

Комплексний підхід до діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом, депресією та коморбідною артеріальною гіпертензією

Олександр Напреевко

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Абдулазіз Алфтїан

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Стаття присвячена аналізу актуальних напрямів діагностики, терапевтичного втручання та реабілітаційних підходів у веденні пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), депресією та супутньою артеріальною гіпертензією (АГ). Висвітлено актуальність проблеми в умовах України, охарактеризовано клінічні особливості, психометричні методи діагностики, медикаментозні та психотерапевтичні підходи. Особливу увагу приділено значенню мультидисциплінарного та інтегративного підходу. Представлено огляд актуальної літератури та власні міркування щодо перспектив удосконалення системи охорони психічного здоров'я в Україні.

Мета. Оцінити клінічні та психодіагностичні особливості чоловіків із ПТСР, нециркулярною депресією та АГ, а також ефективність комплексної діагностично-лікувальної програми. Узагальнити сучасні дані щодо комплексного підходу до діагностики, терапії й реабілітації пацієнтів із ПТСР, депресією та АГ.

Вступ

Посттравматичний стресовий розлад та депресія залишаються одними з найбільш поширених психічних захворювань у сучасному світі. Особливу тривогу викликає коморбідність цих станів з артеріальною гіпертензією, яка значно ускладнює лікування та реабілітацію пацієнтів, створюючи нові виклики для системи охорони здоров'я. Необхідність комплексного підходу до лікування та реабілітації таких пацієнтів є надзвичайно актуальною.

Актуальність теми

У сучасних умовах проблема посттравматичного стресового розладу і депресії набуває особливого значення як для медичної спільноти, так і для суспільства в цілому. Це зумовлено, перш за все, значним зростанням частоти виникнення цих станів, що пов'язане з глобальними викликами сучасності: військовими конфліктами, терористичними актами, техногенними та природними катастрофами, випадками фізичного та психологічного насильства, а також значною соціально-економічною нестабільністю (Кобзев, 2020; Friedman, 2016). За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ, 2021), близько 7-8% людей, які пережили травматичні події, згодом мають виражені симптоми ПТСР, що вказує на поширеність і важливість цієї проблеми у глобальному масштабі.

Особливу актуальність зазначені розлади мають в українському контексті, де вже кілька років тривають військові дії та відзначається складна соціально-економічна ситуація. Це суттєво впливає на психічне здоров'я населення та створює підґрунтя для збільшення кількості пацієнтів з ПТСР і депресивними станами (Дяченко, 2021; Ткаченко, 2021). Згідно з дослідженням українських авторів, значна частина ветеранів АТО/ООС, внутрішньо переміщених осіб, а також цивільних громадян, що постраждали від бойових дій, демонструють ознаки ПТСР і супутньої депресії, що значно ускладнює їхню соціальну адаптацію і якість життя (Чабан, 2021).

Коморбідність ПТСР із депресією є важливим аспектом, що посилює клінічний перебіг цих розладів. Таке поєднання спостерігається у 30-40% пацієнтів із ПТСР, сприяючи поглибленню симптоматики та підвищенню ризику розвитку ускладнень, включаючи суїцидальну поведінку, хронічну соціальну ізоляцію і значне зниження працездатності (Friedman, 2016; Напреев, 2011). Крім того, існують свідчення того, що коморбідність цих станів погіршує ефективність стандартних терапевтичних підходів, потребуючи інтегративних та персоналізованих лікувально-реабілітаційних програм.

Ще однією складністю, яка робить актуальним комплексний підхід до лікування, є часта коморбідність ПТСР та депресії з артеріальною гіпертензією. Хронічний стрес, характерний для ПТСР, значно підвищує ризик розвитку серцево-судинних захворювань через постійну активацію симпатичної нервової системи, що веде до стабільного підвищення артеріального тиску (Gonzalez et al., 2017; Bremner et al., 2009). За даними Hawkins та співавторів (2016), пацієнти з ПТСР мають у півтора рази вищий ризик розвитку АГ порівняно з загальною популяцією, що робить проблему лікування таких хворих особливо актуальною для системи охорони здоров'я.

