

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ ПІДТРИМКИ ХВОРИХ НА ЕНДОГЕННІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

З метою вивчення особливостей соціальної підтримки хворих на депресивні розлади ендогенного характеру було клінічно обстежено 107 чоловіків і 138 жінок, хворих на депресивні розлади (коди за МКХ-10 F31.3-31.4, F32.0-32.2, F33.0-33.2) з використанням шкал MSPSS, HDRS і HARS. Виявлено в цілому невисокі показники соціальної підтримки, причому у чоловіків вони були значуще меншими, ніж у жінок: соціальної підтримки сім'ї – $1,40 \pm 0,94$ балів проти $1,67 \pm 1,05$ балів ($p=0,040$), друзів – $1,47 \pm 0,94$ балів проти $1,89 \pm 1,16$ балів ($p=0,004$), значущих інших – $1,27 \pm 1,05$ балів проти $1,59 \pm 1,10$ балів ($p=0,023$), сумарного показника соціальної підтримки – $4,14 \pm 2,17$ балів проти $5,14 \pm 2,35$ балів ($p=0,001$). Показники соціальної підтримки погіршуються з віком, причому щодо підтримки з боку сім'ї та друзів найбільш виражене погіршення спостерігалось у старшій віковій групі: показник соціальної підтримки сім'ї у віковій групі до 30 років склав $1,84 \pm 0,99$ балів, у групі 30–44 років – $1,48 \pm 0,94$ балів ($p=0,010$), у групі 45 років і старші – $1,21 \pm 1,05$ балів ($p=0,048$); соціальної підтримки друзів – відповідно $2,02 \pm 1,11$ балів, $1,71 \pm 1,12$ балів ($p=0,043$) та $1,21 \pm 0,82$ балів ($p=0,011$); соціальної підтримки значущих інших – відповідно $1,79 \pm 1,13$ балів, $1,40 \pm 1,08$ балів ($p=0,027$) та $1,00 \pm 0,85$ балів ($p=0,029$), сумарного показника соціальної підтримки – $5,65 \pm 2,34$ балів, $4,60 \pm 2,20$ балів ($p=0,002$) та $3,42 \pm 1,81$ балів ($p=0,002$). Виявлено значущі ($p < 0,05$ і менше) зворотні кореляційні зв'язки помірного і слабкого ступеню між показниками виразності депресії і тривоги та показниками соціальної підтримки, найслабші – для сімейної підтримки ($r_s = -0,264$ для депресії і $r_s = -0,262$ для тривоги), більш сильні – для соціальної підтримки друзів (відповідно $r_s = -0,463$ та $r_s = -0,399$) та соціальної підтримки значущих інших (відповідно $r_s = -0,370$ та $r_s = -0,348$).

Ключові слова: депресивні розлади, соціальна підтримка

Вступ. Проблема депресивних розладів вважається однією з центральних проблем сучасної психіатрії [1, 2]. Розвиток депресій тісно пов'язаний з широким спектром психопатологічних змін, аутодеструктивною поведінкою, високим рівнем коморбідності та скороченням тривалості життя хворих [3, 4]. Депресивні розлади є важливим чинником порушення соціальної адаптації хворих та їх мікросоціального оточення, зокрема, деформації гомеостазу сімейної системи [5]. Дослідженнями останніх років показано, що депресивні розлади піддані патоморфозу, що поширюється на вікові, гендерні та соціальні характеристики, а також на клінічну феноменологію депресій, що визначає актуальність сучасних досліджень різних аспектів депресій [6, 7]. Вивчення особливостей соціального функціонування та пошук напрямків зменшення десоціалізуючого впливу депресій має важливе значення у контексті розробки сучасних методів прогнозування, лікування та профілактики депресивних розладів [8, 9].

Метою роботи було вивчення особливостей соціальної підтримки хворих на депресивні розлади ендогенного характеру.

