

Психіатрія, наркологія та медична психологія

УДК: 616.895-085.851:355.48(477)

**ГЕНДЕРНО ОБУМОВЛЕНИЙ ПІДХІД
ДО ТЕРАПІЇ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ В УМОВАХ ВІЙНИ****Немченко А.О.***Харківський національний медичний університет, Харків, Україна*

В умовах війни серед загального населення України до 46 % зростає поширеність афективних розладів. Сучасні дослідження демонструють значущі гендерні відмінності у їх проявах, перебігу та відповіді на терапію, що обумовлює необхідність розробки гендерно-чутливих терапевтичних підходів. Дослідження було проведено з метою розробки та апробація гендерно персоніфікованої терапії афективних розладів у осіб, постраждалих від бойових дій. Було проведено комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 148 хворих з афективними розладами, розподілених на дві групи: I група – 83 мешканці прифронтових територій, II група – 65 внутрішньо переміщені особи. Для оцінки ефективності розробленої гендерно орієнтованої системи психотерапевтичної корекції обстежені були розподілені на основну групу (81 хворий) та контрольну групу (67 хворих). Використовувались стандартизовані психодіагностичні шкали. Розроблено гендерно-персоніфіковану систему лікування афективних розладів, яка включала диференційоване використання психофармакотерапії та психотерапії. Проведена оцінка ефективності підтвердила переваги розробленої системи гендерно персоніфікованої терапії афективних розладів. Застосування розробленої програми призвело до суттєвої редукції важких епізодів тривоги (до 11,4 % у чоловіків; та 10,8 % – у жінок основної групи; проти 33,3% та 35,7% у контрольній) та депресії (до 9,1 % та 8,1 % відповідно проти 30,7 % та 32,1 % у контрольній групі). Середній бал якості життя склав 30,4–30,6 у основних групах порівняно з 12,1–11,7 у контрольних групах.

Ключові слова: депресивні розлади, психофармакотерапія, психотерапія, умови воєнного часу.



Цитуйте українською: Немченко А.О. Гендерно обумовлений підхід до терапії афективних розладів в умовах війни.

Експериментальна і клінічна медицина. 2025;94(1):35-46.
<https://doi.org/10.35339/ekm.2025.94.1.nem>

Cite in English: Nemchenko AO. Gender-determined approach to the treatment of affective disorders in war conditions.

Experimental and Clinical Medicine. 2025;94(1):35-46.
<https://doi.org/10.35339/ekm.2025.94.1.nem> [in Ukrainian].

Вступ

Безпрецедентні виклики, спричинені повномасштабним військовим вторгнен-

ням росії на територію України, суттєво трансформували епідеміологічну картину психічних розладів серед населення.

Особливої уваги заслуговують афективні розлади, розповсюдженість яких стрімко збільшується 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, а саме появою нових симптомкомплексів, які поєднують ознаки постравматичного стресового розладу з афективними розладами, зміною типу тривалості депресивних епізодів у бік хронізації, формуванням резистентних до стандартної терапії форм депресії [1–4].

Аналіз сучасних наукових досліджень свідчить про наявність гендерної специфіки у механізмах виникнення, клінічних проявів та відповіді на терапевтичні втручання при афективних розладах, що загострюються в умовах військової агресії [5; 6].

Жінки демонструють більшу реактивність гіпоталамо-гіпофізарно-наддирнакової осі на стрес, відмінності у функціонуванні серотонінергічної системи та спеціальні гормональні коливання, що впливають на перебіг афективних епізодів. Клінічно жінки виявляють підвищену вразливість до інтерналізованих форм дистресу – депресивних та тривожних розладів з переважанням когнітивних симптомів (румінації, катастрофізації), соматичних проявів та емоційної лабільності. Чоловіки частіше демонструють екстерналізовані форми дистресу – зловживання психоактивних речовин, агресивну поведінку, імпульсивність та алекситимію, що може маскувати основні афективні симптоми та ускладнити діагностичний процес. В умовах війни це обумовлює необхідність диференційованих підходів: для жінок оптимальними є інтервенції, орієнтовані на емоційну регуляцію та опрацювання множинних втрат, тоді як для чоловіків ефективнішими є структурова-

ні, проблемно-орієнтовані підходи з фокусом на відновлення контролю та реконструкцію ідентичності [7–9].

Інтеграція гендерно обумовленого підходу до діагностики та лікування афективних розладів відкриває перспективи для підвищення ефективності терапевтичних втручань, скорочення термінів реабілітації та покращення віддалених результатів лікування. Підхід забезпечує комплексну оцінку взаємодії цих біологічних, психологічних та соціальних факторів, що модулюють перебіг афективної патології у представників різних статей, з подальшою розробкою індивідуалізованих терапевтичних стратегій [10–12].

