

УДК 616.89

DOI 10.11603/me.2414-5998.2021.2.12414

В. М. Василюк

Кременецька обласна гуманітарно-педагогічна академія імені Тараса Шевченка

ТЕХНОЛОГІЇ ПЕДАГОГІЧНОГО СПІЛКУВАННЯ ПРИ ДІАГНОСТУВАННІ ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

V. M. Vasylyuk

Taras Shevchenko Kremenets Regional Academy of Humanities and Pedagogy

TECHNOLOGIES OF PEDAGOGICAL COMMUNICATION IN THE DIAGNOSIS OF MENTAL DISEASES

Анотація. Діагностичний процес психічних захворювань відрізняється від такого в інших клініках. Різниця полягає в тому, що хворі з психопатологічними розладами можуть спотворювати, приховувати свої окремі скарги, переживання і вимагають консультацій терапевта, невропатолога і за показаннями інших фахівців. Основні скарги групуються в симптоми, синдроми, включаючи результати об'єктивного обстеження, анамнез хвороби, життя, динаміку розвитку захворювання.

Ключові слова: діагностика психопатологічних розладів різних пацієнтів.

Abstract. The diagnostic process of mental illness differs from that in clinic of internal medicine. The difference is that patients with psychopathological disorders can hide their individual complaints, experiences. To verify the diagnosis advice of physician, neurologist and other specialists can be used. The main complaints are grouped into symptoms, syndromes, including the results of objective examination, medical history, life, the dynamics of the disease.

Key words: diagnosis of psychopathological disorders of patient.

Вступ. Актуальність теми зумовлена зростанням соціального значення охорони психічного здоров'я. Буремні події останніх років не залишили нікого осторонь. На превеликий жаль, сьогодні внаслідок бойових дій кожного дня зростає кількість постраждалих (загиблих, поранених, людей, які змушені залишити власні домівки). Ще більше людей, що мешкають поза зоною бойових дій, перебувають у стані тривоги за себе, своїх дітей, родичів, у стані напруженого очікування поганих новин. Суттєвою проблемою для психічного здоров'я стала саме інформаційна складова так званої «гібридної війни». Для багатьох наших співвітчизників світ, до якого вони звикли в мирний час, раптово став незнайомим, сповненим небезпек, ворожим. Набуті навички повсякденного життя виявилися неадекватними в нових умовах існування [1, 6, 9, 10].

Висока смертність українців від COVID-19 2019–2020 рр. тривожила і тривожить (за своє здоров'я, своїх дітей і батьків). Незручності в користуванні міським транспортом, ядерні аварії, чорнобильська екологічна катастрофа, людський агресивний

фактор, і це ще не всі чинники, впливають на стан психічного здоров'я населення [7, 8, 11].

До критеріїв психічного здоров'я, визначених ВООЗ, відносяться:

– усвідомлення та відчуття безперервності, постійності та ідентичності свого фізичного та психічного «Я»;

– відчуття постійності та ідентичності переживань в однотипних ситуаціях;

– критичність до себе та своєї власної психічної діяльності і її результатів;

– відповідність психічних реакцій (адекватність) сили та частоти впливів довкілля, соціальних обставин та ситуацій;

– здатність до самокерування поведінкою відповідно до соціальних норм, правил, законів;

– здатність планувати власну життєдіяльність та реалізовувати заплановане;

– здатність змінювати спосіб поведінки залежно від зміни життєвих ситуацій та обставин [2, 3, 5].

Психічне здоров'я – це стан благополуччя, при якому кожна людина може реалізувати свій власний потенціал, впоратися із життєвими стресами,

© В. М. Василюк

продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти. Інакше кажучи, психічно здоровою є людина, яка не має симптомів та синдромів психічного розладу, соціально адаптована та отримує задоволення від життя [2, 4].

За результатами дослідження вчених Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, психічні розлади становлять 12 % глобального тягаря хвороб в усіх країнах світу. Встановлено, що максимальний тягар психічних розладів лягає на плечі людей молодого віку, тобто найбільш продуктивної групи населення. Для економічного тягаря психічних розладів характерним є те, що частка непрямих втрат значно і в 6 разів перевищує прямі витрати на лікування [9].