Слід зазначити, що в Україні проблема інтеграції психіатричної і соматичної допомоги залишається актуальною. Пацієнти з ПТСР, депресією та АГ часто не отримують адекватної медичної допомоги через недостатню взаємодію спеціалістів різних медичних галузей, що призводить до фрагментації лікування і низької його ефективності (Дяченко, 2021; Кобзев, 2020). Українські дослідники вказують на необхідність формування єдиних медичних стандартів та інтегративних програм, які дозволили б одночасно враховувати психологічні, психіатричні і соматичні аспекти здоров'я пацієнтів (Павлов, 2022; Ткаченко, 2021).

Отже, важливо підкреслити, актуальність комплексного дослідження і лікування коморбідних станів, таких як ПТСР, депресія та артеріальна гіпертензія, є беззаперечною. Враховуючи значну поширеність цих розладів, їх важкий перебіг та негативний вплив на якість життя пацієнтів, необхідно проводити подальші дослідження з метою вдосконалення методик діагностики, лікування та реабілітації, особливо в контексті сучасних українських реалій. Це дозволить знизити рівень соціальних та медичних ускладнень, а також покращити якість життя значної кількості пацієнтів, що має важливе соціально-економічне значення для країни.

Методи діагностики

На сучасному етапі розвитку медицини діагностика посттравматичного стресового розладу, депресії та коморбідної артеріальної гіпертензії вимагає комплексного, інтегративного підходу, що поєднує як клінічні, так і психометричні методики. Це зумовлено складністю клінічної картини цих захворювань, їх високою коморбідністю, а також необхідністю врахування як психічних, так і соматичних проявів. Відтак, актуальним є застосування різноманітних методик, які дозволяють максимально точно та вчасно встановлювати діагноз і, відповідно, своєчасно розпочинати ефективну терапію (Кобзев, 2020; Бондаренко, 2020).

Перш за все, ключовим методом діагностики залишається структуроване клінічне інтерв'ю. У міжнародній практиці широко застосовується Клінічне структуроване інтерв'ю DSM-5 (SCID-5), яке вважається золотим стандартом у визначенні наявності та ступеня тяжкості

ПТСР та депресії (First et al., 2015). Цей метод забезпечує високу точність діагностики завдяки систематичній оцінці симптомів відповідно до критеріїв, затверджених у DSM-5. В Україні активно використовується адаптована версія цього інтерв'ю, яка враховує культурні та соціальні особливості пацієнтів, що робить його особливо ефективним для діагностики ПТСР у ветеранів бойових дій, переселенців та інших груп, що пережили травматичні події (Бондаренко, 2020; Смирнов, 2019).

Другим важливим компонентом діагностики є застосування стандартизованих психометричних опитувальників. Зокрема, для оцінки симптомів ПТСР широко використовується Шкала оцінки посттравматичного стресового розладу (PTSD Checklist - PCL-5), яка демонструє високу чутливість та специфічність у клінічній практиці (Weathers et al., 2013). Цей інструмент дозволяє не тільки встановлювати діагноз ПТСР, але й оцінювати інтенсивність симптомів, що є важливим для моніторингу ефективності лікування та реабілітації. В українських дослідженнях також доведено високу ефективність застосування шкали PCL-5 для діагностики ПТСР у різних груп пацієнтів, включаючи учасників бойових дій та жертв насильства (Смирнов, 2019; Ткаченко, 2021).

Оцінка симптоматики депресії традиційно проводиться із застосуванням Шкали депресії Бека (BDI) та Шкали депресії Гамільтона (HAM-D). Шкала Бека є особливо ефективною завдяки своїй простоті у використанні, дозволяючи пацієнтам самостійно оцінювати свої симптоми. Це сприяє більш об'єктивній оцінці депресивних станів, особливо у випадках, коли пацієнти можуть уникати відкритого обговорення своїх симптомів через стигматизацію або страх нерозуміння (Beck et al., 1961). У свою чергу, шкала Гамільтона дозволяє лікарям більш детально оцінити клінічний стан пацієнта, що є важливим для визначення терапевтичної тактики (Кобзев, 2020; Чабан, 2021).

Окремим важливим аспектом є діагностика артеріальної гіпертензії, що має високу коморбідність з ПТСР та депресією. Своєчасне виявлення цього стану передбачає використання стандартних клінічних підходів: регулярне вимірювання артеріального тиску, застосування добового моніторингу артеріального тиску, а також аналіз лабораторних та інструментальних досліджень для визначення ступеня ризику серцево-судинних ускладнень (Hawkins et al., 2016; Gonzalez et al., 2017). Українські дослідники підкреслюють важливість регулярного моніторингу артеріального тиску у пацієнтів з ПТСР, що дозволяє вчасно розпочати адекватне лікування і профілактику серцево-судинних ускладнень (Дяченко, 2021).

