

# КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ ТА КОМОРБІДНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

*Н.М. Іванова, О.С. Юрценюк*

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

**Мета** – дослідити клініко-психопатологічні особливості військовослужбовців із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) та коморбідними психічними розладами для оптимізації діагностики та комплексного підходу до терапії цієї групи пацієнтів.

**Матеріали і методи.** Дослідна група складалась із 80 пацієнтів чоловічої статі, військовослужбовців, які мали психічні розлади, що розвинулися внаслідок перенесеної бойової травми. Для постановки діагнозу використовували критерії МКХ-10. Методи дослідження: напівструктуроване клінічне інтерв'ю SCID-II для діагностики трансформації структури особистості, а також диференціації типів та розладів особистості; опитувальник базових психічних симптомів (SCL-90-R), розроблений для оцінки широкого спектра психологічних проблем і психопатологічних симптомів. SCL-90-R охоплює дев'ять основних симптоматичних шкал: соматизація, obsесивно-компульсивні симптоми, міжособистісна чутливість, депресія, тривожність, ворожість, фобічна тривожність, параноїдні ідеї, психотизм. Окрім цих шкал, опитувальник надає три глобальні індекси: глобальний індекс тяжкості (GSI): відображає загальний рівень дистресу; індекс позитивних симптомів (PSI): кількість симптомів, що були відзначені респондентом; індекс дистресу позитивних симптомів (PSDI): середня інтенсивність відзначених симптомів. SCL-90-R широко використовується в клінічній практиці та дослідженнях для оцінки психопатологічного стану пацієнтів, моніторингу ефективності лікування та виявлення змін у симптоматиці з часом. Дослідження виконане із дотриманням засад Гельсінської декларації прав людини, усі пацієнти підписували інформовану згоду на обробку інформації. Методи статистичної обробки даних, використані у дослідженні, включають описову статистику, кореляційний аналіз, регресійні моделі, факторний аналіз, кластерний аналіз та методи перевірки гіпотез. Робота виконана як фрагмент НДР кафедри «Коморбідність психічних розладів та неврологічної патології», термін виконання 2020-2024 рр. Номер державної реєстрації 01204101503 та «Сучасні аспекти діагностики та лікування пацієнтів з психічними та/або неврологічними розладами» термін 2025-2029 рр.

**Результати.** Середнє значення поширеності посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в Україні – 24,7%. Найчастіше страждають люди віком 18-29 років. 97,4% військових із ПТСР мали хоча б один додатковий психічний розлад, 74,0% мали три і більше коморбідних стани. 82,5% досліджуваних страждали на генералізований тривожний розлад і майже половина – на депресію. 30% людей із ПТСР мають симптоми, схожі на obsесивно-компульсивний розлад (ОКР). Коморбідність ПТСР та ОКР ускладнює перебіг обох розладів, посилюючи тривожність, нав'язливі думки та поведінку уникнення. Попри різні тригери, обидва стани мають схожі нейробіологічні механізми, що призводить до резистентності до стандартного лікування. Це зумовлює необхідність індивідуалізованих підходів до терапії таких пацієнтів. 40% пацієнтів із БАР мали також ознаки симптомів ПТСР. Коморбідність ПТСР та біполярного розладу є поширеною та клінічно значущою, оскільки обидва стани мають спільні фактори ризику, зокрема вплив травми та нейротизм. Імпульсивність та ризикована поведінка під час маніакальних фаз підвищують ймовірність повторної травматизації, що ускладнює перебіг обох розладів.

**Висновки.** Коморбідність комплексного постстресорного розладу та межового розладу особистості призводить до тяжчого клінічного перебігу з більш вираженими емоційними порушеннями, дисоціацією, самоушкодженням і функціональними розладами. Обидва розлади мають спільні симптоми, але зберігають відмінні риси, а їх співіснування свідчить про серйознішу травматизацію. Дисоціація, як суттєва складова відстроченої реакції на психічну травму, ймовірно, відіграє важливу роль і в розвитку симптомів ПТСР

**Ключові слова:** посттравматичний стресовий розлад, коморбідність, клініко-психопатологічні особливості, розлади особистості, obsесивно-компульсивний розлад, біполярний афективний розлад.

Клінічна та експериментальна патологія. 2026; Т.25, № 1 (95). С. 42-51

DOI 10.24061/1727-4338.XXV.1.95.2026.06

E-mail: ivanova.nata@bsmu.edu.ua

як один з основних, але не єдиний патогенетичний механізм ПТСР.

## CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER AND COMORBID MENTAL DISORDERS

*N. M. Ivanova, O. S. Yurtsenyuk*

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

**Objective** – to study the clinical and psychopathological characteristics of servicemen with PTSD and comorbid mental disorders to optimize the diagnosis and comprehensive approach to the treatment of this group of patients.

**Materials and methods.** The group under study consisted of 81 patients, all male, military personnel, who had mental disorders that developed as a result of combat trauma. The ICD-10 criteria were used to make the diagnosis. Research methods used: SCID-II semi-structured clinical interview to diagnose the transformation of personality structure, as well as differentiation of personality types and disorders, this technique, developed to assess personality disorders in accordance with DSM-IV criteria, includes 12 blocks according to each personality type; the questionnaire of the basic psychiatric symptoms (SCL-90-R), designed to assess a wide range of psychological problems and psychopathological symptoms. The SCL-90-R embraces nine major symptom scales: somatization, obsessive-compulsive symptoms, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoia, and psychoticism. In addition to these scales, the questionnaire provides three global indices: Global Severity Index (GSI): reflects the overall level of distress; Positive Symptom Index (PSI): the number of symptoms reported by the respondent; Positive Symptom Distress Index (PSDI): the average intensity of the reported symptoms. The SCL-90-R is widely used in clinical practice and research to assess the psychopathological patients' condition, monitoring of the treatment effectiveness, and identification of changes in symptoms over time. Methods for statistical processing of research data include descriptive statistics, correlation analysis, regression models, factor analysis, cluster analysis and hypothesis testing methods. The work of Wikonan as a fragment of the NDR of the department "Comorbidity of mental disorders and neurological pathologies", term of Wikonan 2020-2024. State registration number 01204101503 and "Current aspects of diagnosis and treatment of patients with mental and/or neurological disorders" term 2025-2029.

**Results.** The average prevalence of PTSD in Ukraine is 24.7%. People aged 18-29 are the most often affected. 97.4% of military personnel with PTSD had at least one additional mental disorder; 74.0% had three or more comorbid conditions. 82.5% of the subjects suffered from generalized anxiety disorder and almost half from depression. 30% of people with PTSD have symptoms similar to OCD. The comorbidity of PTSD and OCD complicates the course of both disorders, increasing anxiety, intrusive thoughts, and avoidant behavior. Despite different triggers, both conditions have similar neurobiological mechanisms, what leads to resistance to standard treatment. This stipulates the necessity of individualized approaches to the treatment of such patients. 40% of patients with BAR also had signs of PTSD symptoms. The comorbidity of PTSD and bipolar disorder is common and clinically significant, as both conditions share common risk factors, including trauma exposure and neuroticism. Impulsivity and risky behavior during manic phases increase the likelihood of re-traumatization, which complicates the course of both disorders.

**Conclusions.** The comorbidity of PTSD and MPD leads to a more severe clinical course with more pronounced emotional disturbances, dissociation, self-harm, and functional impairment. Both disorders have common symptoms but retain distinctive features, and their coexistence indicates a more serious trauma. Dissociation, being a significant component of the delayed reaction to trauma, probably plays an important role in the development of PTSD symptoms as one of the main, but not the only pathogenetic mechanism of PTSD.

**Key words:** *posttraumatic stress disorder, comorbidity, clinical and psychopathological features, personality disorders, obsessive-compulsive disorder, bipolar affective disorder.*

Clinical and experimental pathology 2026. Vol. 25, № 1 (95). P. 42-51.

### Вступ

У 2023 р. кількість пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) зросла майже в чотири рази порівняно з 2021 р., а за перші два місяці 2024 р.

діагноз встановлено фактично такої же кількості пацієнтів, як за весь 2021 рік. Про це засвідчують дані з Електронної системи охорони здоров'я. Показники за роками виглядають так: 2021 рік – 3 167 пацієнтів,

2022 рік – 7 051 пацієнт, 2023 рік – 12 494 пацієнти, 2024 рік – 3 292 пацієнти (станом на 06.03.2024).

