

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

*Факультет №6  
Кафедра соціології та психології*

**ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ**  
навчальної дисципліни **КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ**  
обов'язкових компонент освітньої програми першого  
(бакалаврського) рівня вищої освіти

*053 Психологія (практична психологія)*

**Тема №14: «Афективні розлади».**

**Харків 2023**

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Науково-методичною радою  
Харківського національного  
університету внутрішніх справ  
Протокол від 30.08.23 №7

**СХВАЛЕНО**

Вченою радою факультету  
Протокол від 25.08.23 р. №7

**ПОГОДЖЕНО**

Секцією Науково-методичної ради  
ХНУВС з гуманітарних та соціально-  
економічних дисциплін  
Протокол від 29.08.23 №7

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології  
Протокол від 15.08.2022 №8.

**Розробник:**

доцент кафедри соціології та психології, кандидат психологічних наук, доцент,  
Жданова І.В.

**Рецензенти:**

1. Доцент кафедри педагогіки та психології Харківської державної академії фізичної культури, кандидат психологічних наук, доцент Павлик О. М.
2. Доцент кафедри соціології та психології факультету № 6 Харківського національного університету внутрішніх справ, кандидат психологічних наук, доцент Шиліна А.А

### **План лекції:**

1. Поняття та класифікація афективних розладів.
2. Патопсихологічна структура афективних розладів.
3. Біполярний афективний розлад.
4. Патопсихологічна діагностика афективного синдрому

### **Рекомендована література:**

#### **Основна:**

1. Бобирьов В.М., Скрипніков А.М., Телюков О.С. С Афективні розлади: клінічний та психофармакологічний аспекти : навчально-методичний посібник для лікарів-інтернів, магістрантів, клінічних ординаторів та аспірантів за фахом «психіатрія». Полтава: «Дивосвіт», 2014. 133с.
2. Закалик Г. М., Терлецька Ю. М. Патопсихологія: понятійно-термінологічний словник: Навчальний посібник. Львів : Видавництво Львівської політехніки, 2016. 156 с
3. Максименко С.Д., Чуприков А.П., Прокопович Є.М. та ін.. Патопсихологія. Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. К.: Видавництво ТОВ “КММ”, 2010, 210 с.
4. Мартинюк І. А. Патопсихологія. Навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури, 2008. 208 с.
5. Середина Н. В., Шкуренко Д. А. Основи медичної психології: загальна, клінічна, патопсихологія / Серія «Підручники, навчальні посібники». Ростов н / Д: «Фенікс», 2003. 512 с.

#### **Додаткова:**

1. Жариков Н.М., Морозов Г.В., Хритинин Д.Ф. Судебная психиатрия: Учебник для вузов. Изд-во Норма, 2008. 560 с.
2. Основи патопсихології: навчально-методичний посібник / укл. Н. А. П'ясецька – Умань.:АЛМІ, 2015 – 232 с.
3. Николаева В. В., Соколова Е. Т., Спиваковская А. С. Спецпрактикум по патопсихологии. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1979. 42 с.
4. Психіатрія і наркологія : підручник / В.Л. Гавенко, В.С. Бітенський, П86 В.А. Абрамов та ін. ; за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. 2-ге вид., переробл. і допов. К. : ВСВ "Медицина", 2015. 512 с.
5. Турецька Х., Гурська Т. Патопсихологія: навчальний посібник . Тернопіль : Навчальна книга. Богдан, 2015. 160 с.

### **Текст лекції.**

#### **Питання 1. Поняття та класифікація афективних розладів.**

До афективних розладів відносять такі порушення, при яких провідна

психічна патологія міститься у зміні афекту або настрою, найчастіше у бік його пригнічення чи підвищення. Ця зміна переважно супроводжується зміною загального рівня активності, а більшість інших симптомів має вторинний характер. Як правило, ці розлади мають тенденцію до повторюваності, а початок окремих епізодів порушень нерідко пов'язаний зі стресовими подіями чи ситуаціями.

В теперішній час в усьому світі спостерігається тенденція до постійного зростання рівня захворюваності на афективні розлади, переважно депресивного характеру. Експерти ВООЗ вважають, що на початку XXI століття ці порушення стануть найпоширенішими у світі, зокрема, уніполярна депресія посідає друге місце серед десяти захворювань, що найчастіше призводять до інвалідності після ішемічної хвороби серця.

#### *Класифікація афективних розладів.*

За Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду афективні розлади представлені наступними діагностичними рубриками:

F30-F39 «Афективні розлади настрою», серед яких:

- F30 - маніакальний епізод,
- F31 - біполярний афективний розлад,
- F32 - депресивний епізод,
- F33 - рекурентний депресивний розлад,
- F34 - хронічний (афективний) розлад настрою (до цієї категорії відносять і підрубрики F 34.0 - циклотимія та F 34.1 - дистимія),
- F38 - інші (афективні) розлади настрою,
- F39 - неуточнені (афективні) розлади.

#### **Питання 2. Патопсихологічна структура афективних розладів.**

Основними клініко-патопсихологічними симптомокомплексами афективних розладів є *депресивний і маніакальний синдроми*. Маніакальний та депресивний синдроми складають як самостійні діагностичні категорії, так і окремі епізоди біполярного афективного розладу. Крім того, вищезначені синдроми та їх складові можуть входити до клінічної картини ряду інших психічних, неврологічних та соматичних захворювань

Головні критерії маніакального епізоду (за МКХ-10):

- неадекватно підвищений настрій від радісного піднесення до неконтрольованого збудження;
- підвищена енергійність аж до гіперактивності;
- збільшена мовна продукція аж до мовного натиску;
- зниження потреби уві сні;
- завищена самооцінка з можливими ідеями переоцінки аж до ідей величї;
- порушення уваги з підвищеним відволіканням;
- тривалість епізоду не менше одного тижня з вираженим порушенням соціального функціонування.

Головні критерії депресивного епізоду (за МКХ-10):

- пригнічений настрій;
- втрата інтересів та задоволення;
- зниження енергійності;
- зниження концентрації уваги та зосередженості;

- зниження самооцінки та відчуття невпевненості у собі аж до ідей провини та гріховності;
- песимістичне бачення майбутнього;
- ідеї чи дії з само пошкодження чи суїциду;
- порушення сну;
- знижений апетит;
- тривалість епізоду не менше двох тижнів з вираженим порушенням соціального функціонування.

Головні критерії змішаного афективного епізоду (за МКХ-10):

- наявність симптомів як депресії, так і манії одночасно;
- тривалість епізоду не менше двох тижнів з вираженим порушенням соціального функціонування.

### **Питання 3. Біполярний афективний розлад**

Біполярний афективний розлад є ендегенним психічним захворюванням, яке характеризується повторними нападами (епізодами) емоційних розладів у формі маніакальних і депресивних станів з повним одужанням у міжнападковому періоді. Остання ознака надає підставу зарахувати біполярний афективний розлад до психічних захворювань зі сприятливим прогнозом.

Біполярний афективний розлад (F31) - це розлад, що характеризується двома або більше епізодами, при яких настрої і рівень активності пацієнта значно порушені. Ці порушення є випадками підйому настрою, припливу енергії і посилення активності (гіпоманія або манія) і випадки падіння настрою і різкого зниження енергійності та активності (депресія). Повторні епізоди тільки гіпоманії або манії класифікуються як біполярні.

Маніакальні епізоди зазвичай починаються раптово і тривають від 2 тижнів до 4-5 місяців. Депресії мають тенденцію до більш тривалого перебігу (в середньому - близько 6 місяців, значно рідше - більше 1 року).

Вперше це захворювання було відокремлено як самостійне і названо маніакально-депресивним психозом (МДП) видатним німецьким вченим Е. Крепеліним у ХІХ ст. Термін «маніакально-депресивний психоз» в теперішній час використовується переважно як синонім біполярного розладу, хоча в минулому діагностична рубрика «МДП» включала й хворих, що страждали тільки на депресію.

Частота біполярного афективного розладу у загальній популяції, за даними різних авторів, дуже коливається, що пояснюється рядом об'єктивних причин: розбіжностями у визначенні діагностичних меж цієї форми патології, методами статистичного обліку пацієнтів, значною кількістю хворих з так званими амбулаторними, циклотимічними, у тому числі прихованими варіантами даного розладу, які нерідко не враховуються. В цілому, серед загальної кількості госпіталізованих до психіатричного стаціонару пацієнтів хворі на біполярний афективний розлад складають у середньому від 2 до 6%.

Захворюваність на цю патологію як у чоловіків, так і у жінок приблизно однакова, на відміну від інших розладів настрою. Перший епізод може виникнути у будь-якому віці, починаючи з дитинства і закінчуючи похилим віком. Частота епізодів і характер ремісій та загострень досить різноманітні, але ремісії мають тенденцію до скорочення з віком, а депресії стають частішими і

тривалішими після середнього віку.

*Етіологія.* У виникненні та подальшому розвитку біполярного афективного розладу істотне значення має а) *фактор спадковості*. Доведено, що у дітей, батьки яких хворіють на афективну патологію, значно підвищується ризик захворіти на біполярний афективний розлад. Встановлено, що конкордантність у монозиготних близнюків складає близько 67 %, а у дизиготних — 23 %. Однак, незважаючи на наявність непрямих доказів спадкової й конституційної зумовленості цієї хвороби, до теперішнього часу не виявлено переконливо підтверджених генетичних маркерів, відповідних за виникнення цієї психічної недуги.

Певне значення мають б) *конституційно-типологічні чинники*, що проявляються переважанням серед хворих на згаданий розлад осіб з *пiкнiчною будовою тiла*.

Значну роль відіграють й в) *преморбідні риси особистості*, їх психологічна передиспозиція, зокрема, переважання серед таких пацієнтів за даними ретроспективного аналізу циклоїдного, гіпер- чи гіпотимного типів.

*Початок хвороби можуть спровокувати різні порушення функції ендокринних залоз*, зумовлені статевим дозріванням, вагітністю, пологами, клімаксом. Маніакальні та депресивні напади нерідко слідує за *стресовими ситуаціями чи психічними травмами*, однак їх наявність не є обов'язковою для постановки діагнозу. Поштовхом до розвитку хвороби можуть стати також *черепно-мозкові травми, інфекційні захворювання, інтоксикації* (наприклад, алкогольне сп'яніння), гостра соматична патологія.

У патогенезі біполярного афективного розладу важливу роль відіграє а) недостатність дієнцефальних і гіпоталамічних мозкових структур, що беруть участь у регуляції емоційного стану, б) порушення епіфізарно-гіпофізарних взаємосполучень, що супроводжується десинхронізацією ритмологічних процесів як на рівні мозку, так і всього організму та інші. Сучасні дослідники вказують на необхідність комплексного урахування змін окремих ланок нейрохімічних процесів, яким автори різних гіпотез надають основного патогенетичного значення. Існують також психодинамічні концепції та когнітивні теорії походження афективних розладів.

Основними проявами біполярного афективного розладу є депресивні й маніакальні стани. В залежності від психопатологічної структури епізоду, ступеню вираженості афективних порушень, наявності соматичних симптомів виділяють легкі, помірні та важкі епізоди депресії з соматичними та без соматичних симптомів, гіпоманіакальні стани, манію з психотичними та без психотичних симптомів, а також змішані афективні стани. Маніакальні стани мають наступні типові прояви: маніакальний афект, гіперактивність з руховим збудженням, прискорення темпу психічної діяльності.

**Маніакальний синдром** може мати різну інтенсивність та вираженість.

**При легкій формі (гіпоманія)** настрої незначно підвищений, хворі відчують внутрішнє піднесення, бадьорість, загальне задоволення. Зовнішні події, оточення сприймаються оптимістично, з веселковими відтінками, без достатньої глибини критичного осмислення. Працездатність хворих підвищується, вони стають більш активними, енергійними, відчують приплив сил. Апетит помітно підвищується, зменшується потреба у відпочинку й сні, що

значно скорочує тривалість нічного сну.

При типовому маніакальному стані, що відповідає більш тяжкому перебігу хвороби, пацієнти надмірно веселі, постійно знаходяться в емоційному піднесенні, відчувають немовби окриленість, всемогутність, що досягає рівня екстазії. Зовні вони зазвичай виглядають молодшими, повними сил, зі жвавою і виразною мімікою.

Афективний стан відповідно змінює і зміст думок, що стають занадто оптимістичними. Судження та оцінки набувають поверховості. Підвищується самооцінка: хворі переоцінюють власні здібності, вважають, що мають неабиякі таланти. Від понадцінних думок можливе подальше формування ідей власної величі, винахідництва, реформаторства, аж до маячні фантастичного змісту. Прискорене мислення у крайніх варіантах маніакального збудження набуває характеру непослідовного, втрачає чітке спрямування, аж до «стрибання ідей». У цей період вони балакучі, мова швидка. Увага легко відволікається, нестійка. Спостерігається загострення пам'яті, переважно її репродуктивної функції.

**Виражені маніакальні епізоди** супроводжуються суб'єктивним відчуттям бадьорості, невтомності, припливу фізичних і душевних сил. Внаслідок надмірного рухового збудження та порушення уваги може втрачатися цілеспрямованість. Навколишні об'єкти та події, як істотні, так і незначні, привертають увагу хворих, однак на короткий час. В деяких випадках зміни досягають такого ступеня, що супроводжуються надмірною мінливістю уваги, коли хворий фіксує поглядом і коментує усе, що потрапляє в поле сприйняття. Гіпербулія (підвищений потяг до діяльності) проявляється тим, що хворі намагаються зробити багато справ, беруться за все одразу, однак жодної не доводять до кінця, оскільки увага легко відволікається і переключається на щось нове. Наслідком такої непродуктивної гіперактивності нерідко є тимчасова професійна безладність.

У маніакальному стані пацієнти схильні до екстравагантних, непрактичних, нерозважливих вчинків, марнотратства, жартування у невідповідних умовах. Нерідко вони вступають у близькі стосунки з малознайомими людьми, в тому числі й сексуального характеру. Можливі також акти агресії, антисоціальних та кримінальних дій.

Змішаним варіантом синдрому є, так звана, гнівлива манія, в клінічній картині якої переважає дратівливість, невдоволеність оточуючим, причепливість, гнівливість, схильність до спалахів агресії.

Маніакальні стани можуть супроводжуватись психотичними симптомами. При цьому підвищена самооцінка та ідеї величі переходять в маячню, а дратівливість та підозрілість - в марення переслідування. У важких випадках відмічаються виражені ідеї величі або шляхетного походження. Стрибки думок роблять мову хворих незрозумілою, безглуздою. Нехтування харчуванням, особистою гігієною може призвести до небезпечного стану дегідратації та занедбаності. В певних випадках можливий розвиток порушень сприйняття. Маячні ідеї та галюцинації можуть бути конгруентними та неконгруентними настрою. Конгруентні психотичні розлади тісно пов'язані з афективними, зумовлені ними і відбивають порушений емоційний стан. Неконгруентні включають в себе афективно нейтральні маячні та галюцинаторні розлади, наприклад, марення відношення без почуття провини

чи звинувачення або «голоси», що розповідають хворому про події, які не мають емоційного значення.

**Депресивні стани** спостерігаються значно частіше, ніж маніакальні. Клінічна картина ендогенної депресії складається із тріади симптомів, а саме: зниженого до патологічного рівня настрою з переважанням негативних емоцій, ідеаторної та рухової загальмованості.

*Легкий депресивний епізод* (або початок розвитку депресії) супроводжується незначним зниженням настрою, що може мати різноманітне забарвлення: відчуття смутку, нудьги, похмурості, пригнічення, тривоги т. ін. У найлегших випадках, коли афективні порушення малодиференційовані, депресивне забарвлення настрою виявляється послабленням емоційності під час контактів з оточенням, втратою здатності радіти, веселитися, отримувати задоволення. Відмічається втомлюваність, млявість, знижується загальний життєвий тонус. Хворі невдоволені собою, власними вчинками, самооцінка знижується, що загалом відбивається на креативності - втрачається здатність до творчої діяльності. Людина з легким депресивним епізодом, як правило, стурбована означеними симптомами, затруднюється виконувати звичайну роботу і бути соціально активною, однак повністю не припиняє функціонувати. Нерідко пацієнти та їх близьке оточення вважають наявний розлад проявом лінощі, слабкої волі, відсутності відповідальності т. ін. В подальшому, коли відбувається більш глибоке усвідомлення власного психічного стану, який не відповідає вимогам потрібного темпу соціальної діяльності, з'являється песимістична налаштованість, відчуття самотності, хворі розуміють, що змінилися.

Легкий епізод депресії (порушення циклотимічного типу) може супроводжуватись соматичною симптоматикою: розлади сну, апетиту, головний біль, порушення функцій системи травлення, неприємні відчуття в усьому тілі, зниження лібідо. Таким чином, при депресивному стані легкого ступеню переважають суб'єктивні порушення без наявності зовнішніх та поведінкових ознак. Це утруднює розпізнавання афективних розладів і потребує цілеспрямованого виявлення згаданих симптомів і особливостей динаміки порушень протягом доби.

*Помірний депресивний епізод.* Поглиблення депресії призводить до посилення афективних розладів, робить їх більш клінічно виразними і полегшує діагностування. Окрім об'єктивних відчуттів і переживань, про депресію свідчать зовнішній вигляд, висловлювання, поведінка хворого. Помітнішими стають ознаки ідеаторної та моторної загальмованості. Обличчя хворого гіпомімічне, зажурене, сумне, погляд згаслий або похмурий, постать стражденна. Характерним симптомом є так звана складка Верагута - верхні повіки опущені і вигнуті під кутом угору. Мислення стає сповільненим, збіднюються асоціації, знижуються мнестичні здібності. Хворі розмовляють тихим, монотонним, маломодульованим голосом. Відповіді стислі, короткі, висловлювання песимістично забарвлені. Наявні ідеї власної неповноцінності, провини. Пацієнти рухливо сповільнені, малоактивні, мляві. Клінічна картина у цю стадію розвитку визначається як клінічна ендогенна депресія.

*Тяжкий депресивний епізод* формується у складних випадках розвитку депресії. Він може супроводжуватись або не супроводжуватись психотичною



симптоматикою. Характерною для цього стану є велика туга, що супроводжується фізичними відчуттями тяжкості в грудях і серці (передсерцева туга), голові. Типові висловлювання хворих: "голова – немов у лещатах, набита важким камінням", "камінь у грудях". Мислення у таких хворих стає сповільненим, млявим, об'єм асоціацій звужується до кола монотематичних думок депресивного змісту: особистої малоцінності (самоприниження), самозвинувачення, гріховності, жебрацтва. У міру поглиблення депресії ці ідеї, починаючи з понадцінних, досягають рівня маячних. В деяких випадках ідеаторне сповільнення досягає виразу неможливості мислити, суб'єктивного відчуття "отупіння".

Мова стає не тільки повільною, але й надто лаконічною, майже елементарною. Порушується увага з ускладненням зосередження, різко погіршується запам'ятовування нової інформації, відтворення минулих подій. Дуже часто спостерігаються чисельні сенестопатії у вигляді неприємних відчуттів у грудях, голові, інших частинах тіла, що свідчить про глибинний, вітальний характер афективних порушень. Хворому складно конкретизувати ці відчуття та їхню локалізацію. На тлі сенестопатій та загального психічного стану виникають іпохондричні розлади, пацієнти вважають себе тяжкохворими.

Перцептивні порушення проявляються переважно гіпестезією та психосенсорними розладами. Навколишнє середовище сприймається знебарвленим, сірим, одноманітним. Їжа втрачає смак, пригнічуються нюхові відчуття. Змінюється суб'єктивна тривалість часу: він минає вкрай повільно, тому день здається надто довгим. У випадку психотичної форми тяжкого депресивного епізоду можливий розвиток слухового чи нюхового галюцинозу. "Голоси" мають, як правило, звинувачуючий або ображаючий характер, "запахи" - смердючого м'яса чи бруду.

Зовні хворі виглядають вкрай пригніченими, похмурими. Погляд тужливий, у важких випадках застиглий, що свідчить про душевний біль, страждання. Позиція одноманітна, практично не змінюється, голова й руки опущені. Хворі пересуваються, повільно піднімаючи ноги. Зниження рухової активності може досягати ступеню депресивного ступору, коли хворі нерухомо лежать або сидять, опустивши голову, занурені у власні тяжкі думки. Обличчя маскоподібне, із застиглим виразом страждання і скорботи, інколи амімічне.

