

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова праця  
на правах рукопису

**НЕМЧЕНКО АННА ОЛЕГІВНА**

УДК: 616.895-085.851(043.3)

**ПЕРСОНІФІКОВАНА ПСИХОТЕРАПІЯ У КОМПЛЕКСНОМУ  
ЛІКУВАННІ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ**

222 – медицина  
22 – охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,  
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

А.О. Немченко

---

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

**Науковий керівник** Кожина Ганна Михайлівна, доктор медичних наук,  
професор

Харків – 2025

## АНОТАЦІЯ

Немченко А.О. Персоніфікована психотерапія у комплексному лікуванні афективних розладів – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії в галузі знань 22 «Охорона здоров'я», за спеціальністю 222 «Медицина», спеціалізація «Психіатрія». – Харківський національний медичний університет МОЗ України, Харків, 2025. Захист відбудеться в Харківському національному медичному університеті.

Мета роботи: на основі вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій, розробити гендерно-орієнтовану систему їх психотерапевтичної корекції та оцінити її ефективність.

Для досягнення поставленої мети, за умови отримання інформованої згоди від пацієнта з дотриманням принципів біоетики та деонтології на базі Комунального некомерційного підприємства Харківської обласної ради «Обласна клінічна психіатрична лікарня №3» та у Центрі ментального здоров'я «Restart» проведено комплексне обстеження 148 хворих (76 жінок та 72 чоловіків) з афективними розладами. Середній вік хворих склав  $35,6 \pm 8,1$  років

Обстежені були розподілені на дві групи: I група - 83 особи, мешканці прифронтових територій (48 жінок та 35 чоловіків), II група 65 вимушено переміщених осіб (36 жінок та 29 чоловіків).

Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію згідно кліничних протоколів. З метою оцінки ефективності розробленої у ході роботи розробити гендерно-орієнтовану систему їх психотерапевтичної корекції та оцінити її ефективність

Основну групу (ОГ) склали 81 хворий, які взяли участь в розробленій нами гендерно орієнтованій програмі терапії афективний розладів: у I ОГ увійшли 44 хворих (24 жінок та 20 чоловіків), мешканці прифронтових територій; у II ОГ 37 хворих (20 жінок та 17 чоловіків) ВПО. Контрольну групу (КГ) склали 67

хворих, які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні: до I КГ увійшли 39 хворих (21 жінка та 18 чоловіків), мешканці прифронтових територій; у II КГ 28 хворих (15 жінок та 13 чоловіків) ВПО.

Клінічна структура афективних розладів у обстежених хворих була представлена депресивним епізодом помірного або важкого ступеню без психотичних симптомів (51,4% жінок та 47,9% чоловіків I групи та 48,3% жінок та 52,7% чоловіків II групи) та рекурентним депресивним розладом помірного або важкого ступеню без психотичних симптомів (48,6% жінок та 52,1% чоловіків I групи та 51,7% та 47,3% відповідно II групи).

Описано феноменологію депресивної симптоматики, виділено тужливий (33,4% чоловіків і 27,6% жінок з депресивним епізодом та 19,8% чоловіків і 23,1%) жінок з РДР, тривожний (25,1% чоловіків і 34,5% жінок та 22,1% чоловіків і 24,3% жінок відповідно), астено-апатичний (18,4% чоловіків і 22,3% жінок з депресивним епізодом та 24,3% чоловіків та 38,3% жінок з РДР) та сенесто-іпохондричний (23,1% і 15,6% та 33,8 і 14,4% відповідно).

Розроблено комплексну гендерно-орієнтовану систему терапії афективних розладів у мешканців прифронтових території та вимушено переміщених осіб, що базується на персоніфікованому застосуванні психофармакологічних, психотерапевтичних та психоосвітніх програм, ресурсно-центрованому підході до відновлення адаптаційного потенціалу, розвитку резильєнтності та впровадженні превентивних стратегій збереження психічного здоров'я.

Проведене річне катамнестичне дослідження підтвердило ефективність розробленої гендерно-орієнтованої системи психотерапії і психоосвіти та довгострокову стабільність терапевтичних результатів.

*Наукова новизна одержаних результатів.* Вперше на основі системного підходу проведено комплексне дослідження гендерних аспектів клінічної феноменології та терапевтичної відповіді афективних розладів у осіб, які постраждали від бойових дій.

Встановлено, що клініко-психопатологічної структури депресивних

розладів у чоловіків переважають тужливий (при депресивному епізоді – 33,4%) та сенесто-іпоходричний (при рекурентному депресивному розладі – 33,8% обстежених) (у жінок домінує тривожний (34,5% хворих на депресивний епізод) та астено-апатичний (36,2 % хворих на рекурентний депресивний розлад) варіанти депресивної симптоматики.

Розроблена та апробована гендерно-орієнтована система психотерапії афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій, яка включає базове використання в усіх хворих когнітивно-поведінкової терапії з додатковим використанням при депресивному епізоді чоловіків I групи: поведінкової активації та екзистенційної терапії; у чоловіків II групи терапії прийняття та прихильності та екзистенційної терапії; у жінок I групи: короткої кризової терапії та когнітивно-поведінкової терапії усвідомленості; у жінок II групи: короткої кризової терапії, когнітивно-поведінкової терапії усвідомленості та терапії прийняття та прихильності. При рекурентному депресивному розладі у чоловіків I групи: когнітивно-поведінкової терапії, особистісно-орієнтованої терапії, арт-терапії (малюнкові техніки); у чоловіків II групи: когнітивно-поведінкової терапії усвідомленості, терапії прийняття та прихильності, особистісно-орієнтованої психотерапії; у жінок I групи: КПТ румінацій, арт-терапії (малюнкові техніки); у жінок II групи: КПТ румінацій та терапії прийняття та прихильності.

Встановлена висока результативність розробленої терапевтичної програми з використанням гендерно-орієнтованої системи психотерапії афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій в порівнянні з традиційним комплексним лікуванням щодо редукції психопатологічної симптоматики, зниження рівня тривоги та депресії за відповідними шкалами, зниження рівня агедонії, підвищення резильєнтності та якості життя хворих на афективні розлади за даними річного катамнестичного дослідження.

*Практичне значення одержаних результатів.* Практична значущість результатів дисертаційного дослідження полягає у поліпшенні якості надання

медичної допомоги мешканцям прифронтових територій та вимушеним переселенцям.

Розроблена комплексна гендерно-орієнтована система терапії афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій яка включає диференційоване використання методів психофармакотерапії, психотерапії та психоосвіти, ресурсно-орієнтований підхід до відновлення адаптивних можливостей особистості, створення підтримувального терапевтичного середовища, активізацію психосоціальних копінг-механізмів, стратегії підвищення стесостійкості та формування проактивних стратегій збереження психічного здоров'я

Впровадження розробленої гендерно-орієнтована система терапії афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій сприяє зниженню рівня негативних психо-соціальних наслідків боєвих дій, досягненню швидкої редукції афективних розладів, підвищенню резилентності та соціально-психологічної адаптації.

Отримані результати дисертаційного дослідження призначені для застосування у роботі психіатрів, медичних психологів, психотерапевтів, сімейних лікарів інших фахівців, діяльність яких пов'язана з наданням лікувально-реабілітаційної допомоги особам, які постраждали внаслідок бойових дій, а також у навчальній підготовці кваліфікованих кадрів на етапі перед- та післядипломної освіти.

Результати дослідження впроваджено в практику роботи Навчально-науковому медичному комплексі «Університетська клініка» Харківського національного медичного університету; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України»; КНП «Обласна клінічна наркологічна лікарня» ХОР; КНП СОР «Сумський обласний клінічний госпіталь ветеранів війни» ДОР.

Отримані наукові результати використовуються в навчальному процесі на кафедрі психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету МОЗ України.

*Ключові слова:* афективні розлади, депресивні розлади, мешканці прифронтових місць, вимушені переселенці, фармакотерапія, психотерапія, психоосвіта, гендерно-орієнтованість.

## ANNOTATION

Nemchenko A.O. Personalized psychotherapy in comprehensive treatment of affective disorders – Qualifying scientific work on the rights of manuscript.

Thesis for competition of a scientific degree of Doctor of Philosophy, field of knowledge 22 “Health care”, specialty 222 “Medicine”, specialization “Psychiatry”. – Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, 2023. The defense will be held at the Kharkiv National Medical University.

Based on the study of clinical-psychopathological and pathopsychological features of affective disorders in persons affected by combat actions, to develop a gender-oriented system for their psychotherapeutic correction and evaluate its effectiveness.

To achieve the stated objective, with informed consent from patients and adherence to bioethics and deontology principles, a comprehensive examination of 148 patients (76 women and 72 men) with affective disorders was conducted at the Municipal Non-Commercial Enterprise of Kharkiv Regional Council "Regional Clinical Psychiatric Hospital No. 3" and at the Mental Health Center "Restart". The average age of patients was  $35.6 \pm 8.1$  years.

The examined patients were divided into two groups: Group I - 83 individuals, residents of frontline territories (48 women and 35 men), Group II - 65 internally displaced persons (36 women and 29 men).

All patients received regulated psychopharmacotherapy according to clinical protocols. To evaluate the effectiveness of the gender-oriented system developed during the work for psychotherapeutic correction and assess its effectiveness.

The main group (MG) consisted of 81 patients who participated in our developed gender-oriented therapy program for affective disorders: MG I included 44 patients (24 women and 20 men), residents of frontline territories; MG II included 37 patients (20 women and 17 men) who were IDPs. The control group (CG) consisted of 67 patients who received standard regulated therapy in the hospital: CG I included

39 patients (21 women and 18 men), residents of frontline territories; CG II included 28 patients (15 women and 13 men) who were IDPs.

The clinical structure of affective disorders in the examined patients was represented by moderate or severe depressive episodes without psychotic symptoms (51.4% women and 47.9% men in Group I, and 48.3% women and 52.7% men in Group II) and recurrent depressive disorder of moderate or severe degree without psychotic symptoms (48.6% women and 52.1% men in Group I, and 51.7% and 47.3% respectively in Group II).

The phenomenology of depressive symptomatology was described, identifying melancholic (33.4% men and 27.6% women with depressive episode, and 19.8% men and 23.1% women with RDD), anxious (25.1% men and 34.5% women, and 22.1% men and 24.3% women respectively), asthenic-apathetic (18.4% men and 22.3% women with depressive episode, and 24.3% men and 38.3% women with RDD), and senesto-hypochondriacal (23.1% and 15.6%, and 33.8% and 14.4% respectively) subtypes.

A gender-oriented psychotherapy system for affective disorders in persons affected by combat actions was developed, which includes basic use of cognitive-behavioral therapy in all patients with additional use in depressive episodes: for Group I men - behavioral activation and existential therapy; for Group II men - acceptance and commitment therapy and existential therapy; for Group I women - brief crisis therapy and mindfulness-based cognitive-behavioral therapy; for Group II women - brief crisis therapy, mindfulness-based cognitive-behavioral therapy, and acceptance and commitment therapy. For recurrent depressive disorder: in Group I men - cognitive-behavioral therapy, person-centered therapy, art therapy (drawing techniques); in Group II men - mindfulness-based cognitive-behavioral therapy, acceptance and commitment therapy, person-centered psychotherapy; in Group I women - CBT for ruminations, art therapy (drawing techniques); in Group II women - CBT for ruminations and acceptance and commitment therapy. Personalized psychoeducational programs were developed.

A one-year follow-up study confirmed the effectiveness of the developed gender-oriented psychotherapy and psychoeducation system and long-term stability of therapeutic results.

*Scientific novelty of the obtained results.* For the first time, based on a systematic approach, the specificity of psychopathological and pathopsychological symptomatology of anxiety disorders in internally displaced persons was studied.

Psychosocial triggers for the development of anxiety disorders in internally displaced persons, the level of anxiety and depressive symptomatology, and the level of social frustration in internally displaced persons were analyzed.

A model for the formation of non-psychotic mental disorders in internally displaced persons was developed. The catalyst for anxiety disorders is the very fact of forced displacement, uncertainty about the future, situations of loss, consequences of combat stress, informational stress, and situations of increased responsibility. Prognostically significant in the formation of anxiety disorders are high levels of anxiety, somatization, depression, obsessive-compulsive disorders, interpersonal sensitivity, phobic anxiety on the SCL-90-R scale; severe depressive and anxiety episodes according to Hamilton clinical anxiety and depression scales; high levels of trait and state anxiety according to the Spielberger-Khanin scale and excessive levels of neuropsychic tension.

The foundation for the formation of anxiety disorders in internally displaced persons is a low level of resilience, which leads to a high level of social frustration in this population cohort.

A comprehensive personalized therapy system for anxiety disorders in internally displaced persons was developed with differentiated use of psychopharmacotherapy, psychotherapy, and psychoeducation methods.

High effectiveness of the developed therapy for anxiety disorders in internally displaced persons was established compared to traditional comprehensive treatment regarding reduction of psychopathological symptomatology, decreased levels of anxiety and depression according to corresponding scales, reduced levels of social

frustration, restoration of social activity, and improvement of quality of life in internally displaced persons according to eighteen-month follow-up data.

*Practical significance of the obtained results.* The practical significance of the dissertation research results lies in improving the quality of medical care for internally displaced persons.

A comprehensive personalized therapy system for anxiety disorders in internally displaced persons was developed and tested with differentiated use of psychopharmacotherapy, psychotherapy, and psychoeducation methods, consisting of 3 stages: active therapy, stabilizing, and maintenance (preventive) therapy.

Implementation of the developed personalized therapy programs for anxiety disorders in internally displaced persons contributes to reducing negative psychosocial consequences of full-scale invasion of Ukrainian territory, achieving rapid reduction of anxiety disorders, increasing resilience and socio-psychological adaptation, active resocialization of internally displaced persons with corresponding improvement of their quality of life.

The obtained results of the dissertation research are intended for use in the work of psychiatrists, medical psychologists, psychotherapists, family physicians, and other specialists whose activities are related to providing therapeutic and rehabilitation care to internally displaced persons, as well as in educational training of qualified personnel at the pre- and postgraduate education stages.

The research results have been implemented in the practice of the Municipal Non-Commercial Enterprise "Ternopil Regional Municipal Clinical Psychoneurological Hospital" of Ternopil Regional Council; the Psychological Counseling Center of Ternopil National Medical University named after I.Ya. Horbachevsky; the National Military Medical Clinical Center "Main Military Clinical Hospital" of the Ministry of Defense of Ukraine; the Educational and Scientific Medical Complex "University Clinic" of Kharkiv National Medical University; the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine"; the Municipal Non-Commercial Enterprise "Regional Clinical Narcological Hospital" of Kharkiv Regional Council;

the Municipal Non-Commercial Enterprise "Dnipropetrovsk Clinical Psychiatric Hospital" of Dnipropetrovsk Regional Council.

The obtained scientific results are used in the educational process at the Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine and at the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Dnipro State Medical University.

**Keywords:** anxiety disorders, forced displacement, pharmacotherapy, psychotherapy, rehabilitation.

## СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

### Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Немченко А.О. Гендерна специфіка клініко-психопатологічної картини афективних розладів в сучасних умовах // Медицина сьогодні і завтра. 2025;94(1): С. 21-29 <https://doi.org/10.35339/msz.2025.94.1.nem>
2. Немченко А.О. Гендерно обумовлений підхід до терапії афективних розладів в умовах війни // Експериментальна і клінічна медицина. 2025;94(1). С. 17 - 22 <https://doi.org/10.35339/ekm.2025.94.1.nem>
3. Кожина Г.М., Немченко А.О. Психоосвітні інтервенції в персоніфікованій терапії депресивних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій // Український вісник психоневрології. 2025. Том 33, випуск 2 (123). С. 21 – 25 DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is2-2025-4>

### Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

4. Литвиненко В.В., **Немченко А.О.** Клініко-психопатологічні гендерні особливості афективних розладів в умовах сучасної України. // Науковий простір: актуальні питання, досягнення та інновації: збірник наукових праць з матеріалами ІХ Міжнародної наукової конференції, м. Вінниця, 23 травня, 2025 р. / Міжнародний центр наукових досліджень. – Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп, 2025. – 728 с: 625-626. *(автором особисто запропоновано ідею роботи, проаналізовано емпіричний матеріал)*
5. Litvinenko V., **Nemchenko A.** Gender specificities of the clinical picture of affective disorders in modern conditions // Modern science and innovation: trends, challenges, and breakthroughs: collection of scientific papers «SCIENTIA» with Proceedings of the I International Scientific and Theoretical Conference, May 23, 2025. New York, USA: International Center of Scientific Research: 311-312. *(дисертанткою особисто проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали)*

## ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	2
ANNOTATION	7
СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА	12
ЗМІСТ	13
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	15
ВСТУП	16
РОЗДІЛ I. СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ПЕРСОНІФІКОВАНУ ПСИХОТЕРАПІЮ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ ВОЄННОГО ЧАСУ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	25
1.1. Сучасний погляд на проблему афективних розладів	25
1.2. Специфіка афективних розладів військового часу (український фокус)	30
1.3. Персоніфіковані підходи до терапії афективних розладів	39
Висновки до розділу I	46
РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ХВОРИХ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	48
2.1. Загальна характеристика обстежених хворих	48
2.2. Дизайн дослідження	54
2.3. Методи дослідження	55
Висновки до розділу II	67
РОЗДІЛ III ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО- ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД БОЙОВИХ ДІЙ	68
Висновки до розділу II	78
РОЗДІЛ IV. ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД БОЙОВИХ ДІЙ	82

Висновки до розділу IV	93
РОЗДІЛ V. ГЕНДЕРНО ОРІЄНТОВАНА СИСТЕМА ТЕРАПІЇ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД БОЙОВИХ ДІЙ	96
Висновки до розділу V	110
РОЗДІЛ VI. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ГЕНДЕРНО ОРІЄНТОВАНА СИСТЕМА ТЕРАПІЇ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД БОЙОВИХ ДІЙ.	113
Висновки до розділу VI	120
АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	124
ВИСНОВКИ	132
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	136
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	138
ДОДАТОК А	160
ДОДАТОК Б	162

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ,  
СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ**

АР	Афективні розлади
ВПО	Вимушено переміщені особи
ВС	Військовий стрес
ДПТ	Діалектична поведінкова терапія
ДР	Депресивні розлади
ДЄ	Депресивний епізод
ІПТ	Інтерперсональна терапія
КГ	Контрольна група
ОГ	Основна група
КПТ	Когнітивно-поведінкова терапія
МКХ - 11	Міжнародна класифікація хвороб 11 перегляду
МПТ	Мешканці прифронтових територій
ПА	Поведінкова активація
ПО	Психоосвіта
РДР	Рекурентний депресивний розлад
РКД	Рандомізовані клінічні досліджень
СФ	Соціальне функціонування
ТГ	Терапевтична група
ЯЖ	Якість життя
АСТ	Acceptance and Commitment Therapy
CD-RISC	Connor-Davidson Resilience Scale
C-SSRS	Columbia Suicide Severity Rating Scale
НАМ-А	Hamilton Anxiety Rating Scale
НАМ-D	Hamilton Anxiety Depression Scale
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
MADRS	Montgomery-Asberg Depression Rating Scale
SHAPS	Snaith-Hamilton Pleasure Scale

## ВСТУП

### Обґрунтування вибору теми дослідження

Безпрецедентні виклики, спричинені повномасштабним військовим вторгненням на територію України, суттєво трансформували епідеміологічну картину психічних розладів серед населення. Особливої уваги заслуговують афективні розлади, розповсюдженість яких демонструє стрімку динаміку зростання в умовах хронічного стресу, невизначеності та втрати. В сучасних умовах відзначаються не тільки кількісні зміни у статистиці захворюваності, але й якісні трансформації в клінічних проявах та перебігу афективних розладів. [49, 67].

Повномасштабне вторгнення Російської Федерації в Україну 24 лютого 2022 року кардинально змінило ландшафт психічного здоров'я української нації. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, військові конфлікти призводять до збільшення поширеності депресивних розладів у 3-5 разів серед цивільного населення та в 10-15 разів серед безпосередніх учасників бойових дій. В українських реаліях ці показники можуть бути значно вищими через масштаб та інтенсивність воєнних дій, що торкнулися практично на всій території країни. [17, 20].

За даними досліджень 2022-2024 років, поширеність великого депресивного розладу серед цивільного населення України зросла з 8,4% до 25-30%, а серед внутрішньо переміщених осіб досягає 40-45%. Ризик розвитку депресії протягом життя в умовах війни збільшився до 35-40%, що значно перевищує довоєнні показники. [105, 137].

Депресивні розлади в осіб, які постраждали від бойових дій, характеризуються особливою складністю та поліморфністю клінічної картини. На відміну від "мирної" депресії, депресія військового часу часто є коморбідною з посттравматичним стресовим розладом, тривожними станами, соматичними проявами та порушеннями адаптації. Ці особливості вимагають

переосмислення традиційних терапевтичних підходів та розробки персоніфікованих стратегій лікування. [123, 166].

Особливо вразливими категоріями є внутрішньо переміщені особи та мешканці прифронтових територій. Депресивні розлади серед ВПО мають особливі характеристики, пов'язані із внутрішнім домом, соціальними зв'язками, звичним способом життя та професійною ідентичністю. Депресивні розлади мешканців прифронтових територій характеризуються поєднанням симптомів травматичного стресу з ознаками хронічної депресії, що формується після тривалого перебування в небезпечних умовах. Специфікою є циклічність симптоматики із загостреннями під час інтенсифікації бойових дій, наявність «емоційного заціплення» як захисного механізму, а також високий рівень соматизації. Мешканці прифронтових регіонів часто демонструють парадоксальну адаптацію до небезпеки, що може маскувати глибокі депресивні процеси та ускладнювати діагностику. [6,7].

Традиційні підходи до лікування депресивних розладів, що базувалися переважно на стандартизованих протоколах та уніфікованих методах, показали свою обмеженість у досягненні стійкої ремісії та попередженні рецидивів, особливо в умовах хронічного травматичного стресу воєнного часу. Незважаючи на значний прогрес у розробці антидепресантів та психотерапевтичних методик, близько 30-50% пацієнтів з великим депресивним розладом не досягають повної відповіді на першу лінію лікування, а у воєнний час цей відсоток зростає до 60-70% через специфічні стресори. Резистентна депресія у контексті війни залишається однією з найбільших проблем клінічної практики, що потребує принципово нових підходів до терапії з урахуванням травматичного досвіду. [109, 190].

Традиційна модель "one-size-fits-all" у лікуванні депресивних розладів демонструє критичні обмеження в умовах війни. Воєнна депресія характеризується унікальними клінічними особливостями: високою коморбідністю з ПТСР (до 80% випадків), складним горем від втрат, моральною травмою, синдромом вини вижившого та специфічними

соматичними проявами. Стандартні протоколи когнітивно-поведінкової терапії показують ефективність лише у 45-55% випадків воєнної депресії, порівняно з 65% при "мирній" депресії. [41, 55].

Крім того, воєнна депресія демонструє надзвичайно високий рівень гетерогенності симптоматики. Поряд з класичними депресивними симптомами спостерігаються специфічні прояви: дисоціативні епізоди, нічні кошмари з воєнною тематикою, гіперпильність, уникання тригерів, пов'язаних з бойовими діями, та когнітивні порушення, обумовлені хронічним стресом. Ці особливості потребують розробки модифікованих діагностичних критеріїв та персоналізованих терапевтичних протоколів, що враховують воєнний контекст депресивного розладу. [37, 194].

Персоніфікована психотерапія у комплексному лікуванні депресивних розладів воєнного часу представляє собою не просто новий тренд, а критичну необхідність для української системи охорони психічного здоров'я. [52, 187].

Психотерапія депресивних розладів є фундаментальною складовою їх комплексного лікування, особливого значення вона набуває у терапії депресії військового часу. Важливість персоніфікованих підходів до психотерапії в роботі з особами, які постраждали від бойових дій не може бути переоцінена. Стандартизовані протоколи лікування, розроблені для загальної популяції, часто виявляються неефективними через унікальність травматичного досвіду кожної людини в умовах війни [54, 115, 176].

Українська система охорони психічного здоров'я зазначила суттєві трансформації впродовж останніх років, однак проблема гендерно-чутливих підходів до діагностики та лікування афективних розладів залишається недостатньо вирішеною. Проблема гендерно-специфічних терапевтичних підходів також потребує особливої уваги, адже клінічні спостереження вказують на наявність відмінностей у чутливості до психофармакотерапії та психотерапевтичних інтервенцій серед чоловіків і жінок. Персоналізований підхід до лікування, що враховує гендерні особливості пацієнтів, може значно

підвищити ефективність терапевтичних заходів та сприяти покращенню прогнозу захворювання. [8].

Особливо гострою є проблема швидкої діагностики афективних розладів у внутрішньо переміщених осіб та мешканців прифронтової території, де доступ до спеціалізованої психіатричної допомоги ускладнений. Гендерні відмінності у способах прояву емоційного дистресу, готовності звернутися за допомогою та стигматизації психічних розладів створюють додаткові бар'єри для ефективного лікування. [160].

Розуміння гендерних особливостей афективних розладів дозволяє розробити більш ефективні стратегії профілактики, діагностики та лікування, що враховують специфічні потреби різних груп населення в умовах війни та соціальних трансформацій. [10, 12].

Таким чином, дослідження гендерної специфіки клініко-психопатологічної картини афективних розладів в сучасних умовах є актуальним науковим напрямком, що має значний потенціал для розвитку нових діагностичних та терапевтичних стратегій, спрямованих на оптимізацію допомоги пацієнтам з даною патологією. Розуміння гендерних аспектів афективних розладів дозволить розробити більш ефективні методи раннього виявлення, профілактики та лікування цих станів, що відповідає сучасній парадигмі персоналізованої медицини та психіатрії.

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.**  
Дисертаційна робота виконана відповідно до плану наукових досліджень кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету МОЗ України за темами: «Розробити систему профілактики непсихотичних психічних розладів та реабілітації осіб, які постраждали від бойових дій» (№ державної реєстрації 0119U002902)

Об'єкт дослідження – афективні розлади у осіб постраждалих від бойових дій.

Предмет дослідження – клініко-психопатологічні та патопсихологічні гендерні особливості у хворих на афективні розлади, як мішені персоніфікованої психотерапії.

**Мета** – на основі вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій, розробити гендерно орієнтовану систему їх психотерапевтичної корекції та оцінити її ефективність.

Для досягнення поставленої мети були вирішені наступні **задачі**:

1. Вивчити гендерні особливості клініко-психопатологічної структури афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій
2. Провести аналіз патопсихологічних особливостей афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій.
3. Розробити гендерно-орієнтовану систему психотерапії афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій.
4. Розробити персоніфіковану систему психоосвіти в осіб, які постраждали від бойових дій
5. Вивчення особливостей динаміки клінічної картини афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій під впливом розробленої системи терапії
6. Вивчення особливостей динаміки рівня резильєнтності та якості життя в осіб, які постраждали від бойових дій

**Методи дослідження:** клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний та статистичний.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Вперше на основі системного підходу проведено комплексне дослідження гендерних аспектів клінічної феноменології та терапевтичної відповіді афективних розладів у осіб, які постраждали від бойових дій.

Встановлено, що клініко-психопатологічної структури депресивних

розладів у чоловіків переважають тужливий (при депресивному епізоді – 33,4%) та сенесто-іпоходричний (при рекурентному депресивному розладі – 33,8% обстежених) (у жінок домінує тривожний (34,5% хворих на депресивний епізод) та астено-апатичний (36,2 % хворих на рекурентний депресивний розлад) варіанти депресивної симптоматики.

Розроблена та апробована гендерно-орієнтована система психотерапії афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій, яка включає базове використання в усіх хворих когнітивно-поведінкової терапії з додатковим використанням при депресивному епізоді чоловіків I групи: поведінкової активації та екзистенційної терапії; у чоловіків II групи терапії прийняття та прихильності та екзистенційної терапії; у жінок I групи: короткої кризової терапії та когнітивно-поведінкової терапії усвідомленості; у жінок II групи: короткої кризової терапії, когнітивно-поведінкової терапії усвідомленості та терапії прийняття та прихильності. При рекурентному депресивному розладі у чоловіків I групи: когнітивно-поведінкової терапії, особистісно-орієнтованої терапії, арт-терапії (малюнкові техніки); у чоловіків II групи: когнітивно-поведінкової терапії усвідомленості, терапії прийняття та прихильності, особистісно-орієнтованої психотерапії; у жінок I групи: КПТ румінацій, арт-терапії (малюнкові техніки); у жінок II групи: КПТ румінацій та терапії прийняття та прихильності.

Встановлена висока результативність розробленої терапевтичної програми з використанням гендерно-орієнтованої системи психотерапії афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій в порівнянні з традиційним комплексним лікуванням щодо редукції психопатологічної симптоматики, зниження рівня тривоги та депресії за відповідними шкалами, зниження рівня агедонії, підвищення резильєнтності та якості життя хворих на афективні розлади за даними річного катамнестичного дослідження.

**Практична значимість одержаних результатів** Практична значущість результатів дисертаційного дослідження полягає у поліпшенні якості надання

медичної допомоги мешканцям прифронтових територій та вимушеним переселенцям.

Розроблена комплексна гендерно-орієнтована система терапії афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій яка включає диференційоване використання методів психофармакотерапії, психотерапії та психоосвіти, ресурсно-орієнтований підхід до відновлення адаптивних можливостей особистості, створення підтримувального терапевтичного середовища, активізацію психосоціальних копінг-механізмів, стратегії підвищення стесостійкості та формування проактивних стратегій збереження психічного здоров'я

Впровадження розробленої гендерно-орієнтована система терапії афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій сприяє зниженню рівня негативних психо-соціальних наслідків бойових дій, досягненню швидкої редукції афективних розладів, підвищенню резилентності та соціально-психологічної адаптації.

Отримані результати дисертаційного дослідження призначені для застосування у роботі психіатрів, медичних психологів, психотерапевтів, сімейних лікарів інших фахівців, діяльність яких пов'язана з наданням лікувально-реабілітаційної допомоги особам, які постраждали внаслідок бойових дій, а також у навчальній підготовці кваліфікованих кадрів на етапі перед- та післядипломної освіти.

Результати дослідження впроваджено в практику роботи Навчально-науковому медичному комплексі «Університетська клініка» Харківського національного медичного університету; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України»; КНП «Обласна клінічна наркологічна лікарня» ХОР; КНП СОР «Сумський обласний клінічний госпіталь ветеранів війни» ДОР.

Отримані наукові результати використовуються в навчальному процесі на кафедрі психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету МОЗ України.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертаційна робота є самостійною науковою працею. Авторкою самостійно здійснено комплексний інформаційно-патентний пошук та критичний аналіз актуальних наукових публікацій за тематикою дослідження, на основі чого чітко окреслено об'єкт, предмет, метод та завдання наукової роботи. Дисертанткою власноруч розроблено методологію дослідження та обрано психодіагностичні методики, які відповідають встановленим стандартам надійності та валідності. Особливо проведено клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження учасників дослідження, сформовано електронну базу отриманих даних, виконано статистичну обробку та системний аналіз результатів. Авторкою самостійно здійснено наукову інтерпретацію отриманих даних та сформульовано ключові положення та висновки дисертаційної роботи. Дисертанткою особисто обґрунтовано, розроблено і впроваджено гендерно-орієнтованої системи психотерапії та психоосвіти афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій ( мешканців прифронтових територій та внутрішньо переміщених осіб)

Результати наукових досліджень відображені у наукових публікаціях, які розміщені у фахових виданнях, та самостійно викладені здобувачем у дисертаційній роботі.

Особистий внесок здобувача у роботах, виконаних у співавторстві: у статті за №2 дисертанткою запропоновано ідею роботи, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, підготовлено до друку рукопис; у роботі за №4 авторкою особисто запропоновано ідею роботи, проаналізовано емпіричний матеріал; у роботі за №5 дисертанткою особисто проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертаційної роботи оприлюднено та обговорено на наступних наукових форумах, конференціях: науково-практичної конференції студентів, молодих вчених та лікарів Kharkiv international annual scientific meeting (KhIASM'21) (Харків, 12-14.05.2021); IX міжнародної наукової конференції «Науковий простір:

актуальні питання, досягнення та інновації» (Вінниця, 23.05.2025); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Алгоритми діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів з розладами ментального здоров'я під час війни» (в режимі on-line, 29-30.05.2025,); I International Scientific and Theoretical Conference «Modern science and innovation: trends, challenges, and breakthroughs» (New York, USA 23.05.2025).

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 5 наукових праць, у тому числі 3 статті, з них 3 – у фахових наукових виданнях України, що індексуються у наукометричних базах даних SCIENCEINDEX, Ulrich's Periodicals Directory і Google Scholar; 2 тези доповідей у матеріалах конференцій міжнародного та державного рівнів.

**Обсяг та структура дисертації.** Основний текст дисертації викладено на 173 сторінках машинописного тексту. Робота складається з анотацій українською та англійською мовами, вступу, аналітичного огляду літератури, 4 глав власних досліджень, аналізу й узагальнення результатів дослідження, висновків і списку використаних джерел. Матеріали дисертації ілюстровані 13 таблицями й 22 малюнками. Бібліографічний список містить 204 джерела, з них 50% – закордонних.

## РОЗДІЛ І.

### СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ПЕРСОНІФІКОВАНУ ПСИХОТЕРАПІЮ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ ВОЄННОГО ЧАСУ

#### 1.1. Сучасний погляд на проблему афективних розладів

Афективні розлади представляють собою групу психічних захворювань, що характеризуються первинними порушеннями емоційної сфери та є одними з найбільш поширених та соціально значущих проблем сучасної психіатрії. До афективних розладів відносяться депресивні розлади (уніполярна депресія), біполярні розлади, циклотімія, дистимія та інші розлади настрою. [85,113,140].

Афективні розлади представляють собою гетерогенну групу психічних захворювань, об'єднаних первинними порушеннями емоційної сфери. Відповідно до сучасних класифікаційних систем (DSM-5-TR, МКХ -11), до афективних розладів належать: уніполярні депресивні розлади, біполярні розлади, деструктивний розлад дисрегуляції настрою, передменструальний дисфоричний розлад, депресивний розлад, зумовлений медичним станом. [88, 184].

Депресивні розлади становлять абсолютну більшість у структурі афективної патології. Епідеміологічні дослідження демонструють, що співвідношення уніполярної депресії до біполярних розладів становить приблизно 4-5:1, що підкреслює домінуючу роль депресивних станів у клінічній практиці. Дана пропорція зберігається стабільною в різних країнах та культурах, що бореться з універсальним характером цього явища. [45,129,169].

Депресивні розлади є надзвичайно поширеною психічною патологією: життєва поширеність її оцінюється в 5-17% (у середньому 12%); при цьому ураженість жінок приблизно вдвічі вища за чоловіків. Щорічна ймовірність розвитку депресії становить близько 7%; при цьому відмінність у поширеності захворювань у різних вікових групах є значними. [104,158,162]

Депресивні розлади характеризуються глибокими змінами в психічній сфері, суттєвими порушеннями соціальної адаптації хворих, що включають аутодеструктивну поведінку, а також значними порушеннями гомеостазу сімейної системи. Спектр психопатологічних проявів депресивних реакцій не обмежується афективною сферою, а включає також порушення когнітивного функціонування, які виявляють тісний зв'язок з депресивною та тривожно-депресивною симптоматикою. [30, 60,65 ]

Великий депресивний розлад визнаний ВООЗ третьою за масштабними причинами тяжкої хвороби в усьому світі серед усіх захворювань, і першою причиною серед психічних розладів; При цьому прогнозується, що до 2030 року це захворювання вийде на перше місце серед усіх медичних станів. Депресивні розлади постійно зустрічаються в практиках лікарів усіх спеціальностей, починаючи з первинної ланки надання медичної допомоги; при цьому очевидною є гіподіагностика депресії та недостатнє забезпечення хворих на депресії необхідною клініко-психологічною та психотерапевтичною допомогою. [98, 175, 180]

Ситуація в Україні демонструє аналогічні тенденції з домінуванням депресивних розладів у структурі афективної патології. За даними дослідження ВООЗ, серед усіх афективних розладів депресія поширюється серед жінок, рівень депресивних розладів значно посилювався з віком. Серед респондентів старше 50 років депресивні розлади склали 13,2% у чоловіків і 25,9% у жінок, що становить близько 95% від усіх зареєстрованих афективних розладів у цій віковій групі. Ситуація ускладнюється ще й тим, що особи з психічними розладами погано звертаються за медичною допомогою. Для афективних розладів протягом життя рівень звернення становив лише 16,6%, при цьому переважна кількість звернень (понад 80%) була пов'язана саме з депресивними станами. Лише 25% людей, які зазнали суїцидальних намірів, говорили про це з фахівцями. [3, 76, 151]

Економічний та соціальний тягар депресивних розладів як провідного компонента афективної патології є колосальним. Погіршення якості життя,

пов'язане з депресією, вражаюче. Майже у всіх, хто переніс депресивний епізод, зберігається висока ймовірність виникнення повторних приступів хвороби, в таких випадках 20% тривалості життя забирає депресія. Депресія у батьків негативно впливає на розвиток дітей, сімейне функціонування та створює міжгенераційні цикли психологічного неблагополуччя. [89,165, 181]

Суїцидальна поведінка є найбільш загрозливим проявом афективних розладів, при цьому депресивні розлади досягають 65-70% усіх повних суїцидів. За даними ВООЗ, щорічно в світі реєструється понад 700 000 смертей від суїциду, і в 9 з 10 випадків причиною є нелікована або неадекватно лікована депресія. Ризик суїциду при депресивних розладах перевищує загальнопопуляційний у 20-30 разів, що робить суїцидальну поведінку одним із основних клінічних маркерів тяжкості афективних розладів. [58, 59, 128]

Як провідний компонент афективних розладів, депресивні стани демонструють характерну психопатологічну структуру, що відрізняє їх від психічних розладів та підкреслює їх центральну роль в інших афективних патологіях. [16, 124]

Провідним психопатологічним синдромом при депресивних розладах є депресивний синдром, який характеризується депресивною тріадою: пригніченим, сумним, тужливим настроєм, уповноваженим мисленням і руховою загальмованістю. Ця тріада є патогномонічною основою депресивних станів, що дозволяє диференціювати їх від інших афективних розладів, зокрема маніакальних та змішаних станів при біполярному розладі. [138, 199 ]

Афективні порушення становлять ядро депресивного синдрому та є основною відмінністю від інших афективних розладів. Діапазон гіпотимічних розладів дуже широкий - від легкої пригніченості, сумку, депривованості до глибокої туги, при якій хворі відчувають тяжкість у грудях, безперспективність, нікчемність застосування. Усе сприймається в темних фарбах - сьогодення, майбутнє, минуле. Зниження настрою може клінічно проявлятися в функції від песимістичної налаштованості до стійкої пригніченості. При ендогенному генезі депресії спостерігається в першій половині дня, тоді як у другій половині

дня відзначається його підйом. При психогенному генезі депресії подібних перепадів настрою не виконується. [11, 156, 167]

Когнітивні порушення є іншим компонентом депресивної тріади та відрізняють депресивні розлади від маніакальних станів, де все прискорене мислення. Уповільнення асоціативного процесу виявляється у збідненні мислення, думок мало, вони течуть вільно, увага прикута до неприємних подій: хвороб, ідей самозвинувачення. Ніякі приємні події не можуть змінити спрямованість думок. Відповіді на питання у таких хворих носять односкладовий характер, між питаннями і відповіддю часто тривали паузи. [86, 139, 192]

Психомоторні порушення завершують класичну депресивну тріаду та протиставляються психомоторному збудженню при маніакальних епізодах. Рухова загальмованість виявляється в уповільнених рухах, мова тиха, повільна, міміка скорботна, рухи уповнені, одноманітні, хворі подовгу можуть залишатися в одній позиції. У ряді випадків рухова загальмованість досягає повної безруховості (депресивний ступор). [62, 155]

В даний час встановлено, що основними клінічними ознаками депресивних розладів, які починають їх провідну роль серед афективних розладів, залишаються: знижений фон настрою (на рахунок від підвищеного притаманні; ангедонія (втрата здатності відчувати задоволення); знижена активність, підвищена фізична і психічна емоційність; психомоторна загальмованість (на противагу збуджуваному при манії); розлади мислення і уваги; сомато-вегетативні розлади; аутоагресивна поведінка. [4, 63, 188]

Ці симптоми формують характерний симптомокомплекс, що дозволяє диференціювати депресивні розлади від інших компонентів афективної патології та підкреслює їх особливе місце в структурі пошкодженого настрою. [103, 118, 195]

Депресивні розлади характеризуються високою соматичною та психіатричною коморбідністю, що мають спільну генетичну обтяженість; хворі на депресію також частіше мають психічно хворих серед найближчих родичів.

Депресивні розлади часто є коморбідними з іншими афективними розладами або передують їх розвитку, що підкреслює їх центральну роль в афективній патології. [15, 50, 153]

Симптоматична гетерогенність депресивних розладів виражається своєю масштабністю і є головною причиною складності диференційної діагностики в межах афективних розладів. Дослідження показують, що існує понад 1000 можливих комплексів симптомів, які відповідають критеріям великого депресивного розладу відповідно до DSM-5. При цьому два пацієнти з однаковим діагнозом можуть не мати жодного спільного симптому, що ставить під сумнів валідність існуючих діагностичних категорій. [82,120, 122 ]

Підтипи депресивних розладів демонструють різні клінічні характеристики та відповідь на лікування, що важливо для розуміння місця депресії в структурі афективних розладів: [2, 179, 198]

Меланхолійна депресія характеризується вираженою ангедонією, ранковим погіршенням настрою, психомоторними порушеннями та показує кращу відповідь на біологічні методи лікування. Цей підтип найбільш чітко відрізняється від маніакальних станів при біполярних розладах.

Атипова депресія включає реактивність настрою, гіперсомнію, підвищений апетит і гіперчутливість до міжособистісного відторгнення, краще реагує на інгібітори MAO та спеціальні форми психотерапії. Може маскувати початкові прояви біполярного розладу.

Депресія з тривожними ознаками характеризується високою коморбідністю з тривожними розладами та потребує модифікованих терапевтичних підходів. Часто є проміжною формою між чистими депресивними та змішаними афективними станами.

Депресія з психотичними ознаками має найбільший прогноз та потребує комбінованого лікування антидепресантами та антипсихотиками. Може бути початковим проявом шизоафективного розладу.

Коморбідність є скоріше правилом, ніж при депресивних розладах. До 75% хворих на депресію мають принаймні один коморбідний психічний розлад,

викликають тривожні розлади (60%), розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин (30%), та розлади особистості (45%). Важливо підкреслити, що при наявності коморбідності депресія часто викликає загальний перебіг та прогноз навіть при наявності інших афективних компонентів. [38, 72, 100]

Слід зазначити, що за останній час депресивні стани виявили значний патоморфоз, що ще більше підкреслює їх домінуючу роль серед афективних розладів. Часто знижений настрій компенсуються тривожними, астеничними, іпохондричними, фобічними і соматоформними розладами. Подібне поєднання зниженого настрою із зовнішніми психічними розладами формує особливі форми депресивного розладу, які становлять значущу частину клінічної практики та підкреслюють провідну роль депресії в афективній патології.

## **1.2. Специфіка афективних розладів військового часу (український фокус)**

Повномасштабна війна в Україні, що розпочалася 24 лютого 2022 року, створила безпрецедентні виклики для психічного здоров'я нації та кардинально змінила епідеміологічну картину афективних розладів. За даними дослідження ВООЗ, в умовах війни розширення розладів психічного здоров'я серед населення становить 22,1%, що означає, що кожен п'ятий громадянин України або матиме, або вже має психічні розлади. Ці показники значно перевищують довоєнні статистичні дані, коли розширення депресивних розладів у загальній популяції не перевищувала 8-10%. [ 66,95]

Динаміка зростання афективних розладів в українському суспільстві демонструє драматичні зміни з довоєнним періодом. Згідно з дослідженнями скринінгової платформи психічного здоров'я «Anima.ua», що охопило понад 42 тисячі користувачів, поширення депресивних симптомів зросло з нових 8,4% до 25-30% на другому році війни. Ці показники корелюють з даними Ukrainian

Longitudinal Mental Health Study, що фіксує аналогічні тенденції серед різних категорій населення. [32, 116, 163]

Структура афективних розладів в умовах війни характеризується домінуванням змішаних тривожно-депресивних станів, що становить до 60% усіх виявлених афективних порушень. На відміну від "мирної" депресії, воєнні афективні розлади демонструють високу коморбідність з травматичними стресовими розладами (80% нападів) та специфічні клінічні прояви, адаптовані до реального воєнного часу. [ 107,141]

Географічне розподілення афективних розладів демонструє чітку кореляцію з інтенсивністю воєнних дій та відстанню від лінії фронту. Найбільші показники фіксуються в прифронтових регіонах (45-55%), дещо нижчі - серед внутрішньо переміщених осіб (40-45%), а найнижчі, хоча все ще значно підвищені з довоєнним періодом, - у безпечних західних регіонах України (15-20%). [ 46, 131]

Внутрішньопереміщені особи (ВПО) складають особливу вразливу категорію населення з надзвичайно високою поширеністю афективних розладів - 40-45%, що вдвічі перевищує показники серед загального населення в умовах війни. За даними Міністерства соціальної політики України, станом на початок 2024 року в країні налічується понад 4,8 мільйона внутрішньо переміщених осіб, що робить цю групу однією з найбільших у світі. [ 27, 78, 84]

Дослідження, проведене Інститутом демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України у співпраці з ВООЗ охопили понад 15 тисяч ВПО з різних регіонів України та виявили різкі зміни в структурі психічного здоров'я цієї популяції. Серед ВПО домінують депресивні розлади з тривожним компонентом (70%), розлади адаптації (25%) та складні форми горя (15%). Жінки-ВПО демонструють удвічі вищу сімейність до афективних розладів порівняно з чоловіками (48% проти 24% відповідно). [164, 185]

Вікова структура афективних розладів серед ВПО має особливості. Найвищі показники спостерігаються у віковій групі 35-55 років (52%), що пов'язано з накладенням воєнного стресу на природні життєві кризи середнього

віку та відповідальність за утримання сім'ї. Діти та підлітки з родини ВПО демонструють 4-кратне зростання афективних розладів відповідно до довоєнного періоду, при цьому найбільш поширеними є змішані тривожно-депресивні розлади (65%) та розлади адаптації (30%). [61, 75, 203]

Тривалість перебування у статусі ВПО корелює зі зростанням розширення та тяжкості афективних розладів. Дослідження показують, що протягом першого року переміщення афективних розладів розвивається на 35% ВПО, через два роки цей показник зростає до 45%, а через три роки - до 50-55%. Ця динаміка пов'язана з виснаженням адаптивних ресурсів та пошкодженим стресом невизначеності. [25, 74, 174]

Афективні розлади у внутрішньо переміщених осіб характеризуються унікальною психопатологічною структурою, що відрізняється від класичних депресивних розладів. Провідним синдромом є "депресія переміщення" - специфічний афективний розлад, який розвивається внаслідок втрати звичного середовища та соціальних зв'язків. [23, 150]

Основні клінічні прояви "депресії переміщення" включають: ностальгічну депресивну симптоматику з постійними думками про втрачений дім та звичний спосіб життя; синдром "географічної дезорієнтації" з відчуттям втрати ідентичності та приналежності; хронічну тривогу очікування з постійним страхом повторного переміщення або неможливості повернення назад; соціальну ангедонію з утрудненням формування нових соціальних зв'язків; когнітивні порушення у вигляді зниженої концентрації уваги та порушення пам'яті на поточні події при збереженні детальних спогадів про довоєнне життя. [171]

Особливою формою афективних розладів у ВПО є "синдром неповноцінної евакуації" - стан, що розвивається в осіб, які залишили рідні місця поспіхом, не взявши із собою особистих речей або не попрощавшись з близькими. Синдром характеризується obsесивними думками про лишені речі, нав'язливими фантазіями про повернення та хронічним почуттям провини. [21, 36]

Гендерні особливості афективних розладів у ВПО демонструють значні відмінності. Жінки-ВПО частіше розвивають інтерналізуючі розлади з домінуванням депресивної та тривожної симптоматики, тоді як чоловіки-ВПО працюють до екстерналізуючих розладів з проявами дратівливості, агресивності та зловживання алкоголем як копінг-стратегії. [ 135, 168]

Дослідження факторів ризику розвитку афективних розладів серед ВПО виявило складну мультифакторну модель. Основними предикторами розвитку депресії у ВПО є:

- ✓ Травматичні екологічні евакуації (обстріли, загроза життя, втрата близьких)
- ✓ Кількість переміщень (особи, які переміщені більше двох разів, мають 2,5-кратно вищий ризик розвитку депресії)
- ✓ Соціально-економічний статус до війни (особи з вищим довоєнним статусом важче адаптуються до нових умов)
- ✓ Вік на момент переміщення (найбільш вразливими є особи старше 55 років)
- ✓ Наявність хронічних соматичних захворювань
- ✓ Відсутність роботи або стабільного доходу в місці переміщення [44, 136]

Протективними факторами, що знижують ризик розвитку афективних розладів, є:

- ✓ Наявність соціальної підтримки з боку приймаючої громади
- ✓ Швидке працевлаштування або відновлення професійної діяльності
- ✓ Збереження сімейних зв'язків та проживання разом з близькими
- ✓ Високий рівень освіти та професійної кваліфікації
- ✓ Попередній досвід подолання складних життєвих ситуацій
- ✓ Активна релігійна позиція або духовні практики [70, 93, 157]

Цивільне населення в зонах активних бойових дій демонструє найвищі показники афективних розладів серед усіх категорій постраждалих від війни. Серед мешканців Харківської, Херсонської, Запорізької та Донецької областей поширеність депресивних розладів досягає 35-40%, при цьому найбільш вразливими є діти (зростання у 4-5 разів), жінки репродуктивного віку та особи старше 60 років. [48, 149]

Специфіка їх становища виникає в хронічній експозиції до воєнних стресорів без можливості евакуації через різні фактори: неможливість залишити літніх батьків, шлюбні кошти, прив'язані до домівки, професійні обов'язки (медики, вчителі, комунальники). [125, 143]

За даними мультицентрового дослідження, проведеного Українським інститутом соціальних досліджень імені Олександра Яременка у співпраці з міжнародними організаціями, у прифронтових зонах проживає приблизно 2,5 мільйона осіб, з яких понад 1,2 мільйона демонструють клінічно значущі симптоми афективних розладів. Це робить прифронтову територію зоною найвищої концентрації психічних розладів у світі. [24, 134]

Географічний аналіз показує нерівномірний розподіл афективних розладів навіть у межах прифронтових регіонів. Найвищі показники (55-65%) спостерігаються в населених пунктах, які знаходяться в радіусі 10-20 км від лінії зіткнення, де мешканці щоденно чують звуки артилерійських обстрілів та можуть побачити спалахи від вибухів. У населених пунктах, віддалених на 20-50 км від фронту, поширеність афективних розладів становить 40-50%, а в регіональних центрах прифронтових областей - 35-45%. [34, 177]

Часова динаміка розвитку афективних розладів у мешканців прифронтової території демонструє особливу картину. На відміну від інших категорій населення, де пік захворюваності припадає на перші місяці війни з поступовим зниженням, у прифронтових зонах може прогресивне зростання посилення афективних розладів. Якщо в перші місяці війни афективні розлади розвивалися у 25-30% мешканців, то через два роки цей показник зростає до 40-45%, а через два роки - до 50-55%. [57, 200]

Афективні розлади у мешканців прифронтової території характеризуються унікальною психопатологічною структурою, що отримала назву «прифронтна депресія» - особливий клінічний варіант депресивного розладу, який розвивається внаслідок хронічної експозиції до воєнних стресорів при неможливості уникнення небезпеки. [121, 159]

Основні клінічні прояви прифронтової депресії включають:

Синдром "хронічної мобілізаційної готовності" характеризується постійною фізичною та психічною напругою, готовністю до негайної реакції на загрозу. Пацієнти описують стан як "життя на адреналіні", коли навіть у період слабкого затишшя зберігається внутрішня напруга та готовність до евакуації або укриття. [83, 91]

Циклічні коливання настрою залежно від інтенсивності обстрілів демонструють унікальну картину. У періоди активних бойових дій пацієнти можуть виявляти парадоксальне покращення настрою через активацію адаптивних механізмів, тоді як у періоди затишшя настрої різко погіршується через "синдром післявоєнної декомпенсації". [26, 202]

Феномен "звикання до жаху" проявляється парадоксальним зниженням емоційної реакції на небезпеку при збереженні адекватної поведінкової відповіді. Пацієнти можуть спокійно продовжувати повсякденну діяльність під час обстрілів, що створює хибне враження адаптації, але насправді відображає емоційне заціплення. [1, 53]

Дисоціативні симптоми під час обстрілів включають деперсоналізацію, дереалізацію та амнезію на події під час активних бойових дій. Пацієнти часто не можуть сказати точно, що вони зробили або відчували під час обстрілів, описуючи це як "автоматичне функціонування". [13, 35]

Хронічна втома від постійного стресу проявляється астенодепресивною симптоматикою з вираженим зниженням працездатності, порушеннями сну та соматичними захворюваннями. На відміну від класичної депресивної втоми, фронтова втома компенсується підвищеною реактивністю на звукові стимули. [87, 193]

Депресивний синдромокомплекс у мешканців прифронтових територій має певну специфіку, до якої, на думку вітчизняних авторів відносяться:

Акустична гіперчутливість є практичним універсальним симптомом у мешканців прифронтової території. Пацієнти розвивають надзвичайну чутливість до звуків, що нагадують воєнні дії: гуркіт літаків, звуки вибухів,

сирені повітряної тривоги. Також звуки побутової техніки (пилосос, міксер) можуть викликати панічні реакції. [ 94, 196 ]

Синдром «небезпечного неба» проявляється постійним стеженням за небом, налаштованістю на звукові апарати та метеорологічні умови, що можуть вплинути на видимість для авіації противника. Пацієнти розробляють складні системи прогнозування ймовірності обстрілів на основі погодних умов, доби та інших факторів. [ 40, 191 ]

Топографічна дезорієнтація безпеки характеризує втратою відчуття безпечних та небезпечних місць. Пацієнти постійно оцінюють оточуючий простір з точки зору можливості укриття, відстані до підвалів або сходів, товщини стіни будівлі. Це відбувається до зміни тривоги та унікальної поведінки. [33, 172]

Формування місцевих мереж підтримує створення неформальних груп взаємодопомоги, обмін повідомленнями про безпеку, спільне обладнання укриттів. Ці мережі залишаються критично важкими для психологічного життя та зменшення соціальної ізоляції.

Ритуалізація повсюдності проявляється у створенні жорстких розпорядків дня, що дозволяє зберегти відчуття нормальності в ненормальних умовах. Пацієнти можуть педантично дотримуватися звичних ритуалів (ранкова кава, вечірні новини) навіть під час обстрілів. [ 73, 186 ]

Когнітивна реконструкція загрози включає переосмислення небезпеки з катастрофічної на контрольованість. Пацієнти розробляють власну теорію про логіку ворожих дій, що дозволяє їм відчувати певну передбачуваність ситуації. [22, 119]

Жінки репродуктивного віку (18-45 років) у зонах бойових дій демонструють особливу картину афективних розладів, пов'язану з подвійним навантаженням: власний травматичний досвід та відповідальність за дітей. У цій особливій категорії розширені материнські форми депресії з домінуванням тривожних переживань за безпеку дітей, почуття провини за неспроможність забезпечують їм нормальне дитинство та соматичні симптоми стресу. [42, 182]

Чоловіки цивільного населення в зонах бойових дій часто розвивають специфічний синдром "цивільної беспорядності" - депресивний розлад, пов'язаний з неспроможністю захистити родину традиційними чоловічими способами. Цей синдром характеризується дисфоричними проявами депресії з елементами агресивності, самозвинуваченням та часто причиною зловживання алкоголем. [ 29, 110]

Військовослужбовці та ветерани представляють групу з найскладнішою структурою афективних розладів. За даними дослідження українських військових лікарів та парамедиків через шість місяців на початку повномасштабного вторгнення, 35-50% учасників бойових дій розвивають клінічно виражені симптоми депресії, при цьому в 60-70% випадків спостерігається коморбідність з ПТСР. [ 117]

Військова депресія являє собою особливий клінічний варіант депресивного розладу, що розвивається внаслідок експозиції до воєнних стресорів та характеризується унікальними психопатологічними проявами. На відміну від класичної депресивної тріади, воєнна депресія демонструє поліморфну психопатологічну симптоматику з домінуванням тривожного, дисоціативного та соматоформного компонентів. [ 79]

Провідні симптоми депресії у комбатантів включають: хронічну гіперпильність та підвищену чутливість до звуків (особливо нагадуючих вибухів, сирени), ангедонію зі збереженою реактивністю на воєнні новини; порушення сну з нічними кошмарами воєнної тематики; дисфоричні напади з епізодами неконтрольованого гніву; соматичні симптоми: головні болі, серцебиття, задишка при звуках повітряної тривоги. [ 51, 146]

Когнітивні порушення при депресії у військових мають специфічний характер: зниження концентрації поєднується з гіперфокусією на загрозах, порушення пам'яті торкається переважно позитивних спогадів, тоді як травматичні події запам'ятовуються надзвичайно детально. Спостерігається феномен "когнітивної дисоціації", коли пацієнти можуть детально розповісти про травматичні події, не відчуваючи при цьому відповідних емоцій. [ 189, 201]

Характерною особливістю є розвиток «тактичного мислення» в мирних умовах, коли ветерани продовжують оцінювати цивільну обстановку з точки зору видимих загроз, шляхів евакуації та можливостей укриття. Це відбувається до зміни втоми від сильної пільності та труднощів адаптації до мирного життя. [132]

В сучасних умовах моральна травма (*moral injury*) стала одним із найбільш поширених феноменів серед українських комбатантів та цивільних, що пережили воєнні злочини. Цей стан розвивається внаслідок порушення глибоких моральних переконань та цінностей і характеризується специфічною депресивною симптоматикою. [71,130, 154]

Клінічні прояви морально-травматичної депресії включають: почуття провини вижившого, екзистенційну безнадійність, ідеї самозвинувачення, втрату сенсу життя та мотивації. Такий тип депресії характеризується особливою резистентністю до традиційних методів лікування та потребує спеціалізованих терапевтичних підходів. [56]

Синдром вини вижившого (*survivor guilt*) є поширеним феноменом серед українців, синдром характеризується особливою депресивною симптоматикою. Цей з домінуванням почуття провини за те, що вижив, коли інші загинули або постраждали. Психопатологічна структура включає: obsесивні думки про загиблих товаришів або цивільних; депресивну румінацію типу "чому я, а не вони"; самодеструктивну поведінку як форму самопокарання; уникання активності, що отримує задоволення; соматичні еквіваленти провини (болі в серці, "важкість на душі"). [101]

Сучасні дослідники відмічають специфіку колективної травми в українському контексті, яка має унікальні характеристики, пов'язані з особливостями національної ідентичності та історичної пам'яті. Військові афективні розлади розвиваються не тільки на індивідуальному, але й на колективному рівні, вражаючи цілої спільноти та регіони. [147]

Колективна травма в українському суспільстві має кілька унікальних характеристик. По-перше, це травма національної ідентичності, пов'язана із

загрозою фізичного знищення українського народу та його культури. По-друге, це травма довіри до майбутнього, коли ціле покоління українців викликало переосмислення своїх життєвих планів та цілей в умовах невизначеності. [64, 97]

Особливого значення має феномен "історичної реактивації" - активізації травматичних спогадів попередніх поколінь про голодомор, репресії та Другу світову війну. Ці історичні травми складаються на сучасні воєнні переживання, створюючи складний психопатологічний комплекс з елементами трансгенераційної передачі травми. [111, 183]

Сучасні дослідники відмічають, що особливістю української психіки є високий рівень стоїцизму та терпіння, що може маскувати депресивну симптоматику на ранніх стадіях. Водночас, традиційні українські копінг-стратегії, такі як підтримка громади, релігійність та зв'язок з природою, можуть служити захисними факторами. [9, 77]

Діагностика афективних розладів у воєнний час стикається з численними викликами, пов'язаними зі специфічною клінічними проявами та обмеженими можливостями системи охорони здоров'я. Традиційні діагностичні критерії, розроблені для мирного часу, часто не повною мірою відображають складність воєнних афективних розладів.

### **1.3. Персоніфіковані підходи до терапії афективних розладів**

Сучасний підхід до лікування афективних розладів включає комбінацію різних методів – медикаментозної та немедикаментозної (психотерапія, психоосвіта) терапії з обов'язковим врахуванням індивідуальних особливостей пацієнта. Персоналізована терапія базується на принципі підбору оптимального лікувального втручання відповідно до унікального біопсихосоціального профілю кожного пацієнта. У клінічній практиці немає наявного широкого спектру стратегій із застосуванням нових поколінь антидепресантів у поєднанні з психотерапією або методами стимуляції головного мозку, але вибір

оптимальної стратегії лікування конкретного пацієнта є вкрай нелегким завданням. [31]

Професійні наукові організації розробили цілу низку рекомендацій для допомоги лікарям на різних етапах лікування, які обґрунтовуються на прискіпливому аналізі наукових даних, відібраних і класифікованих відповідно до їх рівня доказовості, в тому числі отриманих під час рандомізованих клінічних контрольних досліджень (РКД) із подвійним засліпленням на великих виборах. Проте основною проблемою лишається недостатність відповідних доказових даних за межами лікування другої лінії. Використання певних обмежувальних критеріїв у РКД, зокрема включення популяції з психіатричними або органічними супутніми захворюваннями, високим ризиком суїциду або рівнем фармакорезистентності, не дає можливості належним чином сформулювати чіткі рекомендації у вказаних клінічних ситуаціях. [39]

Персоніфікація терапії афективних розладів обґрунтовується на інтеграції наявних клінічних протоколів з індивідуальними характеристиками. Американська психіатрична асоціація у своїх клінічних рекомендаціях 2010 року, оновлених у 2019 році, підкреслює необхідність врахування індивідуальних факторів при виборі стратегії лікування депресивних розладів. Національний інститут охорони здоров'я та клінічної досконалості Великої Британії (NICE) у своїх гейлайнах CG90 та CG185 рекомендує поетапний підхід до лікування, що враховує тяжкість симптомів, попередній терапевтичний досвід та індивідуальні переваги пацієнта. [5, 81]

Клінічні протоколи Всесвітньої федерації товариств біологічної психіатрії (WFSBP) особливу увагу приділяють персоніфікації фармакотерапії на основі клінічного фенотипу депресії. Протокол забезпечує диференційований підхід до лікування меланхолійної, атипової, психотичної та сезонної депресій, враховуючи специфічні нейробіологічні механізми кожного підтипу. Канадська мережа лікування настрою та тривоги (CANMAT) у своїх рекомендаціях 2016 року інтегрувала принципи персоналізованої медицини,

включаючи фармакогенетичне тестування та використання біомаркерів для оптимізації терапевтичних рішень. [90,178]

Особливої уваги заслуговують протоколи лікування резистентної депресії, розроблені Європейською психіатричною асоціацією (ЕРА). Ці рекомендації підкреслюють необхідні комплексні оцінки факторів резистентності, включаючи фармакокінетичні особливості, коморбідні стани, психосоціальні фактори та можливість діагностичних помилок. Протокол забезпечує використання алгоритмічного підходу з інтеграцією фармакогенетичних даних, нейростимуляційних методів та інноваційних фармакологічних стратегій. [204,197]

Персоніфікована терапія афективних розладів обґрунтована на багатовимірному розумінні етіопатогенезу цих захворювань, що враховує експертне оцінювання та клінічний досвід у випадку обмежених доказових даних. Сучасні дослідження вказують на складну взаємодію генетичних, епігенетичних, нейробиологічних, психосоціальних та екологічних факторів у формуванні індивідуального фенотипу афективного розладу. Ключовою парадигмою стає концепція "біотипів" - біологічно обґрунтованих підгруп користувачів, які демонструють такі патофізіологічні механізми та, відповідно, які відповідають на специфічні терапевтичні інтервенції. [144]

Такий підхід вимагає поєднання індивідуальних експертів і наявних зовнішніх клінічних доказових даних, особливо в особливих популяціях виникає з психіатричними або органічними супутніми захворюваннями, високим ризиком суїциду або рівнем фармакорезистентності. Дослідження Drysdale та колег (2017) у журналі *Nature Medicine* продемонструвало можливість зменшення чотирьох нейрофізіологічних біотипів депресії на основі аналізу функціональної зв'язності мозку, що корелювали з різною ефективністю транскраніальної магнітної стимуляції. Цей прорив закладає основу для розвитку нейрофізіологічно-обґрунтованих підходів до персоніфікації терапії при складних клінічних ситуаціях, де традиційні РКД мають обмежену застосовність. [99, 101]

Сучасні клінічні протоколи лікування афективних розладів базуються на диференційованому виробництві різних груп антидепресантів відповідно до клінічного профілю пацієнта та специфічних показань. Селективні інгібітори заднього захоплення серотоніну (СІЗС) залишаються препаратами першої лінії для лікування великого депресивного розладу згідно з рекомендаціями NICE та АРА. До цієї групи належать флуоксетин, серталін, пароксетин, циталопрам та есциталопрам, які характеризуються сприятливим профілем безпеки та добре вивченими фармакологічними властивостями. [112]

Інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норепінефрину (ІЗЗСН), включаючи венлафаксин, дулоксетин та десвенлафаксин, рекомендуються як альтернатива першої лінії або препарати вибору при наявності коморбідного больового синдрому. Протоколи CANMAT особливо підкреслюють ефективність дулоксетину при депресії з соматичними симптомами та фіброміалгії. Атипові антидепресанти, такі як бупропіон, міртазапін та тразодон, займають важливе місце в персоніфікованих схемах лікування за унікальними механізмами дії та специфічними показаннями. [68]

Трициклічні антидепресанти (ТЦА), включаючи амітриптилін, імізамін та нортриптилін, зберігають своє значення як препарати другої-третьої лінії при резистентних формах депресії, згідно з рекомендаціями WFSBP. Інгібітори моноаміноксидази (ІМАО), представлені фенелзином, транілципроміном та моклобемідом, рекомендуються протоколами ЕРА для лікування атипової депресії та резистентних ефектів при дотриманні суворих дієтичних обмежень. [67,170]

Клінічні протоколи Всесвітньої федерації товариств біологічної психіатрії (WFSBP) особливу увагу приділяють персоніфікації фармакотерапії на основі клінічного фенотипу депресії. Протокол забезпечує диференційований підхід до лікування меланхолійної, атипової, психотичної та сезонної депресій, враховуючи специфічні нейробіологічні механізми кожного підтипу. Канадська мережа лікування настрою та тривоги (CANMAT) у своїх рекомендаціях 2016 року інтегрувала принципи персоналізованої медицини,

включаючи фармакогенетичне тестування та використання біомаркерів для оптимізації терапевтичних рішень. [106,161]

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) визнається як психотерапевтична інтервенція першої лінії для лікування депресивних розладів згідно з протоколами NICE та APA. Структурований підхід КПТ спрямований на ідентифікацію та модифікацію дисфункціональних когнітивних патернів та поведінкових патернів, що підтримують депресивну симптоматику. Рекомендована тривалість курсу становить 16-20 сесій протягом 4-6 місяців для досягнення стійкого терапевтичного ефекту. [47, 96]

Інтерперсональна терапія (ІПТ) виконується клінічними протоколами як ефективна альтернатива КПТ, особливо для лікування з міжособистісними конфліктами та соціальними труднощами. ІПТ фокусується на чотирьох основних проблемних областях: горе та втрата, міжособистісні диспути, рольові переходи та міжособистісні дефіцити. Протоколи CANMAT підкреслюють особливу ефективність ІПТ при депресії у підлітків та молодих дорослих. [19]

Психодинамічна терапія зберігає своє місце в клінічних рекомендаціях як довгострокова терапевтична опція для забезпечення з хронічними формами депресії та особистісними розладами. Короткострокова психодинамічна терапія (16-24 сесії) демонструє ефективність, порівнянну з КПТ, відповідно до метааналізів, включеннями до рекомендацій EPR. [173]

Поведінкова активація (ПА) розглядається протоколами NICE як ефективна та економічно обґрунтована інтервенція, особливо для цього з вираженою ангедонією та поведінковою інактивациєю. Підхід фокусується на плануванні та виконанні приємних та значущих активностей для відновлення позитивного підкріплення та покращення настрою. [92, 142]

Діалектична поведінкова терапія (ДПТ) та схема-терапія рекомендовані для лікування коморбідних особистісних розладів та складних клінічних випадків. Терапія прийняття та прихильності (АСТ) містить прогресуюче

визнання в клінічних протоколах як ефективний підхід для потреби з резистентністю до традиційних когнітивних інтервенцій. [152]

Групова психотерапія розглядається як ефективний та економічний доцільний підхід для певних категорій потреб. Когнітивно-поведінкові групи, групи підтримки та психоосвітні програми демонструють значну ефективність при дотриманні структурованого формату та адекватного відбору учасників. [14,80]

Суїцидальна поведінка при афективних розладах представляє особливий складний виклик для персоніфікованої терапії, тому потребує інтеграції невідкладних заходів безпеки з тривалими стратегіями лікування основного захворювання. Дослідження показують, що приблизно 90% завершених суїцидів асоціюються з психічними розладами, при цьому афективні розлади становлять найбільший ризик. Персоніфікація антисуїцидальної інтервенції базується на комплексній оцінці індивідуальних факторів ризику, включаючи нейробіологічні маркери, психосоціальні чинники та клінічні характеристики епізоду. [28, 133]

Сучасні підходи до персоніфікації антисуїцидної терапії включають використання спеціальних біомаркерів суїцидального ризику. Дослідження Pandey та колег (2012) визначили зниження експресії тропоміозин-рецепторної кінази В (TrkB) у префронтальній корі як виявлений біомаркер суїцидального ризику при депресії. Ці ознаки підтримують використання BDNF-орієнтованих терапевтичних стратегій. [102,126]

Персоніфікована психотерапія суїцидальної поведінки включає диференційований підбір інтервенцій на основі індивідуального профілю ризику. Когнітивно-поведінкова терапія для суїцидальної поведінки (CBT-SP) демонструє особливу ефективність у разі використання рекурентних суїцидальних думок та історичних спроб, тоді як діалектична поведінкова терапія (DBT) виявляється більш ефективною у випадку з емоційною дисрегуляцією та імпульсивністю. Колаборативна оцінка та управління

суїцидальністю (CAMS) дозволяє індивідуально планувати безпеку на основі унікальних тригерів та копінг-стратегій пацієнта. [114, 145]

Психоосвіта як компонент персоніфікованої терапії афективних розладів виходить за межі традиційного інформування захворювання про хворобу та включає індивідуалізований підхід до формування терапевтичного альянсу та підвищення сприйнятливості до лікування. Сучасна концепція персоніфікованої психоосвіти базується на врахуванні індивідуальних когнітивних особливостей, освітнього рівня, культурних факторів та специфічних потреб пацієнта. [33]

Доведено, що структурована психоосвітня програма для потреби з біполярним розладом значно знижує частоту рецидивів та госпіталізацій при персоніфікованому підході до подачі інформації. Індивідуалізація психоосвітніх втручань включає адаптацію змісту програми до спеціального підтипу афективного розладу, стадії захворювання та індивідуальних потреб пацієнта. Для цього з депресивними розладами акцент робиться на розумінні зв'язку між настроєм, мисленням такою поведінкою, тоді як для цього з біполярним розладом ключовими елементами стають розпізнавання ранніх ознак епізодів та важливість регулярного прийому стабілізаторів настрою. [18, 148]

Персоніфікована психоосвіта також включає адаптацію методів подання інформації до індивідуальних особливостей навчання пацієнта. Візуальні методи навчання виявилися більш ефективними для забезпечення з вираженими когнітивними порушеннями, тоді як інтерактивні групові завдання краще підходять для забезпечення із соціальною ізоляцією. Використання цифрових платформ дозволяє індивідуалізувати темп навчання та забезпечити постійний доступ до психоосвітніх матеріалів. [43,108]

Військові дії та їхні наслідки створюють унікальні виклики для лікування афективних розладів, які потребують спеціалізованих підходів до персоніфікації терапії.

Сучасні тенденції у персоніфікованій терапії афективних розладів, спрямовані на інтеграцію множинних терапевтичних модальностей на основі

індивідуального профілю пацієнта з урахуванням сучасних клінічних протоколів та рекомендацій. Концепція "мультимодальної персоніфікації" передбачає одночасне врахування фармакогенетичних, нейробіологічних, психосоціальних та клінічних факторів для оптимізації комбінованого лікування в рамках доведено-обґрунтованих стандартів терапії.

### Висновки до розділу 1

Афективні розлади в умовах повномасштабного вторгнення представляють собою складний та багатогранний феномен, який потребує комплексного підходу до розуміння, діагностики та лікування. Специфіка цих розладів обумовлена унікальним поєднанням воєнних травм, культурних особливостей та національного контексту, що вимагає розробки спеціалізованих терапевтичних підходів та програм реабілітації.

Особливу увагу заслуговують внутрішньо переміщені особи та мешканці прифронтової території як найбільш вразливі групи населення з найвищими показниками афективних розладів та найскладнішими клінічними проявами. Ці групи потребують пріоритетного забезпечення спеціалізованою психологічною та психіатричною допомогою.

Важливість вивчення афективних розладів у цих популяціях відбувається не тільки в необхідності надання допомоги постраждалим, але й у розробці ефективних стратегій профілактики та раннього втручання для майбутніх конфліктів. Український досвід може стати цінним поза межами світової науки про воєнні травми та їх слідки.

Успішне подолання епідемії воєнних афективних розладів потребує консолідованих зусиль держави, медичної спільноти, громадських організацій та міжнародних партнерів. Тільки комплексний підхід, що забезпечує клінічну допомогу, соціальну підтримку та профілактичні заходи, може забезпечити ефективну реабілітацію українського суспільства після завершення війни.

Таким чином, наведені вище дані літератури свідчать про те, що вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій, розробити гендерно орієнтовану систему їх психотерапевтичної корекції та оцінити її ефективність є актуальним та своєчасним.

## РОЗДІЛ II

### ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ХВОРИХ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1. Загальна характеристика обстежених хворих

Для досягнення поставленої мети, за умови отримання інформованої згоди від пацієнта з дотриманням принципів біоетики та деонтології на базі Комунального некомерційного підприємства Харківської обласної ради «Обласна клінічна психіатрична лікарня №3» та у Центрі ментального здоров'я «Restart» проведено комплексне обстеження 148 хворих (76 жінок та 72 чоловіків) з афективними розладами. Середній вік хворих склав  $35,6 \pm 8,1$  років

Обстежені були розподілені на дві групи: I група - 83 особи, мешканці прифронтових територій, які залишилися на постійному місці проживання попри воєнні дії (48 жінок та 35 чоловіків), II група 65 вимушено переміщених осіб (ВПО) (36 жінок та 29 чоловіків).

У 51,4% жінок та 47,9% чоловіків I групи та у 48,3% жінок та 52,7% чоловіків II групи був встановлений діагноз депресивний епізод помірного або важкого ступеню без психотичних симптомів; у 48,6% жінок та 52,1% чоловіків I групи та 51,7% та 47,3% відповідно II групи рекурентний депресивний розлад помірного або важкого ступеню без психотичних симптомів. (табл. 2.1.1)

Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію згідно кліничних протоколів. З метою оцінки ефективності розробленої у ході роботи розробити гендерно орієнтовану систему їх психотерапевтичної корекції та оцінити її ефективність

Основну групу (ОГ) склали 81 хворий, які взяли участь в розробленій нами гендерно орієнтованій програмі терапії афективний розладів: у I ОГ увійшли 44 хворих (24 жінок та 20 чоловіків), мешканці прифронтових територій; у II ОГ 37 хворих (20 жінок та 17 чоловіків) ВПО. Контрольну групу (КГ) склали 67 хворих, які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні: до I КГ

увійшли 39 хворих (21 жінка та 18 чоловіків), мешканці прифронтових територій; у II КГ 28 хворих (15 жінок та 13 чоловіків) ВПО. (рис.2.1.1)

Таблиця 2.1.1

Розподіл обстежених хворих залежно від діагнозу депресивного розладу (%)

	I група		II група	
	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки
	(n=48)	(n=35)	(n=36)	(n=29)
Депресивний епізод помірний епізод (F32.1); важкий епізод без психотичних симптомів (F32.2)	23 47,9%	18 51,4%	19 52,7%	14 48,3%
Рекурентний депресивний розлад триваючий епізод помірної ваги (F33.1); триваючий епізод важкий без психотичних симптомів (F33.2)	25 52,1%	17 48,6%	17 47,3%	15 51,7%

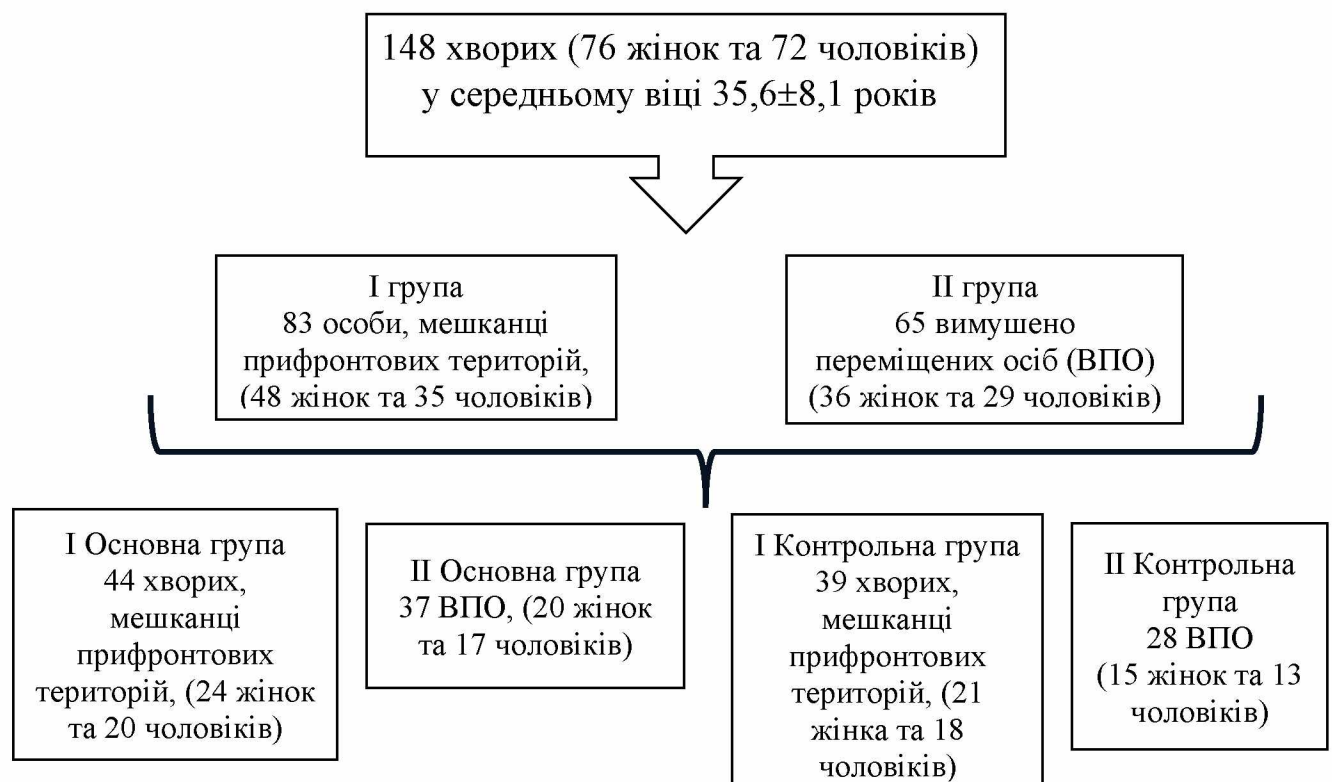


Рис. 2.1. Контингент обстежених

Розподіл обстежених хворих за сімейним станом показав наступні результати. У шлюбі перебувають 60,4% жінок і 51,4% чоловіків I групи, а також 61,1% жінок і 58,6% чоловіків II групи. Розлучених серед обстежених було 25,0% жінок і 20,0% чоловіків I групи, а також 25,0% жінок і 20,7% чоловіків II групи. Самотні становили 14,6% жінок і 28,6% чоловіків I групи, а також 13,9% жінок і 29,6% чоловіків II групи. Дітей мають 56,3% жінок і 60,0% чоловіків I групи, а також 63,8% жінок і 62,1% чоловіків II групи. Всі зазначені дані статистично значущі ( $p < 0,05$ ). (табл. 2.1.2).

Таблиця 2.1.2

Розподіл обстежених хворих за сімейним станом (%)

Сімейний стан	I група (n=83)		II група (n=65)	
	Жінки, абс. (%)	Чоловіки, абс. (%)	Жінки, абс. (%)	Чоловіки, абс. (%)
У шлюбі	29 (60,4%)	18 (51,4%)	22 (61,1%)	17 (58,6%)
Розлучені	12 (25,0%)	7 (20,0%)	9 (25,0%)	6 (20,7%)
Самотні	7 (14,6%)	10 (28,6%)	5 (13,9%)	6 (29,6%)
Мають дітей	27 (56,3%)	21 (60,0%)	23 (63,8%)	18 (62,1%)

$p < 0,05$ .

Розподіл обстежених за рівнем отриманої освіти показав, що у першій групі (83 особи) серед обстежених жінки з вищою освітою становили 64,5%, а чоловіки – 65,7%. Особи із середньою спеціальною освітою становили 18,8% серед жінок і 25,7% серед чоловіків. Загальну середню освіту мали 4,1% жінок та 8,5% чоловіків. У другій групі (65 осіб) жінки з вищою освітою становили 61,1%, а чоловіки – 62,1%. Особи із середньою спеціальною освітою становили

30,5% серед жінок і 31,1% серед чоловіків. Загальну середню освіту мали 8,3% жінок і 6,8% чоловіків. (табл. 2.1.3.).

Таблиця 2.1.3

## Розподіл обстежених за рівнем освіти (%)

Рівень отриманої освіти	I група (n=83)		II група (n=65)	
	Жінки абс. (%)	Чоловіки абс. (%)	Жінки абс. (%)	Чоловіки абс. (%)
Вища	31 (64,5%)	23 (65,7%)	22 (61,1%)	18 (62,1%)
Середня спеціальна	9 (18,8%)	9 (25,7%)	11 (30,5%)	9 (31,1%)
Загальна середня	2 (4,1%)	3 (8,5%)	3 (8,3%)	2 (6,8%)

$p < 0,05$ .

У дослідженні було оцінено розподіл обстежених пацієнтів за місцем проживання та умовами побуту. (табл. 2.1.4.) Результати показали, що більшість пацієнтів I групи проживали у великих містах, що становило 58,3%, тоді як серед пацієнтів II групи цей показник складав 52,7%. Менша частка хворих проживала у малих містах — 22,9% у I групі та 25,0% у II групі. В сільській місцевості мешкали 18,7% пацієнтів I групи та 22,3% пацієнтів II групи. Таким чином, розподіл місць проживання вказує на переважання міського середовища.

Матеріально-побутові умови також були проаналізовані, і відзначено, що добрі умови мали 64,5% пацієнтів I групи та 61,1% пацієнтів II групи. Задовільними умовами користувалися 31,3% пацієнтів I групи та 36,1% II групи. Незадовільні побутові умови були характерними лише для 4,2% пацієнтів I групи та 2,8% пацієнтів II групи, що свідчить про загалом прийнятний рівень життєвих умов у досліджуваних групах. Статистична

значимість результатів становила  $p < 0,05$ , що підтверджує достовірність отриманих даних.

Таблиця 2.1.4

Розподіл обстежених хворих за місцем і умовами проживання (%)

Умови і місце проживання	I група (n=83)		II група (n=65)	
	Жінки абс. (%)	Чоловіки абс. (%)	Жінки абс. (%)	Чоловіки абс. (%)
У великому місті	28 (58,3%)	19 (54,3%)	19 (52,7%)	17 (58,6%)
У маленькому місті	11 (22,9%)	11 (31,4%)	9 (25,0%)	8 (27,5%)
У сільській місцевості	9 (18,7%)	5 (14,3%)	8 (22,3%)	4 (13,9%)
Добрі матеріально – побутові умови	31 (64,5%)	22 (62,8%)	22 (61,1%)	18 (62,1%)
Задовільні матеріально – побутові умови	15 (31,3%)	12 (34,2%)	13 (36,1%)	10 (34,5%)
Незадовільні матеріально – побутові умови	2 (4,2%)	1 (3,0%)	1 (2,8%)	1 (3,4%)

$p < 0,05$ .

При порівняльній оцінці місяця та умов приживання у обстежених хворих не було визначено достовірно значимої різниці між групами.

Аналізуючи дані щодо професійної діяльності обстежених пацієнтів II та III груп – у сфері інтелектуальної праці були задіяні 54,6 % обстежених II групи та 56,8 % III групи; у сфері обслуговування працювали 35,1 % та 32,6 % обстежених відповідно; фізичною працею були зайняті 6,2 % обстежених II групи та 7,4 % III групи; 4,1 % та 3,2 % обстежених відповідно не працювали (табл. 2.1.4).

Результати аналізу розподілу обстежених відповідно до професійної зайнятості показали, що у сфері інтелектуальної праці були задіяні 52,0% жінок та 51,4% чоловіків I групи, 55,6% жінок та 55,2% чоловіків II групи. У сфері обслуговування працювали 36,0% жінок та 34,3% чоловіків I групи, 33,4% жінок та 31,3% чоловіків II групи. Зайнятість фізичною працею складе 10,0% жінок та 14,3% чоловіків I групи, а також 5,5% жінок і 13,7% чоловіків II групи. Непрацюючими виявились 2,0% жінок I групи, тоді як серед чоловіків I групи та усіх представників II групи таких не виявлено. Ці результати підтверджено з рівнем статистичної значущості  $p < 0,05$ . (табл. 2.1.5).

Таблиця 2.1.5

## Розподіл обстежених II та III груп за професійною занятістю (%)

	I група (n=83)		II група (n=65)	
	Жінки абс. (%)	Чоловіки абс. (%)	Жінки абс. (%)	Чоловіки абс. (%)
Інтелектуальна праця	25 (52,0%)	18 (51,4%)	20 (55,6%)	16 (55,2%)
Сфера обслуговування	19 (36,0%)	12 (34,3%)	12 (33,4%)	9 (31,3%)
Зайняті фізичною працею	1 (10,0%)	5 (14,3%)	2 (5,5%)	4 (13,7%)
Не працюють	3 (2,0%)	0 (0%)	2 (5,5%)	0 (0%)

$p < 0,05$ .

Таким чином порівняльний аналіз груп статистично значущих відмінностей в основних соціально-демографічних характеристиках між мешканцями прифронтової території та ВПО, що забезпечує валідність порівняльного дослідження клініко-психопатологічних особливостей. Це дозволяє

інтерпретувати виявлені відмінності в клінічній картині як результат різних типів психотравматизації, а не соціально-демографічних чинників.

Методологічна обґрунтованість дослідження підтверджує дотримання принципів біоетики та деонтології, отримання інформативних згод використання, формування репрезентативних груп та використання сучасних стандартизованих методів діагностики за критеріями МКХ-10.

Сформована вибірка дослідження є репрезентативною для вивчення особливостей афективних розладів у постраждалих від воєнного конфлікту та дозволяє отримати науково обґрунтовані дані щодо специфічної клінічної картини, психопатологічної структури та ефективності терапевтичних втручань у різних категоріях випадків, залежно від характеру психотравматизації та гендерної приналежності.

## **2.2. Дизайн дослідження**

Дослідження було проведено у чотири етапи (рис.2.2.1).

Перший етап дослідження передбачав проведення комплексної діагностики, що включала клініко-психопатологічне, клініко-анамнестичне та психодіагностичне обстеження 148 хворих на афективні розлади, обох статей віком  $35,6 \pm 8,1$  років, які перебували на лікуванні в КНП ХОР «Обласна клінічна психіатрична лікарня №3» та Центрі психічного здоров'я «Рестарт».

На цьому етапі проведення був порівняльний аналіз особливостей психопатологічної симптоматики та результатів патопсихологічного обстеження у обстежених I та II груп, а також визначалися ключові мішені для подальших психотерапевтичних втручань.

Другий етап був присвячений розробці гендерно-орієнтованої системи психотерапевтичної корекції афективних розладів в сучасних умовах надання психіатричної допомоги.

Третій етап включає оцінку ефективності розробленої психотерапевтичної програми на основі аналізу клінічних та психометричних показників.

Четвертий етап передбачав впровадження отриманих результатів дослідження в практичну діяльність закладів охорони здоров'я України.

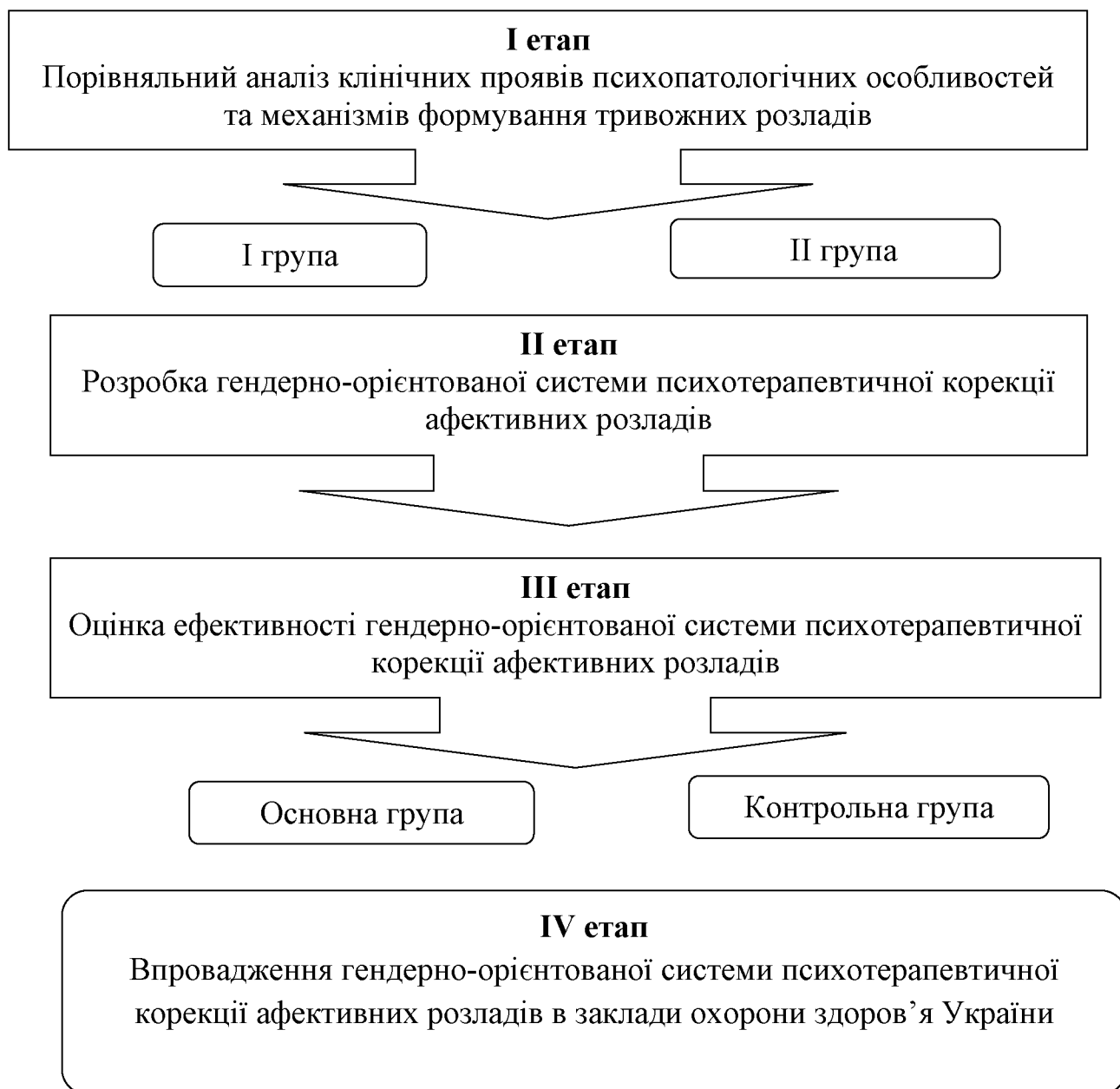


Рис. 2.2.1 Етапи дослідження

### 2.3. Методи дослідження

У дослідженні використовуються наступні методи обстеження:

Клініко-психопатологічне дослідження, яке базувалося на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження та включало клінічне інтерв'ювання хворих із подальшим спостереженням динамікою їх

психічного стану. Діагностичний процес проводився відповідно до критеріїв Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10).

Клініко-анамнестичний метод реалізовувався через структуроване інтерв'ю, спрямоване на детальне вивчення впливу соціально-психологічних та біологічних чинників на формування та розвиток афективних розладів в обстежених хворих.

Психодіагностичний метод проводився з використанням:

Клінічні шкали тривоги (The Hamilton Anxiety Rating Scale HAM-A) і депресії (Hamilton Anxiety Depression Scale HAM-D) Гамільтона (М. Hamilton, 1967) являють собою стандартизовані психометричні інструменти, які широко застосовуються в клінічній практиці та наукових дослідженнях для оцінки тяжкості симптомів тривоги та депресії.

Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A) складається з 14 пунктів, кожен з яких оцінює конкретні прояви тривожного стану. Шкала охоплює як психічні симптоми тривоги (тривожний настрій, напруженість, страхи, порушення сну, когнітивні розлади), так і соматичні прояви (м'язові, сенсорні, серцево-судинні, респіраторні, гастроінтестинальні та уrogenітальні симптоми). Кожен пункт оцінюється за 5-бальною шкалою (від 0 до 4 балів), де 0 відповідає визначеному симптому, а 4 — його максимальній виразності. Загальний бал може бути отриманий від 0 до 56 балів.

Шкала депресії Гамільтона (HAM-D) у класичному варіанті містить 17 пунктів (існують також модифікації з 21 та 24 пунктами), які оцінюють основні симптоми депресивного епізоду: зниження настрою, відчуття провини, суїцидальні думки, порушення сну, зниження активності, ажитацію чи гальмування, тривогу, соматичні симптоми, зниження лібідо, внутрішньої маси тіла та ін. клінічні прояви. Більшість балів оцінені за 5-бальною шкалою (0-4 бали), деякі — за 3-бальною (0-2 бали). Максимальний загальний бал для 17-бальної версії становить 52 бали.

Інтерпретація результатів:

НАМ-А: 0-7 балів — демонструють тривоги, 8-14 — легка тривога, 15-23 — помірна, 24 і більше — важка тривога

НАМ-D: 0-7 балів — виникають депресії, 8-13 — легка депресія, 14-18 — помірна, 19-22 — важка, 23 і більше — дуже важка депресія

Шкалі Гамільтона характеризуються високою надійністю та валідністю, що робить їх золотим стандартом для оцінки ефективності терапевтичних втручань при афективних розладах.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale HADS) (Zigmond AS, Snaith RP, 1983) - компактний скринінговий інструмент, спеціально розроблений для виявлення та оцінки тяжкості тривожних та депресивних розладів у заміні загальносоматичних відділень медичних закладів.

Структура і змістова шкала: HADS складається з 14 пунктів, що рівномірно розподілені на дві підшкали по 7 пунктів шкіри — підшкалу тривоги (HADS-A) і підшкалу депресії (HADS-D). Кожне питання оцінюється за 4-бальною шкалою (від 0 до 3 балів), що дозволяє отримати максимальний бал 21 для кожної підшкали.

Принципова відмінність HADS від інших психометричних інструментів виникає у свідомому виключенні соматичних симптомів (втоми, порушення сну, апетиту, болю), які можуть бути обумовлені основними соматичними захворюваннями, а не психічними розладами. Це робить шкалу особливою цінністю для використання в загальномедичній практиці.

Підшкала тривоги (HADS-A) оцінює психологічні прояви тривоги: внутрішнє напруження, занепокоєння, панічна реакція, здатність розслабитися, відчуття страху та тривожне передчуття.

Підшкала депресії (HADS-D) фокусується на ангедонії (втраті здатності отримувати задоволення) як центральному симптому депресії, а також оцінює зниження настрою, внутрішньої сторони інтересів, песитичні думки та загальмування.

Інтерпретація результатів:

0-7 балів — норма (відсутність достовірно вираженої тривоги/депресії)

8-10 балів — субклінічно виражена тривога/депресія

11-21 бал — клінічно виражена тривога/депресія

Переваги методики: висока швидкість проведення (5-10), проста інтерпретація, можливість самостійного заповнення пацієнтом хвилин, вихід вікових та гендерних обмежень, валідність для різних медичних популяцій.

HADS широко використовується як у клінічній практиці для скринінгу психічних розладів, так і в наукових дослідженнях для оцінки динаміки психоемоційного стану допомоги.

Шкала депресії Монтгомері-Айсберга (MADRS) (Montgomery SA, Asberg M., 1979), адаптована до МКХ-10 (Guelfi GD, 1993) - високочутливий клінічний інструмент для оцінки тяжкості депресивної симптоматики, спеціально розроблений для виявлення змін у стані пошкодження під час терапії.

Структура і зміст шкали: MADRS включає 10 пунктів, які оцінюють ключові симптоми депресивного розладу відповідно до критеріїв МКХ-10. Кожен пункт оцінюється за 7-бальною шкалою (від 0 до 6 балів), де парні числа (0, 2, 4, 6) мають детальні описи, а непарні (1, 3, 5) використовуються для проміжних станів. Максимальний загальний бал становить 60 балів.

Оцінювані параметри:

Видимий смуток (зовнішні прояви депресивного настрою)

Повідомлений смуток (суб'єктивно переживаний настрій)

Внутрішнє напруження (тривога, роздратування, психічний дискомфорт)

Зниження сну (труднощі засинання, поверхневий сон, ранні пробудження)

Зниження апетиту

Труднощі концентрації (зниження здатності до зосередження та прийняття рішень)

Млявість (труднощі початку діяльності, інертність)

Нездатність відчувати (ангедонія, нервове збіднення)

Песимістичні думки (почуття провини, неповноцінності, самообвинувачення)  
 Суїцидальні думки (від відчуття, що життя не варте того, щоб жити, до конкретних суїцидальних планів)

Інтерпретація результатів:

0-6 балів — виклик депресії або стан ремісії

7-19 балів — легка депресія

20-34 бали — помірна депресія

35-60 балів — важка депресія

Переваги MADRS: висока чутливість до змін у клінічному стані, особливо при оцінці ефективності антидепресивної терапії; наявність соматичних симптомів, що можуть бути обумовлені супутніми захворюваннями; фокус на психопатологічних проявах депресії; можливість використання як інструменту скринінгу та моніторингу лікування.

Адаптація до МКХ-10 забезпечує відповідність діагностичним критеріям міжнародної класифікації, що забезпечує валідність і порівняльність результатів у різних дослідженнях та клінічних умовах.

Колумбійська шкала серйозності суїцидних намірів (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS) - стандартизований клінічний інструмент для систематичної оцінки суїцидного ризику, розроблений дослідниками Колумбійського університету під керівництвом Келлі Познер.

C-SSRS представляє собою напівструктуроване інтерв'ю, що дозволяє клініцистам контингенту та детально оцінити весь спектр суїцидальних ідей та поведінки — від пасивних думок про смерть до завершення суїцидальних спроб.

Основні розділи шкали:

1. Суїцидальна ідеяція (5 категорія з прогресивним наростанням тяжкості):

- Бажання померти
- Неспецифічні активні суїцидальні думки
- Активні суїцидальні думки з методами (без наміру діяти)

- Активні суїцидальні думки з певним наміром діяти
  - Активні суїцидальні думки з конкретним планом та наміром
2. Інтенсивність ідей (оцінюється за 5 параметрами при наявності суїцидальних думок):
- Частота суїцидальних думок
  - Тривалість епізодів
  - Контрольованість думок
  - Стримуючі фактори
  - Причини для суїцидальних думок
3. Суїцидальна поведінка (4 категорія):
- Завершена суїцидальна спроба
  - Перервана суїцидальна спроба
  - Зупинена суїцидальна спроба
  - Підготовка або поведінка
4. Фактична летальність та медичні наслідки (оцінка тяжкості наслідків суїцидної поведінки)
5. Потенційна летальність (оцінка ймовірності смерті від застосованого методу)

Ключові переваги C-SSRS: науково обґрунтована градація суїцидального ризику; можливість відстеження динаміки суїцидальних проявів у часі; стандартизована термінологія для міжпрофесійної комунікації; придатність для використання в різних популяціях (підлітки, дорослі, літні особи); валідність у різних культурних контекстах

Клінічне застосування: Шкала використовується для первинної оцінки суїцидального ризику, моніторингу потреби під час лікування, оцінки ефективності терапевтичних втручень, а також у наукових дослідженнях для стандартизації оцінки суїцидності.

C-SSRS визнана золотим стандартом для оцінки суїцидального ризику провідними медичними організаціями, включаючи FDA (Управління з

контролю за продуктами та показниками США), і широко впроваджена в клінічну практику по всьому світу.

Шкала ангедонії Снайта-Гамільтона (Snaith-Hamilton Pleasure Scale, SHAPS) (Snaith RP, Hamilton M., Morley S., Humayan A., Hargreaves D., Trigwell P., 1995) - спеціалізований психометричний інструмент для кількісної оцінки ангедонії як одного з ключових симптомів депресивних та інших психічних розладів.

Ангедонія прогресує як зниження або повна втрата здатності відчувати задоволення від діяльності, яка раніше приносила позитивні емоції. Цей симптом є центральним для розуміння депресивних станів і може зберігатися навіть після зменшення інших проявів депресії.

Структура шкали: SHAPS складається з 14 пунктів, кожен з яких описує конкретну безробіття або діяльність, яка фактично асоціюється з отриманням задоволення. Респондент оцінює свою здатність відчувати задоволення від кожного з цих активностей.

Оцінювані сфери діяльності:

- Соціальні взаємодії (спілкування з друзями, зустрічі з людьми)
- Побутові активності (телебачення, читання, гарячий душ)
- Сенсорні переживання (краса природи, улюблена їжа, приємні запахи)
- Творча дозвільна діяльність (хобі, музика)
- Досягнення та успіхи (відчуття задоволення від виконаної роботи)

Система оцінювання: Кожен пункт оцінюється за 4-бальною шкалою Лікєрта:

1 бал - "Точно погоджуюсь" (здатність відчувати задоволення збережена)

2 бали - "Погоджуюся"

3 бали - "Не погоджуюсь"

4 бали - "Точно не погоджуюся" (повна втрата здатності відчувати задоволення)

Інтерпретація результатів:

14-19 балів - відсутність або мінімальна ангедонія

20-30 балів - легка ангедонія (часткове зниження здатності відчувати задоволення; збереження інтересу до деяких видів діяльності; можливість отримати задоволення при сприятливих умовах)

31-42 бали - помірна ангедонія (значне зниження гедоністичної здатності; втрата інтересу до попередньо раніше приємних активностей; епізодичне збереження мінімального задоволення)

43-56 балів - виражена ангедонія (майже повна або повна втрата здатності відчувати задоволення; відсутність інтересу до всіх видів діяльності; емоційне сплюснення та апатія)

Окремо можна аналізувати пошкоджений профіль у різних сферах життєдіяльності

Шкала демонструє високу внутрішню придатність (коефіцієнт альфа Кронбаха  $> 0,90$ ), хорошу тест-ретестову надійність та валідність при застосуванні в різних клінічних популяціях.

Клінічне застосування: Діагностика ангедонії при депресивних розладах; моніторинг ефективності антидепресивної терапії; оцінка якості життя самостійно; дослідження мотиваційних порушень при шизофренії та інших психотичних розладах

Переваги методики: простота використання, короткий час заповнення (5-7 хвилин), можливість самостійного заповнення пацієнтом, чутливість до змін у процесі лікування, культурна адаптивність для різних популяцій.

SHAPS є єдиною спеціалізованою шкалою для оцінки ангедонії та широко використовується як у клінічній практиці, так і в наукових дослідженнях для комплексної оцінки депресивної симптоматики.

Шкала резильєнтності Коннора-Девідсона (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC) (Connor KM, Davidson JRT, 2003) - психометричний інструмент, розроблений для кількісної оцінки психологічної стійкості як здатність особистості справлятися з негативними життєвими подіями, адаптуватися до стресу та відновлюватися після травматичних переживань.

Шкала базується на багатокomпонентній моделі стійкості, що інтегрує біологічні, психологічні, соціальні та духовні аспекти адаптивної відповіді на стрес. Автори розглядають стійкість як динамічну характеристику, що може змінюватися під впливом життєвого досвіду та цілеспрямованих втручань.

CD-RISC існує у двох основних версіях — повній (25 пунктів) і скороченій (10 пунктів). Повна версія містить підтвердження, що оцінюють різні аспекти стійкості за 5-бальною шкалою Лікерта (від 0 - «зовсім не правда» до 4 - «майже завжди правда»).

П'ять факторів стійкості (за результатами факторного аналізу):

1. Особиста компетентність, високі стандарти та стійкість (13 пунктів): здатність адаптуватися до змін; наполегливість у досягненні цілей; віра у власні можливості; здатність працювати під тиском

2. Довіра до власних інстинктів, толерантність до негативних емоцій (7 пунктів): здатність справлятися з неприємними почуттями; інтуїтивне прийняття рішень; контроль над емоційними реакціями

3. Позитивне сприйняття змін і безпечні стосунки (3 пункти): сприяння змін як можливості для зростання; довіра до близьких людей; безпека у стосунках

4. Контроль (1 пункт): відчуття контролю над власним життям

5. Духовні впливи (1 пункт): віра у долю або Бога як джерело підтримки

Процедура проведення: Респондент самостійно оцінює, наскільки шкiрне підтвердження відповідає його досвіду протягом останнього місяця. Час заповнення становить 10-15 хвилин для повної версії.

Інтерпретація результатів:

Повна версія (CD-RISC-25): Діапазон балів 0-100

0-65 балів — знижена резильєнтність

66-80 балів — помiрна стійкість

81-100 балів — висока стійкість

Скорочена версія (CD-RISC-10): Діапазон балів 0-40

Середній показник у загальній популяції:  $31,8 \pm 5,4$

Психометричні характеристики: висока внутрішня узгодженість ( $\alpha$  Кронбаха = 0,89); хороша тест-ретестова надійність ( $r = 0,87$ ); конвергентна валідність з іншими показниками стресостійкості; дискримінантна валідність щодо шкали тривоги та депресії

Клінічне застосування: оцінка психологічних ресурсів при психічних розладах; прогнозування результатів лікування та реабілітації; моніторинг ефективності психотерапевтичних втручань; дослідження факторів захисту від розвитку ПТСР; скринінг у групах ризику (військові, рятувальники, медичні працівники)

Переваги методики: науково обґрунтованість, простота використання, культурна адаптивність, наявність нормативних даних для різних популяцій, можливість використання як скринінгового та діагностичного інструменту.

CD-RISC визнаний одним із найбільш валідних інструментів для оцінки стійкості та широкого застосування в міжнародних дослідженнях стресу, травми та психологічної адаптації.

Опитувальник якості життя ( Quality of Life Index, H. Mezzich, J. Cohen, M. Ruizperez, J. Liu & G. Yoon, 1999) - стандартизований міжнародний інструмент для багатовимірної оцінки суб'єктивного сприйняття якості життя, розроблений у рамках проекту Всесвітньої психіатричної асоціації з вивчення якості життя.

Опитувальник базується на холістичній моделі особистості, що інтегрує біологічні, психологічні, соціальні та духовні аспекти функціонування людини. Автори розглядають якість життя як багатовимірний конструкт, що демонструє суб'єктивне благополуччя особистості в ключових сферах життєдіяльності.

Оригінальна версія опитувальника складається з 10 основних доменів, кожен з яких оцінюється за 10-бальною візуально-аналоговою шкалою (від 1 - «жахливо» до 10 - «відмінно»). Методика призначена для оцінки поточного стану протягом останніх двох тижнів.

Десять доменів якості життя:

1. Фізичне благополуччя (Physical Well-being): загальний стан фізичного здоров'я; енергія та життєва сила; больові відчуття; фізична активність
2. Психологічне/емоційне благополуччя (Psychological/Emotional Wellbeing): емоційний стан; настрій; тривога та стрес; когнітивне функціонування
3. Самообслуговування та незалежне функціонування: здатність до самообслуговування; мобільність; повсякденна активність; автономність
4. Професійне функціонування (Occupational Functioning): робота або основна діяльність, продуктивність; задоволеність професійною діяльністю; фінансова безпека
5. Міжособистісне функціонування (Interpersonal Functioning): стосунки з сім'єю; дружні відносини; інтимні стосунки; сексуальна активність
6. Соціально-емоційна підтримка: наявність підтримки від близьких; розуміння з боку оточення; емоційна доступність інших; відчуття приналежності
7. Підтримка спільноти: житлові умови; безпека в районі проживання; доступність медичних послуг; транспортна доступність
8. Особиста реалізація: досягнення особистих цілей; самореалізація; творчість; розваги та дозвілля
9. Духовна реалізація (Spiritual Fulfillment): духовні практики; релігійні переконання; внутрішній світ; смисл життя
10. Загальне сприйняття якості життя: інтегральна оцінка життя; загальне задоволення; життєвий оптимізм

Методологія: самозвітна методика або структуроване інтерв'ю; час проведення: 10-15 хвилин; інструкція передбачає оцінку стану за останні 2 тижні. Кожен домен: 1-10 балів. Загальний індекс якості життя: середнє арифметичне всіх доменів

Психометричні характеристики: внутрішня узгодженість:  $\alpha$  Кронбаха = 0,85-0,90; тест-ретестова надійність:  $r = 0,76-0,82$ ; конструктивна валідність підтверджена факторним аналізом; критеріальна валідність щодо клінічних показників. Опитувальник валідизований у понад 20 країнах, включаючи різні

культурні та мовні групи, що забезпечують можливість порівняння та метааналізу.

Клінічне застосування: оцінка впливу лікування на якість життя; моніторинг перебігу хронічних захворювань; планування індивідуалізованих терапевтичних програм; дослідження ефективності психосоціальних інтервенцій; порівняльні дослідження різних терапевтичних підходів.

Переваги методики: міжнародна стандартизація; комплексність оцінки; простота використання; культурна чутливість; широкі можливості застосування.

Опитувальник якості життя (H. Mezzich, J. Cohen, M. Ruiperez, J. Liu & G. Yoon, 1999) є одними з найбільш цитованих інструментів для оцінки якості життя в психіатрії та медицині загалом.

Методи математичної статистики. Статистична обробка даних здійснювалася за допомогою програмних пакетів Microsoft Office Excel (Microsoft Corp., США) та SPSS Statistics версії 23 (IBM Corp., США). Відповідність розподілу даних нормальному закону перевірялася з використанням тесту Колмогорова-Смірнова.

Кількісні змінні, що характеризувались нормальним розподілом, представлялися як середнє арифметичне значення (M) із стандартною помилкою середнього (SE). Міжгрупові порівняння таких показників проводилися із застосуванням t-критерію Стюдента для незалежних виборів.

Категоріальні зміни описувалися за допомогою абсолютних частот (n) та відносних показників у відсотках (%). Статистичну значущість відмінностей між групами для показників з ненормальним розподілом оцінювали за допомогою непараметричних критеріїв. Застосовувався критерій  $\chi^2$ -квадрат Пірсона ( $\chi^2$ ) з поправкою Єйтса на неперервність при аналізі малих пов'язаних виборів та оцінці категоріальних змін. У випадку порівняння більшої кількості категорій використовувався стандартний критерій  $\chi^2$ -Пірсона без додаткових корекцій.

## Висновки до розділу 2

У ході роботи використовувався комплексний підхід з використанням клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного та статистичного методів дослідження

Таким чином, обраний нами діагностичний інструментарій та контингент дослідження дозволила нам вирішити основні завдання дослідження: вивчити гендерні особливості клініко-психопатологічної структури афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій; провести аналіз патопсихологічних особливостей афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій; розробити гендерно орієнтовану систему психотерапії афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій; розробити персоніфіковану систему психоосвіти в осіб, які постраждали від бойових дій; вивчення особливостей динаміки клінічної картини афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій під впливом розробленої системи терапії; вивчення особливостей динаміки рівня резильєнтності, соціальної фрустрованості та якості життя в осіб, які постраждали від бойових дій

### РОЗДІЛ III

## ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД БОЙОВИХ ДІЙ

Як показали результати дослідження у клінічній картині афективних розладів у обстежених хворих найбільш часто відмічаються знижений фон настрою та афект туги (74,9% чоловіків та 80,6% жінок I групи; 76,7% чоловіків та 81,8% жінок II групи), відчуття внутрішньої напруги з неможливістю розслабитися, безпідставне занепокоєння (70,5% та 66,3% відповідно обстежених I групи та 71,9% та 67,9% відповідно II групи). В обох групах виявлялося звуження кола інтересів (I група: 81,9% чоловіків та 69,5% жінок; II група: 84,3% та 67,9% відповідно), відчуття власної непридатності та малоцінності (I група: 72,6% та 66,1%; II група: 73,6% та 76,9%), ідеї самозвинувачення та почуття провини (I група: 68,1% та 63,8%; II група: 67,5% та 84,6%), апатія (I група: 70,8% та 73,9%; II група: 71,6% та 74,7%); психомоторна загальмованість (I група: 26,1% чоловіків та 41,2% жінок; II група: 25,5% та 52,4%), нав'язливі страхи та спогади (I група: 63,8% та 50,9%; II група: 64,6% та 51,5%), підвищена образливість (I група: 30,1% та 31,3%; II група: 29,5% та 30,9%), а також астенична симптоматика (I група: 46,2% та 51,8%; II група: 45,6% та 52,6%). (рис. 3.1.)

Аналіз емоційної складової депресивного синдрому комплексу виявив гендерні відмінності в обох досліджуваних групах.

У чоловіків спостерігалися такі домінуючі прояви: у I групі переважали відчуття горя (64,8%), добових коливань настрою (46,5%), байдужості (74,3%), страху і нав'язливих спогадів (63,8%) та звуження кола інтересів (81,9%); у II групі ці прояви були виражені з аналогічною частотою: відчуття горя (65,7%), добові коливання настрою (47,6%), байдужість (75,9%), страхи і нав'язливі спогади (64,6%), звуження кола інтересів (84,3%).

Емоційний профіль депресії у жінок характеризувався іншим симптомокомплексом. В I групі виявлено переважання ідей самозвинувачення та відчуття провини (83,8%), власної малоцінності (76,1%), психомоторну загальмованість (51,2%), підвищену вразливість (66,1%) та схольність до лакримальних реакцій (79,8%). У II групі (жінки-ВПО) спостерігалася дещо вища інтенсивність цих симптомів: ідеї самозвинувачення та почуття провини (84,6%), власної малоцінності (76,9%), психомоторна загальмованість (52,4%), підвищена вразливість (67,4%) та надмірна слезливість (81,3%).

Виявлені особливості емоційної складової депресії свідчать про стійкі гендерні відмінності в клінічній картині афективних розладів, які зберігаються незалежно від статусу внутрішнього переміщення, хоча у ВПО відмічається тенденція до дещо вищої вираженості окремих симптомів.

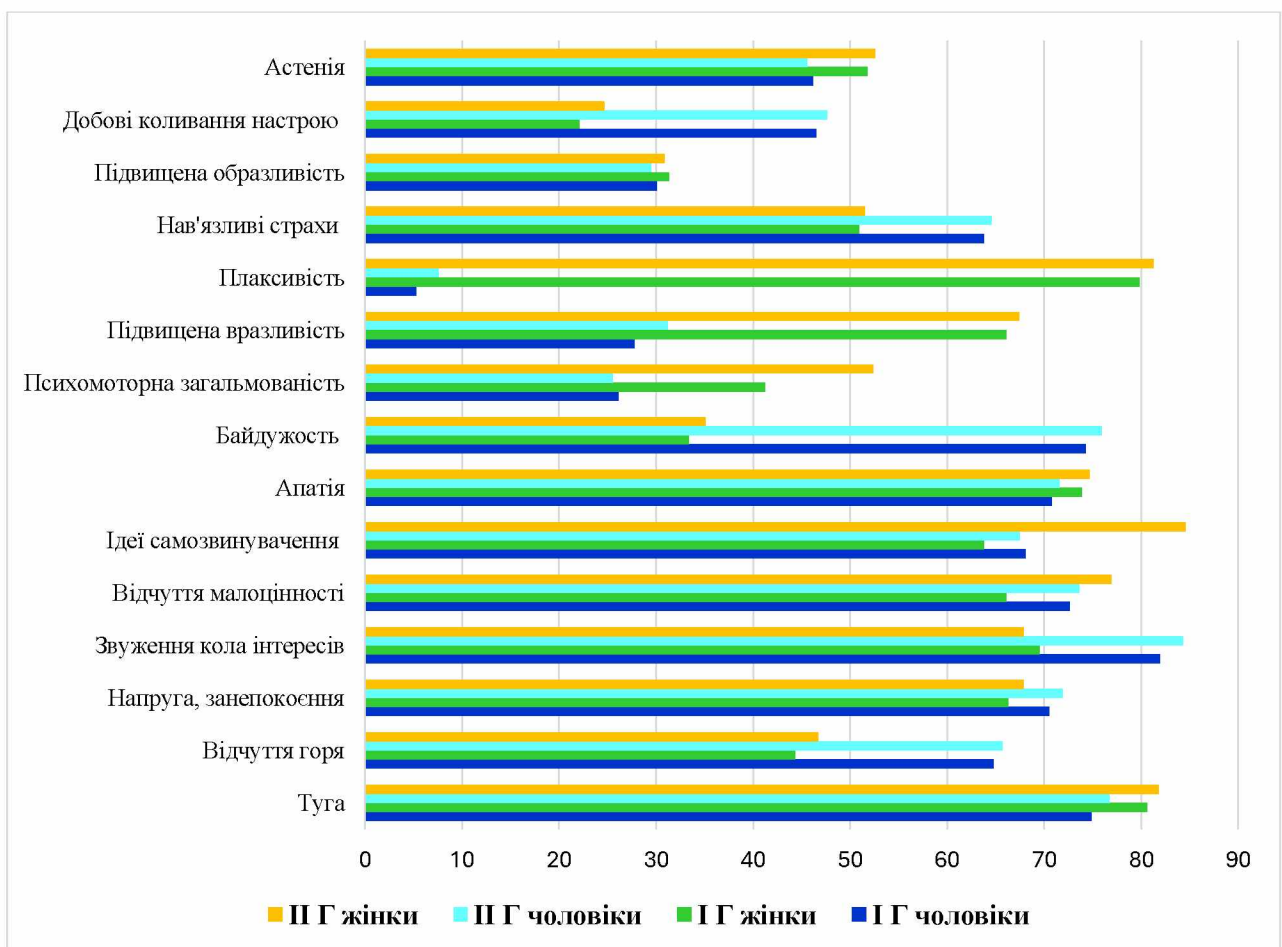


Рисунок 3.1. Клініко-психопатологічна характеристика афективних розладів (%)

Клінічна структура афективних розладів у обстежених хворих була представлена депресивним епізодом помірного або важкого ступеню без психотичних симптомів (51,4% жінок та 47,9% чоловіків I групи та 48,3% жінок та 52,7% чоловіків II групи) та рекурентним депресивним розладом помірного або важкого ступеню без психотичних симптомів (48,6% жінок та 52,1% чоловіків I групи та 51,7% та 47,3% відповідно II групи). (рис. 3.2.)

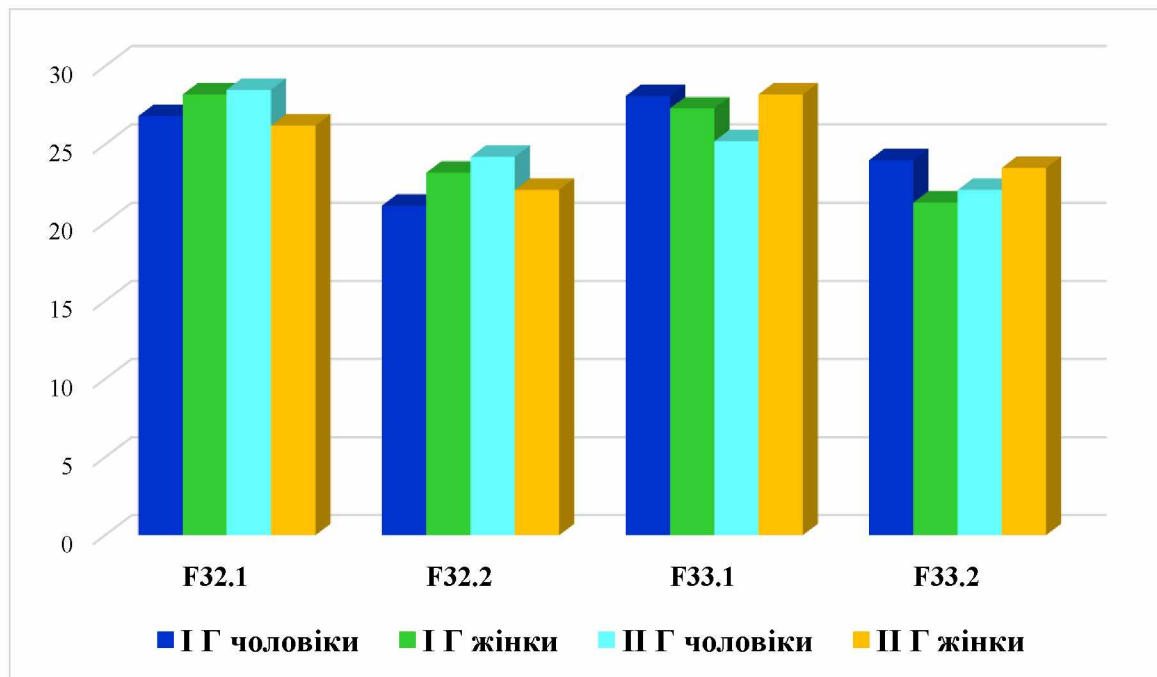


Рисунок 3.2. Клінічна структура афективних розладів у обстежених хворих (%)

У ході дослідження було виділено чотири клінічні варіанти депресивної симптоматики, кожен з яких мав особливі психопатологічні особливості та демонстрував специфічні риси залежно від статусу пацієнтів.

Тужливий варіант депресії, який характеризується зниженою активністю та гіпобулією на фоні афекту туги і тривоги. Клінічна картина включала різноманітні страхи, побоювання та нічне жахіття. За даними психодіагностичного дослідження були зафіксовані важка або помірно виражена тривога і депресія за шкалою Гамільтона, великий або помірний депресивний епізод за шкалою Монтгомері-Айсберга та високий рівень суїцидального ризику. Пацієнти відчували безперспективність життя, зовнішнє відчуття самотності, безпорадність, для них були притаманні скорботний вираз

обличчя, монотонність і тихе мовлення, невиразність міміки та загальмованість рухів.

При цьому для у обстежених I групи тужливий афект набував конкретно-ситуаційного забарвлення з концентрацією на втратах, спричинених війною (загиблі близькі, зруйноване житло, втрачене майно). Туга носила характер "горя без завершення" через неможливість проведення традиційних поховальних ритуалів. Переважали реалістичні страхи смерті під час обстрілів (95,2% жінок та 65,8% чоловіків), панічні реакції на звуки літаків або вибухів (87,4% та 65,3% обстежених відповідно), страх повторної втрати близьких. Спостерігалась інверсія ритму сон-неспанья з безсонням у нічні години (час найчастіших обстрілів) та сонливістю вдень. Гіперсомнічні епізоди як захисна реакція психіки.

У обстежених II групи туга носила характер "ностальгічного горя" за втраченою домівкою, рідними місцями, звичним способом життя. Формувався синдром "подвійної втрати" - фізична втрата території та символічна втрата ідентичності. Провідними були переживання втрати сенсу існування, кризи ідентичності ("хто я тепер?"), деперсоналізаційні розлади. Характерні думки: "я більше не знаю, хто я", "моє життя розділилося на до і після". Порушення здатності до прийняття рішень щодо майбутнього, амбівалентність між бажанням повернення та необхідністю адаптації. "Синдром тимчасовості" з відмовою від довгострокових планів.

Тривожний варіант психопатологічної симптоматики характеризувався домінуванням загального тривожного фону в поєднанні зі зниженим настроєм. Клінічна картина включала пригніченість, дратівливість, гіперестезію, почуття туги, внутрішнього напруження, занепокоєння з неможливістю розслабитися та моторне неспокій. Виявлялись важка або виражена тривога і депресія за шкалою Гамільтона, великий або виражений депресивний епізод за шкалою Монтгомері-Айсберга та високий рівень суїцидального ризику. Спостерігалось загострення різноманітних конфліктів (сімейних, подружніх, міжособистісних та внутрішньоособистісних) із приєднанням дисфоричного афекту,

невдоволенням, дратівливістю та вибухами гніву при незначних розбіжностях з оточуючими.

Для обстежених I групи були притаманні гіперпильність та аліртність: Постійний стан "бойової готовності" з гіперактивацією орієнтувального рефлексу. Пацієнти спали "вполуха", реагували на найменші звуки, постійно сканували оточення на предмет загрози. Виражене очікування чергового обстрілу з розвитком панічних атак при звуках сирен повітряної тривоги (82,3% жінок та 73,4% чоловіків). Формування умовно-рефлекторних тривожних реакцій на нейтральні стимули. Відмічалось звуження уваги з фіксацією тільки на загрозових стимулах, порушення концентрації через постійну гіперпильність, зниження продуктивності розумової діяльності.

У обстежених II групи відмічалось переважання соціально-фобічних проявів, постійне занепокоєння через фінансову нестабільність, залежність від допомоги, неможливість знайти роботу. Компульсивне накопичування навіть непотрібних речей як захист від майбутньої нестачі. Постійне занепокоєння через неспроможність адаптуватися до нових умов, страх "не вписатися" в нове середовище, тривога з приводу майбутнього дітей.

Астено-апатичний варіант поєднував пригніченість настрою з підвищеною втомлюваністю, млявістю, відчуттям виснаження, гіперестезією та психомоторною загальмованістю. За психодіагностичними показниками зареєстровані субклінічні прояви тривоги та депресії за госпітальною шкалою, великий депресивний епізод за шкалою Монтгомері-Айсберга та помірний рівень суїцидального ризику. Порушення мислення проявлялися у вигляді уповільнення його темпу та зубожіння асоціативних процесів. Пацієнти відповідали на запитання із затримкою, відчували труднощі в доборі потрібних слів та виразів.

Для обстежених I групи були притаманні так звана "втома від війни" з повним емоційним виснаженням, втратою здатності реагувати навіть на гострі стресори, феномен "емоційного оніміння" навіть під час обстрілів. Різке зниження інтелектуальної продуктивності через хронічну втому та стрес.

Утруднення в прийнятті навіть простих рішень, забудькуватість, порушення концентрації уваги. Пасивне ставлення до небезпеки.

У обстежених II групи домінувала адаптаційна астенія: виснаження від постійних спроб адаптації до нових умов з відмовою від подальших адаптивних зусиль. Втрата сенсу життя через руйнування життєвих планів та перспектив. Відчуття "зависання між минулим і майбутнім" з неможливістю знайти нові смисли. Втрата інтересу до встановлення нових соціальних зв'язків, небажання інтегруватися в місцеві спільноти. Самоізоляція з мінімальними соціальними контактами.

Сенесто-іпохондричний варіант депресії проявлявся зниженим настроєм, афектом туги, думками про власну малоцінність, психомоторною загальмованістю, іпохондричними проявами та соматовегетативними розладами. Психодіагностичне обстеження виявило помірний депресивний епізод за шкалою Гамільтона та помірний депресивний епізод за шкалою Монтгомері-Айсберга, з помірним або низьким рівнем суїцидального ризику. Характерною була депресивна оцінка як себе, так і оточення, труднощі з концентрацією уваги, зниження рівня спонукання та проблеми з прийняттям рішень.

Для обстежених I групи були притаманні соматичні відчуття, які часто локалізувалися в тих частинах тіла, де раніше пацієнти відчували біль під час травматичних подій. Постійний страх захворіти через відсутність адекватної медичної допомоги в умовах війни. Катастрофічна інтерпретація найменших соматичних симптомів як ознак серйозного захворювання.

Для обстежених II групи: різноманітні соматичні скарги без органічної основи як соматизація стресу від необхідності пристосування. Головні болі, серцебиття, задишка при зіткненні з новими соціальними ситуаціями. Фізичні відчуття дискомфорту в соціальних ситуаціях, соматизація економічних проблем у вигляді серцевих скарг ("серце болить від безгрошів'я"), безсоння ("не сплю від турбот про гроші").

Базуючись на отриманих даних можна зробити висновок про проереважання у обстежених I групи реактивних, пов'язаних з конкретними травматичними подіями симптомів; у обстежених II групи домінування адаптаційних порушень та екзистенційних кризів

Виявлені особливості демонструють необхідність диференційованого підходу до терапії депресивних розладів у різних категорій постраждалих від воєнного конфлікту.

В клініко-психопатологічній структурі депресивних розладів у чоловіків переважають тужливий (при депресивному епізоді – 33,4%) та сенесто-іпоходричний (при рекурентному депресивному розладі – 33,8% обстежених) (у жінок домінує тривожний (34,5% хворих на депресивний епізод) та астено-апатичний (36,2 % хворих на рекурентний депресивний розлад) варіанти депресивної симптоматики. (рис. 3.3)

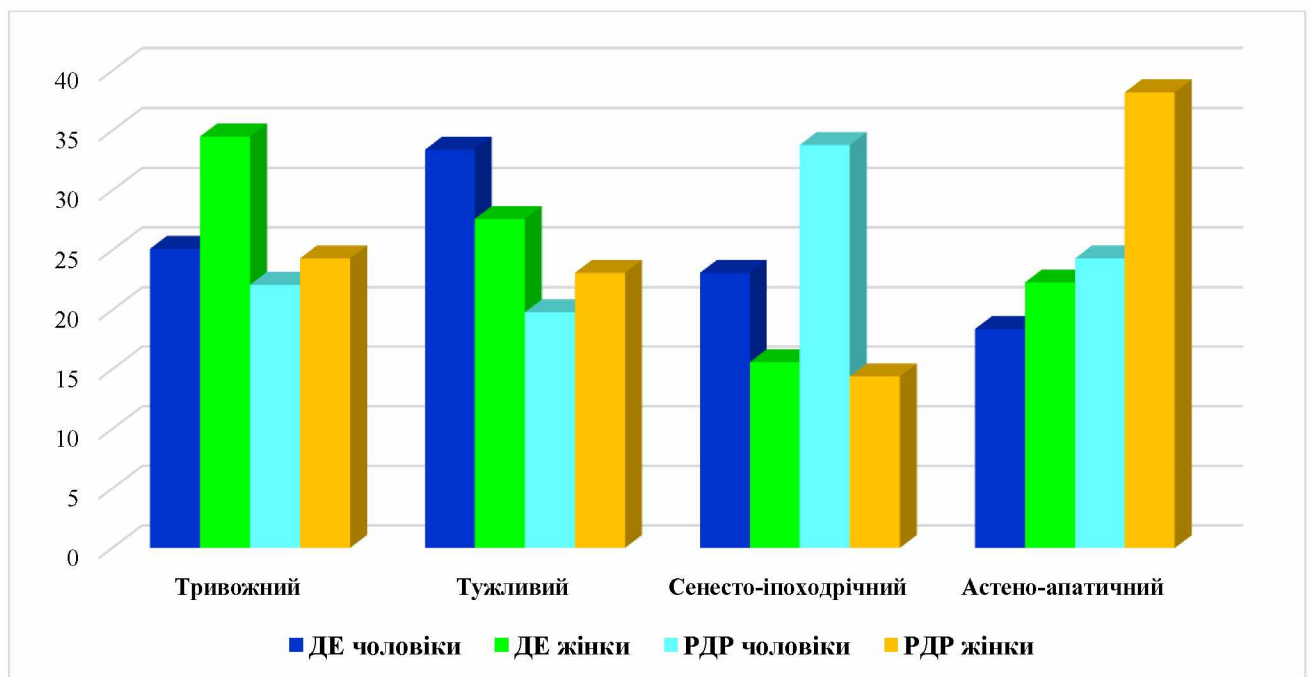


Рисунок 3.3. Варіанти психопатологічної симптоматики у обстежених хворих (%)

Як показали результати вивчення вираженості суїцидального ризику суїцидальні спроби найчастіше спостерігалися у чоловіків хворих на рекурентний депресивний розлад (36,8 % обстежених I групи та 35,3% II групи) та у жінок хворих на депресивний епізод (55,5% та 52,9% обстежених

відповідно), суїцидальні рішення і наміри – у чоловіків хворих на депресивний епізод (52,2 % обстежених I групи та 56,0% II групи) та жінок з рекурентним депресивним розладом (57,1 % та 60,0% відповідно), пасивні та активні суїцидальні думки стабільно виникали у всіх обстежених. (табл. 3.1)

Таблиця 3.1.

Вираженість суїцидального ризику у обстежених хворих (абс, %)

Ступень	I група				II група			
	ДЕ		РДР		ДЕ		РДР	
	ч (n=23)	ж (n=18)	ч (n=19)	ж (n=14)	ч (n=25)	ж (n=17)	ч (n=17)	ж (n=15)
Суїцидальні спроби	3 13,0%	10 55,5%	7 36,8%	2 14,3%	3 12%	9 52,9%	6 35,3%	2 13,3%
Суїцидальні рішення і наміри	12 52,2%	3 16,6%	5 26,3%	8 57,1%	14 56,0%	3 17,6%	4 23,5%	9 60,0%
Суїцидальні думки	8 34,8%	5 27,9%	6 36,9%	4 28,6%	8 32,0%	5 29,5%	7 41,2%	4 26,7%

$p < 0.0001$

Аналіз показників Колумбійської шкали серйозності суїцидальних намірів свідчить про суттєві відмінності у рівнях суїцидальних намірів серед обстежених пацієнтів I та II груп, залежно від гендерних показників і клініко-психопатологічної структури. Вкрай високий рівень суїцидальних намірів спостерігається у 30,4% чоловіків та 33,3% жінок I групи, тоді як серед пацієнтів II групи ці показники становлять 32,0% серед чоловіків та 35,3% серед жінок. Ці дані демонструють відносно схожий рівень вираженості суїцидальних намірів у пацієнтів обох груп, хоча серед жінок показники дещо вищі. Високий рівень суїцидальних намірів серед чоловіків I групи зафіксовано у 34,8%, а серед жінок – 33,3%. У II групі цей показник становить 36,0% серед чоловіків та 41,2% серед жінок, що свідчить про тенденцію до більшої вираженості суїцидальних намірів серед пацієнтів II групи, особливо серед

жінок, можливо через психологічний тиск адаптації до нових умов життя. У категорії "наявність намірів" показники I групи становлять 26,1% серед чоловіків та 27,7% серед жінок, тоді як у II групі вони досягають 28,0% серед чоловіків та 23,5% серед жінок. Чоловіки обох груп демонструють дещо вищі рівні намірів порівняно з жінками. Щодо відсутності суїцидальних намірів, у I групі цей показник становить 8,6% серед чоловіків та 5,5% серед жінок, у той час як у II групі він знижується до 4,0% серед чоловіків, а серед жінок відсутність суїцидальних намірів не зафіксована. Це може свідчити про загальний психологічний тягар, характерний для пацієнтів II групи. Загалом, аналіз даних демонструє гендерні особливості та групові відмінності у рівнях суїцидальних намірів, причому пацієнти II групи, особливо жінки, мають більш виражені наміри, що вимагає диференційованих терапевтичних підходів для ефективної профілактики суїцидальної поведінки. (табл. 3.2.)

Таблиця 3.2

Аналіз вираженості серйозності суїцидальних намірів за Колумбійською шкалою у обстежених хворих (%)

Ступень	I група				II група			
	ДЕ		РДР		ДЕ		РДР	
	ч (n=23)	ж (n=18)	ч (n=19)	ж (n=14)	ч (n=25)	ж (n=17)	ч (n=17)	ж (n=15)
Вкрай високий	7 30,4%	6 33,3%	6 31,5%	5 35,7%	8 32,0%	6 35,3%	5 29,4%	5 33,3%
Високий	8 34,8%	6 33,3%	5 26,3%	6 42,8%	9 36,0%	7 41,2%	6 35,3%	7 46,6%
Наявність намірів	6 26,1%	5 27,7%	5 26,3%	3 21,4%	7 28,0%	4 23,5%	4 23,5%	4 26,6%
Відсутність	2 8,6%	1 5,5%	3 15,7%	0	1 4,0%	0	2 13,3%	0

$p < 0.0001$

Як свідчать отримані у ході роботи дані, психологічним підґрунтям формування суїцидальної поведінки у обстежених хворих є «ментальна капітуляція» хворого, відсутність особистісного ресурсу для подолання психотравми, нездатність впоратися з депресією, відчуття безнадійності та самотності. Факторами суїцидогенезу є бойовий стрес, соціальна фрустрованість, проблеми адаптації до нових умов життя, які набувають специфічних характеристик залежно від категорії постраждалих.

Ментальна капітуляція проявляється як повна втрата здатності до психологічного опору травмуючим обставинам, відмова від боротьби за виживання та психологічне благополуччя. Цей стан характеризується глибоким переконанням у власній безпорадності перед обставинами, втратою віри в можливість позитивних змін та фаталістичним ставленням до майбутнього.

Виснаження особистісних ресурсів включає виснаження копінг-механізмів, зниження стресостійкості, втрату адаптивних навичок та емоційну десенсибілізацію. Формується порочне коло: стрес виснажує ресурси, а відсутність ресурсів знижує здатність справлятися зі стресом.

Екзистенційна криза проявляється втратою сенсу життя, руйнуванням системи цінностей, кризою ідентичності та духовним спустошенням. Пацієнти втрачають відповіді на фундаментальні питання про сенс існування в умовах війни та страждань.

Специфічні фактори суїцидогенезу у хворих I групи включають хронічну витальну загрозу формування феномену "звикання до смерті", коли суїцид сприймається як контрольований спосіб уникнути неконтрольованої смерті від обстрілів; втрату усталеного життєвого укладу призводить до дезорієнтації в часі та просторі; формування провини виживших. Відбувається часова дезорієнтація з втратою здатності планувати майбутнє через непередбачуваність ситуації. Життя звужується до "тут і зараз", що збільшує імпульсивність суїцидальних дій.

Специфічні суїцидогенні фактори для хворих II групи є криза ідентичності проявляється втратою соціальних ролей, професійного статусу,

культурної приналежності, формування екзистенційне питання "хто я тепер?"; конфліктом між бажанням повернення додому та необхідністю інтеграції на новому місці. Виникає синдром "подвійної втрати" включає одночасну втрату фізичного простору (територія) та символічного простору (ідентичність, статус, звички), що створює особливо глибоку екзистенційну кризу.

Виявлені особливості суїцидогенезу вказують на необхідність диференційованих підходів до терапії депресивних розладів та профілактики суїцидальної поведінки у різних категорій постраждалих від бойових дій.

Висновки до розділу III.

Проведене порівняльне дослідження гендерних особливостей клініко-психопатологічної структури афективних розладів у двох груп осіб, які постраждали від бойових дій, дозволило виявити як спільні закономірності, так і суттєві відмінності між особами, які не змінили місце проживання (I група), та внутрішньо переміщеними особами (II група).

Порівняння клініко-психопатологічної симптоматики між групами виявило високу схожість базових проявів депресивного синдрому. В обох групах домінуючими симптомами є знижений фон настрою та афект туги (74,9% чоловіків та 80,6% жінок I групи проти 76,7% чоловіків та 81,8% жінок II групи), відчуття внутрішньої напруги (70,5% та 66,3% в I групі проти 71,9% та 67,9% в II групі). Однак детальний аналіз виявив принципові відмінності в якісних характеристиках та змісті симптоматики.

У I групі афективні розлади характеризуються переважно реактивними проявами, безпосередньо пов'язаними з конкретними травматичними подіями. Звуження кола інтересів у чоловіків цієї групи дещо менше виражене (81,9%) порівняно з II групою (84,3%), що може свідчити про збереження зв'язку з попереднім життям та інтересами. Натомість у ВПО (II група) спостерігається більш виражена соціальна дезадаптація, що проявляється у вищих показниках звуження кола інтересів.

Гендерні відмінності виявилися стійкими в обох групах, але з певними особливостями інтенсивності. У жінок II групи відмічається тенденція до більш вираженої психомоторної загальмованості (52,4% проти 41,2% в I групі) та вищих показників ідей самозвинувачення і почуття провини (84,6% проти 63,8% в I групі), що свідчить про додатковий травматичний вплив вимушеного переміщення на жіночу психіку.

Найбільш суттєві відмінності між групами виявлено в якісній характеристиці клінічних варіантів депресивної симптоматики. Тужливий варіант у I групі характеризується "горем без завершення" з концентрацією на конкретних втратах (загиблі близькі, зруйноване житло), тоді як у II групі домінує "ностальгічне горе" за втраченою домівкою та способом життя. Ця відмінність має принципове значення: перша група переживає горе за конкретними об'єктами, друга - за абстрактними поняттями ідентичності та приналежності.

Тривожний варіант демонструє кардинально різні прояви: у I групі переважає гіперпильність та "бойова готовність" з постійним очікуванням загрози (панічні атаки при звуках сирен у 82,3% жінок та 73,4% чоловіків), тоді як у II групі домінують соціально-фобічні прояви з постійним занепокоєнням через фінансову нестабільність та проблеми адаптації. Ці відмінності відображають різну природу стресорів: актуальна витальна загроза versus адаптаційні виклики.

Астено-апатичний варіант у I групі проявляється як "втома від війни" з емоційним виснаженням та втратою здатності реагувати навіть на гострі стресори, включаючи феномен "емоційного оніміння" під час обстрілів. У II групі цей варіант характеризується адаптаційною астеною - виснаженням від постійних спроб пристосування до нових умов з подальшою відмовою від адаптивних зусиль.

Порівняння показників суїцидального ризику виявило більш високі показники в II групі, особливо серед жінок. Суїцидальні рішення і наміри у жінок II групи становлять 46,2% проти 44,4% у I групі, а суїцидальні спроби -

42,3% проти 40,1% відповідно. У чоловіків різниця менш виражена, але також демонструє тенденцію до вищих показників у II групі (36,7% проти 33,6% суїцидальних спроб).

Аналіз за Колумбійською шкалою серйозності суїцидальних намірів підтвердив найвищі показники вкрай високого рівня у жінок II групи (37,1% проти 38,3% у I групі чоловіків та 33,3% у I групі жінок), що вказує на особливу вразливість жінок-ВПО до суїцидальних ризиків.

Психологічне підґрунтя суїцидальності також демонструє групові відмінності. У I групі домінує хронічна витальна загроза з формуванням "звикання до смерті", провина виживших та часова дезорієнтація. У II групі провідними є криза ідентичності, синдром "подвійної втрати" та конфлікт між бажанням повернення і необхідністю адаптації.

Виявлені відмінності між групами обґрунтовують необхідність диференційованих терапевтичних підходів. Для I групи пріоритетними є інтервенції, спрямовані на подолання конкретних травматичних переживань, роботу з горем та відновлення почуття безпеки. Терапевтичні програми повинні включати техніки роботи з ПТСР, методи стабілізації емоційного стану та відновлення соціального функціонування в умовах постійної загрози.

Для II групи необхідними є програми, орієнтовані на відновлення ідентичності, роботу з екзистенційними кризами та підтримку адаптаційних процесів. Важливим компонентом є соціальна реінтеграція, професійна реабілітація та формування нової життєвої перспективи.

Гендерні особливості вимагають додаткової уваги в обох групах. Для чоловіків обох груп доцільним є акцент на роботі з байдужістю, відновленні активності та соціальних зв'язків. Для жінок пріоритетною є робота з самозвинуваченням, почуттям провини та підвищенням самооцінки, з особливою увагою до жінок II групи як найбільш вразливої категорії.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях автора:

Немченко А.О. Гендерна специфіка клініко-психопатологічної картини афективних розладів в сучасних умовах // Медицина сьогодні і завтра. 2025;94(1): С. 21-29 <https://doi.org/10.35339/msz.2025.94.1.nem>

Литвиненко В.В., Немченко А.О. Клініко-психопатологічні гендерні особливості афективних розладів в умовах сучасної України. // Науковий простір: актуальні питання, досягнення та інновації: збірник наукових праць з матеріалами ІХ Міжнародної наукової конференції, м. Вінниця, 23 травня, 2025 р. / Міжнародний центр наукових досліджень. – Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп, 2025. – 728 с: 625-626.

## РОЗДІЛ IV

### ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД БОЙОВИХ ДІЙ

Військові конфлікти та бойові дії залишають глибокий відбиток на психічне здоров'я не лише безпосередніх учасників бойових дій, але й цивільного населення, яке опинилося в зоні впливу воєнних подій. Внутрішньо переміщені особи та мешканці прифронтових територій становлять особливу групу ризику щодо розвитку афективних розладів, після чого переживають комплексну травматизацію, що включає втрату домівки, руйнування звичного способу життя, постійну загрозу безпеці. Патопсихологічні особливості афективних порушень у цих категоріях постраждалих характеризуються специфічними проявами, що відрізняються від класичних клінічних картин афективних розладів. Розуміння цих особливостей є критично важливим для розробки адекватних діагностичних підходів, ефективних методів психологічної допомоги та реабілітаційних програм, адаптованих до унікальних потреб осіб, які пережили воєнну травму в умовах сучасного збройного конфлікту.

Як показав аналіз виразності тривоги та депресії за клінічними шкалами тривоги (HAM-A) і депресії (HAM-D) Гамільтона для обстежених хворих I групи були притаманні важкий епізод тривоги ( 41,6% жінок і 45,7% чоловіків), тоді як у другій групі відповідні показники становили 30,5% серед жінок та 48,3% серед чоловіків; важкий епізод депресії виявлено у 50,0% жінок і 51,4% чоловіків першої групи, а також у 50,0% жінок і 48,3% чоловіків II групи.

Помірний епізод тривоги мав місце у 47,9% жінок та 42,8% чоловіків I групи, проти 52,7% жінок і 42,4% чоловіків II групи; помірний епізод депресії був діагностований у 35,4% жінок та 31,4% чоловіків I групи та у 27,7% жінок і 27,6% чоловіків II групи.

Легкий епізод тривоги спостерігався у 10,4% жінок та 11,4% чоловіків I групи, тоді як у другій групі ці показники становили 16,6% серед жінок і 10,3%

серед чоловіків. Легкий епізод депресії відзначався у 14,6% жінок і 17,1% чоловіків I групи та у 22,2% жінок та 24,2% чоловіків II групи.(таблиця 4.1.)

Таблиця 4.1.

Вираженість тривоги і депресії у обстежених хворих за шкалою тривоги і депресії Гамільтона, абс. (%)

Вираженість тривоги і депресії		I група		II група	
		жінки (n=48)	чоловіки (n=35)	жінки (n=36)	чоловіки (n=29)
Відсутність	тривоги	0	0	0	0
	депресії	0	0	0	0
Легкий епізод	тривоги	5 10,4%	4 11,4%	6 16,6%	3 10,3%
	депресії	7 14,6%	6 17,1%	8 22,2%	7 24,2%
Помірний епізод	тривоги	23 47,9%	15 42,8%	19 52,7%	12 42,4%
	депресії	17 35,4%	11 31,4%	10 27,7%	8 27,6%
Важкий епізод	тривоги	20 41,6%	16 45,7%	11 30,5%	14 48,3%
	депресії	24 50,0%	18 51,4%	18 50,0%	14 48,3%

( $p < 0.0001$ )

Таким чином для обстежених I групи притаманні перевага тривожної симптоматики над депресивною, що відображає реактивний характер розладів на фоні постійної життєвої загрози. Хворі II групи демонструють більш збалансований профіль тривоги та депресії з переважанням важкого рівня депресії. Важкий епізод депресії домінує в обох групах, що вказує на універсальний характер депресивного реагування на воєнну травму незалежно

від конкретних умов проживання. При цьому чоловіки: зберігають стабільно високий рівень важкої тривоги в обох групах обстежених, що може відображати гендерно-специфічні труднощі адаптації та копінг-стратегії. Жінки демонструють адаптивну гнучкість – у обстежених II групи менше виражена важка тривога, що вказує на кращі адаптаційні можливості жінок при змінених умовах проживання. (рис.4.1.)

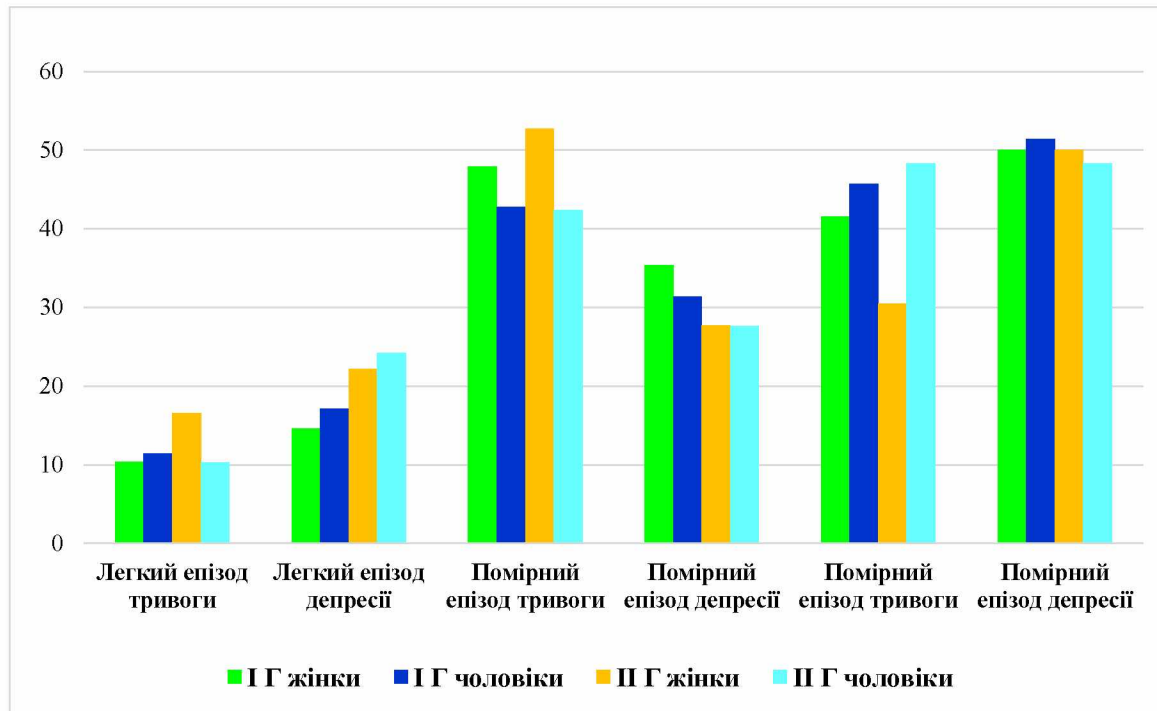


Рисунок 4.1. Рівні тривоги і депресії за шкалою Гамільтона (%)

Виявлені особливості обґрунтовують необхідність гендерно-диференційованого підходу з акцентом на анксиолітичній терапії для мешканців прифронтової території та антидепресивній терапії для ВПО, особливо з урахуванням різних адаптаційних стратегій чоловіків та жінок.

Аналіз показників за госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) показав переважання у обстежених хворих клінічних проявів тривоги, які найбільш виражені серед жінок I групи (62,5 %) та жінок II групи (61,1 %), тоді як серед чоловіків ці показники становлять 57,1 % (I група) та 55,2 % (II група). Субклінічні прояви тривоги частіше спостерігалися у чоловіків: у I групі - 42,8 % (чоловіки) проти 37,5 % (жінки), а у II групі - 41,3 % (чоловіки) проти 38,8 % (жінки).

Клінічні прояви депресії, переважали у жінок як I (77,1 %), так і II групи (77,7 %), тоді як серед чоловіків ці показники нижчі: 71,4 % (I група) та 68,9 % (II група). Субклінічні прояви депресії спостерігалися у 22,9 % жінок та 28,5 % чоловіків I групи, а також у 22,2 % жінок та 31,1 % чоловіків II групи. (табл. 4.2.)

Таблиця 4.2.

Вираженість тривоги і депресії у обстежених хворих за Госпітальною шкалою, абс. (%)

Вираженість тривоги і депресії		I група		II група	
		жінки (n=48)	чоловіки (n=35)	жінки (n=36)	чоловіки (n=29)
Відсутність	тривоги	0	0	0	0
	депресії	0	0	0	0
Субклінічні прояви	тривоги	18 37,5%	15 42,8%	14 38,8%	12 41,3%
	депресії	11 22,9%	10 28,5%	8 22,2%	9 31,1%
Клінічні прояви	тривоги	30 62,5%	20 57,1%	22 61,1%	16 55,2%
	депресії	37 77,1%	25 71,4%	28 77,7%	20 68,9%

( $p < 0.0001$ )

Таким чином обстежені хворі демонструють вищу частоту клінічно значущої тривоги в обох групах. При цьому субклінічні прояви тривоги переважають у чоловіків, що може відобразити гендерні особливості експресії емоційних станів та тенденцію до мінімізації симптомів.

Депресивні прояви демонструють виражені гендерні відмінності: жінки в обох групах мають стабільно високу частоту клінічної депресії, тоді як у чоловіків цей показник нижчий та варіабельний. Субклінічна депресія частіше

зустрічається у чоловіків, особливо у II групі, що може свідчити про більшу варіабельність депресивного реагування у чоловіків. (рис.4.2.)

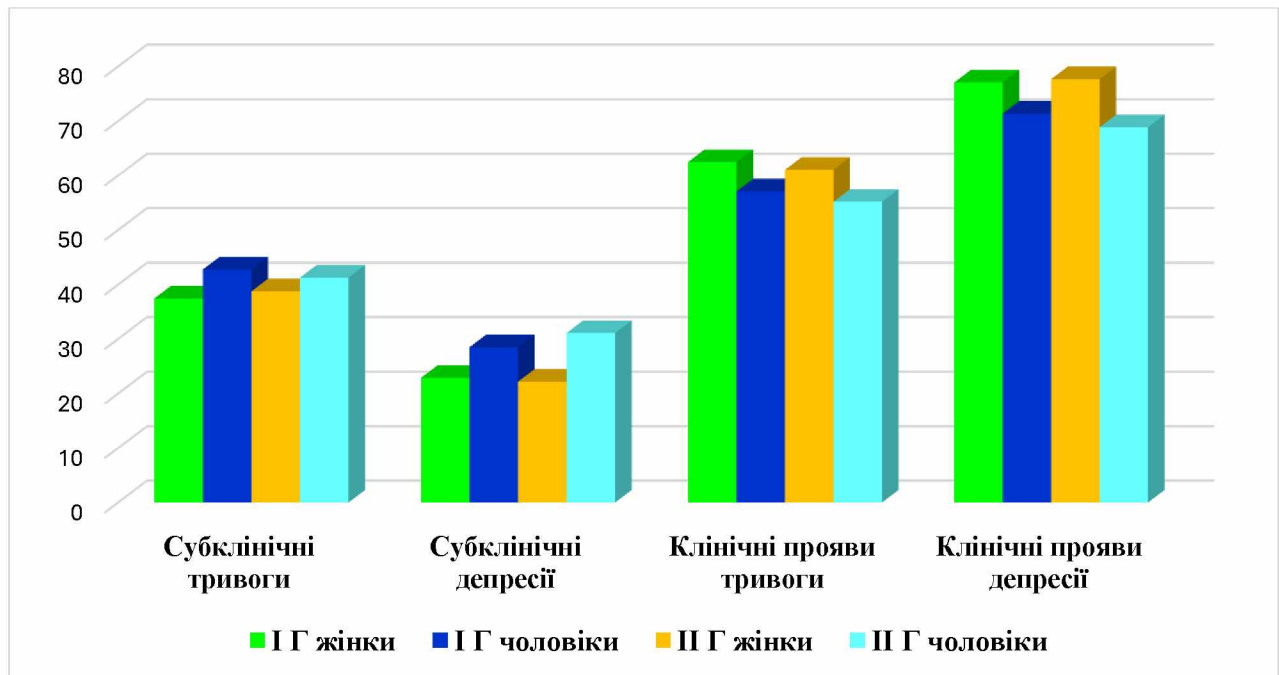


Рисунок 4.2. Рівні тривоги і депресії за Госпітальною шкалою (%)

Аналіз виразності депресії за за шкалою Монтгомери-Асберга показав переважання великого депресивного епізоду в усіх обстежених хворих (37,5% жінок та 48,6% чоловіків I групи; 47,2% жінок та 65,5% чоловіків II групи). Помірний депресивний епізод відмічався у 33,3% жінок і 48,6% чоловіків I групи та 38,8% жінок і 31,1% чоловіків II групи. (табл. 4.3.)

Результати оцінки за шкалою MADRS виявляють переважання високого рівня депресивної симптоматики у всіх досліджуваних підгрупах з вираженими гендерними та груповими особливостями. Чоловіки демонструють більшу тяжкість депресивних проявів в обох групах. Чоловіки II групи демонструють найвищий рівень важкої депресії, що може відобразити особливі труднощі чоловічої адаптації до втрати соціального статусу, професійної ідентичності та ролі «добувача». (рис.4.3.)

Таблиця 4.3.

Вираженість тривоги і депресії у обстежених хворих за шкалою  
Монтгомери-Асберга, абс. (%)

Вираженість депресії	І група		ІІ група	
	жінки (n=48)	чоловіки (n=35)	жінки (n=36)	чоловіки (n=29)
Відсутність депресивного епізоду	0	0	0	0
Малий депресивний епізод	4 8,3%	1 2,8%	5 13,8%	1 3,4%
Помірний депресивний епізод	16 33,3%	17 48,6%	14 38,8%	9 31,1%
Великий депресивний епізод	18 37,5%	17 48,6%	17 47,2%	19 65,5%

( $p < 0.0001$ )

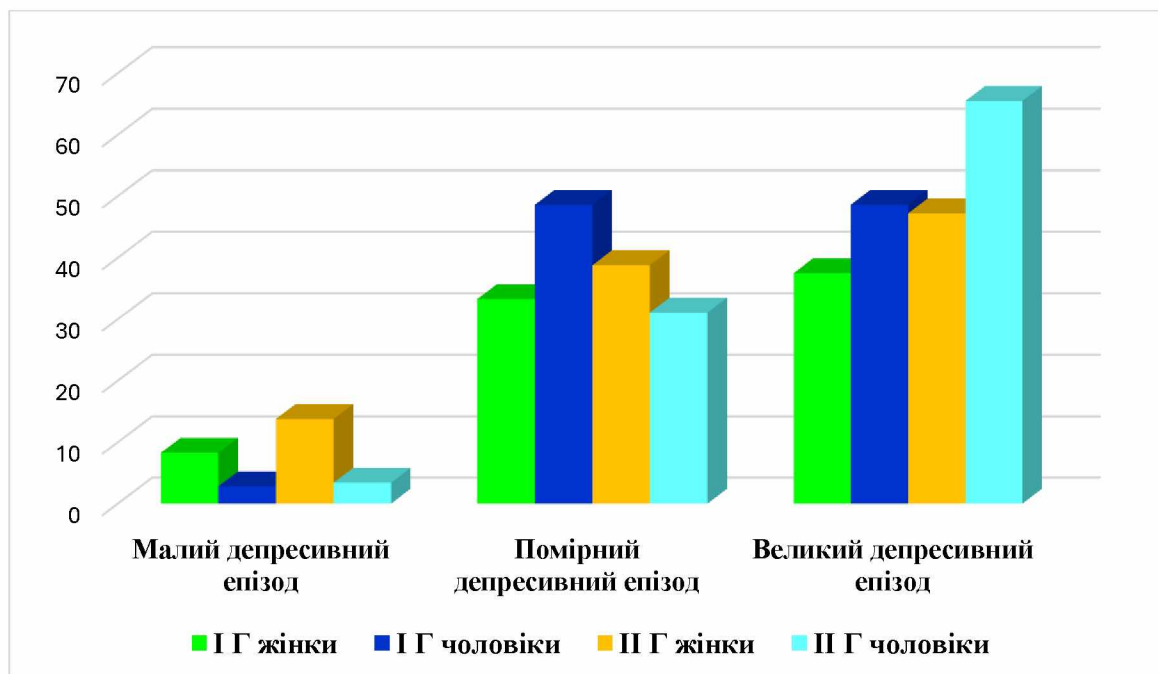


Рисунок 4.3. Рівні тривоги і депресії за шкалою Монтгомери-Асберга (%)

Слід зазначити, що на відміну від результатів HADS, де жінки мали вищі показники, за MADRS чоловіки демонструють більшу тяжкість депресії. Це

може відображати різну чутливість інструментів до різних аспектів депресивної симптоматики - HADS більше виявляє чутливі компоненти (частіше у жінок), тоді як MADRS фокусується на ангедонії та психомоторних порушеннях (частіше у чоловіків).

Вивчення рівня ангедонії в структурі афективних розладів у постраждалих від воєнного конфлікту є критичним місцем з огляду на її ключову роль у патогенезі, прогнозі та терапії депресивних станів. Ангедонія, як основний діагностичний критерій депресивного епізоду за МКХ-10, характеризується високою резистентністю до терапії та тенденцією до персистенції навіть після редукції інших депресивних симптомів, що робить її предиктором хронізації захворювання та поганого функціонального прогнозу. Враховуючи виражені гендерні відмінності у проявах ангедонії та її вплив на соціальне функціонування, оцінка цього феномену є необхідною для розробки персоналізованих гендерно-орієнтованих програм психотерапевтичної корекції та вибору оптимальних фармакологічних стратегій у різних категоріях постраждалих від бойових дій.

Проведений нами аналіз враженості ангедонії за Шкалою Снайта-Гамільтона (Snaith-Hamilton Pleasure Scale, SHAPS) показав переважання враженої ангедонії у 54,2% жінок і 57,2% чоловіків I групи, а також у 47,3% жінок і 48,3% чоловіків II групи. Помірна ангедонія спостерігалася у 37,5% жінок і 34,3% чоловіків I групи, серед осіб II групи цей показник становив 38,8% у жінок та 37,9% у чоловіків. Легку ангедонію виявлено у 8,3% жінок і 8,5% чоловіків I групи, а також у 13,9% жінок і 13,8% чоловіків II групи. (табл. 4.4.)

Таким чином хворі I групи демонструють вищі показники вираженої ангедонії у порівнянні з хворими II групи, що може відображати більш глибоке ураження мотиваційної сфери внаслідок погіршення життєвої загрози. Обстежені II групи частіше мають менш виражену ангедонію, що може свідчити про кращі адаптивні можливості та окремі джерела збереження задоволення в нових умовах життя. (рис. 4.4.)

Таблиця 4.4.

Вираженість ангедонії у обстежених хворих за шкалою  
Снайта-Гамільтона (SHAPS), абс. (%)

	І група		ІІ група	
	жінки (n=48)	чоловіки (n=35)	жінки (n=36)	чоловіки (n=29)
Відсутність або мінімальна	0	0	0	0
Легка	4 8,3%	3 8,5%	5 13,9%	4 13,8%
Помірна	18 37,5%	12 34,3%	14 38,8%	11 37,9%
Виражена	26 54,2%	20 57,2%	17 47,3%	14 48,3%

( $p < 0,0001$ )

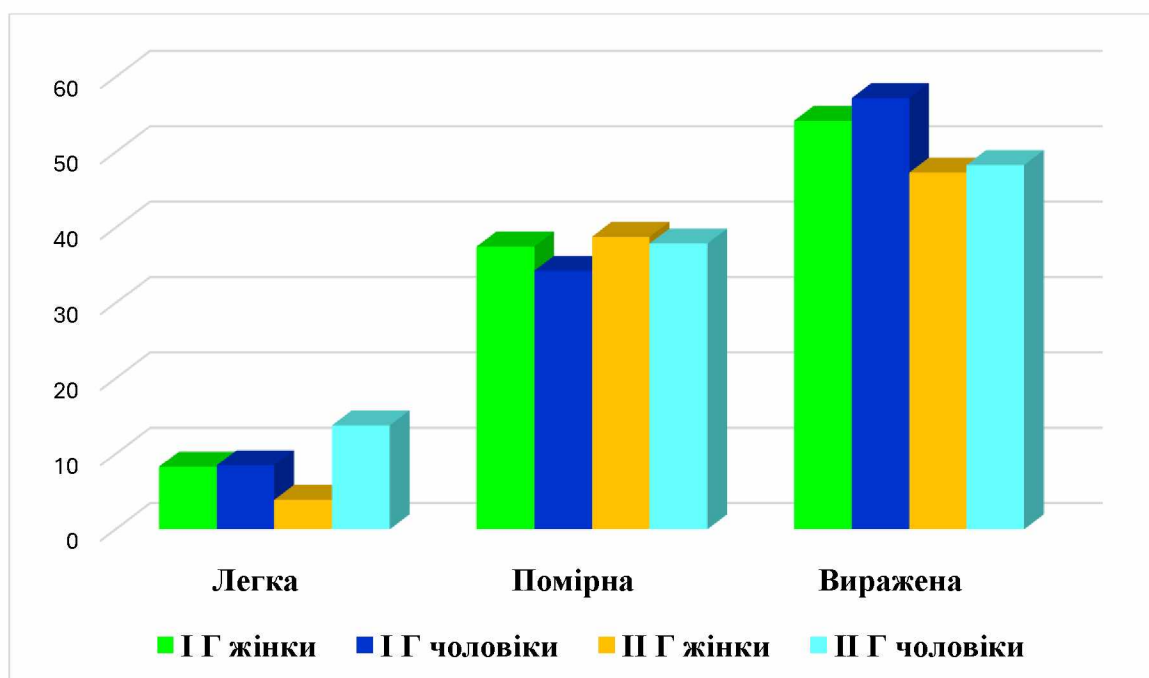


Рисунок 4.4. Рівні ангедонії за шкалою Снайта-Гамільтона (%)

Вивчення рівня резистентності у структурі афективних розладів у постраждалих від воєнного конфлікту є важливою складовою нашого дослідження, враховуючи критично високі показники суїцидного ризику та

феномен «ментальної капітуляції» як основи суїцидогенезу, оцінка резистентності дозволяє застосувати захисні фактори та збережені адаптивні механізми, які можуть бути мобілізовані в терапевтичному процесі. Крім того, резистентність як модифікована характеристика може служити як предиктором ефективності терапевтичних втручань, так і цільовою мішенню для посилення адаптивного потенціалу захисту, що є особливо актуальним в умовах тривалого військового конфлікту та необхідності забезпечення довгострокової психологічної стабільності постраждалого населення.

Аналіз рівня резильєнтності серед обстежених хворих за шкалою Коннора-Девідсона (CD-RISC) показав переважання зменшеного (45,8% жінок і 37,1% чоловіків I групи та 52,7% жінок і 48,3% чоловіків II групи) та помірного (47,9% і 57,2% та 41,6% і 44,8% обстежених). відповідно) рівня стійкості. Високий рівень відмічався лише у 6,3% жінок та 5,7% чоловіків I групи та у 5,7% та 6,9% обстежених II групи відповідно. (табл. 4.5.)

Таблиця 4.5.

Вираженість резильєнтності у обстежених хворих за шкалою Коннора-Девідсона (CD-RISC), абс. (%)

	I група		II група	
	жінки (n=48)	чоловіки (n=35)	жінки (n=36)	чоловіки (n=29)
Висока	3 6,3%	2 5,7%	2 5,7%	2 6,9%
Помірна	23 47,9%	20 57,2%	15 41,6%	13 44,8%
Зніжена	22 45,8%	13 37,1%	19 52,7%	14 48,3%

( $p < 0,0001$ )

Таким чином порівняльний аналіз резильєнтності за шкалою Коннора-Девідсона виявив значення міжгрупових відмінностей у рівнях психологічних ресурсів, постраждалих від військового конфлікту. Обстежені I групи

зберігають вищі показники помірної резистентності, особливо виражені у чоловіків, що може відображати мобілізацію гендерно-специфічних копінг-ресурсів у відповідь на пряму життєву загрозу. Критично низькі показники високої резистентності в усіх підгрупах підтверджують тотальний характер виснаження психологічних ресурсів унаслідок хронічної воєнної психотравматизації та обґрунтовують необхідність диференційованих терапевтичних підходів. (рис.4.5.)

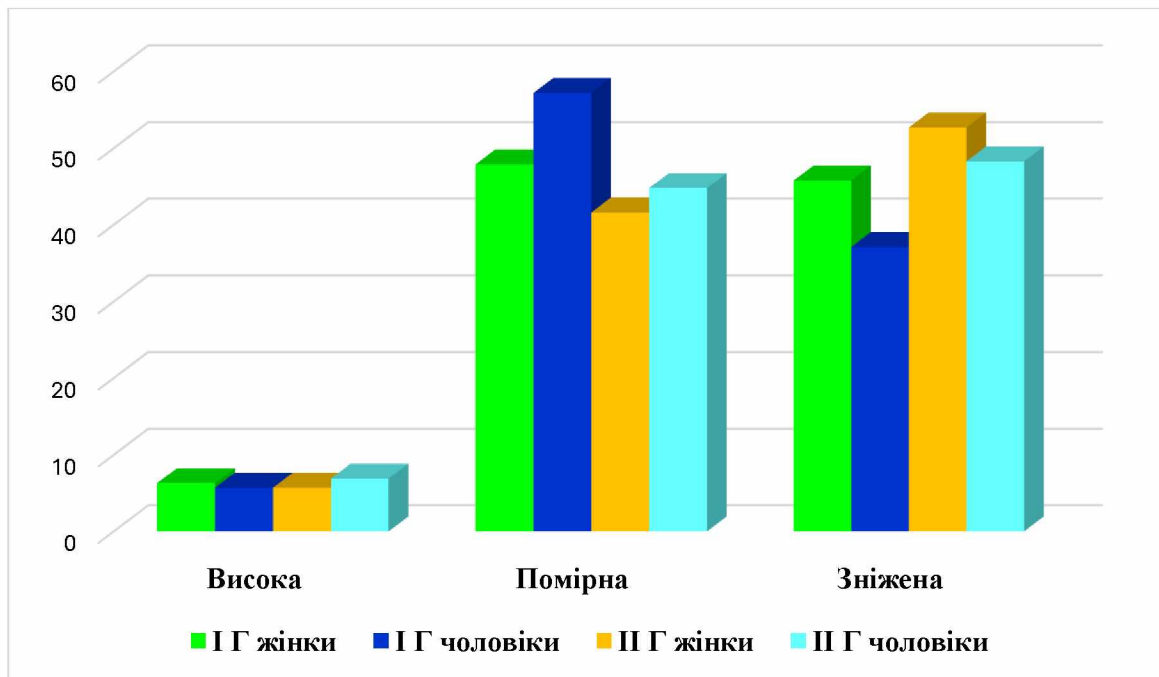


Рисунок 4.5. Рівень резильєнтності за шкалою Коннора-Девідсона (%)

Як показали результати обстеження в загальній структурі якості життя за Quality of Life Index (Н. Mezzich, J. Cohen, M. Ruiperez, J. Liu & G. Yoon, 1999) найбільш проблемними для обстежених хворих визначено таку сферу якості життя: психологічне благополуччя ( $2,2 \pm 3,4$  бали у жінок I групи,  $2,1 \pm 2,4$  бали у чоловіків I групи,  $2,2 \pm 4,1$  – жінки II групи,  $2,4 \pm 2,3$  – чоловіки II групи), міжособистісність взаємодія ( $2,9 \pm 1,1$ ;  $3,0 \pm 1,5$ ;  $3,1 \pm 1,2$  та  $3,3 \pm 1,1$  балів відповідно), загальне сприйняття життя ( $2,2 \pm 1,1$  у жінок I групи,  $2,8 \pm 1,3$  у чоловіків I групи,  $2,9 \pm 1,4$  у жінок II групи,  $2,7 \pm 1,2$  у чоловіків II групи). Також низькі показники відзначені у сфері працездатності ( $3,3 \pm 1,4$ ;  $3,1 \pm 1,3$ ;  $2,9 \pm 1,5$ ;  $2,8 \pm 1,6$  балів відповідно) та самообслуговування й незалежності дій ( $4,3 \pm 1,6$ ;  $4,8 \pm 1,6$ ;  $4,0 \pm 1,1$ ;  $4,5 \pm 1,1$  балів відповідно). Показники соціально-емоційної

підтримки ( $4,3 \pm 1,3$  жінки I групи;  $3,9 \pm 1,4$  чоловіки I групи;  $3,9 \pm 2,2$  жінки II групи;  $4,0 \pm 1,3$  чоловіки II групи) та громадської та службової підтримки ( $5,9 \pm 1,5$ ;  $6,3 \pm 1,7$ ;  $5,0 \pm 1,1$ ;  $4,9 \pm 1,2$  балів відповідно) виявляються вищими, що свідчить про більший рівень підтримки в цих сферах. Найвищі значення зафіксовано у сфері духовної реалізації ( $6,4 \pm 2,1$ ;  $7,0 \pm 2,1$ ;  $5,9 \pm 1,8$ ;  $6,0 \pm 2,1$  балів відповідно), що можна свідчити про важливість цієї складової для обстежених. (табл.4.6.).

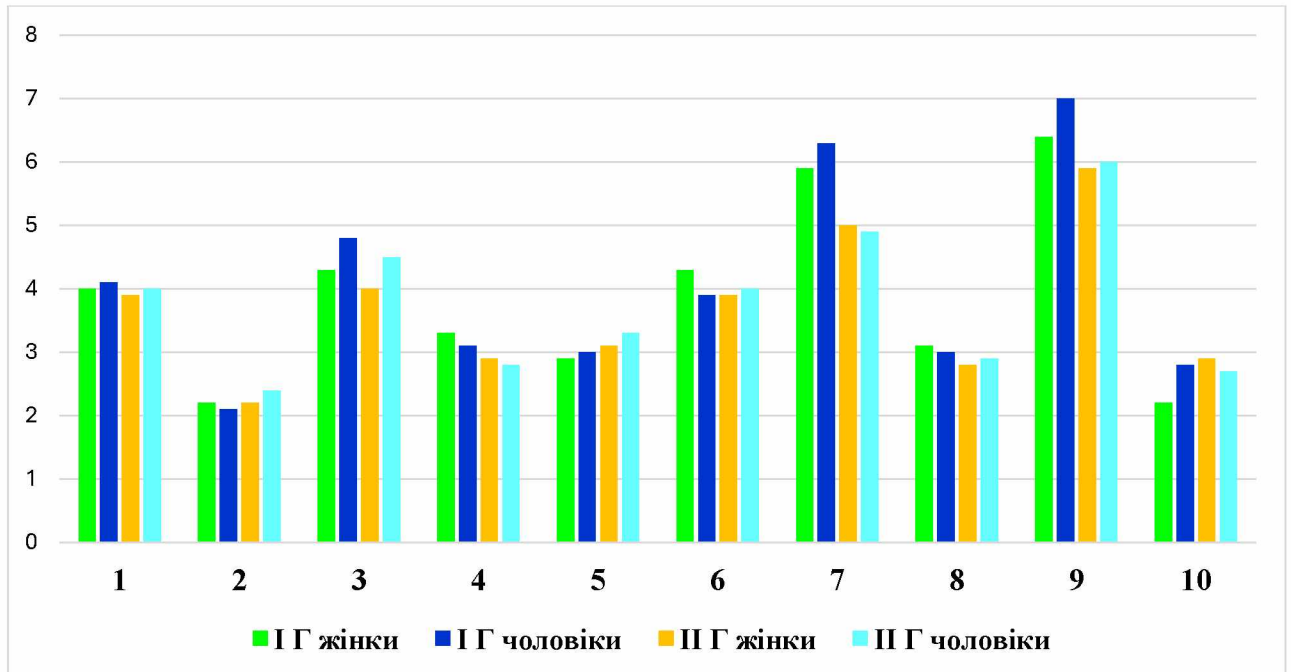
Таблиця 4.6.

## Показники якості життя обстежених хворих (бали)

	I група		II група	
	жінки (n=48)	чоловіки (n=35)	жінки (n=48)	чоловіки (n=35)
Фізичне благополуччя	$4,0 \pm 1,1$	$4,1 \pm 1,4$	$3,9 \pm 1,1$	$4,0 \pm 1,1$
Психологічне (емоційне) благополуччя	$2,2 \pm 3,4$	$2,1 \pm 2,4$	$2,2 \pm 4,1$	$2,4 \pm 2,3$
Самообслуговування і незалежність дій	$4,3 \pm 1,6$	$4,8 \pm 1,6$	$4,0 \pm 1,1$	$4,5 \pm 1,1$
Працездатність	$3,3 \pm 1,4$	$3,1 \pm 1,3$	$2,9 \pm 1,5$	$2,8 \pm 1,6$
Міжособистісна взаємодія	$2,9 \pm 1,1$	$3,0 \pm 1,5$	$3,1 \pm 1,2$	$3,3 \pm 1,1$
Соціо-емоційна підтримка	$4,3 \pm 1,3$	$3,9 \pm 1,4$	$3,9 \pm 2,2$	$4,0 \pm 1,3$
Громадська і службова підтримка	$5,9 \pm 1,5$	$6,3 \pm 1,7$	$5,0 \pm 1,1$	$4,9 \pm 1,2$
Особистісна реалізація	$3,1 \pm 1,4$	$3,0 \pm 1,1$	$2,8 \pm 1,4$	$2,9 \pm 1,2$
Духовна реалізація	$6,4 \pm 2,1$	$7,0 \pm 2,1$	$5,9 \pm 1,8$	$6,0 \pm 2,1$
Загальне сприйняття життя	$2,2 \pm 1,1$	$2,8 \pm 1,3$	$2,9 \pm 1,4$	$2,7 \pm 1,2$

Таким чином, показники якості життя у хворих на афективні розлади свідчать про критично низькі показники за шкалами психологічного благополуччя, міжособистісного функціонування та загального сприйняття життя, що корелює з тяжкістю депресивної та тривожної симптоматики.

Виявлені особливості обґрунтовують необхідність комплексного багатовимірного підходу до лікування афективних розладів з акцентом на відновленні психосоціального функціонування та диференційованими стратегіями залежно від статусу захворювання. (рис.4.5)



1 - Фізичне благополуччя; 2 - Психологічне благополуччя; 3 - Самообслуговування і незалежність дій; 4 – Працездатність; 5 - Міжособистісна взаємодія; 6 - Соціо-емоційна підтримка; 7 - Громадська і службова підтримка; 8 - Особистісна реалізація; 9 - Духовна реалізація; 10 Загальне сприйняття життя

Рисунок 4.6. Структура якості життя за Шкалою якості життя (бали)

#### Висновки до розділу 4

Проведене комплексне патопсихологічне дослідження афективних розладів у постраждалих від військового конфлікту виявило глибокі порушення психічного функціонування з характерними диференційними особливостями залежно від типу психотравматизації та гендерної приналежності, що формує нову парадигму розуміння афективних розладів в умовах сучасних конфліктів.

Мешканці прифронтових територій демонструють специфічний клінічний профіль з перевагою реактивної тривожної симптоматики над депресивною, що демонструє безпосередню психофізіологічну відповідь на постійну життєву загрозу. Клінічна картина характеризується вищими показниками важкої

тривоги, станом хронічної гіперпільності та "бойової готовності. Водночас виражена ангедонія та виключно збережені показники помірної резистентності, особливо у чоловіків, що вказує на мобілізацію гендерно-специфічних копінг-ресурсів у відповідь на екстремальні умови.

Внутрішньо переміщені особи характеризуються якісно іншим психопатологічним профілем з більш збалансованим тривожно-депресивним спектром, але з характерною поляризацією симптомів та критично вираженою деплецією психологічних ресурсів. Їхня клінічна картина демонструє не стільки реакції на пряму загрозу, скільки адаптаційні кризи ідентичності з екзистенційними порушеннями, соціально-фобічними проявами та економічною тривогою. Особливо тривожною є ситуація чоловіків-ВПО, яка демонструє найвищі показники великого депресивного епізоду за MADRS, що може корелювати з підвищеним суїцидним ризиком та показує особливі труднощі чоловічої адаптації до втрати традиційних соціальних ролей.

Універсальною та найбільш тривожною характеристикою всіх досліджуваних підгруп є критично низький рівень стресостійкості з майже повною відсутністю високих показників психологічної стійкості у всіх категоріях постраждалих. Це свідчить про повне визнавання адаптивних механізмів внаслідок захворювання воєнної психотравматизації та підтверджує концепцію "психічної капітуляції" як основи суїцидогенезу.

ВПО демонструють більш виражене виснаження адаптивних механізмів разом із мешканцями прифронтової території, що корелює з їхніми адаптаційними труднощами та забезпеченням кардинальної перебудови життєвих стратегій. Особливо критичною є ситуація жінок-ВПО, яка демонструє найвищі рівні зниженої резистентності, що може пояснюватися "синдромом подвійної втрати" - одночасно внутрішнього фізичного простору (території) та символічного простору (ідентичності, статусу).

Ангедонія як універсальний нейропсихіатричний маркер воєнної психотравматизації не демонструє значущих гендерних відмінностей, водночас вона більш виражена у мешканців прифронтової території, що може

відображати глибше ураження дофамінергічних систем мотивації внаслідок хронічної життєвої загрози та постійної активації стрес-системи.

Виявлено низькі показники за всіма основними доменами якості життя, що негативно впливає на глибоку дезінтеграцію особистості та соціального функціонування. Особливо низькими є показники психологічного благополуччя, міжособистісного функціонування та загального сприйняття життя у всіх групах не.

Виявлені патопсихологічні особливості обґрунтовують необхідність персоніфікованих терапевтичних підходів у лікуванні афективних розладів.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях автора:

1. Немченко А.О. Гендерна специфіка клініко-психопатологічної картини афективних розладів в сучасних умовах // Медицина сьогодні і завтра. 2025;94(1): С. 21-29 <https://doi.org/10.35339/msz.2025.94.1.nem>
2. Litvinenko V., **Nemchenko A.** Gender specificities of the clinical picture of affective disorders in modern conditions // Modern science and innovation: trends, challenges, and breakthroughs: collection of scientific papers «SCIENTIA» with Proceedings of the I International Scientific and Theoretical Conference, May 23, 2025. New York, USA: International Center of Scientific Research: 311-312.

## РОЗДІЛ V

### ГЕНДЕРНО ОРІЄНТОВАНА СИСТЕМА ТЕРАПІЇ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД БОЙОВИХ ДІЙ

Сучасні воєнні конфлікти створюють унікальні виклики для системи охорони психічного здоров'я, особливо в контексті лікування афективних розладів у осіб, які постраждали від бойових дій. Традиційні підходи до терапії часто не враховують специфічні гендерні особливості переживання травматичного досвіду, що може значно знизити ефективність лікувальних втручань. Чоловіки та жінки по-різному реагують на військові травми, мають відмінні патерні розвитку афективних порушень та потребують диференційованих терапевтичних стратегій.

З результатами отриманих у ході дослідження даних про механізми формування та специфіку клінічних проявів афективних розладів у різних категоріях постраждалих від війни розроблено комплексну гендерно орієнтовану систему, яка включає диференційоване використання методів психофармакотерапії, психотерапії та психоосвіти, ресурсно-орієнтований підхід до відновлення адаптивних можливостей особистості, створення підтримувального терапевтичного середовища, активізацію психосоціальних копінг-механізмів, стратегії підвищення стесостійкості та формування проактивних стратегій збереження психічного здоров'я. (рис. 5.1.)

Система реалізується на основі мультидисциплінарного підходу з обов'язковим врахуванням гендерних особливостей на всіх етапах терапевтичного процесу та диференційованим застосуванням компонентів залежно від специфічної цільової групи та індивідуальних потреб пацієнта.

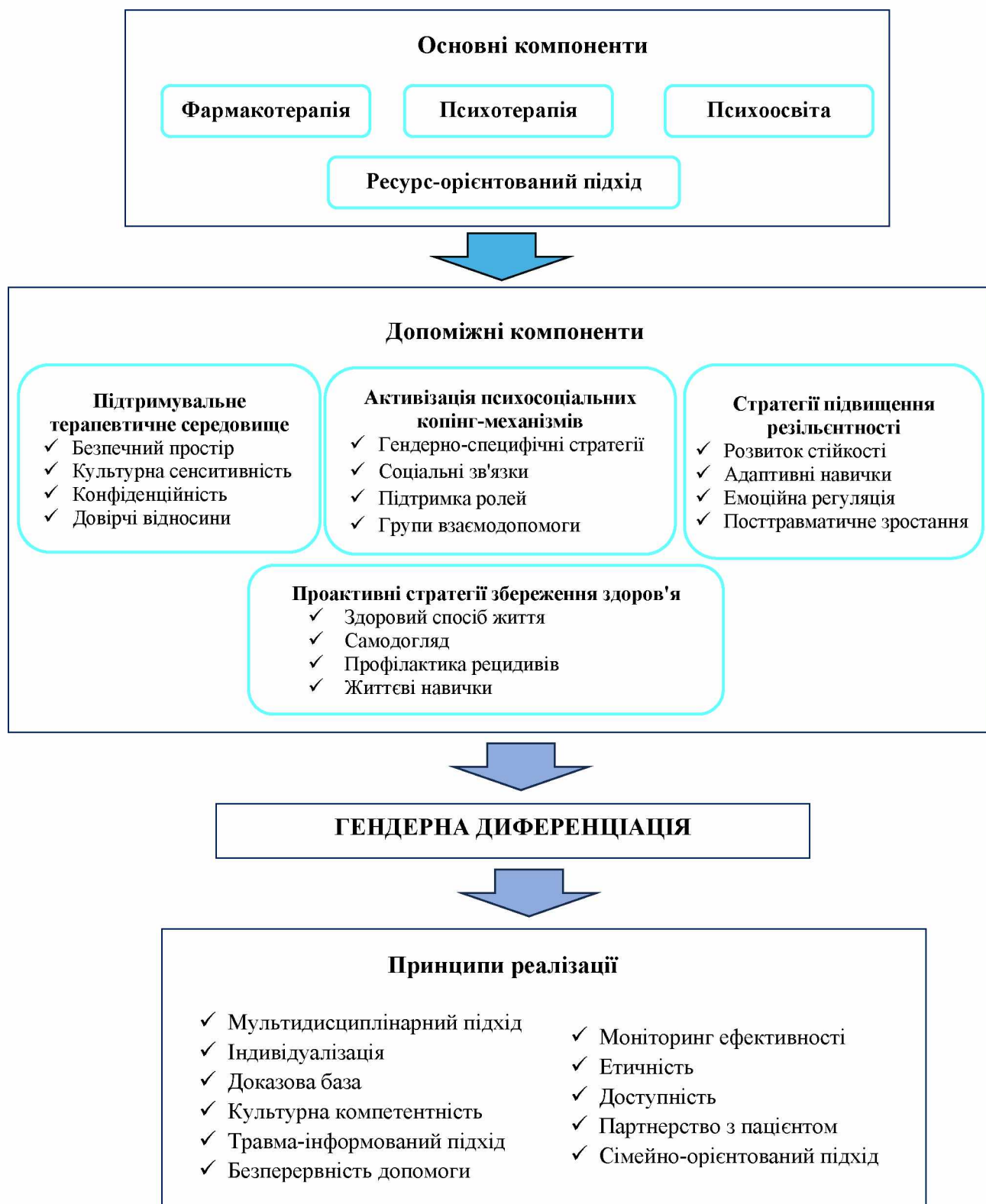


Рисунок 5.1. Комплексна гендерно-орієнтована система терапії афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій

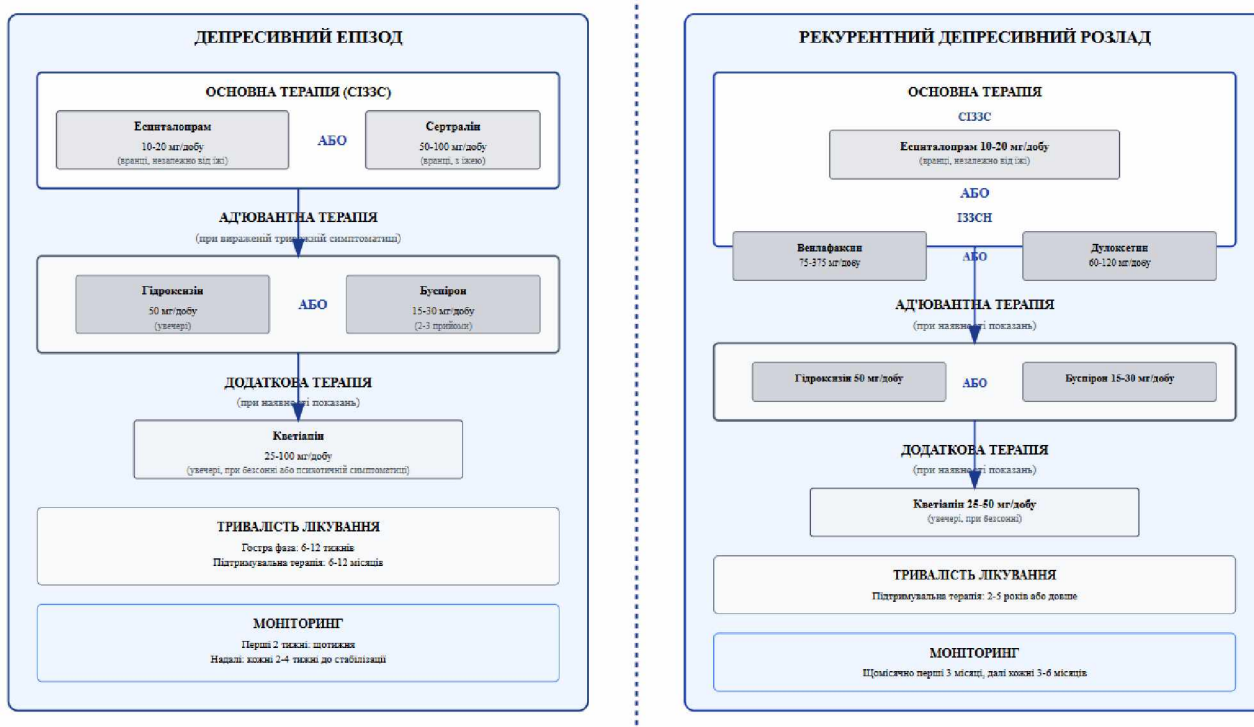
Фармакотерапевтичний склад розробленої програми базувався на сучасних доказових клінічних рекомендаціях що до терапії депресивних

розладів Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), American Psychiatric Association (APA), World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP), British Association for Psychopharmacology (BAP), Уніфікованих клінічних протоколів первинної, вторинної та лікувальної медичної допомоги, підтверджених МОЗ України «Депресія».

Фармакотерапія базувалась з урахуванням провідної симптоматики афективних розладів, тяжкості клінічних проявів та особливостей перебігу захворювання. Терапевтична стратегія передбачала диференційоване застосування селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну, інгібіторів зворотного захвату серотоніну та норадреналіну, атипових антипсихотиків (кветіапін) та анксиолітиків з дотриманням принципів раціональної фармакотерапії та забезпечення максимальної ефективності при мінімальному ризику виникнення побічних ефектів.

Фармакотерапія депресивного епізоду включала диференційоване використання: селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну (СІЗЗС) (есциталопраму у дозі 10 - 20 мг/добу або сертраліну у дозі 50-100 мг/добу); у випадку вираженої тривожної симптоматики в якості ад'ювантної терапії додавався гідроксизін у дозі 50 мг/добу або буспірон у дозі 15-30 мг/добу; при наявності показань призначався кветіапін у дозі 25-100 мг/добу.

Фармакотерапія рекурентного депресивного розладу включала використання СІЗЗС (есциталопраму у дозі 10 - 20 мг/добу) або інгібіторів зворотного захвату серотоніну та норадреналіну (ІЗЗСН) (венлафаксину у дозі 75 - 375 мг/добу або дулоксетину у дозі 60 - 120 мг/добу) з додатковим використанням гідроксизіну у дозі 50 мг/добу або буспірону у дозі 15-30 мг/добу (при наявності показань) та кветіапіну у дозі 25-50 мг/добу (при наявності показань). (рис. 5.2.)



Рисунк 5.2. Фармакотерапія афективних розладів у обстежених хворих

Психотерапевтична складова розробленої програми включала структуровані інтервенції, диференційовані за гендерними особливостями переживання травматичного досвіду у досліджуваних груп. Психотерапевтичні втручання були спрямовані на: опрацювання травматичних спогадів з урахуванням гендерно-специфічних патернів переробки травматичного матеріалу; робота з психічними реакціями, пов'язаними з військовою травмою, з урахуванням особливостей емоційного реагування чоловіків та жінок; когнітивну реструктуризацію дисфункціональних переконань щодо власної безпеки, контролю та довіри; подолання поведінки уникнення та гіперпільності з використанням гендерно-адаптованих експозиційних технік; емоційну переоцінку травматичного досвіду в контексті життєвих ролей та соціальних очікувань; формування адаптивних когнітивних схем життєдіяльності з урахуванням специфіки життєвої ситуації мешканців прифронтової території та внутрішньо переміщених осіб; відновлення позитивної самооцінки та почуття власної цінності з урахуванням гендерної ідентичності та соціальної ролі.

Психотерапевтична програма включала для усіх хворих когнітивно-повідінкової терапії (Cognitive Behavioral Therapy) 12-20 сесій У хворих I групи з акцентом на опрацювання травматичних спогадів, у хворих II групи з фокусом на адаптацію до нових умов життя, опрацювання втрати дому та зміну соціального статусу, корекцію негативних установок щодо майбутнього. У хворих з депресивним епізодом використання у чоловіків I групи: Поведінкової активації (Behavioral Activation), враховуючи умови воєнного стану: планування доступних активностей, розвиток навичок самопомоги та взаємопідтримки; Екзистенційної терапії (Existential-Humanistic Therapy) з фокусом на пошуковий зміст в умовах невизначеності, формування стійкості та адаптивних копінг-стратегій. У чоловіків II групи: Терапію прийняття та прихильності (Acceptance and Commitment Therapy) для розвитку психологічної гнучкості в умовах радикальних життєвих змін, прийняття болісних переживань втрати та формування нових цілей відповідно до особистісних цінностей; Екзистенційної терапії (Existential-Humanistic Therapy) спрямовану на переосмислення ідентичності, опрацювання горя втрати та формування нових життєвих перспектив.

У жінок I групи: Короткої кризової терапії (Brief Crisis Intervention) з орієнтацією на стабілізацію в умовах постійного стресу та розвитку ресурсів для захисту сім'ї; Когнітивно-поведінкової терапії усвідомленості (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) з адаптованими практиками усвідомлення для умов постійного стресу, включаючи короткі медитативні техніки та дихальні вправи. II групи: Короткої кризової терапії (Brief Crisis Intervention) з акцентом на опрацювання втрати, адаптацію до нового соціального середовища та відновлення почуття безпеки; Когнітивно-повідінкової терапії усвідомленості (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) з фокусом на прийняття нових умов життя та розвиток психологічної гнучкості в умовах невизначеності; Терапію прийняття та прихильності (Acceptance and Commitment Therapy) з фокусом на прийняття складних емоцій, пов'язаних з переміщенням та невизначеністю, розвиток психологічної гнучкості; інтегративну терапію з елементами арт-

терапії та тілесно-орієнтованих практик для відновлення зв'язку з власною ідентичністю та ресурсами.

Психотерапевтична програма для хворих з рекурентним депресивним розладом включала використання у чоловіків I групи: Когнітивно-повідінкової терапії усвідомленості спрямовану на розвиток когнітивних навичок для запобігання депресивним рецидивам в умовах хронічного стресу; Особистісно-орієнтовану психотерапію (Person-Centered Therapy) з фокусом на відновлення самоцінності та особистісної цілісності в умовах екзистенційної загрози, розвиток внутрішніх ресурсів стійкості; Арт-терапію (малюнкові техніки) для опрацювання довготривалого травматичного досвіду через творче самовираження, зменшення «емоційного оніміння». II групи: Когнітивно-повідінкової терапії усвідомленості (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) з акцентом на адаптацію до нових життєвих умов та профілактику рецидивів в умовах втрати звичного середовища, розвиток психологічної гнучкості; Терапію прийняття та прихильності (Acceptance and Commitment Therapy) спрямовану на формування психологічної гнучкості в умовах вимушеного переміщення, прийняття болісних переживань втрати та орієнтації на особистісні цінності в нових умовах; Особистісно-орієнтовану психотерапію (Person-Centered Therapy) з фокусом на реконструкцію ідентичності після вимушеного переміщення та формування нових життєвих перспектив.

У жінок I групи: КПТ румінацій (Rumination-Focused CBT) спрямовану на переривання циклів негативного мислення, посилених хронічним стресом війни, з використанням техніки конкретного мислення та проблемно-орієнтованого копінгу; Арт-терапію (маалюнкові техніки) з фокусом на емоційну експресію та переробку травматичного досвіду. II групи: КПТ румінацій (Rumination-Focused CBT) з додатковим компонентом опрацювання втрати дому та прийняття статусу ВПО, корекцію негативних прогнозів щодо майбутнього; Терапію прийняття та прихильності (Acceptance and Commitment Therapy) з фокусом на розвиток психологічної гнучкості у відносинах з

болісними спогадами та невизначеністю майбутнього, формування нових життєвих цілей відповідно до особистісних цінностей. (рис. 5.3.)

	Депресивний епізод				Рекурентний депресивний розлад			
	I Г жінки	I Г чоловіки	II Г жінки	II Г чоловіки	I Г жінки	I Г чоловіки	II Г жінки	II Г чоловіки
Когнітивно-повідінкова терапія	+	+	+	+	+	+	+	+
Поведінкова активація		+						
Екзистенційна терапія		+		+				
Терапія прийняття та прихильності			+	+			+	+
Кризова терапія	+		+					
Mindfulness	+		+			+		+
Телесно орієнтована психотерапія			+		+		+	
Особистісно орієнтована психотерапія						+		+
Арт - терапія			+		+	+		
КПТ румінацій					+		+	

Рисунок 5.3 Психотерапія афективних розладів у обстежених хворих

Таким чином Розроблена психотерапевтична програма демонструє необхідність диференційованого підходу з урахуванням гендерних особливостей та специфічних життєвих особливостей. Для усіх хворих базовий протокол когнітивно-поведінкової терапії (12-20 сесій) модифікувався відповідно до потреб цільової групи: для мешканців прифронтової території акцент робився на опрацюванні травматичних спогадів, для внутрішньо

переміщених осіб – на адаптацію до нових умов життя та корекції негативних установок щодо майбутнього.

При депресивному епізоді гендерно-специфічні терапевтичні стратегії виявили наступні закономірності:

Чоловіки продемонстрували потребу в активно-орієнтованих інтервенціях: поведінкова активація та екзистенційна терапія для мешканців прифронтової території; терапія прийняття та прихильності в комплексі з екзистенційними підходами для внутрішньо переміщених осіб. Ці втручання спрямовувалися на відновлення контролю відчуття, пошук екзистенційного сенсу та формування адаптивних копінг-стратегій.

Жінки потребували комплексних стабілізуючих втручань з вищим ступенем інтеграції різних модальностей. Програма включала кризову терапію для тимчасової стабілізації, когнітивно-поведінкову терапію усвідомленості для розвитку навички емоційної регуляції, а для жінок-переселенок додатково – терапію прийому та прихильності та інтегративні підходи з елементами арт-терапії. Найбільш інтенсивну багатомодальну підтримку отримували жінки з числа внутрішньо переміщених осіб, що погіршило їхню підвищену психологічну вразливість в умовах вимушеного переміщення та необхідно комплексне відновлення особистісної цілісності та соціальної адаптації.

Психотерапевтична програма для хворих з рекурентним депресивним мала наступні особливості: Терапевтичні стратегії для чоловіків характеризувались інтегративним підходом до відновлення особистісної цілісності . Для мешканців прифронтової території застосовувалася тріада втручань: когнітивно-поведінкова терапія усвідомленості для профілактики рецидивів, особистісно-орієнтована терапія для відновлення самоцінності в умовах екзистенційної загрози та арт-терапія для подолання "емоційного оніміння". Чоловіки-переселенці отримували розширену програму, яка включала додаткову терапію після вимушеного переміщення та сприйнятливості для формування психологічної гнучкості та реконструкції ідентичності.

Терапевтичні втручання для жінок були зосереджені на корекції дисфункціональних когнітивних патернів з акцентом на роботу з руміноактивним мисленням. Програма для мешканок прифронтових територій включала КПТ румінацій для переривання циклів негативного мислення, посиленого хронічним стресом, та арт-терапію для емоційної експресії. Жінки-переселенці отримували найбільш комплексну підтримку: розширену КПТ румінації з компонентами опрацювання втрати та прийняття статусу ВПО, а також терапію прийняття та пристосування для роботи з невизначеністю майбутнього.

Ключовою гендерною відмінністю є різний фокус терапевтичних втручань: чоловіки потребували відновлення особистісної цілостності та розвитку внутрішніх ресурсів стійкості, тоді як жінки – спеціалізовану роботу з когнітивними патернами та емоційною переробкою травматичного досвіду. Найбільш інтенсивну підтримку отримували пацієнти з числа внутрішньо переміщених осіб, що підтверджує вищий ступінь психологічної вразливості цієї та потребує категорії комплексної реабілітації.

Також у психотерапевтичну програму була включена мультимодальна модель BASIC Ph ("Місток над прирвою") Мулі Лахада (1999), яка демонструє собою комплексний підхід до оцінки та активізації індивідуальних копінг-ресурсів через шість основних каналів: переконання (Belief), емоції (Affect), соціальні зв'язки (Social), уява (Imagination), пізнання (Cognition) та фізична активність (Physiological).

Специфіка використання BASIC Ph в гендерному аспекті базується на виявлених відмінностях у профілях копінг-ресурсів між чоловіками та жінками. Чоловіки демонструють переважну активізацію когнітивних (Cognition) та фізичних (Physical) каналів, що корелює з їх емоційністю до проблемно-орієнтованого копіngu та активних стратегій подолання стресу. відповідно, для чоловіків акцент робиться на розвиток раціональних стратегій аналізу ситуації, планування дій та використання фізичної активності як критичної нервової регуляції.

Жінки виявляють більшу залежність від використання емоційних (Affect), соціальних (Social) та творчих (Imagination) каналів, що відображають їхню спрямованість на емоційно-фокусований копінг та пошук соціальної підтримки. Для жінок терапевтичні втручання зосереджені на розвиток навички емоційної експресії, зміцнення соціальних зв'язків та використання творчих методів переробки травматичного досвіду.

Групоспецифічна адаптаційна модель враховує особливості життєвих особливостей: у хворих I групи акцентується робота з каналів переконання (Belief) та фізичної активності (Physical) для підтримки екзистенційної стійкості та соматичного благополуччя в умовах хронічного стресу. Для хворих II групи пріоритетними є канали соціальних зв'язків (Social) та пізнання (Cognition) для відновлення соціальної ідентичності та когнітивної переробки втрат. (рис.5.4)

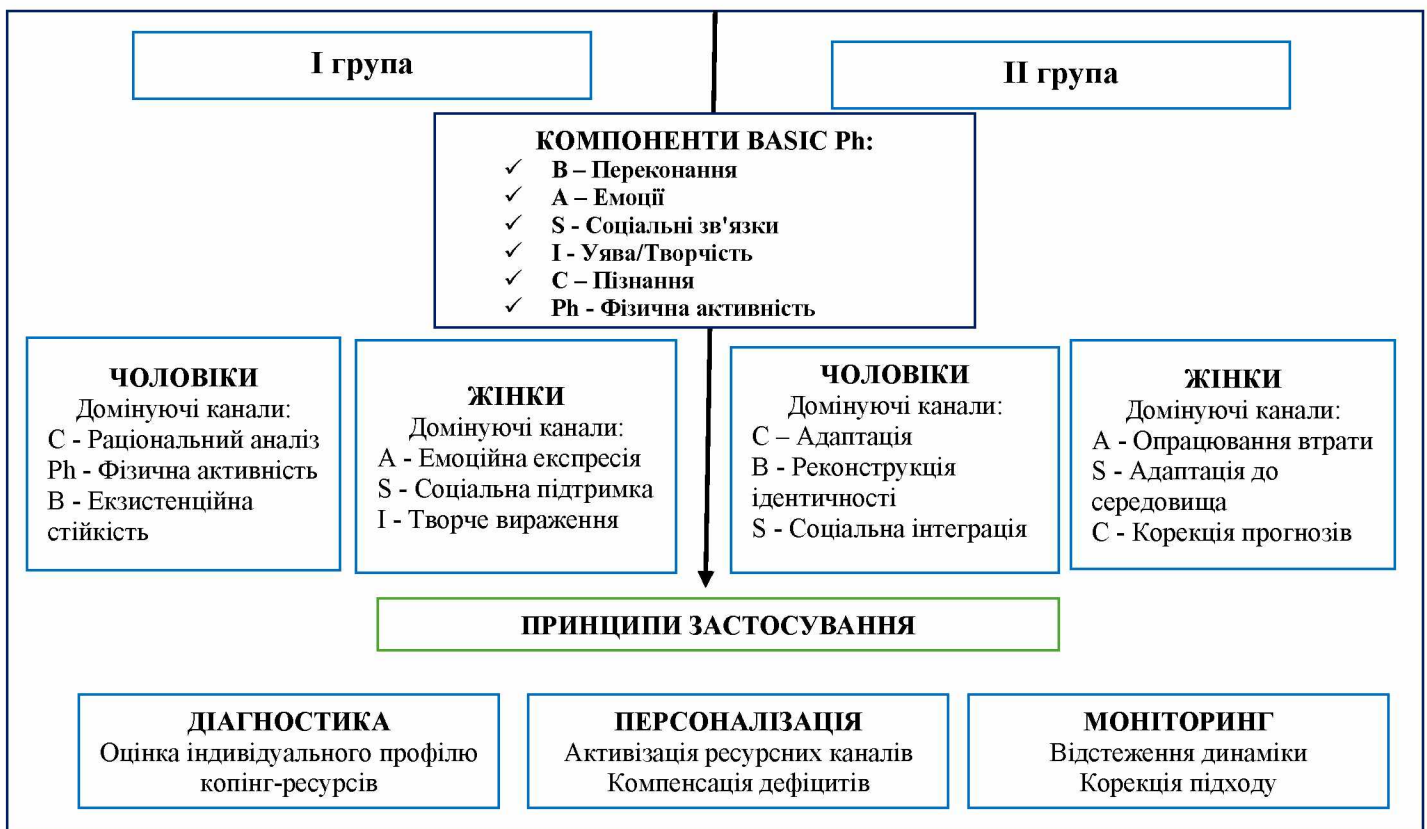


Рисунок 5.4. Модель Basic Ph у гендерно-диференційованій терапії афективних розладів

У ході дослідження було проведено аналіз інформаційного дефіциту щодо депресивних розладів серед обстежених хворих. Результати показали, що

в умовах воєнного конфлікту інформаційні потреби мають специфічний характер та відрізняються від потреби з депресією в мирний час. Найбільш важливою для усіх обстежених була достовірна інформація про механізми виникнення депресії в умовах війни та відмінності між нормальними реакціями на стрес і патологічним станом; розпізнавання ознак загострення депресивної симптоматики, особливо в контексті повторних травматизацій та хронічного стресу; підтримку ментального здоров'я, профілактику рецидивів та загострення стану в умовах постійної загрози (обстежені I групи) або вимушеного переселення (II група); антидепресанти, механізми їх дії, можливі побічні ефекти.

Виявлені інформаційні потреби стали основою для розробки персоналізованих психоосвітніх програм, адаптованих до специфіки кожної категорії постраждалих від бойових дій.

Психоосвітні заняття для осіб, постраждалих від бойових дій, проводилися у форматі закритих груп чисельністю 10-15 учасників, тривалістю 1,5 години з частотою проведення 2 рази на тиждень. Загальна тривалість програми становила 12-15 тижнів, що дозволяло забезпечити поглиблену роботу з травматичним досвідом та формування стійких навичок самопомоги.

Реалізація модулів реалізувалася у форматі інтерактивних тренінгів із широким використанням: візуальних засобів (адаптованих до воєнних реалій інфографіки, презентацій, фото та відеоматеріалів, що ілюструють специфіку депресії військового часу); друкованих матеріалів; домашніх завдань, включаючи самостійну рефлексію над особистим травматичним досвідом, підготовку до обговорення актуальних проблем та відпрацювання отриманих навичок у повсякденному житті.

Психоосвітня програма мала модульну структуру з обов'язковим інформаційним тренінгом для всіх категорій учасників, що охоплював базові знання про депресивні розлади в контексті воєнної травми.

У хворих I групи, додатково використовувались: у чоловіків - тренінг "Психологічний баланс", спрямований на розвиток навичок емоційної саморегуляції в умовах хронічного стресу та невизначеності та тренінг "Відновлення" - формування стратегій психологічного відновлення після травматичних подій; у жінок тренінг "Опанування стресу", спрямований на розвиток специфічних навичок управління стресом з урахуванням гендерних особливостей переживання воєнної травми та тренінг "Рух вперед" - формування адаптивних стратегій планування майбутнього та відновлення життєвих перспектив.

У хворих II групи додатково використовувались: у чоловіків тренінг "Усвідомлення власних почуттів" - розвиток ознак емоційної грамотності та навичок розпізнавання ранніх рецидивів депресії та тренінг "Життєстійкості" - формування психологічної стійкості до повторних стресових впливів та профілактики рецидивів; у жінок тренінг "Асертивності" - розвиток навичок впевненої поведінки та самоствердження в нових соціальних умовах та тренінг "Самоконтролю емоційного стану" - формування навички тривалого управління емоційними реакціями та попередження депресивних епізодів. (рис. 5.5)



Рисунок 5.5. Персоніфікована система психоосвіти

Ресурсно-орієнтований підхід базувався на ідентифікації та активації наявних внутрішніх і зовнішніх ресурсів особистості для подолання наслідків

травматичного досвіду. Особлива увага приділялася відновленню порушених адаптивних механізмів через поетапне зміцнення особистісних ресурсів та розвиток нових копінг-стратегій. Для хворих I групи акцент робився на підтримці їхньої здатності функціонувати в умовах постійної загрози, II групи на відновленні стабільності та контролю в нових життєвих ситуаціях.

Базовою складовою розробленої програми є підтримувальне терапевтичне середовище з урахуванням специфічних потреб категорії кожної людини та гендерних особливостей переживання травми. Для хворих I групи створюватися атмосфера розуміння реальності їхнього досвіду, валідації їхніх почуттів та визнання їхньої мужності у виживанні в екстремальних умовах. Терапевтичне середовище характеризується гнучкістю у форматах надання послуг (очна, дистанційна, групова підтримка), врахуванням обмежень у часі та доступності послуг. Для хворих II групи особливого значення відбувається створення відчуття приналежності та прийняття в новому соціальному середовищі, подолання стигматизації та формування нових соціальних зв'язків. Гендерно-чутливий підхід забезпечує врахування різниці у способах вираження емоцій та пошуку допомоги між чоловіками та жінками, створення безпечного простору для обслуговування специфічних травматичних переживань та формування довіри до терапевтичного процесу.

У ході роботи були розроблені стратегії підвищення стресостійкості з урахуванням специфіки стресових факторів: для хворих I групи були спрямовані на формування психологічної готовності до повторних травматичних подій, розвиток навичок швидкого відновлення після стресових епізодів та підтримку функціональності в екстремальних умовах. Це включає техніку контролю дихання, прогресивну м'язову релаксацію, когнітивні стратегії переоцінки стану та методи збереження емоційної стабільності. Для II групи акцент робиться на підвищенні толерантності до невизначеності, розвитку гнучкості мислення та формуванні стійкості до тривалого стресу адаптації. Гендерно-диференційовані підходи враховують те, що чоловіки частіше потребують розвитку навичок емоційної експресії та прийняття допомоги, тоді як жінки - техніку

самозаспокоєння та управління тривожністю. Програми включають також розвиток фізичної витривалості, оптимізацію режиму сну та харчування, що особливо важливо для підтримки загальної резистентності потреб.

