

УДК: 616.89:616.89-008.441.44-084

Д. Р. Тахташова

ПРОГРАММА ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С БИПОЛЯРНЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Д. Р. Тахташова

ПРОГРАМА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ З БІПОЛЯРНИМИ АФЕКТИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

D. R. Takhtashova

PROGRAM FOR A DIFFERENTIATED PREVENTION OF A SUICIDAL BEHAVIOR IN PATIENTS WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDERS

На основании результатов комплексного исследования по изучению клинико-психопатологических особенностей биполярного аффективного расстройства (БАР), аутоагрессивных предикторов и патопсихологических механизмов формирования суицидального поведения у данных больных разработана и апробирована программа профилактики суицидального поведения у больных БАР. Описаны основные этапы и методы реализации предложенной программы. По результатам апробации доказана высокая эффективность предложенной программы.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, суицидальное поведение, дифференцированная профилактика

На підставі результатів комплексного дослідження з вивчення клініко-психопатологічних особливостей біполярного афективного розладу (БАР), аутоагресивних предикторів і патопсихологічних механізмів формування суїцидальної поведінки у даних хворих розроблена і апробована програма профілактики суїцидальної поведінки у хворих БАР з урахуванням специфіки депресивного, маніакального та змішаного епізоду. Описано основні етапи та методи реалізації запропонованої програми. За результатами апробації доведена висока ефективність запропонованої програми.

Ключові слова: біполярний афективний розлад, суїцидальна поведінка, програма профілактики

On the base of results of a integrated investigation of clinical-psychopathological peculiarities of bipolar affective disorder (BAD), auto-aggressive predictors and pathopsychological mechanisms of a suicidal behavior formation in such patients it was developed and approbated the program for prevention of a suicidal behavior in patients with BAD. The main stages and methods of application of the program proposed are described. In accordance with the results of the approbation a high efficacy of this program was proven.

Key words: bipolar affective disorder, suicidal behavior, differentiated prevention

Рост заболеваемости биполярным аффективным расстройством (БАР), высокий уровень суицидального риска у данных больных, резкое снижение качества их жизни и устойчивость биполярных расстройств к проводимому лечению обуславливают необходимость разработки современных методов и программ лечения и профилактики суицидального поведения [2, 3, 5, 6].

Вопросы терапии БАР активно изучаются и обсуждаются в психиатрии, представлены различные медикаментозные и психосоциальные методы лечения БАР, описаны основные принципы терапии, но по-прежнему остаются не выясненными вопросы дифференцированного лечения и профилактики суицидального поведения с учетом клинико-психопатологических особенностей различных вариантов биполярного расстройства, выраженности, формы и вида суицидального поведения в этих фазах [3,7—14].

Вышеизложенное определяет несомненную актуальность изучения БАР в контексте профилактики суицидального поведения среди данных больных с учетом специфики его формирования при различных вариантах БАР, что и явилось целью настоящей работы.

В основу разработанной программы профилактики суицидального поведения при БАР легли результаты проведенного комплексного исследования по изучению клинико-психопатологических особенностей БАР, предикторов и патопсихологических механизмов формирования суицидального поведения у больных с этой патологией.

Основной целью предложенной программы является профилактика суицидального поведения у больных

БАР за счет своевременного купирования аффективных расстройств различных вариантов БАР; формирования стойкой ремиссии и стабилизации психического и соматического статуса; восстановления и сохранения личностного, профессионального и социального ресурса больных.

Отбор лечебных и психопрофилактических методов и средств проводился с учетом особенностей формирования, клиники, течения и исхода различных фаз БАР; предикторов и антисуицидальных факторов больных БАР; основных патопсихологических механизмов формирования суицидального поведения у больных БАР; соматического статуса; личностных, профессиональных и социальных возможностей больного.

Разработанная программа реализуется в несколько этапов.

Этап экстренной медицинской помощи включает проведение медикаментозной терапии и кризисную психотерапевтическую помощь, которые направлены на максимально быстрое купирование суицидального поведения и острых аффективных проявлений БАР. Экстренная медикаментозная терапия проводится в зависимости от фазы БАР и заключается в лечении острого аффективного состояния от начала эпизода до клинического ответа (2—8 недель).

