

О. К. Напрєєнко, О. С. Юрєнєнок

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ, ПСИХОТЕРАПІЇ ТА ФАРМАКОТЕРАПІЇ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

А. К. Напрєєнко, О. С. Юрєнєнок

Особенности диагностики, профилактики, психотерапии и фармакотерапии непсихотических психических расстройств у студентов высших учебных заведений

О. К. Napryeyenko, O. S. Yurtsenyuk

Peculiarities of diagnostics, prevention, psychotherapy and pharmacotherapy of nonpsychotic psychic disorders among students of higher educational institutions

Актуальність проблеми непсихотичних психічних розладів (НПР) у студентів не втрачає свого значення, а навпаки — як мінімум популяризація цього феномена в масах, диктує безліч причин вивчати це питання, вести статистику і виявляти потенційних «кандидатів» з цим видом розладів.

Мета дослідження — створити систему комплексної діагностики, профілактики, психотерапії та фармакотерапії НПР у студентів вищих навчальних закладів та визначити її ефективність.

Протягом 2015—2017 рр., з дотриманням принципів біоетики та деонтології проведено суцільне комплексне обстеження 1235 студентів. Застосовані методи: клінічний, клініко-психопатологічний, клініко-епідеміологічний, клініко-анамнестичний, експериментально-психологічний та статистичний.

В результаті дослідження НПР було діагностовано у 317 (25,67 %) студентів, зокрема у 97 (30,60 %) чоловіків та 220 (69,40 %) жінок. Аналізуючи якість запропонованого нами комплексного лікування, ми порівнювали групи студентів, під час лікування яких було впроваджено створену нами комплексну оригінальну систему діагностики, лікування, профілактики — ІА «комплексна» група та студентів, що отримували стандартне лікування — ІБ «стандартна група». Рівень особистісної тривожності зменшився у вірогідно більшої кількості — 103 (58,19 %) студентів, які отримували наше комплексне лікування, тим часом як цей показник зменшився лише у 3 (9,09 %) осіб ІБ «стандартної» групи ($p < 0,05$). Рівень алекситимії знизився на порядок у 98 (55,38 %) хворих ІА групи та 6 (18,18 %) студентів ІБ групи ($p < 0,05$). Рівень депресії знизився на порядок у 160 (90,40 %) студентів «комплексної» групи та у 16 (48,48 %) хворих «стандартної» групи ($p < 0,05$). Рівень нейротизму знизився на порядок у 79 (44,63 %) студентів ІА групи та у 4 (12,12 %) — ІБ групи ($p < 0,05$).

Отже, впровадження комплексної диференційованої психотропної терапії в традиційний комплекс лікування поліпшило редукцію психічних розладів у хворих на НПР у 3,28 раза (у середньому), що підтверджено за допомогою психодіагностичних методів, що перелічені вище.

Ключові слова: лікування, профілактика, студенти, непсихотичні психічні розлади

Актуальность проблемы непсихотических психических расстройств (НПР) у студентов не теряет своего значения, а наоборот — как минимум популяризация этого феномена в массах диктует множество причин заниматься этим вопросом, вести статистику и выявлять потенциальных «кандидатов» с этим видом расстройств.

Цель исследования — создать систему комплексной диагностики, профилактики, психотерапии и фармакотерапии НПР у студентов высших учебных заведений и определить ее эффективность.

В течение 2015—2017 гг., с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии проведено сплошное комплексное обследование 1235 студентов. Применены методы: клинический, клинико-психопатологический, клинико-эпидемиологический, клинико-анамнестический, экспериментально-психологический и статистический.

В результате исследования НПР были диагностированы у 317 (25,67 %) студентов, в том числе у 97 (30,60 %) мужчин и 220 (69,40 %) женщин. Анализируя качество предлагаемого нами комплексного лечения, мы сравнивали группы студентов, при лечении которых была внедрена созданная нами комплексная оригинальная система диагностики, лечения, профилактики — ІА «комплексная» группа и студентов, получавших стандартное лечение — ІБ «стандартная группа». Уровень личностной тревожности уменьшился у достоверно большего числа 103 (58,19 %) студентов, получавших наше комплексное лечение, в то время как данный показатель уменьшился лишь у 3 (9,09 %) человек ІБ «стандартной» группы ($p < 0,05$). Уровень алекситимии снизился на порядок у 98 (55,38 %) больных ІА группы и у 6 (18,18 %) студентов ІБ группы ($p < 0,05$). Уровень депрессии снизился на порядок у 160 (90,40 %) студентов «комплексной» группы и у 16 (48,48 %) больных «стандартной» группы ($p < 0,05$). Уровень нейротизма снизился на порядок у 79 (44,63 %) студентов ІА группы и у 4 (12,12 %) — ІБ группы ($p < 0,05$).

