

В. О. Бедлінський

**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕПРЕСІЇ У ХВОРИХ,
ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВУ ТРАВМУ, ТА У ПАЦІЄНТІВ
З ЕНДОГЕННИМИ АФЕКТИВНИМИ РОЗЛАДАМИ НАСТРОЮ**

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

bedlinsky@i.ua

Актуальність. Мета – дослідження особливостей перебігу депресивної симптоматики в структурі органічного та ендogenous афективних розладів, її вплив на лікування, фізичний, психоемоційний стан та динаміку медико-соціальної реабілітації.

Матеріали та методи. Проведено обстеження 50 хворих із депресією, які проходили лікування в ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у м. Києві. Обстежувані були поділені на 2 групи: 25 осіб із депресією після ЧМТ, які відповідають критеріям (F 06.3), та 25 осіб, клінічна картина депресії яких відповідає (F 32.0–32.3). У дослідженні були використані наступні методи: шкала самооцінки депресії Цунга, шкала оцінки депресії Гамільтона, опитувальник для оцінки якості життя «SF-36», методи описової статистики.

Результати. Виявлено обернено пропорційний кореляційний зв'язок (-0,606) на рівні значущості ($p < 0,01$), це підтверджує, що при збільшенні рівня депресії знижуються показники рівня фізичного компонента здоров'я, на що вказують самі пацієнти з F 32.x. Проте хворі з F 06.3 меншою мірою диференціюють погіршення як фізичного, так і психічного здоров'я, на рівні (-0,485) та (-0,438) відповідно ($p < 0,01$). При суб'єктивному оцінюванні депресії пацієнти з F 06.3 схильні до завищення як показників здоров'я, так і депресивної симптоматики.

Висновки. Хворі з органічним депресивним розладом меншою мірою диференціюють зниження психічного та фізичного компонентів здоров'я (за SF-36), порівняно з хворими на афективний розлад настрою, депресивний епізод. За зниженої критики до захворювання пацієнти з органічним депресивним розладом мають нижчу прихильність до терапії. Для якісної діагностики депресивних розладів доцільно застосовувати як суб'єктивні, так і об'єктивні шкали визначення рівня депресивної симптоматики. Це дозволить сповна оцінити ставлення пацієнта до власного психічного стану, визначити його готовність до реабілітаційних заходів.

Ключові слова:
депресія, черепно-мозкова травма, органічний афективний розлад, якість життя.

Актуальність. Для структури психічних захворювань впродовж останніх десятиліть характерне істотне зростання депресивних розладів, яке наздоганяє за темпом поширення кардіологічну та онкологічну патологію [1].

Протягом ХХ та на початку ХХІ ст. поширеність депресивних розладів збільшується за експонентою. На початку минулого століття такі хворі складали 0,2 % від загальної сукупності, у 50 роках – 4,3–5,7 %, у 60 роках – 11,2–14 %, у 90 – 15–20 % [2]. Проте, якщо з 1945 р. близько 80 % таких хворих одужували, то наприкінці 70 років у 30 % жінок та у 10 % чоловіків перебіг депресії набував хронічного характеру [3].

За даними ВООЗ, більше 110 млн осіб страждають від депресії. Доведено, що хоча 6 раз у житті 18–25 % жінок і 8–11 % чоловіків мають депресивний епізод, з

них 6 % жінок і 3 % чоловіків необхідне стаціонарне лікування. Відомо, що поширеність розладів депресивного спектра у країнах Європи та США становить близько 5–10 % [4, 5]. Збільшення числа осіб, які хворіють на депресію, має серйозний негативний вплив на соціально-психологічні та економічні аспекти життя і здоров'я суспільства.

Депресивні розлади можуть виникати на тлі соматичних захворювань, а також у поєднанні з соматичною патологією, при цьому вони значно погіршують стан і прогноз для хворого. Одним із тяжких та частих органічних підґрунть для розвитку депресії є черепно-мозкова травма (ЧМТ).

Травматичне ураження головного мозку в структурі усіх травм складає близько 30–40 % [6] і має постійну тенденцію до збільшення. До того ж, ЧМТ переважно

трапляються в осіб молодого та середнього віку, тобто у найактивнішої в соціальному та трудовому відношенні частини населення [7], і займають перше місце за показниками летальності та інвалідизації осіб вказаного віку [8].

