

С. А. Ярославцев

**ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ КОМОРБИДНЫХ ШИЗОФРЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

С. А. Ярославцев

**Патопсихологічні детермінанти коморбідних шизофренії психічних і поведінкових розладів**

S. A. Yaroslavtsev

**Pathopsychological determinants of comorbid mental and behavioral disorders in schizophrenia**

С целью определения патопсихологических детерминант формирования коморбидной психической патологии при шизофрении изучены уровень и особенности социальной фрустрированности, индивидуально-типологические свойства личности, особенности копинг-механизмов, структура ценностных ориентаций, характер и степень выраженности внутриличностных конфликтов. Установлено наличие специфических психологических особенностей больных шизофренией с конкретными формами коморбидных психических и поведенческих расстройств. Полученные результаты могут рассматриваться в качестве факторов психологической predisпозиции к формированию коморбидной психопатологии при шизофрении.

**Ключевые слова:** шизофрения, коморбидные психические и поведенческие расстройства, социальная фрустрированность, ценностные ориентации, копинг-стратегии, индивидуально-типологические особенности

З метою визначення патопсихологічних детермінант формування коморбідної психічної патології при шизофренії вивчено рівень та особливості соціальної фрустрованості, індивідуально-типологічні властивості, особливості копинг-механізмів, структуру ціннісних орієнтацій, характер і ступінь виразності внутрішньоособистісних конфліктів. Встановлено наявність специфічних психологічних особливостей хворих на шизофренію з конкретними формами коморбідних психічних і поведінкових розладів. Отримані результати можуть бути використані як фактори психологічної predisпозиції до формування коморбідної психопатології при шизофренії.

**Ключові слова:** шизофренія, коморбідні психічні та поведінкові розлади, соціальна фрустрованість, ціннісні орієнтації, копинг-стратегії, індивідуально-типологічні особливості

In order to detect pathopsychological determinants of formation of comorbid mental pathology in schizophrenia a level and peculiarities of a social frustrating, individual-typological personality features, peculiarities of coping-mechanisms, the structure of value orientations, a character and a level of expression of intrapersonal conflicts were investigated. It was found out that patients with schizophrenia and specific forms of comorbid mental and behavioral disorders had specific psychological peculiarities. The results obtained might be considered as factors of psychological predisposition to formation of comorbid psychopathology in schizophrenia.

**Key words:** schizophrenia, comorbid mental and behavioral disorders, social frustrating, value orientations, coping-strategies, individual-typological peculiarities

Современный патоморфоз большинства психических расстройств во многом соотносится с возрастанием частоты коморбидной психической патологии. В ряде современных исследований в качестве психических заболеваний с высокой частотой коморбидных с другими психическими расстройствами отмечают депрессии, тревожные расстройства и шизофрению [3, 5, 8, 11]. Среди психических расстройств, коморбидных с шизофренией, выделяют депрессивные расстройства (до 60%), химические и нехимические зависимости (40—47%), тревожные (15—20%) и обсессивно-компульсивные расстройства (от 10—12%) [1, 6, 8, 10].

Именно коморбидность признается одной из важнейших клинических причин, затрудняющих своевременную диагностику и назначение адекватной терапии, а соответственно и утяжеляющих исход заболевания [3, 8, 10]. Однако, исследования, проведенные в данном направлении, не дали ответа на важные практические вопросы: открытыми остаются вопросы этиологии коморбидной патологии, не освещены факторы, механизмы и закономерности ее формирования. В связи с чем особо актуальным является изучение психологической составляющей в формировании коморбидной психопатологии при шизофрении.

Цель данной работы — изучить психологические особенности больных шизофренией с коморбидными психическими и поведенческими расстройствами.