Так, при текущем эпизоде умеренной и тяжелой депрессии (F 31.3 — F 31.4) использовали: кветиапин XR в дозе до 300 мг/сут с однократным приемом в течение 8 недель; или сочетание вальпроевой кислоты в дозе до 1200 мг/сут с кветиапином XR в дозе до 300 мг/сут в течение 6—8 недель; или сочетание оланзапина 5—20 мг/сут с пароксетином 20—40 мг/сут в течение 6—8 недель.

При смешанном эпизоде БАР (F31.6) мы применяли рisperидон 2—4 мг/сут или оланзапин 5—20 мг/сут в течение 6—8 недель.

При текущем маниакальном эпизоде БАР (F 31.1) использовали следующие медикаментозные средства: сочетание вальпроевой кислоты (до 1200 мг/сут) с пароксетином (20—40 мг/сут); или сочетание оланзапина (5—20 мг/сут) с сертралином (50—100 мг/сут); или монотерапию кветиапином XR в дозе до 300 мг/сут. Длительность терапии — 2—3 недели.

В экстренной психотерапевтической помощи при суицидальном поведении больных с депрессивным или смешанным эпизодом БАР использовалась кризисная психотерапия на основе экзистенциально-гуманистического подхода [4]. Основным направлением работы в экзистенциальной кризисной психотерапии было развитие у больных с суицидальным поведением при БАР способности к осознанию своих проблем, особенностей когнитивного, эмоционального и поведенческого реагирования на эти проблемы; осознание своих ресурсов для решения этих проблем; переосмысление и преобразование кризисной ситуации, особенно в тех случаях, когда кризисная ситуация неизбежна или неразрешима. В процессе кризисной психотерапии происходит выявление и коррекция неадаптивных способов разрешения кризиса и отреагирования негативных эмоций, проявление мотивационных установок в механизмах суицидогенеза и способов их разрешения. Психотерапевтическая работа на данном этапе проводится в индивидуальной форме и состоит из 10—12 ежедневных консультативных встреч.

На этапе экстренной медицинской помощи у больных с текущим маниакальным эпизодом БАР (F 31.1), в силу выраженных расстройств критики к болезни, ситуации, собственной личности и ее возможностям психотерапевтическая помощь до купирования острых проявлений маниакального состояния являлась малоэффективной.

Тем не менее, с учетом основного механизма формирования суицидального поведения у этой категории больных, в котором преобладают ситуационность и импульсивность суицидального поведения в ответ на противодействие окружающих патологическим инициативам и активности больного, применялась индивидуальная рациональная психотерапия (убеждение, переубеждение, отвлечение). Индивидуальная рациональная психотерапия проводилась курсом 2—3 недели с ежедневным посещением врача-психотерапевта.

Этап развернутой диагностики. На этом этапе комплекс методов включал клинико-психопатологические, психометрические, психодиагностические, соматоневрологические, параклинические и социально-психологические (анкетирование, интервьюирование) методы, направленные на определение факторов риска и антириска развития суицидального поведения у больного БАР и выявление ресурсов больного (личностных и социальных).

Этап основных лечебно-профилактических мероприятий базировался на применении медикаментозных средств и психотерапии.

Так, отбор средств профилактики суицидального поведения у больных БАР с текущим эпизодом умеренной и тяжелой депрессии БАР (F 31.3, F 31.4) проводился с учетом развития суицидального поведения у больных с преобладанием в клинике БАР тоскливой и апато-адинамической депрессии с заторможенностью движений, суточными колебаниями настроения, ангедонией, нарушениями засыпания и ранним пробуждением, снижением массы тела, запорами, средне-высоким уровнем риска развития суицида и хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

С учетом вышеизложенных клинических особенностей БАР и сопутствующей соматической патологии у больных с суицидальным поведением использовали следующие медикаментозные средства: кветиапин XR в дозе до 300 мг/сут; или вальпроевая кислота до 1200 мг/сут в сочетании с пароксетином до 40 мг/сут; или оланзапин 5—20 мг/сут в комбинации с сертралином 50—100 мг/сут. Длительность терапии составляла 6—8 месяцев.