Таким образом, внедрение комплексной дифференцированной психотропной терапии в традиционный комплекс лечения увеличило редукцию психических расстройств у больных с НПР в 3,28 раза (в среднем), что подтверждено с помощью вышеперечисленных психодиагностических методов.

Ключевые слова: лечение, профилактика, студенты, непсихотические психические расстройства

Topicality of the issue concerning nonpsychotic psychic disorders (NPD) among students remains of the utmost importance, since popularization of this phenomenon among people dictates a number of reasons to deal with this issue, to keep statistics and find potential “candidates” afflicted by this kind of disorders.

Objective: to create the system of comprehensive diagnostics, prevention, psychotherapy and pharmacotherapy of NPD among students of higher educational institutions, and determine its efficacy.

During 2015—2017 keeping to the principles of bioethics and deontology a comprehensive complete examination of 1235 students was conducted. The following methods were applied: clinical, clinical-psychopathological, clinical-epidemiological, clinical-anamnestic, experimental-psychological and statistical.

As a result of the study, NPD was diagnosed in 317 (25.67 %) students including 97 (30.60 %) males and 220 (69.40 %) females. Analyzing the quality of our comprehensive treatment we compared two groups of students: ІА “comprehensive” group receiving our original comprehensive system of diagnostics, treatment and prevention; and ІБ “standard” group receiving standard treatment. The level of personality anxiety decreased in reliably larger number of students — 103 (58.19 %) who received our comprehensive treatment, while among the individuals from ІБ “standard” group this parameter decreased in 3 (9.09 %) persons only ($p < 0.05$). Alexithymia level decreased in 98 (55.38 %) patients from ІА group and 6 (18.18 %) students from ІБ group ($p < 0.05$). Depression level decreased in 160 (90.40 %) students from the “comprehensive” group and 16 (48.48 %) patients from the “standard” group ($p < 0.05$). Neuroticism level decreased in 79 (44.63 %) students from ІА group and in 4 (12.12 %) individuals from ІБ group ($p < 0.05$).

Thus, implementation of a comprehensive differential psychotropic therapy into a traditional complex of treatment has improved reduction of psychic disorders in patients afflicted with NPD on an average 3.28 times as much, which is evidenced by means of the above psychodiagnostic methods.

Key words: treatment, prevention, students, nonpsychotic psychic disorders

Актуальність проблеми непсихотичних психічних розладів (НПР) у студентів не втрачає свого значення, а навпаки — як мінімум популяризація цього феномена в масах диктує безліч причин вивчати це питання, вести статистику і виявляти потенційних «кандидатів» з цим видом розладів. Як показує практика, здебільшого студенти із донозологічними й навіть клінічно окресленими психічними розладами невротичного рівня самостійно не звертаються за медичною допомогою до психолога, лікаря-психотерапевта, а тим паче психіатра. Чималою мірою усвідомленій або неусвідомленій відмові студентів від психіатричної або психологічної допомоги сприяє стигматизація психіатрії, страх перед психіатричним обстеженням й психіатричним діагнозом [1, 2].

Формування адекватної діагностики та методів психопрофілактики та лікування психічних та поведінкових розладів у студентів неможливо без встановлення закономірностей їх виникнення та оцінення динаміки під впливом багатьох причин та ефектів. Складність цього питання підтверджується численними науковими дослідженнями з проблем визначення категорій норми, патології й їх взаємоперетворень в психіатрії.

Як видно з літературних джерел останніх років [3—7], лікувально-реабілітаційна тактика при психічних порушеннях у осіб молодого віку будується на комплексній системі корекційно-профілактичних заходів, що передбачає заходи, спрямовані на ранню діагностику, психопрофілактику та корекцію психічних та поведінкових розладів у студентів-медиків, що базується на концепції комплексного, багаторівневого впливу [6, 7], побудованої на основі біопсихосоціальної моделі.

