

*І. Ф. Здорик*

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ  
У ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ**

*И. Ф. Здорик*

**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ  
У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

*I. F. Zdoryk*

**CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF DEPRESSIVE DISORDERS  
IN WOMEN SUFFERING FROM HYPERTENSION**

Обстежено 310 пацієнтів з гіпертонічною хворобою II ст. У 32,9% виявлено депресивні розлади різного ступеня вираженості. Наведено дані про клініко-психопатологічні особливості депресивних розладів у жінок, які страждають на гіпертонічну хворобу. Встановлено питому вагу й описані провідні синдроми: тривожно-депресивний (54,9%), астено-депресивний (37,3%) і депресивно-іпохондричний (7,8%).

**Ключові слова:** клініко-психопатологічні особливості, депресивні розлади, жінки, гіпертонічна хвороба

Обследовано 310 пациентов с гипертонической болезнью II ст. У 32,9% выявлено депрессивные расстройства разной степени выраженности. Приведены данные о клинико-психопатологических особенностях депрессивных расстройств у женщин, страдающих гипертонической болезнью. Установлен удельный вес и описаны ведущие синдромы: тревожно-депрессивный (54,9%), астено-депрессивный (37,3%) и депрессивно-ипохондрический (7,8%).

**Ключевые слова:** клинико-психопатологические особенности, депрессивные расстройства, женщины, гипертоническая болезнь

In the study 310 patients with the 2-nd stage of hypertension were examined. 32,9% were diagnosed depressive disorders of different severity. The article presents data on the clinical and psychopathological features of depressive disorders in women with hypertension. Set specific weight and describes the major syndromes: anxiety and depression (54.9%), asthenic-depressive (37.3%) and depressive-hypochondriac (7.8%).

**Key words:** clinical and psychopathological characteristics, depressive disorders, women, hypertension

Демографічна ситуація в світі та Україні характеризується невинним постарінням населення. Зворотною стороною успіхів в галузі охорони здоров'я є зміни у віковій структурі, що проявляються збільшенням частки людей похилого (60—74 роки) та старечого віку (75 років і більше), зростанням коефіцієнта переважання жінок серед загальної популяції та з-поміж осіб пенсійного віку. На сьогоднішній день провідний напрямок охорони здоров'я жінок базується на їх репродуктивних функціях, а це призводить до ігнорування проблем здоров'я жінки на інших стадіях її життя [1—3].

Станом на 1 січня 2012 року частка осіб старших за 60 років в Україні склала 21,2% у загальній чисельності населення. Наявні демографічні тенденції супроводжуються нагромадженням хвороб (особливо кардіологічного, онкологічного профілю та розладів психіки й поведінки), збільшенням кількості самотніх осіб та людей, які потребують стороннього піклування, зростанням потреби в медичній допомозі, реабілітаційних програмах та соціальному захисті [4].

Серед основних причин смерті населення України в січні 2013 р. перше місце продовжують посідати хвороби системи кровообігу (68,2%). Прогнози щодо захворюваності в світі та Україні вказують на збереження виявленої тенденції до зростання [5—8]. Біля половини осіб похилого віку страждають на гіпертонічну хворобу, причому переважно це жінки. З віком гіпертонічна хвороба обтяжується атеросклерозом, серцевою недостатністю, порушеннями серцевого ритму. Близько чверті пацієнтів одночасно мають 3 та більше соматичних захворювання.

Разом з тим, світові тенденції характеризуються й стрімким збільшенням питомої ваги афективної пато-

логії. На сьогоднішній день на поширеність неспсихотичних афективних розладів припадає близько третини серед розладів психіки та поведінки, та 64% від поширеності афективних розладів [9]. Згідно з прогнозами експертів ВООЗ, до 2020 р. депресія стане другою за частотою причиною захворюваності в світі [6, 10]. Дані численних популяційних досліджень свідчать, що поза увагою фахівців психіатрів залишається значна частина осіб (зокрема похилого віку), які страждають на психічні розлади [11—16]. Перш за все, мова йде про порушення неспсихотичного рівня, оскільки психотичні розлади виявляються в 12 разів краще [17]. Відмінною особливістю депресивних станів є неухильне збільшення питомої ваги невротичних та соматогенних форм в порівнянні з класичними ендогенними депресіями (в загальній структурі депресивної патології частка неспсихотичних форм перевищує 60%) [18—23].

