

Ю. І. Мисула

**КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПРИ ПЕРВИННОМУ ЕПІЗОДІ
БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ**

Ю. И. Мисула

Комплексная оценка качества жизни при первичном эпизоде биполярного аффективного расстройства

Yu. Mysula

Comprehensive assessment of the quality of life in primary episode of bipolar affective disorder

Дослідження якості життя 153 хворих з первинним епізодом біполярного афективного розладу виявило значуще нижчу оцінку якості життя у жінок як за окремими сферами, так і загалом; ці відмінності були найвиразнішими при манакальному і депресивному варіантах первинного епізоду біполярного афективного розладу. Визначальний вплив на самооцінку якості життя у хворих справляв клінічний варіант первинного епізоду: хворим з депресивним варіантом були притаманні низькі показники якості життя, з манакальним — високі, а зі змішаним — середні. При зіставленні даних самооцінки якості життя з даними оцінки фахівцем було виявлено тенденцію до зниження показників якості життя за всіма ключовими сферами при депресивному варіанті і тенденцію до завищення — при манакальному. При змішаному варіанті показники самооцінки якості життя не мали значущих відмінностей від оцінки фахівцем-психіатром. Виявлені закономірності слід брати до уваги під час визначення лікувальних та реабілітаційних заходів.

Ключові слова: біполярний афективний розлад, первинний епізод, якість життя

Исследование качества жизни 153 больных с первичным эпизодом биполярного аффективного расстройства выявило значимо низкую оценку качества жизни у женщин, как в отдельных сферах, так и в целом; эти различия были наиболее выраженными при манакальном и депрессивном вариантах первичного эпизода биполярного аффективного расстройства. Определяющее влияние на самооценку качества жизни у больных имел клинический вариант первичного эпизода: больным с депрессивным вариантом были присущи низкие показатели качества жизни, с манакальным — высокие, а со смешанным — средние. При сопоставлении данных самооценки качества жизни с данными оценки специалистом была выявлена тенденция к занижению показателей качества жизни по всем ключевым сферам при депрессивном варианте и тенденция к завышению — при манакальном. При смешанном варианте показатели самооценки качества жизни не имели значимых отличий от оценки специалистом-психиатром. Выявленные закономерности следует учитывать при определении лечебных и реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, первичный эпизод, качество жизни

A study of quality of life in 153 patients with a primary episode of bipolar affective disorder found a significantly lower quality of life score in women in individual areas and in general, these differences were most pronounced in manic and depressive variant of primary episode of bipolar affective disorder. The clinical variant of primary episode of BD had a decisive influence on the self-esteem of quality of life in patients: patients with the depressive variant had low quality of life indicators, with manic — high, and with mixed — medium ones. When comparing quality of life self-assessment data, a tendency was found for the quality of life to decrease in all key areas in the depressive variant, and a tendency for overestimation — in the manic one. In the mixed version, the self-esteem indicators of quality of life did not have significant differences from the qualification score by a specialist psychiatrist. The identified patterns should be taken into account when determining treatment and rehabilitation measures.

Keywords: bipolar affective disorder, primary episode, quality of life

Біполярний афективний розлад (БАР) є однією з найактуальніших проблем сучасної психіатричної науки і практики [1—3]. На думку Н. О. Марути, «діагностика БАР є надзвичайно важкою, що зумовлено поліморфізмом категорії біполярності, високим рівнем коморбідності, характерним для цієї патології, а також специфікою діагностичних підходів, які відображені в різних класифікаціях» [4]. Останніми роками в психіатричних дослідженнях особливу увагу надають вивченню якості життя (ЯЖ), яку розглядають як інтегральну характеристику біопсихосоціального функціонування індивіда, що охоплює фізичне здоров'я, психологічне благополуччя, рівень незалежності, соціальні відносини та життєве середовище, і яка може бути адекватним індикатором оцінки ефективності служб охорони психічного здоров'я [5]. БАР супроводжується вираженим погіршенням ЯЖ та соціального функціонування [6—7]. Було встановлено, що погіршення ЯЖ при БАР асоційовано з несвоєчасним та/або неадекватним (зокрема, недостатньо тривалим) лікуванням, нездоровим способом життя, а також низкою клінічних особливостей захворювання [8]. На сучасному етапі як кінцеву мету лікування БАР в клінічних та дослідницьких умовах

