

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

О.С. Юрценюк

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», Чернівці

Непсихотичні психічні розлади (НПР) в осіб молодого віку є досить поширеною та, на жаль, прогностично несприятливою патологією, і тому актуальними є розробка та впровадження комплексного диференційованого лікування цих розладів.

Мета дослідження. Розробити, впровадити та оцінити ефективність нової системи комплексного диференційованого лікування непсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів.

Матеріали і методи. Нами, 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.

Результати. Після проведеного лікування середнє значення рівня особистісної тривожності (POT) в ІА групі було $31,70 \pm 0,51$ бали, що відповідає помірному рівню тривожності, тоді як середнє значення POT в ІБ групі становило $39,12 \pm 1,71$ бали, що було достовірно вищим, аніж у комплексній групі ($p < 0,001$). Після проведеного лікування в групі, де студенти отримували комплексне лікування, рівень депресії достовірно знизився до середніх показників – $39,62 \pm 0,53$ бали, а в групі, де хворі отримували стандартне лікування, рівень депресії знизився до $48,96 \pm 1,80$ балів ($p < 0,001$).

Висновки. Отже, впровадження комплексної диференційованої психотропної терапії покращило редукцію психічних симптомів у хворих на НПР у 2,23 раза, що підтверджено за допомогою вище перерахованих психодіагностичних методик.

Ключові слова:

непсихотичні психічні розлади, лікування, студенти.

Клінічна та експериментальна патологія. 2020. Т.19, №1(71). С.127-132

DOI:10.24061/1727-4338. XIX.1.71.2020.323

E-mail: yurtsenyuk.olga@bsmu.edu.ua

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

О.С. Юрценюк

Непсихотические психические расстройства (НПР) у лиц молодого возраста являются достаточно распространенной и, к сожалению, прогностически неблагоприятной патологией, и поэтому актуальным является разработка и внедрение комплексного дифференцированного лечения данных расстройств.

Цель исследования. Разработать, внедрить и оценить эффективность новой системы комплексного дифференцированного лечения непсихотических психических расстройств у студентов высших учебных заведений.

Материалы и методы. Нами, 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.

Результаты. После проведенного лечения среднее значение уровня личностной тревожности (УЛТ) в ІА группе было $31,70 \pm 0,51$ балла, что соответствует умеренному уровню тревожности, в то же время среднее значение УЛТ в ІБ группе составило $39,12 \pm 1,71$ балла, что было достоверно выше, чем в комплексной группе ($p < 0,001$). После проведенного лечения в группе, где студенты получали комплексное лечение, уровень депрессии достоверно снизился до средних показателей – $39,62 \pm 0,53$ балла, а в группе, где больные получали стандартное лечение, уровень депрессии снизился до $48,96 \pm 1,80$ баллов ($p < 0,001$).

Выводы. Таким образом, внедрение комплексной дифференцированной психотропной терапии улучшило редукцию психических симптомов у больных НПР в 2,23 раза, что подтверждено с помощью выше перечисленных психодиагностических методик.

Ключевые слова:

непсихотические психические расстройства, лечение, студенты.

Клиническая и экспериментальная патология. 2020. Т.19, №1(71). С.127-132

COMPLEX TREATMENT OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN STUDENTS OF HIGHER EDUCATIONAL ESTABLISHMENTS

O.S. YURTSENYUK

Abstract. Nonpsychotic psychiatric disorders (NPD) among young people are widespread

Key words:

nonpsychotic psychic disorders, treatment, students.

Clinical and experimental pathology. 2020. Vol.19, №1 (71). P.127-132

and, unfortunately, prognostically unfavorable pathology, and therefore the development and implementation of complex differentiated treatment of these disorders is relevant.

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

Material and methods. During 2015-2017, keeping to the principles of bioethics and deontology 1235 students were comprehensively examined. The following methods were applied: clinical, clinical-psychopathological, clinical-epidemiological, clinical-anamnestic, experimental-psychological and statistical.