Загальна захворюваність, за даними на 2011 р., становила 232 на 100 тис. населення. На 1-му місці – граничні, непсихотичні розлади – приблизно 70 %, на 2-му – органічні розлади (шизофренія, тяжкі депресії) – 17–18 %, розумова відсталість – 11–12 %. Це офіційні статистичні дані МОЗ України, тобто вони враховують лише тих, хто вже офіційно звернувся за психіатричною допомогою, але цей показник, на жаль, не відображає дійсної картини в суспільстві. Якщо, за офіційними даними, 2,7 % населення України перебувають під наглядом лікарів-психіатрів, то дані епідеміологічного дослідження, яке проводилося у 2000 р., свідчать, що протягом життя психіатричної допомоги потребує кожна третя людина [10]. Але у зв'язку з тим, що діюча нормативно-правова база обмежує певні аспекти діяльності людей, якщо вони звертаються за психіатричною допомогою, багато пацієнтів, які такої допомоги потребують, намагаються вирішити свої проблеми іншим шляхом. Це є одним із негативних наслідків стигматизації таких хворих. Поширення психічних розладів з кожним роком підвищує їх своєрідне накопичення в популяції. Особливо важливим є те, що люди не звертаються за спеціалізованою допомогою на ранніх стадіях розвитку психічних розладів, коли ще є можливість більш ефективно вплинути на їх подальший перебіг. За допомогою звертаються пацієнти, які через свій психічний стан не можуть соціально адаптуватися в суспільстві. Граничними ж станами, такими, як депресія, неврози, астеничні синдроми, зараз в Україні займаються лікарі усіх спеціальностей [4, 9, 10].

Мета дослідження – описати технології педагогічного спілкування при діагностуванні психічних захворювань у дорослому віці.

Методи дослідження. Матеріалами для дослідження послужили річні звіти психіатричної лікарні Тернопільської психоневрологічної лікарні, картки стаціонарних хворих.

Методи дослідження: психологічне опитування.

Для виявлення та уточнення порушень психічних процесів проводили психологічне дослідження.

Рівень уваги, стомлюваності, запам'ятовування оцінювали за допомогою таких методів, як: коректурна проба, рахунок за Крепеліном, обчислення, пошук чисел у таблицях Шульге, запам'ятовування 10 слів.

Особливості мислення та інтелекту досліджували за допомогою таких тестів, як: відтворення розповідей, пояснення сюжетів картин, класифікація предметів, визначення понять, пояснення переносного значення прислів'їв і приказок, тест Векслера [6].

Під час оцінювання особистісних особливостей найбільш часто використовували Міннесотський багатопрофільний особистісний опитувальник (ММРІ), опитувальник Шмішека, патохарактерологічний опитувальник ПДО.

Психотравмувальні фактори і хворобливі переживання виявляли за допомогою методу незакінчених речень, тематичного апперцепційного тесту (ТАТ). Виявити приховану депресію допомагали колірний тест Люшера, шкала тривоги Тейлор. Медичний психолог надавав тлумачення результатів дослідження, що є лише допоміжним матеріалом для лікаря-психіатра.

З нейрофізіологічних методів використовували електроенцефалографію (ЕЕГ), реоенцефалографію (РЕГ) та ехоенцефалографію (ехоЕГ). Для встановлення діагнозу у випадках органічної патології головного мозку певне значення мали нейрорентгенологічні методи; краніографія, комп'ютерна томографія голови, ядерно-магнітний резонанс (ЯМР) [7, 8].

Серед інших лабораторних методів використовували дослідження спинномозкової рідини (вміст клітинних елементів, білка, реакція Ланге, Вассерманна, реакція імунофлуоресценції (РІФ), імунопреципітації (РІП), клінічні та біохімічні дослідження крові та сечі.

Проводили електрокардіографію, електроенцефалографію, реоенцефалографію, експериментально-психологічні дослідження [2, 5].

Результати дослідження. Основним методом обстеження психічно хворих є клініко-психопатологічний, що ґрунтується на бесіді з хворим, спостереженні за виразом його обличчя і поведінкою.

Уміло проведене опитування дає можливість зрозуміти особливості розвитку та прояви психічної хвороби, вплив на неї різноманітних факторів, реакцію самого пацієнта на захворювання, його індивідуальні особливості.

Надзвичайно важливим було перше знайомство лікаря з хворим і встановлення між ними адекватного психологічного контакту. Під час бесіди лікар також є об'єктом вивчення з боку хворого. Психічно хворі дуже чутливі до проявів неуважності, брутальності, нетактовності, переваги, фальші, вони тонко реагують на доброзичливість, співчуття, милосердне ставлення до себе лікаря і медичного персоналу.