Метою дослідження була розробка та апробація гендерно персоніфікованої терапії афективних розладів у осіб постраждалих від бойових дій.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети, за умови отримання інформованої згоди від пацієнта з дотриманням принципів біоетики та деонтології, було проведено комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 148 хворих (76 жінок та 72 чоловіків) з афективними розладами. 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 23 (47,9%) жінок та 18 (51,4%) чоловіків I групи та у 19 (52,7%) жінок та 14 (48,3%) чоловіків II групи був встановлений діагноз депресивний епізод помірного або важкого ступеню без психотичних симптомів; у 25 (52,1%) жінок та 17 (48,6%) чоловіків I групи та 17 (47,3%) та 15 (51,7%) відповідно II групи рекурентний депресивний розлад помірного або важкого ступеню без психотичних симптомів.

Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію згідно клінічних протоколів. З метою оцінки ефективності розробленої у ході роботи гендерно орієнтованої системи їх психотерапевтичної корекції обстежені були розподілені на 4 підгрупи (рис. 1).

Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale HADS) (Zigmond A.S. & Snaith R.P., 1983) – компактний скринінговий інструмент, спеціально розроблений для виявлення та оцінки тяжкості тривожних та депресивних розладів; Шкала де-

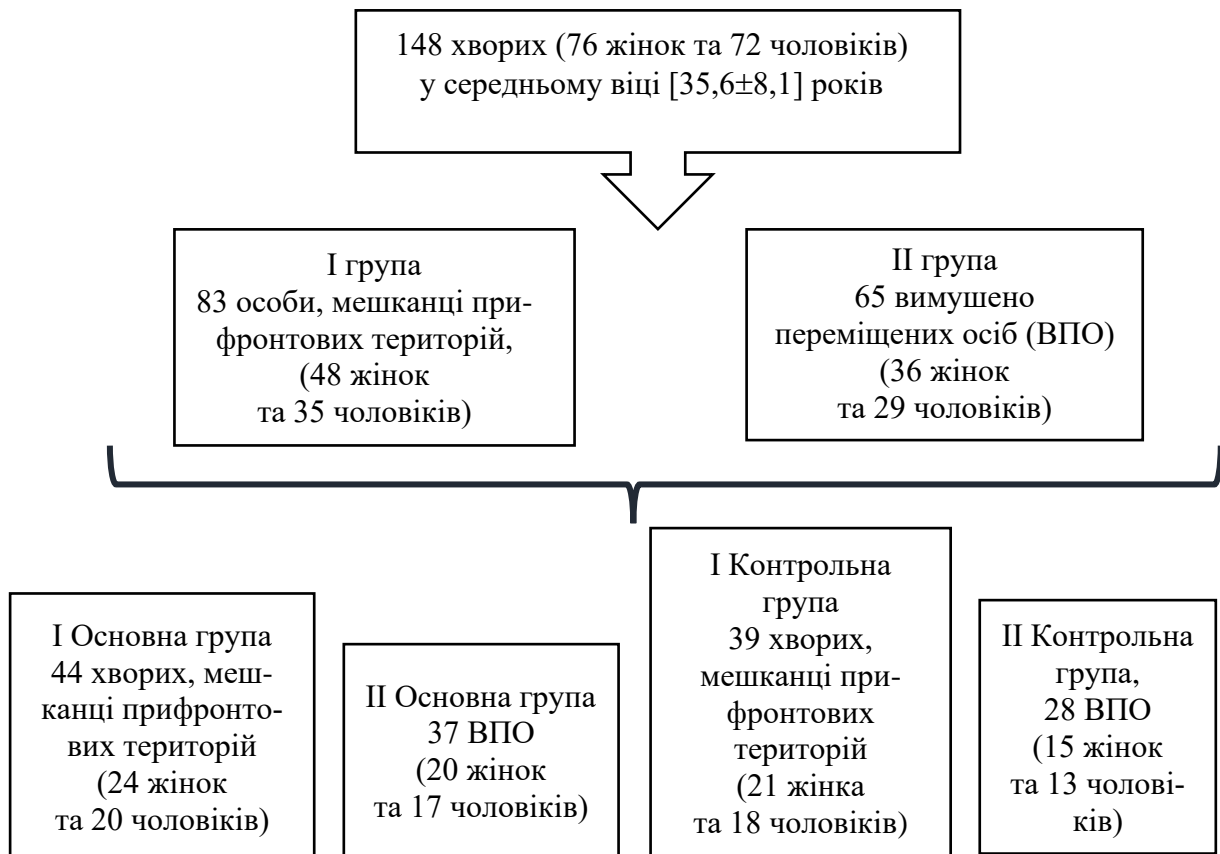


Рис. 1. Розподіл пацієнтів на групи та підгрупи.