Из психотерапевтических методов терапии больных с текущим эпизодом умеренной и тяжелой депрессии БАР без психотических симптомов (F 31.3, F 31.4) применяли индивидуально-ориентированную и групповую когнитивно-поведенческую терапию. Индивидуально-ориентированная психотерапия проводится 2—3 месяца с частотой сеансов не менее 3 раз в неделю. Групповая психотерапия проводится в течение 6—12 месяцев, с частотой — 2 раза в неделю. Основными задачами применения психотерапии являлись: осознание пациентом своих личностных особенностей; деструктивных когнитивных, поведенческих и эмоциональных форм реагирования на значимые жизненные события, связанные с одиночеством, потребностью в любви и близких отношениях, конфликтами в семье, изменой, разводом и т. д.; коррекция когнитивных искажений, ведущих к высокому уровню интернальности в области семейных отношений и неудач, низкой интернальности в области достижений и, как следствие, формирование чувства вины, идей малоценности, отчаяния и уныния; коррекция поведенческих форм реагирования, связанных с неосознанной психологической защитой «регрессией» (возвращение к образцам поведения, связанным с ранними стадиями психофизиологического развития), которые способствуют усилению депрессивного настроения и формированию агрессивного поведения в форме аутоагрессии; выработка адекватных форм когнитивного, эмоционального и поведенческого реагирования, позволяющих больному адаптироваться к неразрешимым кризисным ситуациям и переориентироваться на достижимые цели [1, 4].

Отбор средств профилактики суицидального поведения у больных с маниакальным эпизодом БАР проводился с учетом развития суицидального поведения при «веселой» форме маниакального расстройства с повышенной двигательной активностью, ускорением речи и мышления, идеями самовосхваления, ощущением радости, эмоциональной лабильностью, головными болями (психалгии), вегетативными расстройствами дыхания, парестезиями и анестезиями, психосенсорными нарушениями (колебания почвы под ногами) и хроническими заболеваниями мочевыводящей системы.

С учетом вышеизложенных клинических особенностей маниакального эпизода БАР и сопутствующей соматической патологии у больных с суицидальным поведением применяли следующие медикаментозные средства: вальпроевая кислота (1200 мг/сут) в сочетании с рисперидоном (4 мг/сут); или литий карбонат (до 1200 мг/сут) в сочетании с кветиапином XR (до 300 мг/сут); или монотерапия оланзапином (5—20 мг/сут). Длительность терапии составляла 2—4 месяца.

Из психотерапевтических методов терапии больных с текущим маниакальным эпизодом БАР (F 31.1) в разработанной программе использовали индивидуальную и групповую рациональную психотерапию в форме разъяснения, убеждения, переубеждения и отвлечения. Индивидуальная психотерапия проводилась в течение 2-х месяцев с частотой сеансов не менее 3 раз в неделю, групповая психотерапия — в течение 6—10 месяцев, 2 раза в неделю.

Основные задачи использования этих методов психотерапии включали: осознание больными своих личностных особенностей, основных деструктивных когнитивных, поведенческих и эмоциональных форм реагирования на психотравмирующие события, обусловленные служебными конфликтами, неудовлетворенностью работой, разрывом дружеских отношений; коррекцию когнитивных искажений, ведущих к высокому уровню интернальности в области достижений и, как результат, выраженной фрустрации потребностей в «активной деятельной жизни», «свободе и независимости в поступках и действиях», «интересной работе»; коррекцию поведенческих форм реагирования, связанных с низкой интернальностью в области неудач и с неосознанными психологическими защитами «отрицанием» и «вытеснением», которые способствовали формированию агрессивного поведения в форме обиды, косвенной агрессии и развитию импульсивного суицидального поведения, как проявления протеста и желания привлечь внимание к собственной личности и деятельности.

Отбор средств профилактики суицидального поведения у больных со смешанным эпизодом БАР (F 31.6) проводился с учетом механизмов формирования суицидального поведения у больных с преобладанием в клинической картине БАР гневливой мании и тревожной депрессии с двигательным беспокойством, умеренным депрессивным настроением, тревогой, агитацией, гневом, раздражением, нарушениями сна и хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой и мочеполовой систем.

