

**Хоміцький М.Є.**

# СТРУКТУРА ТА ТИПИ РЕАГУВАННЯ НА ХВОРОБУ У ЗВ'ЯЗКУ З ПОКАЗНИКОМ АДАПТИВНОСТІ/ДЕЗАДАПТИВНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ШИЗОАФЕКТИВНИМ РОЗЛАДОМ В СТАНІ РЕМІСІЇ В КОНТЕКСТІ ПОСТМАНІФЕСТНИХ ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ

*Запорізький державний медичний університет, Україна***Khomitskyi M.Ye.**

## STRUCTURE AND TYPES OF RESPONSE TO THE DISEASE DUE TO ADAPTABILITY / MALADAPTATION IN PATIENTS WITH SCHIZOAFFECTIVE DISORDER IN THE STATE OF REMISSION IN CONTEXT OF PATHOPERSONOLOGICAL TRANSFORMATIONS IN POST-MANIFESTATION PERIOD

*Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine***Резюме**

*Мета роботи: Вивчення структури та типів реагування на хворобу та адаптивності/дезадаптивності у пацієнтів з шизоафективним розладом в стані ремісії.*

*Контингенти та методи. На базі Обласної клінічної психіатричної лікарні (м. Запоріжжя) за допомогою тестової методики ТОБОЛ було обстежено 102 пацієнти із встановленим діагнозом «шизоафективний розлад».*

*Результати. Проведено аналіз структури та типів реагування на хворобу та показників адаптивності/дезадаптивності у пацієнтів з шизоафективним розладом в стані ремісії. Типологія реагування на хворобу при шизоафективному розладі характеризується перевагою «змішаних» типів над «чистими» та «дифузними». Типами реагування на хворобу, які зустрічаються при шизоафективному розладі найчастіше, є егоцентричний (42,2% контингенту) та ергопатичний (35,3% контингенту). Найбільш характерними клінічними варіантами є ергопатично-анозогнозичний (16,7%) та тривожно-егоцентричний (15,7%) типи реагування на хворобу.*

*Висновки. Шизоафективний розлад характеризується дезадаптивним впливом на пацієнта, що підтверджується низькими показниками демонстрації гармонійного типу реагування на хворобу (7,8%) та переважанням у пацієнтів дезадаптивних типів реагування на хворобу (71,6% обстежених). Отримані дані можуть бути застосовані у якості оцінки нозоспецифічної патоперсоналогічної складової при створенні диференційно-діагностичного алгоритму та з метою розробки програм, спрямованих на зменшення дезадаптивного впливу шизоафективного розладу та покращення рівня соціальної адаптації.*

**Ключові слова:** шизоафективний розлад, клініка, адаптація, патоперсоналогічні особливості.

**Вступ.** Патогенний вплив більшості психічних захворювань, до кола яких входять і ендегенні психози з епізодичним перебігом, є мультимодальним та включає в себе фактори, пов'язані з прогресивністю

клінічних ознак за ендегенними етіо-патогенетичними механізмами, небажаними впливами психофармакологічних втручань та психогенними (зокрема, нозогенним) впливами [1-3]. Кожен з вищезазначених

векторів впливу захворювання на особистість також є складним комплексом [4]. Отже, сформовані впродовж ХХ століття уявлення про клінічні наслідки ендogenous психозів в теперішній час підлягають перегляду, з урахуванням багатофакторності їх генезу та явищ істинного та терапевтичного патоморфозу [5]. Все більше уваги дослідників приділяється вивченню стійких симптомів неспсихотичного рівня при ендogenous психозах та їх впливу на соціальне функціонування, що, в свою чергу, визначає рівень якості життя пацієнтів та їх оточення. З огляду на наявність та стійкість «залишкової» симптоматики неспсихотичного рівня при афективних розладах та шизоафективному розладі (ШАР) [6] поняття «інтермісії» ендogenous психозів з епізодичним перебігом може бути використано лише в окремих клінічних випадках.

Питання щодо типології, структури та механізмів формування стійких симптомів невротичного характеру (серед яких в теперішній час найбільшу увагу дослідників привертають симптоми нейрокогнітивного дефіциту, субклінічні афективні прояви та порушення «соціального пізнання») залишаються дискусійними та потребують подальшого вивчення й узагальнення існуючих даних [7]. Стійкість, поліморфізм «залишкових» симптомів ремісій ендogenous психозів та їхній зв'язок з когнітивним, емоційно-вольовими характеристиками та поведінкою пацієнта в соціумі [2,6-8], дозволяють відносити їх до патоперсоналогічних трансформацій.