Программа исследования включала применение следующих психодиагностических методик: модифицированный вариант методики диагностики уровня

социальной фрустрированности Л. И. Вассермана [7], индивидуально-типологический опросник (ИТО) Собчик Л. Н. [4], копинг-опросник Ways of Coping Questionnaire (WCCQ) R. S. Lazarus, S. Folkman, адаптированный Крюковой Т. Л., Куфтяк Е. В., Замышляевой М. С. [2], методика изучения ценностных ориентаций в модификации Е. Б. Фанталовой [9].

Основную группу исследования составили 160 больных шизофренией, с коморбидными психическими и поведенческими расстройствами, из них 36 больных шизофренией с депрессивными расстройствами (F32, F33); 33 больных шизофренией с тревожно-фобическими и обсессивно-компульсивными расстройствами (F40, F41, F42); 21 больной шизофренией с расстройствами личности (F60); 36 больных шизофренией с химическими зависимостями (F10.20; F15.21; F17.21); и 34 больных шизофренией с нехимическими вариантами зависимостей (F63.0; F50.9). Контрольную группу исследования представили 35 больных шизофренией без коморбидной психической и поведенческой патологии.

Детальная информация относительно особенностей социальной фрустрированности обследованных больных была получена при анализе показателей социальной фрустрированности по конкретным сферам жизнедеятельности (таблица). Так, больные с коморбидными депрессиями, тревожно-фобическими расстройствами, расстройствами личности и химическими аддикциями характеризовались более высоким уровнем неудовлетворенности своим социальным положением в обществе ( $3,24 \pm 0,53$ ;  $3,19 \pm 0,94$ ;  $3,22 \pm 0,75$ ;  $3,37 \pm 0,61$ , соответственно), по сравнению с контрольной группой ( $2,56 \pm 1,15$ ), при  $p \leq 0,05$ .

**Показатели уровня социальной фрустрированности больных шизофренией основных и контрольной групп по сферам жизнедеятельности ( $M \pm m$ )**

Сферы жизнедеятельности	Основная группа					Контрольная группа $n = 35$
	ДР $n = 36$	ТФР-ОКР $n = 33$	РЛ $n = 21$	АДД		
				хим. $n = 36$	нехим. $n = 34$	
1. Образование	2,49 ± 1,12	2,32 ± 0,76	2,36 ± 0,68	2,83 ± 1,21	2,2 ± 1,34	2,3 ± 1,56
2. Работа	2,53 ± 0,67	2,84 ± 1,1	2,71 ± 0,59	3,12 ± 0,67*	2,82 ± 0,48	2,43 ± 1,12
3. Материальное положение	2,67 ± 1,05	2,93 ± 0,64	3,36 ± 0,61	3,35 ± 0,72	2,79 ± 1,2	3,18 ± 0,87
4. Жилищно-бытовые условия	2,8 ± 0,59	2,75 ± 1,16	2,84 ± 1,04	2,86 ± 1,11	2,47 ± 1,12	2,74 ± 1,11
5. Социальное положение в обществе	3,24 ± 0,53*	3,19 ± 0,94*	3,22 ± 0,75*	3,37 ± 0,61*	2,67 ± 0,84	2,56 ± 1,15
6. Отношения в семье	2,65 ± 1,22	2,93 ± 0,67	3,13 ± 0,62	3,26 ± 0,56*	2,73 ± 1,17	2,41 ± 1,12
7. Отношения с друзьями и знакомыми	2,76 ± 0,69	2,57 ± 1,17	3,24 ± 0,56	2,89 ± 0,68	3,62 ± 0,56*	2,73 ± 0,58
8. Обстановка в обществе (стране)	3,5 ± 0,43	3,36 ± 0,66	3,64 ± 0,62	3,57 ± 0,49	3,21 ± 1,12	3,28 ± 0,59
9. Проведение досуга	3,15 ± 0,72	3,06 ± 0,93	2,83 ± 1,33	2,67 ± 1,23	2,32 ± 0,87	2,69 ± 1,32
10. Образ жизни в целом	2,78 ± 0,98	2,66 ± 1,22	2,76 ± 1,15	3,16 ± 0,62*	2,43 ± 1,24	2,54 ± 0,75
ИСФ	2,86 ± 1,23	2,86 ± 0,73	3,01 ± 0,78	3,1 ± 0,56*	2,73 ± 1,06	2,69 ± 0,89

