

УДК 616.89:616.89-008.441.44-07

Д. Р. Тахташова, Г. М. Кожина\*, Г. Г. Кольцова  
**ФЕНОМЕНОЛОГІЯ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ  
У ХВОРИХ НА БІПОЛЯРНИЙ АФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД**  
Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

**Актуальність.** На біполярний афективний розлад (БАР) страждає 0,3–1,5 % населення світу. Ризик скоєння суїциду при БАР у 20–30 разів перевищує середньопопуляційний та складає 20,0–37,7 %.

**Мета** – розробити систему психопрофілактики аутоагресивної поведінки у хворих на БАР на підставі вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних закономірностей її формування.

**Матеріали та методи.** З дотриманням принципів біоетики і деонтології було проведено комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 117 пацієнтів обох статей із БАР з ознаками аутоагресивної поведінки (середній вік 40,5±5,5 років). Методи дослідження – клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний.

**Результати.** Аутоагресивна поведінка у пацієнтів з манакальним епізодом БАР асоціювалася з переважанням гнівливої форми манії (47,4 %;  $p < 0,05$ ). У пацієнтів з депресивним епізодом БАР аутоагресивна поведінка формувалася при переважанні тужливого (37,8 %;  $p < 0,05$ ) та апато-адинамічного (22,2 %;  $p < 0,01$ ) варіантів депресії. У пацієнтів з аутоагресивною поведінкою в структурі мішаного епізоду БАР спостерігалось домінування поєднаних варіантів «гнівливої» манії (32,4 %;  $p < 0,05$ ) та тривожної депресії (35,3 %;  $p < 0,01$ ). Серед пацієнтів з манакальним епізодом БАР виявлений низький ризик скоєння суїциду. У пацієнтів з депресивним епізодом БАР та зі змішаним епізодом БАР виявлено середньовисокий рівень суїцидального ризику. Для пацієнтів з БАР характерне домінування афективного варіанта суїцидальної поведінки (48,7 %). Істинний та демонстративний варіанти суїцидальної поведінки спостерігалися у 32,5 % та 18,8 % випадків відповідно.

**Висновки.** Вивчення патопсихологічних закономірностей формування суїцидальної поведінки при різних фазах БАР показало, що основними чинниками суїцидогенезу є фрустрація певних життєвих потреб, яка, у поєднанні з високим рівнем інтернальності, обумовлює активність специфічних форм психологічного захисту, що є передумовою реалізації аутоагресії.

**Ключові слова:** біполярний афективний розлад, депресивний епізод, манакальний епізод, змішаний епізод, механізми суїцидогенезу, фрустрація, програма психопрофілактики.

**ФЕНОМЕНОЛОГІЯ АУТОАГРЕСИВНОГО ПОВЕДІННЯ У БОЛЬНЫХ БИПОЛЯРНЫМ АФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ**

Д. Р. Тахташова, А. М. Кожина\*, Г. Г. Кольцова

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

**Актуальность.** Биполярным аффективным расстройством (БАР) страдает 0,3–1,5 % населения мира. Риск совершения суицида при БАР в 20–30 раз превышает среднепопуляционный и составляет 20,0–37,7 %.

**Цель** – разработать систему психопрофилактики аутоагрессивного поведения у больных БАР на основании изучения клинико-психопатологических и патопсихологических закономерностей ее формирования.

**Материалы и методы.** С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии было проведено комплексное клинико-психопатологическое и психодиагностическое обследование 117 пациентов обоего пола с БАР с признаками аутоагрессивного поведения (средний возраст 40,5±5,5 лет). Методы исследования – клинико-психопатологический, психодиагностические, статистический.