Психіатр викликав у хворого бажання розповісти про себе відверто, завойовував його довіру. Потрібно терпляче вислуховувати пацієнта, не проявляти у бесіді поспіху. Не задавати наступне запитання, не дослухавши відповіді на попереднє. Лікар намагався більше слухати хворого, ніж говорити самому [6].

У випадку неправильного емоційного контакту між лікарем і хворим в останнього виникають настороженість, недовіра, бажання приховати свої переживання, а це призводить до хибного тлумачення діагностичної цінності ознак психічних та соматичних розладів. Часто хворі, що некритично ставляться до свого стану, дисимулюють, тобто навмисно приховують свої психічні порушення.

Неприпустимим був би обман психічно хворих, психіатр перед бесідою обов'язково представлявся, не приховуючи своєї спеціальності. Неправди душевнохворий не забуде та не пробачить.

Лікар уміло вислуховував хворого, надавши йому можливість максимально самостійно розповісти про себе. Проте бесіда може бути цілеспрямованою; лікар повинен уміло ставити запитання, намагатися цими запитаннями не індукувати хворих, частіше просити більш детально описати ті чи інші симптоми, а не обмежуватися лише констатацією термінів, що вживають хворі, через те, що вони часто у відомі термінологічні позначення вкладають не загальноприйнятій, а свій зміст. Тому лікар запитував хворого: «А що це таке?», «Опишіть більш детально, що саме Ви відчуваєте».

Лікар ставив запитання в зрозумілій для хворого формі, у бесіді вживав лише відомі хворому терміни, якщо ж хворому щось незрозуміло, терпляче пояснював, був активним учасником діалогу, уважно вислуховував хворого, не відволікався на сторонні справи. Лікар не повинен емоційно реагувати на

безглуздості, які він чує від психічно хворого чи бачить їх прояви у його поведінці. Наприкінці бесіди в делікатній формі висловлював хворому своє попереднє враження про його стан.

Під час опитування лікар уважно слідкував за хворим. Манера триматися, рухи, мова, міміка, що з'являлися у відповідь на поставлене запитання, давали уявлення про психічний стан пацієнтів, а також забезпечували можливість своєчасно та правильно відреагувати на зміни у стані хворого. За зовнішнім виглядом хворого лікар висловлював припущення про ті або інші психопатологічні симптоми. Так, якщо хворий у процесі бесіди неадекватно вимовляє якісь фрази, можна припустити наявність слухових галюцинацій; ухильні відповіді, настороженість та іронічний тон нерідко говорять про наявність маревних ідей. Крім клініко-психопатологічного методу, існують так звані параклінічні методи обстеження психічно хворих.

Певну допомогу в діагностиці та оцінюванні психічного стану надають експериментально-психологічні дослідження, які проводять медичні психологи. Ці дослідження дають можливість оцінити стан інтелекту, виявити перекручування процесів узагальнення, порушення пам'яті, уваги, виявити приховану депресію та тривогу, оцінити якості особистості тощо.

Медичний психолог письмово повідомляв лікарю отримані результати та їх трактування, остаточно їх оцінював лікар.

Отримані під час обстеження дані вносять до історії хвороби хворого, причому психіатрична історія хвороби може бути не тільки медичним, але й юридичним документом. Вона дещо відрізняється від історій хвороби інших хворих.

Схема історії психічно хворого

1. Паспортні дані (відомості).
2. Скарги хворого (основні).
3. Анамнез життя (зі слів хворого).
4. Анамнез захворювання (зі слів хворого).
5. Об'єктивний анамнез (зі слів осіб, що знають хворого).
6. Стан хворого на момент обстеження:
 - а) соматичний;
 - б) неврологічний;
 - в) психічний.
7. Висновки за матеріалами первинного обстеження, попередній синдромологічний діагноз.
8. Дані наступного спостереження та обстеження хворого.

9. Проведення диференційної діагностики.

10. Верифікація діагнозу.

11. Призначення лікування.

12. Визначення прогнозу та соціально-трудова рекомендації. Паспортні дані: прізвище, ім'я, по батькові, рік народження, освіта, місце навчання чи роботи, спеціальність, домашня адреса, дата госпіталізації в стаціонар. Ці дані записують не тільки зі слів самого хворого, але й уточнюють з наявних документів, зі слів родичів, які супроводжують хворого, чи медичних працівників.

