

Б. М. Сумарюк, О. С. Юрценюк

**КЛІНІКО-ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НЕВРОТИЧНИХ
І СТРЕС-АСОЦІЙОВАНИХ РОЗЛАДІВ У ВОЛОНТЕРІВ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ**

B. M. Sumariuk, O. S. Yurtsenyuk

**CLINICAL AND PSYCHODIAGNOSTIC FEATURES OF NEUROTIC AND STRESS-RELATED DISORDERS
IN VOLUNTEERS AND THEIR CORRECTION**

Ключові слова: волонтери, психічне здоров'я, психосоціальна підтримка, тривога, депресія, ПСТР, стрес, війна, фармакологічне лікування, психопатологічна симптоматика

Keywords: volunteers, mental health, psychosocial support, anxiety, depression, stress, war, pharmacological treatment, psychopathological symptoms

У період повномасштабної війни в Україні особливого значення набуває вивчення психічного здоров'я волонтерів, які перебувають під тривалим впливом стресових чинників. Дослідження було спрямоване на визначення клініко-психодіагностичних проявів невротичних і стрес-асоційованих розладів та оцінювання ефективності лікувально-психосоціальної програми корекції. У дослідженні взяли участь 288 волонтерів віком від 18 до 60 років, яких було поділено на експериментальну групу, що отримувала програму «Управління проблемами+» у поєднанні з фармакологічним лікуванням, контрольну групу зі медикаментозною терапією та референтну групу без психічних розладів. Діагнози підтверджували клініко-психопатологічним методом відповідно до МКХ-10 та НК 025:2021. Психодіагностичне оцінювання проводили за шкалами SCL-90-R (Symptom Checklist-90 Revised), HAM-D (Hamilton Depression Rating Scale), HAM-A (Hamilton Anxiety Rating Scale) та HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) до програми, після неї та через три місяці. Учасники експериментальної групи продемонстрували достовірне зниження рівня тривоги, депресії та соматизації, тоді як у контрольній групі зміни були менш вираженими. Через три місяці ефект програми зберігався, а показники експериментальної групи не відрізнялися від референтної. Отримані результати підтверджують доцільність впровадження комплексних програм психосоціальної підтримки для збереження психічного здоров'я волонтерів в умовах війни. Подальші дослідження мають бути спрямовані на довготривале спостереження та оцінювання ефективності різних форматів інтервенцій.

During the period of full-scale war in Ukraine, the study of volunteers' mental health has gained special importance, as they are exposed to prolonged traumatic stress. This study aimed to identify the clinical and psychodiagnostic features of neurotic and stress-related disorders in volunteers and to evaluate the effectiveness of a treatment and psychosocial correction program. A total of 288 volunteers aged 18 to 60 years participated in the study. They were divided into an experimental group, which received the "Problem Management Plus" program combined with pharmacotherapy, a control group that underwent pharmacotherapy treatment, and a reference group without mental disorders. Diagnoses were verified by the clinical-psychopathological method according to ICD-10 and the Ukrainian National Classifier of Diseases NK 025:2021. Psychodiagnostic assessment was performed using SCL-90-R (Symptom Checklist-90 Revised), HAM-D (Hamilton Depression Rating Scale), HAM-A (Hamilton Anxiety Rating Scale), and HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) before the program, immediately after it, and three months later. The experimental group demonstrated a significant reduction in anxiety, depression, and somatization scores, while the control group showed less pronounced changes. Three months later, the effect of the program was preserved, and the results in the experimental group did not differ from those in the reference group. These findings confirm the effectiveness of comprehensive psychosocial support programs in maintaining the mental health of volunteers under conditions of war-related stress. Further studies should focus on long-term follow-up and evaluation of different intervention formats.

У період повномасштабного вторгнення російської федерації в Україну суттєво зростає кількість осіб, які потребують допомоги у сфері психічного здоров'я. За дев'ять місяців 2024 року на первинний рівень медичної допомоги — до сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів — з питань психічного здоров'я звернулися 353 049 пацієнтів, що більш ніж утричі перевищує кількість звернень за аналогічний період 2023 року [1].

Найчастішими причинами звернень були:

— відчуття тривоги, нервозності або напруженості — 150 236 пацієнтів;

— порушення сну — 98 043;
— психологічні симптоми іншого характеру — 58 605;
— пригнічений настрій — 20 707;
— дитячі поведінкові чи психологічні скарги — 15 177;
— гостра реакція на стрес — 14 531;
— порушення пам'яті — 12 981;
— зловживання тютюном — 10 172;
— роздратованість чи підвищена агресивність — 6 531;
— прояви, пов'язані зі старістю, — 6 324 [1].

На кінець червня 2024 року в Електронній системі охорони здоров'я було зареєстровано 27 544 українці

із діагнозом посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), з них 8 888 — з уперше встановленим саме 2024 року [2].

Отже, постійний вплив воєнних подій негативно відображається на психічному добробуті населення України. Особливої уваги потребують ті, хто безпосередньо надає допомогу постраждалим унаслідок війни. У таких осіб, зокрема у волонтерів, підвищується ризик розвитку невротичних та стрес-асоційованих розладів через дію тривалого травматичного чинника.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), близько 22 % осіб, які пережили війну чи інший збройний конфлікт протягом останніх 10 років, мають ризик розвитку депресії, тривожного розладу, ПТСР або інших психічних порушень [3].

Це підтверджує нагальну потребу розроблення та впровадження програм психосоціальної підтримки й лікування, спрямованих на збереження психічного здоров'я, зокрема серед волонтерів.

Метою дослідження було вивчення клініко-психодіагностичних особливостей невротичних і стрес-асоційованих розладів у волонтерів та оцінка ефективності лікувально-психосоціальної програми їх корекції.

У дослідженні взяли участь 288 волонтерів, залучених до надання гуманітарної допомоги під час російсько-української війни. Вибірка охоплювала осіб віком від 18 до 60 років із різним рівнем досвіду волонтерської діяльності. Було сформовано три групи:

Експериментальна група (ЕГ) — волонтери з невротичними та стрес-асоційованими психічними розладами, які проходили розроблену нами лікувально-психосоціальну програму корекції ($n = 40$).

Контрольна група (КГ) — волонтери з аналогічними розладами, які отримували фармакологічне лікування ($n = 42$).

Референтна група (РГ) — волонтери без ознак невротичних та стрес-асоційованих розладів ($n = 206$).

Критерії включення:

— участь у волонтерській діяльності;

— вік від 18 до 60 років;

— наявність невротичного або стрес-асоційованого розладу, що відповідає критеріям МКХ-10 рубриці F40 — F48 «Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади»;

— надання інформованої згоди.

Критерії виключення:

— наявність діагностованого психічного розладу чи залежності від психоактивних речовин відповідно до МКХ-10 до моменту дослідження;

— статус дійового чи демобілізованого військово-вслужбовця;

— органічні ураження головного мозку;

— участь в інших наукових дослідженнях на момент відбору.

Для підтвердження наявності невротичних та стрес-асоційованих розладів усі волонтери проходили консультацію лікаря-психіатра на базі Центрів

психічного здоров'я КНП «Міська поліклініка № 1», КНП «Міська поліклініка № 2» та КНП «Центральна міська клінічна лікарня» Чернівецької міської ради.

Було застосовано клініко-психопатологічний метод діагностики, відповідно до критеріїв МКХ-10 та Класифікатора хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я НК 025:2021 [4; 5]. Це дало змогу провести диференціальну діагностику та забезпечити валідність відбору учасників.

Для опису якісних даних застосовували абсолютні значення (n) та відносні величини (%). Кількісні показники з нормальним розподілом описували середнім значенням (M) та середньоквадратичним відхиленням (SD). У разі відхилення від нормального розподілу використовували медіану (Me) та інтерквартильний розмах (IQR). Нормальність перевіряли за критерієм Шапіро — Уїлка. Для перевірки статистичних гіпотез використовували двобічні критерії, статистично значущим вважали рівень $p < 0,05$.

Для оцінювання стану волонтерів застосовували такі інструменти:

Шкала депресії Гамільтона (HAM-D) — призначена для оцінки вираженості депресивних симптомів, включає 21 пункт (17 основних та 4 додаткові). За результатами формується сумарний бал, що визначає ступінь тяжкості депресії. Шкалу широко використовують у клінічній практиці та наукових дослідженнях для моніторингу ефективності лікування [6].

Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A) — інструмент для кількісної оцінки рівня тривожності, що складається з 14 пунктів, які охоплюють як психологічні, так і соматичні прояви тривоги. Кожен пункт оцінюють за шкалою від 0 (відсутність) до 4 (виражений прояв). Загальний бал дає змогу визначити ступінь тривоги: від її відсутності (≤ 6 балів) до тяжких проявів (> 29 балів) [6].

Симптоматичний опитувальник (SCL-90-R) — психометричний інструмент самооцінки, спрямований на вимірювання різних психопатологічних симптомів і рівня дистресу. Опитувальник містить 90 запитань, відповіді на які оцінюють за п'ятибальною шкалою (0 — 4). Результати дають змогу визначити профіль за 9 основними шкалами (соматизація, obsесивно-компульсивні симптоми, міжособистісна чутливість, депресія, тривожність, ворожість, фобічна тривожність, параноїдні ідеї, психотизм) [7].

У дослідження було включено 288 волонтерів, середній вік яких становив $27,10 \pm 8,36$ років. Суттєвих відмінностей за статеві-віковою структурою між групами не виявлено.

Експериментальна група проходила корекційно-лікувальну програму, що включала медикаментозне лікування та психологічну інтервенцію низької інтенсивності «Управління проблемами+». Контрольна група отримувала фармакологічне лікування, тоді як референтну групу становили волонтери без ознак невротичних і стрес-асоційованих розладів.

Для порівняння проаналізовано основні клініко-психодіагностичні прояви респондентів трьох груп до програми, після її завершення та через три місяці.

Результати за даними симптоматичного опитувальника (SCL-90-R)**Соматизація**

Під час початкового оцінювання середні значення соматизації в ЕГ ($1,17 \pm 0,58$) та КГ ($1,24 \pm 0,56$) були достовірно вищими ($p < 0,001$), ніж у осіб РГ ($0,72 \pm 0,59$). В ЕГ після програми показник достовірно знизився до $0,68 \pm 0,32$ ($p < 0,001$), що не відрізнялося від рівня РГ ($p = 0,660$). Через три місяці значення в ЕГ суттєво не змінювалося ($p = 0,124$) і також не мало достовірних відмінностей від РГ ($p = 0,134$). У КГ достовірне зниження відбулося лише через три місяці ($0,93 \pm 0,37$; $p = 0,005$), але показник залишався вищим, ніж у РГ ($p = 0,030$).

Обсесивно-компульсивні симптоми

Початкові значення в ЕГ ($0,85 \pm 0,58$) та КГ ($0,77 \pm 0,44$) не відрізнялися від РГ ($0,76 \pm 0,60$). В ЕГ після програми та через три місяці середній бал знизився до $0,41 \pm 0,23$ ($p < 0,001$), що було достовірно менше, ніж у осіб РГ ($p < 0,001$). У КГ після програми та через три місяці показник також зменшився ($0,62 \pm 0,31$; $p < 0,001$), але не мав достовірної різниці з РГ ($p = 0,145$).

Міжособистісна сенситивність

Початкові значення в ЕГ ($0,78 \pm 0,54$) та КГ ($0,66 \pm 0,39$) не відрізнялися від РГ ($0,73 \pm 0,64$). В ЕГ після програми та через три місяці показник знизився до $0,41 \pm 0,23$ ($p < 0,001$), що було достовірно менше від РГ ($p < 0,001$). У КГ середнє значення також зменшувалося ($0,56 \pm 0,35$; $p < 0,001$), але відмінності з РГ не було ($p = 0,094$).

Депресія

На початку в ЕГ ($1,54 \pm 0,70$) та КГ ($1,43 \pm 0,69$) рівень депресії був істотно вищим ($p < 0,001$), ніж у осіб РГ ($0,72 \pm 0,61$). В ЕГ після програми та через три місяці середнє значення знизилося до $0,6 \pm 0,23$ і не відрізнялося від РГ ($p = 0,247$). У КГ показник також зменшився ($0,94 \pm 0,41$; $p < 0,001$), проте залишався достовірно вищим, ніж у РГ ($p = 0,024$).

Тривожність

Початкові значення в ЕГ ($2,40 \pm 0,77$) та КГ ($2,39 \pm 0,76$) були достовірно більшими ($p < 0,001$), ніж у РГ ($0,62 \pm 0,61$). В ЕГ після програми та через три місяці середній бал знизився до $0,74 \pm 0,21$ ($p < 0,001$), що не мало відмінностей від РГ ($p = 0,254$). У КГ показник також зменшився ($1,28 \pm 0,43$; $p < 0,001$), але залишався достовірно більшим за РГ ($p < 0,001$).

Ворожість

Початкові значення в ЕГ ($0,81 \pm 0,48$) та КГ ($0,66 \pm 0,44$) не відрізнялися від РГ ($0,66 \pm 0,62$). В ЕГ після програми та через три місяці показник знизився до $0,40 \pm 0,26$ ($p < 0,001$), що було достовірно нижчим за РГ ($p = 0,010$). У КГ середнє значення також зменшувалося ($0,54 \pm 0,37$; $p < 0,001$), але достовірних відмінностей від РГ не було ($p = 0,236$).

Фобійна тривожність

Під час початкового оцінювання в ЕГ ($0,77 \pm 0,65$) та КГ ($0,81 \pm 0,74$) показники були істотно вищими ($p < 0,001$), ніж у РГ ($0,27 \pm 0,45$). В ЕГ після програми та через три місяці спостерігалось достовірне зни-

ження ($0,37 \pm 0,26$; $p = 0,015$), і рівень не відрізнявся від РГ ($p = 0,174$). У КГ через три місяці також зафіксовано зниження ($0,53 \pm 0,43$; $p = 0,043$), однак показник залишався достовірно вищим за РГ ($p < 0,001$).

Параноїдні ідеї

Початкові значення в ЕГ ($0,45 \pm 0,31$) та КГ ($0,36 \pm 0,26$) не відрізнялися від РГ ($0,44 \pm 0,46$). В ЕГ після програми середній бал зменшився до $0,28 \pm 0,18$ ($p = 0,011$) і через три місяці залишався достовірно нижчим від РГ ($p = 0,024$). У КГ достовірних змін не спостерігалось ($p = 0,523$), середнє значення через три місяці становило $0,33 \pm 0,24$, що не відрізнялося від РГ ($p = 0,106$).

Психотизм

Початкові значення в ЕГ ($0,26 \pm 0,22$) та КГ ($0,25 \pm 0,21$) не відрізнялися від РГ ($0,30 \pm 0,34$). В ЕГ після програми середній бал достовірно знизився до $0,14 \pm 0,13$ ($p = 0,015$) і через три місяці залишався нижчим від РГ ($p = 0,005$). У КГ достовірних змін не зафіксовано ($p = 0,278$), середнє значення через три місяці становило $0,20 \pm 0,16$ ($p = 0,085$).

Додаткові симптоми

На початку в ЕГ ($1,31 \pm 0,62$) та КГ ($1,22 \pm 0,49$) рівень був достовірно вищим ($p < 0,001$), ніж у РГ ($0,69 \pm 0,58$). В ЕГ після програми показник достовірно знизився ($p < 0,001$) і не відрізнявся від РГ ($p = 0,833$). Через три місяці зафіксовано подальше зменшення ($p = 0,018$). У КГ середнє значення також достовірно знижувалося ($p = 0,006$ після програми; $p < 0,001$ через три місяці) і не мало відмінностей від РГ ($p = 0,322$).

Результати за шкалами депресії та тривоги Гамільтона**Шкала депресії Гамільтона (HAM-D)**

Під час початкового оцінювання загальна сума балів в ЕГ ($17,13 \pm 5,67$) та КГ ($16,62 \pm 5,66$) достовірно не відрізнялася ($p = 0,691$). Після програми обидві групи продемонстрували зменшення показників: в ЕГ — до $9,5 \pm 3,82$ ($p < 0,001$), у КГ — до $13,21 \pm 4,9$ ($p = 0,005$). Водночас середнє значення в ЕГ було достовірно нижчим, ніж у КГ ($p < 0,001$).

Через три місяці тенденція зберігалася: в ЕГ показник становив $7,3 \pm 3,04$, що було достовірно менше від КГ ($10,9 \pm 4,23$; $p < 0,001$). За класифікацією HAM-D більшість учасників ЕГ (26 осіб; 65 %) належали до групи без депресії, тоді як у осіб КГ переважала субклінічна депресія (26 осіб; 61,9 %).

Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A)

Початкові результати в ЕГ ($25,75 \pm 6,19$) та КГ ($26,36 \pm 7,72$) також достовірно не відрізнялися ($p = 0,700$). Після програми обидві групи продемонстрували зменшення: в ЕГ — до $13,1 \pm 3,97$ ($p < 0,001$), у КГ — до $20,17 \pm 5,9$ ($p < 0,001$). Середнє значення в ЕГ було істотно нижчим, ніж у КГ ($p < 0,001$).

Через три місяці динаміка зберігалася: в ЕГ показник знизився до $9,23 \pm 3,72$, тоді як у КГ — до $15,71 \pm 5,59$ ($p < 0,001$). За класифікацією HAM-A більшість учасників ЕГ належали до груп з мінімальною (16 осіб; 40 %) або субклінічною (17 осіб; 42,5 %) тривогою, тоді як пацієнтів з помірною

чи вираженою тривогою не було. У КГ у цей же період 15 осіб (35,7 %) мали помірну тривогу, а ще по одному учаснику (2,4 %) належали до груп з вираженою та дуже вираженою тривогою.

Результати за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS)

Тривога

Під час початкового оцінювання медіанний рівень тривоги в ЕГ і КГ становив по 13 балів (13 (11—15,25) та 13 (12—15) відповідно), тоді як у РГ — 5 (4—7) балів.

У пацієнтів ЕГ після програми спостерігалось зниження рівня тривоги до 7 (6—8) балів, однак ця різниця не була достовірною ($p = 0,170$). Через три місяці рівень знизився до 6 (6—7) балів, що було достовірно нижчим проти початкового ($p = 0,001$). Водночас навіть через три місяці тривога залишалася вищою, ніж у РГ ($p = 0,001$).

У КГ зниження рівня тривоги було достовірним як після програми (10 (8—10) балів; $p = 0,001$), так і через три місяці (9 (7—10) балів; $p = 0,001$). Проте показники КГ залишалися достовірно вищими ніж в РГ ($p = 0,001$) та в ЕГ ($p = 0,001$) як після лікування, так і через три місяці.

За вираженістю симптомів тривоги під час початкового оцінюванні в ЕГ було 17 (42,5 %), а в КГ — 14 (33,3 %) респондентів із вираженою тривогою, тоді як у РГ — лише 2 (1 %). Нормальний рівень тривоги на початку мав лише один респондент у сукупності ЕГ та КГ, тоді як у РГ він спостерігався у 175 (85 %) учасників.

Після програми та через три місяці в обох групах відбулося достовірне зменшення частки респондентів із вираженою та помірною тривогою, а також збільшення кількості осіб із субклінічним та нормальним рівнем ($p = 0,001$). Проте повного вирівнювання з РГ досягнуто лише в ЕГ через три місяці після програми.

Депресія

Під час початкового оцінювання медіанний рівень депресії становив 10 (9—12) балів в ЕГ та 10 (8—13) балів у КГ, що було достовірно вищим ($p = 0,001$), ніж у РГ — 5 (3—6) балів.

Після програми рівень депресії достовірно знизився в обох групах: до 6 (5—7) балів в ЕГ та 7,5 (6—10) у КГ ($p = 0,001$). Через три місяці спостерігалось подальше зниження: до 6 (5—6) у ЕГ та 7 (5—8) у КГ ($p = 0,001$) проти початкового рівня та оцінки одразу після програми. Водночас, і в ЕГ, і в КГ, рівень депресії залишався достовірно вищим, ніж у РГ ($p = 0,015$ та $p = 0,001$ відповідно). Між ЕГ і КГ показники також достовірно відрізнялися як після лікування ($p = 0,001$), так і через три місяці ($p = 0,002$).