Основними предикторами депресивних розладів та випадків депресивних симптомів є літній вік, жіноча стать, соматичні захворювання (особливо кардіологічного спектра), когнітивні порушення, важка втрата, функціональні розлади, відсутність або зменшення міцних соціальних контактів, порушення сну й депресія в анамнезі [18, 24, 25].

Емоційні розлади у вигляді підвищеної тривожності та/або депресії виявляються у 47% пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ), погіршують загальне самопочуття й можуть посилювати соматичні скарги на головний біль, запаморочення, підвищену втомлюваність, зниження працездатності, пам'яті та уваги [26].

Часто депресії не діагностуються лікарями загальної практики, а хворі з депресивними розладами не отримують адекватної терапії. Це пов'язано зі складністю клінічної картини, схожістю симптомів

серцево-судинних захворювань (ССЗ) та депресії, а також тим, що лікарі вважають прояви депресії «нормальною» реакцією хворого при важкому перебігу ГХ та інших ССЗ. Поліморфізм проявів, амбулаторний рівень порушень, відсутність настороженості щодо психічних розладів сприяють збільшенню кількості «занедбаних» випадків депресій, хроніфікації даних розладів і, як наслідок, порушенню соціально-психологічного функціонування та зниженню якості життя пацієнтів. Самі хворі також схильні до анозогнозії афективних проявів. Маючи виражену депресію та відзначаючи в себе пригнічений настрій, вони воліють не кваліфікувати це як психічний розлад. На противагу цьому, проявам соматичного захворювання (при ГХ — це рівень артеріального тиску (АТ) ) надається особливе значення.

Відомо, що депресія часто супроводжує гіпертонію з кризовим типом перебігу, суттєво збільшує вартість лікування, погіршує прогноз, поєднується з високим ризиком інсультів, інфарктів, підвищує смертність хворих з хронічною серцевою недостатністю, яка є результатом усіх органічних ССЗ [27—28].

Таким чином, все вищенаведене обумовлює актуальність проведеного дослідження, метою якого було вивчення клініко-психопатологічних особливостей депресивних розладів у жінок, які страждають на гіпертонічну хворобу, для подальшого розроблення комплексу лікувально-діагностичної допомоги даній групі пацієнтів.

Для реалізації поставленої мети, після отримання інформованої згоди на участь в науковому дослідженні, нами було проведено психопатологічне обстеження з використанням скринінгових методик 310 пацієнтів, які проходили лікування у відділенні гіпертонічної хвороби, поліклінічному відділенні ДУ «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М. Д. Стражеска» НАМН України» та психоневрологічному відділенні Дорожньої клінічної лікарні № 1 (м. Київ) в період з 2011 по 2013 рр. Депресивні розлади були виявлені у 102 осіб, що склало 32,9 % від загальної кількості респондентів. Усі обстежені були жінками та мали клінічно встановлений діагноз гіпертонічної хвороби II ст. Вік пацієнтів був у межах від 45 до 76 років, середній вік склав 61,30 ± 7,36 років. Розподіл пацієнтів за віком наведений в таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл обстежених жінок по віковим групам (абс., %)

Вік	абс.	%
45 — 59 років	39	38,24
60 — 76 років	63	61,76

Використовувалися такі методи дослідження: клінічний, психопатологічний, статистичний. Клінічний діагноз депресивного розладу встановлювався у відповідності до діагностичних критеріїв депресивного епізоду класифікації психічних та поведінкових розладів МКХ-10.

