS Excel for Windows XP та SPSS 10.0.5 for Windows. Під час оброблення первинних даних було використано математичні методи: критерій узгодженості Колмогорова — Смирнова; оцінка дисперсій за кожною шкалою з використанням критерію рівності Левене. Статистичні відмінності між групами для кількісних даних, що мають нормальний розподіл та рівні дисперсії, було обчислено за *t*-критерієм Стьюдента з використанням поправки Бонферроні під час проведення множинного порівняння незалежних груп. Під час оцінювання якісних ознак було застосовано метод аналізу довільних таблиць з обчисленням непараметричних статистичних критеріїв (критерій Пірсона χ^2 та критерій Стьюдента *t*).

Під час порівняння кількісних показників особливостей РНХ виявлено, що група 1 характеризувалась найнижчим ($p < 0,01$) показником 3 (Анозогнозичний) типу РНХ, який дорівнював $8,10 \pm 6,79$ балів (в групах 2 та 3 — $12,56 \pm 10,53$ та $12,00 \pm 9,98$ балів відповідно). Також в групі 1 зафіксовано переважання над іншими групами порівняння ($p < 0,01$) показників І (Іпохондричний) типу РНХ — $10,12 \pm 7,41$ балів та М (Меланхолічний) типу — $10,76 \pm 8,65$ балів. Відповідні показники в групах 2 та 3 становили за І типом РНХ $6,69 \pm 5,44$ та $6,87 \pm 4,84$ бали, а за М типом — $6,97 \pm 5,95$ та $7,58 \pm 5,88$ балів відповідно. Структура РНХ в групі 2 характеризується вищими ($p < 0,01$), ніж у групах 1 та 3, показниками Е (Егоцентричний) та Д (Дисфоричний) типів РНХ: показник Е типу дорівнював в групі 1 — $9,47 \pm 7,51$ балів, в групі 2 — $14,61 \pm 8,84$ бали, та в групі 3 — $10,95 \pm 7,45$ балів; показник Д типу РНХ становив $7,29 \pm 6,96$, $10,97 \pm 8,29$ та $7,74 \pm 6,75$ балів відповідно. Показник С (Сенситивний) типу РНХ в групі 2 дорівнював $8,57 \pm 7,06$ балів — та був меншим, ніж показники в групі 1 ($13,55 \pm 10,40$ балів, $p < 0,01$) та групі 3 ($11,50 \pm 7,30$ балів, $p < 0,05$). В групі 3 виявлено переважання ($p < 0,05$) за показником А (Апатичний) типу РНХ ($8,27 \pm 7,68$ балів) над показниками групи 1 ($5,05 \pm 3,83$ бали) та групи 2 ($5,74 \pm 4,47$ балів). Під час порівняння показників, отриманих за Т (Тривожний) типом РНХ, виявлено статистично вірогідні відмінності ($p < 0,05$) між усіма групами порівняння, а саме: група 3 ($8,52 \pm 6,90$ балів) < група 1 ($10,99 \pm 7,64$ бали) < група 2 ($13,84 \pm 8,51$ балів).

Отримані показники обстеження наведено у табл. 1.

Таблиця 1. Кількісні характеристики типів реагування на хворобу у групах дослідження

Тип РНХ	Виразеність, бали		
	Група 1 (N = 102)	Група 2 (N = 102)	Група 3 (N = 108)
Г (Гармонійний)	$21,78 \pm 9,23$	$19,54 \pm 6,87$	$19,06 \pm 6,70$
Р (Ергопатичний)	$15,84 \pm 7,95$	$17,40 \pm 8,33$	$15,52 \pm 7,94$
З (Анозогнозичний)	$8,10 \pm 6,79^{**}$	$12,56 \pm 10,53$	$12,00 \pm 9,98$
Т (Тривожний)	$10,99 \pm 7,64^*$	$13,84 \pm 8,51^*$	$8,52 \pm 6,90^*$
І (Іпохондричний)	$10,12 \pm 7,41^{**}$	$6,69 \pm 5,44$	$6,87 \pm 4,84$
Н (Неврастенічний)	$8,92 \pm 7,09$	$7,90 \pm 6,67$	$7,39 \pm 5,64$
М (Меланхолічний)	$10,76 \pm 8,65^{**}$	$6,97 \pm 5,95$	$7,58 \pm 5,88$
А (Апатичний)	$5,05 \pm 3,83$	$5,74 \pm 4,47$	$8,27 \pm 7,68^*$
С (Сенситивний)	$13,55 \pm 10,40$	$8,57 \pm 7,06^*$	$11,50 \pm 7,30$
Е (Егоцентричний)	$9,47 \pm 7,51$	$14,61 \pm 8,84^{**}$	$10,95 \pm 7,45$
П (Паранояльний)	$6,08 \pm 5,41$	$8,18 \pm 7,82$	$8,16 \pm 7,43$
Д (Дисфоричний)	$7,29 \pm 6,96$	$10,97 \pm 8,29^{**}$	$7,74 \pm 6,75$