Мета дослідження — створити систему комплексної діагностики, профілактики, психотерапії та фармакотерапії непсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів та визначити її ефективність.

Протягом 2015—2017 рр., з дотриманням принципів біоетики та деонтології (на початку у кожного обстеженого отримували інформовану згоду на проведення дослідження) проведено суцільне комплексне обстеження студентів I—V курсів медичних факультетів Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (БДМУ) та студентів I—IV курсів факультету педагогіки, психології та соціальної роботи, філологічного факультету, інституту фізико-технічних та комп'ютерних наук, факультету математики та інформатики, філософсько-теологічного факультету Чернівецького національного університету. Для проведення суцільного скринінгового обстеження було підготовлено і роздано для заповнення 2000 уніфікованих карт обстеження студента, в результаті студенти повністю заповнили і здали 1679 анкет, решта 321 анкета — або не були здані, або не відповідали критеріям включення до групи обстеження (головний критерій — заповнення анкети на 90 %). Отже, в результаті першого скринінгового обстеження ми отримали вихідну групу обстеження кількістю 1679 студентів. Через рік при повторному загальному обстеженні вихідної групи студентів (1679 осіб), ми зібрали 1235 уніфікованих карт, що відповідали загальному критерію включення

в дослідження. Отже, надалі ми аналізували результати обстеження 1235 студентів.

Усіх студентів (1235 осіб) було поділено на дві групи — основну (I) та порівняльну (II). До основної групи увійшли 317 (25,67 %) студентів, у яких було діагностовано непсихотичні психічні розлади (НПР), вони також були поділені на дві групи — терапевтичну групу, яка мала в своєму складі студентів з НПР ($N = 210$, 66,25 %), які отримували лікування, ця група так само була поділена на дві групи: IA (комплексна) група, яка мала в своєму складі 177 (84,29 %) студентів, під час лікування яких було впроваджено створену нами комплексну оригінальну систему діагностики, лікування, профілактики та IB (стандартна) група, яка мала в своєму складі 33 (15,71 %) студентів, яким було проведено стандартне лікування, профілактики, та контрольну групу ($N = 107$, 33,75 %), до якої увійшли 107 осіб з НПР, які за певних обставин відмовилися від лікування та профілактики. Для верифікації клінічних особливостей НПР як II порівняльну групу було обстежено 918 (74,33 %) студентів без НПР, практично здорових.

У дослідженні брали участь 852 студенти (68,99 %) Буковинського державного медичного університету та 383 студенти (31,01 %) Чернівецького національного університету. Середній вік обстежених становив $20,15 \pm 0,05$ років. За гендерним розподілом серед усіх обстежених було 365 чоловіків та 870 жінок, відповідно 29,55 % та 70,45 %. Вибірка не мала суттєвих відмінностей за статевим і віковим складом, місцем мешкання, формою навчання. Провідним критерієм включення особи до дослідження було її навчання у вищому навчальному закладі. Обстеження проводили в міжсесійний період.

Застосовані методи: клінічний, клініко-психопатологічний, клініко-епідеміологічний, клініко-анамнестичний, експериментально-психологічний та статистичний.

Система діагностики, профілактики, психотерапії та фармакотерапії непсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів базувалась на концепції комплексного, багаторівневого впливу [1, 3, 7], побудованої на основі біопсихосоціальної моделі [3, 5, 7], а також пов'язаних з нею принципів системності, етапності, сукупності, диференційованості та індивідуальності терапевтичних втручань.

Виходячи з вищевказаного, системність, багаторівневність та етапність полягали у послідовних, за певним регламентом заходах впливу, у трьох напрямках: біологічному — ієрархічний фізіологічний (інтеграційні рівні клітин, органів, фізіологічних систем, організму загалом, наприклад, дихальні вправи або сугестія спокійної роботи серця); психічному — ієрархічний психічний (психологічний) (інтеграційні рівні окремих властивостей сфер психічної діяльності, особистості, наприклад, корекція моральних установок, або уваги, пам'яті, або потенціювання упевненості, спокою); соціальному — ієрархічні суспільні роль, статус (інтеграційні рівні ауто-, мікро- та макросоціальних середовищ, наприклад, відновлення або корекція рольових позицій у мікро- або макросоціальному оточенні).

Комплексність впливу дала змогу максимально інтенсифікувати розроблені заходи внаслідок взаєм-

ного посилення ефектів різних заходів, напрямків і технік психопрофілактичної, психотерапевтичної та психофармакологічної роботи. Застосовували диференційованість та індивідуальний підхід, з урахуванням усіх властивих конкретному пацієнту психічних, психодіагностичних, соціальних ознак.

Крім того, застосування низки положень сприяло максимальній швидкості корекції психічної патології у хворих студентів, а саме — щодо партнерства, тобто залучення пацієнта до здійснення психотерапії; різнобічності зусиль і дій, спрямованості психокорекційних впливів на різні сфери психосоціального функціонування хворого; єдності психосоціальних та біологічних корекційних методів; ступінчастості, перехідності профілактичних, фармакологічних та психотерапевтичних заходів, що проводилися.

Слід наголосити, що потреба у методично насиченому, диференційованому корекційному процесі була визначена його проведенням в амбулаторних умовах. Тому особливу увагу надавали поетапним заходам: а) створенню установки на співпрацю з лікарем, позитивного ставлення до нього, мотивації на проведення психопрофілактики, психотерапевтичних програм, здатності до самоаналізу психосоціального стану, формування оптимістичної перспективи внаслідок терапії (1 етап); б) дезактуалізації значущих переживань (тривоги, страхів, емоційного, вегетативного дискомфорту тощо) (1 етап); усуненню психопатологічної симптоматики (симптоматична фармакотерапія та психотерапія) (2 етап); в) ресоціалізації, поступової перебудови системи цінностей пацієнта задля запобігання соціально-психологічній дезадаптації (зокрема конфліктних ситуацій, напруження у міжособистісних стосунках, негативних стереотипів поведінки, залежної поведінки тощо) (3 етап); г) рефлексії, закріпленню психопрофілактичного досвіду, підвищення рівнів психічної, соціально-трудової адаптації, підтримувальної терапії (4 етап).

Також звертали увагу на ступінь доступності інформації, що отримували хворі студенти, постановку перед ними посильних завдань, систематичності в освоєнні навичок експрес-терапії (техніки самонавіювання, релаксації).

В результаті дослідження непсихотичні психічні розлади (НПР) було діагностовано у 317 (25,67 %) студентів, зокрема у 97 (30,60 %) чоловічої статі та 220 (69,40 %) жіночої статі.

Ефективність лікування оцінювали за психодіагностичними шкалами: тест Спілбергера— Ханіна (визначали рівень ситуативної тривоги — РСТ), та рівень особистісної тривожності — РОТ); Торонтська алекситимічна шкала, шкала самооцінки депресії Цунга; методика експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса.

Ефективним вважали той метод лікування, при якому кількість балів за шкалами зменшувалася в динаміці.

У разі, якщо кількість балів збільшувалася або не змінювалася в динаміці, вважали, що цей метод лікування не ефективний для певного конкретного пацієнта.

За результатами проведеного комплексного лікування студентів з НПР (табл. 1) ми отримали вірогідні

поліпшення внаслідок проведеного лікування за всіма психодіагностичними методиками. Зниження рівня симптому на порядок, тобто з високого на помірний, чи з помірного на низький і таке інше спостерігалось у чималій кількості студентів.

Після проведеного лікування в терапевтичній (ІА) групі у 166 (79,05 %) осіб спостерігалось зменшення рівня ситуативної тривоги, тимчасом в контрольній групі — лише у 5 (4,67 %) студентів визначали поліпшення ($p < 0,05$).

Таблиця 1. Частка пацієнтів основної групи, в яких спостерігалось зменшення рівня симптому за психодіагностичними шкалами

Групи	Терапевтична група (N = 210)		Контрольна група (N = 107)		Pφ
	абс.	відносна, %	абс.	відносна, %	
РСТ	166	79,05	5	4,67	< 0,05
РОТ	114	54,29	7	6,54	
Алекситимія	113	53,81	3	2,80	
Депресія	177	84,29	11	10,28	
Нейротизм	93	44,29	4	3,74	

Рівень особистісної тривожності знизився у 114 (54,29 %) студентів, які отримували лікування, та у 7 (6,54 %) осіб, що за певних причин відмовились від нього ($p < 0,05$).