Скарги хворих уважно вислуховував і їх оцінював лікар. При цьому звертав увагу не тільки на психічні, але й на соматичні скарги. Не можна ігнорувати скарги хворих на біль чи больові відчуття в різних частинах тіла і вважати їх ознакою психічного розладу. Недооцінювання соматичних скарг може призвести до розвитку тяжких ускладнень загального стану хворих. Крім того, деякі хворі намагаються фіксувати увагу лікаря лише на соматичних скаргах, не бажаючи розповідати про свої психічні переживання. У таких випадках лікар у тактовній формі переводив увагу хворого на опис його психічного стану.

Анамнез життя записували зі слів хворого. У психіатричній історії хвороби принципово важливо зібрати анамнестичні дані про життя хворого перед захворюванням. Це необхідно зробити тому, що під час бесіди про життя хворого лікар спонукає його до більшої відвертості, а з іншого боку, це дає можливість з'ясувати деякі епізоди, котрі хворий не оцінює як хворобливі чи намагається навмисно приховати від лікаря.

Вивченню історії життя хворого передувало з'ясування даних про спадковість, соматичне і психічне здоров'я його найближчих родичів. Виясняли, чи не було серед родичів пацієнта психічно хворих, осіб з незвичайним характером, самогубців.

З'ясовували дані про перебіг вагітності в матері, як перебігали пологи, чи були вони своєчасними, чи не було під час пологів травми, асфіксії новонародженого. Збирали відомості про розвиток хворого у дитинстві, коли почав ходити, говорити, чи не відставав від однолітків, чи випереджав їх у розвитку. Чи не було нерівномірного розвитку психічних чи фізичних якостей. Також з'ясовували, чи не було сноходіння, сноговоріння, енурезу. Дізнавалися, в якому віці пішов до школи і якої саме (масової, допоміжної, спеціальної та ін.), як учився, яким предметам віддавав перевагу, які предмети давалися

важко, які – легко, чим цікавився у школі (читання, художня самодіяльність, суспільна робота, спорт), які були стосунки з однолітками, батьками, як перебігав пубертатний період, скільки класів школи закінчив і чим займався далі – продовжував навчання чи пішов на роботу. Зазначали, чи відповідало місце подальшого навчання чи роботи інтересам і бажанням хворого. Обов'язково враховували службу в армії, початок трудової діяльності, чи часто змінювалися місця роботи (навчання), стосунки в колективі, інтереси, здібності, переваги, досягнення по службі, матеріальні та побутові умови життя, наявність психотравматичних факторів (їх частота, усунення). Був описаний статевий розвиток: поява перших менструацій, їх характер, регулярність, початок статевого життя, стосунки у родині, вагітність, пологи, наявність дітей, час настання менопаузи. З'ясовували перенесені у минулому захворювання, екзогенні шкідливості (інфекційні хвороби, черепно-мозкові травми, інтоксикації), наявність хронічних інтоксикацій (вживання алкоголю, наркотиків, токсичних речовин), виробничі шкідливості.

Анамнез хвороби описували зі слів хворого. В анамнезі захворювання були відображені причини чи провокуючі фактори хвороби, детально описані перші ознаки захворювання, їх гострота і розвиток, вплив на спосіб життя хворого. Розпитували, де лікувався хворий, у яких лікарів, коли вперше звернувся до психіатра і за яких обставин (за власною ініціативою, за порадою близьких, чи піддавався невідкладній шпиталізації), чим лікувався і як почував себе після лікування. Обов'язково з'ясовували, як уплинула хвороба на працездатність хворого (чи зміг після хвороби продовжувати навчання, роботу, чи не залишив навчання, чи знизилася трудова кваліфікація). Якщо хворий кілька разів перебував у психіатричній лікарні, необхідно детально описати кожен шпиталізацію. Відзначали, коли хворий був госпіталізований останній раз, у зв'язку з чим і як це відбувалося.

Об'єктивний анамнез (зі слів осіб, що добре знають хворого) передбачав необхідність зіставити вірогідність повідомлених хворим даних про своє життя і хворобу з реальними фактами і подіями. Об'єктивний анамнез збирали за тією самою схемою, що й анамнез зі слів хворого. Так званий об'єктивний анамнез містить у собі певну частину суб'єктивізму, тому лікарі критично оцінювали ступінь вірогідності повідомлених даних з ураху-

ванням життєвого шляху, профілю особистості і структури психопатологічних переживань хворого.

Стан хворого під час обстеження:

1. Соматичний стан: статура, повнота, шкірні покриви, стан внутрішніх органів (за загальною схемою дослідження, прийнятою в соматичних клініках).