Results. Analyzing the quality of our comprehensive treatment we compared two groups of students: IA "comprehensive" group receiving our original comprehensive system of diagnostics, treatment and prevention; and IB "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 IB "standard" group this parameter decreased in 3 (9,09%) persons only ($p < 0,05$). Alexithimia level decreased in 98 (55,38%) patients from IA group and 6 (18,18%) students from IB 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 ($p < 0,001$).

Conclusion. 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.

Вступ

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

Пріоритетними завданнями сучасної медицини є розробка комплексних, інтегрованих систем охорони та укріплення психічного здоров'я, профілактика психічних порушень, лікування та реабілітація психічно хворих, а охорону психічного здоров'я слід розглядати як невід'ємний та необхідний компонент соціальної політики в галузі освіти та забезпечення трудової діяльності (ВООЗ, 2015).

Формування адекватної діагностики та методів психопрофілактики й лікування психічних та поведінкових розладів у студентів неможливе без встановлення закономірностей їх виникнення та оцінки динаміки під впливом множинних причин та ефектів. Складність цього питання підтверджується численними науковими дослідженнями з проблем визначення категорій норми, патології та їх взаємоперетворень у психіатрії [2].

Як видно з літературних джерел останніх років [3, 4, 5], лікувально-реабілітаційна тактика при психічних порушеннях в осіб молодого віку створюється на комплексній системі корекційно-профілактичних заходів, що включає заходи, направлені на ранню

діагностику, психопрофілактику та корекції психічних та поведінкових розладів у студентів-медиків, що базується на концепції комплексного, багаторівневого впливу [6, 7], побудованої на основі біопсихосоціальної моделі. Вищевикладене визначає актуальність запропонованої роботи.

Мета дослідження

Розробити, впровадити та оцінити ефективність нової системи комплексного диференційованого лікування непсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів.

Матеріал і методи дослідження

Нами, протягом 2015-2017 рр., з дотриманням принципів біоетики та деонтології (на початку у кожного обстеженого отримувалася інформована згода на проведення дослідження) здійснено 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 підготовлено і роздано для заповнення 2000 уніфікованих карт обстеження студента; у результаті студенти повністю заповнили і здали 1679 анкет, решта, 321 анкета, або не була здана, або її заповнення не відповідало 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) розподілено на на дві групи: основну (I-шу) та порівняльну (II-гу). До основної групи увійшли 317 (25,67%) студентів, у яких діагностовано непсихотичні психічні розлади (НПР), вони, у свою чергу, також були розподілені на дві групи: терапевтичну групу, яка включала студентів з НПР (N=210, 66,25%), що отримували лікування. Ця група утворювалася з двох підгруп: IA, (комплексна) група, що складалася з 177 (84,29%) студентів, яким проведено створену нами комплексну оригінальну систему діагностики, лікування, профілактики, та IB (стандартна) група, що нараховувала 33 (15,71%) студентів, яким проведено стандартну систему 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, в якості II порівняльної групи, 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 $20,15 \pm 0,05$ років. У гендерному розподілі 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 методи.

Результати та їх обговорення

Система комплексного диференційованого лікування непсихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів базувалась на концепції комплексного, багаторівневого впливу [1, 3, 7], побудованого на основі біопсихосоціальної моделі [3, 5, 7], а також пов'язаних з нею

принципах системності, етапності, сукупності, диференційованості та індивідуальності терапевтичних втручань.

Отже, системність, багаторівневність та етапність полягали у послідовних, за певним регламентом, заходах впливу у трьох напрямках: I. Біологічному – ієрархічний фізіологічний (інтеграційні рівні клітин, органів, фізіологічних систем, організму в цілому, наприклад, дихальні вправи або сугестія спокійної роботи серця); II. Психічному – ієрархічний психічний (психологічний) (інтеграційні рівні окремих властивостей сфер психічної діяльності, особистості, наприклад, корекція моральних настанов, або уваги, пам'яті, або потенціювання упевненості, спокою); III. Соціальному – ієрархічна суспільна роль, статус (інтеграційні рівні ауто-, мікро- та мікросоціальних середовищ, наприклад, відновлення або корекція рольових позицій у мікро- або мікросоціальному оточенні) [8].