В Україні ця проблема набула ще більшого значення з огляду на те, що із середини 2014 р. на Сході держави тривають активні бойові дії. Тому проблема збільшення кількості постраждалих з ЧМТ та виникнення на її фоні психічних розладів у населення в зоні проведення анти-терористичної операції та у бійців є одним із ключових завдань, що потребує оптимального вирішення.

Поширеність ЧМТ, за даними ВООЗ, складає 1,8–5,4 на 100 тис. населення і щороку збільшується на 2 %. В Україні, за інформацією попередніх років, ЧМТ щорічно діагностували майже у 100–200 тис. потерпілих, близько 1 млн встановлювали інвалідність [9]. У основній частини постраждалих (50–90 %) зберігається психоорганічна та неврологічна симптоматика, що спричиняє втрату працездатності у 45 % [7].

Тому слід зосередити увагу на етапах розвитку органічного афективного розладу. Докладний опис стадійності органічної депресії належить А. Marneros: 1) астенічно-іпохондрична стадія; 2) стадія «ендогенних» проявів; 3) стадія органічно-депресивних розладів; 4) стадія «чистих» органічних проявів.

I стадія характеризується появою нозонеспецифічної симптоматики, котра включає швидке соматичне та психічне виснаження, послаблення концентрації уваги, зниження працездатності, дратівливість, тривогу, іпохондричні побоювання та вегетативні симптоми. II стадія відповідає критеріям неорганічної депресії. Включає вітальну тугу, відчуття вини, неповноцінності, психомоторну загальмованість, добові коливання афекту, порушення сну. Спостерігається втрата потягів, апетиту, сенсу життя, з'являються суїцидальні тенденції. Проте вже у III стадії на перший план виступають порушення мнестичних функцій, лабільність та не-тримання афекту, дратівливість, зниження критики, концентрації уваги, неврологічна симптоматика. Органічна симптоматика досягає максимуму на IV етапі, коли зникають ознаки «ендогенної» стадії і лишається лише органічна симптоматика [10], тобто остання повністю нівелює прояви депресії.

Виходячи зі стадій розвитку органічної депресії можна стверджувати, що на ініціальних етапах органічні депресивні розлади можуть ідентифікуватись як депресивні розлади ендегенного спектра. Тож їх тотожність може завести у глухий кут навіть найдосвідченіших фахівців.

Матеріали та методи дослідження

Для проведення дослідження було сформовано дві групи обстежуваних. Перша – хворі з депресією на тлі ЧМТ (ДРЧМТ). Друга – хворі з депресивним епізодом у рамках рубрики афективних розладів без ЧМТ (ендогенний депресивний розлад – ЕДР).

З метою діагностики депресії за ступенем тяжкості ми застосовували шкалу самооцінки депресії Цунга, шкалу оцінки депресії Гамільтона. Вони допомагають не лише встановити ступінь тяжкості депресії, а й спостерігати її

динаміку у процесі лікування. Також було використано опитувальник SF-36, за яким визначали фізичний (РН) та психологічний (МН) компоненти здоров'я.

Для реалізації дослідження провели комплексне обстеження 50 пацієнтів (25 хворих із депресією після ЧМТ, які відповідають діагностичним критеріям органічного афективного розладу (F 06.3 за МКХ-10); та 25 пацієнтів, клінічна картина депресії яких відповідає критеріям депресивного епізоду (F 32.0–32.3). Вибірка проводилась на базі ТМО «ПСХІАТРІЯ» у м. Києві.

Результати та їх обговорення

Вираженість депресії за шкалою Гамільтона серед загальної вибірки (n=50) на вхідному етапі дослідження відображається наступним співвідношенням: депресія легкого ступеня – 58 %, депресія середнього ступеня – 38 %, депресія тяжкого ступеня – 4 %.