Примітки. N — кількість хворих; рівень статистичної вірогідності: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$

Під час подальшого аналізу отриманих результатів було встановлено показники адаптивності/дезадап-

тивності. В групі 1 виявлено 12 випадків «чистих» типів з першого блоку за ТОБОЛ (адаптивні) та 17 випадків «змішаного» Р-3 типу, що разом становить 28,4 % контингенту. У пацієнтів з дезадаптивними типами РНХ (73 особи, 71,6 % обстежених) переважали типи з інтерпсихічною спрямованістю (третій блок за ТОБОЛ) — 26 осіб (25,5 % контингенту), та «змішані» і «дифузні» клінічні варіанти, які одночасно містили типи РНХ з другого та третього блоків, з переважанням останнього — 28 осіб (27,5 %). Групу з інтрапсихічною спрямованістю РНХ (другий блок за ТОБОЛ) становили 8 осіб (7,8 % контингенту). У 11 осіб (10,8 % контингенту) профіль РНХ містив типи обох дезадаптивних блоків з переважанням другого (інтрапсихічна спрямованість). Отже, в групі 1 серед контингенту з дезадаптивними типами РНХ клінічні варіанти з інтерпсихічною спрямованістю становили 74,0 %, а варіанти з інтрапсихічною спрямованістю — 26,0 %.

В групі 2 виявлено 34 випадки типів з першого блоку за ТОБОЛ (адаптивні), як у вигляді «чистих», так і «змішаних» типів РНХ, що разом становить 33,3 % контингенту. У пацієнтів з дезадаптивними типами РНХ (68 осіб, 66,7 % обстежених) типи з інтерпсихічною спрямованістю (третій блок за ТОБОЛ) переважали над типами з інтрапсихічною спрямованістю (другий блок за ТОБОЛ) — і становили 29 осіб (28,4 % контингенту) та 21 (20,6 % контингенту) відповідно. «Змішані» і «дифузні» дезадаптивні клінічні варіанти, які одночасно містили РНХ з другого та третього блоків, становили 18 осіб (17,6 %), та за ознакою переважання інтра- або інтерпсихічної спрямованості були розподілені порівну — по 9 осіб (8,8 % контингенту). Отже, в групі 2, серед контингенту з дезадаптивними типами РНХ клінічні варіанти з інтерпсихічною спрямованістю становили 55,9 % (38 осіб), а варіанти з інтрапсихічною спрямованістю — 44,1 % (30 осіб).

В групі 3 виявлено 42 випадки «чистих» та «змішаних» типів РНХ, які належать до першого блоку за ТОБОЛ (адаптивні), що разом становить 38,9 % контингенту. У пацієнтів з дезадаптивними типами РНХ (66 осіб, 61,1 % обстежених) виявлено типи з інтерпсихічною спрямованістю (третій блок за ТОБОЛ) — 20 осіб (18,5 % контингенту), та «змішані» і «дифузні» клінічні варіанти, які одночасно містили типи РНХ з другого та третього блоків, з переважанням першого — 8 осіб (7,4 %). Група з інтерпсихічною спрямованістю РНХ (третій блок за ТОБОЛ) становила 25 осіб (23,1 % контингенту). У 13 осіб (12,0 % контингенту) профіль РНХ містив типи обох дезадаптивних блоків з переважанням типів з третього блоку (інтерпсихічна спрямованість). Отже, в групі 3 серед контингенту з дезадаптивними типами РНХ клінічні варіанти з інтерпсихічною спрямованістю становили 57,6 %, а варіанти з інтрапсихічною спрямованістю — 42,4 %.

Під час оцінювання розподілу контингентів з дезадаптивними типами РНХ виявлено (табл. 2), що дезадаптивні типи з інтрапсихічною спрямованістю (другий блок за ТОБОЛ) в групах 2 та 3 (44,1 % та 42,4 % контингенту відповідно) спостерігаються частіше ($\chi^2 = 6,065$, $p < 0,05$), ніж в групі 1 (26,0 % контингенту). Відповідно до цього частки пацієнтів, у яких наявні дезадаптивні типи РНХ з інтерпсихічною спрямованістю (третій блок за ТОБОЛ), в групах 2 (55,9 % контингенту) та 3 (57,6 % контингенту) — є меншими ($\chi^2 = 6,065$, $p < 0,05$) порівняно з групою 1 (74,0 % контингенту).

Таблиця 2. Розподіл контингентів груп порівняння з дезадаптивними типами РНХ за інтра- та інтерпсихічною спрямованістю

Типи дезадаптивних РНХ	Група 1 (N = 73)		Група 2 (N = 68)		Група 3 (N = 66)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
З інтрапсихічною спрямованістю (другий блок за ТОБОЛ)	19*	26,0	30*	44,1	28*	42,4
З інтерпсихічною спрямованістю (третій блок за ТОБОЛ)	54*	74,0	38*	55,9	38*	57,6
Разом	73	100	68	100	66	100

Примітки: * — рівень статистичної вірогідності $p < 0,05$

Отже, в дослідженні визначено структуру і типи РНХ та показники адаптивності/дезадаптивності у пацієнтів з ендogenousними психозами з епізодичним перебігом в станах ремісії/інтермісії та проведено їх порівняльний аналіз.