розглядають не лише досягнення клінічної ремісії, а й функціонального і особистісного одужання, що передбачає відновлення благополуччя пацієнтів та їх ЯЖ, і потребує зосередження уваги на інтегративному і цілісному розгляді проблеми БАР [9]. Водночас, наукові дані щодо особливостей ЯЖ при первинному епізоді (ПЕ) БАР практично відсутні, що зумовлено об'єктивними технічними і методологічними труднощами; це надає таким дослідженням особливої цінності. Крім того, надзвичайно важливим є зіставлення даних, отриманих під час самооцінювання ЯЖ хворими, з даними оцінки їх ЯЖ фахівцем-психіатром. Дані таких досліджень можуть стати підґрунтям для розроблення сучасних підходів до лікування та реабілітації хворих на БАР.

Метою нашого дослідження був порівняльний аналіз якості життя хворих з первинним епізодом БАР з урахуванням статі та клінічного варіанту дебюту захворювання за даними самооцінки і оцінки фахівцем.

З дотриманням принципів біомедичної етики на підставі інформованої згоди нами було обстежено 153 хворих (65 чоловіків та 88 жінок) з первинним епізодом БАР, які перебували на лікуванні у Тернопільській обласній психоневрологічній лікарні у період 2011—2016 років. Середній вік обстежених пацієнтів на момент виникнення симптоматики становив $21,3 \pm 6,5$ років (медіана

19,0 років, інтерквартильний діапазон 17,0—22,0 років), чоловіків — $20,5 \pm 5,8$ років (18,0 років, 17,0—21,0 років), жінок — $21,9 \pm 6,9$ років (19,0 років, 18,5—22,5 років), вік на момент звернення за медичною допомогою і обстеження — відповідно $21,4 \pm 6,4$ років (19,0 років, 18,0—22,0 років), $20,7 \pm 5,7$ років (18,0 років, 17,0—21,0 років) та $22,0 \pm 6,9$ років (19,0 років, 18,5—22,5 років).

Серед обстежуваних чоловіків і жінок нами було виокремлено по три групи залежно від клінічного варіанту перебігу ПЕ БАР: з переважанням депресивної симптоматики (депресивний варіант), чисельністю 119 осіб (44 чоловіків і 75 жінок); з переважанням маніакальної або гіпоманіакальної симптоматики (маніакальний

варіант), чисельністю 23 особи (15 чоловіків і 8 жінок), та з одночасною наявністю депресивної та маніакальної симптоматики або зі швидкою зміною фаз (змішаний варіант), чисельністю 11 осіб (6 чоловіків і 5 жінок).

Обстеження проведено з використанням шкали якості життя Mezzich в адаптації Н. О. Марути [10].

Статистичний аналіз розбіжностей проводили з використанням непараметричного тесту Манна — Уїтні. Прийнятним вважали рівень статистичної значущості розбіжностей понад 95,0 % ($p < 0,05$).

Під час дослідження особливостей ЯЖ за даними самооцінки було виявлено, що при депресивному варіанті переважали низькі і вкрай низькі оцінки ЯЖ (таблиця).

Кількісні характеристики показників за шкалою якості життя Mezzich в адаптації Н. О. Марути у обстежених хворих з урахуванням статі та клінічного варіанту ПЕ БАР за даними самооцінки хворих та за даними оцінки фахівця