Разом з тим, дослідницький інтерес до вивчення нозогенного впливу ШАР та пов'язаних з ним механізмів адаптивності/деадаптивності не є високим, попри те, що він має важливе клінічне значення. Характеристики реагування на хворобу та показники адаптивності/деадаптивності при ШАР в період ремісії як ознака стійких постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій потребують вивчення. Отримані дані можуть бути застосовані у якості оцінки нозоспецифічної складової при створенні диференційно-діагностичного алго-

ритму, який охоплює патоперсоналогічний аспект ендogenous психозів з епізодичним перебігом. Також вивчення особливостей реагування на хворобу (РНХ) та розвитку механізмів адаптивності може бути використано з метою розробки програм, спрямованих на зменшення дезадаптивного впливу хвороби та покращення рівня соціальної адаптації.

**Мета дослідження.** Вивчення структури та типів РНХ та адаптивності/деадаптивності у пацієнтів з ШАР в стані ремісії.

**Матеріал та методи дослідження.** На базі Обласної клінічної психіатричної лікарні (м. Запоріжжя) було обстежено 102 пацієнти із встановленим діагнозом «шизоафективний розлад». Діагностика вищезазначених захворювань була здійснена згідно Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10). Середній вік у виборці склав  $45,0 \pm 10,3$  років. Розподілення за статтю склало: 53 жінки та 49 чоловіків. Тривалість захворювання у виборці становить від 2-х до 35 років, середній показник  $16,8 \pm 8,3$  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 склав  $11,9 \pm 6,8$  рази. Обов'язковим критерієм включення до вибірки був стан 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, медико-психологічний, клініко-катамнестичний та клініко-анамнестичний, а також медико-статистичний аналіз.

Клініко-психопатологічний метод було використано для підтвердження встановленого діагнозу за критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду та стану ремісії на момент дослідження.

Клініко-катамнестичний метод включав в себе аналіз медичної документації (амбулаторна карта), збір даних шляхом опитування пацієнта та його родичів і найближчого оточення.

Клініко-анамнестичний метод було застосовано шляхом поглибленого вивчення клініко-анамнестичних даних.

Медико-психологічним методом було досліджено РНХ та рівень адаптивності за допомогою тестової методики ТОБОЛ [9]. Результати обстеження представляють собою інтегральні клінічні висновки, які отримані при аналізі числових значень окремих субшкал, що дозволяє розглядати фінальні висновки методики як якісні показники. Статистичний аналіз було проведено методами клінічної, дескриптивної, математичної статистики за допомогою програм MS Excel for Windows XP та SPSS 10.0.5 for Windows.

### Результати та їх обговорення.

Згідно результатів дослідження типу РНХ у обстеженого контингенту виявлено наступні характеристики. Розподіл РНХ за структурою виявив наявність «чистих» (27

випадків – 26,5%), «змішаних» (58 випадків – 56,9%) та «дифузних» (18 випадків – 17,6%) типів ставлення до хвороби. Серед «чистих» типів переважали гармонійний (8 випадків – 7,8%), дисфоричний (5 випадків – 4,9%) та паранойяльний (4 випадки – 3,9%). Серед «змішаних» типів РНХ найбільш поширеними були ергопатично-анозогнозичний (17 випадків – 16,7%), тривожно-егоцентричний (16 випадків – 15,7%), егоцентрично-ергопатичний (8 випадків – 7,8%), тривожно-дисфоричний (5 випадків – 4,9%), ергопатично-дисфоричний (4 випадки – 3,9%). Серед «дифузних» типів більш поширеними були профілі, які є комбінацією дисфоричного, тривожного, егоцентричного та паранойяльного (3 випадки – 2,9%) та егоцентричного, анозогнозичного, дисфоричного, ергопатичного (3 випадки – 2,9%) типів РНХ.

Повністю отримані показники обстеження наведено у табл.1.