Условные обозначения: \* — различия между основной и контрольной группами значимы,  $p \leq 0,05$ . ДР — депрессивные расстройства; АДД хим. — зависимости химические; АДД нехим. — зависимости нехимические; ТФР-ОКР — тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства; РЛ — расстройства личности; ИСФ — индекс социальной фрустрированности

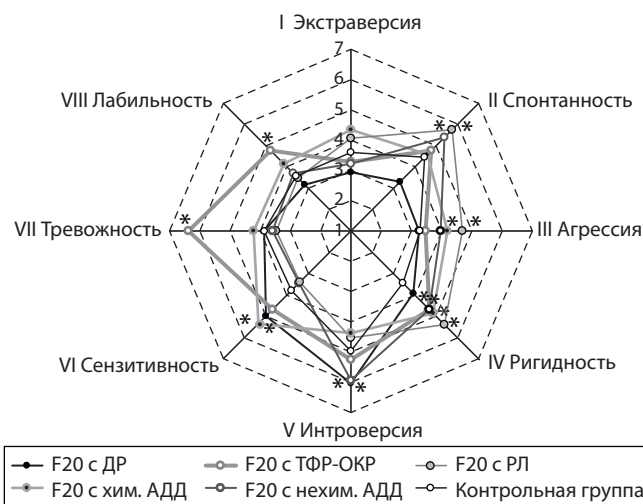
Кроме того, у больных с коморбидными химическими аддикциями отмечался также более высокий уровень социальной фрустрированности в сфере работы ( $3,12 \pm 0,67$ ), отношений в семье ( $3,26 \pm 0,56$ ) и в отношении своего образа жизни ( $3,16 \pm 0,62$ ), что в целом отразилось и в более высоких показателях индекса социальной фрустрированности ( $3,1 \pm 0,56$ ), по сравнению с контрольной группой ( $2,43 \pm 1,12$ ;  $2,41 \pm 1,12$ ;  $2,54 \pm 0,75$  и  $2,69 \pm 0,89$ , соответственно), при  $p \leq 0,05$ .

Больные же с коморбидными нехимическими аддиктивными расстройствами характеризовались значительно большим уровнем фрустрированности в сфере отношений с друзьями и знакомыми ( $3,62 \pm 0,56$ ), по сравнению с контрольной группой ( $2,73 \pm 0,58$ ), при  $p \leq 0,05$ .

Анализ индивидуально-личностных особенностей обследованных больных показал, что больные с коморбидными депрессивными расстройствами характеризовались более выраженной интровертированностью ( $6,12 \pm 1,15$ ) и сензитивностью ( $4,95 \pm 1,22$ ), по сравнению с контрольной группой (где показатели по данным шкалам составили  $4,96 \pm 1,34$  и  $3,77 \pm 0,67$  баллов, соответственно), при  $p \leq 0,05$  (рис. 1). Подобное сочетание формирует гипостенический конституциональный тип реагирования и свидетельствует о выраженной аутизации, социальной пассивности и вместе с тем повышенной чувствительности к внешним воздействиям данных больных, что и создает почву для формирования депрессивных переживаний.

У больных с тревожно-обсессивными расстройствами фиксировалось наличие более выраженной тревожности ( $6,35 \pm 0,76$ ), лабильности ( $4,72 \pm 1,45$ ), ригидности ( $4,67 \pm 1,23$ ) и сензитивности ( $4,65 \pm 1,67$ ), по сравнению с контрольной группой, где данные показатели составили  $3,85 \pm 1,31$ ;  $3,56 \pm 0,83$ ;  $3,44 \pm 0,87$  и  $3,77 \pm 0,67$  балла, соответственно, при  $p \leq 0,05$ . Подобное сочетание соответствует смешанному конституциональному типу реагирования и проявляется повышенной мнительностью, боязливостью, склонностью к паническим реакциям,

избыточной ориентированностью на общепринятые нормы поведения, зависимым стилем взаимодействия с микросоциумом, инертностью установок, субъективизмом при одновременном сочетании с мотивационной неустойчивостью, изменчивостью настроения и истероидными чертами, что и служит преморбидной основой для формирования тревожно-обсессивных переживаний.