Сфери ЯЖ	Величини середнього показника ($M \pm m$) за даними самооцінки / оцінки фахівця, бали			
	Чоловіки	p	Жінки	p
Депресивний варіант ПЕ БАР				
Фізичне благополуччя	$3,59 \pm 1,39^*$ / $6,89 \pm 1,32^*$	< 0,01	$2,95 \pm 1,63$ / $5,92 \pm 2,10$	< 0,01
Психологічне (емоційне) благополуччя	$2,02 \pm 0,76^*$ / $3,95 \pm 1,43^*$	< 0,01	$1,73 \pm 0,53$ / $3,40 \pm 1,19$	< 0,01
Самообслуговування і незалежність дій	$4,25 \pm 1,10^*$ / $6,23 \pm 1,12^*$	< 0,01	$3,71 \pm 1,42$ / $5,71 \pm 1,18$	< 0,01
Працездатність	$3,11 \pm 1,10^*$ / $3,27 \pm 1,23^*$	> 0,05	$2,61 \pm 1,28$ / $2,83 \pm 1,57$	> 0,05
Міжособистісна взаємодія	$4,57 \pm 1,19^*$ / $7,20 \pm 1,47$	< 0,01	$3,81 \pm 1,84$ / $7,63 \pm 0,85$	< 0,01
Соціоемоційна підтримка	$5,61 \pm 2,09^*$ / $8,77 \pm 1,49^*$	< 0,01	$4,64 \pm 2,56$ / $9,01 \pm 2,04$	< 0,01
Громадська і службова підтримка	$6,57 \pm 2,03$ / $9,05 \pm 1,76$	< 0,01	$6,21 \pm 1,86$ / $8,88 \pm 2,48$	< 0,01
Особистісна реалізація	$3,25 \pm 1,42^*$ / $4,05 \pm 1,46^*$	< 0,01	$2,67 \pm 1,35$ / $3,49 \pm 1,33$	< 0,01
Духовна реалізація	$5,16 \pm 1,68^*$ / $7,66 \pm 2,71$	< 0,01	$4,53 \pm 1,84$ / $7,85 \pm 2,67$	< 0,01
Загальне сприйняття життя	$2,25 \pm 0,97^*$ / $4,64 \pm 1,04^*$	< 0,01	$1,88 \pm 0,68$ / $4,23 \pm 1,01$	< 0,01
Суб'єктивне благополуччя / задоволеність	$7,86 \pm 2,80^*$ / $15,48 \pm 2,62^*$	< 0,01	$6,56 \pm 2,21$ / $13,55 \pm 3,67$	< 0,01
Виконання соціальних ролей	$15,18 \pm 4,29^*$ / $20,75 \pm 3,93^*$	< 0,01	$12,80 \pm 5,03$ / $19,65 \pm 3,58$	< 0,01
Зовнішні життєві умови	$17,34 \pm 5,47$ / $25,48 \pm 3,66$	< 0,01	$15,39 \pm 5,78$ / $25,75 \pm 4,39$	< 0,01
Сума балів за шкалами	$40,39 \pm 12,03^*$ / $61,70 \pm 7,67^*$	< 0,01	$34,75 \pm 12,41$ / $58,95 \pm 8,02$	< 0,01
Показник якості життя	$4,04 \pm 1,20^*$ / $6,17 \pm 0,77^*$	< 0,01	$3,47 \pm 1,24$ / $5,89 \pm 0,80$	< 0,01
Маніакальний варіант ПЕ БАР				
Фізичне благополуччя	$9,20 \pm 1,26^*$ / $8,80 \pm 0,86^*$	> 0,05	$8,13 \pm 1,36$ / $7,88 \pm 0,99$	> 0,05
Психологічне (емоційне) благополуччя	$9,53 \pm 0,74^*$ / $5,53 \pm 1,41^*$	< 0,01	$8,25 \pm 1,49$ / $6,88 \pm 1,13$	> 0,05
Самообслуговування і незалежність дій	$9,60 \pm 0,74^*$ / $3,13 \pm 0,83^*$	< 0,01	$8,88 \pm 0,83$ / $4,00 \pm 0,76$	< 0,01
Працездатність	$9,40 \pm 0,99^*$ / $2,53 \pm 0,64^*$	< 0,01	$8,25 \pm 1,04$ / $3,50 \pm 0,93$	< 0,01
Міжособистісна взаємодія	$9,67 \pm 0,62^*$ / $4,20 \pm 0,94$	< 0,01	$8,50 \pm 1,60$ / $4,00 \pm 0,93$	< 0,01
Соціоемоційна підтримка	$9,20 \pm 1,08^*$ / $7,67 \pm 2,32$	< 0,05	$8,00 \pm 1,20$ / $8,13 \pm 1,55$	> 0,05
Громадська і службова підтримка	$9,13 \pm 1,06^*$ / $8,73 \pm 1,44$	> 0,05	$8,13 \pm 0,99$ / $8,75 \pm 1,04$	> 0,05
Особистісна реалізація	$9,53 \pm 0,83^*$ / $3,93 \pm 0,96^*$	< 0,01	$8,50 \pm 1,20$ / $5,00 \pm 0,93$	< 0,01
Духовна реалізація	$9,47 \pm 0,83^*$ / $4,67 \pm 1,18$	< 0,01	$8,50 \pm 1,07$ / $4,50 \pm 1,77$	< 0,01
Загальне сприйняття життя	$9,33 \pm 1,05^*$ / $6,33 \pm 0,62^*$	< 0,01	$8,38 \pm 1,30$ / $7,00 \pm 0,76$	< 0,05
Суб'єктивне благополуччя / задоволеність	$28,07 \pm 2,96^*$ / $20,67 \pm 1,76$	< 0,01	$24,75 \pm 3,99$ / $21,75 \pm 2,05$	> 0,05
Виконання соціальних ролей	$38,20 \pm 3,10^*$ / $13,80 \pm 1,57^*$	< 0,01	$34,13 \pm 4,05$ / $16,50 \pm 1,93$	< 0,01
Зовнішні життєві умови	$27,80 \pm 2,91^*$ / $21,07 \pm 3,39$	< 0,01	$24,63 \pm 2,39$ / $21,38 \pm 1,41$	< 0,01
Сума балів за шкалами	$94,07 \pm 8,79^*$ / $55,53 \pm 3,60^*$	< 0,01	$83,50 \pm 9,96$ / $59,63 \pm 2,92$	< 0,01
Показник якості життя	$9,41 \pm 0,88^*$ / $5,55 \pm 0,36^*$	< 0,01	$8,35 \pm 1,00$ / $5,96 \pm 0,29$	< 0,01