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів за типами реагування на хворобу

Типи ставлення до хвороби	Абсолютна кількість випадків, осіб	Кількість випадків, %
«Чисті» типи	27	26,5
Г (Гармонійний)	8	7,8
Р (Ергопатичний)	2	2,0
З (Анозогнозичний)	2	2,0
Н (Неврастенічний)	2	2,0
Т (Тривожний)	1	1,0
А (Апатичний)	1	1,0
Е (Егоцентричний)	2	2,0
П (Паранойяльний)	4	3,9
Д (Дисфоричний)	5	4,9
«Змішані» типи	58	56,9
РЗ (Ергопатичний, Анозогнозичний)	17	16,7
ТЕ (Тривожний, Егоцентричний)	16	15,7
ЕР (Егоцентричний, Ергопатичний)	8	7,8
ДТ (Дисфоричний, Тривожний)	5	4,9
РД (Ергопатичний, Дисфоричний)	4	3,9
ЗН (Анозогнозичний, Неврастенічний)	2	2,0

Типи ставлення до хвороби	Абсолютна кількість випадків, осіб	Кількість випадків, %
РТІ (Ергопатичний, Тривожний, Іпохондричний)	2	2,0
ДЕН (Дисфоричний, Егоцентричний, Неврастенічний)	1	1,0
ДЗН (Дисфоричний, Анозогнозичний, Неврастенічний)	1	1,0
ІС (Іпохондричний, Сенситивний)	1	1,0
ТМС (Тривожний, Меланхолічний, Сенситивний)	1	1,0
«Дифузні» типи	17	16,7
ДТЕП (Дисфоричний, Тривожний, Егоцентричний, Паранойяльний)	3	2,9
ЕЗДР (Егоцентричний, Анозогнозичний, Дисфоричний, Ергопатичний)	3	2,9
ТСЕДМ (Тривожний, Сенситивний, Егоцентричний, Дисфоричний, Меланхолічний)	2	2,0
ТІЕПД (Тривожний, Іпохондричний, Егоцентричний, Паранойяльний, Дисфоричний)	2	2,0
АЕПД (Апатичний, Егоцентричний, Паранойяльний, Дисфоричний)	1	1,0
НСЕД (Неврастенічний, Сенситивний, Егоцентричний, Дисфоричний)	1	1,0
ТЕАД (Тривожний, Егоцентричний, Анозогнозичний, Дисфоричний)	1	1,0
АНПД (Апатичний, Неврастенічний, Паранойяльний, Дисфоричний)	1	1,0
НСПД (Неврастенічний, Сенситивний, Паранойяльний, Дисфоричний)	1	1,0
АСЕДМ (Апатичний, Сенситивний, Егоцентричний, Дисфоричний, Меланхолічний)	1	1,0
МДЕП (Меланхолічний, Дисфоричний, Егоцентричний, Паранойяльний)	1	1,0
Разом	102	100

З метою аналізу частоти представленості окремих типів РНХ було проведено їх сумарний (як у вигляді «чистих» типів, так і складової «змішаних» та «дифузних») кількісний підрахунок. Згідно з отриманими результатами егоцентричний (Е) тип ставлення до хвороби зустрічався найчастіше. Його виявлено у 42 випадках (2 рази у ви-

гляді «чистого» типу, 25 разів – як складова змішаного типу та в 15 випадках входив до «дифузних» типів). Другим за частотою став ергопатичний (Р) тип РНХ, який виявлено у 36 випадках (2 рази у вигляді «чистого» типу, 31 раз – як складова змішаного типу та в 3-х випадках входив до «дифузних» типів). Дисфоричний (Д) та тривожний (Т) типи РНХ

діагностовано у 33 випадках. З меншою частотою були представлені анозогнозичний (З) тип (26 випадів), паранойяльний (П) тип (13 разів) та неврастенічний (Н) тип РНХ (9 випадків). Гармонійний (Г) тип в чистому вигляді діагностовано у 8 осіб. Також було виявлено типи РНХ, які зустрічались рідко та

входили в структуру «змішаних» та «дифузних» профілів. До них було віднесено сенситивний (С) – 7 випадків, іпохондричний (І) та меланхолійний (М) – по 5 випадків, апатичний (А) – 4 спостереження.

Отримані дані у графічному вигляді наведено на рис.1.