**Результаты.** Аутоагрессивное поведение у пациентов с манакальным эпизодом БАР ассоциировалось с преобладанием раздражительной формы мании (47,4 %;  $p < 0,05$ ). У пациентов с депрессивным эпизодом БАР аутоагрессивное поведение формировалось при преобладании тоскливого (37,8 %;  $p < 0,05$ ) и апато-адинамического (22,2 %;  $p < 0,01$ ) вариантов депрессии. У пациентов с аутоагрессивным поведением в структуре смешанного эпизода БАР наблюдалось доминирование объединенных вариантов «раздражительной» мании (32,4 %;  $p < 0,05$ ) и тревожной депрессии (35,3 %;  $p < 0,01$ ). Среди пациентов с манакальным эпизодом БАР выявлен низкий риск совершения суицида. У пациентов с депрессивным эпизодом БАР и со смешанным эпизодом БАР обнаружен средневисокий уровень суицидального риска. Для пациентов с БАР характерно доминирование аффективного варианта суицидального поведения (48,7 %). Истинный и демонстративный варианты суицидального поведения наблюдались в 32,5 % и 18,8 % случаев соответственно.

**Выводы.** Изучение патопсихологических закономерностей формирования суицидального поведения при различных фазах БАР показало, что основным фактором суицидогенеза является фрустрация определенных жизненных потребностей, которая, в сочетании с высоким уровнем интернальности, обуславливает активность специфических форм психологической защиты, что является предпосылкой реализации аутоагрессии.

**Ключевые слова:** биполярное аффективное расстройство, депрессивный эпизод, манакальный эпизод, смешанный эпизод, механизмы суицидогенеза, фрустрация, программа психопрофилактики.

**PHENOMENOLOGY OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN PATIENTS WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER**

D. R. Takhtashova, H. M. Kozhyina\*, G. G. Kol'tsova

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

**Background.** Bipolar affective disorder (BAR) affects 0.3–1.5 % of the world's population. The risk of committing suicide with BAR is 20–30 times higher than the average population one and is 20.0–37.7 %.

**Objective** – to develop a system of psychoprophylaxis of auto-aggressive behavior in patients with BAR on the basis of studying the clinical, psychopathological and psychopathological patterns of its formation.

**Materials and methods.** Complying with the principles of bioethics and deontology, a comprehensive clinical, psychopathological and psychodiagnostic examination of 117 patients of both sexes with BAR with signs of auto-aggressive behavior was conducted (average age – 40.5±5.5 years). Clinical, psychopathological, psychodiagnostic and statistical research methods were used.

**Results.** Autoaggressive behavior in patients with a manic episode of BAR was associated with the prevalence of the irritable form of mania (47.4 %;  $p < 0.05$ ). In patients with a depressive episode of BAR, auto-aggressive behavior was formed with the prevalence of melancholy (37.8 %;  $p < 0.05$ ) and apato-adydynamic (22.2 %;  $p < 0.01$ ) variants of depression. In patients with auto-aggressive behavior in the structure of the mixed episode of BAR, dominance of the combined variants of «irritable» mania (32.4 %;  $p < 0.05$ ) and anxious depression (35.3 %;  $p < 0.01$ ) was observed.

anxious depression (35.3 %;  $p < 0.01$ ) was observed. A low risk of suicide has been identified among patients with a manic episode of BAR. In patients with a depressive episode of BAR and with a mixed episode of BAR, a moderately high level of suicidal risk was found. For patients with BAR, the dominance of the affective variant of suicidal behavior is typical (48.7 %). True and demonstrative variants of suicidal behavior were observed in 32.5 % and 18.8 % of cases, respectively.

**Conclusions.** The study of pathopsychological patterns in the formation of suicidal behavior in various phases of BAR showed that the main factor of suicidogenesis is the frustration of certain vital needs, which, combined with a high level of internality, determines the activity of specific forms of psychological defense, which is a prerequisite for the implementation of auto-aggression.

**Keywords:** bipolar affective disorder, depressive episode, manic episode, mixed episode, suicide, autoaggressive behavior, frustration, psychoprophylaxis program.

**For citation:** Takhtashova D. R., Kozhyna H. M., Kol'tsova G. G. Phenomenology of autoaggressive behavior in patients with bipolar affective disorder. *Arkhiv Psykhiatrii*. 2018, 24(4): 202–206. (In Ukr.)