Комплексність впливу дала змогу максимально інтенсифікувати розроблені заходи за рахунок взаємного посилення ефективності різних заходів, напрямків і технік психопрофілактичної, психотерапевтичної та психофармакологічної роботи. Застосовували диференційованість та індивідуальний підхід з урахуванням усіх властивих конкретному пацієнту психічних, психологічних, соціальних ознак.

Медикаментозну частину лікування застосовували відповідно до критеріїв діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки [9], із використанням запатентованих нами комплексних методів терапії [10, 11].

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

Визначення ефективності запропонованого комплексного методу лікування за результатами оцінки зниження абсолютного ризику (ЗАР), зниження відносного ризику (ЗВР) (95% довірчий інтервал), мінімальної кількості хворих (МКХ), яких необхідно пролікувати для досягнення одного позитивного результату за рівнем особистісної тривожності та ситуативної тривоги, представлені в таблиці 1.

Як видно з табл. 1, помірною виявилась ефективність лікування за абсолютними значеннями

Таблиця 1
Ефективність комплексного лікування порівняно зі стандартною терапією за рівнем ситуативної тривоги РСТ та особистісної тривожності РОТ

Показники \ Критерії	ЗАР, %	ЗВР, % (95 % ДІ)	МКХ (95 % ДІ)
РСТ (бали)	12,17	13,38 (7,33-21,74)	7,47 (3,06-14,66)
РСТ (ступінь тяжкості)	23,93	27,33 (18,86-37,19)	3,66 (0,89-9,54)
РОТ (бали)	7,91	10,61 (5,31-18,39)	9,43 (4,41-17,05)
РОТ (ступінь тяжкості)	24,09	25,68 (17,44-35,42)	3,89 (0,95-9,99)

Ефективність комплексного лікування порівняно зі стандартною терапією за рівнем депресії

Показники \ Критерії	ЗАР, %	ЗВР, % (95 % ДІ)	МКХ (95 % ДІ)
Рівень депресії (бали)	49,10	84,38 (75,73-90,89)	1,19 (0,03-5,93)
Рівень депресії (ступінь тяжкості)	37,19	67,16 (57,02-76,26)	1,49 (0,04-6,72)

рівня ситуативної тривоги: ЗАР після проведеного лікування становило 12,17 %, ЗВР – 13,38 % (95 % ДІ 7,33-

21,74) при МКХ – 7,47 (95 % ДІ 3,06-14,66); за ступенем тяжкості рівня ситуативної тривоги ЗАР після проведеного лікування становило 23,93 %, ЗВР – 27,33 % (95 % ДІ 18,86-37,19) при МКХ – 3,66 (95 % ДІ 0,89-9,54).

Ефективність лікування за абсолютними показниками рівня особистісної тривожності була такою: ЗАР становив 7,91 %, ЗВР – 10,61 % (95 % ДІ 5,31-18,39) при МКХ – 9,43 (95 % ДІ 4,41-17,05); за ступенем тяжкості РОТ: ЗАР – 24,09 %, ЗВР – 25,68% (95 % ДІ 17,44-35,42), МКХ – 3,89 (95 % ДІ 0,95-9,99).

Як видно з табл. 2, ефективність лікування за абсолютними значеннями рівня депресії виявилась

високою: ЗАР після проведеного лікування становило 49,10 %, ЗВР – 84,38 % (95 % ДІ 75,73-90,89) при МКХ – 1,19 (95 % ДІ 0,03-5,93); за ступенем тяжкості рівня депресії ЗАР після проведеного лікування становило 37,19 %, ЗВР – 67,16 % (95 % ДІ 57,02-76,26) при МКХ – 1,49 (95 % ДІ 0,04-6,72). Тобто для досягнення одного позитивного результату необхідно пролікувати 1,19-1,49 пацієнтів, що засвідчує про високу ефективність запропонованого нами комплексного лікування.