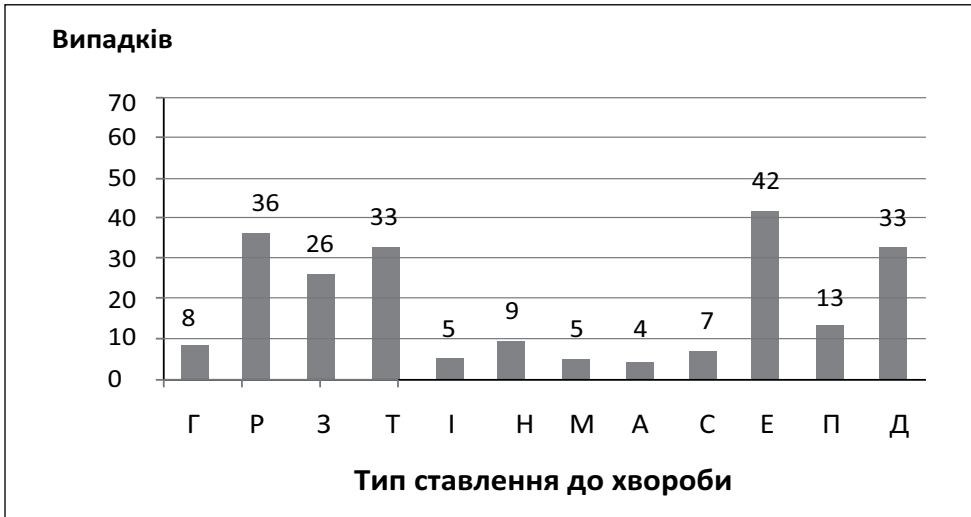


Рис. 1. Сумарна кількісна оцінка зустрічання окремих типів реагування на хворобу

При подальшому аналізі отриманих результатів встановлено низький рівень адаптивності (перший блок типів реагування на хворобу за ТОБОЛ): 12 випадків «чистих» типів та 17 випадків «змішаного» ергопатично-анозогнозичного типу, що разом складає 28,4% контингенту. У пацієнтів з дезадаптивними типами РНХ (73 особи, 71,6% обстежених) переважали типи з інтерпсихічною направленістю (третій блок за ТОБОЛ) – 26 осіб (25,5% контингенту), та «змішані» і «дифузні» клінічні варіанти, які одночасно містили типи реагування з другого та третього блоків, з переважанням останнього – 28 осіб (27,5%). Група з інтрапсихічною направленістю реагування на хворобу (другий блок за ТОБОЛ) складала 8 осіб (7,8% контингенту). У 11 осіб профіль РНХ включав в себе типи обох дезадаптивних блоків з переважанням другого (інтрапсихічна направленість). Таким чином, серед контингенту з дезадаптивними типами реагування на хворобу клініч-

ні варіанти з інтерпсихічною направленістю склали 74,0%, варіанти з інтрапсихічною направленістю склали 26,0%.

### Висновки

Таким чином, в дослідженні проведено аналіз структури та типів РНХ та показників адаптивності/дезадаптивності у пацієнтів з шизоафективним розладом в стані ремісії.

1. Типологія РНХ при ШАР характеризується перевагою «змішаних» типів над «чистими» та «дифузними». Найбільш характерними для ШАР є ергопатично-анозогнозичний (17 випадків, 16,7%), тривожно-еґоцентричний (16 випадків, 15,7%), еґоцентрично-ерґопатичний (8 випадків, 7,8%) типи РНХ.
2. Отримано дані щодо структури типів реагування на хворобу. Найбільш частим типом РНХ при ШАР є еґоцентричний. Його виявлено як у вигляді «чистого» типу, так і складової «змішаних» та «ди-