\*Corresponding Author (Автор, відповідальний за листування): amkozhyuna888@gmail.com

Received / Поступила: 22.10.2018

Accepted / Прийнята до друку: 14.11.2018

**Актуальність.** Сучасні дослідження свідчать про те, що 0,3–1,5 % населення світу страждають на біполярний афективний розлад (БАР). Тим часом існують дані про більш високу захворюваність населення на цю патологію, яка досягає рівня від 2,3 % до 5 %, а ймовірність розвитку у людини цього розладу становить 1 % [1]. Велика частина цих хворих у маніфестній депресивній фазі перебуває під спостереженням у невропатологів, кардіологів, хірургів і гастроентерологів та не отримує своєчасної й адекватної психіатричної допомоги [2].

Відповідно до сучасних уявлень, БАР є психічним захворюванням, що характеризується зміною полярності афекту, хронічним рецидивним перебігом, високим коефіцієнтом коморбідності, супроводжується суїцидальною поведінкою, скороченням тривалості життя, погіршенням соціального функціонування та якості життя пацієнтів і їх оточення. Наслідком суїцидальної поведінки пацієнтів з БАР є скорочення тривалості життя на 10 років (порівняно зі здоровими), що корелює з несвоєчасним призначенням адекватної терапії та порушенням комплаєнсу [3, 4].

Дослідження останнього періоду довели, що ризик скоєння суїциду при БАР у 20–30 разів перевищує середньопопуляційний та складає 20,0–37,7 %. При цьому підкреслюється, що найстабільніший суїцидальний ризик притаманний БАР II типу (24 %), порівняно з БАР I типу (17 %) та рекурентною депресією [5, 6].

Українські реалії щодо поширення біполярного афективного розладу та його медико-соціальних наслідків відповідають загальносвітовій тенденції, а саме, за даними ВООЗ, 150 млн осіб у світі страждають на великий депресивний розлад, 30 млн осіб – на біполярний афективний розлад, а понад 16 млн осіб у віці до 60 років щорічно втрачають працездатність внаслідок уніполярної та біполярної депресії [7, 8].

Вивчення захворюваності на біполярний розлад супроводжується значними труднощами, оскільки субклінічні прояви розладу є загальними, можуть спостерігатися суттєві затримки, на багато років, до того часу, як людина звернеться за медичною допомогою, а первинне звернення часто пов'язане з депресією, невизначеним психічним станом або втратою контролю над імпульсною поведінкою, тому характер біполярного розладу діагностується лише через кілька років після первинного звернення [9, 10].

У проведених дослідженнях показано, що суїцидальна поведінка при БАР спричинена психопатологічними феноменами та ситуаційними чинниками, тобто є результатом поєднання ендогенних та екзогенних складо-

вих. Але не вивченими залишаються роль цих чинників у різних фазах розвитку патологічного процесу, вплив поліморфізму клінічних проявів БАР на структуру суїцидальної поведінки, вираження суїцидального ризику в різних фазах та періодах захворювання тощо. Особливу проблему складають патопсихологічні механізми формування суїцидальної поведінки, що перебувають під впливом ціннісно-сміислової сфери особистості, чинників психологічного захисту, індивідуального життєвого стилю [11–13].

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

**Мета дослідження** – розробити систему психопрофілактики аутоагресивної поведінки у хворих на БАР на підставі вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних закономірностей її формування.

## Матеріали та методи дослідження

Для вирішення поставленої мети з дотриманням принципів біоетики і деонтології було проведено комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 117 пацієнтів обох статей з БАР із ознаками аутоагресивної поведінки у середньому віці  $40,5 \pm 5,5$  років.

У роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-психопатологічний, основою якого було структуроване інтерв'ювання та спостереження, спрямоване на виявлення провідних симптомів, синдромів та їх динаміки у зіставленні з діагностичними критеріями МКХ-10.

Психодіагностичний метод включав використання клінічних шкал тривоги і депресії Гамільтона (M. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 (Г. П. Пантелеєва, 1988) (HDRS); шкали оцінки манії Янга (YMRS) (Young R. C., 1978); шкали самооцінки вираженості аутоагресивних предикторів (Пилягіна Г. Я., 2004); шкали суїцидального ризику (Старшенбаум Г. В., 1977); методики вивчення ціннісних орієнтацій (Фанталова Е. Е., 1992); методики визначення індивідуального життєвого стилю (Вассерман Л. И., 2005).