\* — различия с контрольной группой статистически значимы, при  $p \leq 0,05$

Рис. 1. Индивидуально-типологические характеристики (портреты) больных шизофренией основных и контрольной групп

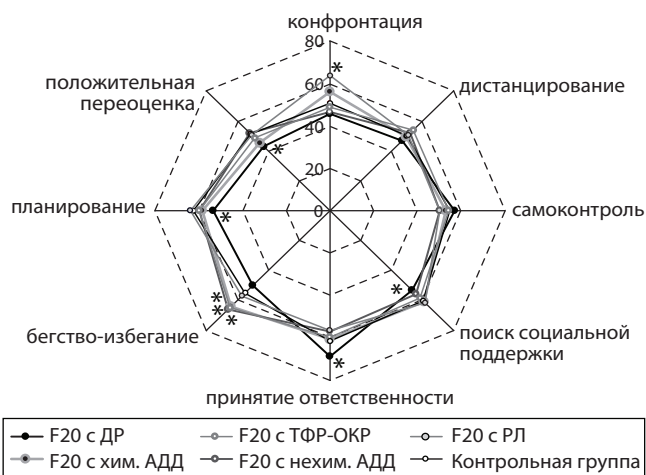
Больные с коморбидными расстройствами личности характеризовались более выраженной спонтанностью ( $5,73 \pm 1,28$ ), агрессией ( $4,66 \pm 1,56$ ) и ригидностью ( $5,34 \pm 0,76$ ), по сравнению с контрольной группой ( $4,43 \pm 0,56$ ;  $3,28 \pm 1,49$ ; и  $3,44 \pm 0,87$ , соответственно), при  $p \leq 0,05$ . Подобное сочетание соответствует

гиперстеническому типу конституционального реагирования и отражает личностную склонность данных больных к самоутверждению в агрессивной манере, импульсивность в сочетании с субъективизмом, инертностью суждений, настойчивостью и подозрительностью.

У больных шизофренией с коморбидными химическими зависимостями более выраженными индивидуально-типологическими особенностями были сензитивность ( $5,32 \pm 0,46$ ), ригидность ( $4,83 \pm 0,87$ ) и агрессивность ( $4,16 \pm 1,23$ ), по сравнению с контрольной группой, где показатели по данным шкалам составили ( $3,77 \pm 0,67$ ;  $3,44 \pm 0,87$  и  $3,28 \pm 1,49$  баллов, соответственно), при  $p \leq 0,05$ . Подобное сочетание соответствует смешанному конституциональному типу и отражает повышенную чувствительность данных больных к средовым воздействиям, их инертность, застреваемость, склонность к конфликтному, неконформному типу поведения.

У больных с коморбидными вариантами нехимических зависимостей отмечались более выраженные показатели по шкалам интроверсии ( $5,91 \pm 0,82$ ), спонтанности ( $5,35 \pm 1,06$ ) и ригидности ( $4,63 \pm 1,27$ ), по сравнению с контрольной группой ( $4,96 \pm 1,34$ ;  $4,43 \pm 0,76$  и  $3,44 \pm 0,87$ , соответственно), при  $p \leq 0,05$ . Подобное сочетание шкал отражает смешанный конституциональный тип и свидетельствует о наличии выраженного индивидуализма, тенденций к самоутверждению и лидированию, импульсивности действий и одновременно инертности установок и взглядов данных больных.

