

Т. Ю. Ільницька, І. А. Марценковський, Л. О. Булахова
ГІПЕРКІНЕТИЧНИЙ РОЗЛАД У ДОРΟΣЛИХ
ЯК МОЖЛИВА ПРИЧИНА СОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України, м. Київ
ilnitska@id-zu.com

Актуальність. Дорослі пацієнти з симптомами розладу з дефіцитом уваги і гіперактивністю (РДУГ) рідко звертаються за допомогою до лікарів зі скаргами на порушення активності та уваги, що в більшості випадків призводить до виникнення супутніх психіатричних захворювань та негативних соціальних наслідків.

Мета – визначити вплив симптомів РДУГ у дорослих пацієнтів на рівень їх соціальної адаптації.

Матеріали та методи. За умов інформованої згоди було обстежено 46 осіб чоловічої статі у віці від 18 до 46 років зі скаргами на проблеми зі спектра симптомів РДУГ. Використовували скринінговий інструментарій (Шкала повідомлень про РДУГ у дорослому віці (ASRS)), напівструктуроване інтерв'ю та клініко-анамнестичний метод.

Результати. Проаналізовано анамнестичні дані рандомізованих осіб щодо часу виникнення та редукції порушень активності та уваги, досліджено рівень їх соціальної адаптації. Встановлено, що у всіх 46 осіб симптоми, що відповідають критеріям РДУГ, відмічались у віці до 12 років. Симптоми гіперкінетичного розладу часто були асоційовані з проявами соціальної дезадаптації.

Висновки. РДУГ у дорослих є розладом, що маніфестує в дитячому віці. Пов'язана з віком хворих клінічна патопластика проявляється в переважанні порушень уваги, меншій питомій вазі гіперактивності та імпульсивності. Симптоми зі спектра РДУГ у дорослому віці негативно впливають як на соціальну адаптивність, суспільну успішність, рівень задоволення життям пацієнтів, так і на рівень функціонування та якість життя їх родин.

Ключові слова:

розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю, соціальна дезадаптація, гіперактивність, імпульсивність, порушення поведінки.

Актуальність. Гіперкінетичний розлад – це розлад, що характеризується моторною гіперактивністю, порушенням уваги, імпульсивністю та призводить до виражених порушень функціонування особи в основних сферах життя. Гіперкінетичний розлад є досить поширеною формою розладів поведінки у дитячому віці, і, за даними різних джерел, складає від 1,5 до 9 % [1, 2]. За даними Європейської дослідної мережі з гіперкінетичних розладів (EUNETHYDIS), поширеність проблем, що виникають внаслідок дефіциту уваги, гіперактивності чи імпульсивності в популяції дітей шкільного віку, складає від 4 до 19 %. Кількість дітей, які відповідають критеріям гіперкінетичного розладу згідно з DSM-IV-R, становить 3–5 % [3, 4].

Досить тривалий час вважали, що вказаний розлад спостерігається винятково в дитячому віці. Однак уже в 70-х роках XIX ст. почали з'являтися статті, в яких описувалися ознаки порушення активності та уваги в дорослій популяції. Цілком логічно, що в більшості випадків симптоми гіперкінетичного розладу з віком нікуди не зникають. У 1985 році Weiss et al. провели перше

дослідження, в якому прослідкували за змінами в поведінці 63 осіб (середній вік до 25 років), яким у дитячому віці було діагностовано гіперкінетичний розлад. Автори виявили, що приблизно у половини дітей з розладом з дефіцитом уваги і гіперактивністю (РДУГ) прояви цього розладу зберігалися після досягнення повноліття [5]. У 1987 році в DSM-III-R було виділено розділ, присвячений діагностиці РДУГ у дорослих. Схожі дані щодо РДУГ у дорослих були отримані і в результаті ретроспективних досліджень. Зокрема в осіб, у яких було діагностовано РДУГ в дитячому віці, симптоми даного розладу у дорослому віці спостерігаються в близько 50 % випадків [6, 7]. Згідно з даними дослідження коморбідності (NCS-R), поширеність РДУГ у дорослій популяції складає 4,4 % [8].