Результати оцінки зниження абсолютного ризику (ЗАР), відносного ризику (ЗВР) (95% довірчий інтервал), мінімальної кількості хворих (МКХ), яких необхідно пролікувати для досягнення одного позитивного результату за рівнем алекситимії та нейротизму, представлені в таблиці 3.

Таблиця 3

Ефективність комплексного лікування порівняно зі стандартною терапією за рівнем алекситимії та нейротизму

Показники \ Критерії	ЗАР, %	ЗВР, % (95 % ДІ)	МКХ (95 % ДІ)
Алекситимія (бали)	16,13	26,19 (17,88-35,96)	3,82 (0,93-9,85)
Алекситимія (ступінь тяжкості)	18,49	23,38 (15,44-32,95)	4,28 (1,18-10,45)
Нейротизм (бали)	41,91	46,36 (36,3-56,64)	2,16 (0,26-7,39)
Нейротизм (ступінь тяжкості)	32,51	72,84 (63,01-81,28)	1,37 (0,03-6,42)

Як видно з табл. 3, ефективність лікування за абсолютними значеннями рівня ситуативної тривоги була такою: ЗАР після проведеного лікування становило 16,13 %, ЗВР – 26,19 % (95 % ДІ 17,88-35,96) при МКХ – 3,82 (95 % ДІ 0,93-9,85); за ступенем тяжкості рівня депресії ЗАР після проведеного лікування становило 18,49 %, ЗВР – 23,38 % (95 % ДІ 15,44-32,95) при МКХ – 4,28 (95 % ДІ 1,18-10,45).

Високою виявилась ефективність лікування за абсолютними показниками нейротизму і була наступною: ЗАР становило 41,91 %, ЗВР – 46,36 % (95 % ДІ 36,3-56,64) при МКХ – 2,16 (95 % ДІ 0,26-7,39); за ступенем тяжкості нейротизму: ЗАР – 32,51 %, ЗВР – 72,84 % (95 % ДІ 63,01-81,28), МКХ – 1,37 (95 % ДІ 0,03 – 6,42).

Оцінюючи динаміку рівнів тривожності, алекситимії, депресії та нейротизму в балах при

первинному обстеженні та після проведеного лікування, ми виявили, що при первинному обстеженні рівень особистісної тривожності (РОТ) був високим в обох групах: однак у групі, у якій студенти отримували наше комплексне лікування, абсолютні значення РОТ були нижчими (45,95±0,68 бали), а в групі, де хворі отримували стандартне лікування, – 49,79 бали (p<0,05). Вищим РОТ, можливо, пояснюється відмова студентів ІБ групи від нового комплексного лікування, оскільки «тривожні» особистості рідко схильні до випробування «нового» не тільки в лікуванні, а й у всіх сферах свого життя. Після проведеного лікування середнє значення РОТ в ІА групі було 31,70±0,51 бали, що відповідає помірного рівню тривожності, тоді як середнє значення РОТ в ІБ групі становило 39,12±1,71 бали, що було достовірно вищим, аніж у комплексній групі

($p < 0,001$).

Абсолютні показники рівня ситуативної тривоги (РСТ) при первинному обстеженні також були високими в обох групах, але не мали достовірних відмінностей: $48,55 \pm 0,69$ та $50,67 \pm 1,49$ бали ($p \geq 0,05$). Отже, РСТ можна розцінювати як маркер ризику розвитку ННР у студентів. Після проведеного лікування РСТ в ІА групі знизився до середнього значення помірної рівня ситуативної тривоги: $37,36 \pm 0,64$ бали, у стандартній групі значення РСТ знизилася незначно і залишилось на рівні високих значень: $46,64 \pm 1,29$ бали ($p < 0,001$). Отже, РСТ достовірно знизився внаслідок нашого комплексного лікування порівняно зі стандартними схемами лікування.