З початком повномасштабної війни в Україні почали все більше говорити про ПТСР. Стосується це як військових, які постійно ризикують життям, так і цивільних, які пережили й переживають окупацію, обстріли та інші складові війни. Однак остаточна інформація щодо кількості військовослужбовців із цим розладом буде оприлюднена лише після завершення війни. З огляду на затяжний характер конфлікту, прогнозується зростання випадків ПТСР, зокрема через відстрочену маніфестацію та несвоєчасне звернення за медичною допомогою.

Часто спостерігається коморбідність ПТСР з іншими психічними розладами. Це значно ускладнює діагностику, лікування та реабілітацію. Власне цим фактом обумовлена мета дослідження, яка полягає в детальному вивченні взаємозв'язку між ПТСР та іншими психічними розладами. Особливу увагу приділили впливу коморбідних станів на клінічну картину, перебіг захворювання, інтенсивність прояву симптомів. Також дослідження було спрямоване на визначення оптимальних підходів до діагностики та комплексного лікування пацієнтів із ПТСР, поєднаного з коморбідними станами, які, у свою чергу, поглиблюють перебіг захворювання.

#### Мета роботи

Дослідити клініко-психопатологічні особливості військовослужбовців із ПТСР та коморбідними психічними розладами для оптимізації діагностики та комплексного підходу до терапії цієї групи пацієнтів.

#### Матеріали і методи дослідження

Дослідна група складалась із 80 пацієнтів чоловічої статі, військовослужбовців, які мали психічні розлади, що розвинулися внаслідок перенесеної бойової травми. Для постановки діагнозу використовували критерії МКХ-10. Методи дослідження: напівструктуроване клінічне інтерв'ю SCID-II для діагностики трансформації структури особистості, а також диференціації типів та розладів особистості, методика розроблена для оцінки розладів особистості відповідно до критеріїв DSM-IV, включає 12 блоків відповідно до кожного типу особистості а саме: тривожний, залежний, obsесивно-компульсивний, негативістичний, депресивний, параноїдний, шизотипальний, шизоїдний, гістрійонний, нарцистичний, пограничний, антисоціальний; опитувальник базових психічних симптомів (SCL-90-R), розроблений для оцінки широкого спектра психологічних проблем і психопатологічних симптомів. SCL-90-R охоплює дев'ять основних симптоматичних шкал: соматизація, obsесивно-компульсивні симптоми, міжособистісна чутливість, депресія, тривожність, ворожість, фобічна тривожність, параноїдні ідеї, психотизм. Окрім цих шкал, опитувальник надає три глобальні індекси: глобальний індекс тяжкості (GSI): відображає загальний рівень дистресу; індекс

позитивних симптомів (PSI): кількість симптомів, що були відзначені респондентом; індекс дистресу позитивних симптомів (PSDI): середня інтенсивність відзначених симптомів. SCL-90-R широко використовується в клінічній практиці та дослідженнях для оцінки психопатологічного стану пацієнтів, моніторингу ефективності лікування та виявлення змін у симптоматиці з часом.

Дослідження виконане із дотриманням засад Гельсінської декларації прав людини, усі пацієнти підписували інформовану згоду на обробку інформації.

Методи статистичної обробки даних, використані у дослідженні, включають описову статистику, кореляційний аналіз, регресійні моделі, факторний аналіз, кластерний аналіз та методи перевірки гіпотез. Робота виконана як фрагмент НДР кафедри «Коморбідність психічних розладів та неврологічної патології», термін виконання 2020-2024 рр. Номер державної реєстрації 01204101503 та «Сучасні аспекти діагностики та лікування пацієнтів з психічними та/або неврологічними розладами» термін 2025-2029 рр.

#### Результати та їх обговорення

Розподіл пацієнтів за нозологічними характеристиками (клінічними діагнозами за МКХ-10): пацієнти з діагностованим ПТСР – 23, посткомоційним синдромом – 11, розладами адаптації – 10, невротичними, асоційованими зі стресом розладами – 2, органічним розладом особистості – 8, органічними афективними розладами – 3, розладами особистості – 22, стійкими змінами особистості внаслідок перенесеного ПТСР – 1.

Серед досліджуваних пацієнтів коморбідність ПТСР із розладом особистості (РО) спостерігали у 17-ти пацієнтів, коморбідність РО з афективними розладами, зокрема з тривожним розладом – у 33-х, коморбідність РО з посткомоційним синдромом – у 4-х пацієнтів. 8 пацієнтів із діагнозами невротичного регістру за методикою SCID II мали ознаки розладів особистості, що в черговий раз підтверджує необхідність вдосконалення діагностичного інструментарію. Чимало пацієнтів межового спектру можуть мати невротичні симптоми, що інколи спотворює основну картину і призводить до постановки помилкового діагнозу, а це, у свою чергу, впливає на підхід до лікування.