Однак дорослі пацієнти рідко звертаються за допомогою до лікарів зі скаргами на порушення активності та уваги, що в більшості випадків призводить до виникнення супутніх психіатричних захворювань та негативних соціальних наслідків. 79 % дорослих осіб з РДУГ мають коморбідний психіатричний розлад: 20 – 45 % – опозиційну поведінку, 25 % – антисоціальний розлад осо-

бистості; 12 % – зловживають-алкоголем / наркотиками, мають депресивні, тривожні, соматоформні розлади тощо [9].

На сьогоднішній день існує достатньо даних, які свідчать про можливість збереження симптомів гіперкінетичного розладу у дорослому віці. Крім цього, дані досліджень свідчать про можливі значні негативні наслідки цього розладу як для самого пацієнта, так і для суспільства в цілому. У осіб з гіперкінетичним розладом без адекватного лікування частіше наявні прояви дезадаптації, вони часто змінюють місце роботи та скоюють антисоціальні дії, а це все призводить до значних економічних витрат. При цьому дані досліджень свідчать про доволі високий рівень ефективності своєчасного медикаментозного лікування та медико-соціальної реабілітації таких пацієнтів.

Гіперкінетичний розлад є нозологією із достатньо чітко окресленими діагностичними межами, але не до кінця визначеною етіопатогенетичною концептуалізацією. У Міжнародній класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10) розлади з дефіцитом уваги та гіперактивністю віднесено до рубрик F 90 (гіперкінетичні розлади неаутистичного спектра) та F 84.4 (гіперкінетичні розлади, що поєднуються з розумовою відсталістю та стереотипними рухами – порушення активності та уваги спектра первазивних порушень розвитку). Таким чином, розмежовуються два патологічні процеси. Окрім того, в межах рубрики F 90 розрізняють F 90.0 (порушення активності та уваги – розлад, при якому в клінічній картині домінують порушення концентраційної функції уваги та відволікання) та F 90.1 (гіперкінетичні розлади поведінки – розлад з дефіцитом уваги та імпульсивністю). Стосовно опису розладів з дефіцитом уваги та гіперактивністю (Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder) у DSM-IV-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / 4th edition, text revision) використовують подібні дефініції: «стани з дефіцитом уваги», «гіперактивний розлад з дефіцитом уваги». Виділяють три підтипи гіперкінетичного розладу: переважно з порушенням уваги, переважно з гіперактивністю чи імпульсивністю, змішаний. Як DSM IV, так і DSM 5 розглядають РДУГ та розлади аутистичного спектра у межах єдиної діагностичної категорії порушень нейророзвитку. Варто мати на увазі, що для встановлення діагнозу наявні симптоми повинні значною мірою порушувати функціонування особи у віці до 12 років і не можуть бути пояснені наявністю інших психіатричних розладів [10]. В DSM 5 для того, щоб відобразити дані останніх досліджень, які вказують на стійкість симптоматики гіперкінетичного розладу у дорослому віці, були внесені зміни щодо визначення цього стану. Оскільки з віком у осіб з гіперкінетичним розладом спрацьовують механізми адаптації, що супроводжується редукцією надмірної рухливості та імпульсивності, для встановлення діагнозу варто насамперед брати до уваги проблеми з концентрацією уваги, які можуть проявлятися труднощами на роботі та у стосунках з оточуючими.

Для вирішення багатьох проблем, пов'язаних з гіперкінетичним розладом, важливим є розуміння його природи. Доволі тривалий час вважали, що симптоматика гіперкінетичного розладу зумовлена травмою головного мозку. Однак дані сучасних досліджень свідчать про на-

явність дефіциту функцій в префронтальній корі, яка відповідає за робочу пам'ять, увагу, організованість, самоконтроль та імпульсивність. Але, на жаль, механізм цього дефіциту до кінця не вивчено [6, 11]. На сьогодніні результати численних досліджень підтверджують роль генетичного компонента в розвитку гіперкінетичного розладу. Незважаючи на те, що сам геном не зумовлює наявність чи відсутність розладу, результати метааналізу більш ніж 1800 досліджень продемонстрували, що спадкова детермінованість складає 75–91 % [12]. У великому популяційному дослідженні було виявлено, що у 84 % дорослих з симптомами гіперкінетичного розладу мінімум одна дитина мала симптоми даного розладу [13]. Підтверджена і роль впливу комбінованих середовищних чинників.

Мета – визначити вплив симптомів РДУГ у дорослому віці на рівень соціальної адаптації.