Математико-статистичні методи включали методи математичної статистики з обчисленням середніх величин ( $M$ ) та їх похибок ( $m$ ). Відмінності показників у групах за  $t$ -критерієм Стьюдента вважали достовірними при  $p \leq 0,05$ . При складанні табличних алгоритмів здійснювали просте ранжування факторів ( $p$ ) у послідовності їх зменшуваної інформативності. Взаємозв'язок між величинами визначали за допомогою кореляційного аналізу (Антомонов М. Ю., 2006).

## Результати та їх обговорення

У ході аналізу проявів аутоагресивної поведінки встановлено, що у 41,5 % обстежених хворих реєструвалися суїцидальні рішення, наміри та задуми, а у 28,5 % – пасивні та активні суїцидальні думки, фантазування та переживання, у 30,0 % – суїцидальні спроби.

При дослідженні варіантів суїцидальної поведінки у пацієнтів з БАР виявлено домінування афективного варіанта (48,7 %); істинний та демонстративний варіанти суїцидальної поведінки спостерігалися у 32,5 % та 18,8 % випадків відповідно.

Основні клініко-психопатологічні та патопсихологічні закономірності формування суїцидальної поведінки при БАР вивчалися відповідно до фаз полярності афекту.

При дослідженні суїцидальної поведінки у пацієнтів з маніакальним епізодом БАР встановлено, що серед обстежених достовірно переважали особи жіночої статі (65,8 %;  $p < 0,01$ ) у віці  $46,2 \pm 5,5$  роки ( $p < 0,05$ ) з середньою спеціальною освітою (34,2 %;  $p < 0,05$ ), які працювали у сфері фізичної праці (42,1 %,  $p < 0,05$ ) та мешкали у сільській місцевості (28,9 %;  $p < 0,01$ ).

Клініко-психопатологічний аналіз особливостей маніакального епізоду та їх взаємозв'язку з суїцидальним ризиком показав переважання в структурі клінічних проявів гнівливої форми манії (47,4 %;  $p < 0,05$ ), що супроводжувалися руховим збудженням у вигляді підвищення рухової активності, дратівливості, гнєвливості, прискіпливості (68,4 %;  $p < 0,05$ ).

Серед клініко-психопатологічних порушень розлади мислення та когнітивних функцій характеризувалися наявністю ідей самосхвалення та самовпевненості (підвищена самооцінка, перебільшення своїх досягнень, реальних можливостей, надмірно оптимістична оцінка життєвої ситуації у цілому) у 73,7 % ( $p < 0,01$ ); підвищенням швидкості мислення (необмежений та прискорений потік ідей) у 71,1 % ( $p < 0,05$ ); труднощами в прийнятті рішень у 52,6 % ( $p < 0,05$ ); підвищеною чутливістю до критики на свою адресу у 36,8 % ( $p < 0,05$ ). Вираження цих проявів за шкалою YMRS складало  $28,8 \pm 5,1$  бали.

Емоційні розлади в цих пацієнтів проявлялися у вигляді вираженого відчуття радості (55,3 %,  $p < 0,05$ ), емоційної лабільності (36,8 %,  $p < 0,01$ ), відчуття прикrostі (31,6 %,  $p < 0,05$ ) та образи (26,3 %,  $p < 0,01$ ).

Дослідження вираженості суїцидального ризику серед пацієнтів з маніакальним епізодом БАР свідчило про низький ризик скоєння суїциду, що підтверджувалося показником за відповідною шкалою за методикою Г. В. Старшенбаума –  $9,3 \pm 1,6$  бали (7,7–10,9 бали;  $p < 0,05$ ).

Вивчення суїцидальної поведінки у пацієнтів з депресивним епізодом БАР показало, що в даній групі обстежених переважали чоловіки (62,2 %;  $p < 0,05$ ), середній вік яких складав  $58,6 \pm 6,1$  років, які були самотніми та не мали родини (31,1 %;  $p < 0,01$ ), працювали в сфері розумової праці (73,3 %;  $p < 0,01$ ).

