

## ПЕРСОНІФІКОВАНІ ПРОГРАМИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Харківський національний медичний університет

Мета дослідження: розробка та апробація персоніфикованих програм психотерапевтичної підтримки та профілактики суїцидальної поведінки у хворих з депресивними розладами.

Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології на базі Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 було проведено комплексне обстеження 155 хворих на депресивні розлади, обох статей (86 жінок та 69 чоловіків) у віці 25–65 років (середній вік  $43,0 \pm 2,0$  роки), у яких було діагностовано депресивні розлади з ознаками аутоагресивної поведінки. У роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний.

Як показали результати вивчення виразності суїцидального ризику, суїцидальні спроби робили 26,2% хворих на депресивну реакцію, 25,3% на депресивний епізод, 24,6% на рекурентний депресивний розлад та 23,9% хворих на біполярний афективний розлад, триваючий епізод важкої депресії; суїцидальні рішення і наміри відзначалися у 35,6%, 32,9%, 43,2% та 39,6% хворих відповідно; пасивні та активні суїцидальні думки стабільно виникали у 38,2% хворих на депресивну реакцію, 42,5% на депресивний епізод, 32,2% рекурентний депресивний розлад та 36,5% хворих на біполярний афективний розлад, триваючий епізод важкої депресії.

На підставі отриманих в ході роботи даних була розроблена і апробована програма персоніфикованої психотерапевтичної підтримки і профілактики суїцидальної поведінки у хворих з депресивними розладами, яка використовувалась одночасно з фармакотерапією. Психотерапевтична програма для хворих з депресивною реакцією включала використання індивідуальної кризової психотерапії, когнітивної терапії Бека та біосугесивної терапії. При депресивному епізоді використовувались: раціональна психотерапія, індивідуальна і групова когнітивна терапія Бека, особистісно-орієнтована психотерапія, екзистенційна терапія Роджерса. При рекурентному депресивному розладі використовували раціональну психотерапію, когнітивно-поведінкову аналітичну психотерапію за Д. Мак-Каллоу, психотонічний варіант аутогенного тренування та тілесно-орієнтовану психотерапію. У хворих з депресивним епізодом БАР використовували індивідуально-орієнтовану короткотермінову психодинамічну психотерапію, індивідуальну і групову когнітивну терапію Бека, прогресивну м'язову релаксацію за Jacobson E., сімейну психотерапію. Обов'язковою складовою усіх психотерапевтичних програм була психоосвіта, яка включала в себе використання: інформаційного тренінгу, тренінгу інтерперсональної взаємодії, тренінгу «Психологічний баланс», обговорення теми проблеми суїцидальної поведінки. Проведене 1,5-річне катамнестичне дослідження підтвердило ефективність розроблених диференційованих програм персоніфикованої психотерапевтичної підтримки і профілактики суїцидальної поведінки хворих.

**Ключові слова:** депресивні розлади, суїцидальна поведінка, психотерапія, психоосвіта, ефективність терапії.

**Вступ.** Проблема депресивних розладів займає одне з провідних місць в сучасній психіатрії і досить значима в соціальному плані. Значна поширеність депресивних розладів, їх негативний вплив на працездатність та висока суїцидонебезпечність є однією з найгостріших медико-соціальних проблем [1, 2, 3]. Депресивні розлади спричиняють суттєві економічні збитки суспільству через зниження інтелектуальної, фізичної, професійної активності хворих, їх непрацездатності, соціальної

дезадаптації, погіршення якості життя самих хворих та їх близьких [4, 5].

Одним з найбільш драматичних медико-соціальних наслідків депресивних розладів є суїцид. У сучасних дослідженнях встановлено, що саме депресивним розладам притаманний найбільш високий суїцидальний ризик серед усіх психічних та поведінкових розладів. Хворі на депресивні розлади в 30 разів частіше скоюють суїциди, ніж особи, які не страждають на депресії. Тому

смертність серед хворих на депресивні розлади є дуже високою та незначно відрізняється від такої при серцево-судинних захворюваннях [6, 7].