Матеріали та методи дослідження

За умов інформованої згоди було обстежено 46 осіб чоловічої статі в віці від 18 до 46 років зі скаргами на проблеми зі спектра симптомів РДУГ. Було використано скринінговий інструментарій (Шкала повідомлень про РДУГ у дорослому віці (ASRS)), напівструктуроване інтерв'ю та клініко-анамнестичний метод.

Результати та їх обговорення

Проаналізовано анамнестичні дані рандомізованих осіб щодо часу виникнення та редукції порушень активності та уваги, досліджено рівень їх соціальної адаптації. У всіх включених у дослідження пацієнтів виявлено не менше 5 симптомів, що відповідали критеріям РДУГ. Зокрема, 100 % обстежуваних повідомили про наявність скарг на проблеми із запам'ятовуванням, неухважність, труднощі у виконанні завдань, що потребують зосередження уваги та організованості, труднощі при завершенні розпочатої роботи, відчуття підвищеної активності. Вказані симптоми відмічали впродовж понад 6 місяців. Крім того, 65 % вказували на наявність відчуття неспокою, 78 % – труднощі в зосередженні уваги під час бесіди, 65% – в очікуванні своєї черги, 52 % не могли дослухати співрозмовника до кінця, 35 % було важко всидіти на місці (рис. 1).

За результатами аналізу анамнезу життя встановлено, що у всіх 46 осіб симптоми, які відповідають критеріям РДУГ, відмічались у віці до 12 років. Так, всі обстежені



Рис. 1. Симптоми, що відповідають критеріям РДУГ у рандомізованих пацієнтів

мали проблеми із навчанням, уникали виконання домашнього завдання, викрикували відповіді на уроках, були надмірно активні і говоріли, не любили гратися в тиші, часто опинялися в осередку конфліктів. 6 (13 %) осіб були об'єктами дискримінації, а 8 (17 %) осіб через погану поведінку вимушені були змінити школу. Всі описані прояви не відповідали віковим особливостям розвитку і негативно впливали на формування соціальних взаємовідносин.

На момент обстеження 42 (91 %) пацієнти мали шкідливі звички: 30 – мали залежність від куріння, 12 – крім залежності від куріння зловживали алкоголем. Вживання наркотичних речовин на момент обстеження всі рандомізовані пацієнти заперечували, хоча 10 осіб розповіли про нетривале вживання «легких наркотиків» у підлітковому віці. Про вчинення антисоціальних дій повідомили 12 (26 %) осіб.

Про часту зміну місця роботи повідомили 34 (74 %) особи. Постійне місце роботи (більше 1 року) мали 12 обстежених (26 %); про конфлікти на роботі повідомили 20 (43 %) чоловіків; задоволеними займаною посадою виявилися лише 14 (30 %) осіб, фінансовий стан задовольняв 20 (43 %) осіб. Своім соціальним статусом були задоволені 22 (48 %) чоловіки.

У шлюбі на момент опитування перебували 36 (78 %) чоловіків, у 12 (26 %) з них шлюб був повторний. Про часті конфлікти в сім'ї повідомили 28 (61 %) осіб. Перевагу відпочинку поза межами сім'ї (переважно в шумній компанії) надавали 34 (74 %) чоловіки. Екстремальними видами спорту займалися 10 (22 %) осіб (рис. 2).

Висновки

РДУГ у дорослих є розладом, що маніфестує в дитячому віці. Пов'язана з віком хворих клінічна патопластика проявляється в переважанні порушень уваги при меншій питомій вазі гіперактивності та імпульсивності. Аналіз даних анамнезу та результатів, отриманих при використанні діагностичних шкал, дозволяє зробити висновок, що симптоми зі спектра РДУГ у дорослому віці негативно впливають як на соціальну адаптивність, суспільну успішність, рівень задоволення життям пацієнтів, так і на рівень функціонування та якість життя їх родин. Симптоми гіперкінетичного розладу часто асоційовані з проявами соціальної дезадаптації.

Подальшого вивчення потребує оцінка питомої ваги факторів, що зумовлюють низький рівень соціальної адаптації у пацієнтів із РДУГ: фрустрація та травматизація в дитинстві чи соціальна неуспішність, психологічна негнучкість та фрустрація в дорослому віці.