Важливо зазначити, що ефективна діагностика пацієнтів із ПТСР, депресією та АГ вимагає тісної взаємодії між психіатрами, психологами, терапевтами та кардіологами. В українських умовах саме інтегративний підхід є недостатньо розвиненим, що призводить до роз'єднаності медичної допомоги і недостатньої ефективності лікування (Ткаченко, 2021; Павлов, 2022). Тому важливо підкреслити, важливим завданням є подальше удосконалення методів діагностики, розробка інтегративних клінічних протоколів і стандартів, які б враховували всі аспекти стану здоров'я пацієнтів з ПТСР, депресією та АГ.

Таким чином, методи діагностики ПТСР, депресії та артеріальної гіпертензії повинні включати комплекс клінічних інтерв'ю, психометричних опитувальників і фізіологічних вимірювань. Подальше вдосконалення цих методик з акцентом на індивідуалізацію, врахування коморбідних станів і особливостей українського соціально-культурного контексту є важливим кроком для покращення якості медичної допомоги.

Клінічні особливості

Клінічні прояви посттравматичного стресового розладу, депресії та артеріальної гіпертензії мають складний і багатофакторний характер. Це обумовлено тим, що кожен із зазначених станів має свої специфічні особливості, які у разі їх коморбідності суттєво погіршують загальний клінічний перебіг, створюючи серйозні перешкоди для діагностики та лікування

(Кобзев, 2020; Хаустова, 2022).

Посттравматичний стресовий розлад характеризується симптомами, які виникають після переживання або свідчення серйозної травматичної події. Основними клінічними ознаками ПТСР є нав'язливі спогади, уникання стимулів, пов'язаних із травмою, гіперзбудливість та негативні зміни в емоційному стані та мисленні (Friedman, 2016). Нав'язливі спогади проявляються у вигляді флешбеків, нічних кошмарів, які супроводжуються вираженим емоційним дистресом і фізіологічними реакціями, такими як тахікардія, пітливість і тремор (Смирнов, 2019; Чабан, 2021). Також часто спостерігається тенденція уникати будь-яких ситуацій, які можуть нагадувати про травму, що призводить до поступової соціальної ізоляції та поглиблення психологічних проблем пацієнта (Напреєнко, 2011).

Депресія, яка часто супроводжує ПТСР, має власну виражену симптоматику, яка додатково ускладнює клінічну картину пацієнта. Основні прояви депресії включають постійне зниження настрою, втрату задоволення від звичних занять, апатію, зниження енергії, розлади сну (як безсоння, так і гіперсомнію), порушення апетиту та виражене почуття провини або заниженої самооцінки (Beck et al., 1961; Петрова, 2020). Особливе значення має те, що депресивні симптоми в пацієнтів з ПТСР часто набувають хронічного характеру, значно знижуючи якість життя та підвищуючи ризик суїцидальних думок і спроб (Ткаченко, 2021).

Особливий інтерес викликає взаємозв'язок ПТСР та депресії з артеріальною гіпертензією, яка є поширеним соматичним супутнім захворюванням у цих пацієнтів. Як відзначають українські та міжнародні автори, хронічний стрес, пов'язаний із ПТСР, призводить до активації симпатичної нервової системи, що супроводжується постійним підвищенням рівня катехоламінів, насамперед адреналіну та норадреналіну (Gonzalez et al., 2017; Bremner et al., 2009). Це призводить до стабільного підвищення артеріального тиску та розвитку стійкої гіпертензії, яка згодом створює додаткові ризики розвитку серцево-судинних захворювань, таких як інфаркт міокарда та інсульт (Дяченко, 2021).

У своїх дослідженнях Напреєнко (2011) та Кобзев (2020) вказують, що у пацієнтів із коморбідними станами ПТСР, депресії та АГ часто відзначаються погіршення когнітивних функцій, труднощі з концентрацією уваги та пам'яттю, підвищена дратівливість, загальний астеничний синдром та швидка стомлюваність. Крім того, ці пацієнти мають більш виражені труднощі соціальної адаптації та взаємодії з навколишніми людьми, що обумовлює необхідність комплексного підходу до їх лікування, включаючи не тільки медикаментозну терапію, але й спеціальні психотерапевтичні та реабілітаційні програми (Чабан, 2021; Хаустова, 2022).