Рівень депресії за шкалою Цунга на цьому ж етапі дослідження серед загальної вибірки (n=50) відображається наступним співвідношенням: депресія легкого ступеня – 75 %, депресія середнього ступеня – 25 %, депресія тяжкого ступеня не виявлена. У таблицях 1–4 відображено середнє значення рівня депресії серед пацієнтів з ЕДТ та ДРЧМТ за шкалами Цунга та Гамільтона на вхідному та кінцевому етапах дослідження.

Таким чином, виявлено вплив аналізованих лікувальних заходів на рівень вираженості депресивної симптоматики за шкалою Гамільтона ($p < 0,001$).

Виявлено вплив аналізованих лікувальних заходів на рівень вираженості депресивної симптоматики за результатами шкали Цунга ($p < 0,001$).

Виявлено відмінність на рівні значущості ($p < 0,001$).

Таблиця 1. Оцінка середнього значення рівня вираженості депресії за шкалою Гамільтона у хворих з ЕДР

Період визначення	Кількість пацієнтів	Середнє значення рівня депресії, $X \pm m$
1 тиждень	26	14,50±0,94
4 тиждень	26	6,00±0,64

Примітка. X – рівень депресії, m (т) – стандартні похибки середнього.

Таблиця 2. Оцінка середнього значення рівня вираженості депресії за шкалою Цунга у хворих з ЕДР

Період визначення	Кількість пацієнтів	Середнє значення рівня депресії, $X \pm m$
1 тиждень	25	53±1,66
4 тиждень	25	36±1,5

Таблиця 3. Оцінка середнього значення рівня вираженості депресії за шкалою Гамільтона у хворих з ДРЧМТ

Період визначення	Кількість пацієнтів	Середнє значення рівня депресії, $X \pm m$
1 тиждень	24	16,5±1,5
4 тиждень	24	9±0,9

Таблиця 4. Оцінка середнього значення рівня вираженості депресії за шкалою Цунга у хворих з ДРЧМТ

Період визначення	Кількість пацієнтів	Середнє значення рівня депресії, $X \pm m$
1 тиждень	24	54±1,3
4 тиждень	24	46,5±1,6

При дослідженні залежності рівня депресивної симптоматики від оцінки фізичного компонента здоров'я між вибіркою ЕДР (1 тиж.) НАМ та ЕДР (1 тиж.) SF-36 (РН): $n=25$; $r=-0,606$. Відповідно, існує обернено пропорційний кореляційний зв'язок середньої сили $-0,606$ на рівні значущості ($p<0,01$). Отже, при збільшенні рівня депресії за шкалою Гамільтона знижуються показники рівня РН за шкалою SF-36. Аналогічна залежність й за шкалою Цунга, за якою коефіцієнт кореляції складає $-0,619$ ($p<0,01$).

Дещо слабшим є кореляційний зв'язок між рівнем вираженості депресії та показниками психологічного компонента – відповідно $-0,328$ та $-0,311$ ($p<0,01$). Тобто відмічається зниження критичного ставлення до хвороби, що в меншій мірі відповідає об'єктивним методам діагностики.

Можна припустити, що при застосуванні суб'єктивних шкал оцінки рівня депресії пацієнти з ДРЧМТ часто в повній мірі недооцінюють власну психічну неспроможність, проте відмічають зниження фізичного компонента здоров'я (табл. 5).

Таблиця 5. Значимість кореляційного зв'язку між вибірками шкал депресії та шкал компонентів здоров'я у пацієнтів із ЕДР та ДРЧМТ на 1 тижні госпіталізації

	ЕДР I (SF-36-MH)	ЕДР I (SF-36-PH)	ДРЧМТ I (SF-36 MH)	ДРЧМТ I (SF-36-PH)
Тиж. I НАМ	-0,328	-0,606	-0,300	-0,284
Тиж. I ZUN	-0,311	-0,619	-0,207	-0,370

За наявності позитивної динаміки перебігу депресивного епізоду у пацієнтів із ЕДР спостерігається зростання залежності рівня фізичного та психічного компонентів здоров'я за шкалою SF-36, що свідчить про підвищення критичності до перенесеного епізоду й чітко прослідковується у порівнянні даних, наведених у таблицях 5 та 6.