У типових випадках пацієнт страждав від зниженого настрою, падіння енергетичного потенціалу та послаблення активності. Загальні критерії передбачали

тривалість зниженого настрою щонайменше протягом двох тижнів, відсутність в анамнезі гіпоманіакальних або маніакальних симптомів, які відповідають критеріям маніакального або гіпоманіакального епізоду (F 30. — ), та критерій виключення (епізод не можна пояснити вживанням психоактивних речовин або яким-небудь з органічних психічних розладів).

Для клінічної картини депресивних розладів у жінок, які страждають на гіпертонічну хворобу, був характерний широкий спектр соматичних скарг та симптомів: лабільність артеріального тиску, серцебиття, підвищена втомлюваність, поганий сон, зниження пам'яті, метеочутливість, відчуття внутрішнього напруження, головний біль, запаморочення, гіперестезія до звуків та світла, алгії різної локалізації, диспептичні розлади, порушення сексуальної сфери. У багатьох пацієнтів простежувався особливий тип мислення, так зване «негативне мислення», для якого притаманна фіксація на негативних сторонах життя, подій, емоцій та власної особистості, схильність бачити в негативному світлі життя та своє майбутнє. З розвитком депресивного розладу схильність до «негативного мислення» виявляла тенденцію до заглиблення. Жінки зазначали, що «сприймають близько до серця» негативно забарвлені розмови (зокрема про хвороби), інформацію та новини. Після таких ситуацій більшість хворих відмічали погіршення загального самопочуття, коливання настрою в бік негативного полюса, зростання відчуття внутрішнього напруження, підвищення артеріального тиску, неспокійний сон. Часом їх охоплювало відчуття безнадії та очікування чогось поганого. Поряд з тим, хворі зізнавалися, що зазвичай не можуть відмовитися від перегляду «негативних» програм або ведення розмов, а іноді цілеспрямовано їх «шукають». Відзначено вплив особливостей сімейних традицій, типів міжособистісних взаємин на перебіг депресії. Згідно з нашими даними, гарні взаємини з родичами відмічала третина опитаних (30,4 %), конфліктні або нестійкі — 10,8 % та 35,3 % осіб, нейтральні з елементами «відгородженості», скупістю емоційного відгуку та підтримки — 23,5 % жінок. Деякі автори виокремлюють специфічний стиль спілкування в сім'ї з підвищеним рівнем критики та конфліктністю як предиктор розвитку депресії.

Аналіз депресивної симптоматики виявив неоднорідність клінічної картини та дозволив виокремити провідні психопатологічні синдроми (табл. 2).

Таблиця 2

Психопатологічні синдроми у жінок, які страждають на депресивні розлади, коморбідні з гіпертонічною хворобою (абс., %)

Синдром	абс. (осіб)	%
Тривожно-депресивний	56	54,9
Астено-депресивний	38	37,3
Депресивно-іпохондричний	8	7,8

Найбільшу питому вагу в структурі депресивних розладів, поєднаних з гіпертонічною хворобою, мав тривожно-депресивний синдром, який спостерігався у 56 (54,9 %) жінок. Основними проявами його були поєднання пригніченого настрою з тривогою, рідше —