Контингент і методи дослідження. З дотриманням принципів біомедичної етики на підставі інформованої згоди нами було клінічно обстежено 245 хворих на депресивні розлади (107 чоловіків і 138 жінок), які зверталися за психіатричною допомогою до Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. акад. О.І. Ющенка та за консультативно-лікувальною допомогою на кафедрі медичної психології та психіатрії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова протягом 2015–2019 років. Критерієм включення до дослідження було встановлення діагнозу депресивного розладу відповідно до критеріїв МКХ-10 (коди F 31.3, F 31.4, F 32.0, F 32.1, F 32.2, F 33.0, F 33.1, F 33.2). Середній вік обстежених хворих склав $33,6 \pm 11,2$ років (медіана 33,0 років, інтерквартильний діапазон 22,0–42,0 років), чоловіків $34,2 \pm 11,1$ років (34,0 років, 23,0–42,0 років), жінок $33,2 \pm 11,4$ років (33,0 років, 22,0–41,0 років), $p > 0,05$. Середня тривалість захворювання на момент обстеження склала $5,0 \pm 5,6$ років (4,0 років; 0,0–8,0 років), чоловіків $5,7 \pm 5,8$ років (4,0 років; 0,0–9,0 років), жінок $4,5 \pm 5,4$ роки (2,0 років; 0,0–7,0 років), $p > 0,05$.

Усі обстежені були розподілені нами на три групи в залежності від віку на момент обстеження: до 30 років (чисельністю 89 осіб: 38 чоловіків і 51 жінка) – Г1, 30–44 роки (чисельністю 99 осіб: 46 чоловіків і 53 жінки) – Г2, та 45 років і старші (чисельністю 57 осіб: 23 чоловіка і 34 жінки) – Г3. Обстеження проведено з використанням багатомірної шкали сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) D. Zimet в модифікації В.М. Ялтонського та Н.А. Сироти [10]. Оцінка виразності депресії і тривоги проводилася за допомогою шкали депресії (HDRS) [11] та тривоги (HARS) [12] М. Hamilton. Оцінка характеру розподілу кількісних ознак

проводилася за допомогою тесту Шапіро-Уїлка. Міжгруповий аналіз розбіжностей проводився за допомогою непараметричного тесту Манна-Уїтні. Кореляційний аналіз виконано за допомогою методу рангових кореляцій Спірмена. Прийнятним вважався рівень статистичної значущості понад 95% ($p < 0,05$).

Результати та їх обговорення. Дослідження виявило невисокі показники соціальної підтримки у обстежених хворих. При цьому показники соціальної підтримки у різних сферах у чоловіків були значуще нижчими, ніж у жінок (табл. 1).

Таблиця 1

Показники соціальної підтримки у чоловіків та жінок, хворих на депресивні розлади (у балах)

Показник	чоловіки	жінки	p
Соціальна підтримка сім'ї	$1,40 \pm 0,94$	$1,67 \pm 1,05$	0,040
Соціальна підтримка друзів	$1,47 \pm 0,94$	$1,89 \pm 1,16$	0,004
Соціальна підтримка значущих інших	$1,27 \pm 1,05$	$1,59 \pm 1,10$	0,023
Сумарний показник	$4,14 \pm 2,17$	$5,14 \pm 2,35$	0,001

Так, найнижчими серед усіх виявилися показники соціальної підтримки значущих інших, що, очевидно, пов'язано з порушенням комунікації і погіршенням соціального функціонування хворих під час афективних епізодів і пов'язаною з цим втратою соціальних зв'язків. Деяко більш високими (хоча й кількісно незначними) були показники соціальної підтримки сім'ї; такі особливості можуть бути пояснені, з одного боку, сімейною дезадаптацією і руйнуванням значної кількості сімей хворих на депресивні розлади, а з іншого – все ж збереженням більшості хворих певного базового

рівня сімейної підтримки з боку кровних родичів – матері, батька, діда, бабці, братів, сестер. Найвищими виявилися показники соціальної підтримки друзів, що може бути пов'язане з формуванням у хворих на депресивні розлади невеличкого, але стійкого мікросоціального кола, що приймає хворого таким, який він є і з яким хворих відчуває себе відносно комфортно.