Середні значення рівня депресії при первинному обстеженні в ІА групі дорівнювали $55,91 \pm 0,65$ бали, в ІБ групі – $57,30 \pm 1,60$ бали ($p \geq 0,05$); вони не мали достовірних відмінностей і відповідали високому рівню депресії за шкалою Цунга. Після проведеного лікування в групі, де студенти отримували розроблене нами комплексне лікування, рівень депресії достовірно знизився до середніх показників: $39,62 \pm 0,53$ бали, а в групі, де хворі отримували стандартне лікування, рівень депресії знизився до $48,96 \pm 1,80$ балів ($p < 0,001$), що відповідає помірному рівню.

Висновок

Отже, створена нами комплексна оригінальна диференційована система лікування мала достовірно кращі результати, порівняно зі стандартним лікуванням ННР у студентів вищих навчальних закладів. Отож впровадження комплексної диференційованої психотропної терапії покращило редукцію психічних симптомів у хворих на ННР у 2,23 рази, що підтверджено за допомогою вище перерахованих психодіагностичних методик.

Перспективи подальших досліджень

Результати дослідження свідчать про перспективність подальшого вивчення ефективності запропонованого комплексного диференційованого лікування непсихотичних психічних розладів в осіб інших вікових груп.

Список літератури

1. Марута НО, Лінська КІ. Хронометричний профіль хворих на депресією при використанні комп'ютерного варіанту шкали Цунга і його діагностичне значення. Український вісник психоневрології. 2018;26(4):57-65.
2. World Health Day 2017- Depression: Let's Talk [Internet]. Department of health information and research; 2017[cited 2020 Feb 26]. Available from: <https://deputyprimeminister.gov.mt/en/dhir/Documents/Facts%20Sheets/World%20Health%20Day%202017%20%20Depression%20let's%20talk.pdf>
3. Мішиєв ВД. Сучасні депресивні розлади. Керівництво для лікарів. Львів: Видавництво Мс; 2004. 208 с.
4. Юрьєва ЛН. Клиническая суицидология: монография. Днепропетровск: Пороги; 2006. 472 с.

5. Марута НО, Лінська КІ. Сучасні напрямки у розробці інструментів для об'єктивної діагностики афективних розладів (огляд літератури). Український вісник психоневрології. 2018;26(1):110-5.
6. Кожина АМ, Коростий ВІ, Зеленская ЕА, Хмаин С. Психогенные депрессии и суицидальное поведение у лиц молодого возраста. Медична психологія. 2013;8(4):42-5.
7. Чабан ОС. Тревога, депрессия и боль. Здоров'я України. 2012;3:4.
8. Михайлов БВ, редактор. Психотерапия в общесоматической медицине. Клиническое руководство. Харьков: Прапор; 2002. 128 с.
9. Филатов АТ, редактор. Малая психотерапия на курорте. Киев: Здоров'я; 1983. 53 с.
10. Михайлов БВ, Табачников СІ, Напреемо ОА, Домбровська ВВ, редактори. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки [Интернет]. Харків; 2003[цитовано 2020 Лют 26]. Доступно: <http://www.psychiatry.ua/books/criteria/>
11. Юрценюк ОС, винахідник; Вищий державний навчальний заклад України, патентовласник. Спосіб лікування депресивних розладів у осіб молодого віку. Патент України № 117817. 2017 Лип 10.
12. Юрценюк ОС, Ротар СС, винахідники; Вищий державний навчальний заклад України, патентовласник. Спосіб лікування тривожних розладів у осіб молодого віку. Патент України № 117822. 2017 Лип 10.