Сфери ЯЖ	Величини середнього показника ($M \pm m$) за даними самооцінки / оцінки фахівцем, бали			
	Чоловіки	p	Жінки	p
Змішаний варіант ПЕ БАР				
Фізичне благополуччя	5,50 ± 2,07* / 5,33 ± 2,16*	> 0,05	2,60 ± 1,34 / 2,40 ± 1,14	> 0,05
Психологічне (емоційне) благополуччя	4,50 ± 2,07* / 4,33 ± 1,86*	> 0,05	1,80 ± 1,10 / 1,60 ± 0,89	> 0,05
Самообслуговування і незалежність дій	6,83 ± 1,72 / 6,50 ± 1,64	> 0,05	4,60 ± 1,34 / 4,20 ± 1,30	> 0,05
Працездатність	3,83 ± 2,56 / 3,50 ± 2,07	> 0,05	1,80 ± 1,10 / 1,40 ± 0,55)	> 0,05
Міжособистісна взаємодія	2,83 ± 1,47 / 2,67 ± 1,21	> 0,05	2,20 ± 1,30 / 2,00 ± 1,22	> 0,05
Соціоемоційна підтримка	6,50 ± 2,07* / 6,17 ± 1,60*	> 0,05	3,60 ± 1,34 / 3,20 ± 0,84	> 0,05
Громадська і службова підтримка	6,83 ± 1,72 / 6,50 ± 1,22*	> 0,05	4,60 ± 1,34 / 4,20 ± 0,84	> 0,05
Особистісна реалізація	6,33 ± 1,86* / 6,00 ± 1,41*	> 0,05	3,60 ± 1,34 / 3,20 ± 0,84	> 0,05
Духовна реалізація	4,67 ± 2,34 / 4,50 ± 2,07*	> 0,05	2,00 ± 1,41 / 1,80 ± 1,30	> 0,05
Загальне сприйняття життя	5,83 ± 2,48* / 5,67 ± 2,25*	> 0,05	2,80 ± 1,10 / 2,60 ± 0,89	> 0,05
Суб'єктивне благополуччя / задоволеність	8,50 ± 4,76 / 15,33 ± 6,15*	> 0,05	5,00 ± 3,08 / 6,60 ± 2,88	> 0,05
Виконання соціальних ролей	15,67 ± 7,37 / 18,67 ± 5,99	> 0,05	10,00 ± 4,18 / 10,80 ± 3,63	> 0,05
Зовнішні життєві умови	16,00 ± 3,85 / 17,17 ± 4,88*	> 0,05	11,40 ± 4,10 / 9,20 ± 2,77	> 0,05
Сума балів за шкалами	40,17 ± 15,78 / 51,17 ± 16,92*	> 0,05	26,40 ± 10,92 / 26,60 ± 9,26	> 0,05
Показник якості життя	4,02 ± 1,58 / 5,12 ± 1,69*	> 0,05	2,64 ± 1,09 / 2,66 ± 0,93	> 0,05