Психодіагностичне обстеження проводилося за допомогою валідизованих інструментів, у дослідженні використовувались: Клінічні шкали тривоги (The Hamilton Anxiety Rating Scale HAM-A) і депресії (Hamilton Anxiety Depression Scale HAM-D) Гамільтона (Hamilton M., 1967) являють собою стандартизовані психометричні інструменти, які широко застосовуються в клінічній практиці та наукових дослідженнях для оцінки тяжкості симптомів тривоги та депресії;

пресії Монтгомери-Асберга (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale MADRS) (Montgomery S.A. & 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; Опитувальник якості життя (Quality of Life Index, Mezzich H. et al., 1999) – стандартизований міжнародний інструмент для бага-

товимірної оцінки суб'єктивного сприйняття якості життя, розроблений у рамках проекту Всесвітньої психіатричної асоціації з вивчення якості життя.

Результати їх обговорення

Як свідчать результати дослідження у чоловіків у клінічній структурі депресивних розладів при депресивному епізоді домінував тужливий варіант клініко-психопатологічної симптоматики, при рекурентному депресивному розладі – сенесто-іпохондричний чоловіків, у той час як у жінок при депресивному епізоді відмічалось переважання тривожного, а при рекурентному депресивному розладі астено-апатичного варіанту депресивної симптоматики (рис. 2).

Психодіагностичне дослідження показало переважання великого депресивного епізоду за шкалою Монтгомері-Айсберга (35 (42,2 %) обстежених I групи та 36 (55,4 %) відповідно II групи);

важкого депресивного (42 (50,6 %) та 32 (49,2 %) відповідно) та важкого тривожного (36 (43,4 %) обстежених I групи та 25 (38,4 %) II групи) епізодів за шкалою Гамільтона; клінічно вираженої депресії за госпітальною шкалою (62 (74,7 %) та 48 (73,8 %) відповідно) та низки показники якості життя за однойменною методикою, особливо за сферами психологічне благополуччя ($[2,2\pm 3,4]$ балли у обстежених I групи, $[2,2\pm 4,1]$ бали – II групи), міжособистісна взаємодія ($[2,9\pm 1,1]$ балів та $[3,3\pm 1,1]$ балів відповідно) та загальне сприйняття якості життя ($[2,2\pm 1,1]$ балів у обстежених I групи та $[2,7\pm 1,2]$ балів у обстежених II групи). На підставі отриманих даних була розроблена і апробована гендерно орієнтована система терапії афективних з диференційованим використанням психофармакотерапії та психотерапії, яка ґрунтувалась на сучасних клінічних рекомендаціях.