Серед клінічних проявів депресивного розладу в цій групі відзначалося переважання тужливого (37,8 %;  $p < 0,05$ ) та апато-адинамічного (22,2 %;  $p < 0,01$ ) варіантів депресії. Вираження цих проявів за шкалою HDRS складало  $34,7 \pm 4,4$  бали.

Депресивні розлади в даній групі хворих проявлялися загальмованістю рухів, мови, міміки (20,0 %;  $p < 0,01$ ), вираженим відчуттям провини (68,9 %;  $p < 0,01$ ), зниженням інтересів (84,4 %;  $p < 0,05$ ), ідеями малоцінності (71,1 %;  $p < 0,05$ ) та підвищенням чутливості до критики на свою адресу (31,1 %;  $p < 0,05$ ).

Виявлені клініко-психопатологічні характеристики підтверджувалися даними шкали HDRS, які свідчили про домінування у пацієнтів цієї групи ангедонії (66,7 %;  $p < 0,05$ ), добових коливань настрою (68,9 %;  $p < 0,05$ ), туги (42,2 %;  $p < 0,01$ ) та суму (33,0 %).

Дослідження рівня суїцидального ризику за шкалою Г. В. Старшенбаума (1977) показало наявність в цих пацієнтів середньовисокого рівня суїцидального ризику –  $14,4 \pm 2,1$  бали (12,3–16,5 бали;  $p < 0,05$ ).

Вивчення закономірностей формування суїцидальної поведінки при змішаному епізоді БАР виявило, що серед обстежених даної групи переважали особи чоловічої статі (32,4 %;  $p < 0,01$ ); такі, що не мали родини (47,1 %;  $p < 0,01$ ); мешкали у місті (91,2 %;  $p < 0,05$ ); займалися розумовою працею (61,8 %;  $p < 0,05$ ) або були пенсіонерами (32,4 %;  $p < 0,01$ ).

Основними формами клініко-психопатологічних проявів у цій групі були поєднані варіанти гнівливої манії (32,4 %;  $p < 0,05$ ) та тривожної депресії (35,3 %;  $p < 0,01$ ), які супроводжувалися у 41,2 % випадків ( $p < 0,01$ ) руховим збудженням.

Серед розладів мислення та когнітивних функцій спостерігалися зниження рівня інтересів (64,7 %;  $p < 0,05$ ), порушення критики по відношенню до хвороби (44,1 %;  $p < 0,05$ ), ідеї малоцінності (41,2 %;  $p < 0,05$ ), ригідність мислення (38,2 %;  $p < 0,05$ ).

Дані за шкалою Гамільтона (HDRS) свідчили про те, що вираження депресивного настрою складало  $2,0 \pm 0,3$  бали, тривоги –  $2,6 \pm 0,4$  бали, ажитації –  $1,5 \pm 0,5$  бали.

Емоційні порушення в цій групі характеризувалися переважанням, порівняно з контролем, незадоволення (38,2 %;  $p < 0,01$ ), гнєву (35,3 %;  $p < 0,05$ ), емоційної лабільності (32,4 %;  $p < 0,05$ ), дратівливості (29,4 %;  $p < 0,05$ ), обурення (29,4 %;  $p < 0,01$ ).

Дослідження вираженості суїцидального ризику за шкалою Г. В. Старшенбаума виявило у пацієнтів зі змішаним епізодом БАР середньовисокий рівень ризику розвитку суїциду –  $12,0 \pm 1,9$  бали (10,1–13,9 бали;  $p < 0,05$ ).

У пацієнтів з маніакальним епізодом БАР визначено виражений ступінь фрустрації потреб: в активному дієвому житті – у 42,1 % ( $p < 0,01$ ) пацієнтів ( $8,1 \pm 1,4$  бали,  $p < 0,05$ ); у свободі та незалежності вчинків та дій – у 52,6 % ( $p < 0,05$ ) пацієнтів ( $7,9 \pm 1,2$  бали,  $p < 0,01$ ); у цікавій роботі – у 31,6 % ( $p < 0,05$ ) пацієнтів ( $7,5 \pm 1,3$  бали,  $p < 0,05$ ).