- фузних» типів у 42,2% контингенту. Наступним за частотою зустрічання став ергопатичний тип (36 випадків, 35,3% контингенту): 2 рази у вигляді «чистого» типу, 31 раз – як складова змішаного типу та в 3 випадках входив до «дифузних» типів. А також дисфоричний та тривожний типи, які діагностовано у 33 випадках (33,3% обстежених) у вигляді «чистих» типів, а також в структурі змішаних та «дифузних» типів РНХ.
3. ШАР характеризується дазадаптивним впливом на пацієнта, що підтверджується низькими показниками демонстрації гармонійного реагування на хворобу (7,8%) та переважанням у пацієнтів дазадаптивних типів реагування на хворобу (71,6% обстежених).
  4. Характеристики реагування на хворобу та показники адаптивності/дазадаптивності при ШАР в період ремісії є ознакою стійких постманіфестних патоперсоналогічних трансформацій, та можуть бути використані з метою розробки як нозоспецифічна складова та з метою розробки диференційно-діагностичного алгоритму та програм, спрямованих на зменшення дезадаптивного впливу ШАР та покращення рівня соціальної адаптації.
  5. У пацієнтів з ШАР наявний резерв особистісних адаптаційних можливостей. Це підтверджується тим, що серед хворих з дезадаптивними типами реагування на хворобу при ШАР переважають типи з інтерпсихічною направленістю (74,0%), які є ознакою намагання особистості протистояти негативному впливу захворювання. Представленість дазадаптивних типів реагування на хворобу з інтрапсихічною направленістю, яка є ознакою «капітуляції» перед хворобою, складає 26,0%. Вищезазначений резерв адаптаційних можливостей при ШАР може бути використаний з метою зменшення дезадаптивного впливу хвороби та покращення рівня соціальної адаптації.

**Конфлікт інтересів:** відсутній.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Марута Н. О., Лінська К. І. Сучасні напрямки у розробці інструментів для об'єктивної діагностики афективних розладів (огляд літератури) // Укр. вісн. психоневрології. 2018. Т. 26, вип. 1. С. 110–115.
2. 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. 309–314.
3. Murru A., Manchia M., Tusconi M., Carpiniello B., Pacchiarotti I., Colom F., Vieta E. Diagnostic reliability in schizoaffective disorder // *Bipolar Disorder*. 2016. Vol. 18(1). P. 78–80.
4. Чугунов В. В. Истинный патоморфоз психиатрической клиники // Укр. вісн. психоневрології. 2012. Т. 20, вип. 3. С. 233–234.
5. 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 Disorder*. 2015. Vol. 17(7). P. 753–768.
6. Vohringer P. A., Barroilhet S. A., Amerio A., Reale M. L., Alvear K., Vergne D., Ghaemi S. N. Cognitive impairment in bipolar disorder and schizophrenia: a systematic review // *Front Psychiatry*. 2013. Vol. 4. P. 87.
7. Ruocco A. C., Reilly J. L., Rubin L. H., Daros A. R., Gershon E. S., Tamminga C. A., Pearson G. D., Hill S. K., Keshavan M. S., Gur R. C., Sweeney J. A. Emotion recognition deficits in schizophrenia-spectrum disorders and psychotic bipolar disorder: Findings from the bipolar-schizophrenia network on intermediate phenotypes (B-SNIP) // *Study Schizophr. Res*. 2014. Vol. 158. Iss. 1–3. P. 105–112.
8. Хоміцький М. Є. Психопатологічні прояви ендогенних психозів у станах ремісії / інтермісії як предиспозиційний фактор персоналогічних трансформацій (компаративний аналіз) // Запорізький медичний журнал. 2018. Т. 20, № 5(110). С. 696–700.
9. Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей / СПб.: СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2005. 32 с.

## РЕЗЮМЕ

### СТРУКТУРА И ТИПЫ РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ В СВЯЗИ С ПОКАЗАТЕЛЕМ АДАПТИВНОСТИ/ ДЕЗАДАПТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ В СОСТОЯНИИ РЕМИССИИ В КОНТЕКСТЕ ПОСТМАНИФЕСТНЫХ ПАТОПЕРСОНОЛОГИЧЕСКИХ ТРАНСФОРМАЦИЙ

Хомицкий М.Е.

Запорожский государственный медицинский  
университет, Украина

**Цель работы:** Изучение структуры и типов реагирования на болезнь и адаптивности / дезадаптивности у пациентов с шизоаффективным расстройством в состоянии ремиссии.

**Контингенты и методы.** На базе Областной клинической психиатрической больницы (г. Запорожье) с помощью тестовой методики ТОБОЛ было обследовано 102 пациента с установленным диагнозом «шизоаффективное расстройство».

**Результаты.** Проведен анализ структуры и типов реагирования на болезнь и показателей адаптивности / дезадаптивности у пациентов с шизоаффективным расстройством в состоянии ремиссии. Типология реагирования на болезнь при шизоаффективном расстройстве характеризуется преимуществом «смешанных» типов над «чистыми» и «диффузными». Типами реагирования на болезнь, которые встречаются при шизоаффективном расстройстве чаще всего, является эгоцентрический (42,2% контингента) и эргопатический (35,3% контингента). Наиболее характерными клиническими вариантами являются эргопатическо-анозогнозический (16,7%) и тревожно-эгоцентрический (15,7%) типы реагирования на болезнь.