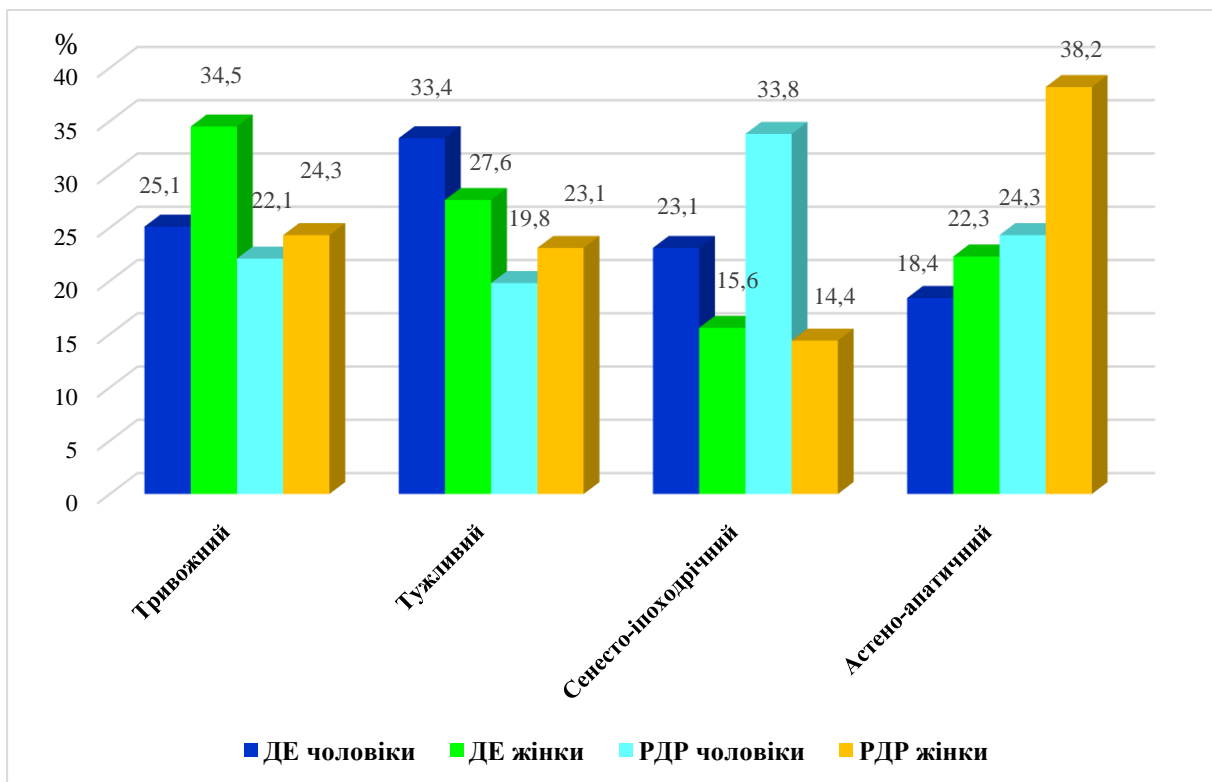


Рис. 2. Варіанти психопатологічної симптоматики у обстежених хворих (%).

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 гідроксизину 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).

Психотерапевтична програма для хворих з депресивним епізодом включала використання у чоловіків I групи: Когнітивно-Повідінкової Терапії (КПТ) з акцентом на опрацювання травматичних спогадів; поведінкової активації, яка враховувала планування доступних активностей, розвиток навичок самопомоги та взаємопідтримки в умовах воєнного стану; Екзистенційної Терапії (ЕТ) з фокусом на пошуковий зміст в умовах невизначеності, формування стійкості та адаптивних копінг-стратегій. У чоловіків II групи психотерапевтична програма включала використання: КПТ з фокусом на адаптацію до нових умов життя, опрацювання втрати дому та зміну соціального статусу, корекцію негативних установок щодо майбутнього; терапію прийняття та прихильності (Acceptance and Commitment Therapy, АСТ) для розвитку психологічної гнучкості в умовах радикальних життєвих змін,

прийняття болісних переживань втрати та формування нових цілей відповідно до особистісних цінностей; ЕТ, спрямовану на переосмислення ідентичності, опрацювання горя втрати та формування нових життєвих перспектив.

Для жінок I групи була застосована Кризова Терапія (КТ) з орієнтацією на стабілізацію в умовах постійного стресу та розвитку ресурсів для захисту сім'ї; когнітивно-поведінкова терапія усвідомленості (Mindfulness Based Cognitive Therapy, МВСТ) з адаптованими практиками усвідомлення для умов постійного стресу, з використанням коротких медитативних технік та дихальних вправ; тілесно-орієнтована психотерапія, або Тілесна Терапія (ТТ), з акцентом на роботу з хронічним стресом. Для жінок II групи – КТ з акцентом на опрацювання втрати, адаптацію до нового соціального середовища та відновлення почуття безпеки; МВСТ з фокусом на прийняття нових умов життя та розвиток психологічної гнучкості в умовах невизначеності; АСТ 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: МВСТ спрямовану на розвиток когнітивних навичок для запобігання депресивним рецидивам в умовах хронічного стресу; Особистісно-орієнтовану психотерапію (Person-Centered Therapy, РСТ) з фокусом на відновлення самоцінності та особистісної цілісності в умовах екзистенційної загрози, розвиток внутрішніх ресурсів стійкості; Арт-Терапію (АТ) для опрацювання довготривалого травматичного досвіду через творче самовираження, зменшення «емоційного

оніміння». II групи: МВСТ з акцентом на адаптацію до нових життєвих умов та профілактику рецидивів в умовах втрати звичного середовища, розвиток психологічної гнучкості; АСТ спрямовану на формування психологічної гнучкості в умовах вимушеного переміщення, прийняття болісних переживань втрати та орієнтації на особистісні цінності в нових умовах; РСТ з фокусом на реконструкцію ідентичності після вимушеного переміщення та формування нових життєвих перспектив.

Для жінок I групи булала застосована когнітивно-поведінкова терапія румінацій (Rumination-Focused Cognitive Behavioral Therapy, RF CBT), спрямована на переривання циклів негативного мислення, посиленних хронічним стресом війни, з використанням техніки конкретного мислення та проблемно-орієнтованого копінгю; ТТ з релаксаційними техніками для роботи з хронічним стресом та психосоматичною симптоматикою; АТ з фокусом на емоційну експресію та переробку травматичного досвіду. II групи: RF CBT з додатковим компонентом опрацювання втрати дому та прийняття статусу ВПО, корекцію негативних прогнозів щодо майбутнього; АСТ з фокусом на розвиток психологічної гнучкості у відносинах з болісними спогадами та невизначеністю майбутнього, формування нових життєвих цілей відповідно до особистісних цінностей; ТТ з техніками заземлення та стабілізації для відновлення почуття безпеки та контролю над власним тілом.

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 редукацією депресивної симптоматики, у порівнянні пацієнтами контрольної групи, які

демонстрували лише помірні покращення психічного стану (рис. 3).

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 важкі епізоди тривоги спостерігалися лише у 5 (11,4 %) хворих I ОГ та 4 (10,8 %) II ОГ проти 13 (33,3 %) I КГ та 10 (35,7 %) II КГ, а важкі епізоди депресії лише у 4 (9,1 %) та 3 (8,1 %) відповідно ОГ у порівнянні з 12 (30,7 %) та 9 (32,1 %) відповідно КГ.

Результати обстеження за госпітальною шкалою тривоги і депресії підтвердили ці тенденції. Клінічні прояви тривоги зберігалися лише у 9 (20,4 %) хворих I ОГ та 7 (18,9 %) II ОГ відповідно з 19 (48,7 %) та 15 (53,6 %) КГ. Клінічні прояви депресії констатовані у 7 (15,9 %) хворих I ОГ та 5 (13,5 %) II ОГ проти 17 (43,5 %) та 13 (46,4 %) КГ відповідно.

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

Як показали результати динаміки показників якості життя за Шкалою якості життя, застосування розробленої терапевтичної системи призвело до значного покращення якості життя у хворих I та II ОГ. Середній бал якості життя склав 30,4 у I ОГ та 30,6 у II ОГ, у порівнянні з 12,1 та 11,7 балами у КГ відповідно. Отримані результати демонструють суттєве поліпшення всіх аспектів якості життя у хворих, які отримували розроблену терапію (рис. 4).

Таким чином, розроблена та апробована комплексна гендерно персоніфікована система лікування афективних роз-

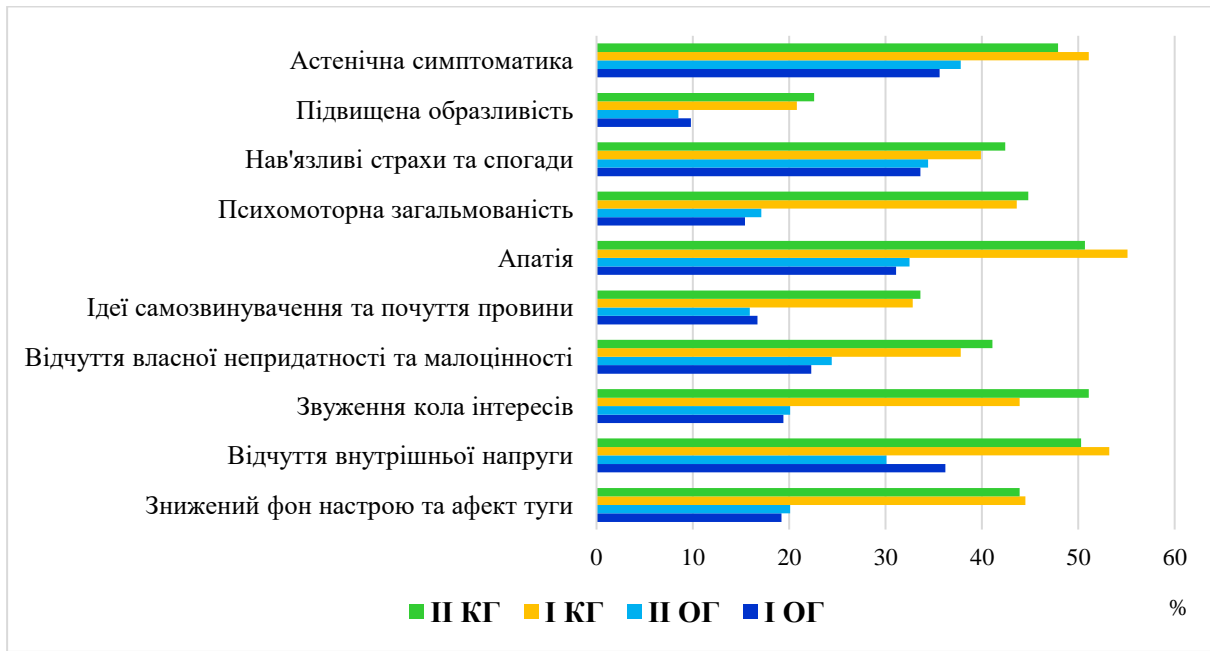


Рис. 3. Динаміка виразності психопатологічної симптоматики у обстежених хворих після проведення терапевтичної програми (%).

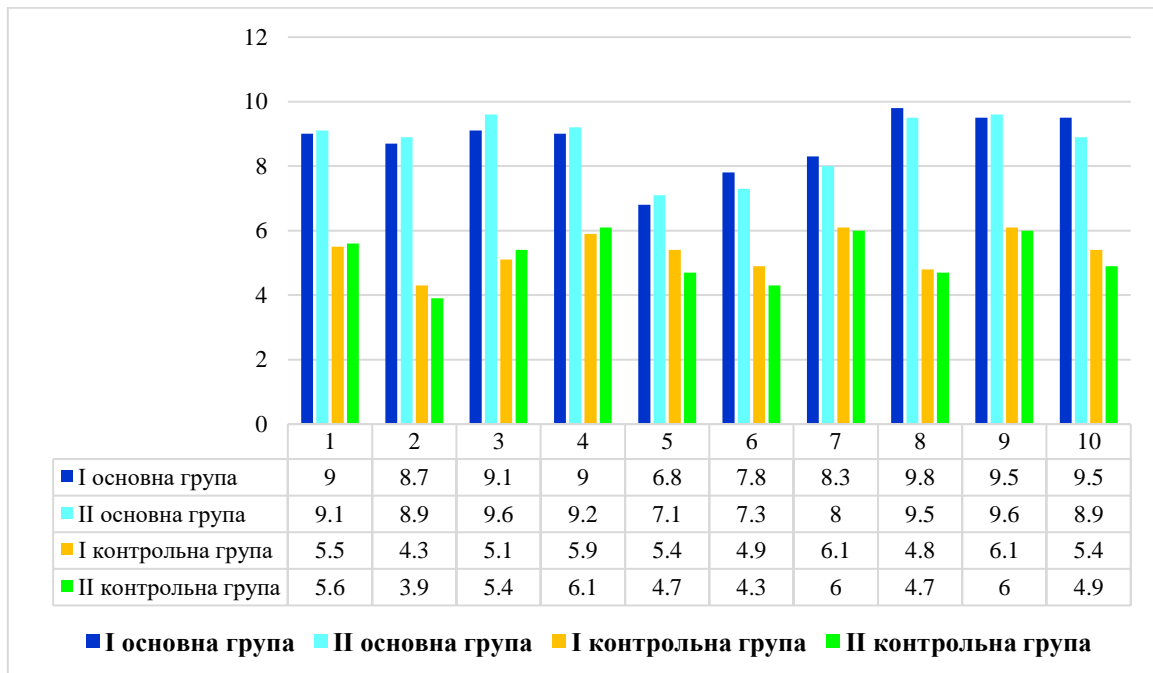


Рис. 4. Динаміка показників за Шкалою якості життя (бали).

Примітки: 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.

Таблиця. Динаміка показників психодіагностичних шкал у обстежених хворих після проведення терапевтичної програми абс. (%).

Вираженість тривоги і депресії		Основна група		Контрольна група	
		I (n=44)	II (n=37)	I (n=39)	II (n=28)
Шкала Гамільтона					
Відсутність	тривоги	22 50,0 %	13 35,1 %	2 5,1 %	2 7,1 %
	депресії	19 43,2 %	16 43,2 %	5 12,8 %	4 14,3 %
Легкий епізод	тривоги	10 22,7 %	15 40,5 %	10 25,6 %	5 17,9 %
	депресії	15 34,1 %	13 35,1 %	10 25,6 %	3 10,7 %
Помірний епізод	тривоги	7 15,9 %	5 13,5 %	14 35,9 %	11 39,2 %
	депресії	6 13,6 %	5 13,5 %	12 30,7 %	12 42,8 %
Важкий епізод	тривоги	5 11,4 %	4 10,8 %	13 33,3 %	10 35,7 %
	депресії	4 9,1 %	3 8,1 %	12 30,7 %	9 32,1 %
Госпітальна шкала					
Відсутність	тривоги	25 56,8 %	18 48,6 %	3 7,7 %	1 3,6 %
	депресії	26 59,1 %	20 54,1 %	4 10,3 %	3 10,7 %
Субклінічні прояви	тривоги	10 22,7 %	12 32,4 %	17 43,5 %	12 42,8 %
	депресії	11 25,0 %	12 32,4 %	18 46,2 %	12 42,8 %
Клінічні прояви	тривоги	9 20,4 %	7 18,9 %	19 48,7 %	15 53,6 %
	депресії	7 15,9 %	5 13,5 %	17 43,5 %	13 46,4 %
Шкала Монтгомери-Асберга					
Відсутність депресивного епізоду		20 45,5 %	17 45,9 %	5 12,8 %	4 14,3 %
Малий депресивний епізод		15 34,1 %	10 27,0 %	6 15,4 %	4 14,3 %
Помірний депресивний епізод		5 11,4 %	7 18,9 %	18 46,2 %	13 46,4 %
Великий депресивний епізод		4 9,1 %	3 8,1 %	10 25,6 %	7 25,0 %

Примітки: p<0,0001.

ладів в умовах повномасштабного вторгнення продемонструвала високу клінічну ефективність.

Результати дослідження демонструють відповідність міжнародним даним про гендерні відмінності у відповіді на терапевтичні втручання, водночас розкривають особливості контексту часу війни. Однак отримані нами результати ефективності диференційованої терапії перевищують описані в літературі її розміри при стандартній КПТ, що можна пояснити адаптацією терапевтичних програм до специфічних потреб воєнної травматизації та врахуванню диференційованої травми експозиції (прифронтіві території та внутрішнє переміщення). Доведене суттєве підвищення якості життя в основних групах співвідноситься з міжнародними даними про вищу ефективність гендерно-чутливих підходів, проте демонструє необхідність більш інтенсивних та спеціалізованих інтервенцій в умовах воєнного конфлікту, що підтверджує актуальність розробки адаптованих протоколів для населення, яке зазнало воєнної травматизації [13–17].

Висновки

1. Персоніфікована система фармако-терапії афективних розладів включає диференційоване використання есциталопраму або венлафаксину, або дулоксетину з додатковим використанням ад'ювантної терапії (гідроксизину або буспірону та кветіапіну) залежно від клінічної картини та коморбідної симптоматики.

References

1. Seleznova V, Pinchuk I, Feldman I, Virchenko V, Wang B, Skokauskas N. The battle for mental well-being in Ukraine: mental health crisis and economic aspects of mental health services in wartime. *Int J Ment Health Syst.* 2023;17(1):28. DOI: 10.1186/s13033-023-00598-3. PMID: 37749608.

2. Психотерапевтична програма для хворих з депресивним епізодом включає використання у чоловіків: когнітивно-поведінкової терапії та екзистенційної терапії, з додатковим використанням у хворих I групи поведінкової активації, у чоловіків II групи – терапії прийняття та прихильності; у жінок – використання кризової терапії, когнітивно-поведінкової терапії усвідомленості, з додатковим використанням у жінок I групи – тілесно-орієнтованої психотерапії, у жінок II групи – терапії прийняття та прихильності та інтегративної терапії з елементами арт-терапії та тілесно-орієнтованих практик.

3. Психотерапевтична програма для хворих з рекурентним депресивним розладом включала використання у чоловіків когнітивно-поведінкової терапії усвідомленості, особистісно-орієнтовану психотерапію, з додатковим використанням у чоловіків I групи арт-терапії, у хворих II групи терапії прийняття та прихильності. У жінок КПТ румінацій, тілесно-орієнтованої психотерапії, з додатковим використанням у I групі арт-терапії, у II групи терапії прийняття та прихильності.

4. Ефективність розробленої гендерно персоніфікованої програми терапії афективних розладів в умовах повномасштабного вторгнення підтверджена досягненням клінічно значного покращення у хворих основної групи у порівнянні з незначною позитивною динамікою у хворих контрольної групи за психометричними шкалами.

Конфлікт інтересів відсутній.

2. Чабан ОС, Хаустова ОО. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? Український Медичний Часопис. 2022;4(50):11с. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.150.232297.
3. Lushchak O, Velykodna M, Bolman S, Strilbytska O, Berezovskyi V, Storey KB. 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. PMID: 38019977.
4. Chudzicka-Czupala A, Hapon N, Chiang SK, Zelazny A, Grabowski D, Kang YR, 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.
5. Зеленська КО. Гендерний аналіз специфіки невротичних розладів у різних категорій осіб, які постраждали від бойових дій. Експериментальна і клінічна медицина. 2021; 90(2):52-7. DOI: 10.35339/ekm.2021.90.2.zel.
6. Martsenkovskyi D, Shevlin M, Ben-Ezra M, Karatzias T, Hyland P. Mental health in Ukraine in 2023. *Eur Psychiatry.* 2024;67(1):e27. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2024.12. PMID: 38533670.
7. Кожина ГМ, В'юн ВВ, Зеленська КО, Самойлова ОВ. Патогенетично обгрунтовані психотерапевтичні мішені розладів адаптації у молодих осіб вимушених переселенців. *Медицина сьогодні і завтра.* 2020;2(87):36-41. DOI: 10.35339/msz.2020.87.02.04.
8. Кольцова ГГ. Персоніфіковані програми психотерапевтичної підтримки та профілактики суїцидальної поведінки у хворих з депресивними розладами. *Медична психологія.* 2020;1-2:104-8. Доступно на: <http://www.mps.kh.ua/archive/2020/12/13>
9. 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):1727-32. DOI: 10.1089/jwh.2009.1784. PMID: 20718626.
10. 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):331-7. DOI: 10.1016/j.jad.2012.12.020. PMID: 23357657.
11. 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. PMID: 37553635.
12. Кожина ГМ, Хаустов ММ, Кольцова ГГ. Гендерний підхід до психотерапевтичної корекції у комплексному лікуванні депресивних розладів. *Медицина сьогодні і завтра.* 2021;90(2):70-7. DOI: 10.35339/msz.2021.90.2.kkk.
13. Spendelov JS. Cognitive-Behavioral Treatment of Depression in Men: Tailoring Treatment and Directions for Future Research. *American Journal of Men's Health.* 2014;9(2):94-102. DOI: 10.1177/1557988314529790. PMID: 24722466.
14. Ogrodniczuk J, Staats H. Psychotherapie und Geschlechtszugehörigkeit: Brauchen Männer und Frauen unterschiedliche Behandlungen? [Psychotherapy and gender: do men and women require different treatments?] *Z Psychosom Med Psychother.* 2002;48(3):270-85. DOI: 10.13109/zptm.2002.48.3.270. PMID: 12136448. [In German].