Високий рівень інтернальності в галузі досягнень ( $8,0 \pm 1,7$  бали,  $p < 0,05$ ) та низький – в галузі невдач ( $1,9 \pm 0,4$  бали,  $p < 0,05$ ) у пацієнтів цієї групи сприяли загостренню фрустраційного конфлікту, активуючи низькорезультативну діяльність особи щодо реалізації фрустраційних потреб.

Суїцидальна поведінка в цій групі розвивалася як імпульсивний протест проти оточуючих, які чинять опір

реалізації фрустрованих потреб, й бажання привернути увагу до своєї особистості та її діяльності.

Дослідження патопсихологічних чинників у пацієнтів з депресивним епізодом БАР довело наявність вираженого ступеня фрустрації в сфері любові (7,6±1,6 бали,  $p < 0,01$ ) та щасливого родинного життя (7,2±1,8 бали,  $p < 0,05$ ), які спостерігалися на тлі високого рівня інтернальності у сфері сімейних стосунків (7,7±1,1 бали,  $p < 0,01$ ), невдач (7,4±1,2 бали,  $p < 0,05$ ) та низького рівня інтернальності в сфері досягнень (2,5±1,3 бали,  $p < 0,01$ ).

Таке поєднання обумовлювало поглиблення відчуття провини перед близькими та оточуючими за свою хворобу, бездіяльність, безпорадність; єдиний шлях звільнення від тягара провини пацієнт бачив у вигляді скоєння суїциду.

У хворих зі змішаним епізодом БАР визначено наступні патопсихологічні особливості формування суїцидальної поведінки.

У цій групі пацієнтів виявлено виражений ступінь фрустрації потреб у матеріально забезпеченому житті (7,5±1,7 бали,  $p < 0,01$ ) та помірно виражений – потреб в дієвому житті (6,9±2,0 бали,  $p < 0,05$ ). Наявність високого рівня інтернальності в сфері невдач (7,2±1,4 бали,  $p < 0,01$ ) та низького рівня інтернальності в сфері досягнень (2,4±1,0 бали,  $p < 0,01$ ) призводила до поглиблення фрустраційного конфлікту.

Ворожість по відношенню до оточуючих та ситуації підсилювала особистісну тривожність, спричиняла ажитацію та напругу, що й формувала суїцидальну поведінку.

## Висновки

Аутоагресивна поведінка у пацієнтів з маніакальним епізодом БАР асоціюється з переважанням гнівливої форми манії (47,4 %;  $p < 0,05$ ). При депресивному епізоді БАР аутоагресивна поведінка формується при переважанні тужливого (37,8 %;  $p < 0,05$ ) та апато-адинамічного (22,2 %;  $p < 0,01$ ) варіантів депресії. У пацієнтів з аутоагресивною поведінкою в структурі мішаного епізоду БАР спостерігається домінування поєднаних варіантів «гнівливої» манії (32,4 %;  $p < 0,05$ ) та тривожної депресії (35,3 %;  $p < 0,01$ ).

Серед пацієнтів з маніакальним епізодом БАР виявлений низький ризик скоєння суїциду (9,3±1,6 бали за шкалою суїцидального ризику Г. В. Старшенбаума). У пацієнтів з депресивним епізодом БАР та зі змішаним епізодом БАР виявлено середньовисокий рівень суїцидального ризику (14,4±2,1 бали та 12,0±1,9 бали за шкалою суїцидального ризику Г. В. Старшенбаума відповідно).

Вивчення патопсихологічних закономірностей формування суїцидальної поведінки при різних фазах БАР показало, що основними чинниками суїцидогенезу є фрустрація певних життєвих потреб, яка, у поєднанні з високим рівнем інтернальності, обумовлює активність специфічних форм психологічного захисту, що є умовою реалізації аутоагресії.

Виявлені закономірності формування суїцидальної поведінки при різних фазах БАР будуть покладені в розробку системи психопрофілактики аутоагресивної поведінки у даного контингенту хворих.