С учетом вышеизложенных клинических особенностей сопутствующей соматической патологии у больных БАР с суицидальным поведением в структуре смешанного эпизода использовали следующие медикаментозные средства: вальпроевая кислота (до 1200 мг/сут) в сочетании с рисперидоном (до 4 мг/сут) в течение 4—6 месяцев (преимущественно у больных с преобладанием маниакальных проявлений); или вальпроевая кислота (до 1200 мг/сут) в сочетании с оланзапином (5—20 мг/сут) в течение 4—6 мес. В некоторых случаях эффективной была монотерапия атипичными антипсихотиками (амисульприд, zipразидон).

Из психотерапевтических методов при смешанных состояниях БАР использовали индивидуальную и групповую когнитивно-поведенческую психотерапию, основными задачами которой являлись: осознание больным имеющихся у него личностных особенностей, их основных деструктивных когнитивных, поведенческих и эмоциональных форм реагирования на значимые жизненные события, обусловленные ухудшением материального состояния, потерей социального статуса, уходом на пенсию; коррекция когнитивных искажений, ведущих к высокому уровню интернальности в области неудач и низкой интернальности в области достижений и, как следствие, росту фрустрации потребностей в «материально обеспеченной жизни» и в «активной деятельной жизни» и усилению депрессивного компонента смешанного эпизода с идеями малоценности и недовольством собой; коррекция поведенческих форм реагирования, обусловленных неосознанной психологической защитой «реактивным образованием», которая способствует преувеличению противоположного стремления, выражающегося в агрессии по отношению к окружающим и ситуации, что, в свою очередь, усиливает тревожный компонент личности и вызывает чувство вины с аутоагрессивными тенденциями.

Итогом проведения психотерапии на этом этапе у больных со смешанными состояниями при БАР является стабилизация аффективного состояния больного, выработка адекватного эмоционального реагирования на социально-психологические факторы и кризисные ситуации, провоцирующие инверсию аффекта, формирование новых форм поведения, исключающих тревожный и аффективный механизм отреагирования.

Индивидуальная психотерапия проводится в течение 3-х месяцев с частотой сеансов — 2 раза в неделю. Групповая психотерапия длилась 6—8 месяцев с частотой 2 раза в неделю.

Этапы экстренной медицинской помощи, развернутой диагностики и основных лечебно-профилактических мероприятий проводятся на базе психиатрического стационара (групповая психотерапия проводится как в психиатрическом стационаре, так и в амбулаторных условиях).

Этап поддерживающих лечебно-профилактических мероприятий был посвящен закреплению достигнутых результатов первых трех этапов программы профилактики суицидального поведения у больных БАР. Такое закрепление осуществлялось с помощью медикаментозных средств, методов психической саморегуляции, краткосрочных курсов психотерапии и тренингов, было направленным на стабилизацию настроения и психического состояния; профилактику инверсии аффекта и рецидивов БАР; усиление и закрепление выработанных на предыдущих этапах когнитивных и поведенческих механизмов, направленных на разрешение кризисных ситуаций; выработку пациентом адекватного эмоционального реагирования на факторы, провоцирующие суицидальное поведение.

Из медикаментозных средств на этапе поддерживающих лечебно-профилактических мероприятий, в качестве монотерапии БАР использовали нормотимики (вальпроевая кислота) и атипичные нейролептики

(рисперидон, оланзапин). В качестве альтернативы монотерапии применяли комбинации вальпроевой кислоты с рисперидоном или оланзапином.

На этапе поддерживающих лечебно-профилактических мероприятий, дополнительно к атипичным нейролептикам и стабилизаторам настроения при наличии показаний в схему лечения добавляли антидепрессанты, транквилизаторы, ноотропы, общеукрепляющую терапию, средства терапии хронической соматической патологии.

Из психотерапевтических методов лечения на этапе поддерживающих лечебно-профилактических мероприятий использовалась групповая работа в «тренинг-группах». Основной целью применения «тренинг-групп» являлась: выработка форм поведения, способствующих адаптации к факту наличия хронического аффективного расстройства; улучшение коммуникативных качеств личности больных БАР; повышение самооценки; выработка и закрепление навыков и умений управления своим поведением и эмоциональными реакциями при обострении БАР; тренинг социальных навыков (групповая работа проводится 1—2 раза в неделю в течение 6—8 месяцев).