Під час порівняння кількісних показників клінічних типів РНХ виявлено, що група АР характеризується меншими ($p < 0,01$) показниками кількості З типу РНХ, але переважає ($p < 0,01$) за показниками І та М типів. Виявлені відмінності у структурі РНХ при АР можуть бути оцінені як ознака стійких постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій з депресивними проявами субклінічного рівня та формуванням «депресивного стилю поведінки».

Структура РНХ при ШАР характеризується більш високими ніж при АР та шизофренії, показниками Е ($p < 0,01$), Д ($p < 0,01$) та Т типів ($p < 0,05$) РНХ, та найнижчим ($p < 0,05$) показником С типу РНХ. Виявлені відмінності у структурі РНХ при ШАР можуть бути оцінені як ознака стійких постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій складної структури, до якої входять, зокрема, емоційна нестійкість та егоцентризм.

Особливості структури РНХ при шизофренії характеризуються переважанням ($p < 0,05$) А типу, що закономірно доповнюється низьким рівнем ($p < 0,05$) Т типу РНХ, та може бути кваліфіковано як ознака нозоспецифічних патоперсоналогічних трансформацій (емоційно-вольове зниження).

Ендogenousні психози з епізодичним перебігом характеризуються дезадаптивним впливом на пацієнта, що підтверджується переважанням у пацієнтів дезадаптивних типів РНХ (71,6 % контингенту — при АР, 66,7 % — при ШАР та 61,1 % — при шизофренії), до яких входять клінічні варіанти РНХ, — як з інтра-, так і з інтерпсихічною спрямованістю.

У пацієнтів, що хворіють на ендogenousні психози з епізодичним перебігом, наявний резерв особистісних адаптаційних можливостей. Це підтверджується тим, що серед хворих з дезадаптивними типами РНХ чималу частку становлять типи з інтерпсихічною спрямованістю (74,0 % контингенту при АР, 55,9 % обстежених при ШАР та 57,6 % при шизофренії), що є ознакою використання особистісних резервів у протистоянні негативному впливу захворювання. Вищезазначений резерв особистісних адаптаційних можливостей при АР є найбільшим, про що свідчить більша частка ($\chi^2 = 6,065$, $p < 0,05$) типів з інтерпсихічною спрямованістю в структурі дезадаптивних типів РНХ.

Характеристики РНХ та показники адаптивності/дезадаптивності при ендogenousних психозах з епізодичним перебігом в період ремісії/інтермісії є ознакою стійких

постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій та мають нозоспецифічні відмінності. Отримані дані можуть бути втілені у систему диференціальної діагностики та протидії соціальній дезадаптації, яка формується внаслідок впливу хвороби.

Список літератури

1. Підкоритов В. С., С. О. Сазонов Н. А., Байбарак Н. А. Особливості діагностики шизоафективного розладу серед спектра афективно-параноїдних станів // Медична психологія. 2014. Т. 9. № 3. С. 71—77. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mpsl_2014_9_3_16.
2. Santelmann H., Franklin J., Bußhoff J., Baethge C. Test-retest reliability of schizoaffective disorder compared with schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression — a systematic review and meta-analysis // Bipolar Disord. 2015. Vol. 17. Issue 7. P. 753—768. DOI: 10.1111/bdi.12340.
3. Діагностичні критерії депресивних розладів на етапах надання медичної допомоги / Н. О. Марута, Т. В. Панько, В. Ю. Федченко [та ін.] // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 135.
4. Психосоциальная и когнитивная терапия и реабилитация психически больных. Практическое руководство : коллективная монография / под ред. И. Я. Гуровича, А. Б. Шмуклера. М. : Медпрактика-М, 2015. 420 с.
5. Мучник П. Ю., Снедков Е. В. Типичные врачебные ошибки в дифференциальной диагностике эндогенных психозов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2013. № 2. С. 32—36.
6. Thaler N. S., Sutton G. P., Allen D. N. Social cognition and functional capacity in bipolar disorder and schizophrenia // Psychiatry Research. 2014. Vol. 220(1—2). P. 309—14. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.08.035.
7. Хоміцький М. Є. Психопатологічні прояви ендogenousних психозів у станах ремісії/інтермісії як предиспозиційний фактор персоналогічних трансформацій (компаративний аналіз) // Запорізький медичний журнал. 2018. Т. 20, № 5 (110). С. 696—700.
8. Психологическая диагностика отношения к болезни : пособие для врачей / Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я. СПб.: СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. 32 с.

Надійшла до редакції 22.05.2019 р.

ХОМІЦЬКИЙ Микола Євгенович, кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету, м. Запоріжжя, Україна; e-mail: nhomitski@ukr.net

KNOMITSKYI Mykola, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of the Zaporizhzhia State Medical University, Zaporizhzhia, Ukraine; e-mail: nhomitski@ukr.net