References

1. Maruta NO, Linska KI. Khronometrychnyi profil' khvorykh na depresiieiu pry vykorystanni komp'iuternoho variantu shkaly Tsunha i yoho diahnostychnye znachennia [Chronometric profile of patients with depression at using a computer version of Zung scale and its diagnostic value]. Ukrain's'kyi visnyk psykhonevrolohii. 2018;26(4):57-65. (in Ukrainian)
2. World Health Day 2017- Depression: Let's Talk [Internet]. Department of health information and research; 2017[cited 2020 Feb 26]. Available from: <https://deputyprimeminister.gov.mt/en/dhir/Documents/Facts%20Sheets/World%20Health%20Day%202017%20%20Depression%20let's%20talk.pdf>
3. Mishyyev VD. Suchasni depresyivni rozlady. Kerivnytstvo dlia likariv [Modern Depressive Disorders. A guide for doctors]. L'viv: Vydavnytstvo Ms; 2004. 208 p. (in Ukrainian)
4. Jur'eva LN. Klinicheskaja suicidologija: monografija [Clinical Suicidology: A monograph]. Dnepropetrovsk: Porogi; 2006. 472 p. (in Russian)
5. Maruta NO, Linska KI. Suchasni napriamky u rozrobtci instrumentiv dlia ob'iektyvnoi diahnostyky afektyvnykh rozladiv (ohliad literatury) [Modern trends in development of instruments for objective diagnosis of affective disorders (review of literature)]. Ukrain's'kyi visnyk psykhonevrolohii. 2018;26(1):110-5. (in Ukrainian)
6. Kozhyna AM, Korostiy VI, Zelenskaia EA, Khmain S. Psihogennye depressii i suicidal'noe povedenie u lic mladogo vozrasta [Psychogenic depressions and suicide behavior in young people]. Medychna psykholohiia. 2013;8(4):42-5. (in Russian)
7. Chaban OS. Trevoga, depressija i bol' [Anxiety, Depression and Pain]. Zdorov'ia Ukrainy. 2012;3:4. (in Russian)
8. Mihajlov BV, redaktor. Psihoterapija v obshhesomaticheskoi medicine. Klinicheskoe rukovodstvo [Psychotherapy in somatic medicine. Clinical management]. Har'kov: Prapor; 2002. 128 p. (in Russian)

9. Filatov AT, redaktor. Malaja psihoterapija na kurorte [Small psychotherapy at the resort]. Kiev: Zdorov'ia; 1983. 53 p. (in Russian)
10. Mykhailov BV, Tabachnikov SI, Napriemko OK, Dombrovs'ka VV, redaktory. Kryterii diahnozyky i psykhoterapii rozladiv psykhyky ta povedinky [Criteria for the diagnosis and psychotherapy of mental disorders and behavior] [Internet]. Kharkiv; 2003[tsytovano 2020 Liut 26]. Dostupno: <http://www.psychiatry.ua/books/criteria/> (in Ukrainian)
11. Yurtseniuk OS, vynakhidnyky; Vyschiy derzhavnyi navchal'nyi zaklad Ukrainy, patentovlasnyk. Sposib likuvannia depresyvykh rozladiv u osib molodoho viku [A method for the treatment of depressive disorders in young people]. Patent Ukrainy № 117817. 2017 Lyp 10. (in Ukrainian)
12. Yurtseniuk OS, Rotar SS, vynakhidnyky; Vyschiy derzhavnyi navchal'nyi zaklad Ukrainy, patentovlasnyk. Sposib likuvannia tryvoznykh rozladiv u osib molodoho viku [A method for the treatment of anxiety disorders in young people]. Patent Ukrainy № 117822. 2017 Lyp 10. (in Ukrainian)

Відомості про авторів:

Юрценюк О.С. – к. мед. н., доцент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», лікар-психіатр вищої категорії, психотерапевт, медичний психолог, сексопатолог.

Сведения об авторах:

Юрценюк О.С. – к. мед. н., доцент кафедры нервных болезней, психиатрии и медицинской психологии Высшего государственного учебного заведения Украины «Буковинский государственный медицинский университет», врач-психиатр высшей категории, психотерапевт, медицинский психолог, сексопатолог.

Information about the authors:

Yurtsenyuk O.S. – Associate Professor of the Department of Nervous Diseases, Psychiatry and Medical Psychology of the Higher State Educational Institution of Ukraine “Bukovynian State Medical University”, psychiatrist of the highest category, psychotherapist, medical psychologist, sexopathologist.

Стаття надійшла до редакції 2.03.2020

Рецензент – доц. Тимофієва М.П.

© Юрценюк О.С., 2020