Анализ способов совладающего поведения показал, что больные шизофренией с коморбидными депрессивными расстройствами характеризовались более выраженной напряженностью копинга «принятие ответственности» (68,8 процентиля), по сравнению с контрольной группой (61,62 процентиля), при  $p \leq 0,05$  (рис. 2). И при этом значительно реже использовали другие варианты конструктивных копингов, таких как «положительная переоценка» (42,8 процентиля), «поиск социальной поддержки» (52,72 процентиля) и планирование (53,52 процентиля), по сравнению с контрольной группой, где показатели выраженности данных копингов составили 52,28; 60,24 и 62,4 процентиля, соответственно, при  $p \leq 0,05$ .



\* — различия с контрольной группой статистически значимы, при  $p \leq 0,05$

Рис. 2. Структура копинг-стратегий больных шизофренией основных и контрольной групп

То есть, больные шизофренией с коморбидными депрессиями характеризовались низким уровнем вариативности копинг-стратегий, преобладанием стратегии принятия ответственности, которая предполагает признание собственной роли в возникающих проблемах, тенденции к самокритике и самообвинению и выражается в переживаниях депрессивного спектра: чувства вины и неудовлетворенности собой. Больные шизофренией с коморбидными тревожно-обсессивными расстройствами, химическими и нехимическими зависимостями характеризовались более выраженной напряженностью копинга «бегство-избегание» (64,6; 63,83 и 65,74 процентиля). При этом наблюдаются неконструктивные формы поведения в стрессовых ситуациях: отрицание либо полное игнорирование проблемы, уклонение от ответственности и действий по разрешению возникших трудностей, пассивность, нетерпение, вспышки раздражения, попытки снять эмоциональное напряжение посредством действий отвлечения и замещения, что в одном случае выражается формированием obsessions и страхов, а в другом — аддитивных пристрастий.

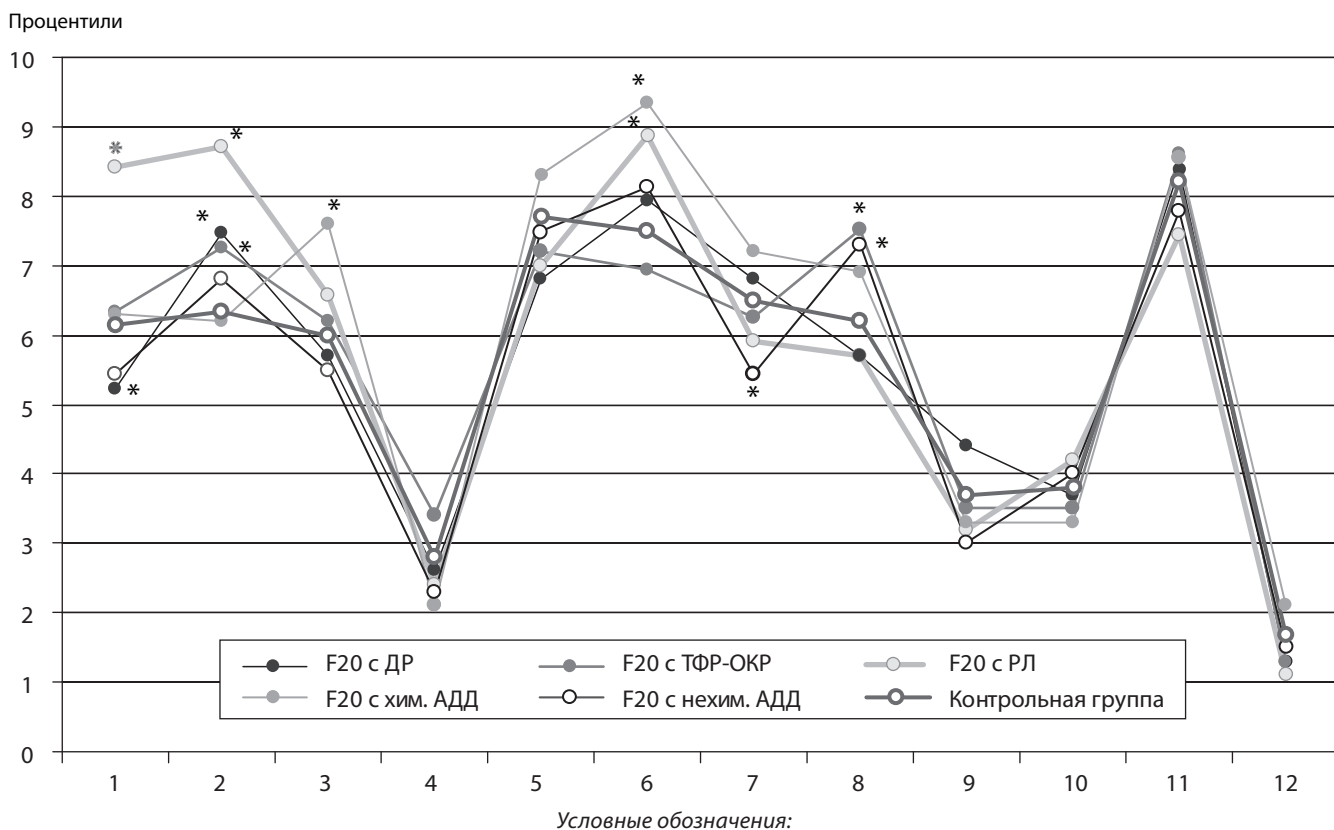
У больных шизофренией с расстройствами личности достоверно более выраженной оказалась копинг-стратегия «конfrontация» (63,52 процентиля), по сравнению с контрольной группой (50,4 процентиля), при  $p \leq 0,05$ , что предполагает действия, направленные на активное отстаивание своего мнения и желаний в отношении с окружающими и попытки добиться своего, а также характеризует хаотичную деятельность, направленную не на изменение ситуации, а на снятие эмоциональной напряженности через агрессивную разрядку отрицательных эмоций.