страхом. Тривога проявлялась відчуттям напруження («натягнутої струни»), занепокоєнням, неуважністю, зниженою здатністю до зосередження, метушливістю, намаганням контролювати перебіг подій, труднощами у переключенні від негативних думок до позитивних, неможливістю розслабитися. Зазвичай такі хворі часто дивилися на годинник, перебивали лікаря, змінювали позу, постійно щось тримали у руках (ручку, окуляри, мобільний телефон), перед тим, як відповісти на запитання лікаря-дослідника, задавали багато уточнюючих питань або перепитували, чи вірно вони все зрозуміли. При втраті контролю над життєвими ситуаціями рівень тривоги різко збільшувався, що супроводжувалося вираженими соматовегетативними проявами: підвищенням артеріального тиску, серцебиттям («наче серце вискочить»), відчуттям жару, нестачею повітря, пітливостю, головним болем (стискаючого характеру за типом «каска»), відчуттям внутрішнього тремтіння, похолоданням кінцівок, їх мармуровим забарвленням, диспепсичними (здуттям живота) та дизуричними (частим сечовипусканням) проявами. Пацієнти відмічали зміну апетиту. Булімічні тенденції проявлялися «заїданням» тривоги, що на деякий час поліпшувало стан хворих. Інша група розладів апетиту мала протилежний характер: зниження апетиту, скорочення споживання їжі супроводжувалося відчуттям важкості у шлунку, часом — нудотою, неможливістю ковтнути «навіть крихти». Відповідно до типу порушень апетиту хворі або набирали, або втрачали вагу. Розлади сну проявлялися труднощами засипання, тривожними думками та спогадами, поверхневим рівнем сну, пробудженнями серед ночі, великою кількістю сновидінь, іноді нічними жахами. Яскравий афект тривоги перебігав на тлі пригніченого настрою, втрати зацікавленості до занять, які раніше приносили задоволення, неспроможності радіти, швидкої виснажливості, втоми. Тривожні побовуваннями мали широкий діапазон: жінки часто переживали як через серйозні проблеми (виплати по кредиту, здоров'я близьких), так і через найменші дрібниці (незначну затримку лікуючого лікаря, пропуск прийому медикаментів).

Другим за частотою виявлення був астено-депресивний синдром. Він спостерігався у 38 осіб (37,3 %) й асоціювався з «органічними рисами». На перший план виступали скарги на хронічну втому, слабкість, розбитість, виснажливість, забудькуватість. У більшості пацієнтів емоційна нестійкість супроводжувалась гіперестезією до звуку та світла, роздратованістю, нетерплячістю, головним болем розпираючого характеру, запамороченнями, невпевненістю та хиткістю при ходьбі, відчуттям неясності в голові. Інсомнічні розлади проявлялися вкороченим сном, частими пробудженнями з неможливістю заснути, відсутністю відчуття свіжості після сну. Рівень інсомнічних порушень визначав можливість компенсаторних механізмів (покращання працездатності після відпочинку, вихідного дня й т. д.). Недостатня якість нічного сну сприяла поглибленню астеничних проявів, формуючи таким чином замкнуте коло. Поруч з характерними скаргами та проявами роздратованої слабкості виявлялися різного ступеня ознаки органічного зниження психічної діяльності. Порушувався обсяг сприйняття (стимульного сприй-

няття), хворі, наприклад, часто не помічали або не сприймали всіх предметів, що були в їхньому полі зору, чим частково пояснюється характерні пошуки окулярів, мобільного телефону, ключів тощо.

З прогресуванням судинного захворювання посилювалися в першу чергу астеничні компоненти характеру — риси нерішучості, невпевненості в собі, схильності до тривожних та фобічних переживань, до депресивних та іпохондричних реакцій. Жінки старшої вікової групи відмічали на противагу щирому бажанню приділити час онукам, неможливість тривалого перебування в колі дітей через швидке настання втоми, наростання роздратованості, часом — емоційні вибухи, що чергувалися зі слізливістю. Уникання «ви-снажуючих» контактів посилювало відчуття самотності, непотрібності: «нащо я така потрібна, якщо навіть за дітьми глянуть не можу». В той же час відзначалась нетерпимість, схильність до образ, смутку, похмурості, підвищена вимогливість до оточуючих (у деяких пацієнтів вона досягала рівня висловлювань «все або нічого», «зараз або ніколи»).

Класичні симптоми депресії виявлялися під час прицільного розпитування та концентрації уваги пацієнта саме на емоційних порушеннях й проявлялися зниженням настрою, відчуттям невпевненості у собі, важкістю до зосередження, втратою зацікавленості до будь-чого. Клінічна картина доповнювалася слабкодухістю, ригідністю, торпідністю та докладна міслення, інтелектуально-мнестичним зниженням. Емоційний стан обстежених був міцно пов'язаний з соматичним самопочуттям й конгруентно змінювався.