## Список використаної літератури

1. Тахташова Д. Р. Программа дифференцированной профилактики суицидального поведения у больных с биполярными аффективными расстройствами. *Український вісник психоневрології*. 2014. Т. 22, вип. 1 (78). С. 91–96.
2. Cognition and functioning in bipolar depression / N. S. Kapczinski, J. C. Narvaez, P. V. Magalhães [et al.] // *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2016. Vol. 38, issue 3. P. 201–206. DOI: 10.1590/1516-4446-2014-1558.
3. Кожина Г. М., Коростій В. І., Зеленська К. О. Механізми формування та шляхи профілактики суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади. Харків: ХНМУ, 2014. 76 с.
4. Марута Н. О., Вербенко Г. М. Когнітивні порушення у хворих на біполярний афективний розлад (клініка, діагностика, терапія). *Український вісник психоневрології*. 2016. Т. 24, вип. 3 (88). С. 5–10.
5. Clinical management and burden of bipolar disorder: results from a multinational longitudinal study (WAVE-bd) / E. Vieta, J. M. Langosch, M. L. Figueira [et al.] // *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2013. Vol. 16, issue 8. P. 1719–1732. DOI: 10.1017/S1461145713000278.
6. Maruta N. O., Verbenko G. M. Features of clinical symptoms at different stages of the flow of bipolar affective disorder. *Український вісник психоневрології*. 2014. Т. 22, вип. 3 (80). С. 77–82.
7. Чабан О. С., Хаустова Е. А. Біполярна депресія: проблеми діагностики і терапії. *НейроNews*. 2011. № 5 (32). С. 18–22.
8. Кожина А. М., Гайчук Л. М. Современные стратегии в терапии биполярного аффективного расстройства. *Психичне здоров'я*. 2009. Вип. 3–4 (24–25). С. 60–62.
9. Очеретяная Н. Биполярное расстройство: клинический обзор. *Здоров'я України*. 2011. № 4 (19). С. 36–37.
10. Trotta A., Murray R. M., MacCabe J. H. Do premorbid and post-onset cognitive functioning differ between schizophrenia and bipolar disorder? A systematic review and meta-analysis. *Psychol. Med.* 2015. Vol. 45, issue 2. P. 381–394. DOI: 10.1017/S0033291714001512.
11. Cole A. J., Scott J., Ferrer I. N., Eccleston D. Patterns of treatment resistance in bipolar affective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1993. Vol. 88, issue 2. P. 121–123.
12. Хаустова Е. А., Безшейко В. Г., Романив А. П. Современные аспекты диагностики и лечения биполярной депрессии. *НейроNews*. 2012. № 1 (36). С. 38–42.
13. Кожина А. М., Резуненко О. Ю. Современные стратегии в реабилитации пациентов с биполярным аффективным расстройством. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2017. Т. 8, № 1. С. 78–83.