Аналізуючи вплив лікування на рівень алекситимії, бачимо, що у 113 (53,81 %) студентів ІА групи її рівень знизився на порядок, в ІБ групі позитивна динаміка за цим критерієм була лише у 3 (2,80 %) студентів ($p < 0,05$).

Найсуттєвіші результати ми отримали за тестом Цунга, зниження рівня депресії внаслідок лікування спостерігали у 177 (84,29 %) хворих з НПР. У хворих студентів, які відмовились від лікування, лише у 11 (10,28 %) осіб виявляли зниження рівня депресії ($p < 0,05$).

Рівень нейротизму знизився на порядок у 93 (44,29 %) студентів терапевтичної групи та у 4 (3,74 %) — контрольної групи ($p < 0,05$), що може свідчити про те, що нейротизм є не стільки ознакою невротичної реакції, скільки особистісною характеристикою індивіда.

Аналізуючи якість запропонованого нами комплексного лікування, ми порівнювали групи студентів, під час лікування яких було впроваджено створену нами комплексну оригінальну систему діагностики, лікування, профілактики — ІА «комплексна» група та студентів, що отримували стандартне лікування (відповідно до критеріїв діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки [9]) — ІБ «стандартна група» (табл. 2).

Рівень ситуативної тривоги набагато знизився в обох групах — у 79,10 % хворих ІА групи та 60,61 % осіб ІБ групи і не мав вірогідних відмінностей ($p > 0,05$), що може свідчити про істотну чутливість РСТ до медикаментозного лікування.

Таблиця 2. Частка пацієнтів терапевтичної групи, в яких спостерігалось зменшення рівня симптому за психодіагностичними шкалами

Показники	Комплексна група (N = 177, 84,29 %)		Стандартна група (N = 33, 15,71 %)		P _φ
	абс.	відносна, %	абс.	відносна, %	
РСТ	140	79,10	20	60,61	> 0,05
РОТ	103	58,19	3	9,09	< 0,05
Алекситимія	98	55,37	6	18,18	
Депресія	160	90,40	16	48,48	
Нейротизм	79	44,63	4	12,12	

Коефіцієнт медичної ефективності (КМЕ) розраховують як відношення кількості пацієнтів з позитивним медичним результатом (позитивна динаміка здоров'я на день виписки) за звітний період (MP_φ) до загальної кількості пацієнтів, які вибули із закладу за цей же період (n):

$$КМЕ = MP_{\phi} : n,$$

де КМЕ_(ІА група) = 140 : 177 = 0,79; КМЕ_(ІБ група) = 20 : 33 = 0,60, тобто за рівнем ситуативної тривоги КМЕ в ІА групі більш ніж КМЕ в ІБ групі в 1,32 раза.

Рівень особистісної тривожності зменшився у вірогідно більшій кількості студентів — 103 (58,19 %), які отримували наше комплексне лікування, тимчасом як цей показник зменшився лише у 3 (9,09 %) осіб з ІБ «стандартної» групи (p < 0,05).

За рівнем особистісної тривожності отримали таке: КМЕ_(ІА група) = 103 : 177 = 0,58; КМЕ_(ІБ група) = 3 : 33 = 0,09. КМЕ в ІА групі більш ніж КМЕ в ІБ групі в 6,4 раза. Тобто, впровадження комплексної диференційованої психотропної терапії в традиційний комплекс лікування поліпшило редукцію тривожних розладів у хворих з НПР у 6,4 раза, що підтверджено за результатами тесту Спілбергера — Ханіна.

Рівень алекситимії знизився на порядок у 98 (55,38 %) хворих ІА групи та 6 (18,18 %) студентів ІБ групи (p < 0,05). КМЕ_(ІА група) = 98 : 177 = 0,55; КМЕ_(ІБ група) = 6 : 33 = 0,18. КМЕ в ІА групі більш ніж КМЕ в ІБ групі в 3,05 раза.