Щодо особливостей соціальної підтримки з урахуванням віку пацієнтів, то тут простежувалася чітка тенденція до зменшення показників соціальної підтримки в усіх сферах з віком (табл. 2).

Таблиця 2

Показники соціальної підтримки у хворих на депресивні розлади різних вікових груп (у балах)

Показник	Вікова група			p		
	Г1	Г2	Г3	Г1 vs Г2	Г1 vs Г3	Г2 vs Г3
Соціальна підтримка сім'ї	$1,84 \pm 0,99$	$1,48 \pm 0,94$	$1,21 \pm 1,05$	0,010	0,000	0,048
Соціальна підтримка друзів	$2,02 \pm 1,11$	$1,71 \pm 1,12$	$1,21 \pm 0,82$	0,043	0,000	0,011
Соціальна підтримка значущих інших	$1,79 \pm 1,13$	$1,40 \pm 1,08$	$1,00 \pm 0,85$	0,027	0,000	0,029
Сумарний показник	$5,65 \pm 2,34$	$4,60 \pm 2,20$	$3,42 \pm 1,81$	0,002	0,000	0,002

Як видно з табл. 2, найвищі рівні соціальної підтримки були виявлені у віковій групі до 30 років. При цьому у вікових групах до 30 років і 30–44 роки найвищий рівень соціальної підтримки був виявлений з боку друзів, дещо менший –

з боку сім'ї, і найменший – з боку значущих інших, а у віковій групі 45 років і старших показники соціальної підтримки сім'ї і друзів перебувають на однаковому рівні. Показники соціальної підтримки за всіма сферами значуще зменшуються

з віком, при цьому соціальна підтримка з боку сім'ї та соціальна підтримка з боку друзів більш суттєво відрізняються при порівнянні груп 30–44 роки і 45 років і старші, ніж при порівнянні груп до 30 років і 30–44 роки, тоді як для показника соціальної підтримки з боку значущих ці відмінності практично відсутні. Такі особливості можуть бути пояснені як наростанням психопатологічних проявів депресії з віком, так і природним зменшенням

кола осіб, від яких хворий може отримати підтримку, особливо виражене у віковій групі 45 років і старші. Соціальна підтримка з боку інших осіб закономірно виявилася менш чутливою до віку.

Нами також був проведений кореляційний аналіз показників соціальної підтримки з показниками виразності депресії та тривоги. Результати аналізу наведено на рис. 1.