**Выводы.** Шизоаффективное расстройство характеризуется дезадаптивным воздействием на пациента, что подтверждается низкими показателями демонстрации гармоничного типа реагирования на болезнь (7,8%) и преобладанием у пациентов дезадаптивных типов реагирования на болезнь (71,6% обследованных). Полученные данные могут быть использованы в качестве оценки нозоспецифичной патоперсоналогической составляющей при создании дифференциально-диагностического алгоритма и с целью разработки программ, направленных на уменьшение дезадаптивного влияния шизоаффективного расстройства и улучшение уровня социальной адаптации.

**Ключевые слова:** шизоаффективное расстройство, клиника, адаптация, патоперсоналогические особенности.

## SUMMARY

### STRUCTURE AND TYPES OF RESPONSE TO THE DISEASE DUE TO ADAPTABILITY / MALADAPTATION IN PATIENTS WITH SCHIZOAFFECTIVE DISORDER IN THE STATE OF REMISSION IN CONTEXT OF PATHOPERSONOLOGICAL TRANSFORMATIONS IN POST- MANIFESTATION PERIOD

Khomitskyi M.Ye.

Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine

**The aim of the study** of the structure and types of disease response and adaptability / maladaptation in patients with schizoaffective disorder in remission.

**Contingents and methods.** On the basis of the Regional Clinical Psychiatric Hospital (Zaporizhzhia), 102 patients with the diagnosis of «schizoaffective disorder» were examined using the TOBOL test method.

**Results.** The analysis of the structure and types of the response to the disease and the adaptation / maladaptation indices in patients with schizoaffective disorder in remission period was performed. Schizoaffective disorder is characterized by maladaptive effect on the patient, which is confirmed by low indicators of the demonstration of harmonious response to the disease (7.8%) and prevalence of maladaptive types of response to the disease in patients (71.6%). The typology of the response to the disease for patients with schizoaffective disorder is characterized by the prevalence of «mixed» types over «pure» and «diffuse». The types of response to the disease that occur most often in the schizoaffective disorder are egocentric (42.2%) and ergopathic (35.3%). The most characteristic clinical variants are ergopathic-anosognosic (16.7%) and anxious-egocentric (15.7%).

**Conclusions.** Schizoaffective disorder is characterized by maladaptive effect on the patient, which is confirmed by low indicators of the demonstration of harmonious response to the disease (7.8%) and prevalence of maladaptive types of response to the disease in patients (71.6%). The obtained data can be applied as assessment of the nosospecific pathopersonological component when creating a differential diagnostic algorithm and with the aim of developing programs for reducing the maladaptive effects of the schizoaffective disorder and improving the level of social adaptation.

**Key words:** schizoaffective disorder, clinic, adaptation, pathopersonological features.

---

---

## АВТОРСЬКА ДОВІДКА

- *Хомицький Микола Євгенович*, канд. мед. наук, доцент каф. психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медичний університет, Україна.
- Адрес: проспект Маяковського, 26, Запорожье, Запорожская область, 69000
- Моб. тел.: +38 (066) 720-53-43
- E-mail: [nhomitsky@gmail.com](mailto:nhomitsky@gmail.com)
- *Khomitskiy Mykola*, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology, Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine.
- Адреса: проспект Маяковського, 26, Запоріжжя, Запорізька область, 69000
- Моб. тел.: +38 (066) 720-53-43
- E-mail: [nhomitsky@gmail.com](mailto:nhomitsky@gmail.com)
- *Хомицкий Николай Евгеньевич.*, канд. мед. наук, доцент каф. психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии, Запорожский государственный медицинский университет, Украина.
- Address: Mayakovsky Ave., 26, Zaporizhzhia, Zaporizhzhia region, 69000
- Моб. тел.: +38 (066) 720-53-43
- E-mail: [nhomitsky@gmail.com](mailto:nhomitsky@gmail.com)

*Стаття надійшла до редакції 21.10.2019*

*У разі виникнення питань до автора статті, звертайтесь до редакції журналу [info@ujmh.net](mailto:info@ujmh.net).*