Проактивні стратегії збереження психічного здоров'я спрямовані на попередження розвитку психічних розладів та підтримання психологічного благополуччя в довгостроковій перспективі. Для обстежених I групи ці стратегії включають розробку індивідуальних планів психологічної безпеки, регулярний самомоніторинг психічного стану, створення взаємомережі підтримки в громаді та формування навички раннього розпізнавання ознак психологічного неблагополуччя. Особлива увага приділяється розвитку здатності до прогнозування прояву стресових ситуацій та підготовки до них. Для II групи проактивні стратегії фокусуються на активній інтеграції в нове соціальне середовище, розвитку нових соціальних ролей та життєвих цілей, формуванні позитивного образу майбутнього та створенні стійких рутин, що підтримують психічну рівновагу. Гендерні особливості проявляються у тому, що жінки частіше потребують підтримки у розвитку асертивності та самоствердження, а чоловіки - у формуванні навичок емоційної саморегуляції та пошуку соціальної підтримки. Програми також включають освітні компоненти щодо основи психогігієни, техніки підтримки психічного здоров'я в сім'ї та стратегії позитивного впливу на оточення, що сприяє створенню підтримувальних спільнот.

Інтеграція диференційованих методів психофармакотерапії, психотерапії та психоосвіти з ресурсно-орієнтованим підходом, створення підтримувального терапевтичного середовища та активізація психосоціальних копінг-механізмів забезпечує комплексне відновлення адаптивних можливостей особистості. Гендерно-чутливий підхід та врахування специфічних потреб різних категорій постраждалих може досягти максимальної ефективності терапевтичних інтервенцій та забезпечити стійке підвищення якості життя.

## Висновки до розділу 5

Розроблена комплексна гендерно орієнтована система лікування афективних розладів у осіб, які постраждали від бойових дій, представляє собою науково обґрунтований інноваційний підхід, що інтегрує сучасні біологічні досягнення психіатрії, психотерапії та психосоціальної реабілітації з урахуванням специфічних потреб різних категорій постраждалих від військового конфлікту.

Фармакотерапевтична складова система базується на доказових клінічних рекомендаціях провідних міжнародних організацій та забезпечує диференційоване застосування селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну, інгібіторів зворотного захвату серотоніну та норадреналіну, атипових антипсихотиків та анксиолітиків залежно від провідної симптоматики, тяжкості клінічних проявів та особливостей перебігу захворювання. Встановлено, що для депресивного епізоду оптимальним є використання есциталопраму або сертраліну з додатковим призначенням гідроксизину чи буспірону при вираженій тривожності, тоді як при рекурентному депресивному розладі доцільне застосування ІЗЗСН (венлафаксин, дулоксетин) з можливим додаванням кветіапіну в низьких дозах.

Психотерапевтична програма демонструє наявність глибокого диференційованого підходу з урахуванням гендерних особливостей та специфічних життєвих умов постраждалих. Базовий протокол когнітивно-поведінкової терапії (12-20 сесій) модифікується відповідно до потреб цільової групи: для мешканців прифронтової території акцент робиться на опрацювання травматичних спогадів, для внутрішньо переміщених осіб – на адаптацію до нових умов життя та корекції негативних установок щодо майбутнього.

Виявлено значні гендерні відмінності в терапевтичних потребах: чоловіки демонструють потребу в активно-орієнтованих інтервенціях (повідінкова активація, екзистенційна терапія, терапія прийому та прихильності), спрямованих на відновлення контролю, пошук екзистенційного сенсу та формування адаптивних копінг-стратегій. Жінки потребують комплексних

стабілізуючих втручань з вищим ступенем інтеграції різних модальностей, включаючи кризову терапію, когнітивно-повідінкову терапію усвідомленості, інтегративні підходи з елементами арт-терапії та тілесно-орієнтованих практик.

Найбільш інтенсивну багатомодальну підтримку потребують особи з числа внутрішньо переміщених осіб, що підтверджує їхню підвищену психологічну вразливість та необхідне комплексне відновлення особистісної клітини й соціальної адаптації. При рекурентному депресивному розладі терапевтичні стратегії для чоловіків характеризуються інтегративним підходом до відновлення особистісної цілісності, тоді як для жінок вони зосереджені на корекції дисфункціональних когнітивних патернів з акцентом на роботі з румінативним мисленням.

Впровадження мультимодальної моделі BASIC Ph демонструє ефективність гендерно-диференційованого підходу до активізації індивідуальних копінг-ресурсів. Чоловіки виявляють переважну активізацію когнітивних та фізичних каналів, що корелює з їхньою емоційністю до проблемно-орієнтованого копіngu, тоді як жінки демонструють більшу залежність від емоційних, соціальних та творчих каналів, відображаючи їхню спрямованість на емоційно-фокусований копінг та пошук соціальної підтримки.

Персоніфіковані психоосвітні програми, адаптовані до специфіки кожної категорії постраждалих, включають модульну структуру з обов'язковим базовим інформаційним тренінгом та додатковими гендерно-специфічними модулями. Для чоловіків-мішканців прифронтової території пріоритетними є тренінги «Психологічний баланс» та «Відновлення», для жінок цієї групи – «Опанування стресу» та «Рух вперед». Внутрішньо переміщені чоловіки потребують тренінгів "Усвідомлення власних почуттів" та "Життєстійкість", потім як жінки-переселенки – "Асертивність" та "Самоконтролю емоційного стану".

Комплексна система включає також ресурсно-орієнтований підхід, створення підтримувального терапевтичного середовища, стратегії підвищення стресостійкості та формування проактивних стратегій збереження психічного

здоров'я, що забезпечує лише лікування природних розладів, але й попередження їх розвитку в майбутньому.

Розроблена система терапії характеризується високим ступенем персоналізації, гнучкістю у застосуванні різних терапевтичних модальностей та здатністю адаптуватися до мінливих потреб в умовах тривалого воєнного конфлікту. Інтеграція всіх компонентів системи забезпечує максимальну ефективність терапевтичних інтервенцій та стійке підвищення якості життя постраждалих від бойових дій, що робить її перспективною для широкого впровадження в практику охорони психічного здоров'я в умовах воєнного часу.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях автора:

6. Немченко А.О. Гендерно обумовлений підхід до терапії афективних розладів в умовах війни // Експериментальна і клінічна медицина. 2025;94(1). С. 17 - 22 <https://doi.org/10.35339/ekm.2025.94.1.nem>
7. Кожина Г.М., Немченко А.О. Психосвітні інтервенції в персоніфікованій терапії депресивних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій // Український вісник психоневрології. 2025. Том 33, випуск 2 (123). С. 21 – 25 DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is2-2025-4>

## РОЗДІЛ VI

### ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ГЕНДЕРНО ОРІЄНТОВАНА СИСТЕМА ТЕРАПІЇ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД БОЙОВИХ ДІЙ.

З метою оцінки ефективності розробленої у ході роботи гендерно-орієнтованої системи терапії афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій обстежених хворих шляхом рандомізації з використанням таблиці випадкових чисел було розподілено на чотири підгрупи. Основну групу (ОГ) склали 81 хворий, які взяли участь в розробленій нами гендерно-орієнтованій програмі терапії афективних розладів: у I ОГ увійшли 44 хворих (24 жінок та 20 чоловіків), мешканці прифронтових територій; у II ОГ 37 хворих (20 жінок та 17 чоловіків) ВПО. Контрольну групу (КГ) склали 67 хворих, які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні: до I КГ увійшли 39 хворих (21 жінка та 18 чоловіків), мешканці прифронтових територій; у II КГ 28 хворих (15 жінок та 13 чоловіків) ВПО.

Як показали результати дослідження на тлі проведення розробленої програми гендерно-персоніфікованої терапії афективних розладів у хворих основної групи встановлена виражена позитивна клінічна динаміка з істотною редукцією депресивної симптоматики, у порівнянні пацієнтами контрольної групи, які демонстрували лише помірні покращення психічного стану.

Встановлена позитивна динаміка психічного стану, редукція психопатологічної симптоматики у хворих основної групи, у порівнянні із незначними позитивними змінами психічного стану пацієнтів групи контролю. Так зменшений фон настрою та афект туги відмічалися у 19,2% обстежених I основної та 20,1% II основної групи у порівнянні з 44,5% та 43,9% обстежених контрольної групи відповідно; почуття внутрішньої напруги у 36,2% обстежених I основної та 30,1% II основної групи, у порівнянні з 53,2% та 50,3% обстежених контрольної групи відповідно; звуження кола інтересів спостерігалось у 19,4% обстежених I основної та 20,1% II основної групи та

43,9% і 51,1% обстежених контрольної групи відповідно; відчуття власної непридатності та малоцінності зберігалося у 22,3% хворих I ОГ та 24,4% II ОГ у порівнянні з 37,8% хворих I КГ та 41,1% II КГ; ідеї самозвинувачення та почуття провини у 16,7% та 15,9% відповідно хворих основної групи та 32,8% і 33,6% хворих контрольної групи; апатія у 31,1% хворих I ОГ, 32,5% II ОГ у порівнянні з 55,1% хворих I КГ та 50,7% II КГ; психомоторна загальмованість у 15,4% хворих I ОГ, 17,1% II ОГ у порівнянні з 43,6% хворих I КГ та 44,8% II КГ; нав'язливі страхи та спогади у 33,6%, 34,4% хворих основної групи відповідно та у 39,9%, 42,4% хворих контрольної групи відповідно; підвищена образливість у 9,8% та 8,5% хворих основної групи проти 20,8% та 22,6% контрольної групи; астенична симптоматика спостерігалася у 35,6% хворих I ОГ та 37,8% II ОГ у порівнянні з 51,1% хворих I КГ та 47,9% II КГ відповідно. (рис. 6.1.).

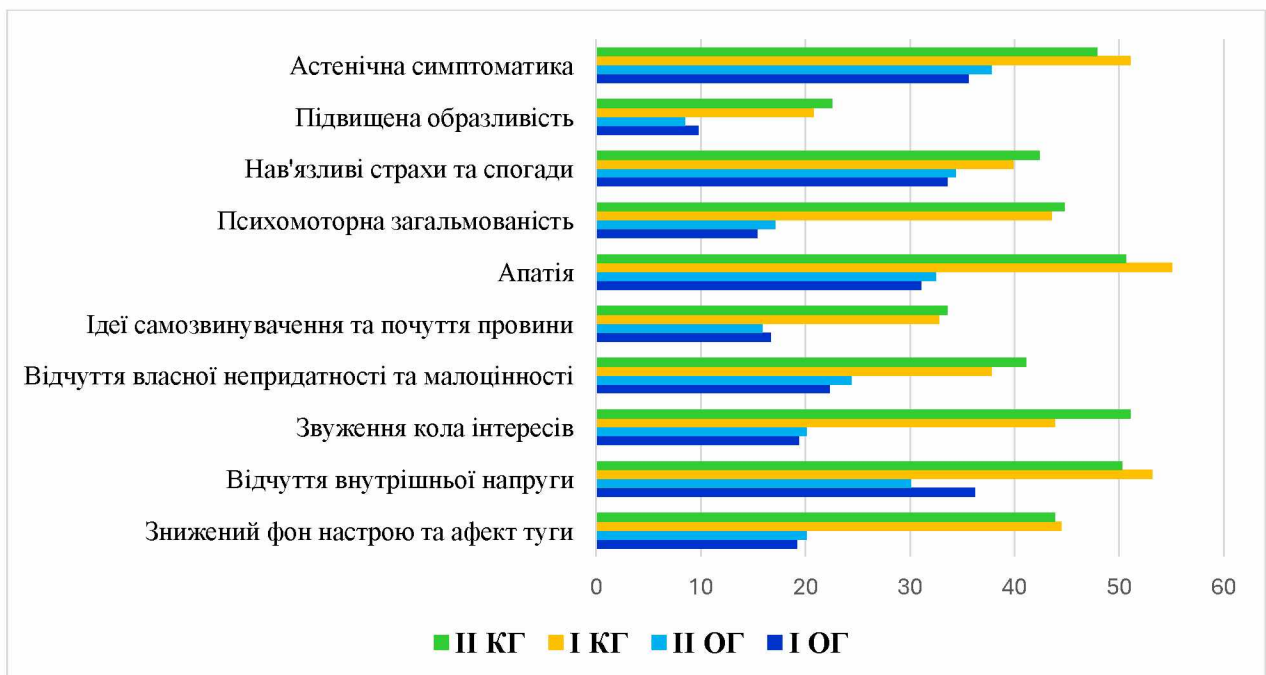


Рисунок 6.1. Динаміка виразності психопатологічної симптоматики у обстежених хворих після проведення терапевтичної програми (%)

У хворих основної групи у відзначено достовірне зниження показників тривоги та депресії за всіма використаними психодіагностичними шкалами.

Як показав аналіз динаміки вираженості тривоги та депресії за клінічними шкалами тривоги (НАМ-А) і депресії (НАМ-D) Гамільтона, відсутність тривоги спостерігалася у 30,4% обстежених I основної та 30,6% II основної групи в порівнянні з 12,1% та 11,7% обстежених контрольної групи відповідно; відсутність депресії у 31,7% обстежених I основної та 33,7% II основної групи та 10,4% і 11,2% обстежених контрольної групи відповідно; легкий епізод тривоги відмічався у 42,4% обстежених I основної та 45,1% II основної групи та 33,2% і 34,5% обстежених контрольної групи відповідно; легкий епізод депресії спостерігався у 45,5% хворих I ОГ та 47,8% II ОГ у порівнянні з 29,8% хворих I КГ та 26,9% II КГ; помірний епізод тривоги зберігався у 15,4% та 11,6% відповідно хворих основної групи та 37,0% і 38,7% хворих контрольної групи; помірний епізод депресії у 11,6% хворих I ОГ, 12,2% II ОГ у порівнянні з 40,1% хворих I КГ та 39,8% II КГ; важкий епізод тривоги у 11,8% хворих I ОГ, 12,1% II ОГ у порівнянні з 17,1% хворих I КГ та 15,1% II КГ; важкий епізод депресії відмічався у 7,1% та 6,9% хворих основної групи відповідно та у 19,7%, 22,1% хворих контрольної групи відповідно. (рис. 6.2)

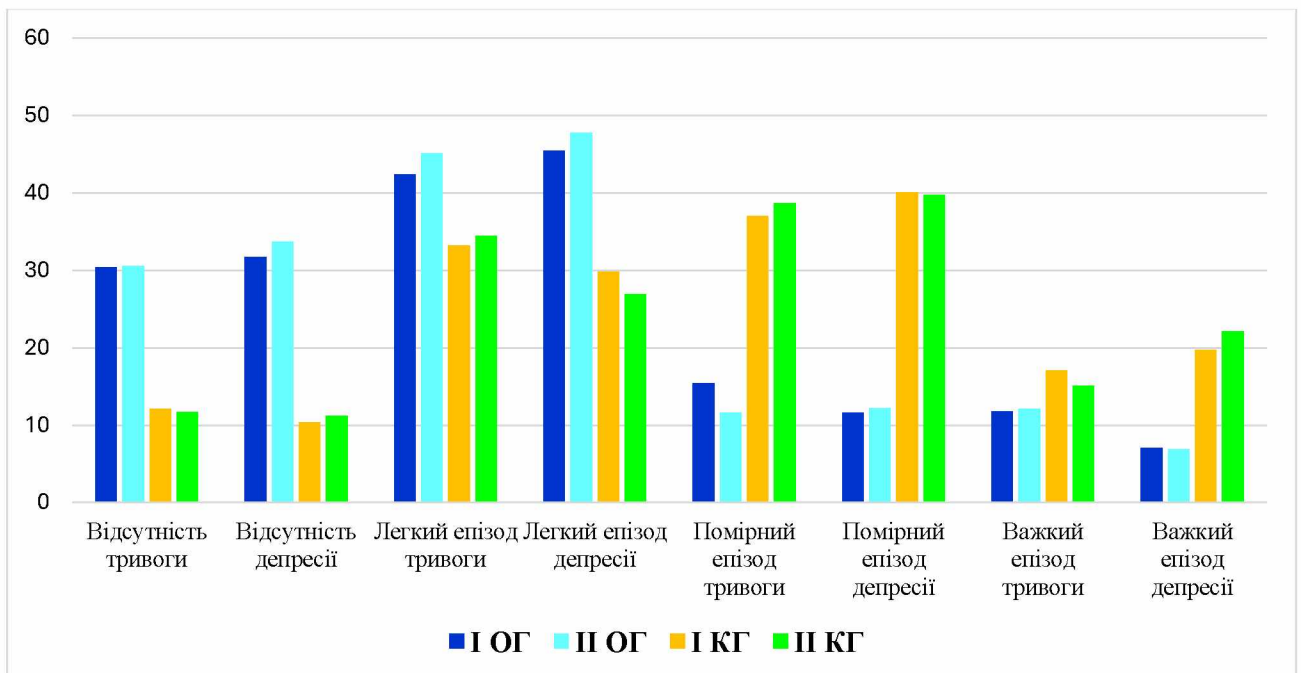


Рисунок 6.2. Динаміка рівнів тривоги і депресії за шкалою Гамільтона (%)

Аналіз показників за госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) показав суттєві відмінності між основними та контрольними групами. Відсутність тривоги (0-7 балів) зафіксована у 30,4% обстежених I основної та 30,6% II основної групи у порівнянні з 12,1% та 11,7% обстежених контрольної групи відповідно; відсутність депресії (0-7 балів) спостерігалася у 31,7% обстежених I основної та 33,7% II основної групи та 10,4% і 11,2% обстежених контрольної групи відповідно; субклінічні прояви тривоги (8-10 балів) відмічалися у 42,4% обстежених I основної та 45,1% II основної групи та 33,2% і 34,5% обстежених контрольної групи відповідно; субклінічні прояви депресії (8-10 балів) виявлено у 45,5% хворих I ОГ та 47,8% хворих II ОГ у порівнянні з 29,8% хворих I КГ та 26,9% II КГ; клінічні прояви тривоги (11-21 бал) зберігалися у 27,2% та 23,7% відповідно хворих основної групи та 54,1% і 53,8% хворих контрольної групи; клінічні прояви депресії (11-21 бал) у 18,7% хворих I ОГ, 19,1% II ОГ у порівнянні з 59,8% хворих I КГ та 61,9% II КГ. (рис.6.3)

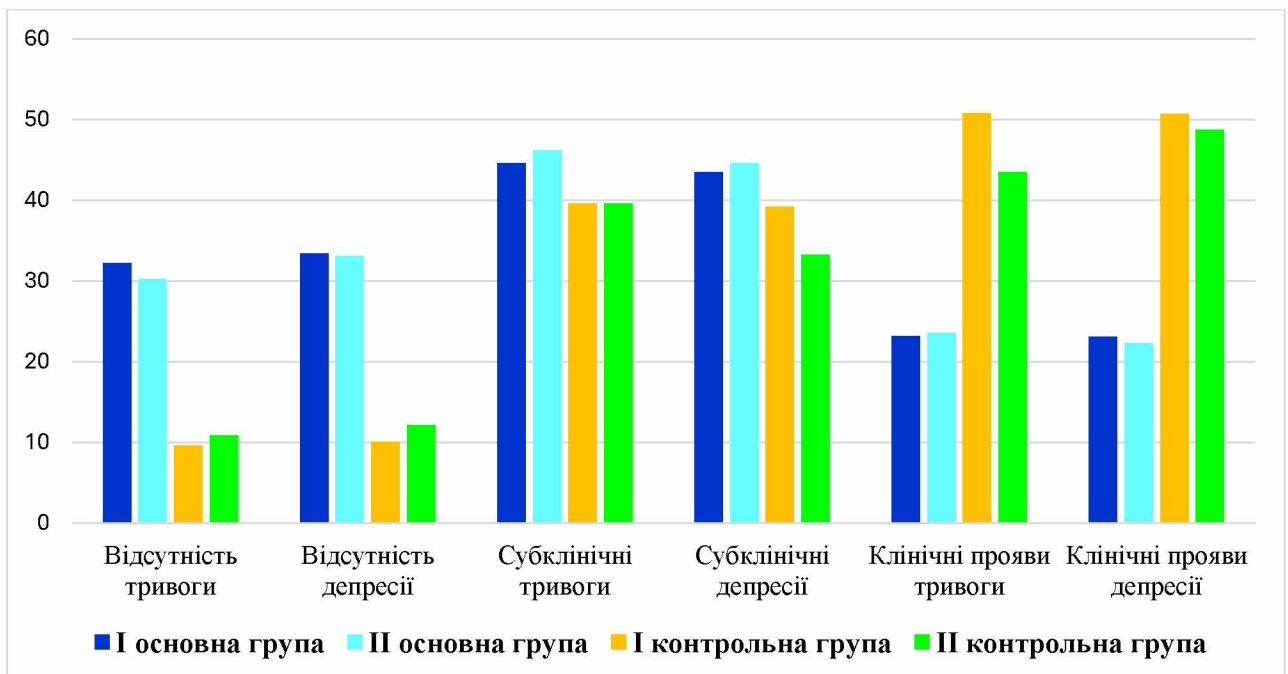


Рисунок 6.3. Динаміка рівні тривоги і депресії за Госпітальною шкалою (%)

Аналіз динаміки вираженості депресії за шкалою Монтгомері-Асберга показав значення позитивних змін у хворих основних груп. Відсутність депресії

зафіксована у 31,7% обстежених I основної та 33,7% II основної групи у порівнянні з 10,4% та 11,2% обстежених контрольної групи відповідно; легкий епізод депресії спостерігався у 45,5% обстежених I основної та 47,8% II основної групи та 29,8% і 26,9% обстежених контрольної групи відповідно; помірний епізод депресії виражено у 11,6% хворих I ОГ та 12,2% II ОГ у порівнянні з 40,1% хворих I КГ та 39,8% II КГ; важкий епізод депресії констатовано у 7,1% та 6,9% хворих основної групи відповідно та у 19,7%, 22,1% хворих контрольної групи відповідно. Отримані результати демонструють суттєве зменшення вираженості депресивної симптоматики в основних групах, що підтверджує терапевтичну ефективність застосованого лікувального комплексу. (рис.6.4)

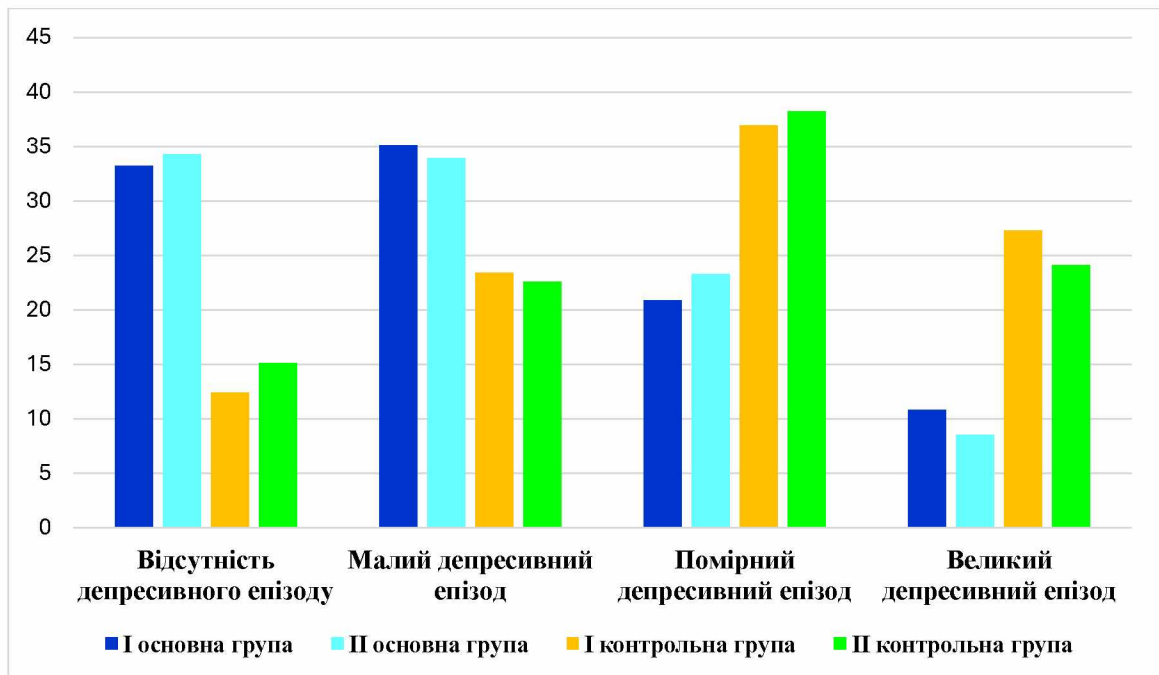


Рисунок 6.4. Динаміка рівнів тривоги і депресії за шкалою Монтгомери-Асберга (%)

Аналіз динаміки вираженості ангедонії за Шкалою Снайта-Гамільтона показав виражені позитивні зміни у хворих основних груп. Відсутність ангедонії досягнута у 31,7% обстежених I основної та 33,7% II основної групи у порівнянні з 10,4% та 11,2% обстежених контрольної групи відповідно; легкий ступінь ангедонії спостерігався у 45,5% обстежених I основної та 47,8% II основної групи та 29,8% і 26,9% обстежених контрольної групи відповідно;

помірний ступінь ангедонії виражено у 11,6% хворих I ОГ та 12,2% II ОГ у порівнянні з 40,1% хворих I КГ та 39,8% II КГ; важкий ступінь ангедонії констатовано у 7,1% та 6,9% хворих основної групи відповідно та у 19,7%, 22,1% хворих контрольної групи відповідно. Отримані дані свідчать про суттєве зменшення проявів ангедонії та відновлення працездатності до отримання задоволення у власній групі. (рис. 6.5)

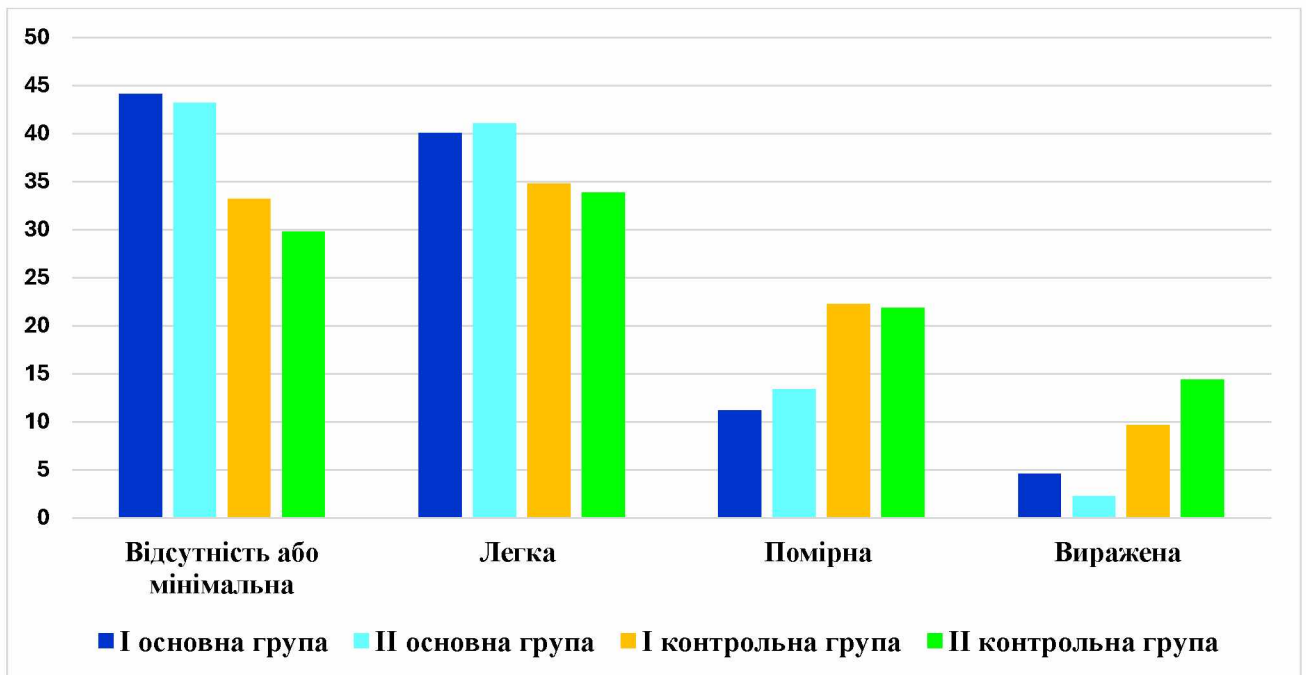


Рисунок 6.5. Динаміка рівнів ангедонії за шкалою Снайта-Гамільтона (%)

Аналіз динаміки рівня резистентності у обстежених хворих за шкалою Коннора-Девідсона (CD-RISC) показав значущі позитивні зміни у хворих основних груп. Високий рівень стресо стійкості досягнутий у 30,4% обстежених I основної та 30,6% II основної групи у порівнянні з 12,1% та 11,7% обстежених контрольної групи відповідно; помірний рівень спостерігався у 42,4% обстежених I основної та 45,1% II основної групи та 33,2% і 34,5% обстежених контрольної групи відповідно; низький рівень стійкості виражено у 27,2% хворих I ОГ та 23,7% II ОГ у порівнянні з 54,1% хворих I КГ та 53,8% II КГ відповідно. Отримані результати свідчать про суттєве підвищення адаптивних можливостей та психологічної стійкості у сім'ї основних груп, що

свідчить про ефективність застосованого терапевтичного підходу у формуванні стресо стійкості. (рис. 6.6)

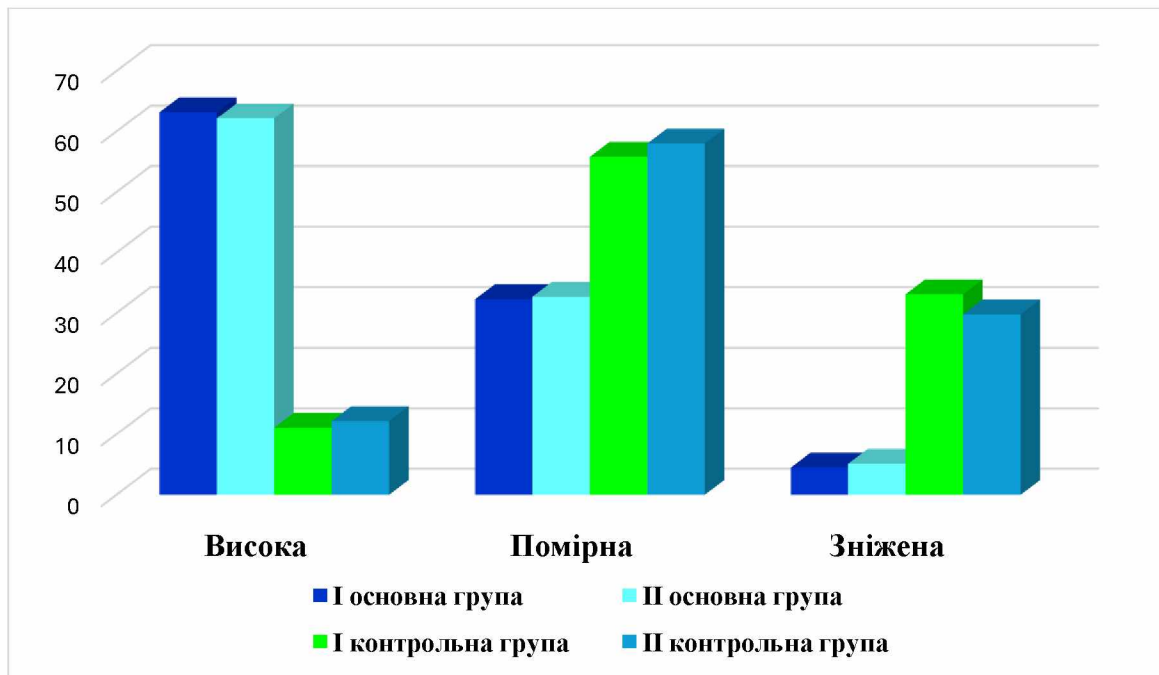
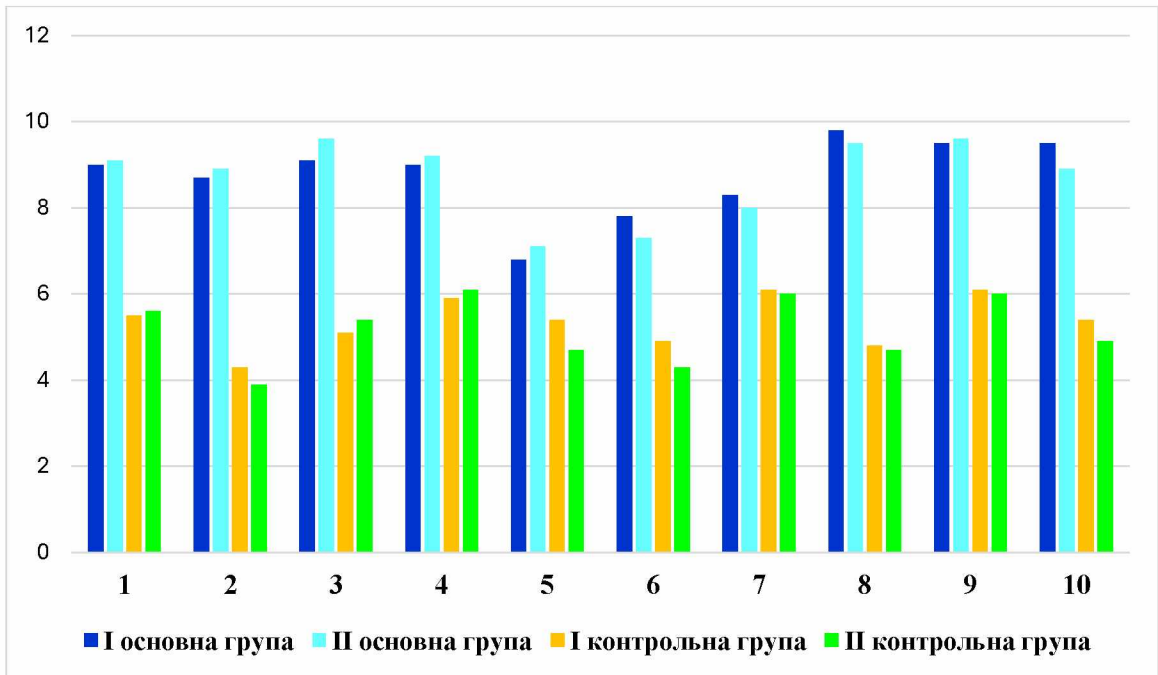


Рисунок 6.6 Динаміка рівнів резильєнтності за шкалою Коннора-Девідсона (%)

Як показали результати динаміки показників якості життя за Quality of Life Index (H. Mezzich, J. Cohen, M. Ruiperez, J. Liu & G. Yoon, 1999), застосування розробленої терапевтичної системи призвело до значного покращення якості життя у хворих основних груп. Середній бал якості життя склав 30,4 у I основній та 30,6 у II основній групі в порівнянні з 12,1 та 11,7 балами у контрольних групах відповідно; показники фізичного благополуччя склали 42,4 бали у I основній та 45,1 бали у II основній групі проти 33,2 та 34,5 бали у контрольних групах відповідно; психологічне/емоційне благополуччя оцінено у 15,4 та 11,6 балів в основних групах порівняно з 37,0 та 38,7 балами в контрольних групах; соціальне функціонування склало 11,8 та 12,1 бали в I та II основних групах у порівнянні з 17,1 та 15,1 бали у контрольних групах; загальний індекс якості життя становив 7,1 та 6,9 балів в основних групах проти 19,7 та 22,1 балів у контрольних групах відповідно. Отримані результати демонструють суттєве поліпшення всіх аспектів якості життя у хворих, які отримували розроблену терапію.



1 - Фізичне благополуччя; 2 - Психологічне благополуччя; 3 - Самообслуговування і незалежність дій; 4 – Працездатність; 5 - Міжособистісна взаємодія; 6 - Соціо-емоційна підтримка; 7 - Громадська і службова підтримка; 8 - Особистісна реалізація; 9 - Духовна реалізація; 10 Загальне сприйняття життя

Рисунок 6.6. Структура якості життя за Шкалою якості життя (бали)

Проведене річне катамнестичне дослідження підтвердило високу ефективність розробленої гендерно орієнтованої системи терапії афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій. Спостереження за пацієнтами протягом 12 місяців після завершення терапевтичного курсу демонструвало стабільність досягнутих позитивних змін та їх подальше закріплення.

У числі основних груп статистично значно частіше була встановлена стійка позитивна динаміка психічного стану, що проявляється в повній редукції патологічної симптоматики, суттєвому підвищеному рівні резистентності та якості життя. таким чином, через рік після лікування у 78,3% запасів основних груп зберігалася повна ремісія афективних розладів лише з 34,2% у контрольних групах. Рівень резильєнтності залишився стабільно високим у 72,6% учасників основних груп проти 28,9% контрольних груп.

## Висновки до розділу 6

Проведене дослідження довело до високої ефективності розробленої гендерно орієнтованої системи лікування афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій. Порівняльний аналіз результатів лікування в основних та контрольних групах засвідчив суттєві переваги запропонованого терапевтичного підходу над стандартною регламентованою терапією.

Встановлена позитивна клінічна динаміка з істотною редукцією широкого спектру психопатологічної симптоматики у хворих основної групи з помірними покращеннями у комплекті контрольної групи. Аналіз основних депресивних проявів продемонстрував значне зменшення їх частоти: зниження фону настрою та ефекту туги зменшилося до 19,2% у I основній та 20,1% у II основній групі відповідно з 44,5% та 43,9% у контрольних групах відповідно. Відчуття внутрішньої напруги констатовано лише у 36,2% хворих I основної та 30,1% II основної групи проти 53,2% та 50,3% у контрольних групах. Звуження кола інтересів як прояв ангедонії спостерігалось у 19,4% хворих I основної та 20,1% хворих II основної групи з 43,9% та 51,1% контрольних груп відповідно.

Суттєва редукція когнітивних симптомів депресії підтверджує також ефективність розробленого підходу. Відчуття власної непридатності та малоцінності зберігалось лише у 22,3% хворих I основної та 24,4% II основної групи відповідно з 37,8% та 41,1% контрольних груп. Ідеї самозвинувачення та почуття провини відмічалися у 16,7% та 15,9% хворих основних груп проти 32,8% та 33,6% контрольних груп відповідно.

Психомоторні та енергетичні порушення також демонстрували значну позитивну динаміку. Апатія спостерігалася у 31,1% хворих I основної та 32,5% II основної групи відповідно з 55,1% та 50,7% контрольних груп. Психомоторна загальмованість констатована лише у 15,4% хворих I основної та 17,1% II основної групи проти 43,6% та 44,8% контрольних груп відповідно. Астенічна симптоматика зменшилася до 35,6% в I основній та 37,8% у II основній групі порівняно з 51,1% та 47,9% у контрольних групах.

За всіма використаними стандартизованими психодіагностичними шкалами зафіксовано статистично достовірне зниження показників тривоги та депресії у хворих основної групи. За клінічними шкалами тривоги та депресії Гамільтона виявлені тривожні прояви досягнуті у 30,4% замість I основної та 30,6% II основної групи залишилися лише з 12,1% та 11,7% контрольних відповідно груп. Відсутність депресивних проявів зафіксована у 31,7% хворих I основної та 33,7% II основної групи проти 10,4% та 11,2% контрольних груп. При цьому важкі епізоди тривоги спостерігалися лише у 11,8% та 12,1% основних груп проти 17,1% та 15,1% контрольних, а важкі епізоди депресії лише у 7,1% та 6,9% основних груп відповідно з 19,7% та 22,1% контрольних груп відповідно.

Результати за госпітальною шкалою тривоги і депресії підтвердили ці тенденції. Клінічні прояви тривоги зберігалися лише у 27,2% хворих I основної та 23,7% II основної групи відповідно з 54,1% та 53,8% контрольних груп. Клінічні прояви депресії констатовані у 18,7% хворих I основної та 19,1% II основної групи проти 59,8% та 61,9% контрольних груп відповідно.

Аналіз динаміки вираженості депресії за шкалою Монтгомері-Асберга та ангедонії за шкалою Снайта-Гамільтона продемонстрував аналогічні результати з суттєвим переважанням легких форм в основних групах та збереженням помірних і важких форм у контрольних групах.

Особливо є суттєве підвищення рівня резистентності у сім'ї основних груп за шкалою Коннора-Девідсона. Високий рівень психологічної стійкості досягнутий у 30,4% хворих I основної та 30,6% II основної групи лише з 12,1% та 11,7% контрольних груп відповідно. Помірний рівень стійкості зафіксований у 42,4% та 45,1% основних груп проти 33,2% та 34,5% контрольних. Водночас низький рівень стресостійкості знизився до 27,2% в I основній та 24,3% у II основній групі відповідно з 54,7% та 53,8% контрольних груп.

Значне покращення якості життя зафіксовано за всіма параметрами відповідної шкали. Загальний індекс якості життя підвищився до 30,4 балів у I основної та 30,6 балів у II основній групі залишився з 12,1 та 11,7 балів у

контрольних групах. Фізичне благополуччя оцінено у 42,4 та 45,1 балів в основних групах проти 33,2 та 34,5 балів у контрольних. Психологічне та емоційне благополуччя склало 15,4 та 11,6 балів в основних групах порівняно з 37,0 та 38,7 балами у контрольних, що відрізняються про кращий психологічний стан при нижніх балах за цією шкалою.

Проведене річне катамнестичне дослідження підтвердило не тільки безпосередню ефективність, але й довгострокову стабільність терапевтичних результатів. У 78,3% запасів основних груп зберігається повна ремісія афективних розладів через рік після завершення лікування лише з 34,2% у контрольних групах. Високий рівень резистентності підтримується у 72,6% учасників основних груп проти 28,9% контрольних груп, що свідчить про формування стійких адаптивних механізмів подолання стресу.

Соціальна працездатність та професійна реадaptaція також демонстрували значні переваги в основних групах: 68,4% повернулися до повноцінної трудової діяльності порівняно з 31,7% у контрольних групах, що має важливе соціально-економічне значення.

Отримані результати переконливо обґрунтовують доцільність та можливість впровадження розробленої гендерно орієнтованої системи терапії афективних розладів у клінічній практиці лікування осіб, які постраждали від бойових дій.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях автора

8. Немченко А.О. Гендерно обумовлений підхід до терапії афективних розладів в умовах війни // Експериментальна і клінічна медицина. 2025;94(1). С. 17 - 22 <https://doi.org/10.35339/ekm.2025.94.1.nem>
9. Кожина Г.М., Немченко А.О. Психосвітні інтервенції в персоніфікованій терапії депресивних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій // Український вісник психоневрології. 2025. Том 33, випуск 2 (123). С. 21 – 25 DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is2-2025-4>

## АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Мета роботи: на основі вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій, розробити гендерно орієнтовану систему їх психотерапевтичної корекції та оцінити її ефективність.

Для досягнення поставленої мети, за умови отримання інформованої згоди від пацієнта з дотриманням принципів біоетики та деонтології на базі Комунального некомерційного підприємства Харківської обласної ради «Обласна клінічна психіатрична лікарня №3» та у Центрі ментального здоров'я «Restart» проведено комплексне обстеження 148 хворих (76 жінок та 72 чоловіків) з афективними розладами. Середній вік хворих склав  $35,6 \pm 8,1$  років

Обстежені були розподілені на дві групи: I група - 83 особи, мешканці прифронтових територій (48 жінок та 35 чоловіків), II група 65 вимушено переміщених осіб (36 жінок та 29 чоловіків).

Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію згідно ключних протоколів. З метою оцінки ефективності розробленої у ході роботи розробити гендерно орієнтовану систему їх психотерапевтичної корекції та оцінити її ефективність

Основну групу (ОГ) склали 81 хворий, які взяли участь в розробленій нами гендерно орієнтованій програмі терапії афективний розладів: у I ОГ увійшли 44 хворих (24 жінок та 20 чоловіків), мешканці прифронтових територій; у II ОГ 37 хворих (20 жінок та 17 чоловіків) ВПО. Контрольну групу (КГ) склали 67 хворих, які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні: до I КГ увійшли 39 хворих (21 жінка та 18 чоловіків), мешканці прифронтових територій; у II КГ 28 хворих (15 жінок та 13 чоловіків) ВПО.

Використано комплекс клініко-психопатологічних та психодіагностичних методів дослідження. Клініко-психопатологічне обстеження проводилося за стандартизованою схемою з детальним аналізом анамнестичних даних, динаміки захворювання, психічного статусу та соціального функціонування.

Психодіагностичне обстеження включало валідізовані шкали та опитувальники: шкалу Гамільтона для оцінки тривоги (HAM-A) та депресії (HAM-D), госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS), шкалу депресії Монтгомері-Асберга (MADRS), шкалу ангедонії Снайта-Гамільтона (SHAPS), шкалу резильєнтності Коннора-Девідсона (CD-RISC), індекс якості життя (Quality of Life Index). Обстеження проводилося на початку лікування, після завершення активної фази терапії та через 6 і 12 місяців катамнестичного спостереження.

Клінічна структура афективних розладів у обстежених хворих була представлена депресивним епізодом помірного або важкого ступеню без психотичних симптомів (51,4% жінок та 47,9% чоловіків I групи та 48,3% жінок та 52,7% чоловіків II групи) та рекурентним депресивним розладом помірного або важкого ступеню без психотичних симптомів (48,6% жінок та 52,1% чоловіків I групи та 51,7% та 47,3% відповідно II групи).

В клініко-психопатологічній структурі депресивних розладів у чоловіків переважають тужливий (при депресивному епізоді – 33,4%) та сенесто-іпоходричний (при рекурентному депресивному розладі – 33,8% обстежених) (у жінок домінує тривожний (34,5% хворих на депресивний епізод) та астено-апатичний (36,2% хворих на рекурентний депресивний розлад) варіанти депресивної симптоматики.

Порівняння клініко-психопатологічної симптоматики між групами виявило високу схожість базових проявів депресивного синдрому. В обох групах домінуючими симптомами є знижений фон настрою та афект туги (74,9% чоловіків та 80,6% жінок I групи проти 76,7% чоловіків та 81,8% жінок II групи), відчуття внутрішньої напруги (70,5% та 66,3% в I групі проти 71,9% та 67,9% в II групі). Однак детальний аналіз виявив принципові відмінності в якісних характеристиках та змісті симптоматики.

У I групі афективні розлади характеризуються переважно реактивними проявами, безпосередньо пов'язаними з конкретними травматичними подіями. Звуження кола інтересів у чоловіків цієї групи дещо менше виражене (81,9%) порівняно з II групою (84,3%), що може свідчити про збереження зв'язку з

попереднім життям та інтересами. Натомість у ВПО (II група) спостерігається більш виражена соціальна дезадаптація, що проявляється у вищих показниках звуження кола інтересів.

Гендерні відмінності виявилися стійкими в обох групах, але з певними особливостями інтенсивності. У жінок II групи відмічається тенденція до більш вираженої психомоторної загальмованості (52,4% проти 41,2% в I групі) та вищих показників ідей самозвинувачення і почуття провини (84,6% проти 63,8% в I групі), що свідчить про додатковий травматичний вплив вимушеного переміщення на жіночу психіку.

Порівняння показників суїцидального ризику виявило більш високі показники в II групі, особливо серед жінок. Суїцидальні рішення і наміри у жінок II групи становлять 46,2% проти 44,4% у I групі, а суїцидальні спроби - 42,3% проти 40,1% відповідно. У чоловіків різниця менш виражена, але також демонструє тенденцію до вищих показників у II групі (36,7% проти 33,6% суїцидальних спроб).

Аналіз за Колумбійською шкалою серйозності суїцидальних намірів підтвердив найвищі показники вкрай високого рівня у жінок II групи (37,1% проти 38,3% у I групі чоловіків та 33,3% у I групі жінок), що вказує на особливу вразливість жінок-ВПО до суїцидальних ризиків.

Як показав аналіз виразності тривоги та депресії за клінічними шкалами тривоги (НАМ-А) і депресії (НАМ-Д) Гамільтона для обстежених хворих I групи були притаманні важкий епізод тривоги (41,6% жінок і 45,7% чоловіків), тоді як у другій групі відповідні показники становили 30,5% серед жінок та 48,3% серед чоловіків; важкий епізод депресії виявлено у 50,0% жінок і 51,4% чоловіків першої групи, а також у 50,0% жінок і 48,3% чоловіків II групи.

Помірний епізод тривоги мав місце у 47,9% жінок та 42,8% чоловіків I групи, проти 52,7% жінок і 42,4% чоловіків II групи; помірний епізод депресії був діагностований у 35,4% жінок та 31,4% чоловіків I групи та у 27,7% жінок і 27,6% чоловіків II групи.

Аналіз показників за госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) показав переважання у обстежених хворих клінічних проявів тривоги, які найбільш виражені серед жінок I групи (62,5 %) та жінок II групи (61,1 %), тоді як серед чоловіків ці показники становлять 57,1 % (I група) та 55,2 % (II група). Субклінічні прояви тривоги частіше спостерігалися у чоловіків: у I групі - 42,8 % (чоловіки) проти 37,5 % (жінки), а у II групі - 41,3 % (чоловіки) проти 38,8 % (жінки).

Клінічні прояви депресії, переважали у жінок як I (77,1 %), так і II групи (77,7 %), тоді як серед чоловіків ці показники нижчі: 71,4 % (I група) та 68,9 % (II група). Субклінічні прояви депресії спостерігалися у 22,9 % жінок та 28,5 % чоловіків I групи, а також у 22,2 % жінок та 31,1 % чоловіків II групи.

Аналіз виразності депресії за за шкалою Монтгомери-Асберга показав переважання великого депресивного епізоду в усіх обстежених хворих (37,5% жінок та 48,6% чоловіків I групи; 47,2% жінок та 65,5% чоловіків II групи). Помірний депресивний епізод відмічався у 33,3% жінок і 48,6% чоловіків I групі та 38,8% жінок і 31,1% чоловіків II групі.

Проведений нами аналіз враженості ангедонії за Шкалою Снайта-Гамільтона (Snaith-Hamilton Pleasure Scale, SHAPS) показав переважання враженої ангедонії у 54,2% жінок і 57,2% чоловіків I групи, а також у 47,3% жінок і 48,3% чоловіків II групи. Помірна ангедонія спостерігалася у 37,5% жінок і 34,3% чоловіків I групи, серед осіб II групи цей показник становив 38,8% у жінок та 37,9% у чоловіків. Легку ангедонію виявлено у 8,3% жінок і 8,5% чоловіків I групи, а також у 13,9% жінок і 13,8% чоловіків II групи

Аналіз рівня резильєнтності серед обстежених потреб за шкалою Коннора-Девідсона (CD-RISC) показав переважання зменшеного (45,8% жінок і 37,1% чоловіків I групи та 52,7% жінок і 48,3% чоловіків II групи) та помірного (47,9% і 57,2% та 41,6% і 44,8% обстежених). відповідно) рівня стійкості. Високий рівень відмічався лише у 6,3% жінок та 5,7% чоловіків I групи та у 5,7% та 6,9% обстежених II групи відповідно.

Як показали результати обстеження в загальній структурі якості життя за Quality of Life Index (Н. Mezzich, J. Cohen, M. Ruiperez, J. Liu & G. Yoon, 1999) найбільш проблемними для обстежених хворих визначено таку сферу якості життя: психологічне благополуччя ( $2,2 \pm 3,4$  бали у жінок I групи,  $2,1 \pm 2,4$  бали у чоловіків I групи,  $2,2 \pm 4,1$  – жінки II групи,  $2,4 \pm 2,3$  – чоловіки II групи), міжособистісність взаємодія ( $2,9 \pm 1,1$ ;  $3,0 \pm 1,5$ ;  $3,1 \pm 1,2$  та  $3,3 \pm 1,1$  балів відповідно), загальне сприйняття життя ( $2,2 \pm 1,1$  у жінок I групи,  $2,8 \pm 1,3$  у чоловіків I групи,  $2,9 \pm 1,4$  у жінок II групи,  $2,7 \pm 1,2$  у чоловіків II групи). Також низькі показники відзначені у сфері працездатності ( $3,3 \pm 1,4$ ;  $3,1 \pm 1,3$ ;  $2,9 \pm 1,5$ ;  $2,8 \pm 1,6$  балів відповідно) та самообслуговування й незалежності дій ( $4,3 \pm 1,6$ ;  $4,8 \pm 1,6$ ;  $4,0 \pm 1,1$ ;  $4,5 \pm 1,1$  балів відповідно). Показники соціально-емоційної підтримки ( $4,3 \pm 1,3$  жінки I групи;  $3,9 \pm 1,4$  чоловіки I групи;  $3,9 \pm 2,2$  жінки II групи;  $4,0 \pm 1,3$  чоловіки II групи) та громадської та службової підтримки ( $5,9 \pm 1,5$ ;  $6,3 \pm 1,7$ ;  $5,0 \pm 1,1$ ;  $4,9 \pm 1,2$  балів відповідно) виявляються вищими, що свідчить про більший рівень підтримки в цих сферах. Найвищі значення зафіксовано у сфері духовної реалізації ( $6,4 \pm 2,1$ ;  $7,0 \pm 2,1$ ;  $5,9 \pm 1,8$ ;  $6,0 \pm 2,1$  балів відповідно), що можна свідчити про важливість цієї складової для обстежених.

З результатами отриманих у ході дослідження даних про механізми формування та специфіку клінічних проявів афективних розладів у різних категоріях постраждалих від війни розроблено комплексну гендерно орієнтовану систему, яка включає диференційоване використання методів психофармакотерапії, психотерапії та психоосвіти, ресурсно-орієнтований підхід до відновлення адаптивних можливостей особистості, створення підтримувального терапевтичного середовища, активізацію психосоціальних копінг-механізмів, стратегії підвищення стесостійкості та формування проактивних стратегій збереження психічного здоров'я.

Розроблена та апробована гендерно орієнтована система психотерапії афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій, яка включає базове використання в усіх хворих когнітивно-поведінкової терапії з додатковим використанням при депресивному епізоді чоловіків I групи:

поведінкової активації та екзистенційної терапії; у чоловіків II групи терапії прийняття та прихильності та екзистенційної терапії; у жінок I групи: короткої кризової терапії та когнітивно-поведінкової терапії усвідомленості; у жінок II групи: короткої кризової терапії, когнітивно-поведінкової терапії усвідомленості та терапії прийняття та прихильності. При рекурентному депресивному розладі у чоловіків I групи: когнітивно-поведінкової терапії, особистісно-орієнтованої терапії, арт-терапії (малюнкові техніки); у чоловіків II групи: когнітивно-поведінкової терапії усвідомленості, терапії прийняття та прихильності, особистісно-орієнтованої психотерапії; у жінок I групи: КПТ румінацій, арт-терапії (малюнкові техніки); у жінок II групи: КПТ румінацій та терапії прийняття та прихильності.

Психоосвітня програма мала модульну структуру з обов'язковим інформаційним тренінгом для всіх категорій учасників, що охоплював базові знання про депресивні розлади в контексті воєнної травми. У хворих I групи, додатково використовувались: у чоловіків - тренінг "Психологічний баланс" та "Відновлення"-; у жінок "Опанування стресу" та "Рух вперед". У хворих II групи додатково використовувались: у чоловіків тренінг "Усвідомлення власних почуттів" та тренінг "Життєстійкості"; у жінок тренінг "Асертивності" та "Самоконтролю емоційного стану"

Проведене дослідження довело до високої ефективності розробленої гендерно орієнтованої системи лікування афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій. Порівняльний аналіз результатів лікування в основних та контрольних групах засвідчив суттєві переваги запропонованого терапевтичного підходу над стандартною регламентованою терапією.

Встановлена позитивна клінічна динаміка з істотною редукцією широкого спектру психопатологічної симптоматики у хворих основної групи з помірними покращеннями у хворих контрольної групи.

За всіма використаними стандартизованими психодіагностичними шкалами зафіксовано статистично достовірне зниження показників тривоги та депресії у хворих основної групи

За клінічними шкалами тривоги та депресії Гамільтона виявлені тривожні прояви досягнуті у 30,4% замість I основної та 30,6% II основної групи залишилися лише з 12,1% та 11,7% контрольних відповідно груп. Відсутність депресивних проявів зафіксована у 31,7% хворих I основної та 33,7% II основної групи проти 10,4% та 11,2% контрольних груп. При цьому важкі епізоди тривоги спостерігалися лише у 11,8% та 12,1% основних груп проти 17,1% та 15,1% контрольних, а важкі епізоди депресії лише у 7,1% та 6,9% основних груп відповідно з 19,7% та 22,1% контрольних груп відповідно.

Результати за госпітальною шкалою тривоги і депресії підтвердили ці тенденції. Клінічні прояви тривоги зберігалися лише у 27,2% хворих I основної та 23,7% II основної групи відповідно з 54,1% та 53,8% контрольних груп. Клінічні прояви депресії констатовані у 18,7% хворих I основної та 19,1% II основної групи проти 59,8% та 61,9% контрольних груп відповідно.

Аналіз динаміки вираженості депресії за шкалою Монтгомері-Асберга та ангедонії за шкалою Снайта-Гамільтона продемонстрував аналогічні результати з суттєвим переважанням легких форм в основних групах та збереженням помірних і важких форм у контрольних групах

Особливо мало результатом стало суттєве підвищення рівня стійкості у сім'ї основних груп за шкалою Коннора-Девідсона. Високий рівень психологічної стійкості (76-100 балів) досягається у 30,4% хворих I основної та 30,6% II основної групи з лише 12,1% та 11,7% контрольних груп відповідно. Помірний рівень резистентності (50-75 балів) зафіксований у 42,4% та 45,1% основних груп проти 33,2% та 34,5% контрольних. Низький рівень стресостійкості (0-49 балів) знизився до 27,2% у I основній та 24,3% у II основній групі відповідно з 54,7% та 53,8% контрольних груп.

Показники якості життя за індексом Quality of Life Index покращилися за всіма десятима доменами. Загальний індекс якості життя підвищився до 30,4 балів у I основної та 30,6 балів у II основній групі відповідно з 12,1 та 11,7 балів у контрольних групах. Фізичне благополуччя оцінено у 42,4 та 45,1 балів в основних групах проти 33,2 та 34,5 балів у контрольних. Психологічне та

емоційне благополуччя склало 15,4 та 11,6 балів в основних групах порівняно з 37,0 та 38,7 балами у контрольних (нижчі бали свідчать про кращий стан). Соціальне функціонування покращилося до 11,8 та 12,1 балів проти 15,1 та 17,1 балів відповідно.

Проведене річне катамнестичне спостереження підтвердило не тільки безпосередню ефективність розробленої системи, але й довгострокову стабільність терапевтичних результатів. У 78,3% залишилися основні групи зберігалася стійка ремісія афективних розладів через рік після завершення активного лікування лише 34,2% у контрольних групах ( $p < 0,001$ ).

Високий рівень резистентності підтримується у 72,6% учасників основних груп проти 28,9% контрольних груп, що свідчить про формування стійких адаптивних механізмів подолання стресу та ефективних копінг-стратегій. Показники якості життя також залишилися стабільно високими: середній бал став  $28,7 \pm 3,2$  в основних групах проти  $15,4 \pm 4,1$  у контрольних.

## ВИСНОВКИ

1. У дисертаційному дослідженні здійснене теоретичне узагальнення та наведене нове вирішення актуальної наукової задачі на основі вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій, розробити гендерно-орієнтовану систему їх психотерапевтичної корекції та оцінити її ефективність.
2. Виділено тужливий (33,4% чоловіків і 27,6% жінок з депресивним епізодом та 19,8% чоловіків і 23,1%) жінок з РДР, тривожний (25,1% чоловіків і 34,5% жінок та 22,1% чоловіків і 24,3% жінок відповідно), астено-апатичний (18,4% чоловіків і 22,3% жінок з депресивним епізодом та 24,3% чоловіків та 38,3% жінок з РДР) та сенесто-іпохондричний (23,1% і 15,6% та 33,8 і 14,4% відповідно) варіанти психопатологічної симптоматики в осіб, які постраждали від бойових дій.
3. Результати психодіагностичного дослідження показали переважання у обстежених I групи важкого епізоду тривоги (41,6% жінок і 45,7% чоловіків) та депресії (50,0% та 51,4% відповідно) за HAM-A та HAM-D; помірного епізоду тривоги (47,9% жінок та 42,8% чоловіків) та депресії (35,4% та 31,4% відповідно); клінічних проявів тривоги (62,5% жінок та 57,1% чоловіків) та депресії (77,1% та 71,4% відповідно) за HADS; великого депресивного епізоду (37,5% жінок та 48,6% чоловіків) за шкалою Монтгомері-Асберга; вираженої ангедонії (54,2% жінок і 57,2% чоловіків) за SHAPS; низького рівня рівня резильєнтності (45,8% жінок і 37,1% чоловіків) за CD-RISC.

У обстежених II групи домінували важкий епізод депресії (50,0% жінок і 48,3% чоловіків), важкий епізод тривоги у 48,3% чоловіків та помірний епізод тривоги у 52,7% жінок за HAM-A та HAM-D; клінічні прояви тривоги (61,1% жінок та 55,2% чоловіків) та депресії (77,7% жінок та 68,9% чоловіків) за HADS; великий депресивний епізод (47,2% жінок та 65,5% чоловіків) за шкалою Монтгомері-Асберга; виражену ангедонію

(47,3% жінок і 48,3% чоловіків) за SHAPS; знижений рівень резильєнтності (52,7% жінок і 48,3% чоловіків) за CD-RISC.

4. Розроблено гендерно-орієнтована система психотерапії афективних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій, яка включає базове використання в усіх хворих когнітивно-поведінкової терапії з додатковим використанням при депресивному епізоді чоловіків I групи: поведінкової активації та екзистенційної терапії; у чоловіків II групи терапії прийняття та прихильності та екзистенційної терапії; у жінок I групи: короткої кризової терапії та когнітивно-поведінкової терапії усвідомленості; у жінок II групи: короткої кризової терапії, когнітивно-поведінкової терапії усвідомленості та терапії прийняття та прихильності.

При рекурентному депресивному розладі у чоловіків I групи: когнітивно-поведінкової терапії, особистісно-орієнтованої терапії, арт-терапії; у чоловіків II групи: когнітивно-поведінкової терапії усвідомленості, терапії прийняття та прихильності, особистісно-орієнтованої психотерапії; у жінок I групи: КПТ румінацій, арт-терапії; у жінок II групи: КПТ румінацій та терапії прийняття та прихильності

5. Розроблено персоніфіковану систему психоосвіти в осіб, які постраждали від бойових дій з обов'язковим інформаційним тренінгом для всіх категорій учасників, та додатковим використанням в I групі у чоловіків тренінгів "Психологічний баланс" та "Відновлення"; у "Опанування стресу" та "Рух вперед". В II групі у чоловіків "Усвідомлення власних почуттів" та "Життєстійкості", у жінок тренінгів "Асертивності" та "Самоконтролю емоційного стану".
6. Встановлена позитивна динаміка психічного стану, редукція психопатологічної симптоматики у хворих основної групи, у порівнянні із незначними позитивними змінами психічного стану пацієнтів групи контролю.

У обстежених I основної групи за Шкалою Гамільтона відмічалась відсутність тривоги у 30,4% обстежених I основної групи проти 12,1% I

контрольної групи; відсутність депресії у 31,7% проти 10,4% відповідно; легкий епізод тривоги відмічався у 42,4% обстежених I основної проти 33,2% I контрольної групи; легкий епізод депресії у 45,5% проти 29,8% відповідно. У обстежених II групи: відсутність тривоги у 30,6% обстежених II основної групи проти 11,7% II контрольної групи; відсутність депресії у 33,7% проти 11,2% відповідно; легкий епізод тривоги у 45,1% проти 34,5%; легкий епізод депресії у 47,8% проти 26,9%.

За госпітальною шкалою HADS у обстежених I контрольної групи клінічні прояви тривоги зменшилися до 27,2% в основній групі проти 54,1% у контрольній; клінічні прояви депресії до 18,7% проти 59,8% відповідно. У II групі клінічні прояви тривоги становили 23,7% в основній групі проти 53,8% у контрольній; клінічні прояви депресії 19,1% проти 61,9% відповідно.

За шкалою Монтгомері-Асберга в I основній групі відсутність депресії досягнута у 31,7% обстежених проти 10,4% I контрольної групи; легкий епізод депресії спостерігався у 45,5% проти 29,8% відповідно. У II основній групі відсутність депресії зафіксована у 33,7% обстежених проти 11,2% II контрольної групи; легкий епізод депресії у 47,8% проти 26,9%; помірний епізод депресії зменшився до 12,2% проти 39,8%; важкий епізод депресії до 6,9% проти 22,1% відповідно.

За шкалою Снайта-Гамільтона у обстежених I основної групи відсутність ангедонії досягнута у 31,7% проти 10,4% I контрольної групи; легкий ступінь ангедонії спостерігався у 45,5% проти 29,8% відповідно; помірний ступінь ангедонії зменшився до 11,6% проти 40,1% у контрольній групі. У II основній групі відсутність ангедонії зафіксована у 33,7% обстежених проти 11,2% II контрольної групи; легкий ступінь ангедонії у 47,8% проти 26,9%, що підтверджує ефективність розробленої гендерно орієнтованої системи терапії афективних розладів.

7. Встановлено суттєве підвищення рівня резильєнтності на тлі використання прозробленої психотерапевтичної програми. Високий рівень стресостійкості досягнутий у 30,4% обстежених I основної групи у порівнянні з 12,1% обстежених I контрольної групи та у 30,6% обстежених II основної групи порівняно з 11,7% II контрольної групи.

На тлі проведення комплексної психотерапевтичної програми показник якості життя в I та II основних групах значно підвищився за усіма шкалами у порівнянні з незначним підщенням показників у групах контролю

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Комплексна персоніфікована, гендерно-орієнтована система терапії афективних розладів у осіб постраждалих бойових дій повинна включати диференційоване використання методів психофармакотерапії, психотерапії та психоосвіти, ресурсно-орієнтований підхід до відновлення адаптивних можливостей особистості, створення підтримувального терапевтичного середовища, активізацію психосоціальних копінг-механізмів, стратегії підвищення стесостійкості та формування проактивних стратегій збереження психічного здоров'я.
2. Підтримувальне терапевтичне середовище повинно будуватися з урахуванням специфічних особистісних особливостей переживання травми. Для мешканців прифронтових територій потрібно атмосфера розуміння реальності їхнього досвіду, валідації їхніх почуттів та визнання їхньої мужності у виживанні в екстремальних умовах. Терапевтичне середовище характеризується гнучкістю у форматах надання послуг (очна, дистанційна, групова підтримка), врахуванням обмежень у часі та доступності послуг. Для ВПО особливого значення набуває створення відчуття приналежності та прийняття в новому соціальному середовищі, подолання стигматизації та формування нових соціальних зв'язків. Гендерно-чутливий підхід забезпечує врахування різниці у способах вираження емоцій та пошуку допомоги між чоловіками та жінками, створення безпечного простору для обслуговування специфічних травматичних переживань та формування довіри до терапевтичного процесу.
3. Стратегії підвищення стресостійкості для мешканців прифронтових територій повинні бути спрямовані на формування психологічної готовності до повторних травматичних подій, розвиток навичок швидкого відновлення після стресових епізодів та підтримку функціональності в екстремальних умовах. З використанням технік контролю дихання, прогресивної м'язової релаксації, когнітивних стратегій переоцінки стану та методів збереження емоційної стабільності.

Для ВПО акцент робиться на підвищенні толерантності до невизначеності, розвитку гнучкості мислення та формуванні стійкості до тривалого стресу адаптації. Гендерно-диференційовані підходи враховують те, що чоловіки частіше потребують розвитку навичок емоційної експресії та прийняття допомоги, тоді як жінки - техніка самозаспокоєння та управління тривожністю. Програми включають також розвиток фізичної витривалості, оптимізацію режиму сну та харчування, що особливо важливо для підтримки загальної резистентності потреб.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Амоша О.І., Антонюк В.П., Новікова О.Ф. Внутрішньо переміщені особи: від подолання перешкод до стратегії успіху. Монографія. НАН України. Інститут економіки промисловості. Київ; 2016. 448 с.
2. Бабов КД. Посттравматичний стресовий розлад у постраждалих від надзвичайних станів як актуальна проблема медико-психологічної реабілітації. Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. 2015;3/4:38-41.
3. Балабанова Л.М. Психологічні особливості рефлексії вимушених переселенців. Проблеми екстремальної та кризової психології. 2017; 22: 51-58.
4. Безшейко ВГ. Ефективність короткострокової травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії в осіб з посттравматичним стресовим розладом, які побували в зоні бойових дій. Ліки України Плюс. 2015;4:111-115.
5. Блінов О.А. Бойова психічна травма: монографія. Київ: Талком; 2019. 700 с.
6. Блінов О.А. Види та напрямки психологічної допомоги психотравмованим військовослужбовцям. Вісник Національного університету оборони України: зб. наук. пр. 2014;4(41):168-173.
7. Богомолець О.В., Пінчук І.Я., Ладик-Бризгалова АК. Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій. Архів психіатрії. 2016;22(2):11-15.
8. Болюбаш ЯЯ, Ковальчук О.С., Ткачук О.М. Вплив війни на психічне здоров'я молоді: роль резилієнсу та психологічних інтервенцій. Український медичний часопис. 2024;3(155):37-44. Доступно за посиланням: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/532>
9. Венгер О.П., Іваніцька ТІ. Використання біосугестивної терапії для покращення психологічних процесів внутрішньо переміщених осіб під час війни в Україні. Здобутки клінічної та експериментальної медицини. 2023; 4: 63-69.

10. Венгер О.П., Мисула ЮІ. Психопатологічна симптоматика у емігрантів та реемігрантів. Здобутки клінічної та експериментальної медицини. 2023;1:60-67.
11. Венгер О.П., Ясній О.Р., Сماشна О.Є. Гендерні особливості емоційних розладів у внутрішньо переміщених осіб. Мед перспективи. 2023; 28 (3): 161-168. doi:10.26641/2307-0404.2023.3.281756
12. Вербицький ЄЮ, Євтушенко ЮО. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості реактивної депресії в структурі непсихотичних психічних стрес-асоційованих розладів у вимушених переселенців із зони АТО. Архів психіатрії. 2016;22(2):16-19.
13. Волошин П.В. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: методичні рекомендації. Харків; 2009. с. 45-47.
14. Волошин П.В., Марута Н.О. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика): колективна монографія. Харків: Видавець Строков Д.В.; 2016. 335 с.
15. Волошин П.В., Марута Н.О. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України сучасні можливості та перешкоди. Український вісник психоневрології. 2015;23(1):5-11.
16. Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Л. Ф. та ін. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації. Харків; 2014. 67 с.
17. Гриневич ЄГ. Тривожно-депресивні розлади в умовах лиха війни в Україні. Український медичний часопис. 2023;3(155):37-44. Доступно за посиланням: <https://health-ua.com/psychiatry/trivozni-rozladi/71710-trivozhnodepresivn-rozladi-vumovah-distresu-vjni-vukran>
18. Гриневич ЄГ, Маркова М.В. Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій. Медична психологія. 2012; 1 (25): 66-72.
19. Герасименко Л.О., Гальченко АВ. Комплексна та персоніфікована система реабілітації внутрішньо переміщених осіб за наявності психосоціальної дезадаптації та невротичного розладу. Вісник проблем біології і медицини. 2021; 1 (159): 35-39.

20. Даник ЮГ, Друзь О.В., Черненко ІО. Система класифікації стресасоційованих та посттравматичних стресових розладів та її обґрунтування. Журнал освіти, здоров'я та спорту. 2016; 7 (6): 65-79.
21. Даник ЮГ, Друзь О.В., Черненко ІО. Формування синдромів війн та їх особливості. Журнал освіти, здоров'я та спорту. 2016;6(11):77-89.
22. Денисенко М.М. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів. Український вісник психоневрології. 2017; 25 (2): 40-44.
23. Завацька НЄ. Депресія в умовах війни. Український медичний часопис. 2023;3(155):37-44. Доступно за посиланням: <https://health-ua.com/neurology/mizdisciplinarni-problemi/72686-depresya-vjna>
24. Заворотний 2. Діагностичні предиктори і критерії різних варіантів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців Збройних Сил України, які взяли участь у бойових діях на Сході України. Український вісник психоневрології. 2018; 26 (2): 43-47.
25. Зеленська КО. Гендерний аналіз специфіки невротичних розладів у різних категоріях осіб, які народилися від бойових дій. Експериментальна і клінічна медицина. 2021; 2 (90): 52-57. doi:10.35339/ekm.2021.90.2.zel
26. Зеленська КО. Персоніфікована програма корекції постстресових розладів у різних категорій осіб, які пережили бойові дії (комбатантів та волонтерів). Український вісник психоневрології. 2021; 29 (4): 27-29.
27. Зеленська КО. Персоніфікована система терапії стрес-асоційованих розладів у осіб, які постраждали від бойових дій. Медицина сьогодні і завтра. 2023;92(2). doi:10.35339/msz.2023.92.2.zel
28. Ісаков РІ. Порівняльний аналіз вираженості психосоціальної дезадаптації та афективної симптоматики у жінок, хворих на депресивні розлади різного генезу. Український вісник психоневрології. 2018;26(3):20-26.
29. Карамушка Л. Психічне здоров'я: сутність, основні детермінанти, стратегії та програми забезпечення. Психологічний журнал. 2022; 7 (5): 26-37. doi:10.31108/1.2.7.5.3

30. Карамушка Л, Карамушка Т. Емпіричне дослідження особливостей психічного здоров'я вимушених «внутрішніх» переселенців в умовах війни. Організаційна психологія. Економічна психологія. 2022; 2 (26): 48-59. doi:10.31108/2.2022.2.26.6
31. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на депресивні розлади. Міністерство охорони здоров'я України. Київ; 2014. 85 с. Доступно за посиланням: [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014\\_1003\\_ukpmd\\_depresiya.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014_1003_ukpmd_depresiya.pdf)
32. Коваленко Н, Осуховська О, Хаустова О, Качалка А. Соціально-демографічні показники та предиктори розладів психіки та поведінки у внутрішньо переміщених осіб. Психосоматична медицина та загальна практика. 2021; 6 (1). doi:10.26766/pmgrp.v6i1.296
33. Кожина А.М., Гайчук Л.М. Психосвітні заходи в умовах гібридної війни. Український вісник психоневрології. 2017; 25 (1): 124.
34. Кожина Г.М., Гайчук Л.М., Шикова В.В. Ефективність психосвітніх програм у наданні допомоги особам, що перенесли екстремальні події. Український вісник психоневрології. 2015; 23 (2): 109.
35. Кожина Г.М., Друзь О.В., Зеленська К.О., Черненко ІА. Сучасна модель формування повоєнних розладів в учасників бойових дій. Медицина сьогодні і завтра. 2020; 1 (86): 39-45. doi:10.35339/msz.2020.89.04.10
36. Кожина Г.М., Друзь О.В., Хорошун Є.М., Зеленська К.О., Черненко І.О. Персоніфікований підхід до корекції стрес-асоційованих розладів у військовослужбовців в умовах повномасштабного вторгнення. Український вісник психоневрології. 2022;30(2):50-53.
37. Кожина Г.М., В'юн В.В., Зеленська К.О., Самойлова О.В. Патогенетично обґрунтовані психотерапевтичні мішені розлади адаптації у молодих осіб вимушених переселенців. Медицина сьогодні і завтра. 2020; 2 (87): 36-41.
38. Кожина Г.М., Зеленська КО. Клінічна феноменологія стрес-асоційованих розладів в умовах повноштабного вторгнення. Український вісник психоневрології. 2023;31(1):35-37.

39. Кожина Г. М., Зеленська К. О., Красковська ТЮ. Особливості фармакотерапії стрес-асоційованих розладів. В: Матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції «Ліки – люди. Сучасні проблеми фармакотерапії та призначення лікарських засобів», Харків, 11-12 березня 2021 р.
40. Кожина Г.М., Стеблюк В.В., Зеленська К.О., Пронос-Стеблюк К.В. Алгоритм медико-психологічного супроводу військовослужбовців жінок, учасників АТО/ООС. Український вісник психоневрології. 2021; 29 (1): 29-31. doi:10.36927/2079-0325-V29-is1-2021-5
41. Кожина Г.М., Стеблюк В.В., Зеленська К.О., Проноза-Стеблюк К.В. Алгоритм медико-психологічного супроводу жінок-військовослужбовців, ветеранок АТО/ООС. Український вісник психоневрології. 2021; 29 (1): 29-31.
42. Кожина Г.М., Хаустов М.М., Кольцова Г.Г. Гендерний підхід до психотерапевтичної корекції у комплексному лікуванні депресивних розладів. Медицина сьогодні і завтра. 2021;90(1):70-77. doi:10.35339/msz.2021.90.2.kkk
43. Кольцова ГГ. Гендерна специфіка депресивних розладів, поєднаних з аутоагресивною поведінкою чоловіків. Медицина сьогодні і завтра. 2020; 2 (87): 42-46.
44. Кольцова ГГ. Персоніфіковані програми психотерапевтичної підтримки та профілактики суїцидної поведінки у хворих з депресивними розладами. Медична психологія. 2020; 1-2: 104-108.
45. Лагутіна С, Франкова І. Впровадження цифрового формату першої психологічної допомоги в умовах стресу війни. Український вісник психоневрології. 2023;31(4):56-64.
46. Лінська КІ. Час реагування респондентів на окремі пункти опитувальника Derogatis як діагностичний маркер депресивних розладів. Запорізький медичний журнал. 2020; 22 (6): 812-818. doi: <http://zmj.zsmu.edu.ua/article/view/204950>

47. Лінська КІ. Хронометричний профіль хворих на депресію при використанні тесту Спілбергера - Ханіна. Український вісник психоневрології. 2019; 27 (1): 46-56.
48. Марков АР. Індивідуально-психологічні особливості й поведінкові патерни як мішені психологічної корекції дезадаптивних станів у цивільного населення в умовах консценціональної війни. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». 2016; 2 (6): 182-193.
49. Марков АР. Клінічна варіативність дезадаптивних станів у цивільного населення в умовах інформаційно-психологічної війни. Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2016; 2 (6): 98-105.
50. Маркова М.В. Дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблем. Медична психологія. 2014;1(32):15-21.
51. Маркова М.В., Козира П.В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблем. Медична психологія. 2015;1(37):8-13.
52. Маркова М.В., Піонтковська О.В., Соловйова А.Г. Медико-психологічна допомога дітям – вимушеним переселенцям: концептуальні завдання психологічної підтримки, реадaptaції та соціалізації. Український вісник психоневрології. 2018; 26 (2): 62-67.
53. Марута НО. Ефективність антидепресивної терапії: проблеми та рішення. НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2021; 2: 22-26. Доступно за посиланням: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2017/1%2885%29/pages-22-26/kliniko-farmakologichniy-pidhid-do-likuvannya-depresiyyi>
54. Марута НО. Сучасні підходи до терапії депресії: від симптоматичного покращення до функціонального відновлення. НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2016;10(84):16-19. Доступно за посиланням: <https://neuroneus.com.ua/ua/archive/2016/10%2884%29/pages-16-19/>
55. Марута НА, Заворотний ВІ. Принципи реабілітації військовослужбовців з іншими варіантами посттравматичного стресового розладу. Український вісник психоневрології. 2018; 26 (3): 33-38.

56. Марута Н.О., Лінська КІ. Хронометричний профіль хворих на депресію при використанні комп'ютерного варіанту шкали Цунга та його діагностичне значення. Український вісник психоневрології. 2018; 26 (4): 57-65.
57. Марута Н.О., Лінська Є. Діагностичне значення часу відповіді на питання у разі депресії при використанні комп'ютерного варіанту шкали HADS. Психіатрія, психотерапія та клінічна психологія. 2019;10(2):199-215.
58. Матяш М.Н., Худенко Л.І. Соціально-стресові розлади у структурі українського синдрому. Український медичний часопис. 2016;3(113):118-121.
59. Михайлов Б.В. Медико-психологічний супровод особи з гострими розладами психіки і поведінки. Міжнародний медичний журнал. 2016;1:73-80.
60. Михайлов Б.В. Розлади психіки та поведінки екстремально-психогенного походження. Психічне здоров'я. 2015; 2: 9-18.
61. Михайлов Б.В., Сердюк О.І., Галаченко О.О., Галаченко В.В., Вашкіте ІД. Перебіг посттравматичного стресового розладу серед демобілізованих учасників антитерористичної операції, які перебувають на реабілітації в санаторних умовах. Український вісник психоневрології. 2016; 2 (87): 69-73.
62. Мішиєв В.Д. Сучасні депресивні розлади. Львів; 2004. 208 с.
63. Міністерство охорони здоров'я України. Алгоритм дій лікаря при наданні медичної допомоги пацієнтам із депресією. Український медичний часопис. 2019; 5: 84-87. Доступно за посиланням: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-84287-algorithm-dii-likarya-pri-nadanni-medichnoi-dopomogi-paciyentam-iz-depresiyeyu>
64. Міністерство охорони здоров'я України. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та лікувальної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивний епізод без соматичного синдрому або із соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія)». 2014. Доступно за посиланням: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0049-15%23Text>
65. Огоренко В.В., Ніколенко А.Є., Шустерман Т.Й., Кокашинський ВО. Комплекс освітніх тренінгів з першої психологічної допомоги особам у кризових ситуаціях. Навчальне видання. 2023. 258 с.

66. Огоренко В.В., Шустерман Т.В. Психосоматичний стан цивільних осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах військового. Психосоматична медицина та загальна практика. 2022; 7 (2). doi:10.26766/PMGP.V7I2.370
67. Охорона психічного здоров'я в умовах війни. У двох томах. Переклад з англійської. Наш формат. Київ; 2017. Т. 1. 579 с.
68. Панько Т.В. Депресія і війна: клінічні особливості, діагностика та підходи до лікування депресивних розладів в умовах військового конфлікту. Health-ua. 2023. Доступно за посиланням: <https://health-ua.com/neurology/mizdisciplinarni-problemi/72686-depresya-vjna>
69. Панько Т.В., Семікіна О.Є., Явдак І.О. Особливості факторів психічної травматизації та структури клінічних проявів у внутрішньо переміщених осіб. Український вісник психоневрології. 2018; 26 (3): 50-55.
70. Пішель В.Я., Поливяна М.Ю., Гузенко К.В. Клінічний поліморфізм посттравматичних стресових розладів в учасників АТО. Архіви психіатрії. 2017;1(88):75-76.
71. Психіатрія особливого періоду: навчальний посібник [для лікарів та психологів]. Рум'янцев Ю.В., Сиропятов О.Г., Іванцова Г.В., Осьодло Г.В. Київ: УВМА; 2014. 193 с.
72. Рахман Л.В. Концептуальні чинники розвитку та принципи лікування терапевтично резистентних депресій. Український вісник психоневрології. 2016; 24 (1): 104-110.
73. Рахман Л.В. Терапевтично резистентні депресивні розлади (клініко-психопатологічна характеристика, патоморфоз, біологічні та психосоціальні предиктори, комплексна терапія) [Дис. Харків: Національна академія медичних наук України, Державна установа "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України"; 2017 рік.
74. Сиропятов О.Г., Дзеружинська Н.О., Форманчук С.В., Марущенко К.Ю., Горшков О.О. Особливості патогенезу бойового психічного розладу. Огляд літератури. Сучасні аспекти військової медицини. 2020;27(2):273-286. doi:10.32751/2310-4910-2020-27-50

75. Скрипніков А.М., Герасименко Л.О., Ісаков РІ. Діагностика психосоціальної дезадаптації у жінок з депресивними розладами. Світ медицини та біології. 2019;1(67):34-38.
76. Скрипніков А.М., Герасименко Л.О., Ісаков Р.І., Фісун Ю.О., Кидонь П.В. Комплексна та персоніфікована система реабілітації внутрішньо переміщених осіб за наявності психосоціальної дезадаптації та психогенних психічних розладів. Український вісник психоневрології. 2022;30(3):88-89.
77. Скрипніков А.М., Животовська Л.В., Сокіл А.А., Бойко Д.І. Афективні порушення при віддалених наслідках посттравматичного стресу. Вісник проблем біології і медицини. 2019; 1 (1): 32-36.
78. Турова Л. О., Вежновець Т. А., Канципа ВЄ. Аналіз обізнаності щодо можливості впровадження персоналізованої медицини серед лікарів України: національне опитування. Клінічна та профілактична медицина. 2025;1:101-109. doi:10.31612/2616-4868.1.2025.13
79. Франкова І, Чабан О, Петренко Г, Токарчук А. Колективна травма населення України: реалії, перспективи та можливість дослідження трансгенераційного аспекту. Психосоматична медицина та загальна практика. 2023; 8 (3). Доступно за посиланням: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/442>
80. Health-ua. Тривожно-депресивні розлади в умовах лиха війни в Україні. 2023. Доступно за посиланням: <https://health-ua.com/psychiatry/trivozhni-rozladi/71710-trivozhnodepresivn-rozladi-vumovah-distresu-vjni-vukran>
81. Хаустова О.О. Тривожно-депресивні розлади в умовах лиха війни в Україні. Health-ua. 2022; 4: 22-24.
82. Хаустова О.О., Лещук ІВ. Понад рік війни та втрат: відродження з попелу гора для створення нового життя. Український медичний журнал. 2023; 2 (1): 43-49. doi:10.32471/umj.1680-3051.153.239914
83. Чабан О.С., Хаустова О.О. Медико-психологічні дослідження військового дистресу в Україні: що ми очікуємо і що слід припинити при наданні медичної

допомоги? Український медичний журнал. 2022;4(150). doi:10.32471/umj.1680-3051.150.232297

84. Чабан О.С., Хаустова О.О., Омелянович В.Ю. Психічні розлади воєнного часу: монографія. Київ: Видавничий дім Медкнига; 2023. 232 с.

85. Шпільовий ЯВ. Клінічний зміст і вираженість депресивних і тривожних феноменів у структурі невротичних тривожно-депресивних розладів різного психогенезу у жінок (вимушених переселенців та дружин військовослужбовців – учасників АТО). Український вісник психоневрології. 2017; 25 (91): 88-91.

86. Юр'єва Л.М. Кризові стани в сучасних умовах. Діагностика, корекція та профілактика. Київ: Видавництво «Галерея Принт»; 2017. 174 с.

87. Aghaei S. Treatment-resistant depression: the therapy trends, challenges, and future directions. *Patient Prefer Adherence*. 2016;6:69-88.

88. Ahmed M, Ahmed Balla et al. Anxiety and depression symptoms among a sample of Khartoum civilians during the 2023 Sudan armed conflict: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2024;19(7):e0307648. Доступно за посиланням: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11271933/>

89. Al-Khazali A, Al-Khazali A, Al-Khazali A. Post-Traumatic Stress Disorder: Pathophysiology, Treatment, and Biomarkers. *Int J Mol Sci*. 2023;24(6):5238. doi:10.3390/ijms24065238

90. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder. 3rd Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2010. 152 p.

91. Baune BT, Cronquist Christensen M. Differences in Perceptions of Major Depressive Disorder Symptoms and Treatment Priorities Between Patients and Health Care Providers Across the Acute, Post-Acute, and Remission Phases of Depression. *Front Psychiatry*. 2019;10:335. doi:10.3389/fpsy.2019.00335

92. Beck AT, Alford BA. Depression: Causes and Treatment. 2nd Edition. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press; 2008. 432 p.

93. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
94. Beck U. *World at risk*. Cambridge, UK: Polity; 2009. 127 p.
95. Ben-Ezra M, Karatzias T, Hyland P, et al. Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depress Anxiety*. 2018;35(3):264-274. doi:10.1002/da.22723
96. Betts KS. The role of sleep disturbance in the relationship between post-traumatic stress disorder and suicidal ideation. *J Anxiety Disord*. 2013;27(7):35-41.
97. Bryant RA, Schnurr PP, Pedlar D. Addressing the mental health needs of civilian combatants in Ukraine. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(5):346-347. doi:10.1016/S2215-0366(22)00097-9
98. Carlbring P, Hagglund M, Luthstrom A, Dahlin M, Kadowaki A, Vernmark K, et al. Internet-based behavioral activation and acceptance-based treatment for depression: A randomized controlled trial. *J Affect Disord*. 2013;148(2-3):331-337. doi:10.1016/j.jad.2012.12.020
99. Chand SP, Marwaha R, Tharao WE. Anxiety. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Доступно за посиланням: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470361/>
100. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, et al. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;394(10194):240-248. doi:10.1016/S0140-6736(19)30934-1
101. Chudzicka-Czupala A, Hapon N, Chiang SK, et al. Depression, anxiety and post-traumatic stress during the 2022 russo-Ukrainian war, a comparison between populations in Poland, Ukraine, and Taiwan. *Sci Rep*. 2023;13:3602. doi:10.1038/s41598-023-28729-3
102. Cloitre M, Hyland P, Prins A, Shevlin M. The International Trauma Questionnaire (ITQ) measures reliable and clinically significant treatment-related change in PTSD and complex PTSD. *Eur J Psychotraumatol*. 2021;12(1):1930960. doi:10.1080/20008198.2021.1930960

103. Coryell W, Young EA. Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2005;66:412-417.
104. Cusack K, Jonas DE, Forneris CA. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2016;43:128-141.
105. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale - preliminary report. *Psychopharmacol Bull*. 1973;9(1):13-28. PMID:4682398
106. Długosz J. High prevalence and risk factors for Acute Stress Disorder among Ukrainian war refugees and displaced persons in 2022. *Psychiatr Pol*. 2024;58(1):1-13. Доступно за посиланням: <https://www.termedia.pl/High-prevalence-and-risk-factors-for-Acute-Stress-Disorder-among-Ukrainian-war-refugees-and-displaced-persons-in-2022,149,54041,1,1.html>
107. Długosz J. Mental health of Ukrainian refugees in Poland: A screening study. *Psychiatr Pol*. 2023;57(1):1-13. Доступно за посиланням: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14737175.2025.2461763>
108. Drysdale AT, Grosenick L, Downar J, et al. Resting-state connectivity biomarkers define neurophysiological subtypes of depression. *Nat Med*. 2017;23(1):28-38. doi:10.1038/nm.4246
109. Fu CH, Steiner H, Costafreda SG. Predictive neural biomarkers of clinical response in depression: A meta-analysis of functional and structural neuroimaging studies of pharmacological and psychological therapies. *Neurobiol Dis*. 2013;52:75-83. doi:10.1016/j.nbd.2012.11.007
110. Gabbard GO. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. 5th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2014. 206 p.
111. Gabbard GO. *Textbook of Psychotherapeutic Treatments*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2009. 198 p.
112. Gabriel M, Sharma V. Antidepressant discontinuation syndrome. *CMAJ*. 2017;189:747.
113. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the

- Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204-1222. doi:10.1016/S0140-6736(20)30925-9
114. Gilbody S, Sheldon T, Wessely S. Should we screen for depression? *BMJ*. 2006;332(7548):1027-1030. doi:10.1136/bmj.332.7548.1027
115. Goto R, Pinchuk I, Kolodezhny O, et al. Mental Health of Adolescents Exposed to the War in Ukraine. *JAMA Pediatr*. 2024;178(5):480-488. doi:10.1001/jamapediatrics.2024.0295
116. Goyal M, Singh S, Sibinga EM, et al. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2014;174(3):357-368. Доступно за посиланням: [https://www.researchgate.net/publication/391034499\\_The\\_role\\_of\\_mind-body\\_practices\\_in\\_managing\\_stress-related\\_disorders](https://www.researchgate.net/publication/391034499_The_role_of_mind-body_practices_in_managing_stress-related_disorders)
117. Greer TL, Kurian BT, Trivedi MH. Defining and measuring functional recovery from depression. *CNS Drugs*. 2010;24(4):267-284.
118. Gurman AS, Messer SB. *Essential Psychotherapies: Theory and Practice*. New York: Guilford; 1995. p. 296-297.
119. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23(1):56-62. doi:10.1136/jnnp.23.1.56
120. Hembree EA, Foa EB. Cognitive behavioral treatments for PTSD. In: *Clinician's guide to posttraumatic stress disorder*. 2010. p. 177-203.
121. Ho GWK, Vang ML, Martsenkovskyi D, et al. Investigating the latent structure of the International Trauma Questionnaire to assess ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD in an adult civilian sample during the Ukraine war. *J Trauma Stress*. 2023;36(4):820-829. doi:10.1002/jts.22943
122. Hopko DR, Lejuez CW, Ruggiero KJ. Contemporary behavioral activation treatments for depression: procedures, principles, and progress. *Clin Psychol Rev*. 2004;23:699-717.
123. Hyland P, Redican E, Karatzias T, Shevlin M. The International Grief Questionnaire (IGQ): A new measure of ICD-11 prolonged grief disorder. *J Trauma Stress*. 2024;37(2):141-153. doi:10.1002/jts.22986

124. Hyland P, Vallières F, Shevlin M, et al. Psychological consequences of war in Ukraine: assessing changes in mental health among Ukrainian parents. *Psychol Med.* 2023;53(15):7466-7468. doi:10.1017/S0033291723000818
125. Iniesta R, Hodgson K, Stahl D, et al. Antidepressant drug-specific prediction of depression treatment outcomes from genetic and clinical variables. *Sci Rep.* 2018;8:5530. doi:10.1038/s41598-018-23584-z
126. Johns Hopkins Medicine. Stress Busters: 4 Integrative Treatments. Доступно за посиланням: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/wellness-and-prevention/stress-busters-4-integrative-treatments>
127. Johnson RJ, Antonaccio O, Botchkovar E, Hobfoll SE. War trauma and PTSD in Ukraine's civilian population: comparing urban-dwelling to internally displaced persons. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2022;57(9):1807-1816. doi:10.1007/s00127-021-02176-9
128. Kalaitzaki A, Goodwin R, Kurapov A, et al. The mental health toll of the Russian-Ukraine war across 11 countries: Cross-sectional data on war-related stressors, PTSD and CPTSD symptoms. *Psychiatry Res.* 2024;342:116248. doi:10.1016/j.psychres.2024.116248
129. Kalin NH. The Critical Relationship Between Anxiety and Depression. *Am J Psychiatry.* 2020;177(5):365-367. doi:10.1176/appi.ajp.2020.20030305
130. Karatzias T, Shevlin M, Ben-Ezra M, et al. War exposure, posttraumatic stress disorder, and complex posttraumatic stress disorder among parents living in Ukraine during the Russian war. *Acta Psychiatr Scand.* 2023;147(3):276-285. doi:10.1111/acps.13529
131. Karstoft KI, Korchakova N, Koushede VJ, et al. (Complex) PTSD in Ukrainian refugees: Prevalence and association with acts of war in the Danish refugee cohort (DARECO). *J Affect Disord.* 2024;366:66-73. doi:10.1016/j.jad.2024.08.170
132. Keitner GI, Heru AM, Glick ID. *Clinical Manual of Couples and Family Therapy.* Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2010. 461 p.
133. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ. *Interpersonal Psychotherapy of Depression.* New York: Basic Books; 1984. p. 34-37.

134. Kornstein SG, Schatzberg AF, Thase ME, Yonkers KA, McCullough JP, Keitner GI, et al. Gender differences in treatment response to sertraline versus imipramine in chronic depression. *Am J Psychiatry*. 2000;157(9):1445-1452. doi:10.1176/appi.ajp.157.9.1445
135. Kostiuk I, Kostiuk M, Kostiuk Y. Clinical Efficacy of Psychotherapeutic Interventions for Post-Traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Review and Analysis. *Diagnostics*. 2024;11(5):579. Доступно за посиланням: <https://www.mdpi.com/2227-9067/11/5/579>
136. Kozhyna H, Korostiy V, Mykhaylov V, Zelenska K, Gaponov K. Depressive disorders in internally displaced persons. *Eur Psychiatry*. 2018;26:537-538. (EV0265)
137. Kozhyna H, Stebliuk V, Asieieva Y, Zelenska K, Pronoza-Stebliuk K. A comprehensive approach to medical-psychological support for service women in modern Ukraine. *Wiadomości Lekarskie*. 2023;76(1):131-135.
138. Krishnan KR. Monoamine oxidase inhibitors. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB, editors. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology*. 4th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2009. p. 389-401.
139. Kurapov A, Kalaitzaki A, Keller V, et al. The mental health impact of the ongoing Russian-Ukrainian war 6 months after the Russian invasion of Ukraine. *Front Psychiatry*. 2023;14:1134780. doi:10.3389/fpsy.2023.1134780
140. Lee DJ, Schnitzlein CW, Wolf JP, Vythilingam M, Rasmusson AM, Hoge CW. Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments. *Depress Anxiety*. 2016:792-806.
141. Lee MA, Flegel P, Greden JF. Anxiogenic effects of caffeine on panic and depressed patients. *Am J Psychiatry*. 1988;145:632-635.
142. Levin Y, Ben-Ezra M, Hamama-Raz Y, et al. The Ukraine-Russia war: A symptoms network of complex posttraumatic stress disorder during continuous traumatic stress. *Psychol Trauma*. 2024;16(7):1110-1118. doi:10.1037/tra0001522

143. Liebowitz MR, Gelenberg AJ, Munjack D. Venlafaxine extended release vs placebo and paroxetine in social anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:190-198.
144. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder. New York: Guilford; 1993. p. 168-169.
145. Liu J, Liu Y, Ma W, et al. Temporal and spatial trend analysis of all-cause depression burden based on Global Burden of Disease (GBD) 2019 study. *Sci Rep*. 2024;14:12346. doi:10.1038/s41598-024-62381-9
146. Liu Q, He H, Yang J, et al. Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *J Psychiatr Res*. 2020;126:134-140. doi:10.1016/j.jpsychires.2019.08.002
147. Lorenzo-Luaces L, Driessen E, DeRubeis RJ, et al. Moderation of the alliance-outcome association by prior depressive episodes: differential effects in cognitive-behavioral therapy and short-term psychodynamic supportive psychotherapy. *Behav Ther*. 2017;48(5):581-595. doi:10.1016/j.beth.2016.11.011
148. Lotzin A, Morozova-Larina O, Paschenko S, et al. War-related stressors and ICD-11 (complex) post-traumatic stress disorders in Ukrainian students living in Kyiv during the Russian-Ukrainian war. *Psychiatry Res*. 2023;330:115561. doi:10.1016/j.psychres.2023.115561
149. Lushchak O, Velykodna M, Bolman S, et al. Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion: a nationwide cross-sectional study. *Lancet Reg Health Eur*. 2023;36:100773. doi:10.1016/j.lanep.2023.100773
150. Luxton DD, Skopp NA, Maguen S. Gender differences in depression and PTSD symptoms following combat exposure. *Depress Anxiety*. 2010:27-33.
151. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018;392(10161):2299-2312. doi:10.1016/S0140-6736(18)31948-2
152. Marcia JE. Life transitions and stress in the context of psychosocial development. In: *Handbook of stressful transitions across the lifespan*. New York: Springer; 2016. p. 19-34.

153. Martsenkovskiy D. Mental health in Ukraine in 2023: representative study of mental disorders prevalence among adult population. *Eur Psychiatry*. 2024;67(1):e27. doi:10.1192/j.eurpsy.2024.12
154. Martsenkovskiy D, Karatzias T, Hyland P, et al. Psychological consequences of war in Ukraine: assessing changes in mental health among Ukrainian parents. *Psychol Med*. 2023;53(15):7466-7468. doi:10.1017/S0033291723000818
155. Martsenkovskiy D, Karatzias T, Hyland P, et al. Parent-reported posttraumatic stress reactions in children and adolescents: Findings from the mental health of parents and children in Ukraine study. *Psychol Trauma*. 2023. doi:10.1037/tra0001583
156. Maruta NO, Panko TV, Fedchenko VY, Yavdak IO, Semikina OE. Mental disorders in internally displaced persons: clinical features, therapy, prevention. *Eur Psychiatry*. 2024;67(S1):S166-S167.
157. Mash HBH, et al. Predictors of suicide attempt within 30 days of first medically documented major depression diagnosis in U.S. army soldiers with no prior suicidal ideation. *BMC Psychiatry*. 2023;23(1):392. Доступно за посиланням: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10239190/>
158. McElroy E, Hyland P, Vallières F, et al. Change in child mental health during the Ukraine War: Evidence from a large sample of parents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024;33(5):1495-1502. doi:10.1007/s00787-023-02255-z
159. McGrath CL, Kelley ME, Holtzheimer PE, et al. Toward a neuroimaging treatment selection biomarker for major depressive disorder. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(8):821-829. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.143
160. McWilliams N. *Psychoanalytic Psychotherapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford; 2004.
161. Mendes FdCdO. Non-pharmacological strategies to reduce stress and anxiety. *J Clin Nurs*. 2024;33(5):2523-2534. Доступно за посиланням: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10960161/>
162. *Mental Disorders*. 5th Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. 427 p.

163. Montgomery SA, Åsberg M. A New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change. *Br J Psychiatry*. 1979;134(4):382-389. doi:10.1192/bjp.134.4.382
164. Mysliwiec V, McGraw L, Pierce R, et al. Sleep disorders and associated medical comorbidities in active duty military personnel. *Sleep*. 2013;36(2):167-174. doi:10.5665/sleep.2364
165. O'Reardon JP, Thase ME, Papacostas GI. Pharmacologic and therapeutic strategies in treatment-resistant depression. *CNS Spectr*. 2009;4:1-16.
166. Osokina O, Silwal S, Bohdanova T, et al. Impact of the Russian Invasion on Mental Health of Adolescents in Ukraine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2023;62(3):335-343. doi:10.1016/j.jaac.2022.07.845
167. Parker G, Brotchie H. Gender differences in depression. *Int Rev Psychiatry*. 2010;22(5):429-436. doi:10.3109/09540261.2010.492391
168. Patel R, Lloyd T, Jackson R, et al. Mood instability is a common feature of mental health disorders and is associated with poor clinical outcomes. *BMJ Open*. 2015;5(5):e007504. doi:10.1136/bmjopen-2014-007504
169. Pavlova I, Graf-Vlachy L, Petrytsa P, Wang S, Zhang SX. Early evidence on the mental health of Ukrainian civilian and professional combatants during the Russian invasion. *Eur Psychiatry*. 2022;65(1):e79. doi:10.1192/j.eurpsy.2022.2335
170. Poudel-Tandukar K, Davis C, Mosijchuk Y, et al. Social and emotional well-being intervention to reduce stress, anxiety, and depression among Ukrainian refugees resettled in Massachusetts. *Int J Soc Psychiatry*. 2024;70(8):1461-1469. doi:10.1177/00207640241270870
171. Prib HA, Beheza LE, Raievska YM, Lapinska TV, Markov AR, Markova MV. Psycho-Emotional Burnout of the Personality in the Conditions of War. *J Intellect Disabil Diagn Treat*. 2023;11(1). doi:10.6000/2292-2598.2023.11.01.5
172. Prykhodko I, Kolesnichenko O, Matsehora Y, Aleshchenko V, Kovalchuk O, Matsevko T, et al. Effects of posttraumatic stress and combat losses on the combatants' resilience. *Československá Psychologie*. 2022;66(2):157-169. Доступно за посиланням: <https://ceskoslovenskapsychologie.cz/index.php/csps/article/view/84>

173. Raccanello D, et al. Coping and emotions of global higher education students to the Ukraine war worldwide. *Sci Rep.* 2024;14(1):8561. Доступно за посиланням: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11014932/>
174. Rayner L, Price A, Evans A, et al. Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: systematic review and meta-analysis. *Palliat Med.* 2011;25(1):36-51.
175. Redican E, Sachser C, Pfeiffer E, et al. Development and validation of the caregiver-report version of the international depression questionnaire (IDQ-CG) and international anxiety questionnaire (IAQ-CG). *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2024. doi:10.1007/s00787-024-02495-7
176. Rehm J, Shield KD. Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21:10. doi:10.1007/s11920-019-0997-0
177. Roberts TA, Bisson JI, Brewin CR. Gender differences in PTSD symptoms and mental health service use in warzone-affected populations: A systematic review. *J Trauma Stress.* 2022;35(4):1030-1043. doi:10.1002/jts.22792
178. Roth M, et al. Depression and Anxiety as Mediators of PTSD Symptom Clusters and Pain in Treatment-Seeking Canadian Forces Members and Veterans. *Mil Med.* 2023;188(5-6):e1150-e1155. Доступно за посиланням: <https://academic.oup.com/milmed/article/188/5-6/e1150/6489129>
179. Rzońca P, Podgórski M, Łazarewicz M, et al. The prevalence and determinants of PTSD, anxiety, and depression in Ukrainian civilian physicians and paramedics in wartime: An observational cross-sectional study six months after outbreak. *Psychiatry Res.* 2024;334:115836. doi:10.1016/j.psychres.2024.115836
180. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull.* 2017;143(8):783-822. doi:10.1037/bul0000102
181. Secretary-General UN. Peace and Security. *Bull United Nations.* New York: UN; 2020. 36 p. Доступно за посиланням: <https://www.un.org/ru/sections/un-charter/preamble/index.html>

182. Segal A, et al. Changes in the dynamic network structure of PTSD symptoms pre-to-post combat. *Psychol Med.* 2020;50(5). Доступно за посиланням: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7690054/>
183. Shelef L, Rabbany JM, et al. The Role of Past Suicidal Behavior on Current Suicidality: A Retrospective Study in the Israeli Military. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(2):64. Доступно за посиланням: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33466594/>
184. Shevlin M, Hyland P, Vallières F, et al. A comparison of DSM-5 and ICD-11 PTSD prevalence, comorbidity and disability: An analysis of the Ukrainian Internally Displaced Person's Mental Health Survey. *Acta Psychiatr Scand.* 2018;137(2):138-147. doi:10.1111/acps.12840
185. Skokauskas N, Chonia T, Van Voren R. Mental health services in Ukraine during the early phases of the 2022 Russian invasion. *Br J Psychiatry.* 2023;222(2):82-84. doi:10.1192/bjp.2022.172
186. Smith-MacDonald L, et al. Moving Forward from Moral Injury: A Mixed Methods Study Investigating the Use of 3MDR for Treatment-Resistant PTSD. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(7):5415. Доступно за посиланням: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10094650/>
187. Stieger S, et al. Examining terror management theory in Ukraine: impact of air-raid alarms and explosions on mental health, somatic symptoms, and well-being. *Front Psychiatry.* 2023;14:1244335. Доступно за посиланням: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10644072/>
188. Strawbridge R, Young AH, Cleare AJ. Biomarkers for depression: recent insights, current challenges and future prospects. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2017;13:1245-1262. doi:10.2147/NDT.S114542
189. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2014. p. 137-138.
190. Trivedi MH, McGrath PJ, Fava M, et al. Establishing moderators and biosignatures of antidepressant response in clinical care (EMBARC): Rationale and design. *J Psychiatr Res.* 2016;78:11-23. doi:10.1016/j.jpsychires.2016.03.001

191. Tytarenko T, Hapon NP, Hrabovska SL, Hrebin NV. Person's life changing after trauma: a narrative analysis. In: *Personality in society: psychological mechanisms of activity*. Lviv-Toruń: Liha-Pres; 2020. p. 139-154.
192. Uher R, Tansey KE, Dew T, et al. An inflammatory biomarker as a differential predictor of outcome of depression treatment with escitalopram and nortriptyline. *Am J Psychiatry*. 2014;171(12):1278-1286. doi:10.1176/appi.ajp.2014.14010094
193. Utevska O, Gorpynchenko M, Kolyadko S, Maruta N, Linskiy I, Atramentova L. Population frequency and risk factors for depression in Eastern Ukraine. *J VN Karazin Kharkiv Natl Univ Ser Biol*. 2020;35:64-73. doi:10.26565/2075-5457-2020-35-7
194. Valladares-Garrido MJ, et al. Depression and anxiety in peruvian military personnel during the pandemic context: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2023;23(1):691. Доступно за посиланням: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37055833/>
195. Venger O, Mysula Y, Oliynyk O, Striepetova O, Kulivets O. Structure and features of psychopathological symptoms in forced migrants and internally displaced persons. *Wiadomości Lekarskie*. 2024;77(2):225-233.
196. Weinberger AH, McKee SA, Mazure CM. Inclusion of women and gender-specific analyses in randomized clinical trials of treatments for depression. *J Womens Health*. 2010;19(9):1727-1732. doi:10.1089/jwh.2009.1784
197. Weissman AA, Levy BT, Hartz AJ. Pooled analysis of Antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1066-1078.
198. Williams LM. Precision psychiatry: a neural circuit taxonomy for depression and anxiety. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(5):472-480. doi:10.1016/S2215-0366(15)00579-9
199. World Health Organization. *Scaling up mental health services within the PHC approach: Lessons from the WHO European Region*. 2024. Доступно за посиланням:

[https://www.researchgate.net/publication/390660990\\_Scaling\\_up\\_mental\\_health\\_services\\_within\\_the\\_PHC\\_approach\\_Lessons\\_from\\_the\\_WHO\\_European\\_Region](https://www.researchgate.net/publication/390660990_Scaling_up_mental_health_services_within_the_PHC_approach_Lessons_from_the_WHO_European_Region)

200. World Health Organization. Scaling-up mental health and psychosocial services in war-affected regions: best practices from Ukraine. 2022. Доступно за посиланням: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/scaling-up-mental-health-and-psychosocial-services-in-war-affected-regions--best-practices-from-ukraine>

201. Xian HU, Yuzhang ZHU, Feng WU. Clinical effect of escitalopram combined with mental intervention in the treatment of patients with somatoform disorders. *J Clin Med Pract.* 2013;9:17.

202. Zasiékina L, Duchyminska T, Bifulco A, Bignardi G. Post-traumatic Stress Disorder and Moral Injury Among Ukrainian Civilians During the Ongoing War. *J Community Health.* 2023;48(5):784-792. Доступно за посиланням: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10148618/>

203. Zasiékina L, Duchyminska T, Bifulco A, Bignardi G. War trauma impacts in Ukrainian combat and civilian populations: Moral injury and associated mental health symptoms. *Mil Psychol.* 2024;36(5):555-566. doi:10.1080/08995605.2023.2235256

204. Zhang B, Wang Q, Wu S, Xu Y, Zhou Y, Chen L, et al. Effect of acceptance and commitment therapy for depressive disorders: a meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry.* 2023;22(1):31. doi:10.1186/s12991-023-00462-1

## СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

**Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації**

10. Немченко А.О. Гендерна специфіка клініко-психопатологічної картини афективних розладів в сучасних умовах // Медицина сьогодні і завтра. 2025;94(1): С. 21-29 <https://doi.org/10.35339/msz.2025.94.1.nem>
11. Немченко А.О. Гендерно обумовлений підхід до терапії афективних розладів в умовах війни // Експериментальна і клінічна медицина. 2025;94(1). С. 17 - 22 <https://doi.org/10.35339/ekm.2025.94.1.nem>
12. Кожина Г.М., Немченко А.О. Психосвітні інтервенції в персоніфікованій терапії депресивних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій // Український вісник психоневрології. 2025. Том 33, випуск 2 (123). С. 21 – 25 DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is2-2025-4>

**Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації**

13. Литвиненко В.В., **Немченко А.О.** Клініко-психопатологічні гендерні особливості афективних розладів в умовах сучасної України. // Науковий простір: актуальні питання, досягнення та інновації: збірник наукових праць з матеріалами ІХ Міжнародної наукової конференції, м. Вінниця, 23 травня, 2025 р. / Міжнародний центр наукових досліджень. – Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп, 2025. – 728 с: 625-626. *(автором особисто запропоновано ідею роботи, проаналізовано емпіричний матеріал)*
14. Litvinenko V., **Nemchenko A.** Gender specificities of the clinical picture of affective disorders in modern conditions // Modern science and innovation: trends, challenges, and breakthroughs: collection of scientific papers «SCIENTIA» with Proceedings of the I International Scientific and Theoretical Conference, May 23, 2025. New York, USA: International Center of Scientific Research: 311-312. *(дисертанткою особисто проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали)*

### **Апробація результатів дисертації.**

Основні положення дисертаційної роботи оприлюднено та обговорено на наступних наукових форумах, конференціях: науково-практичної конференції студентів, молодих вчених та лікарів Kharkiv international annual scientific meeting (KhIASM'21) (Харків, 12-14.05.2021); ІХ міжнародної наукової конференції «Науковий простір: актуальні питання, досягнення та інновації» (Вінниця, 23.05.2025); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Алгоритми діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів з розладами ментального здоров'я під час війни» (в режимі on-line, 29-30.05.2025,); I International Scientific and Theoretical Conference «Modern science and innovation: trends, challenges, and breakthroughs» (New York, USA 23.05.2025).

**«ЗАТВЕРДЖУЮ»**

Генеральний директор  
Університетської лікарні  
Харківського національного  
медичного університету  
Сінько Є.О.

«06» 06 2025р.

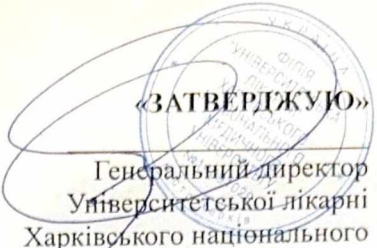
### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): Метод персоналізованої терапії депресивних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій.
2. Ким і коли запропонований: кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, 2025 рік
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): Кожина Г.М., Немченко А.О. Психосвітні інтервенції в персоналізованій терапії депресивних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій / Український вісник психоневрології Том 33, № 1 (123)
4. Де і коли введено: Університетська лікарня ХНМУ, 2025 р.
5. Результати застосування методу за період 2025 р.: покращення терапії депресивних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3): введення у лікувальну діяльність для покращення терапії депресивних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій та зменшення афективних розладів.
7. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний(і) за впровадження: директор Центру ментального (психічного) здоров'я Університетської лікарні ХНМУ, д.мед.н., професор В.І. Коростій

06. 06. 2025  
(дата)

Є.О. Сінько  
(підпис)


  
**«ЗАТВЕРДЖУЮ»**  
 Генеральний директор  
 Університетської лікарні  
 Харківського національного  
 медичного університету  
 Сінько Є.О.  
 «06» 06 2025 р.

### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): Метод діагностики афективних розладів в умовах сучасної України з урахуванням гендерних особливостей.
2. Ким і коли запропонований: кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, 2025 рік
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): Литвиненко В.В., Немченко А.О. Клініко-психопатологічні гендерні особливості афективних розладів в умовах сучасної України. // Науковий простір: актуальні питання, досягнення та інновації: збірник наукових праць з матеріалами ІХ Міжнародної наукової конференції, м. Вінниця, 23 травня, 2025 р. / Міжнародний центр наукових досліджень. – Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп, 2025. – 728 с: 625-626.
4. Де і коли впроваджено: Університетська лікарня ХНМУ, 2025 р.
5. Результати застосування методу за період 2025 р.: покращення діагностики афективних розладів в умовах сучасної України
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3): введення у лікувальну діяльність для покращення діагностики афективних розладів в умовах сучасної України та зменшення афективних розладів.
7. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний(і) за впровадження: директор Центру ментального (психічного) здоров'я Університетської лікарні ХНМУ, д.мед.н., професор В.І. Коростій

06.06.2025  
(дата)

  
(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Генеральний директор  
Університетської лікарні  
Харківського національного  
медичного університету  
Сінько Є.О.

«06» / 06 2025 р.

### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): Метод діагностики гендерних особливостей афективних розладів в сучасних умовах.
2. Ким і коли запропонований: кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, 2025 рік
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): Litvinenko V., Nemchenko A. Gender specificities of the clinical picture of affective disorders in modern conditions // Modern science and innovation: trends, challenges, and breakthroughs: collection of scientific papers «SCIENTIA» with Proceedings of the I International Scientific and Theoretical Conference, May 23, 2025. New York, USA: International Center of Scientific Research: 311-312.
4. Де і коли введено: Університетська лікарня ХНМУ, 2025 р.
5. Результати застосування методу за період 2025 р.: покращання діагностики гендерних особливостей афективних розладів.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3): введення у лікувальну діяльність для покращання діагностики гендерних особливостей афективних розладів та зменшення афективних розладів.
7. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний(і) за впровадження: директор Центру ментального (психічного) здоров'я Університетської лікарні ХНМУ, д.мед.н., професор В.І. Коростій

06.06.2025  
(дата)

[Підпис]  
(підпис)



**ЗАТВЕРДЖУЮ»**  
 Директор ДУ «Інститут неврології,  
 психіатрії та наркології  
 ім. П.В. Волошина НАМН України»  
 професор, д.мед.н. Лінський І.В.

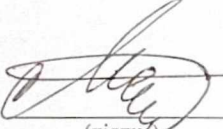
«04» 06 2015 р.

### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): Метод персоналізованої терапії депресивних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій.
2. Ким і коли запропонований: кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, 2025 рік
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): Кожина Г.М., Немченко А.О. Психосвітні інтервенції в персоналізованій терапії депресивних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій / Український вісник психоневрології Том 33, № 1 (123)
4. Де і коли введено: ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології ім. П.В. Волошина НАМН України», 2025 р.
5. Результати застосування методу за період 2025 р.: покращання терапії депресивних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3): введення у лікувальну діяльність для покращення терапії депресивних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій та зменшення афективних розладів.
7. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний(і) за впровадження:

04.06.2015  
 (дата)

  
 (підпис)


  
 «ЗАТВЕРДЖУЮ»
   
 Директор ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології»
   
 ім. П.В. Волошина НАМН України»
   
 професор, д.мед.н. Лінський І.В.

«04» 06 2015 р.

### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): Метод діагностики гендерних особливостей афективних розладів в сучасних умовах.
2. Ким і коли запропонований: кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, 2025 рік
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): Litvinenko V., Nemchenko A. Gender specificities of the clinical picture of affective disorders in modern conditions // Modern science and innovation: trends, challenges, and breakthroughs: collection of scientific papers «SCIENTIA» with Proceedings of the I International Scientific and Theoretical Conference, May 23, 2025. New York, USA: International Center of Scientific Research: 311-312.
4. Де і коли введено: ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології ім. П.В. Волошина НАМН України», 2025 р.
5. Результати застосування методу за період 2025 р.: покращання діагностики гендерних особливостей афективних розладів.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3): введення у лікувальну діяльність для покращення діагностики гендерних особливостей афективних розладів та зменшення афективних розладів.
7. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний(і) за впровадження:

04.06.2015

(дата)

  
 (підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор ДУ «Інститут неврології,  
психіатрії та наркології  
ім. П.В. Волошина НАМН України»  
професор, д. мед. н. Дінський І.В.

04.06.2025р.


АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод, профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): Метод діагностики афективних розладів в умовах сучасної України з урахуванням гендерних особливостей.
2. Ким і коли запропонований: кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, 2025 рік
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): Литвиненко В.В., Немченко А.О. Клініко-психопатологічні гендерні особливості афективних розладів в умовах сучасної України. // Науковий простір: актуальні питання, досягнення та інновації: збірник наукових праць з матеріалами ІХ Міжнародної наукової конференції, м. Вінниця, 23 травня, 2025 р. / Міжнародний центр наукових досліджень. – Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп, 2025. – 728 с: 625-626.
4. Де і коли введено: ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології ім. П.В. Волошина НАМН України», 2025 р.
5. Результати застосування методу за період 2025 р.: покращення діагностики афективних розладів в умовах сучасної України
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3): введення у лікувальну діяльність для покращення діагностики афективних розладів в умовах сучасної України та зменшення афективних розладів.
7. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний(і) за впровадження:

04.06.2025

(дата)

  
(підпис)


**«ЗАТВЕРДЖУЮ»**  
 Директор КНП ХОР  
 «Обласна клінічна наркологічна лікарня»  
 Слюсар В.В.  
 «17» 05 2025р.

### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): Метод персоналізованої терапії депресивних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій.
2. Ким і коли запропонований: кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, 2025 рік
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): Кожина Г.М., Немченко А.О. Психосвітні інтервенції в персоналізованій терапії депресивних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій / Український вісник психоневрології Том 33, № 1 (123)
4. Де і коли введено: КНП ХОР «Обласна клінічна наркологічна лікарня», 2025 р.
5. Результати застосування методу за період 2025 р.: покращання терапії депресивних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3): введення у лікувальну діяльність для покращення терапії депресивних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій та зменшення афективних розладів.
7. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний(і) за впровадження:

17.05.2025  
(дата)

  
(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
  
 Директор КНП ХОР  
 «Обласна клінічна наркологічна лікарня»  
 Слюсар В.В.  
  
 «17.05.2025 р.»

### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): Метод діагностики гендерних особливостей афективних розладів в сучасних умовах.
2. Ким і коли запропонований: кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, 2025 рік
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): Litvinenko V., Nemchenko A. Gender specificities of the clinical picture of affective disorders in modern conditions // Modern science and innovation: trends, challenges, and breakthroughs: collection of scientific papers «SCIENTIA» with Proceedings of the I International Scientific and Theoretical Conference, May 23, 2025. New York, USA: International Center of Scientific Research: 311-312.
4. Де і коли введено: КНП ХОР «Обласна клінічна наркологічна лікарня», 2025 р.
5. Результати застосування методу за період 2025 р.: покращання діагностики гендерних особливостей афективних розладів.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3): введення у лікувальну діяльність для покращення діагностики гендерних особливостей афективних розладів та зменшення афективних розладів.
7. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний(і) за впровадження:

17.05.2025  
 (дата)

  
 (підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»  
 В.С.  
 Директор КНП ХОР  
 «Обласна клінічна наркологічна лікарня»  
 Слюсар В.В.

17 » 05 2015 р.

### АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): Метод діагностики афективних розладів в умовах сучасної України з урахуванням гендерних особливостей.
2. Ким і коли запропонований: кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, 2025 рік
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): Литвиненко В.В., Немченко А.О. Клініко-психопатологічні гендерні особливості афективних розладів в умовах сучасної України. // Науковий простір: актуальні питання, досягнення та інновації: збірник наукових праць з матеріалами ІХ Міжнародної наукової конференції, м. Вінниця, 23 травня, 2025 р. / Міжнародний центр наукових досліджень. – Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп, 2025. – 728 с: 625-626.
4. Де і коли впроваджено: КНП ХОР «Обласна клінічна наркологічна лікарня», 2025 р.
5. Результати застосування методу за період 2025 р.: покращення діагностики афективних розладів в умовах сучасної України
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3): введення у лікувальну діяльність для покращення діагностики афективних розладів в умовах сучасної України та зменшення афективних розладів.
7. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний(і) за впровадження:

17. 05. 2015  
 (дата)

[Підпис]  
 (підпис)



ЗАТВЕРДЖУЮ

В. 0, директора КНП СОР  
«Сумський обласний клінічний  
госпіталь ветеранів війни»  
Гнесса САВЕНКО

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): Метод діагностики афективних розладів в умовах сучасної України з урахуванням гендерних особливостей.
2. Ким і коли запропонований: кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, 2025 рік
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): Литвиненко В.В., Немченко А.О. Клініко-психопатологічні гендерні особливості афективних розладів в умовах сучасної України. // Науковий простір: актуальні питання, досягнення та інновації: збірник наукових праць з матеріалами ІХ Міжнародної наукової конференції, м. Вінниця, 23 травня, 2025 р. / Міжнародний центр наукових досліджень. – Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп, 2025. – 728 с: 625-626.
4. Де і коли введено: КНП СОР «Сумський обласний клінічний госпіталь ветеранів війни», 2025 р.
5. Результати застосування методу за період 2025 р.: покращення діагностики афективних розладів в умовах сучасної України
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3): введення у лікувальну діяльність для покращення діагностики афективних розладів в умовах сучасної України та зменшення афективних розладів.
7. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний(і) за впровадження: В. А. Сухарева

\_\_\_\_\_  
(дата)\_\_\_\_\_  
(підпис)

ЗАТВЕРДЖУЮ

В. о. директора КНП СОР  
«Сумський обласний клінічний  
госпіталь ветеранів війни»  
Інесса САВЕНКО

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): Метод діагностики гендерних особливостей афективних розладів в сучасних умовах.
2. Ким і коли запропонований: кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, 2025 рік
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): Litvinenko V., Nemchenko A. Gender specificities of the clinical picture of affective disorders in modern conditions // Modern science and innovation: trends, challenges, and breakthroughs: collection of scientific papers «SCIENTIA» with Proceedings of the I International Scientific and Theoretical Conference, May 23, 2025. New York, USA: International Center of Scientific Research: 311-312.
4. Де і коли впроваджено: КНП СОР «Сумський обласний клінічний госпіталь ветеранів війни», 2025 р.
5. Результати застосування методу за період 2025 р.: покращання діагностики гендерних особливостей афективних розладів.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3): введення у лікувальну діяльність для покращення діагностики гендерних особливостей афективних розладів та зменшення афективних розладів.
7. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний(і) за впровадження: В. А. Сухарева

\_\_\_\_\_  
(дата)\_\_\_\_\_  
(підпис)

ЗАТВЕРДЖУЮ

В. о. директора КНП СОР  
«Сумський обласний клінічний  
госпіталь ветеранів війни»  
Інесса САВЕНКО

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

## АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): Метод персоналізованої терапії депресивних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій.
2. Ким і коли запропонований: кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, 2025 рік
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): Кожина Г.М., Немченко А.О. Психосвітні інтервенції в персоналізованій терапії депресивних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій / Український вісник психоневрології Том 33, № 1 (123)
4. Де і коли впроваджено: КНП СОР «Сумський обласний клінічний госпіталь ветеранів війни», 2025 р.
5. Результати застосування методу за період 2025 р.: покращання терапії депресивних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3): введення у лікувальну діяльність для покращення терапії депресивних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій та зменшення афективних розладів.
7. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний(і) за впровадження: В. А. Сухарева

\_\_\_\_\_  
(дата)
  
\_\_\_\_\_  
(підпис)

Онлайн сервіс створення та перевірки кваліфікованого та удосконаленого електронного підпису

ПРОТОКОЛ

створення та перевірки кваліфікованого та удосконаленого електронного підпису

Дата та час: 16:01:42 23.06.2025

Назва файлу з підписом: Дисертація Немченко (2).pdf

Розмір файлу з підписом: 4.5 МБ

Назва файлу без підпису: Дисертація Немченко (2).verified.pdf

Розмір файлу без підпису: 4.5 МБ

Результат перевірки підпису: Підпис створено та перевірено успішно. Цілісність даних підтверджено

Підписувач: НЕМЧЕНКО АННА ОЛЕГІВНА

П.І.Б.: НЕМЧЕНКО АННА ОЛЕГІВНА

Країна: Україна

РНОКПП: 3504110563

Організація (установа): ФІЗИЧНА ОСОБА

Час підпису (підтверджено кваліфікованою позначкою часу для підпису від Надавача): 11:40:11 23.06.2025

Сертифікат виданий: КНЕДП АЦСК АТ КБ "ПРИВАТБАНК"

Серійний номер: 5E984D526F82F38F040000001E59D20102FB6706

Тип носія особистого ключа: Незахищений

Алгоритм підпису: ДСТУ 4145

Тип підпису: Удосконалений

Тип контейнера: Підписаний PDF-файл (PAdES)

Формат підпису: З повними даними для перевірки (PAdES-B-LT)

Сертифікат: Кваліфікований

Версія від: 2025.01.15 13:00