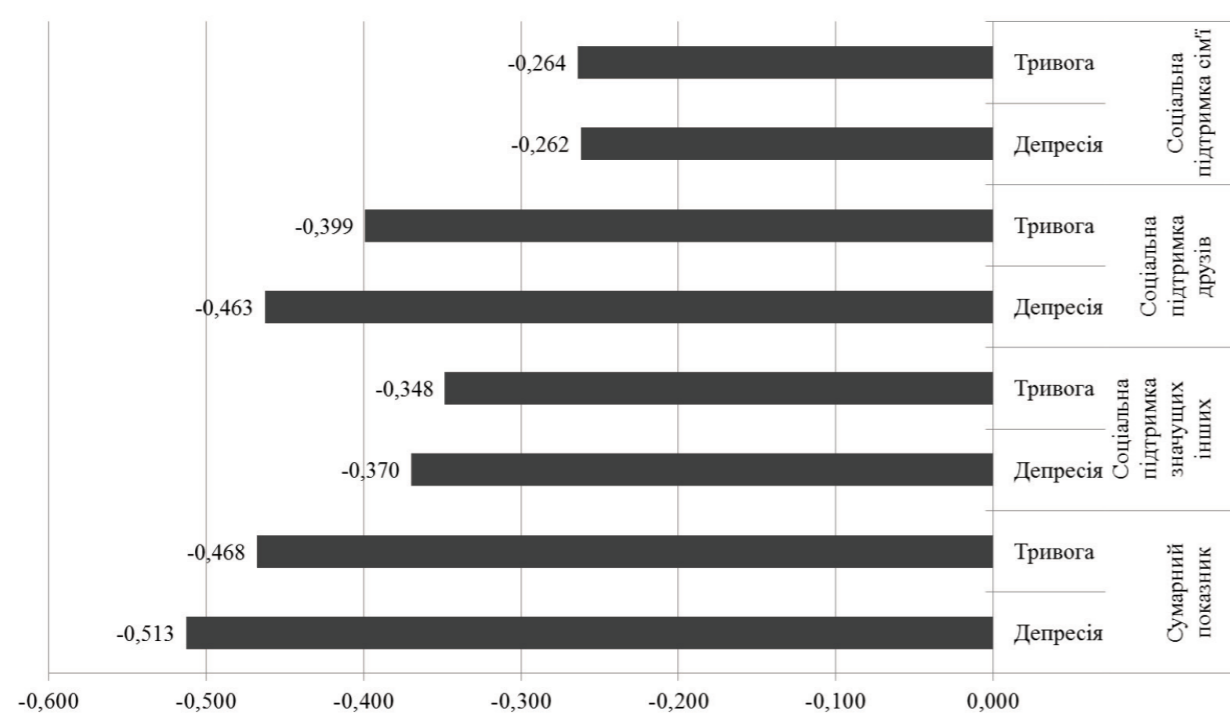


Рис. 1. Кореляційні зв'язки показників соціальної підтримки з показниками виразності депресії і тривоги (наведено значущі ($p < 0,05$ і менше) коефіцієнти рангової кореляції Спірмена)

Усі показники соціальної підтримки виявили значущі ($p < 0,05$ і менше) зворотні кореляційні зв'язки (при зростанні показника депресії або тривоги показник соціальної підтримки зменшується і навпаки). При цьому найменш тісний кореляційний зв'язок (слабкої сили) виявлений для сімейної підтримки ($r_s = -0,264$ для депресії і $r_s = -0,262$ для тривоги). Такий результат може бути пояснений наявністю серед сімейного оточення сталої групи осіб (насамперед, батьків хворого), які турбуються про хворого і забезпечують йому соціальну підтримку незалежно від виразності афективних проявів. Натомість, рівень соціальної підтримки з боку друзів та значущих інших виявився суттєво більш залежним від виразності проявів депресії і тривоги, кореляційний зв'язок між цими чинниками помірної сили ($r_s = 0,3-0,7$); причому найбільш тісний зв'язок був виявлений щодо соціальної підтримки друзів. Так, максимальне значення коефіцієнта рангової кореляції ($r_s = -0,463$) було

виявлено для пари «соціальна підтримка друзів та депресія», дещо менше – для пари «соціальна підтримка друзів та тривога» ($r_s = -0,399$). Кореляційні коефіцієнти для пар «соціальна підтримка значущих інших та депресія» і «соціальна підтримка значущих інших та тривога» помірні, ближчі до слабких ($r_s = -0,370$ та $r_s = -0,348$ відповідно).

Висновок. Таким чином, при дослідженні особливостей соціальної підтримки хворих на депресивні розлади ендогенного характеру було виявлено ряд закономірностей. В цілому рівень соціальної підтримки з боку сім'ї, друзів та значущих інших у хворих на депресивні розлади виявився невисоким, при цьому у чоловіків він значуще менший у порівнянні з жінками. Рівень соціальної підтримки зменшується з віком, при цьому соціальна підтримка з боку сім'ї та друзів більш суттєво зменшується у старшій віковій групі (45 років і старші), а соціальна підтримка з боку значущих інших рівномірно зменшується з віком. Виразність

депресивних і тривожних проявів значуще корелює зі зменшенням соціальної підтримки, водночас, кількісні значення кореляційних коефіцієнтів, що відповідають помірному (для соціальної підтримки друзів і значущих інших) та слабкому (для соціальної підтримки сім'ї) кореляційному зв'язку, свідчать про складний багатофакторний характер соціальної підтримки у хворих на депресивні розлади. Виявлені особливості повинні враховуватися при розробці терапевтичних і реабілітаційних заходів для хворих на ендогенні депресивні розлади.