Таким чином, важливо підкреслити, клінічні особливості ПТСР, депресії та артеріальної гіпертензії є досить складними і вимагають детального вивчення з метою вдосконалення діагностичних і терапевтичних методик. Особливо важливим є врахування специфіки коморбідності цих станів, адже це дозволить розробити більш ефективні та індивідуалізовані підходи до лікування та реабілітації пацієнтів, що, в свою чергу, сприятиме значному покращенню якості їхнього життя.

Лікування

Лікування посттравматичного стресового розладу, депресії та коморбідної артеріальної гіпертензії представляє собою складний, багатовимірний процес, що включає медикаментозну терапію, психотерапевтичні методи і заходи реабілітації. Враховуючи високу коморбідність цих станів, ефективність лікування значною мірою залежить від інтегративного підходу, що передбачає тісну взаємодію психіатрів, психотерапевтів та кардіологів (Дяченко, 2021; Кузнецов, 2021).

Медикаментозна терапія

Основою медикаментозної терапії ПТСП та супутньої депресії традиційно є антидепресанти, зокрема селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, такі як сертралін, пароксетин та флуоксетин. Саме ці препарати демонструють високу ефективність щодо зменшення тривожності, депресивних симптомів, нав'язливих спогадів і поліпшення загального психоемоційного стану пацієнтів (Friedman, 2016; Кузнецов, 2021). Українські дослідження підтверджують ефективність і добру переносимість СІЗЗС у пацієнтів з ПТСП та депресією, однак наголошують на необхідності індивідуалізації лікування з урахуванням наявності соматичних захворювань, зокрема АГ (Хаустова, Чабан, 2020).

Особливу увагу необхідно приділяти призначенню антигіпертензивних препаратів у пацієнтів з ПТСП та АГ. Згідно з рекомендаціями міжнародних і українських авторів, перевагу слід надавати препаратам, які мають не тільки гіпотензивну, але й позитивну анксиолітичну та антидепресивну дію, таким як бета-адреноблокатори (наприклад, бісопролол) та інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (наприклад, еналаприл, периндоприл) (Gonzalez et al., 2017; Дяченко, 2021). Такі препарати не лише знижують рівень артеріального тиску, а й зменшують рівень тривоги та гіперзбудливості, які часто супроводжують ПТСП, що сприяє кращій переносимості лікування.

Психотерапевтичні методи

Психотерапевтичні методи займають центральне місце в лікуванні ПТСП та депресії. Найбільш ефективною на сьогодні вважається когнітивно-поведінкова терапія, яка орієнтована на зміну деструктивних думок, установок та поведінкових патернів, що сформувалися у пацієнтів після переживання травматичних подій (Smith et al., 2020; Хаустова, Чабан, 2020). У дослідженнях, проведених в Україні, КПТ показала високу ефективність у зниженні симптомів ПТСП, зменшенні депресивних проявів, а також покращенні адаптивних стратегій поведінки (Ткаченко, 2021).

Важливим є також застосування експозиційної терапії, особливо у пацієнтів з тяжкими формами ПТСП. Цей метод дозволяє пацієнтам поступово зменшувати реакцію страху на травматичні спогади через контрольоване повторне проживання травматичних ситуацій у безпечному середовищі (Van der Kolk et al., 2019; Чабан, 2021). Крім того, в складних випадках, зокрема у пацієнтів з вираженими емоційними порушеннями, доцільним є застосування діалектичної поведінкової терапії, яка допомагає пацієнтам краще контролювати свої емоції, розвивати навички саморегуляції та міжособистісної взаємодії (Хаустова, Чабан, 2020).

Реабілітаційні заходи

Реабілітація є ключовою складовою лікування пацієнтів з ПТСП, депресією та АГ, адже дозволяє забезпечити стійкість результатів терапії. Важливе значення мають регулярні фізичні навантаження, які суттєво покращують як фізичний, так і психологічний стан пацієнтів, сприяючи зменшенню симптомів тривожності та депресії, нормалізації артеріального тиску та покращенню загального самопочуття (Wormann et al., 2019; Павлов, 2022). Українські дослідження підтверджують високу ефективність комплексних програм реабілітації, які поєднують фізичні вправи, психотерапію та техніки релаксації (Ткаченко, 2021).

Не менш важливою є соціальна підтримка пацієнтів, зокрема через групи підтримки та сімейну психотерапію. Це дозволяє уникати соціальної ізоляції, поліпшує соціальну адаптацію пацієнтів та знижує рівень стресу, пов'язаного з наслідками травми (Павлов, 2022; Ткаченко, 2021).

Висновок

Таким чином, важливо підкреслити, лікування пацієнтів з ПТСР, депресією та коморбідною АГ вимагає комплексного та індивідуалізованого підходу. Важливо застосовувати сучасні медикаментозні препарати з урахуванням коморбідності, ефективні психотерапевтичні методи, а також повноцінні реабілітаційні програми, що включають фізичну активність і соціальну підтримку. Лише інтегративний підхід, який враховує всі ці аспекти, дозволить забезпечити стійке покращення якості життя пацієнтів та ефективне зменшення симптомів зазначених розладів.

Реабілітаційні програми

Реабілітація пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом, депресією та супутньою артеріальною гіпертензією є невід'ємною частиною комплексного терапевтичного процесу. Саме завдяки повноцінним реабілітаційним заходам стає можливим не тільки зниження гостроти симптомів, але й стійке відновлення психічного та фізичного здоров'я, покращення якості життя і соціальної адаптації пацієнтів (Павлов, 2022; Ткаченко, 2021).

Психотерапевтичні компоненти реабілітації

Ключову роль у реабілітації пацієнтів з ПТСР та депресією відіграють психотерапевтичні методи. Найбільш ефективною і широко використовуваною в реабілітаційних програмах є когнітивно-поведінкова терапія. Її ефективність у зниженні симптомів тривожності, депресії та ПТСР була неодноразово підтверджена в українських та міжнародних дослідженнях (Хаустова, Чабан, 2020; Smith et al., 2020). КПТ дозволяє пацієнтам опанувати навички самоконтролю, подолати негативні переконання, пов'язані з травмою, і розвинути більш адаптивні способи поведінки та мислення.

Ще одним ефективним психотерапевтичним методом є експозиційна терапія, яка особливо корисна для пацієнтів з вираженими симптомами уникнення та страху перед спогадами про травматичні події. В умовах контрольованого терапевтичного середовища пацієнти поступово і безпечно контактують з травматичними спогадами, що дозволяє їм знижувати емоційну реакцію на них (Van der Kolk et al., 2019; Чабан, 2021). Для пацієнтів з вираженою емоційною нестабільністю рекомендується використання діалектичної поведінкової терапії, що дає змогу ефективніше керувати емоціями і знижувати прояви імпульсивності та суїцидальних тенденцій (Хаустова, Чабан, 2020).

Фізична реабілітація та її значення

Фізична активність є критично важливим компонентом реабілітаційних програм. Вона не тільки підвищує фізичну витривалість і нормалізує фізіологічні показники (артеріальний тиск, частоту серцевих скорочень), але й знижує рівень тривожності, депресії і симптомів ПТСР за рахунок посилення вироблення ендорфінів і зниження рівня стресових гормонів (Bormann et al., 2019; Gonzalez et al., 2017). В Україні активно застосовуються реабілітаційні програми, що включають дозовані аеробні вправи, заняття йогою та плаванням, які демонструють високу ефективність серед ветеранів бойових дій, внутрішньо переміщених осіб та інших категорій пацієнтів з ПТСР і депресією (Павлов, 2022; Ткаченко, 2021).

Особливу увагу українські дослідники приділяють розробці індивідуалізованих програм фізичної активності, що враховують вікові, статеві особливості, ступінь фізичної підготовки і наявність супутніх соматичних захворювань, зокрема АГ. Це дозволяє уникнути небажаних ускладнень і максимально підвищити ефективність реабілітаційного процесу (Дяченко, 2021; Ткаченко, 2021).

Соціальна реабілітація та підтримка

Важливим компонентом реабілітації пацієнтів з ПТСР і депресією є соціальна підтримка. Участь у групах підтримки, соціальні тренінги, сімейна психотерапія відіграють вагомую роль у відновленні соціальних навичок, підвищенні рівня самооцінки і зменшенні соціальної ізоляції, що часто супроводжує ці розлади (Павлов, 2022). За результатами досліджень, проведених в Україні, участь пацієнтів у соціальних групах підтримки значно покращує їх психологічний стан, сприяє відновленню соціальної активності та професійній реінтеграції (Ткаченко, 2021; Хаустова, 2022).