Анализ особенностей ценностно-мотивационной сферы позволил выделить специфические особенности в структуре ценностей больных шизофренией с коморбидными расстройствами (рис. 3). Так, больные с коморбидными депрессиями характеризовались достоверно большей значимостью ценности «здоровья» ( $7,46 \pm 1,21$ ), которая вследствие болезни была значимо фрустрирована, и меньшей значимостью ценности «активной, деятельной жизни» ( $5,23 \pm 1,76$ ), по сравнению с контрольной группой ( $6,33 \pm 1,67$  и  $6,15 \pm 1,11$ ), при  $p \leq 0,05$ .

В структуре ценностей больных с тревожно-обсессивными расстройствами отмечалась достоверно большая значимость ценностей «здоровья» ( $7,26 \pm 0,97$ ) и «уверенности в себе» ( $7,52 \pm 1,1$ ), по сравнению с группой контроля, где данные ценности были выражены на уровне  $6,33 \pm 1,67$  и  $6,2 \pm 1,35$ , соответственно, при  $p \leq 0,05$ .

Больные шизофренией с коморбидными расстройствами личности характеризовались доминированием в структуре ценностей и значимо большей выраженностью таких ценностей как «материальная обеспеченность» ( $8,87 \pm 1,06$ ), «здоровье» ( $8,7 \pm 1,12$ ) и «активная, деятельная жизнь» ( $8,42 \pm 1,23$ ), по сравнению с контрольной группой ( $7,5 \pm 0,84$ ;  $6,33 \pm 1,67$  и  $6,15 \pm 1,11$ ), при  $p \leq 0,05$ , что отражало большую социальную ориентированность данных больных.

У больных с химическими аддикциями в структуре ценностей достоверно более выраженными оказались ценности, характеризующие прежде всего социальное благополучие: «материальная обеспеченность» ( $9,34 \pm 1,01$ ) и «наличие интересной работы» ( $7,6 \pm 1,34$ ), по сравнению с контрольной группой, где выраженность данных ценностей составила  $7,5 \pm 0,84$  и  $5,98 \pm 2,32$  балла, при  $p \leq 0,05$ .