## References

1. Takhtashova, D. R. (2014). Programa dyferentsiiovanoi profilaktyky suitsyidalnoi povedinky u khvorykh z bipoliarnymy afektyvnymy rozladamy [Program for a differentiated prevention of a suicidal behavior in patients with bipolar affective disorders]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrologii – Ukrainian Journal Psychoneurology*, vol. 22, issue 1 (78), pp. 91–96. (In Russian).
2. Kapczinski, N. S., Narvaez, J. C., Magalhães, P. V., Bücker, J., Peuker, A. C., Loreda, A. C., ... Gama, C. S. (2016). Cognition and functioning in bipolar depression. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, vol. 38, issue 3, pp. 201–206. DOI: 10.1590/1516-4446-2014-1558.
3. Kozhyna, H. M., Korostii, V. I., & Zelenska, K. O. (2014). *Mekhanizmy formuvannia ta shliakhy profilaktyky suitsyidalnoi povedinky u khvorykh na depresyvni rozlady* [Mechanisms of formation and ways of prevention of suicidal behavior in patients with depressive disorders]. Kharkiv: KhNMU, 76 p. (In Ukrainian).
4. Maruta, N. O., & Verbenko, G. M. (2016). Kognityvni porushennia u khvorykh na bipoliarnyi afektyvnyi rozlad (klinika, diahnostryka, terapiia) [Cognitive impairments in patients with bipolar affective disorder (clinical features, diagnosis, therapy)]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrologii – Ukrainian Journal Psychoneurology*, vol. 24, issue 3 (88), pp. 5–10. (In Ukrainian).
5. Vieta, E., Langosch, J. M., Figueira, M. L., Souery, D., Blasco-Colmenares, E., Medina, E., ... Bellivier, F. (2013). Clinical management and burden of bipolar disorder: results from a multinational longitudinal study (WAVE-bd). *International Journal of Neuropsychopharmacology*, vol. 16, issue 8, pp. 1719–1732. DOI: 10.1017/S1461145713000278.
6. Maruta, N. O., & Verbenko, G. M. (2014). Features of clinical symptoms at different stages of the flow of bipolar affective disorder. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrologii – Ukrainian Journal Psychoneurology*, vol. 22, issue 3 (80), pp. 77–82.
7. Chaban, O. S., & Khaustova, O. O. (2011). Bipoliarnaia depressiia problemy diagnostiki i terapii [Bipolar depression: problems of diagnosis and therapy]. *NeuroNews*, no. 5 (32), pp. 18–22. (In Russian).
8. Kozhyna, H. M., & Gaichuk, L. M. (2009). Sovremennye strategii v terapii bipoliarnogo afektyvnogo rasstroistva [Modern strategies in the treatment of bipolar affective disorder]. *Psikhichne zdorov'ia – Mental health*, issue 3–4 (24–25), pp. 60–62. (In Russian).
9. Ocheretianaia, N. (2011). Bipoliarnoe rasstroistvo klinicheskii obzor [Bipolar Disorder: A Clinical Review]. *Zdorov'ia Ukrainy – Health of Ukraine*, issue 4 (19), pp. 36–37. (In Russian).
10. Trotta, A., Murray, R. M., & MacCabe, J. H. (2015). Do premorbid and post-onset cognitive functioning differ between schizophrenia and bipolar disorder? A systematic review and meta-analysis. *Psychol. Med.*, vol. 45, issue 2, pp. 381–394. DOI: 10.1017/S0033291714001512.

11. Cole, A. J., Scott, J., Ferrier, I. N., & Eccleston, D. (1993). Patterns of treatment resistance in bipolar affective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 88, issue 2, pp. 121–123.
12. Khaustova, O. O., Bezsheiko, V. H., & Romaniv, O. P. (2012). Sovremennye aspekty diagnostiki i lecheniia bipoliarnoi depressii [Modern aspects of diagnosis and treatment of bipolar depression]. *NeuroNews – NeuroNews*, no. 1 (36), pp. 38–42. (In Russian).
13. Kozhyna, H. M., & Rezunenko, O. Yu. (2017). Sovremennye strategii v reabilitatsii patsientov s bipoliarnym affektivnym rasstroistvom [Modern strategies in the rehabilitation of patients with bipolar affective disorder]. *Psikhiatriia psikhoterapiia i klinicheskaia psikhologiya – Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*, vol. 8, issue 1, pp. 78–83. (In Russian).

---

*Відомості про авторів:*

**ТАХТАШОВА Діна Рашидівна** – канд. мед. наук, старший науковий співробітник кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна

**КОЖИНА Ганна Михайлівна** – д-р. мед. наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна; e-mail: amkozhyuna888@gmail.com

**КОЛЬЦОВА Галина Геннадіївна** – старший лаборант кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна

---

*Сведения об авторах:*

**ТАХТАШОВА Дина Рашидовна** – канд. мед. наук, старший научный сотрудник кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, г. Харьков, Украина

**КОЖИНА Анна Михайловна** – д-р. мед. наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, г. Харьков, Украина; e-mail: amkozhyuna888@gmail.com

**КОЛЬЦОВА Галина Геннадьевна** – старший лаборант кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, г. Харьков, Украина

---

*About the Authors:*

**TAKHTASHOVA Dina Rashydivna** – MD, PhD, senior researcher of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

**KOZHYNNA Hanna Mykhailivna** – MD, PhD, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: amkozhyuna888@gmail.com

**KOL'TSOVA Galyna Gennadiivna** – senior laboratory assistant of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine