

В. С. Підкоритов, О. І. Серікова, О. С. Серікова, О. В. Скринник

АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ АФЕКТИВНОГО СТАНУ ТА СУЇЦИДАЛЬНИХ ТЕНДЕНЦІЙ ПРИ БІПОЛЯРНОМУ АФЕКТИВНОМУ РОЗЛАДІ У ОСІБ, ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ В УМОВАХ ПОСТІЙНОГО СТРЕСОВОГО ВПЛИВУ ТА МАЛИ СУЇЦИД У МИНУЛОМУ

V. S. Pidkorytov, O. I. Syerikova, O. S. Serikova, O. V. Skrynnyk

ANALYSIS OF THE AFFECTIVE STATE AND SUICIDAL TENDENCIES IN PERSONS WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER WHO LIVE IN CONDITIONS OF CONSTANT STRESS INFLUENCE AND HAVE SUICIDED IN THE PAST

Ключові слова: біполярний афективний розлад, суїцид, стрес

Keywords: bipolar affective disorder, suicide, stress

Останні декілька років нашого буття міцно пов'язані із різноманітними ситуаціями, які є дуже екстремальними для соціального життя людини. В статті наведено аналіз динаміки афективної симптоматики та суїцидальних думок у пацієнтів з біполярним афективним розладом, що мали суїцид в минулому та вплив на них різних типів психотравмуючих ситуацій, а саме — карантину під час пандемії COVID-19 та воєнних подій на території України. Виявилось, що пандемія істотно впливала на настрій та підвищувала рівень суїцидальних думок у обстежених пацієнтів. З початком війни у них активно включилися механізми адаптації й знизився рівень депресивного афективного мислення та думок про самогубство. Але через песимістичне бачення майбутнього залишався високий ризик суїцидальної поведінки в найближчий час.

The last few years of our existence are closely related to various situations that are very extreme for human social life. The article provides an analysis of the dynamics of affective symptoms and suicidal thoughts in patients with bipolar affective disorder who committed suicide in the past, and the impact on them of various types of psycho-traumatic situations, namely, quarantine during the COVID-19 pandemic and military events in Ukraine. It turned out that the pandemic significantly affected the mood and increased the level of suicidal thoughts in the examined patients. With the beginning of the war adaptation mechanisms were actively involved in them, and the level of depressive affective thinking and suicidal thoughts decreased. But due to a pessimistic vision of the future a high risk of suicidal behavior remained.

Останні декілька років в Україні дуже насичені різноманітними стресовими ситуаціями, які вкрай негативно відбиваються на більшості аспектів життя населення. Першим випробовуванням для нього була пандемія COVID-19, що почалась 2020 року. Вона супроводжувалась такими явищами: нагальна потреба тривалого самоізолювання людей, обмеження їх соціальних контактів, висвітлення в мас-медіа негативної інформації про загрозу для їхнього життя, різка зміна звичайного комфортного оточення, зменшення заробітку, а іноді і втрата роботи. Навіть для психічно здорової людини це — неабияке випробування. Для пацієнтів з психічними розладами, особливо з афективними, саме самоізоляція та нагнітання в медіа ситуації щодо зростання смертності серед хворих на коронавірус стали важкими стресовими чинниками [1; 2].

Відкрита агресія Росії проти нашої країни в лютому 2022 року стала ще одним потужним стресом для населення України. Це — багатовимірний стресовий чинник, який одночасно несе для людини безпосередню загрозу для здоров'я і життя як неї самої, так і її рідних. Виникає ризик втрати майна та вимушеної зміни умов та місця проживання, різкого погіршення економічного стану тощо.

Відомо, що пацієнти з афективною патологією є дуже вразлива група населення навіть у мирний час, а під час війни вони наражаються на небезпеку

набагато більше, ніж звичайні люди. Під час вивчення депресій і суїцидальної поведінки основну увагу дослідники приділяють переважно біологічним чинникам, що впливають на розвиток розладів настрою. Однак тяжкий психосоціальний стрес, яким є війна, нерідко стає головним тригерним чинником початку загострення афективних розладів. Він також може додавати істотні зміни в класичну картину перебігу захворювання та впливати на терапевтичну відповідь пацієнта [3].

Балканські психіатри провели довготривале дослідження впливу збройного конфлікту на психічне здоров'я населення та встановили, що через кілька років після закінчення локальної війни рівень поширеності психічних розладів істотно підвищився [4]. Це було пов'язано з тим фактом, що травматичні події, що відбуваються під час воєнного конфлікту, частіше погіршують самопочуття пацієнтів з афективними розладами і менше впливають на осіб з психічними розладами. Отримані дані свідчать про те, що фізичні тортури, сексуальне насильство, дитячі травми, раптова смерть близької людини та викрадення можуть бути факторами ризику загострення або виникнення афективних і психічних розладів у людей, які пережили воєнний конфлікт [5].

Пацієнти з біполярним афективним розладом (БАР) звичайно важче переживають травматичні події, а супутній посттравматичний стресовий розлад

(ПТСР), що може у них виникати, міцно пов'язаний із погіршенням перебігу біполярного розладу [6].

Багато сучасних досліджень підтверджує наявний зв'язок між стресом під час війни та БАР. Доведено, що найбільше патогенне значення мають втрата близької людини, розлука, втрата самооцінки та інші чинники. Вони спричиняють ранню сенсibilізацію до негараздів, кіндлінг / поведінкову сенсibilізацію, дисфункцію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи та сприяють розвитку рецидиву афективної патології [7—9].

Стверджується, що саме стресові події відіграють ключову роль у формуванні рецидивів БАР, спричиняючи нездорові афективні коливання [10]. Вони міцно пов'язані з початком маніакальних епізодів (більше, ніж депресивних) та раннім початком захворювання [11]. У пацієнтів з рецидивом БАР стресові події, що передували маніакальному епізоду, були переважно пов'язані з соціальним життям (наприклад, втрата соціального престижу). Рецидивам депресії передував стрес, що був пов'язаний з особистим життям (наприклад, смерть близької людини) [12; 13].

Виразені емоції та хронічний стрес можуть бути предикторами рецидиву депресії, хоча епізодичний гострий стрес може передувати як маніакальному, так і депресивному епізоду [14]. Від початку стресових подій до початку маніакального епізоду в середньому минає 4 місяці, а до початку депресивного епізоду — 6 місяців [15].

Група фінських вчених, вивчаючи завершені суїциди при БАР та уніполярній депресії, дійшла висновку, що більшість завершених самогубств як при біполярних, так і при уніполярних афективних розладах, пов'язані з сильним психосоціальним стресом, що був напередодні суїциду [16]. На підвищений ризик суїциду при БАР з коморбідним ПТСР вказували також R. N. McLay та співавтори (2014) [17].

Водночас серед вивчених наукових праць, що присвячені вивченню впливу стресу на перебіг БАР, є і такі дослідження, які не виявили жодного суттєвого зв'язку між стресом та БАР [18; 19].

Взагалі, дуже важко встановити причинно-наслідковий зв'язок між стресом та БАР через велику методологічну варіативність досліджень та їхніх результатів [14; 20].

Отже, проблемі соціальних та психологічних наслідків воєнних конфліктів присвячено велику кількість робіт. Встановлено численні чинники порушень адаптації у населення, що потрапило в ситуацію активних бойових дій. Це — різні форми девіантної поведінки, порушень настрою, суїциди, зловживання психоактивними речовинами тощо. Але недостатньо вивчені питання про вплив війни на психічний стан осіб, що хворіють на афективні розлади, особливо важкого ступеня, які мали у минулому суїцид. Не висвітлені також і питання трансформації клінічної картини БАР під впливом різних видів стресу, так саме як і вплив стресової ситуації на суїцидальні думки та поведінку таких осіб.

Відповідно, метою нашого дослідження було вивчити особливості суїцидальної поведінки при БАР у осіб, які проживають в умовах постійного стресового впливу та мали суїцид у минулому.

Дослідження проводили з січня 2021 року до липня 2022 року у клініці відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (акредитаційний сертифікат від 12 серпня 2019 року № 014535, серія МЗ Міністерства охорони здоров'я України, строк дії сертифіката з 31 липня 2019 р. до 30 липня 2022 р.); в рамках науково-дослідної роботи «Вивчити особливості суїцидальної поведінки при уніполярних депресивних та біполярних афективних розладах у осіб, які проживають в умовах постійного стресового впливу», шифр НАМН.СП.7П.21; строки виконання: 2021—2023 рр.

Для формування репрезентативної групи пацієнтів відібрано та проаналізовано 178 історій хвороби та амбулаторних карток пацієнтів з БАР, які проходили лікування у відділенні клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України» в період з 2013 до 2021 року. Критерієм включення до дослідження був встановлений відповідно до вимог Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) діагноз біполярний афективний розлад (F31). З обстеження виключені особи з вираженою супутньою соматичною і неврологічною патологією. Також критеріями для виключення були наявні органічні розлади центральної нервової системи, груба патологія особистості; хронічні соматичні захворювання в стадії декомпенсації; залежність від психоактивних речовин; вік до 18 років. Обов'язковою умовою залучення у дослідження була добровільна письмова згода пацієнтів. Процедура клінічного обстеження включала аналіз психічного стану, суб'єктивних і об'єктивних анамнестичних відомостей, медичної документації (історії хвороби, архівні історії хвороби, виписки з історій хвороби, амбулаторні картки).

Загалом було відібрано 60 пацієнтів, яких поділили на дві групи: група А (основна група) — 30 пацієнтів, які хворіли на БАР та мали суїцидальну спробу в анамнезі, група Б (група порівняння) — 30 пацієнтів — які хворіли на БАР та не мали суїцидальних спроб в анамнезі. Серед пацієнтів першої групи було 18 жінок та 12 чоловіків (1,5 : 1), середній вік пацієнтів — $(36,48 \pm 1,86)$ років. Друга група — 20 жінок та 10 чоловіків (2 : 1), середній вік пацієнтів — $(42,25 \pm 4,75)$ років.

Дослідження проводили в два етапи. На першому етапі вивчали вплив карантинних заходів та інформаційної кампанії під час пандемії COVID-19 у якості стресової ситуації. Пацієнтів запрошували у клініку та проводили клініко-психопатологічне обстеження, дослідження за допомогою таких шкал: оціночна шкала маній Янга (YMRS), шкала Монтгомері — Асберга для оцінки депресії (MADRS), коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР, шкала безнадійності (BHS), шкала суїцидальних намірів (SIS), шкала для оцінки суїцидального мислення (SSI) [21; 22].

На другому етапі виконання роботи з метою досліджування впливу воєнних подій після 24 лютого 2022 року (березень — травень 2022 року) на психічний стан пацієнтів з БАП було проведено їх онлайн-опитування за допомогою таких шкал — YMRS, MADRS, коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР, BHS, SSI.

Оброблення й аналіз отриманих результатів проводили за допомогою методів математичної статистики. Статистичні показники обчислювали за допомогою Excel для Windows.

Усім пацієнтам основної групи на початку дослідження оцінювали індекс суїцидальної інтенції за шкалою SIS, який становив ($23,50 \pm 5,45$) балів, що відповідало яскраво вираженому бажанню піти

з життя у минулому. Під час аналізу структури відповідей високі показники спостерігалися в групі запитань, що охоплювали об'єктивні обставини, заходи, спосіб скоєння суїциду (пункти 1—8) — ($10,75 \pm 2,73$) балів. У групі запитань, що оцінювали суб'єктивне уявлення пацієнта про летальність обраного методу, очікування щодо можливості втручання ззовні, ступінь навмисності (пункти 9—15), загальний бал також був високим — ($12,75 \pm 2,71$). Таке співвідношення, за даними багатьох авторів, свідчило не тільки про справжність останнього суїциду, а й про високий ризик повторної суїцидальної спроби [23].

Результати обстеження пацієнтів за допомогою психометричних шкал наведені в таблиці.

Показники психометричних шкал за результатами обстеження пацієнтів порівнюваних груп на обох етапах дослідження

Показники тестів	I етап		II етап	
	Група А (n = 30)	Група Б (n = 30)	Група А (n = 30)	Група Б (n = 30)
Шкала YMRS				
Загальний середній бал	n = 21 $3,25 \pm 1,50$	$3,75 \pm 1,85$	n = 21 $5,25 \pm 2,75$	$7,15 \pm 2,85$
	n = 9 $14,75 \pm 1,25$		n = 9 $16,55 \pm 3,65$	
Шкала MADRS				
Загальний середній бал	$32,05 \pm 5,75$	$27,55 \pm 4,40$	$34,85 \pm 4,55$	$30,25 \pm 5,75$
Пункт 1 — Об'єктивні ознаки зниженого настрою	$3,65 \pm 1,05$	$2,89 \pm 1,11$	$4,11 \pm 0,89$	$3,06 \pm 0,94$
Пункт 2 — Суб'єктивні ознаки зниженого настрою	$4,58 \pm 0,52^{**}$	$3,68 \pm 1,32$	$2,84 \pm 1,16$	$3,52 \pm 0,48$
Пункт 3 — Внутрішнє напруження	$4,65 \pm 1,40$	$2,16 \pm 0,92$	$4,09 \pm 1,33$	$3,08 \pm 0,75$
Пункт 8 — Втрата здатності відчувати	$4,85 \pm 0,65^*$	$2,38 \pm 1,66$	$3,05 \pm 0,75^*$	$2,02 \pm 1,75$
Пункт 9 — Песимістичні думки	$4,57 \pm 0,55^{*,**}$	$2,15 \pm 1,05$	$2,85 \pm 1,05$	$1,85 \pm 0,65$
Пункт 10 — Суїцидальні думки	$4,09 \pm 1,45$	$0,59 \pm 0,05$	$2,68 \pm 0,96$	$1,81 \pm 0,76$
Шкала BHS				
Загальний середній бал	$15,14 \pm 2,87^*$	$9,25 \pm 1,95$	$16,25 \pm 3,65$	$13,15 \pm 4,75$
Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР				
Загальний середній бал	$8,38 \pm 1,54^{**}$	$5,90 \pm 1,75$	$6,50 \pm 2,50^*$	$3,50 \pm 1,50$
Шкала SSI				
Загальний середній бал	$24,76 \pm 4,62$	$3,75 \pm 1,45$	$10,25 \pm 3,75$	$4,10 \pm 2,05$

Примітки. Показники подано у форматі ($M \pm \sigma$), бали, де M — середнє арифметичне, σ — середнє квадратичне відхилення. Значуща відмінність ($p < 0,05$): * — як порівняти з іншою групою; ** — як порівняти з другим етапом

Усім пацієнтам з метою оцінювання афективного стану проведені досліджування за шкалами YMRS та MADRS. За даними YMRS, дев'ять пацієнтів групи А мали відносно високі показники як на першому так і на другому етапах дослідження — ($14,75 \pm 1,25$) та ($16,55 \pm 3,65$) балів відповідно. Вони відповідали рівню гіпоманії. Найвищими були бали за пунктами «2 — Підвищення моторної активності», «4 — Мова» та «5 — Дратівливість». Разом з високими показниками за MADRS це означало наявність у цих хворих змішаного епізоду БАП. Решта (21 пацієнт групи А) на обох етапах обстеження мали дуже низькі показники за YMRS ($3,25 \pm 1,50$) та ($5,25 \pm 2,75$) балів

відповідно на тлі високих середніх балів за MADRS. Тобто у них був депресивний епізод БАП. Щодо групи Б, то хоча середні показники за YMRS на першому та другому етапах істотно відрізнялися — ($3,75 \pm 1,85$) та ($7,15 \pm 2,85$) балів відповідно — все одно вони не виходили за рамки норми. Тобто, з огляду на високий сумарний бал за MADRS, можна стверджувати, що всі пацієнти групи Б на обох етапах дослідження мали депресивний епізод БАП.

Шкала MADRS мала підтвердити наявність вираженої депресивної симптоматики та суїцидальних думок на момент обстеження. В обох групах на жодному етапі сумарний бал достовірно не відрізнявся

та відповідав рівню від помірної до тяжкої депресії. В групі А на початку дослідження загальний бал становив $(32,05 \pm 5,75)$, на другому етапі — $(34,85 \pm 4,55)$ балів, в групі Б — $(27,55 \pm 4,40)$ та $(30,25 \pm 5,75)$ відповідно. В групі А на етапі I об'єктивні та суб'єктивні ознаки зниженого настрою (пункти 1 та 2) відрізнялися незначно $(3,65 \pm 1,05)$ та $(4,58 \pm 0,52)$ балів відповідно, а на другому етапі — об'єктивні показники залишалися досить високими $(4,11 \pm 0,89)$ балів, а суб'єктивна оцінка хворим себе істотно поліпшилась $(2,84 \pm 1,16)$ балів. У пацієнтів групи Б протягом усього дослідження показники за вказаними пунктами достовірно не відрізнялися.

На етапі I оцінка за пунктом 3 «внутрішнє напруження» була достовірно вищою в групі А, як порівняти з групою Б — $(4,65 \pm 1,40)$ та $(2,16 \pm 0,92)$ балів відповідно. На етапі II статистично незначуща різниця залишалася — $(4,09 \pm 1,33)$ та $(3,28 \pm 0,75)$ балів відповідно.

У пацієнтів групи А також достовірно знизився рівень песимістичних думок — $(4,57 \pm 0,55)$ балів на етапі I та $(2,85 \pm 1,05)$ балів на етапі II. Такої динаміки в групі Б не спостерігалось. Там показник за пунктом 9 «песимістичні думки» був невисоким — $(2,15 \pm 1,05)$ балів на етапі I та $(1,85 \pm 0,65)$ балів на етапі II.

Тобто на етапі II під впливом потужної психотравмуючої ситуації у досліджуваних пацієнтів групи А включилися внутрішні резерви та процеси саморегуляції підвищення самооцінки.

Щодо рівня суїцидальних думок, то в групі Б їх не було (за пунктом 10 «суїцидальні думки» — $(0,59 \pm 0,05)$ балів на етапі I). На етапі II з'явилися ідеї власної невдачі $(1,81 \pm 0,76)$ балів. В групі А на етапі I були стійкі суїцидальні думки, які на етапі II трансформувалися в думки про власну невдачу — $(2,68 \pm 0,96)$ балів. На етапі II достовірної різниці в суїцидальних думках між групами не спостерігалось.

Отже, за даними MADRS, під час подій, що виникли гостро та загрожували життю, у хворих на афективні розлади, які мали суїцидальні думки та дії у минулому, включалися механізми адаптації та знижувався рівень депресивного афективного мислення (зниження балів за пунктом «суб'єктивні ознаки зниженого настрою») та «Суїцидальні думки».

Водночас, згідно з даними шкали BHS, яка визначає негативне ставлення та негативні очікування щодо найближчого та віддаленого майбутнього, пацієнти групи А мали високі показники безнадійності на обох етапах дослідження. Вони достовірно не відрізнялися та переважно висвітлювали ставлення пацієнта до майбутнього, але мало стосувалися його негативного ставлення до себе. Тобто ідеї самозвинувачення були у них не явно виражені: на I етапі — $(15,14 \pm 2,87)$ балів, на II етапі — $(16,25 \pm 3,65)$ балів. Пацієнти групи Б мали помірні показники згідно з BHS — $(9,25 \pm 1,95)$ балів на етапі I та $(13,15 \pm 4,75)$ балів.

Шкалу BHS ще називають «індикатором суїцидального ризику» [22]. Тобто у пацієнтів групи А,

незважаючи на поліпшення психічного стану за показниками MADRS, навіть якщо на час огляду не було суїцидальних думок, залишався високий ризик суїцидальної поведінки в майбутньому.

За даними короткої шкали тривоги, депресії та ПТСР, яка повинна виявляти вплив психотравмуючого чинника на афективну сферу пацієнта, в групі А на етапі I дослідження загальний бал був високим $(8,38 \pm 1,54)$, на етапі II показник знизився до $(6,50 \pm 2,50)$ балів. В групі Б показники за шкалою були нижчі та мали ту саму динаміку — $(5,90 \pm 1,75)$ балів на етапі I та $(3,50 \pm 1,50)$ балів на етапі II.

Визначаючи ризик суїциду на момент огляду за шкалою SSI, в групі А на етапі I виявили високий загальний показник — $(24,76 \pm 4,62)$ балів, що свідчить про стійке та виражене бажання заповідати собі смерть. На етапі II цей показник істотно знизився та становив $(10,25 \pm 3,75)$ балів, що відповідало наявності думок про смерть, але не таких гострих, як на етапі I. Найвищі показники на етапі II були за пунктами, що відтворюють пасивне бажання піти з життя. В групі Б на обох етапах загальний бал за цією шкалою мав підпорогове значення — $(3,75 \pm 1,45)$ балів та $(4,10 \pm 2,05)$ балів відповідно.

В нашому дослідженні на різних етапах виявлені різні за характером психотравмуючі ситуації. На етапі I — карантинні ізоляційні заходи через COVID-19, які істотно обмежували живі соціальні контакти, потребували самоізоляції. А хвиля негативної інформації в мас-медіа про високу смертність від інфекції, постійний ризик захворіти та самому померти через не вивчений та підступний вірус, проти якого не було ефективних ліків, сприяла формуванню у населення постійного хронічного стресу, очікуванню щось поганого та відчуттю неминучої катастрофи.

На етапі II (березень — травень 2022 року) стрес мав зовсім інший характер. По-перше, виник він гостро; події, що тривали навколо, дійсно загрожували життю пацієнтів та їхніх родичів. До того ж у багатьох з них виникли додаткові обставини у вигляді втрати майна (іноді — повної, іноді — часткової), переїзду в некомфортні умови проживання, втрати роботи та інші.

У більшості хворих на афективні розлади, які мали суїцидальні думки та дії у минулому, при хронічній психотравмуючій ситуації виявлено тяжку депресивну симптоматику, що супроводжувалася тривогою, занепокоєнням, песимістичним поглядом на майбутнє та стійкими суїцидальними думками. Воєнні події стали для всіх обстежених пацієнтів вираженим стресом з гострим початком. У пацієнтів з БАР, що мали суїцид у минулому, активно включилися механізми адаптації та знизився рівень депресивного афективного мислення (зниження балів за пунктом «суб'єктивні ознаки зниженого настрою») та суїцидальних думок. Але через песимістичне бачення майбутнього, незважаючи на дезактуалізацію суїцидальних думок тепер, залишався високий ризик суїцидальної поведінки в майбутньому.

Отже, важкий стрес завжди впливає на характер перебігу і клінічні особливості афективних розладів у осіб, що в минулому були схильні до суїцидальної поведінки. Однак він може мати різноспрямований характер, погіршуючи або навпаки покращуючи можливості соціальної адаптації пацієнта. Саме на це варто зважати, призначаючи таким хворим комплексні лікувально-реабілітаційні заходи. Актуальним залишається і далі вивчати можливість запобігати розвитку суїцидальної поведінки у пацієнтів з БАП під час і після стресових подій воєнного часу.

Список літератури

1. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science / E. A. Holmes, R. C. O'Connor, V. H. Perry [et al.] // *Lancet Psychiatry*. 2020. Vol. 7. P. 547—560. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30168-1.
2. Salas-Sánchez, K. F. El verdadero impacto de la pandemia por COVID-19 en la población más joven con trastornos psiquiátricos preexistentes [The True Impact of the COVID-19 Pandemic on the Younger Population with Pre-Existing Psychiatric Disorders]. / K. F. Salas-Sánchez, J. R. Pena-Rojas // *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2021. Vol. 50 (3). P. 154—155. Spanish. DOI: 10.1016/j.rcp.2020.12.009.
3. How major depressive disorder patients do when coping with stress? / [G. Zandkarimi, S. M. Yazdi, Z. Khosravi, G. R. Dehshiri] // *The International Journal of Humanities & Social Studies*. 2015, Oct. Vol. 3, Issue 10. P. 209—212. Retrieved from <http://www.internationaljournalcorner.com/index.php/theijhss/article/view/139292>.
4. Mental disorders following war in the Balkans: a study in 5 countries / S. Priebe, M. Bogic, D. Ajdukovic [et al.] // *Archives of general psychiatry*. 2010. Vol. 67(5), P. 518—528. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.37.
5. Affective and Psychotic Disorders in War-Torn Eastern Part of the Democratic Republic of the Congo: A Cross-Sectional Study / B. M. Vivalya, G. M. Bin Kitoko, A. K. Nzanzu [et al.] // *Psychiatry journal*. 2020. 9190214. DOI: <https://doi.org/10.1155/2020/9190214>.
6. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in bipolar disorder / H. J. Assion, N. Brune, N. Schmidt [et al.] // *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2009. Vol. 44 (12). P. 1041—1049. DOI: 10.1007/s00127-009-0029-1.
7. Aldinger, F. Environmental factors, life events, and trauma in the course of bipolar disorder / F. Aldinger, T. G. Schulze // *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2017. Vol. 71 (1). P. 6—17. DOI: 10.1111/pcn.12433.
8. The stress sensitization hypothesis: Understanding the course of bipolar disorder / K. A. Dienes, C. Hammen, R. M. Henry [et al.] // *J. Affect. Disord.* 2006. Vol. 95 (1-3). P. 43—49. DOI: 10.1016/j.jad.2006.04.009.
9. Malkoff-Schwartz, S. Social rhythm disruption and stressful life events in the onset of bipolar and unipolar episodes / S. Malkoff-Schwartz, E. Frank, B. P. Anderson [et al.] // *Psychol. Med.* 2000. Vol. 30 (5). P. 1005—1016. DOI: 10.1017/S0033291799002706.
10. Role of stressful life events and kindling in bipolar disorder: Converging evidence from a maniapredominant illness course / K. Subramanian, S. Sarkar, S. Kattimani [et al.] // *Psychiatry Res.* 2017. Vol. 258. P. 434—437. DOI: 10.1016/j.psychres.2017.08.073.
11. Stressful life events in older bipolar patients / [J. L. Beyer, M. Kuchibhatla, F. Cassidy, K. R. Krishnan] // *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 2008. Vol. 23 (12). P. 1271—1275. DOI: 10.1002/gps.2062.

Psychiatry. 2008. Vol. 23 (12). P. 1271—1275. DOI: 10.1002/gps.2062.

12. Life events as predictors of mania and depression in bipolar I disorder / S. L. Johnson, A. K. Cuellar, C. Ruggero [et al.] // *J. Abnorm. Psychol.* 2008. Vol. 117 (3). P. 268—277. DOI: 10.1037/0021-843X.117.2.268.

13. Life-event specificity: Bipolar disorder compared with unipolar depression / G. M. Hosang, A. Korszun, L. Jones [et al.] // *Br. J. Psychiatry*. 2012. Vol. 201 (6). P. 458—465. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.111047.

14. Bries, A. Could bipolarity be influenced by stressful life events? A reflection based on a case report / A. Bries, C. Reynaert, N. Zdanowicz // *Psychiatr. Danub.* 2014. Vol. 26. P. 31—35. PMID: 25413508.

15. Stressful life events predict delayed functional recovery following treatment for mania in bipolar disorder / L. YanMeier, N. K. Eberhart, C. L. Hammen [et al.] // *Psychiatry Res.* 2011. Vol. 186 (2-3). P. 267—271. DOI: 10.1016/j.psychres.2010.08.028.

16. Recent life events and completed suicide in bipolar affective disorder. A comparison with major depressive suicides / E. Isometsä, M. Heikkinen, M. Henriksson [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. 1995. Vol. 33 (2). P. 99—106. DOI: 10.1016/0165-0327(94)00079-0.

17. Apparent comorbidity of bipolar disorder in a population with combat-related post-traumatic stress disorder / R. N. McLay, V. Ram, J. Webb-Murphy [et al.] // *Military Medicine*. 2014, Feb. Vol. 179 (2). P. 157—161. DOI: 10.7205/MILMED-D-13-00307.

18. McPherson H. Life events and relapse in established bipolar affective disorder / H. McPherson, P. Herbison, S. Romans // *Br J Psychiatry*. 1993 Sep; 163: 381—5. DOI: 10.1192/bjp.163.3.381.

19. Bipolar illness: A prospective study of life events / [K. S. Hall, D. L. Dunner, G. Zeller, R. R. Fieve] // *Comprehensive Psychiatry*. 1977. Vol. 18 (5). P. 497—502. DOI: 10.1016/0010-440x(77)90050-5.

20. Sam, S. P. Stressful Life Events and Relapse in Bipolar Affective Disorder: A Cross-Sectional Study from a Tertiary Care Center of Southern India / S. P. Sam, A. Nisha, P. J. Varghese // *Indian journal of psychological medicine*. 2019. Vol. 41 (1). P. 61—67. DOI: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM_113_18.

21. Подкорытов, В. С. Депрессии. Современная терапия / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. Харьков : Торнадо, 2003. 350 с.

22. Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців : методичний посібник / [О. М. Кокур, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко [та ін.]. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2019. 206 с.

23. A review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research with Adults and Older Adults / Brown G. K., Beck A. T., Conwell Ye. [et al.]. Philadelphia : G. K. Brown, 2001.

References

1. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, Ballard C, Christensen H, Cohen Silver R, Everall I, Ford T, John A, Kabir T, King K, Madan I, Michie S, Przybylski AK, Shafran R, Sweeney A, Worthman CM, Yardley L, Cowan K, Cope C, Hotopf M, Bullmore E. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. 2020 Jun;7(6):547-560. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30168-1. Epub 2020 Apr 15. PMID: 32304649; PMCID: PMC7159850.

2. Salas-Sánchez KF, Peña-Rojas JR. El verdadero impacto de la pandemia por COVID-19 en la población más joven con trastornos psiquiátricos preexistentes [The True Impact of the COVID-19 Pandemic on the Younger Population with

Pre-Existing Psychiatric Disorders]. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2021 Jul-Sep;50(3):154-155. Spanish. doi: 10.1016/j.rcp.2020.12.009. Epub 2021 Feb 20. PMID: 34629556; PMCID: PMC7896817.

3. Zandkarimi, G., Yazdi, S. M., Khosravi, Z., & Dehshiri, G. R. (2015). How Major Depressive Disorder Patients Do When Coping with Stress? *The International Journal of Humanities & Social Studies*, 3(10). Retrieved from <http://www.internationaljournalcorner.com/index.php/theijhss/article/view/139292>.

4. Priebe S, Bogic M, Ajdukovic D, Franciskovic T, Galeazzi GM, Kucukalic A, Lecic-Tosevski D, Morina N, Popovski M, Wang D, Schützwohl M. Mental disorders following war in the Balkans: a study in 5 countries. *Arch Gen Psychiatry.* 2010 May;67(5):518-28. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.37. PMID: 20439833.

5. Vivalya BM, Bin Kitoko GM, Nzanzu AK, Vagheni MM, Masuka RK, Mugizi W, Ashaba S. Affective and Psychotic Disorders in War-Torn Eastern Part of the Democratic Republic of the Congo: A Cross-Sectional Study. *Psychiatry J.* 2020 Jul 24;2020:9190214. doi: 10.1155/2020/9190214. PMID: 32775401; PMCID: PMC7397443.

6. Assion HJ, Brune N, Schmidt N, Aubel T, Edel MA, Basilowski M, Juckel G, Frommberger U. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in bipolar disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009 Dec;44(12):1041-9. doi: 10.1007/s00127-009-0029-1. Epub 2009 May 12. PMID: 19434346.

7. Aldinger F, Schulze TG. Environmental factors, life events, and trauma in the course of bipolar disorder. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2017 Jan;71(1):6-17. doi: 10.1111/pcn.12433. Epub 2016 Sep 21. PMID: 27500795; PMCID: PMC7167807.

8. Dienes KA, Hammen C, Henry RM, Cohen AN, Daley SE. The stress sensitization hypothesis: understanding the course of bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2006 Oct;95(1-3):43-9. doi: 10.1016/j.jad.2006.04.009. Epub 2006 Jul 11. PMID: 16837055.

9. Malkoff-Schwartz S, Frank E, Anderson BP, Hlastala SA, Luther JF, Sherrill JT, Houck PR, Kupfer DJ. Social rhythm disruption and stressful life events in the onset of bipolar and unipolar episodes. *Psychol Med.* 2000 Sep;30(5):1005-16. doi: 10.1017/s0033291799002706. PMID: 12027038.

10. Subramanian K, Sarkar S, Kattimani S, Philip Rajkumar R, Penchilaiya V. Role of stressful life events and kindling in bipolar disorder: Converging evidence from a mania-predominant illness course. *Psychiatry Res.* 2017 Dec;258:434-437. doi: 10.1016/j.psychres.2017.08.073. Epub 2017 Aug 30. PMID: 28870645.

11. Beyer JL, Kuchibhatla M, Cassidy F, Krishnan KR. Stressful life events in older bipolar patients. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008 Dec;23(12):1271-5. doi: 10.1002/gps.2062. PMID: 18613269; PMCID: PMC2590787.

12. Johnson SL, Cuellar AK, Ruggero C, Winnett-Perlman C, Goodnick P, White R, Miller I. Life events as predictors of mania and depression in bipolar I disorder. *J Abnorm Psychol.* 2008 May;117(2):268-277. doi: 10.1037/0021-843X.117.2.268.

13. Hosang GM, Korszun A, Jones L, Jones I, McGuffin P, Farmer AE. Life-event specificity: bipolar disorder compared with unipolar depression. *Br J Psychiatry.* 2012 Dec;201(6):458-65. doi: 10.1192/bjp.bp.112.111047. Epub 2012 Nov 8. PMID: 23137729.

14. Bries A, Reynaert C, Zdanowicz N. Could bipolarity be influenced by stressful life events? A reflection based on a case report. *Psychiatr Danub.* 2014 Nov;26 Suppl 1:31-5. PMID: 25413508.

15. Yan-Meier L, Eberhart NK, Hammen CL, Gitlin M, Sokolski K, Altshuler L. Stressful life events predict delayed functional recovery following treatment for mania in bipolar disorder. *Psychiatry Res.* 2011 Apr 30;186(2-3):267-71. doi: 10.1016/j.psychres.2010.08.028. Epub 2011 Feb 22. PMID: 20888051; PMCID: PMC3034102.

16. Isometsä E, Heikkinen M, Henriksson M, Aro H, Lönnqvist J. Recent life events and completed suicide in bipolar affective disorder. A comparison with major depressive suicides. *J Affect Disord.* 1995 Feb 21;33(2):99-106. doi: 10.1016/0165-0327(94)00079-o. PMID: 7759667.

17. McLay RN, Ram V, Webb-Murphy J, Baird A, Hickey A, Johnston S. Apparent comorbidity of bipolar disorder in a population with combat-related post-traumatic stress disorder. *Mil Med.* 2014 Feb;179(2):157-61. doi: 10.7205/MILMED-D-13-00307. PMID: 24491611.

18. McPherson H, Herbison P, Romans S. Life events and relapse in established bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry.* 1993 Sep;163:381-5. doi: 10.1192/bjp.163.3.381. PMID: 8401970.

19. Hall KS, Dunner DL, Zeller G, Fieve RR. Bipolar illness: a prospective study of life events. *Compr Psychiatry.* 1977 Sep-Oct;18(5):497-502. doi: 10.1016/0010-440x(77)90050-5. PMID: 891172.

20. Sam SP, Nisha A, Varghese PJ. Stressful Life Events and Relapse in Bipolar Affective Disorder: A Cross-Sectional Study from a Tertiary Care Center of Southern India. *Indian J Psychol Med.* 2019 Jan-Feb;41(1):61-67. doi: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM_113_18. PMID: 30783310; PMCID: PMC6337920.

21. Podkorytov, V. S., Chayka Yu. Depressii. Sovremennaya terapiya. Kharkov : Tornado, 2003. 350 s. (In Russian). (In Russian).

22. Kokun, O. M., Ahaiev N. A., Pishko I. O. ta in. Psykholohichna otsinka suitsydnalnoho ryzyku u viiskovosluzhbovtiv : metodychnyi posibnyk. Kyiv : NDTs HP ZSU, 2019. 206 s. (In Ukrainian). (In Ukrainian).

23. Brown G. K., Beck A T, Conwell Ye. et al. A review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research with Adults and Older Adults. Philadelphia : G.K. Brown, 2001.

Надійшла до редакції 15.04.2023

Інформація про авторів:

ПІДКОРИТОВ Валерій Семенович, доктор медичних наук, професор, науковий керівник відділу*; e-mail: pid-vs@ukr.net
СЕРІКОВА Ольга Іванівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу*; e-mail: olserikova@yahoo.com

СЕРІКОВА Ольга Сергіївна, старший науковий співробітник відділу*; e-mail: olga.s.serikova@gmail.com

СКРИННИК Ольга Вячеславівна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу*; e-mail: olskrynnik@yahoo.com

* — відділ клінічної, соціальної та дитячої психіатрії Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

Information about the authors:

PIDKORYTOV Valerii, Doctor of Medical Science, Professor, Head of the Department**; e-mail: pid-vs@ukr.net

SYERIKOVA Olga, MD, PhD, Leading Researcher of the Department**; e-mail: olserikova@yahoo.com

SERIKOVA Olga, MD, Senior Researcher of the Department**; e-mail: olga.s.serikova@gmail.com

SKRYNNYK Olga, MD, PhD, Senior Researcher of the Department**; e-mail: olskrynnik@yahoo.com

** — Department of clinical, social and child psychiatry of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Science of Ukraine", Kharkiv, Ukraine