Сучасні дослідники вбачають природу суїциду в соціально-психологічній дезадаптації індивіда в умовах гострої мікросоціальної конфліктної ситуації. За умови суб'єктивно тяжких обставин саме негативні психічні стани унеможливають для людини конкретне вирішення особистих проблем і штовхають її до крайньої межі — позбавитися життя [8, 9, 10].

Важливість і необхідність вивчення гендерної специфіки психічних розладів підкреслювалась неодноразово. Суттєві відмінності механізмів формування депресивних розладів у чоловіків і жінок зумовлюють специфіку клініко-психопатологічних і патопсихологічних проявів і визначають необхідність вироблення диференційованих лікувально-діагностичних підходів [11, 12].

**Мета дослідження:** розробка та апробація персоніфикованих програм психотерапевтичної підтримки та профілактики суїцидальної поведінки у хворих з депресивними розладами

**Контингент та методи дослідження** Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології на базі Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 було проведено комплексне обстеження 155 хворих на депресивні розлади, обох статей (86 жінок та 69 чоловіків) у віці 25–65 років (середній вік  $43,0 \pm 2,0$  роки), у яких було діагностовано депресивні розлади з ознаками аутоагресивної поведінки: депресивна реакція – 29,8%; депресивний епізод (помірний та важкий) – 25,1%, рекурентний депресивний розлад – 22,1%, біполярний афективний розлад, триваючий епізод важкої депресії – 23,0%.

У роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-психопатологічний, доповнений методиками «Спосіб визначення суїцидального ризику у хворих на депресивний розлад (додаток до історії хвороби)» (Кожина Г.М., Коростій В.І., Зеленська К.О., 2015) та «Спосіб оцінки само-свідомості смерті як фактора антисуїцидального ризику у хворих на депресивний розлад (Додаток до історії хвороби)» (Кожина Г.М., Коростій В.І., Зеленська К.О., 2015).

Психодіагностичний метод включав використання клінічних шкал тривоги (HAM-A) і депресії (HAM-D) Гамільтона (M. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 (Г.П. Пантелеєва, 1988); шкали Монтгомері-Айсберга (Montgomery SA, Asberg M., 1979), адаптованої до МКХ-10 (Guelfi GD, 1993) (MADRS); госпітальної шкали тривоги

і депресії (HADS) (Zigmond A. S., Snaith R. P., 1983); Колумбійської шкали серйозності суїцидальних намірів (C-SSRS, Columbia Suicide Severity Rating Scale) (Posner K., Oquendo M.A., Gould M., Stanley B. і Davies M., 2007); «Тест самооцінки вираженості аутоагресивних предикторів» (Пилягіна Г. Я., 2004).

**Результати дослідження та обговорення.** Як показали результати клініко-психопатологічного дослідження, клінічна картина депресивних розладів у обстежених хворих представлена тужливим (27,4% хворих), тривожним (25,2%), емоційно-лабільним (24,2%), та астено-апатичним (23,2%) варіантами.

Як свідчать результати вивчення гендерних особливостей клінічної структури депресивних розладів, тривожний варіант більш притаманний для жінок, емоційно-лабільний та астено-апатичний для чоловіків, тужливий варіант зустрічався приблизно з однаковою частотою в обох групах.

Як показали результати вивчення виразності суїцидального ризику, суїцидальні спроби робили 26,2% хворих на депресивну реакцію, 25,3% на депресивний епізод, 24,6% рекурентний депресивний розлад та 23,9% хворих на біполярний афективний розлад триваючий епізод важкої депресії; суїцидальні рішення і наміри відзначалися у 35,6%, 32,9%, 43,2% та 39,6% хворих відповідно; пасивні та активні суїцидальні думки стабільно виникали у 38,2% хворих на депресивну реакцію, 42,5% на депресивний епізод, 32,2% рекурентний депресивний розлад та 36,5% хворих на біполярний афективний розлад, триваючий епізод важкої депресії.

У 75,6% обстежених чоловіків та 76,2% жінок відмічались помірний або великий депресивний епізод за MADRS; у 77,3% та 81,2% відповідно важка депресія за HAM-D; у 62,3% чоловіків та 65,1% жінок клінічно виражені тривога та депресія за HADS; у 43,2% та 45,1% відповідно наявність серйозних суїцидальних намірів за Колумбійською шкалою; у 44,3% чоловіків та 46,2% жінок високі рівні аутоагресивних предикторів.

На підставі отриманих в ході роботи даних була розроблена і апробована програма персоніфикованої психотерапевтичної підтримки і профілактики суїцидальної поведінки у хворих з депресивними розладами, і яка використовувалась одночасно з фармакотерапією.

Психотерапевтична програма для хворих з депресивною реакцією включала використання індивідуальної кризової психотерапії (Старшенбаум Г. В., 2005), когнітивні терапії Бека (А. Т. Beck, 2006) та біосугесивної терапії (О. Стражній, 1996). Тривалість програми терапії становила 3–5 тижнів.

При депресивному епізоді використовувались: раціональна психотерапія, індивідуальна і групово когнітивна терапія Бека (А. Т. Beck, 2006), особистісно-орієнтована психотерапія (Б. Д. Карвасарський, Г. Л. Інсурина, В. А. Ташликов, 1994), екзистенційна терапія Роджерса (С. Rogers, 2002; Т. Karasu, 2006) Тривалість програми терапії становила 3–7 тижнів.

При рекурентному депресивному розладі використовували раціональну психотерапію, когнітивно-поведінкову аналітичну психотерапію за Д. Мак-Каллоу (2002), психотонічний варіант аутогенного тренування (А. М. Шогама, К. І. Мировського, 1963) та тілесно-орієнтовану психотерапію. Тривалість програми терапії становила 10–12 тижнів.

У хворих з депресивним епізодом БАР використовували індивідуально-орієнтовану короткотермінову психодинамічну психотерапію (Карвасарський Б.Д., 1999), індивідуальну і групову когнітивну терапію Бека (Beck А. Т., 2006), прогресивну м'язову релаксацію за Jacobson Е. (1963), сімейну психотерапію (Ейдемиллер Е.Г., 2003). Тривалість програми терапії становила 10–12 тижнів.

Обов'язковою складовою усіх психотерапевтичних програм була психоосвіта, яка включала в себе використання: інформаційного тренінгу, тренінгу інтерперсональної взаємодії (Марута Н.О. з співавт., 2010), тренінгу «Психологічний баланс», обговорення теми проблеми суїцидальної поведінки.

Як показали результати дослідження, на тлі проведення розробленої програми персоналізованої психотерапевтичної підтримки і профілактики суїцидальної поведінки у хворих з депресивними розладами відзначено достовірне зниження показників тривоги та депресії за госпітальною шкалою HADS (82,2% хворих на депресивну реакцію, 81,9% на депресивний епізод, 81,9% рекурентний депресивний розлад та 82,2% хворих на біполярний афективний розлад, триваючий епізод важкої депресії); шкал тривоги HDRS (82,2%, 79,9%, 78,9%, 81,2% відповідно) та шкали MADRS (88,1% хворих на депресивну реакцію, 82,9% на депресивний епізод, 79,9% рекурентний депресивний розлад та 80,1% хворих на біполярний афективний розлад, триваючий епізод важкої депресії).

Проведене 1,5-річне катamnестичне дослідження підтвердило ефективність розробленої диференційованої програми персоналізованої психотерапевтичної підтримки і профілактики суїцидальної поведінки хворих – 98,6% хворих на депресивну реакцію, 95,7% на депресивний епізод, 89,2% рекурентний депресивний розлад та 88,1% хворих на біполярний афективний розлад,

триваючий епізод важкої депресії не здійснювали повторні суїцидальні спроби.

Ефективність впровадженої системи психотерапевтичної підтримки та профілактики суїцидальної поведінки у хворих з депресивними розладами підтверджено результатами 1,5-річного катamnестичного дослідження.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Maruta N., Yatsyna A., Cherednyakova O. (2014). Gender specificity of clinical manifestations of depressive disorders in male patients. XVI World Congress of Psychiatry. Madrid, 4, 51.
2. Takhtashova D.R. (2014). Prohrama dyferentsiivanoi profilaktyky suitsydalnoi povedinky u khvorykh z bipoliarnymu afektyvnymu rozladamy. Ukrainyky visnyk psykhonevrolohii. 22, 1 (78), 91–96.
3. Rozanov V.A. (2017). Byolohycheskye determinanty suitsydalnoho povedeniya povedeniya. Psykhichne zdorovia. 1–2 (50–51), 56–58.
4. Kozhyna H.M., Korostii V.I., Zelenska K.O. (2014). Mekhanizmy formuvannia ta shliakhy profilaktyky suitsydalnoi povedinky u khvorykh na depressyvi rozlady. Monohrafiia – Kh.: KhNMU, 64.
5. Pyliahyna H. Ya. (2017). Autodestruktyvnyi potentsyal v retrospektyvnom analize y prohoze dynamyky samorazrushaiushcheho povedeniya. Psykhichne zdorovia. 1–2 (50–51), 44–55
6. Kozhyna A.M., Zelenskaia E.A. (2013). Sovremennyye podkhody k terapii depressyvykh rasstroistv. Ukrainyky visnyk psykhonevrolohii. 21, 4 (77), 90–93.
7. Hmain S. (2013). Gender differences in the effectiveness of the use of art therapy for patients with recurrent depressive disorder. 6th International Scientific Interdisciplinary Congress for medical students and young doctors: abstract book, Kharkiv, 176.
8. Kyreeva E.N. (2014). Systema profylaktyky povtornykh epyzodov depressyvykh rasstroistv. Mizhnarodnyi nevrolohichnyi zhurnal. 4 (66), 103–106.
9. Voloshyn P.V., Maruta N.O., Kozhyna H.M., Markova M.V. ta in. (2016). Sotsialno-stresovi rozlady (klinika, diahnozyka, profilaktyka). Monohrafiia. – Kharkiv. –335.
10. Kapczinski N.S., Narvaez J.C., Magalhães P.V. et al. (2016). Cognition and functioning in bipolar depression. Rev. Bras. Psiquiatr. Feb 5. doi:10.1590/1516-4446-2014-1558
11. Zhupanova D.A. (2015). Klynycheskye osobennosti medykamentoznoho komplaiensa

u patsyentov s depressyvnym epyzodom. Ukrainyky visnyk psykhonevrolohii. 23, 1 (82), 132–137.

12. Fedchenko V. Yu. (2016). Klynycheskye osobennosti, sotsyalnye posledstviya

y orhanyzatsiya pomoshchy patsyentam s depressiyamy. Ukrainyky visnyk psykhonevrolohii. 24, 3 (88), 68–73.

#### PERSONALIZED PROGRAMS FOR PSYCHOTHERAPEUTIC SUPPORT AND PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS

**Koltsova H.H.**

The aim of the study: to develop and test personalized programs of psychotherapeutic support and prevention of suicidal behavior in patients with depressive disorders.

To achieve this goal in the Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital № 3 was conducted a comprehensive examination of 155 patients with depressive disorders, both sexes (86 females and 69 males) aged 25–65 years (mean age 43.0±2.0 years), who were diagnosed with depressive disorders with signs of autoaggressive behavior. Informed consent by the principles of bioethics and deontology was obtained from all participants. The following methods were used in research: clinical psychopathological and psychodiagnostic.

According to the study about severity of suicidal risk, suicidal attempts were made by 26.2% of patients with a depressive reaction, 25.3% with a depressive episode, 24.6% with recurrent depressive disorder and 23.9% with bipolar affective disorder with a persistent episode of major depression; suicidal decisions and intentions were observed in 35.6%, 32.9%, 43.2% and 39.6% of patients, respectively; passive and active suicidal thoughts occurred steadily in 38.2% of patients with a depressive reaction, 42.5% with a depressive episode, 32.2% with recurrent depressive disorder, and 36.5% with bipolar affective disorder with a continuous episode of major depression.

A personalized program for psychotherapeutic support and prevention of suicidal behavior in patients with depressive disorders was developed and tested. It was based on the data obtained from research.

Program was used simultaneously with pharmacotherapy. Psychotherapeutic program for patients with a depressive reaction included using of individual crisis psychotherapy, cognitive behavioral therapy by A. Beck, and biosuggestive therapy. In the depressive episode, the following were used: rational psychotherapy, individual and group cognitive behavioral therapy by A. Beck, personality oriented psychotherapy, existential therapy by C. Rogers. Rational psychotherapy, cognitive behavioral analytical psychotherapy according to D. McCullough, psychotonic variant of autogenic training and body-oriented psychotherapy were used in recurrent depressive disorder. Individual-oriented short-term psychodynamic psychotherapy, individual and group cognitive behavioral therapy by A. Beck, progressive muscle relaxation according to E. Jacobson, family psychotherapy were used in patients with a depressive episode of BPAD. The obligatory component of all psychotherapeutic programs was psychoeducation, which included using of: information training, training of interpersonal interaction, training «Psychological balance», discussion of the problem of suicidal behavior.

A 1.5-year follow-up study confirmed the effectiveness of the developed differentiated programs of personalized psychotherapeutic support and prevention of suicidal behavior in patients.

**Keywords:** depressive disorders, suicidal behavior, psychotherapy, psychoeducation, effectiveness of therapy.

#### ПЕРСОНІФІЦІРОВАНІ ПРОГРАМИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЇ ПОДДЕРЖКИ І ПРОФІЛАКТИКИ СУІЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДІННЯ У БОЛЬНИХ С ДЕПРЕССИВНИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Цель исследования: разработка и апробация персонализированных программ психотерапевтической поддержки и профилактики суицидального поведения у больных с депрессивными расстройствами. Для достижения поставленной цели, при условии информированного согласия с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии на базе Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 было проведено

комплексное обследование 155 больных депрессивными расстройствами обоих полов (86 женщин и 69 мужчин) в возрасте 25–65 лет (средний возраст 43,0 ± 2,0 года), у которых были диагностированы депрессивные расстройства с признаками аутоагрессивного поведения. В работе были использованы следующие методы обследования: клинико-психопатологический, психодиагностический, спастический.

Как показали результаты изучения выраженности суицидального риска, суицидальные попытки делали 26,2% больных с депрессивной реакцией, 25,3% с депрессивным эпизодом, 24,6% с рекуррентным депрессивным расстройством и 23,9% больных с биполярным аффективным расстройством, длительный эпизод тяжелой депрессии; суицидальные решения и намерения отмечались в 35,6%, 32,9%, 43,2% и 39,6% больных соответственно; пассивные и активные суицидальные мысли стабильно возникали у 38,2% больных с депрессивной реакцией, 42,5% с депрессивным эпизодом, 32,2% с рекуррентным депрессивным расстройством и 36,5% больных с биполярным аффективным расстройством, длительный эпизод тяжелой депрессии.

На основании полученных в ходе работы данных была разработана и апробирована программа персонализированной психотерапевтической поддержки и профилактики суицидального поведения у больных с депрессивными расстройствами которая использовалась одновременно с фармакотерапией. Психотерапевтическая программа для больных с депрессивной реакцией включала использование индивидуальной кризисной психотерапии, когнитивной терапии Бека и биосуггестивной терапии. При депрессивном эпизоде использовались: рациональная психотерапия, индивидуальная и групповая когнитивная терапия Бека, личностно-ориентированная психотерапия,

экзистенциальная терапия Роджерса. При рекуррентном депрессивном расстройстве использовали рациональную психотерапию, когнитивно-поведенческую аналитическую психотерапию по Д. Мак-Каллоу, психотонические вариант аутогенной тренировки и телесно-ориентированную психотерапию. У больных с депрессивным эпизодом БАР использовали индивидуально-ориентированную краткосрочную психодинамическую психотерапию, индивидуальную и групповую когнитивную терапию Бека, прогрессивную мышечную релаксацию по Jacobson E., семейную психотерапию. Обязательной составляющей всех психотерапевтических программ было психообразование, которое включало в себя использование: информационного тренинга, тренинга интерперсонального взаимодействия, тренинга «Психологический баланс», обсуждение темы проблемы суицидального поведения. Проведенное 1,5-летнее катармическое исследование подтвердило эффективность разработанных дифференцированных программ персонализированной психотерапевтической поддержки и профилактики суицидального поведения больных.

**Ключевые слова:** депрессивные расстройства, суицидальное поведение, психотерапия, психообразование, эффективность терапии.

*Прийнято до друку 18.12.2019 р.*

## КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПОГРАНИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У МОРЯКІВ ДАЛЕКОГО ПЛАВАННЯ

Харківська медична академія післядипломної освіти  
КНП «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» Одеської обласної ради

*Мета роботи* – розробка технології комплексної оцінки ризику розвитку пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання.

Протягом 2016–2019 рр. обстежено 110 офіцерів командного складу морського торговельного флоту, 90 робітників-матросів морського торговельного флоту, 70 представників командної ланки морського пасажирського флоту і 30 рядових морського пасажирського флоту. Усі обстежені були чоловіками, громадянами України. Дослідження включало використання клініко-психопатологічного, психометричного і психодіагностичного методів.

В результаті роботи з'ясовано механізм клініко-патогенетичної взаємодії психопатологічних, пре-диспозиційно-біологічних, стресових та соціально-психологічних чинників та їх співвідношення в механізмах розвитку пограничних психічних розладів у моряків далекого плавання, на основі чого обґрунтовано технологію комплексної оцінки ризику їх розвитку. Виділено й розраховано стресовий, соціально-психологічний та пре-диспозиційно-біологічний кластери, що мають вплив на розвиток психопатологічної симптоматики пограничних психічних розладів, на основі чого запропоновано оціночну шкалу для визначення ймовірного ступеню виразності психопатологічної симптоматики за чотирма основними напрямками: соматизація, обсесивно-компульсивні розлади, депресія і тривожність.

Розроблена технологія може використовуватися в практиці охорони здоров'я для виявлення контингенту ризику щодо розвитку психопатологічної симптоматики.

*Ключові слова:* моряки далекого плавання, пограничні психічні розлади, комплексна оцінка ризику розвитку пограничних психічних розладів.

**Вступ.** Україна є одним зі світових лідерів з постачання фахівців на світовий ринок праці судноплавства. Хоча офіційної статистики працевлаштування моряків в Україні не ведеться, експерти оцінюють кількість українців, що обіймають командні та матроські посади на світовому морському торговельному флоті, у 70–150 тисяч осіб. При цьому, незважаючи на технічний і технологічний прогрес, мореплавство залишається однією з найнебезпечніших професій. Дані сучасних досліджень свідчать, що ризику, яким піддаються моряки, перевищують ризики найбільш небезпечних сухопутних професій. Крім стресу безпосередньої загрози життю і здоров'ю, моряки піддаються впливу потужного психоемоційного стресу внаслідок тривалої розлуки з сім'єю та звичним мікросоціальним оточенням, ізоляції в умовах обмеженого простору судна, необхідністю швидко адаптуватися в умовах мультинаціональних та мультикультурних екіпажів суден, вахтового режиму роботи, що пов'язаний із депривацією і погіршенням якості сну, обмеженням рекреаційних можливостей, нерегулярним

і неякісним харчуванням, а також негативним наслідком важкої фізичної праці (у матроського складу) і стресу відповідальності за судно, вантаж і команду (у командного складу) [1–6].

Закономірним є наявність у моряків широкого спектру психопатологічних розладів, виявлених у дослідженнях останніх років [5, 6]. Психічні розлади у екіпажів суден далекого плавання представлені переважно патологією непсихотичного регістру тривожно-депресивного, астенічного та обсесивно-фобічного спектру. Ряд авторів також зауважують на надзвичайно високій ураженості моряків диссомніями, а також на підвищеному ризику суїцидальної поведінки.

При цьому у сучасній науковій літературі наголошується на недостатній розробленості ряду питань, пов'язаних із вивченням психопатологічних проявів у членів екіпажів суден далекого плавання. Це вимагає проведення ґрунтовних наукових досліджень, результати яких лягли б в основу сучасних диференційованих лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів для моряків далекого плавання.