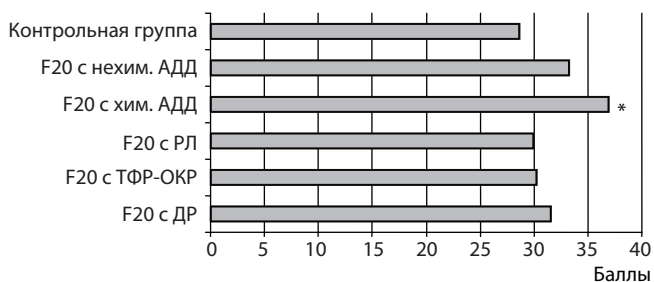


- |                           |                                  |                       |                           |
|---------------------------|----------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| 1. Активна, діяльна життя | 4. Красота природи і мистецтва   | 7. Наявність друзів   | 10. Свобода               |
| 2. Здоров'я               | 5. Любов                         | 8. Упевненість в собі | 11. Щаслива сімейна життя |
| 3. Інтересна робота       | 6. Матеріально забезпечена життя | 9. Пізнання           | 12. Творчість             |
- \* — різниця статистично значима, при  $p \leq 0,05$

Рис. 3. Структура цінностей хворих шизофренією основних і контрольної груп

В структурі цінностей хворих з коморбідними нехимічними залежностями достовірно більше вираженою була цінність «упевненості в собі» ( $7,32 \pm 1,45$ ) і менше вираженою — цінність «наявності хороших друзів» ( $5,43 \pm 1,63$ ), по порівнянню з контрольної групою, де показателі по даним цінностям склали  $6,2 \pm 1,35$  і  $6,5 \pm 1,29$ , відповідно, при  $p \leq 0,05$ , що свідчить про зниженні цінностей соціального взаємодія і збільшенні самооценки даних хворих.

Соотношение показателів значимості і доступності основних цінностей дозволило визначити рівень дезінтеграції в мотиваційно-особистісної сфері досліджуваних хворих (рис. 4).



\* — різниця з контрольної групою статистично значима, при  $p \leq 0,05$

Рис. 4. Рівень дезінтеграції в мотиваційно-особистісної сфері (індекс розходження цінності і доступності) хворих основних і контрольної груп

Согласно полученным данным, наибольший уровень дезінтеграції в мотиваційній сфері відзначався у хворих шизофренією з коморбідними химічними залежностями (36,9 бала), що відображає наявність вираженої незадоволеності поточною життєвою ситуацією, блокує основних потребностей, внутрішній дискомфорт і внутрішню конфліктність даних хворих.

Таким образом, результати проведеного дослідження свідчать про наявність специфічних психологічних особливостей хворих шизофренією з коморбідними психічними і поведінчними розладами.

Так, особистісної передиспозицією формування депресивної патології у хворих шизофренією виступають наявність вираженої інтровертированності в поєднанні з підвищеною чутливістю, що відображає аутизацію з одночасною уязвимістю до соціальним впливам; домінування копінг-стратегії «прийняття відповідальності»; висока значимість цінності «здоров'я» з одночасним зниженні значимості цінностей соціально-активної життя; високий рівень фрустрованності відносно свого соціального положення.

Среди психологічної передиспозиції тривожно-обсесивних розладів при шизофренії переобладали поєднання вираженої тривожності, лабільності, ригідності і чутливості; переобладання копінга «бігство-уникання»; висока значимість індивідуально-особистісних цінностей «здоров'я» і «упевненості



в себе»; високий рівень фрустрованості стосовно свого соціального положення.

В якості психологічних особливостей хворих шизофренією з коморбидними розладами особистості виділені гіперстенічний тип конституціонального реагування, включаючий поєднання вираженої спонтанності, агресії та ригідності, що відображають експансивність та стеничність одночасно з інертністю; переважання копінг-стратегії «конфронтації»; домінування цінностей «здоров'я», «матеріального благополуччя» та «активної, діяльної життя»; високий рівень соціальної фрустрованості, переважно невдоволеність своїм соціальним положенням в суспільстві.