Депресивно-іпохондричний синдром був виявлений у 8 (7,8 %) осіб. На тлі зниженого настрою з помірно вираженим рівнем тривоги виявлялася безліч скарг соматичного спрямування. Хворі були переконані в наявності у них важкого захворювання, активно ініціювали додаткові обстеження, охоче погоджувалися на нові препарати та методи лікування, проте зазвичай не доводили лікування до кінця, втрачали інтерес до терапії, порушували рекомендації та починали все спочатку. Характерними особливостями таких пацієнтів можуть бути наявність «мішку ліків», які не допомагають, повних папок з результатами різноманітних обстежень та наявність в анамнезі схильності до самолікування. Частина пацієнтів фіксувалася на неприємних відчуттях в одній ділянці тіла (наприклад, стисканнях в ділянці серця або на болю в животі), скарги іншої групи характеризувалися мультиспрямованістю та мінливістю. Алгії різної локалізації, парестезії, сенестопатії в поєднанні з особистісними характеристиками хворих склали підґрунтя для клінічної картини депресивно-іпохондричного синдрому.

В результаті проведеного дослідження виявлена широка розповсюдженість депресивних розладів (32,9 %) у жінок, які страждають на гіпертонічну хворобу. За своєю структурою депресивні розлади неоднорідні і виражені основними синдромами: тривожно-депресивним у 54,9 %, астено-депресивним у 37,3 %, депресивно-іпохондричним у 7,8 % випадків. Виявлені клініко-психопатологічні особливості варто враховувати під час побудови діагностично-терапевтичного процесу для даної категорії пацієнтів.