За вираженістю симптомів під час початкового оцінювання ЕГ і КГ не відрізнялися між собою ($p = 0,898$), але обидві мали достовірно більше пацієнтів із вираженими та помірними симптомами проти РГ ($p = 0,001$).

Після програми в ЕГ не залишилося респондентів із вираженими чи помірними симптомами депресії,

а загальний розподіл не відрізнявся від РГ ($p = 0,611$). Через три місяці структура зберігалася ($p = 0,881$). У КГ після програми ще залишалися респонденти з помірною депресією. Лише через три місяці у КГ не зафіксовано випадків вираженої чи помірної депресії. Однак, як порівняти з РГ, розподіл достовірно відрізнявся як після лікування ($p = 0,001$), так і через три місяці ($p = 0,003$).

Результати дослідження свідчать про ефективність програми «Управління проблемами+» у зниженні симптомів тривоги, депресії та психопатологічного дистресу серед волонтерів (значуще зниження показників за SCL-90-R, HAM-D, HAM-A та HADS). Особливо виразна позитивна динаміка була в осіб експериментальної групи, які отримували комбіноване втручання, що свідчить про перевагу інтегративного підходу (медикаментозна терапія + психологічна інтервенція низької інтенсивності).

Наші результати узгоджуються з даними інших досліджень, які демонструють ефективність психосоціальної підтримки в умовах стресу, а також відповідають прогнозам ВООЗ щодо потреби таких заходів в умовах війни.

Практичне значення полягає у можливості адаптації програми для широкого застосування серед волонтерів.

Проведене дослідження дало змогу дійти таких висновків.

У волонтерів, залучених до надання допомоги під час війни, виявлено високий рівень невротичних і стрес-асоційованих симптомів, що підтверджено за результатами шкал SCL-90-R, HAM-D, HAM-A та HADS та клініко-психопатологічним методом.

Застосування лікувально-психосоціальної програми «Управління проблемами+» у поєднанні з медикаментозною терапією сприяло достовірному зниженню рівня тривоги, депресії та психопатологічного дистресу в експериментальній групі як одразу після програми, так і через три місяці.

У контрольній групі, пацієнти якої отримували лише фармакологічне лікування, позитивна динаміка була менш вираженою, а відмінності від референтної групи залишалися значущими.

Результати дослідження підтверджують доцільність впровадження комплексних програм психосоціальної підтримки у роботу з волонтерами як ефективного інструменту збереження психічного здоров'я в умовах війни.

Перспективним напрямом подальших досліджень є розширення вибірки та проведення довготривалого моніторингу стану волонтерів після закінчення програми. Доцільним видається порівняння ефективності різних форматів психосоціальних інтервенцій, у тому числі групових та дистанційних. Особливої уваги потребує вивчення ролі індивідуальних психологічних ресурсів у збереженні психічного здоров'я, а також можливість масштабування програми «Управління проблемами+» для ширшого впровадження в практику надання допомоги волонтерам та іншим групам ризику.

Список літератури

1. Українці стали втричі частіше звертатися з питань психічного здоров'я до сімейного лікаря. МОЗ України. 2024. URL: <https://moz.gov.ua/uk/ukrayinci-stali-vtrichi-chastishe-zvertatisya-z-pitan-psiichnogo-zdorov-ya-do-simejnogo-likarya>
2. ПТСР лікується: до кого звернутися по допомогу. МОЗ України. 2024. URL: <https://moz.gov.ua/uk/ptsr-likuyetsya-do-kogo-zvernutisya-po-dopomogu>
3. Scaling up mental health and psychosocial services in war-affected regions: best practices from Ukraine. World Health Organization. 2023. URL: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/scaling-up-mental-health-and-psychosocial-services-in-war-affected-regions--best-practices-from-ukraine>
4. Класифікатори. Державний експертний центр МОЗ України. 2024. URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/klasifikatory/>
5. Mental and behavioural disorders (F40–F48). In: ICD-10 Version: 2019. World Health Organization. 2019. URL: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F40-F48>
6. Сумарюк Б. М. Комплексна діагностика невротичних та стрес-асоційованих розладів: огляд валідних психодіагностичних методик // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина». 2024. № 1 (69). С. 140—145. DOI: 10.32782/2415-8127.2024.69.24
7. The structure of the Symptom Checklist-90-Revised: Global distress, Somatization, Hostility, and Phobic Anxiety scales are reliable and robust across community and clinical samples from four European countries / Lignier B., Petot J.-M., Canada B. [et al.] // Psychiatry Research. 2024. Vol. 331. P. 115635. DOI: 10.1016/j.psychres.2023.115635