Перспективи подальших досліджень спрямовані на створення комплексних моделей соціальної дезадаптації хворих на депресивні розлади з урахуванням даних щодо соціальної підтримки, а також у розробці на підставі одержаних даних програм лікування, психокорекції та профілактики депресивних розладів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. *Mental health: strengthening our response* (2018). Information Bulletin of World Health Organisation. Geneva, WHO: 1–28.
2. Cleare A., Pariante C.M., Young A.H. (2015) *Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines*. Journal of Psychopharmacology. Vol. 29 (5): 459–525.
3. Fekadu N., Shibeshi W., & Engidawork E. (2017) *Major depressive disorder: pathophysiology and clinical management*. Journal of Depression and Anxiety. Vol. 6 (1): 255–257.
4. Kessing L.V., & Miskowiak K. (2018). *Does Cognitive Dysfunction in Bipolar Disorder Qualify*

as a Diagnostic Intermediate Phenotype? Frontiers in Psychiatry, Vol. 9: 490.

5. Pshuk N.G., Stukan L.V., & Kaminska A.O. (2018) *Introducing system of psychotherapeutic intervention for family caregivers of patients with endogenous mental disorders*. Wiadomosci Lekarskie, Vol. 71(5): 980–985.

6. Rakhman L.V., & Markova M.V. (2014). *Clinical and therapeutic levels of pathomorphosis of treatment-resistant depression*. Medicinskaya psihologiya [Medical Psychology], Vol. 1: 36–40.

7. Skrypnikov A.M., Gerasimenko L.O., & Gryn K.V. (2016). *Vikovyj patomorfoz recurrentnykh depressivnykh rozladiv [Age pathomorphosis of recurrent depressive disorders]*. Svit medicyny ta biologii [The World of Medicine and Biology], Vol. 4(58): 64–66.

8. Al-Harbi K.S. (2012). *Treatment-resistant depression: therapeutic trends, challenges, and future directions*. Patient Preference and Adherence, Vol. 6: 369–388.

9. Markova M., Rezunenko O., & Kozhyna H. (2017). *Contents and efficiency measures of psychoeducation in rehabilitation system of patients with bipolar affective disorder*. Journal of Health Sciences, Vol. 7: 711–715.

10. Karvasarsky B.D. (2004). Clinical psychology. Moscow: 167–169.

11. Hamilton M. (1960). *A rating scale for depression by Max Hamilton*. Journal of Neurology, Neurosurgery, Psychiatry, Vol. 23: 56–62.

12. Hamilton M. (1959). *The assessment of anxiety states by rating*. British Journal of Medical Psychology, Vol. 32: 50–55.

FEATURES OF SOCIAL SUPPORT FOR PATIENTS WITH ENDOGENOUS DEPRESSIVE DISORDERS

O. Belov

In order to study the features of social support for patients with endogenous depressive disorders, 107 men and 138 women with depressive disorders were clinically examined (ICD-10 codes F31.3-31.4, F32.0-32.2, F33.0-33.2) using MSPSS, HDRS and HARS scales. In general, low indicators of social support were found, and in men they were significantly lower than in women: family social support – 1.40±0.94 points against 1.67±1.05 points ($p=0.040$), friends – 1.47±0.94 points against 1.89±1.16 points ($p=0.004$), significant others – 1.27±1.05 points against 1.59±1.10