Рівень депресії знизився на порядку у 160 (90,40 %) студентів «комплексної» групи та у 16 (48,48 %) хворих «стандартної» групи (p < 0,05). КМЕ_(ІА група) = 160 : 177 = 0,90; КМЕ_(ІБ група) = 16 : 33 = 0,48. КМЕ в ІА групі більш ніж КМЕ в ІБ групі в 1,88 раза.

Рівень нейротизму знизився на порядок у 79 (44,63 %) студентів ІА групи та у 4 (12,12 %) ІБ групи (p < 0,05). КМЕ_(ІА група) = 79 : 177 = 0,45; КМЕ_(ІБ група) = 4 : 33 = 0,12. Тобто КМЕ в ІА групі більш ніж КМЕ в ІБ групі в 3,75 раза.

Отже, створена нами комплексна оригінальна система діагностики, лікування, профілактики мала вірогідно кращі результати, порівняно зі стандартним лікуванням НПР у студентів вищих навчальних закладів. Впровадження комплексної диференційованої психо-

тропної терапії в традиційний комплекс лікування поліпшило редукцію психічних розладів у хворих на НПР у 3,28 раза (середнє), що підтверджено за допомогою психодіагностичних методик, що перелічені вище.

Список літератури

1. Марута Н. О., Лінська К. І. Хронометричний профіль хворих на депресію при використанні комп'ютерного варіанту шкали Цунга і його діагностичне значення // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, вип. 4 (97). С. 57—65. URL: <http://www.uvnpn.com.ua/arkhiv-nomeriv/2019/tom-27-vipusk-1-98/khronometrichniy-prof-l-khvorikh-na-depres-yu-pri-vikoristann-testu-sp-lbergera-khan-na>.
2. World Health Day 2017 — Depression: Let's talk // Fact sheet — 02/2017. URL: http://www.searo.who.int/entity/world_health_day/2017/en/.
3. Мішієв В. Д. Сучасні депресивні розлади. Л. : Вид-во Мс, 2004. 208 с.
4. Юрьєва Л. Н. Клиническая суицидология (монография). Днепропетровск : «Пороги», 2006. 472 с
5. Марута Н. О., Лінська К. І. Сучасні напрямки у розробці інструментів для об'єктивної діагностики афективних розладів (огляд літератури) // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, вип. 1 (94). С. 110—115. URL: <http://nbuv.gov.ua/UJRN/>.
6. Кожина А. М., Коростий В. И., Зеленская Е. А., Хмаин С. Психогенные депрессии и суицидальное поведение у лиц молодого возраста // Медична психологія. 2013. № 4. С. 42—45.
7. Чабан О. С. Тревога, депрессия и боль // Здоров'я України. 2012. № 3 (22). С. 4.
8. Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. Психотерапия в общесоматической медицине : клиническое руководство / под общ. ред. Б. В. Михайлова]. Харьков : Прапор, 2002. 128 с.
9. Филатов А. Т., Мартыненко А. А. Малая психотерапия на курорте. Киев : Здоров'я. 1983. 53 с.
10. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки / за ред. Б. В. Михайлова, С. І. Табачникова, О. К. Напрєєнка, В. В. Домбровської // Новини української психіатрії. Харків, 2003. URL: <http://www.psychiatry.ua/books/criteria>.

Надійшла до редакції 28.01.2020

НАПРЄЄНКО Олександр Костянтинович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна; e-mail: napr_center@bigmir.net

ЮРЦЕНЮК Ольга Сидорівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології імені С. М. Савенка Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна; <http://orcid.org/0000-0002-1450-1530>; e-mail: yurtsenyuk.olga@bsmu.edu.ua

NAPRYEYENKO Oleksandr, Doctor of Medical Sciences, Professor; Head of the Department of Psychiatry and Narcology of the O. O. Bohomolets's National Medical University, Kyiv, Ukraine; email: napr_center@bigmir.net

YURTSENYUK Olga, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Nervous Diseases, Psychiatry and medical Psychology called by S. M. Savenko of the Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovynskyi State medical University", Chernivtsi, Ukraine; <http://orcid.org/0000-0002-1450-1530>; e-mail: yurtsenyuk.olga@bsmu.edu.ua