Этап социально-психологической помощи больным с суицидальным поведением при БАР осуществлялся в амбулаторных условиях.

Объем и содержание социально-психологической и профессиональной помощи определяли индивидуально, с учетом основных проявлений БАР, длительности заболевания, социального статуса больного и его реабилитационного потенциала.

Основными задачами этого этапа являлись: коррекция семейных взаимоотношений с целью их гармонизации; восстановление социального положения или проведение мероприятий по социальной реориентации, реадaptации и реинтеграции больных БАР в случаях невозможности восстановления прежнего социального положения; восстановление профессионального статуса или адаптация больного к новому профессиональному статусу.

Восстановление социального положения или проведение мероприятий по реориентации и реадaptации больных БАР, в случаях невозможности восстановления прежнего социального положения, проводилось за счет использования социально-средовых и социально-бытовых форм помощи. С помощью этих форм социальной работы воссоздавались нарушенные или утраченные вследствие болезни социальные связи и формировались новые социальные отношения.

В апробации разработанной программы дифференцированной профилактики суицидального поведения участвовало 55 больных с суицидальным поведением при БАР (основная группа). Контрольная группа состояла из 49 больных с суицидальным поведением при БАР, прошедших курс с помощью традиционной терапии.

Основным критерием, оценивающим эффективность разработанной программы, была динамика психического состояния и суицидологического статуса больных (табл.).

Критерии эффективности профилактики у больных БАР основной и контрольной группы

Критерии клинической эффективности профилактики	Основная группа (n = 55)		Контрольная группа (n = 49)	
	абс.	% ± m	абс.	% ± m
Стабильная интермиссия	41	74,5 ± 8,2*	26	53,1 ± 5,4
Улучшение психического состояния	6	10,9 ± 1,3	6	12,2 ± 1,5
Отсутствие позитивной динамики психического состояния	5	9,1 ± 1,1**	14	28,6 ± 3,2
Ухудшения психического состояния	3	5,5 ± 0,7	3	6,1 ± 0,9
Суицидальное поведение (суицидальные мысли, решение, намерение)	7	12,7 ± 1,6*	14	28,6 ± 3,2
Суицидальные попытки	—	—	—	—
Уровень риска суицида	7	7,8 ± 2,1*	14	13,2 ± 1,3

Условные обозначения: различия статистически достоверны: * — при $p < 0,05$; ** — при $p < 0,01$

По результатам реализации разработанной программы дифференцированной профилактики суицидального поведения при БАР в 74,5 % случаев достигнуто состояние стабильной интермиссии, тогда как в контрольной группе состояние стабильной интермиссии достигнуто только в 53,1 % случаев (при $p < 0,05$). Отсутствие позитивной динамики по результатам разработанной программы отмечено в 9,1 % случаев, в то время как этот показатель в контрольной группе составил 28,6 % случаев (при $p < 0,01$).

Согласно результатам двухлетнего катамнестического наблюдения, в контрольной группе выявлено 28,6 % больных БАР с суицидальными мыслями, фантазиями, решением и намерением. В основной группе больных БАР с суицидальными мыслями, фантазиями, решением и намерением составили только 12,7 % (при $p < 0,01$). Суицидальных попыток не было отмечено ни в одной из наблюдавшихся групп.

После проведенного лечения уровень суицидального риска (по шкале Г. В. Старшенбаума) у больных основной группы соответствовал низкому уровню — в $7,8 \pm 2,1$ балла, в то время как у больных контрольной группы данный показатель соответствовал средним значениям — $13,2 \pm 1,3$ балла (при $p < 0,05$).

Таким образом, представленные результаты свидетельствуют о том, что разработанная и апробированная программа дифференцированной профилактики суицидального поведения при БАР по эффективности превосходит традиционно используемые методы, что позволяет рекомендовать ее для внедрения в практическую работу по оказанию помощи данным больным.