Примітка: * — наявність значущих ($p < 0,05$) розбіжностей у показниках між чоловіками і жінками

Найнижчими у хворих з депресивним варіантом ПЕ БАР виявилися показники суб'єктивного благополуччя / задоволеності (середнє значення в межах 6,5—7,9 балів), водночас у жінок показники значуще ($p < 0,05$) нижчі, ніж у чоловіків, що корелює з більш вираженими у жінок депресивними проявами, виявленими нами під час клінічного дослідження. Невисокими є показники за сферою виконання соціальних ролей, а найвищими — показники за сферою зовнішніх життєвих умов, хоча водночас кількісне їхнє значення також є невисоким.

Особливості самооцінки ЯЖ у хворих з маніакальним варіантом ПЕ БАР радикально відрізняються від тих, які виявлені у хворих з депресивним варіантом. Загалом для хворих з маніакальним варіантом характерна висока самооцінка практично в усіх сферах ЯЖ.

У хворих зі змішаним варіантом ПЕ БАР самооцінка ЯЖ відрізняється як від тієї, що була виявлена у хворих з депресивним варіантом, так і від виявленої у хворих з маніакальним варіантом ПЕ БАР. Загалом показники за окремими сферами ЯЖ у хворих зі змішаним варіантом ПЕ БАР займають проміжний стан між показниками, характерними для депресивного і маніакального варіантів; водночас показники, що характеризують ЯЖ у ключових сферах, більш близькі до депресивного, а не до маніакального варіанту. У цих хворих були виявлені відносно невисокі показники за сферою суб'єктивного благополуччя / задоволеності, а показники за сферою зовнішніх життєвих умов є близькими за кількісними значеннями до сфери виконання соціальних ролей.

Зіставлення результатів самооцінки хворими своєї ЯЖ за різними сферами з результатами оцінки ЯЖ фахівцем свідчили, що хворим з депресивним варіантом

ПЕ БАР притаманне суттєве зниження оцінки власної ЯЖ за ключовими сферами, що, на наш погляд, зумовлено впливом депресивного стану з притаманними йому проявами песимізму, заниженої самооцінки, ідеями самоприниження, фіксацією на хворобливих відчуттях і переживаннях, схильністю розглядати усі події життя крізь призму депресивних переживань.

Для маніакального варіанту ПЕ БАР характерні інші закономірності: оцінки ЯЖ фахівцем за ключовими сферами є значуще нижчими ($p < 0,01$), ніж самооцінка хворих. Така дисоціація пояснюється безпосереднім впливом на самооцінку хворих маніакального і гіпоманіакального стану з притаманними йому патологічно підвищеним настроєм, необґрунтованим оптимізмом, схильністю розглядати всі події як позитивні, відчуттям припливу енергії та фізичної і психічної активності, переоцінкою себе і своїх можливостей.

Під час зіставлення показників ЯЖ у різних сферах за даними самооцінки та оцінки фахівцем у хворих зі змішаним варіантом ПЕ БАР значення показників за всіма сферами ЯЖ у цих хворих, отримані при оцінюванні фахівцем, не мали значущих відмінностей від тих, які були одержані при самооцінюванні, що може бути пояснено наявністю у цих хворих протилежних тенденцій зі швидкою зміною емоційного стану, що великою мірою нівелює прояви полярних афективних переживань, усереднюючи загальну самооцінку ЯЖ і оцінку її фахівцем. Загалом ця група характеризувалася наявністю найбільш складних тенденцій та виражених відмінностей як у оціненні ЯЖ, так і у патологічних змінах афективної сфери у окремих хворих.