**Список літератури**

1. Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda. — Geneva : World Health Organization; 2009 [Електронний ресурс]. — Режим доступу : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf). — Назва з екрану. — Дата звернення: 15.08.2013.
2. At the crossroads: transforming health systems to address women's health across the life course [Електронний ресурс] / Flavia Bustreo, Oleg Chestnov, Felicia Marie Knaul et al. // Bull World Health Organ. — 2013; 91: 622. — Режим доступу : <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/9/13-128439.pdf>
3. The new women's health agenda Ana Langer talks to Fiona Fleck about a new women's health agenda that is needed to address the emerging epidemic of chronic diseases among women // Ibid: 628—629 | doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.030913>
4. Global mortality trends and patterns in older women / Gretchen A. Stevens, Colin D. Mathers, & John R. Beard // Ibid: 630—639 | doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.12.109710>
5. Пінчук, І. Я. Геронтопсихіатрична допомога : сучасні підходи [Текст] / І. Я. Пінчук. — Тернопіль : «Терно-граф», 2011. — 244 с.
6. Brown, P. Effective treatment for mental illness are not being used. WHO says // Brit. Med. J. — 2001. — Vol. 323. — P. 769
7. World health statistics. Geneva: World Health Organization; 2013. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN\\_WHS2013\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf). — Назва з екрану. — Дата звернення: 15.08.2013.
8. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 / [R. Lozano, M. Naghavi, K. Foreman et al.] // Lancet 2012; 380: 2095—128. — [Електронний ресурс]. — Режим доступу [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61728-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61728-0) PMID: 23245604. — Дата звернення: 15.08.2013.
9. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні. Інформаційно-аналітичний огляд за 2008—2012 рр. [Текст]. — К., 2013. — 202 с.
10. Коростий, В. І. Возможности достижения стойкой ремиссии при лечении тревожно-депрессивных расстройств, коморбидных психосоматическим заболеваниям [Текст] / В. І. Коростий, А. М. Кожина // Український вісник психоневрології. — 2011. — Т. 19, вип. 3 ( 68 ). — С. 42—45.
11. Cognitive function and risk for depression in old age: A meta-analysis of published literature [Текст] / [Huang C. Q., Wang Z. R., Li Y. H. et al.] // Int Psychogeriatr. — 2010; 12: 1—10.
12. Depressive symptoms predict incident cognitive impairment in cognitive healthy older women [Текст] / [P. V. Rosenberg, M. M. Mielke, Q. L. Xue et al.] // Am. J. Geriatr. Psychiatry. — 2010. — № 18(3). — P. 204—211.
13. Смулевич, А. Б. Депрессии в общей медицине : руководство для врачей [Текст] / А. Б. Смулевич. — М.: Медицинское информационное агентство, 2007. — 256 с.: ил.
14. Смулевич, А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях [Текст] / А. Б. Смулевич. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — 432 с.: ил.
15. Holms, R. J. Depression and cardiovascular pathology: epidemiology and risk factors [Текст] / [R. J. Holms, K. Wermeyer, Smith P. A.] // Epidemiology Studies in Neurology and Psychiatry: Practical Guidelines. — Chicago: Illinois Univ. Press. — 2002. — P. 104—116.
16. Neuroplasticity. A new approach to the pathophysiology of depression [Текст] / Olie J. P., Ja Costa E. Silva, Macher J. P. — London: Science Press, 2004. — 75 p.
17. Актуальні питання геронтопсихіатрії : навчальний посібник [Текст] / І. Я. Пінчук, В. В. Чайковська, Л. А. Стаднюк [та ін.]. — Тернопіль : «Терно-граф», 2010. — 432 с.
18. Марута, Н. О. Особливості діагностики та терапії депресивних розладів у віковому аспекті [Текст] / Н. О. Марута, Т. В. Панько // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 1 ( 70 ), додаток. — С. 51—52.
19. Бурячковская, Л. И. Влияние депрессивных расстройств на развитие и исход сердечно-сосудистых заболеваний [Текст] / Бурячковская, Л. И., Полякова Е. О., Сумароков А. Б. // Терапевтический архив. — 2006. — № 11. — С. 87—92.
20. Марута, Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні [Текст] / Н. О. Марута // Нейро News. — № 5 ( 24 ). — 2010. — С. 83—90.
21. Марута, Н. О. Клініко-психопатологічні особливості депресій та їх терапія у осіб похилого віку [Текст] / Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. — 2011. — Т. 19, вип. 1 ( 66 ). — С. 66—72.
22. Мищенко, Т. С. Когнитивные и аффективные нарушения у постинсультных больных и возможности их коррекции [Текст] / Т. С. Мищенко, Л. Ф. Шестопалова, В. Н. Мищенко // Международный неврологический журнал. — 2007. — № 2( 12 ). — С. 26—30.
23. Мішиєв, В. Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів [Текст] / В. Д. Мішиєв. — Львів : Видавництво Мс, 2004. — 208 с.
24. Djernes, J. K. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A review [Текст] / J. K. Djernes // Acta Psychiatr Scand. — 2006; 113: 372—87.
25. Cole, M. G. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis [Текст] / M. G. Cole, N. Dendukuri // American Journal of Psychiatry. — 2003; 160: 1147—1156.
26. Рыжак, А. А. Когнитивные и эмоциональные расстройства у больных артериальной гипертонией [Текст] / А. А. Рыжак, В. А. Парфенов // Клини. геронтология. — 2001. — № 8. — С. 47.
27. Депрессивные и тревожные расстройства в кардиологии : монография [Текст] / Васюк Ю. А., Довженко Т. В., Школьник Е. Л. [и др.] — М.: Анахарсис, 2009. — 200 с.
28. Фрис, Я. И. Информированность населения о факторах риска сосудистых заболеваний головного мозга и клинических проявлениях инсульта [Текст] / Я. И. Фрис, Л. А. Шелякина, П. Р. Камчатнов // Инсульт : приложение к журналу неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2010. — Т. 110, Вып. 2 (№ 9). — С. 3—7.

*Надійшла до редакції 03.09.2013*

**ЗДОРИК Ірина Федорівна**, аспірант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ, e-mail:geru@bigmir.net  
**ZDORYK Iryna Fedorivna**, Postgraduate Student of the Ukrainian scientific-research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, e-mail:geru@bigmir.net