Список литературы

1. Маркова, М. В. Проблема депрессивних і сексуальних розладів: порочне коло взаємозв'язків та шляхи подолання [Електронний ресурс] / М. В. Маркова, Є. В. Кришталь, Р. І. Білобровка // Вестник Ассоциации психиатров Украины. — 2013. — № 03. — Режим доступу : <http://www.mif-ua.com/archive/article/36858>
2. Марута, Н. А. Биполярные расстройства: распространенность, медико-социальные последствия, проблемы диагностики [Текст] / Н. А. Марута // Нейро News. — 2011. — № 2(29). — С. 35—36.

3. Марута, Н. А. Современные принципы терапии биполярного расстройства [Электронный ресурс] / Н. А. Марута // *Нейро News*. — 2011. — № 6(33). — Режим доступа : <http://www.neuro.health-ua.com/article/537.html>.

4. Пилягина Г. Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинично-типологические аспекты диагностики и лечения [Текст] : автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук. — Киев, 2004. — 26 с.

5. Хаустова, Е. А. Современные аспекты диагностики и лечения биполярной депрессии [Электронный ресурс] / Е. А. Хаустова, В. Г. Безшейко, А. П. Романив // *Нейро News*. — 2012. — № 1(36). — Режим доступа : <http://www.neuro.health-ua.com/article/1201.html>.

6. Чабан, О. С. Биполярная депрессия: проблемы диагностики и терапии [Электронный ресурс] / О. С. Чабан, Е. А. Хаустова // *Нейро News*. — 2011. — № 5(32). — Режим доступа : <http://www.neuro.health-ua.com/article/509.html>.

7. Altamura, A. C. Long-term management of bipolar disorders: combination of mood stabilizers and atypical antipsychotics [Текст] / A. C. Altamura. — Prague: WPA International Congress, 2012. — Vol. 108, suppl. 1. — P. 108.

8. Bruscato, W. L. Psychoeducational group for the elderly with bipolar disorders [Текст] / W. L. Bruscato, R. L. Oliveira. — Prague: WPA International Congress, 2012. — Vol. 108, suppl. 1. — P. 264.

9. Goodwin, G. M. Особенности терапии биполярных расстройств [Электронный ресурс] / G. M. Goodwin // *Нейро News*. — 2010. — № 4(23). — Режим доступа : <http://www.neuronews.com.ua/article/324.html>.

10. Grof, P. Lithium Use for Bipolar Disorder — does the LiTMUS trial change anything? [Текст] / P. Grof // 12th international review of Bipolar Disorders: abstract. — 2012, Nice, France. — P. 40—41.

11. Kelsoe, J. The Genetic Basis of Affective Temperament and the Bipolar Spectrum [Текст] / J. Kelsoe // 12th international review of Bipolar Disorders: abstract. — 2012, Nice, France. — P. 24—25.

12. Sohn, I. K. Influence of cognitive insight through psychoeducation in bipolar patients [Текст] / I. K. Sohn, I. Y. Kim, E. J. Kim. — Paris: 24th ECNP Congress European neuropsychopharmacology, 2011. — Vol. 21, suppl. 3. — P. 437.

13. Yildiz, A. Right evidence structure, right methodological approach and right treatment decision for bipolar disorder [Текст] / A. Yildiz. — Prague: WPA International Congress, 2012. — Vol. 108, suppl. 1. — P. 106—107.

14. Zhao, J. Early improvement as a predictor of outcome in manic/mixed episodes associated with bipolar I disorder: post-hoc analyses of asenapine studies [Текст] / J. Zhao, X. Ha, A. Szegedi. — Prague: 20th European Congress of Psychiatry, 2012. — P. 213.

Надійшла до редакції 26.11.2013 р.

ТАХТАШОВА Дина Рашидовна, внештатный сотрудник отдела неврозов и пограничных состояний Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины»; заведующая психиатрического отделения № 5 Областной клинической психиатрической больницы, г. Донецк

TAKHTASHOVA Dina Rashydovna, Out-Staff Collaborator of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine"; Head of the Department of Psychiatry No. 5 of the Regional Clinical Psychiatric Hospital, Donetsk