15. Pieh C, Altmepfen J, Neumeier S, Loew T, Angerer M, Lahmann C. Geschlechtsunterschiede in der multimodalen Therapie depressiver Störungen mit komorbider Schmerzsymptomatik [Gender differences in response to CBT-orientated multimodal treatment in depressed patients with chronic pain]. *Psychiatr Prax.* 2012;39(6):280-5. DOI: 10.1055/s-0032-1305097. PMID: 22926792. [In German].

16. Grubbs KM, Cheney AM, Fortney JC, Edlund C, Han X, Dubbert P, et al. The role of gender in moderating treatment outcome in collaborative care for anxiety. *Psychiatr Serv.* 2015;66(3):265-71. DOI: 10.1176/appi.ps.201400049. PMID: 25727114.

17. Cuijpers P, Weitz E, Twisk J, Kuehner C, Cristea I, David D, et al. Gender as predictor and moderator of outcome in cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for adult depression: an "individual patient data" meta-analysis. *Depress Anxiety.* 2014;31(11):941-51. DOI: 10.1002/da.22328. PMID: 25407584.

Nemchenko A.O.

GENDER-DETERMINED APPROACH TO THE TREATMENT OF AFFECTIVE DISORDERS IN WAR CONDITIONS

Under wartime conditions, the prevalence of affective disorders among the general population of Ukraine has increased to 46%. Recent studies demonstrate significant gender differences in the manifestations, course, and response to therapy of these disorders, highlighting the need for the development of gender-sensitive therapeutic approaches. The study aimed to develop and test a gender-personalized therapy for affective disorders in individuals affected by hostilities. A comprehensive clinical-psychopathological and psychodiagnostic assessment was conducted on 148 patients with affective disorders, divided into two groups: Group I – 83 residents of frontline territories, and Group II – 65 internally displaced persons. To evaluate the effectiveness of the developed gender-oriented psychotherapeutic correction system, the participants were further divided into a main group (81 patients) and a control group (67 patients). Standardized psychodiagnostic scales were used in the study. A gender-personalized treatment system for affective disorders was developed, combining tailored psychopharmacotherapy and psychotherapy. For men, therapy focused on cognitive-behavioral, existential, and mindfulness-based approaches, with behavioral activation or art therapy added depending on group. For women, crisis therapy, mindfulness-based cognitive therapy, and body-oriented psychotherapy were central, supplemented by art or acceptance and commitment therapy based on group assignment. The program varied by diagnosis and group, emphasizing gender-specific needs and therapy responsiveness. Efficacy evaluation confirmed the advantages of the developed gender-personalized therapy system for affective disorders. Implementation of the developed program resulted in significant reduction of severe anxiety episodes (to 11.4% in men and 10.8% in women in the main group versus 33.3% and 35.7% in the control group) and depression (to 9.1% and 8.1% respectively versus 30.7% and 32.1% in the control group). The average quality of life score was 30.4–30.6 in the main groups compared to 12.1–11.7 in the control groups.

Keywords: *depressive disorders, psychopharmacotherapy, psychotherapy, wartime conditions.*

Надійшла до редакції 18.01.2025

Прийнята до опублікування: 30.03.2025

Опублікована 31.03.2025

Відомості про автора

Немченко Анна Олегівна – аспірант кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, Україна.

Поштова адреса: Україна, 61022, м. Харків, пр. Науки, 4, ХНМУ.

E-mail: aodovhaliuk.po21@knmu.edu.ua

ORCID: 0009-0002-1709-9548.