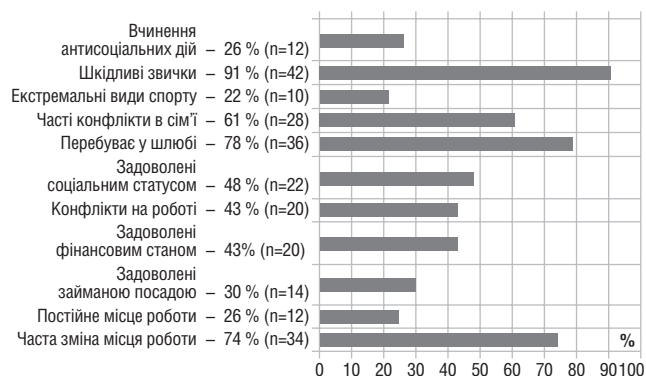


Рис. 2. Характеристика соціального функціонування пацієнтів з РДУГ

Своєчасне виявлення таких пацієнтів та надання їм адекватної допомоги може значно зменшити негативний вплив проявів РДУГ на якість життя та соціальне функціонування індивіда.

Список використаної літератури

- European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade / [E. Taylor, M. Döpfner, J. Sergeant et al.] // *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 13, suppl. 1. – P. I/7–I/30. DOI: 10.1007/s00787-004-1002-x.
- Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. [Електронний ресурс] // National Clinical Practice Guideline. – 2009. – N. 72. – 662 p. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg72/evidence/adhd-full-guideline-241963165>. (Дата звернення 25.09.2016).
- Buitelaar J. K. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder: what have we learned over the last decade? / J. K. Buitelaar // *Hyperactivity and Attention Disorders of Childhood*; Eds. S. Sandberg. – Cambridge: Cambridge University Press, 2002. – 2nd. – P. 30–63.
- Questioning inhibitory control as the specific deficit of ADHD – evidence from brain electrical activity / T. Banaschewski, D. Brandeis, H. Heinrich [et al.] // *Journal of neural transmission*. – 2004. – № 111. – P. 841–864. DOI: 10.1007/s00702-003-0040-8.
- Psychiatric Status of Hyperactives as Adults: A Controlled Prospective 15-Year Follow-up of 63 Hyperactive Children / G. Weiss, L. Hechtman, T. Milroy [et al.] // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 1985. – P. 211–220. DOI: 10.1016/S0002-7138(09)60450-7.
- Glick M. Evidence-Based Practice with Emotionally Troubled Children and Adolescents / M. Glick. – San Diego: Academic Press, 2009. – 664 p.
- The persistence of attention-deficit / hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder / R. Barkley, M. Fischer, L. Smallish [et al.] // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2002. – P. 279–289. DOI: 10.1037/0021-843X.111.2.279.
- Best practices in adult ADHD: epidemiology, impairments, and differential diagnosis / L. Adler, T. Spencer, M. Stein, J. Newcorn // *CNS Spectrums*. – 2008. – No. 8, suppl. 12. – P. 19. DOI: 10.1017/S1092852900003217.
- Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment / Ed. R. A. Barkley. – 4-th ed. – New York, NY: Guilford, 2015. – 898 p.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR [Text]. – 4-th ed. – Washington (DC): American Psychiatric Association, 2000. – 943 p.
- Faraone S. V. Attention-deficit disorder and conduct disorder in girls: evidence for a familial subtype [Електронний ресурс] / S. V. Faraone, J. Biederman, M. C. Monuteaux // *Biological Psychiatry*. – 2000. – Vol. 48, issue 1. – P. 21–29. DOI: 10.1016/S0006-3223(00)00230-4. Режим доступу: <https://pdfs.semanticscholar.org/3f7f/484b996be08c7383ba66e8d6a486dacaf69.pdf>. (Дата звернення 25.09.2016).
- ADHDgene: a genetic database for attention deficit hyperactivity disorder [Електронний ресурс] / L. Zhang, S. Chang, Z. Li [et al.] // *Nucleic Acids Research*. – 2012. – Vol. 40, issue D 1. – P. D1003–D1009. DOI: 10.1093/nar/gkr992. Режим доступу: <https://academic.oup.com/nar/article/40/D1/D1003/2903731/ADHDgene-a-genetic-database-for-attention-deficit>. (Дата звернення 25.09.2016).
- Faraone S. V. Genetics of adult attention-deficit/hyperactivity disorder / S. V. Faraone // *Psychiatric Clinics of North America*. – 2004. – Vol. 27, issue 2. – P. 303–321. DOI: 10.1016/S0193-953X(03)00090-X.

References

- Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., ... Zuddas, A. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 13, Supplement 1, pp. I/7-I/30. DOI: 10.1007/s00787-004-1002-x.
- Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. National Clinical Practice Guideline Number 72. (2009). Leicester (UK): British Psychological Society (UK), 662 p. Retrieved from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg72/evidence/adhd-full-guideline-241963165>. (Accessed 25.09.2016).
- Buitelaar, J. K. (2002). Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder: what have we learned over the last decade? In S. Sandberg (Ed.), *Hyperactivity and Attention Disorders of Childhood* (pp. 30-63). Cambridge: Cambridge University Press.
- Banaschewski, T., Brandeis, D., Heinrich, H., Albrecht, B., Brunner, E., & Rothenberger, A. (2004). Questioning inhibitory control as the specific deficit of ADHD – evidence from brain electrical activity. *Journal of neural transmission*, vol. 111, issue 7, pp. 841-864. DOI: 10.1007/s00702-003-0040-8.
- Weiss, G., Hechtman, L., Milroy, T., & Perlman, T. (1985). Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 24, issue 2, pp. 211-220. DOI: 10.1016/S0002-7138(09)60450-7.
- Glick, M. (2009). *Evidence-Based Practice with Emotionally Troubled Children and Adolescents*. San Diego: Academic Press, 664 p.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). The persistence of attention-deficit / hyperactivity disorder into young adulthood as a function

- of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 7, issue 2, pp. 279-289. DOI: 10.1037/0021-843X.111.2.279.
8. Adler, L. A., Spencer, T. J., Stein, M. A., & Newcorn, J. H. (2008). Best practices in adult ADHD: epidemiology, impairments, and differential diagnosis. *CNS Spectrums*, vol. 13, no. 8, suppl. 12, pp. 19. DOI: 10.1017/S1092852900003217.
 9. Barkley, R. A. (Ed.). (2015). *Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4-th ed.). New York, NY: Guilford, 898 p.
 10. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (2000). (4-th ed.). Washington (DC): American Psychiatric Association, 943 p.
 11. Faraone, S. V., Biederman, J., & Monuteaux, M. C. (2000). Attention-deficit disorder and conduct disorder in girls: evidence for a familial subtype. *Biological Psychiatry*, vol. 48, issue 1, pp. 21-29. DOI: 10.1016/S0006-3223(00)00230-4. Retrieved from: <https://pdfs.semanticscholar.org/3f7f/484b996be08c7383ba66e8d6a486daca6cf69.pdf>. (Accessed 25.09.2016).
 12. Zhang, L., Chang, S., Li, Z., Zhang, K., Du, Y., Ott, J., & Wang, J. (2012). ADHDgene: a genetic database for attention deficit hyperactivity disorder. *Nucleic Acids Research*, vol. 40, issue D 1, pp. D1003-D1009. DOI: 10.1093/nar/gkr992. Retrieved from: <https://academic.oup.com/nar/article/40/D1/D1003/2903731/ADHDgene-a-genetic-database-for-attention-deficit>. (Accessed 25.09.2016).
 13. Faraone, S. V. (2004). Genetics of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 27, issue 2, pp. 303-321. DOI: 10.1016/S0193-953X(03)00090-X.

ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО У ВЗРОСЛЫХ КАК ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Т. Ю. Ильницька, И. А. Марценковский, Л. А. Булахова

Актуальность. Взрослые пациенты с симптомами расстройства с дефицитом внимания и гиперактивностью (РДВГ) редко обращаются за помощью к врачам с жалобами на нарушения активности и внимания, что в большинстве случаев приводит к возникновению сопутствующих психиатрических заболеваний и негативных социальных последствий.

Цель – определить влияние симптомов РДВГ у взрослых пациентов на уровень их социальной адаптации.

Материалы и методы. В условиях информированного согласия было обследовано 46 человек мужского пола в возрасте от 18 до 46 лет с жалобами на проблемы из спектра симптомов РДВГ. Использовали скрининговый инструментарий (Шкала сообщений о РДВГ во взрослом возрасте (ASRS)), полуструктурированное интервью и клинико-anamnestический метод.

Результаты. Проанализированы анамнестические данные рандомизированных лиц по времени возникновения и редукции нарушений активности и внимания, исследован уровень их социальной адаптации. Установлено, что у всех 46 человек симптомы, соответствующие критериям РДВГ, отмечались в возрасте до 12 лет. Симптомы РДВГ часто были ассоциированы с проявлениями социальной дезадаптации.

Выводы. РДВГ у взрослых является расстройством, которое манифестирует в детском возрасте. Связанная с возрастом больных клиническая патопластика проявляется в преобладании нарушений внимания, меньшем удельном весе гиперактивности и импульсивности. Симптомы со спектра РДВГ во взрослом возрасте негативно влияют как на социальную адаптивность, общественную успешность, уровень удовлетворения жизнью пациентов, так и на уровень функционирования и качество жизни их семей.

Ключевые слова: расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью, социальная дезадаптация, гиперактивность, импульсивность, нарушения поведения.

HYPERKINETIC DISORDER IN ADULTS AS A POSSIBLE CAUSE OF SOCIAL MALADJUSTMENT

T. Yu. Ilnytska, I. A. Martsenkovsky, L. O. Bulakhova

Background. Adult patients with symptoms of attention deficit disorder and hyperactivity (ADHD) rarely turn to doctors with complaints of violations of activity and attention, which in most cases leads to psychiatric comorbidity and the negative social consequences.

Objective: to determine the effect of symptom ADHD in adulthood to the level of social adaptation.

Materials and methods. Under the conditions of informed consent, it was examined 46 males aged 18 to 46 years with complaints of problems with the spectrum of symptoms ADHD using screening tools (about ADHD posts scale in adulthood (ASRS)), semi-structured interviews and clinical and anamnestic method.

Results. Analyzed the medical history of randomized individuals in time of appearance and the reduction of activity and attention disorders, investigated the level of their social adaptation. It was found that all the 46 symptoms relevant ADHD criteria were observed in up to 12 years. Symptoms ADHD often been associated with the manifestations of social exclusion.

Conclusions. ADHD in adults is a disorder cats manifests in childhood. Age-related of clinical pathoplastic in patients manifested in the prevalence of disorders of attention, less specific gravity of hyperactivity and impulsivity. Symptoms range from ADHD in adulthood negatively affect both the social adaptability, social success, the level of satisfaction of the patient's life, and the level of functioning and quality of life of their families.

Keywords: attention deficit disorder and hyperactivity, social exclusion, hyperactivity, impulsiveness, behavioral disturbances.

Стаття надійшла до редакції 11.10.2016 р.

ИЛЬНИЦКА Тетяна Юрївна, аспірант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, (УНДІ ССПН МОЗ України), м. Київ, Україна; e-mail: ilnitska@id-zu.com

МАРЦЕНКОВСЬКИЙ Ігор Анатолійович, к.мед.н., с.н.с., завідувач відділом психічних розладів дітей та підлітків УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ, Україна; e-mail: martsenkovsky_urisfpda@ukr.net

БУЛАХОВА Лідія Олександрівна, д.мед.н., професор, лікар консультативно-поліклінічного відділення УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ, Україна

ИЛЬНИЦКАЯ Татьяна Юрьевна, аспирант Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, (УНДИ ССПН МЗ Украины), г. Киев, Украина; e-mail: ilnitska@id-zu.com

МАРЦЕНКОВСКИЙ Игорь Анатольевич, к.мед.н., с.н.с., заведующий отделом психических расстройств детей и подростков УНДИ ССПН МЗ Украины, г. Киев, Украина; e-mail: martsenkovsky_urisfpda@ukr.net

БУЛАХОВА Лидия Александровна, д.мед.н., профессор, врач консультативно-поликлинического отделения УНДИ ССПН МЗ Украины, г. Киев, Украина

ILNYTSKA Tetiana Yuriiivna, PhD-student of Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine (URI SFPDA MHU), Kyiv, Ukraine; e-mail: ilnitska@id-zu.com

MARTSENKOVSKY Igor Anatoliiovych, MD, PhD, Senior Researcher, Head of the Department of Mental Disorders of Child and Adolescent Psychiatry of URI SFPDA MHU, Kyiv, Ukraine; e-mail: martsenkovsky_urisfpda@ukr.net

BULAKHOVA Lidiia Oleksandrivna, MD, Sc.D., Professor, Child psychiatrist of the polyclinic department of URI SFPDA MHU, Kyiv, Ukraine