References

1. Ukrayintsi staly vtrychi chastishe zvertatysia z pytan psykhichnoho zdorovia do simeinoho likaria [Ukrainians Became Three Times More Likely to Consult a Family Doctor About Mental Health]. *MOZ Ukrainy* [Ministry of Health of Ukraine]. 2024. <https://moz.gov.ua/uk/ukrayinci-stali-vtrichi-chastishe-zvertatisya-z-pitan-psiichnogo-zdorov-ya-do-simejnogo-likarya>. (In Ukrainian).
2. PTSR likuietsia: do koho zvernutysia po dopomohu [PTSD Is Treatable: Whom to Ask for Help]. *MOZ Ukrainy* [Ministry of Health of Ukraine]. 2024. <https://moz.gov.ua/uk/ptsr-likuyetsya-do-kogo-zvernutisya-po-dopomogu>. (In Ukrainian).
3. World Health Organization. *Scaling up Mental Health and Psychosocial Services in War-Affected Regions: Best Practices from Ukraine*. 2023. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/scaling-up-mental-health-and-psychosocial-services-in-war-affected-regions--best-practices-from-ukraine>

4. Klyasyfikatory [Classifiers]. *Derzhavnyi ekspertnyi tsentr MOZ Ukrainy* [State Expert Center of the Ministry of Health of Ukraine]. 2024. <https://www.dec.gov.ua/mtd/klasifikatory/>. (In Ukrainian).

5. World Health Organization. *ICD-10 Version:2019 – Mental and Behavioural Disorders (F40–F48)*. 2019. <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F40-F48>

6. Sumariuk B. M. Kompleksna diahnostryka nevrotychnykh ta stres-asotsiovanykh rozladiv: ohliad validnykh psykhodiahnostychnykh metodyk [Comprehensive Diagnosis of Neurotic and Stress-Associated Disorders: A Review of Valid Psychodiagnostic Methods]. *Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho universytetu. Seriya «Medytsyna»* [Scientific Bulletin of Uzhhorod University. Series "Medicine"]. 2024;1(69):140–145. DOI: 10.32782/2415-8127.2024.69.24. (In Ukrainian).

7. Lignier B., Petot J.-M., Canada B., Nicolas M., Courtois R., De Oliveira P. The structure of the Symptom Checklist-90-Revised: Global distress, Somatization, Hostility, and Phobic Anxiety scales are reliable and robust across community and clinical samples from four European countries. *Psychiatry Research*. 2024 Jan;331:115635. DOI: 10.1016/j.psychres.2023.115635

Надійшла до редакції 5.09.2025

Відомості про авторів:

СУМАРІЮК Богдан Миколайович, аспірант кафедри*; <https://orcid.org/0000-0002-1402-0040>; e-mail: sumariuk.bohdan.fpo19@bsmu.edu.ua

ЮРЦЕНЮК Ольга Сидорівна, доктор медичних наук, професор кафедри*; <https://orcid.org/0000-0002-1450-1530>; e-mail: yurtsenyuk.olga@bsmu.edu.ua

* — кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології імені С. М. Савенка Буковинського державного медичного університету Міністерства охорони здоров'я України, м. Чернівці, Україна

Information about the authors:

SUMARIUK Bohdan, Postgraduate Student of the Department*; <https://orcid.org/0000-0002-1402-0040>; e-mail: sumariuk.bohdan.fpo19@bsmu.edu.ua

YURTSENYUK Olha, Doctor of Medical Sciences, Professor, Department*; <https://orcid.org/0000-0002-1450-1530>; e-mail: yurtsenyuk.olga@bsmu.edu.ua

** — S. M. Savenko Department of Nervous Diseases, Psychiatry and Medical Psychology of the Bukovinian State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Chernivtsi, Ukraine