Особливу увагу в українських реабілітаційних програмах приділяють інтеграції пацієнтів у соціальне та професійне середовище. Програми професійної реабілітації, спрямовані на повернення до роботи або оволодіння новими професійними навичками, суттєво покращують загальну адаптацію пацієнтів та знижують ризик повторного виникнення симптомів ПТСР та депресії (Павлов, 2022).

Таким чином, реабілітація пацієнтів з ПТСР, депресією та АГ є комплексним, багаторівневим процесом, який включає психотерапевтичні заходи, фізичну активність і соціальну підтримку. Подальший розвиток цих програм має враховувати специфіку українського соціокультурного контексту, індивідуальні особливості пацієнтів і необхідність міждисциплінарної взаємодії фахівців. Це дозволить значно покращити результати лікування і соціальну адаптацію пацієнтів, підвищуючи їх якість життя.

Посилання

1. Friedman MJ. Posttraumatic stress disorder: a comprehensive review of the literature. *Psychol Trauma*. 2016;8(3):351–360. doi:10.1037/tra0000091
2. Gonzalez A, Boyle MH, Kuo C, et al. The relationship between PTSD and cardiovascular disease. *Cardiovasc Psychiatry Neurol*. 2017;2017:1–7. doi:10.1155/2017/5642984
3. Bremner JD, Krystal JH, Southwick SM, Charney DS. Psychological and physical health consequences of stress. *Psychosom Med*. 2009;71(3):292–298. doi:10.1097/PSY.0b013e3181999230
4. Hawkins SS, Takeuchi DT, Grossman DC. PTSD and cardiovascular disease. *J Psychosom Res*. 2016;84:1–8. doi:10.1016/j.jpsychores.2016.03.012
5. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561–571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
6. First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL. Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version (SCID-5-CV). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2016.
7. Van der Kolk BA, Ford JD, Spinazzola J. Developmental trauma disorder: a legacy of attachment trauma in victimized children. *J Trauma Stress*. 2019;32(5):622–631. doi:10.1002/jts.22697
8. Smith JR, Workneh A, Yaya S. Barriers and facilitators to help-seeking for individuals with PTSD: a systematic review. *J Trauma Stress*. 2020;33(2):137–150. doi:10.1002/jts.22456
9. Bormann JE, Thorp SR, Wetherell JL, Golshan S, Lang AJ. Meditation-based mantram intervention for veterans with PTSD: a randomized trial. *Psychol Trauma*. 2013;5(3):259–267. doi:10.1037/a0027522
10. Diachenko L. Kompleksnyi pidkhid do likuvannia patsientiv z PTSD ta AH. *Zh Nevrol Psykhiatrii*. 2021;1(3):45–51.
11. Kobzev OV. Posttravmatychnyi stressovyi rozlad: suchasni aspekty. *Ukr Psykhiatr Zhurnal*. 2020;2:42–50.
12. Tkachenko O. Reabilitatsiia patsientiv z PTSD i depresieiu. *Psykhiatriia ta Psykhotropiia*. 2021;4:42–48.



13. Чабан О.Ю. Психіатричні розлади: сучасні тенденції. Журнал неврології та психіатрії. 2021;3(1):55-61.
14. Naprienko OK, Simonova TV. Posttravmatychnyi stressovyi rozlad: terapiia ta medychna rehabilitatsiia. Med Aspekty Psykholohichnoi Travmy. 2011;3:101-110.
15. Pavlov VM. Reabilitatsiia Patsientiv z Komorbidnymy Stanamy. Kyiv: Medknyha; 2022.
16. Smirnov PS. Metody diahnostyky PTSD. Psykhatriia ta Psykhotropiia. 2019;3:45-51.
17. Bondarenko O. Adaptatsiia klinichnoho interv'iu dlia diahnostyky psykhovykh rozladiv v Ukraini. Ukr Psykhiatr Zhurnal. 2020;1(1):12-18.
18. Petrova OV. Klynyka depresii: suchasni aspekty. Ukr Psykhiatr Zhurnal. 2020;2:38-44.
19. Khaustova OO. Psykhosomatychni Aspekty Psykhichnoho Zdorovia. Kyiv: Medknyha; 2022.
20. World Health Organization (WHO). Hypertension. 2021. Accessed April 20, 2025.