Психологічною основою для формування хімічних залежностей у хворих шизофренією є поєднання чутливості до ригідності та агресивності, що свідчить про сумішні тип конституціонального реагування та відображає підвищену емоційну уязвимость даних хворих; переважання копінга «бегство-уникання»; висока значимість цінностей, що відображають соціальне благополуччя: «матеріальної забезпеченості» та «цікавої роботи», та їх максимальна фрустрованість, що виражається високою внутрішньою конфліктністю та вираженою соціальною фрустрованістю (невдоволеність своїм соціальним положенням, роботою, стосунками в родині та образом життя в цілому).

При коморбидних нехімічних варіантах залежностей виявлено поєднання особливо високої інтровертированості, спонтанності та ригідності, що формують сумішний тип реагування, та свідчує про виражений індивідуалізм та тенденції до самоутвердження; переважання копінга «бегство-уникання»; низька значимість цінностей соціального взаємодіяння та висока значимість цінності «уверненості в себе».

Отримані результати дослідження відображають наявність психологічної основи в формуванні коморбидної психічної та поведінкової патології при шизофренії та свідчать про її етіологічну складність, що вимагає обов'язково врахувати при лікуванні даних станів.

### Список литературы

1. Джонс П. Б. Шизофрения : клиническое руководство [Текст] / Питер Б. Джонс, Питер Ф. Бакли [пер. с англ. ; под общ. ред. проф. С. Н. Мосолова]. — М. : МЕДпресс-информ, 2009. — 192 с.
2. Крюкова Т. Л. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) [Текст] / Т. Л. Крюкова, Е. В. Куфтяк // Журнал практического психолога. — 2007. — № 3. — С. 93—112.
3. Пивень Б. Н. К диагностике сочетанных форм психических заболеваний [Текст] / Пивень Б. Н., Булат О. С., Лещенко Л. В. // Независимый психиатрический журнал. — 2012. — № 2.
4. Собчик Л. Н. — Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики [Электронный ресурс]. — Режим доступа : <http://www.psy-diagnoz.com>
5. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні [Текст] / [М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута та ін.] // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 3 (72). — С. 13—19.
6. Мазо Г. Э. Оптимизация подходов к диагностике и терапии депрессии при шизофрении : методические рекомендации [Текст] / Г. Э. Мазо, К. В. Казанцева. — СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2012. — 17 с.
7. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика : справочник практического психолога [Текст] / И. Г. Малкина-Пых. — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 992 с.
8. Марута Н. А. Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты [Текст] / Н. А. Марута // Здоров'я України. — 2013. — 30.12.2013. — С. 38—39.
9. Фанталова Е. Б. Об одном методическом подходе к исследованию мотивации и внутренних конфликтов [Текст] / Е. Б. Фанталова // Психологический журнал. — 1992. — Т. 13. — № 1. — С. 107—117.
10. Comorbidity of Mental and Physical Disorders [Text] / N. Sartorius, R. I. G. Holt, M. Maj (eds) // Key Issues in Mental Health. — 2015. — Vol. 179. — 188 p.
11. Clinical Challenges in the Biopsychosocial Interface. Update on Psychosomatics for the 21<sup>st</sup> Century [Text] / R. Balon, T. N. Wise (eds) // Advances in Psychosomatic Medicine. — 2015. — Vol. 34. — P. 159—164.

Надійшла до редакції 25.09.2015 р.

**ЯРОСЛАВЦЕВ Сергей Александрович**, внештатный научный сотрудник отдела неврозов и пограничных состояний Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков; e-mail: [mscience@ukr.net](mailto:mscience@ukr.net)

**YAROSLAVTSEV Serhii**, Out-Staff Researcher 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", Kharkiv; e-mail: [mscience@ukr.net](mailto:mscience@ukr.net)