Отже, дослідження особливостей ЯЖ у хворих з різними клінічними варіантами ПЕ БАР за даними самооцінювання та оцінювання фахівцем дало змогу

виявити деякі особливості. Гендерні відмінності полягали у більш низьких оцінках ЯЖ у жінок, як за окремими сферами, так і загалом, найбільш вираженими при маніакальному та депресивному варіантах ПЕ БАР. Вирішальним у самооцінці ЯЖ виявився клінічний варіант ПЕ БАР внаслідок впливу на самооцінювання психічного стану хворого. Водночас хворим з депресивним варіантом ПЕ БАР були притаманні низькі показники ЯЖ, з маніакальним — високі, а зі змішаним — середні. Під час зіставлення даних самооцінки ЯЖ з даними оцінки фахівцем було виявлено тенденцію до зниження показників ЯЖ за всіма ключовими сферами при депресивному варіанті, і тенденцію до завищення — при маніакальному. При змішаному варіанті показники самооцінки ЯЖ не мали значущих відмінностей від оцінки ЯЖ фахівцем-психіатром.

Виявлені закономірності треба брати до уваги під час розроблення лікувальних та реабілітаційних заходів для хворих з БАР.

Список літератури

1. Clinical Practice Guidelines for Bipolar Affective Disorder (BPAD) in Children and Adolescents / Gautam S., Jain A., Gautam M. [et al.] // *Indian Journal of Psychiatry*. 2019. Vol. 61 (2). P. 294—305. DOI: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_570_18.
2. A report on older-age bipolar disorder from the International Society for Bipolar Disorders Task Force / Sajatovic M., Strejilevich S. A., Gildengers A. G. [et al.] // *Bipolar Disorders*. 2015. Vol. 17 (7). P. 689—704. DOI: 10.1111/bdi.12331.
3. Nabavi B., Mitchell A. J., Nutt D. A Lifetime Prevalence of Comorbidity Between Bipolar Affective Disorder and Anxiety Disorders: A Meta-analysis of 52 Interview-based Studies of Psychiatric Population // *EBioMedicine*. 2015. Vol. 2 (10). P. 1405—1419. DOI: 10.1016/j.ebiom.2015.09.006.
4. Марута Н. А. Биполярное аффективное расстройство: диагностика, терапия, профилактика // *НейроNews*. 2011. № 8 (35). С. 46—52.
5. Quality of life in euthymic patients with unipolar major depressive disorder and bipolar disorder / Bo Q., Tian L., Li F. [et al.] // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2019. Vol. 15. P. 1649—1657. DOI: 10.2147/NDT.S201567.
6. Subjective neurocognition and quality of life in patients with bipolar disorder and siblings / Tatay-Manteigaa A., Caulib O., Tabarés-Seisdedosc R. [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. 2019. Vol. 245. P. 283—288. DOI: 10.1016/j.jad.2018.11.012.
7. Pond E. Mood Instability Linked to Stress, Decreased Quality of Life in Bipolar Disorder // *Psychiatry Advisor*. 2019. Vol. 7. P. 2—4. URL: <https://www.psychiatryadvisor.com/home/topics/mood-disorders/bipolar-disorder/mood-instability-linked-to-stress-decreased-quality-of-life-in-bipolar-disorder/>.
8. Maripuuab M., Norrbackab K. F., Adolfssonab R. Quality of life for patients diagnosed with bipolar disorder: Lifestyle and treatment // *Neurology, Psychiatry and Brain Research*. 2019. Vol. 34. P. 34—40. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.npbr.2019.09.002>.
9. Improving Functioning, Quality of Life, and Well-being in Patients With Bipolar Disorder / Del Mar Bonnin C., Reinares M., Martinez-Azan A. [et al.] // *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2019. Vol. 22 (8). P. 467—477. DOI: 10.1093/ijnp/pyz018.
10. Марута Н. А., Панько Т. В., Явдак И. А., Семькина Е. Е. Критерий качества жизни в психиатрической практике. Харьков : РИФ «Арсис, ЛТД», 2004.

Надійшла до редакції 15.01.2020

МИСУЛА Юрій Ігорович, кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України, м. Тернопіль, Україна; e-mail: yuramysula@gmail.com

MYSULA Yuriy, MD, PhD, Associate Professor of Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, of the State Higher Educational Institution "I. Ya. Horbachevskyi's Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine", Ternopil, Ukraine; e-mail: yuramysula@gmail.com