2. Неврологічний стан: стан черепно-мозкових нервів, рухової сфери (обсяг рухів, тонус м'язів, стан рефлексів – періостальних, сухожилкових, шкірних – патологічні рефлекси, статика і координація рухів); чуттєвої сфери (біль, стан поверхневої і глибокої чутливості); вегетативної нервової системи (дермографізм, ціаноз, набряки, лабільність пульсу та ін.). Дослідження проводили відповідно до схеми обстеження неврологічного статусу в неврологічній клініці.

Психічний стан («психічний статус»):

а) ступінь контакту хворого з лікарем (добрий чи формальний та ін.);

б) орієнтування в місці, в оточенні, у часі, у власній особистості (стан свідомості);

в) порушення сприйняття (метаморфопсії, ілюзії, галюцинації), опис їхнього характеру стосовно аналізаторів, за складністю, за повнотою розвитку, стосовно хворого, ознаки галюцинаторної поведінки;

г) порушення пам'яті (гіпермнезії, гіпомнезії, амнезії, парамнезії, дослідження запам'ятовування);

д) порушення мислення: за темпом (прискорення, уповільнення, його затримка), за зв'язністю асоціацій (розщеплення, паралогічне, безладне мислення, резонерство, деталізація), за змістом (нав'язливі, надцінні, маревні ідеї), зміст маревних ідей, їхня систематизація, маревна поведінка, слабоумство (характер слабоумства, експериментально-психологічне дослідження);

Список літератури

1. Зербино Д. Д. Экологические катастрофы: вина человека? : монография / Д. Д. Зербино, А. М. Сердюк. – Тернополь : ТГМУ, 2015. – 292 с.

2. Критерії діагностики і лікування психічних розладів поведінки у дорослих : клін. посіб. / за ред. проф. П. В. Волошина, проф. В. М. Пономаренка, проф. О. К. Напрєєнка, проф. Н. О. Марути та ін. – Х. : Арсіс, 2000. – 344 с.

3. Менделевич В. Д. Психиатрическая пропедевтика / В. Д. Менделевич. – М. : Медицина, 1997. – 367 с.

е) порушення емоцій: настрої, емоційні реакції під час обстеження (неадекватність емоцій, амбівалентність та ін.), порушення емоцій за силою (посилення, ослаблення), порушення рухливості емоцій;

є) порушення ефекторно-вольової сфери: стан уваги; стан цілеспрямованої активності – посилення (порушення), ослаблення (загальмованість та ін.); перекручення (кататонічні симптоми, нав'язливі, нездоланні рухи і дії; імпульсивні вчинки); стан потягів (посилення, ослаблення, збочення).

Як правило, всі психопатологічні прояви ілюструвалися прямою мовою, висловлюваннями хворого, описом його поведінки, міміки тощо.

Висновок установлювали за матеріалами первинного обстеження: визначали психопатологічний синдром, установлювали попередній діагноз, призначали екстрені лікувальні заходи.

Дані наступного спостереження й обстеження хворого (лабораторні дослідження, результати обстеження іншими фахівцями, записи щоденного спостереження за хворими та ін.).

Проведення диференційної діагностики, встановлення остаточного нозологічного та синдромологічного діагнозу, призначення лікування.

Висновки. Діагностика пацієнтів для виявлення психічних захворювань – довготривалий і складний процес. При спілкуванні між особою і психіатром необхідна повна довіра, а інструментальні та лабораторні методи дослідження верифікують стан здоров'я.

Знання основ загальної психології та педагогіки закладає міцний фундамент, на якому ґрунтується діагностика можливих психічних захворювань.

4. Оптимізація процесу викладання дисципліни «Психіатрія. Наркологія» в сучасних умовах / І. Д. Спіріна, С. В. Рокутов, Є. С. Феденко [та ін.] // Медична освіта. – 2018. – № 4. – С. 178–181.

5. Психиатрический диагноз / [И. Я. Завилейский, В. М. Блейхер, И. В. Крук и др.]. – К. : Здоровье, 1989. – 311 с.

6. Психіатрія і наркологія : підручник / [В. Л. Гавенко, В. С. Бітенський, І. В. Абрамов та ін.]. – К. : Здоров'я, 2009. – 512 с.

7. Психіатрія і наркологія : підручник / [Г. Т. Сонник, О. К. Напреєнко, А. М. Скрипніков та ін.] ; за ред. О. К. Напреєнка. – К. : ВСВ «Медицина», 2015. – 423 с.

8. Сонник Г. Т. Психіатрія : підручник / Г. Т. Сонник, О. К. Напреєнко, А. М. Скрипніков. – К. : Здоров'я, 2006. – 342 с.

9. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском пространстве / П. В. Морозов, Н. Г. Незнанов,

О. В. Лиманкин [и др.] // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, вип. 1. – С. 11–17.

10. Устінов О. В. Психіатричне здоров'я як складова національної безпеки / О. В. Устінов // Український медичний часопис. – 2013. – № 1. – С. 16–18.

11. COVID-19: епідеміологія, клініка, діагностика, лікування та профілактика / М. А. Андрейчин, Н. А. Ничик, Н. Г. Завіднюк [та ін.] // Інфекційні хвороби. – 2020. – № 2. – С. 41–55.

References

1. Zerbino, D.D., & Serdyuk, A.M. (2015). *Ekologicheskiye katastrofy: vina cheloveka? [Ecological catastrophes: human fault?]*. Ternopil: TDMU [in Russian].

2. Voloshin, P.V., Ponomarenko, V.M., Napreenko, O.K., Maruta, N.O., Bacherikov, A.M., Reminyak, V.I., & Dombrovska, V.V. (2000). *Kryteriyi diahnostryky i likuvannya psykhychnykh rozladiv povedinky u doroslykh [Criteria for diagnosis and treatment of mental behavioral disorders in adults]*. Kharkiv: Arsis [in Ukrainian].

3. Mendeleevich, V.D. (1997). *Psikhiatricheskaya propedevtika [Psychiatric propaedeutics]*. Moscow: Meditsina [in Russian].

4. Spirina, I.D., Rokutov, S.V., Fedenko, Ye.S., Shornikov, A.V., & Tymofeyev, R.M. (2018). Optimizatsiya protsesu vykladannya dystsypliny «Psykhіatriya. Narkolohiya» v suchasnykh umovakh [Optimization of the process of teaching the discipline “Psychiatry. Narcology” in modern conditions]. *Medychna osvita – Medical Education*, 4, 178-181 [in Ukrainian].

5. Zavileyskiy, I.Ya., Bleykher, V.M., & Kruk I.V. (1989). *Psikhiatricheskiy diaгноз [Psychiatric diagnosis]*. Kiev: Zdorovye [in Russian].

6. Havenko, V.L., Bitenskiy, V.S., Abramov, V.A., Vlokh I.Y., Kozhyna, H.M., Korostiy, V.I., & Yuryeva, L.M. (2009). *Psykhіatriya i narkolohiya [Psychiatry and narcology]*. Kyiv: Zdorovya [in Ukrainian].

7. Sonnyk, H.T., Napryeyenko, O.K., & Skrypnikov, A.M. (2015). *Psykhіatriya i narkolohiya [Psychiatry and narcology]*. Kyiv: VSV «Medytsyna» [in Ukrainian].

8. Sonnyk, H.T., Napryeyenko, O.K., & Skrypnikov, A.M. (2006). *Psykhіatriya [Psychiatry]*. Kyiv: Zdorovya [in Ukrainian].

9. Morozov, P.V., Neznanov, N.G., Limankin, O.V., Voloshin, P.V., Maruta, N.A., Altynbekov, S.A., & Khodzhayeva, N.I. (2014). Sostoyaniye psikhicheskogo zdorovya naseleniya i tendentsii razvitiya psikhіatricheskoy pomoshchi na postsovetском prostranstve [The state of mental health of the population and trends in the development of psychiatric care in the post-Soviet space]. *Ukrayinskyy visnyk psykhonevrolohiyi Ukrainian – Bulletin of Psychoneurology*, 22 (1), 11-17 [in Russian].

10. Ustinov, O.V. (2013). Psykhіatrychne zdorovya yak skladova natsionalnoyi bezpeky [Psychiatric health as a component of national security]. *Ukrayinskyy medychnyy chasopys – Ukrainian Medical Journal*, 1, 16-18 [in Ukrainian].

11. Andreychyn, M.A., Nychyk, N.A., Zavidnyuk, N.H., Yosyk, Ya.I., Ishchuk, I.S., & Ivakhiv, O.L. (2020). COVID-19: epidemiolohiya, klinika, diahnostryka, likuvannya ta profilaktyka [COVID-19: epidemiology, clinic, diagnostics, treatment and prevention]. *Infektsiyini khvoroby – Infectious Diseases*, 2, 41-55 [in Ukrainian].

Отримано 06.05.21
Рекомендовано 11.05.21

Електронна адреса для листування: v.vasylyuk@i.ua