Таблиця 6. Значимість кореляційного зв'язку між вибірками шкал депресії та шкал компонентів здоров'я у пацієнтів із ЕДР та ДРЧМТ на 4 тижні госпіталізації

	ЕДР I (SF-36-MH)	ЕДР I (SF-36-PH)	ДРЧМТ I (SF-36 MH)	ДРЧМТ I (SF-36-PH)
Тиж. IV НАМ	-0,458	-0,616	-0,485	-0,438
Тиж. IV ZUN	-0,490	-0,682	-0,363	-0,362

Висновки

Пацієнти із депресивним розладом органічної природи меншою мірою диференціюють зниження психічного та фізичного компонентів здоров'я (за SF-36), порівняно з хворими на афективний розлад настрою, депресивний епізод. У них відмічається значно менший рівень критичності до поточного психічного стану, що спостерігається за завищеними даними суб'єктивної шкали депресії Цунга, на відміну від об'єктивної – Гамільтона.

Внаслідок цього пацієнти з органічним афективним розладом пізніше за хворих із ендегенним радикалом включаються до реабілітаційних заходів у відділенні та

реабілітаційному центрі. Що, в свою чергу, відстрочує терміни перебування пацієнтів у психіатричному стаціонарі, пригнічує психоемоційний стан хворих, за відсутності стрімкої позитивної динаміки знижує соціальну адаптацію та погіршує прогностичні оцінки.

Лише за своєчасної диференційної діагностики органічного депресивного розладу з іншими афективними порушеннями можливий підбір адекватної медикаментозної терапії та реабілітаційних заходів.

За зниженого критичного ставлення до захворювання пацієнти з органічним депресивним розладом, на відміну від пацієнтів з депресією ендегенного походження, мають нижчу прихильність до терапії, відповідно, складніше досягається комплаєнс.

Для якісної діагностики депресивних розладів доцільно застосовувати як суб'єктивні, так і об'єктивні шкали визначення рівня вираженості депресивної симптоматики. Дана практика дозволяє повною мірою оцінити ставлення пацієнта до власного психічного стану, визначити готовність до реабілітаційних заходів. Шкала SF-36 дає змогу оцінити динаміку лікувального процесу та виявити можливі напрямки реабілітаційних заходів.

Список використаної літератури

1. Мішієв В. Д. Сучасні депресивні розлади : керівництво для лікарів / В. Д. Мішієв. – Львів : МС, 2004. – 208 с.
2. Напрєєнко О. К. Нециркулярні депресії: монографія / О. К. Напрєєнко, К. М. Логановський ; за ред. проф. О. К. Напрєєнка. – К. : Софія-А, 2013. – 624 с.
3. Мосолов С. Н. Основы психофармакотерапии / С. Н. Мосолов. – М. : Восток, 1996. – 288 с.
4. Ebmeier K. Recent developments and current controversies in depression / K. Ebmeier, C. Donaghey, J. D. Steele // The Lancet. – 2006. – Vol. 367, No. 9505. – P. 153–167.
5. The Epidemiology of Major Depressive Disorder Results From the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) / R. C. Kessler, P. Berglund, O. Demler [et al.] // JAMA. – 2003. – Vol. 289, No. 23. – P. 3095–3105.
6. Мониторинг и лечение тяжелой черепно-мозговой травмы / А. М. Кардаш, В. И. Черный, Г. А. Горюнич, В. С. Ботев // Український нейрохірургічний журнал. – 2014. – № 2 (66). – С. 8–19.
7. Когнітивні розлади у віддаленому періоді черепно-мозкової травми як причина обмеження життєдіяльності потерпілих / В. М. Школьник, Г. Д. Фесенко, В. А. Голик [та ін.] // Український нейрохірургічний журнал. – 2015. – № 2 (70). – С. 5–10.
8. Черепно-мозговая травма: современные принципы неотложной помощи / Е. Г. Педаченко, И. П. Шлапак, А. П. Гук, М. Н. Пилипенко. – К. : ВІПОЛ, 2009. – 215 с.
9. Епидемиология инвалидности вследствие черепно-мозговой травмы в Украине / Н. К. Хобзей, Е. Г. Педаченко, В. А. Голик [и др.] // Україна. Здоров'я нації. – 2011. – № 3 (19). – С. 30–35.
10. Калинин В. В. Органические психические расстройства в МКБ-10: несовершенство критериев диагностики или псевдодиагностические категории / В. В. Калинин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, № 3. – С. 42–44.

References

1. Mishyiev, V. D. (2004). Suchasni depresyvni rozlady: kerivnytstvo dlia likariv [Depressive disorders in nowadays: a guide for doctors]. Lviv: MS, 208 p. (In Ukrainian).
2. Naprieienko, O. K., Lohanovskiy, K. M., & Syrop'iatov, O. G. (2013). Netsyrkuliarni depresii [Non-circular depression]. O. K. Naprieienko (Ed.). Kyiv: Sofija-A, 624 p. (In Ukrainian).
3. Mosolov, S. N. (1996). Osnovy psihofarmakoterapii [Fundamentals of pharmacotherapy]. Moscow: Vostok, 288 p. (In Russian).
4. Ebmeier, K. P., Donaghey, C., & Steele, J. D. (2006). Recent developments and current controversies in depression. *The Lancet*, vol. 367, no. 9505, pp. 153–167. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)67964-6
5. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, vol. 289, no. 23, pp. 3095–3105. DOI: 10.1001/jama.289.23.3095
6. Kardash, A. M., Cherniy, V. I., Gorodnik, G. A., & Botev, V. S. (2014). Monitoring i lechenie tzhazhelej cherepno-mozgovoy travmy [Monitoring and treatment of severe traumatic brain injury]. *Ukrainskyi neurokhirurhichnyi zhurnal – Ukrainian Neurosurgical Journal*, no. 2 (66), pp. 8–19. (In Russian).

7. Shkolnyk, V. M., Fesenko, G. D., Golyk, V. A., Pogorelova, S. A., Pashkovskiy, V. I., & Huk, A. P. (2015). Kohnnytny rozlady u viddalenomu periodi cherepno-mozkovoї travmy yak prychna obmezhenia zhyttiedialnosti poterpilykh [Remote cognitive impairments after traumatic brain injury as a disability cause]. *Ukrainskyi neirokhirurhichnyi zhurnal – Ukrainian Neurosurgical Journal*, no. 2 (70), pp. 8–19. (In Ukrainian).
8. Pedachenko, E. G., Shlapak, I. P., Guk, A. P., & Pilipenko, M. N. (2009). Cherepno-mozgovaja travma: sovremennye principy neotlozhnoj pomoshhi [Traumatic brain injury: intensive care management]. Kyiv: VIPOL, 215 p. (In Russian).
9. Hobzey, N. K., Pedachenko, Ye. G., Golyk, V. A., Guk, A. P., & Gondulenko, N. A. (2011). Jepidemiologija invalidnosti vsledstvie cherepno-mozgovoj travmy v Ukraine [Disability due to traumatic brain injury epidemiology in Ukraine]. *Ukraina. Zdorov'ia natsii – Ukraine. Health of the Nation*, no. 3, pp. 30–35. (In Russian).
10. Kalinin V. V. (2014). Organicheskie psichicheskie rasstrojstva v MKB-10: nesovershenstvo kriteriev diagnostiki ili psevdodiagnosticheskie kategorii [Organic mental disorders in the icd-10: insufficient diagnostic criteria or pseudodiagnostic categories]. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija – Social and Clinical Psychiatry*, vol. 24, no. 3, pp. 42–44. (In Russian).

СТАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ, И ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОГЕННЫМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НАСТРОЕНИЯ

В. А. Бедлинский

Актуальность. Цель – исследование особенностей течения депрессивной симптоматики в структуре органического и эндогенного аффективного расстройства, ее влияния на лечение, физическое, психоэмоциональное состояния и динамику медико-социальной реабилитации.

Материалы и методы. Проведено обследование 50 больных с депрессией, которые проходили лечение в ТМО «ПСИХИАТРИЯ» в г. Киеве. Исследуемые были разделены на 2 группы: 25 человек с депрессией после ЧМТ, которые отвечают критериям – (F 06.3); и 25 человек, клиническая картина депрессии которых отвечает (F 32.0 – 32.3). В исследовании были использованы следующие методы: шкала самооценки депрессии Цунга, шкала оценки депрессии Гамильтона, опросник оценки качества жизни «SF-36», методы описательной статистики.

Результаты. Обнаружено обратно пропорциональную корреляционную связь -0.606 на уровне значимости ($p < 0,01$), это подтверждает, что при увеличении уровня депрессии уменьшаются показатели уровня физического компонента здоровья, что отмечают сами пациенты с F 32.x. Однако больные с F 06.3 в меньшей степени дифференцируют ухудшение как физического, так и психического здоровья, на уровне $(-0,485)$ и $(-0,438)$ соответственно ($p < 0,01$). При прохождении субъективной оценки депрессии пациенты с F 06.3 склонны к завышению как показателей здоровья, так и депрессивной симптоматики.

Выводы. Больные органическими депрессивными расстройствами в меньшей степени дифференцируют снижение психического и физического компонентов здоровья (по SF-36), в сравнении с больными аффективным расстройством настроения, депрессивным эпизодом. При сниженной критике к заболеванию пациенты с органическим депрессивным расстройством имеют низший уровень приверженности к терапии. Для качественной диагностики депрессивных расстройств целесообразно применять как субъективные, так и объективные шкалы определения уровня депрессивной симптоматики. Это позволяет в полном объеме оценить отношение пациента к собственному психическому состоянию, определить готовность к реабилитационным мероприятиям.

Ключевые слова: депрессия, черепно-мозговая травма, органическое аффективное расстройство, качество жизни.

COMPARATIVE ASSESSMENT OF DEPRESSION IN PATIENTS AFTER TRAUMATIC BRAIN INJURY AND PATIENTS WITH ENDOGENOUS AFFECTIVE MOOD DISORDER

V. O. Bedlinskyi

Objectives. To observe the main features of depressive symptoms in the structure of organic and endogenous affective disorder and its impact on treatment, physical, psycho-emotional state, and the dynamics of medical and social rehabilitation.

Materials and methods. This study enrolled 50 patients with depression who were treated in TMO "Psychiatry" in Kiev. Participants were divided into 2 groups: 25 individuals with depression after TBI, who meet the criteria – (F 06.3); and 25 people with picture of depression which corresponds to (F 32.0 – 32.3).

We used the following methods in the study: Zung Self-Rating Depression Scale, Hamilton depression rating scale, a questionnaire to assess quality of life «SF-36», methods of descriptive statistics.

Results. An inverse correlation of -0.606 at a significance level ($p < 0,01$) was found. It confirms that an increase in depression level lowers rates of physical health component, and most patients with F 32.x noticed it. However, patients with F 06.3 differentiate deterioration in both physical and mental health at lower level -0.485 and -0.438 respectively, with ($p < 0,01$). In a subjective assessment of depression, patients with F 06.3 tend to overestimate both health indicators and depressive symptoms.

Conclusions. Patients with organic depressive disorder less likely to differentiate decrease in mental and physical health component (for SF-36) comparing with patients with affective mood disorder, depressive episode. Patients with organic depressive disorder have a reduced criticism of the disease and a lower level of adherence to therapy. To make the right diagnosis of depressive disorders one should use both subjective and objective scales of depression. This allows you to fully estimate the attitude of the patients to their own mental health, to determine readiness for rehabilitation.

Keywords: depression, traumatic brain injury, organic mood disorder, quality of life.

Стаття надійшла до редакції 23.01.2017 р.

БЕДЛІНСЬКИЙ Володимир Олексійович, лікар-психіатр в Центрі екстреної медичної допомоги та медицини катастроф м. Києва, Україна; e-mail: bedlinsky@i.ua

БЕДЛІНСЬКИЙ Владимир Алексеевич, врач-психиатр в Центре экстренной медицинской помощи и медицины катастроф г. Киева, Украина; e-mail: bedlinsky@i.ua

BEDLINSKYI Volodymyr Oleksiiovych, psychiatrist of the Center of Emergency Medical Care and Disaster Medicine, Kyiv, Ukraine; e-mail: bedlinsky@i.ua