Стан депресивного ступору може змінюватись раптовим нападом збудження, вибухом відчаю, гострої туги та безпорадності (меланхолійний раптус), під час якого хворий здатний до брутального самокаліцтва, іноді летального, чи самогубства.

Значного ступеню вираженості набувають соматичні симптоми. З'являється безсоння, апетит порушується аж до анорексії. У пацієнтів знижується вага, вони помітно худнуть, знижується тургор й еластичність шкіри. Нерідко буває закріп, вегетативні розлади у вигляді гіпергідрозу кінцівок, гіпотермії, акроціанозу. Страждають функції залоз внутрішньої секреції: зникає лібідо, у жінок порушується менструальний цикл аж до аменореї.

Ендогенні депресії характеризуються певними добовими коливаннями психічного стану: деяке полегшення спостерігається у вечірні години. За особливо тяжких форм депресій, особливо з психотичними симптомами, такі

коливання стають майже непомітними.

#### **Питання 4. Патопсихологічна діагностика афективних розладів.**

В останні роки з метою патопсихологічної діагностики афективних розладів широко використовують психометричні методи, що дозволяють оцінювати вираженість афективного стану в балах. Означене дозволяє на засадах доказової медицини та патопсихології об'єктивізувати поточний стан та динаміку афективного стану при застосуванні тих чи інших психофармакологічних засобів (або психотерапевтичних втручань). Саме тому ці методи набули популярності в наукових дослідженнях фармакологічного спрямування, проте потребують поширення в практичній діагностичній роботі психіатрів та психологів. Серед великої кількості психометричних методів діагностики афективних розладів провідні місця посідають: а) методика оцінки депресії Гамільтона, б) методика оцінки депресії Бека, в) шкала діагностики манії Янга.

**Шкала Гамільтона для оцінки депресії** (Hamilton Depression Rating Scale, або HAM-D) була створена в 1959 р. і швидко набула великої популярності, почала широко використовуватися для оцінки тяжкості депресії в динаміці. Вона розроблена для хворих з афективними порушеннями депресивного типу та застосовується для оцінки ефективності терапії. Всі ознаки являють собою окремі прояви депресивного стану, але не одиничні симптоми, а швидше групи симптомів. Спочатку вона включала 17 ознак, що оцінюються по 3-х бальній системі. У подальшому були зроблені спроби розширити шкалу, як за рахунок включення більшого числа ознак депресії (до 24), так і за рахунок збільшення ступенів градацій оцінки кожного з них, більш детальної оцінки ступеню їх інтенсивності або частоти (від 3 до 5 балів). В даний час HAM-D застосовують для об'єктивізації показників депресії. Найчастіше шкалу використовують з 17 пунктами (симптомами) або ж з великою їх кількістю (до 21). Сума балів за шкалою Гамільтона, якщо застосувати її до МКХ-10, відповідає: 7 – 16 балів – легкому депресивному епізоду, 17 – 27 балів – помірному депресивному епізоду, більше 27 балів – тяжкому депресивному епізоду.

**Шкала Янга для оцінки манії** (Yang Mania Rating Scale, або YMRS) була створена в 1978 р. і складається з 11 пунктів. Шкала призначена для безперервного оцінювання інтенсивності симптомів, пов'язаних з манією. Шкалу було розроблено як інструмент для використання клініцистами та медичними психологами. Янг та співавтори рекомендують виставляти оцінки на основі клінічного інтерв'ю тривалістю 15-30 хвилин з урахуванням інформації про пацієнта, яку він сам надає, та спостережень спеціаліста, що проводить оцінку. Янг та його колеги мали намір удосконалити попередні шкали завдяки більшій кількості пунктів для підвищення точності та більш високій достовірності оцінки за рахунок використання визначених варіантів відповіді. Сума балів за шкалою Янга, якщо застосувати її до МКХ-10, відповідає: 0-7 балів – відсутністю манії або сумнівному стану, 7-14 балів – гіпоманіакальному стану, 15 та вище балів – маніакальному стану.