points ($p=0.023$), the total indicator of social support is 4.14±2.17 points against 5.14±2.35 points ($p=0.001$). Indicators of social support deteriorate with age, and in terms of support from family and friends, the most pronounced deterioration was observed in the older age group: the indicator of social support in the age group up to 30 years was 1.84±0.99 points, in the group 30–44 years – 1.48±0.94 points ($p=0.010$), in the group of 45 years and older – 1.21±1.05 points ($p=0.048$); social support of friends – respectively 2.02±1.11 points, 1.71±1.12 points ($p=0.043$) and 1.21±0.82 points ($p=0.011$); social support of significant others – respectively 1.79±1.13

points, 1.40 ± 1.08 points ($p=0.027$) and 1.00 ± 0.85 points ($p=0.029$), the total indicator of social support – $5, 65 \pm 2.34$ points, 4.60 ± 2.20 points ($p=0.002$) and 3.42 ± 1.81 points ($p=0.002$). Significant ($p < 0.05$ or less) inverse correlations were found between moderate and weak degrees between indicators of depression and anxiety and indicators of social support, the weakest

– for family support ($r_s = -0.264$ for depression and $r_s = -0.262$ for anxiety), stronger – for social support of friends (respectively $r_s = -0.463$ and $r_s = -0.399$) and social support of significant others (respectively $r_s = -0.370$ and $r_s = -0.348$).

Keywords: depressive disorders, social support

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ БОЛЬНЫХ ЭНДОГЕННЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А.А. Белов

С целью изучения особенностей социальной поддержки больных депрессивными расстройствами эндогенного характера было клинически обследовано 107 мужчин и 138 женщин, больных депрессивными расстройствами (коды по МКБ-10 F31.3-31.4, F32.0-32.2, F33.0-33.2) с использованием шкал MSPSS, HDRS и HARS. Обнаружены в целом невысокие показатели социальной поддержки, причем у мужчин они были значимо меньше, чем у женщин: социальной поддержки семьи – $1,40 \pm 0,94$ баллов против $1,67 \pm 1,05$ баллов ($p=0,040$), друзей – $1,47 \pm 0,94$ баллов против $1,89 \pm 1,16$ баллов ($p=0,004$), значимых других – $1,27 \pm 1,05$ баллов против $1,59 \pm 1,10$ баллов ($p=0,023$), суммарного показателя социальной поддержки – $4,14 \pm 2,17$ баллов против $5,14 \pm 2,35$ баллов ($p=0,001$). Показатели социальной поддержки ухудшаются с возрастом, причем по поддержке со стороны семьи и друзей наиболее выраженное ухудшение наблюдалось в старшей возрастной группе: показатель социальной поддержки семьи в возрастной группе до 30 лет составил $1,84 \pm 0,99$ баллов, в группе 30–44 лет

– $1,48 \pm 0,94$ баллов ($p=0,010$), в группе 45 лет и старше – $1,21 \pm 1,05$ баллов ($p=0,048$), социальной поддержки друзей – соответственно $2,02 \pm 1,11$ баллов, $1,71 \pm 1,12$ баллов ($p=0,043$) и $1,21 \pm 0,82$ баллов ($p=0,011$), социальной поддержки значимых других – соответственно $1,79 \pm 1,13$ баллов, $1,40 \pm 1,08$ баллов ($p=0,027$) и $1,00 \pm 0,85$ баллов ($p=0,029$), суммарного показателя социальной поддержки – $5,65 \pm 2,34$ баллов, $4,60 \pm 2,20$ баллов ($p=0,002$) и $3,42 \pm 1,81$ баллов ($p=0,002$). Выявлены значимые ($p < 0,05$ и менее) обратные корреляционные связи умеренной и слабой степени между показателями выраженности депрессии и тревоги и показателями социальной поддержки, слабые – для семейной поддержки ($r_s = -0,264$ для депрессии и $r_s = -0,262$ для тревоги), более сильные – для социальной поддержки друзей (соответственно $r_s = -0,463$ и $r_s = -0,399$) и социальной поддержки значимых других (соответствии $r_s = -0,370$ и $r_s = -0,348$).

Ключевые слова: депрессивные расстройства, социальная поддержка

Прийнято до друку 12.11.2019

ВІДМІННОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Українська медична стоматологічна академія м. Полтава

Метою дослідження було вивчення структури психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб з неспсихотичними психічними розладами. Досліджено 102 внутрішньо переміщені особи з Донецької, Луганської областей та АР Криму, які мали патологію психічної сфери не психотичного рівня та виявляли ознаки психосоціальної дезадаптації.

Проведено комплексне всебічне обстеження із застосуванням клініко-психопатологічного, психодіагностичного, психометричного методів та ретельного і поглибленого вивчення анамнезу життя. Для діагностики різноманітних форм та виразності психосоціальної дезадаптації застосовано «Шкалу психосоціальної дезадаптації» Л.О. Герасименко, А.М. Скрипнікова.

Встановлена кореляція між нозологічними особливостями та профілем психосоціальної дезадаптації. При тривожно-депресивному розладі переважали порушення адаптації в інформаційній сфері середнього та легкого ступеню, а також в економічній сфері, але з переважанням важкого перебігу дезадаптації. Розлади адаптації корелювали з виробничим типом дезадаптації, який виражався переважно середнім ступенем тяжкості, та з інформаційним типом, який протікав у легкому ступені важкості. Соматизований розлад у більшості випадків був представлений виробничим типом дезадаптації, з переважанням важкого перебігу. При ПТСР домінувала кореляція з інформаційним типом дезадаптації, що становив значну більшість всіх пацієнтів з цим розладом, до того ж, у важкому перебігу. Пацієнти з неврастенією мали кореляцію з сімейним типом дезадаптації з переважанням середньої тяжкості. Пролонгована депресивна реакція відповідно корелювала з економічним типом дезадаптації з переважанням важкого перебігу.

Отже, згідно результатів дослідження встановлено, що у внутрішньо переміщених осіб з неспсихотичними психічними розладами переважали змішані варіанти психосоціальної дезадаптації, провідне місце серед яких посідав інформаційний тип дезадаптації.

Ключові слова: внутрішньо переміщені особи, психосоціальна дезадаптація, тривожно-депресивні розлади, розлади адаптації.

Вступ. На сьогоднішній день вимушене внутрішнє переміщення в Україні не полишає своєї актуальності та є значною проблемою для суспільства. Наша країна внаслідок бойових дій на Сході, анексії АР Криму увійшла до переліку країн, де існує значна кількість осіб, які є внутрішньо переміщеними. Міністерство соціальної політики станом на початок 2020 рік зафіксувало 1 млн. 446 тис. вимушених переселенців [1]. Вимушені внутрішньо переміщені особи (ВПО) – це люди переважно працездатного віку, які втратили не лише свої домівки, родичів, зв'язки, а й лишилися роботи, доходу сім'ї. Вимушене переселення є соціальною, економічною та медичною проблемою, яка впливає на суспільство в цілому та потребує вирішення на загальнодержавному рівні [2]. Внутрішнє переміщення є динамічним процесом, що впливає на всі сфери життєдіяльності людини. Вимушене переселення особи є кризовою

ситуацією, яка запускає механізми формування станів дезадаптації та впливає на порушення особистості, формування патологічних станів як соматичного характеру, так і психічної патології [3]. Втрата безпеки, власної домівки, роботи, міжособистісних контактів, а доволі часто і сімейних зв'язків, призводить до постійного напруження, відчуття розгубленості та невпевненості в майбутньому, безпорадності та невизначеності. Надмірне негативне інформаційне навантаження з боку оточення та засобів масової інформації (ЗМІ) провокує підвищення тривоги, призводить до виникнення хронічної стресової ситуації. Така тенденція є провокуючим фактором для виникнення психосоціальної дезадаптації, невротичної патології, депресивних та психосоматичних розладів [4].

Метою дослідження є вивчення психосоціальної дезадаптації у ВПО з неспсихотичними психічними розладами.