Із загальної кількості обстежених пацієнтів 40, тобто 50%, мали коморбідні стани.

У пацієнтів із діагностованими розладами особистості, зокрема коморбідними, розподіл за типами був таким: obsесивно-компульсивний – 15 осіб, негативістичний – 12, депресивний – 22, параноїдний – 36, шизотипальний – 5, шизоїдний – 10, гістрійонний – 13, нарцистичний – 17, межовий – 21, антисоціальний – 11. Найвищі показники отримані по параноїдному, депресивному та межовому блоках. Отримані дані потребують подальшого аналізу для уточнення того, чи ці показники є ознаками чітко

виражених параноїдного та депресивного радикалів в структурі особистості, чи вони свідчать про поточний депресивно-параноїдний стан пацієнта як транзиторний епізод. До прикладу, всі пацієнти з діагностованим ПТСП мали виражений тривожний синдром і, відповідно, мали високі показники по тривожному блоку в SCID II, проте не мали ознак тривожного типу особистості згідно з психодинамічним підходом, тобто отримані дані можна інтерпретувати як транзиторні прояви за рахунок тривоги власне в структурі клінічної симптоматики ПТСП.

*Посттравматичний стресовий розлад (ПТСП)* – це психічний розлад, який розвивається в осіб, які пережили або стали свідками травматичної чи страшної події, як от стихійне лихо, серйозний нещасний випадок або напад, терористичний акт або військові дії, або у тих, кому загрозувала смерть, сексуальне насильство чи інша травма. Стрес, спричинений безпосереднім переживанням травми або перенесенням травматичної події в якості свідка, впливає на всі аспекти життя людини, включаючи її психічне, емоційне та фізичне благополуччя [18].

Згідно сучасних оновлених критеріїв посттравматичний стресовий розлад може виникнути в будь-якій період життя після впливу травми. Відтермінований ПТСП характеризується появою клінічних симптомів через 6 місяців після травматичної події.

Комплексний ПТСП (кПТСП) – розлад, який може розвиватися через переживання повторюваних травматичних подій (тривалих бойових дій, перебування в полоні, систематичного домашнього насильства тощо) або в будь-якій період життя після травми [8]. Симптоми та перебіг комплексного ПТСП можуть суттєво відрізнятися в окремих людей та залежно від часу (МКХ-11).

*Діагностичні критерії ПТСП.* Посттравматичний стресовий розлад (DSM V 309.81; МКХ 10 F43.10, МКХ 11 6B40): вплив події або ситуації надзвичайно загрозливого або жахливого характеру; повторне переживання травматичної події в теперішньому часі, коли подія не просто запам'ятовується, а й переживається як така, що відбувається знову тут і зараз. Зазвичай це проявляється у формі яскравих нав'язливих спогадів або образів; спогади, які можуть варіювати від легкого ступеня (існує тимчасове відчуття того, що подія повторюється в теперішньому часі) до тяжкого (існує повна втрата усвідомлення оточуючого) та/або повторювані сні чи кошмари (симптоми вторгнення / інтрузії); навмисне уникання нагадувань, які можуть викликати повторне переживання травматичної події (оніміння); постійне відчуття підвищеної поточної загрози, наприклад, на це вказує надмірна настороженість або посилена реакція переляку на такі подразники, як несподівані звуки. Характерною є гіперпильність, відчуття необхідності постійно охороняти себе та близьких від небезпеки, відчуття безпосередньої загрози чи то в конкретних ситуаціях чи в більш загальному плані (симптоми гіперзбудження) [6].

*Частота виникнення ПТСП.* Проведене дослідження, яке здійснювалось під час роботи мобільних бригад медичної та психологічної допомоги, роботу яких організувала ГО «Інфекційний контроль в Україні» в регіонах Чернігівської, Сумської, Дніпропетровської і Харківської областей із вересня 2022 по березень 2024. Здійснювали тестування скринінговим тестом: опитувальником симптомів ПТСП PCL-C (цивільна версія). Загалом обстежено 1243 жителі постраждалих регіонів віком 18-86 років; 84% становили жінки, 37% – особи віком понад 60 років. У середньому по регіонах, включених у дослідження: 24,7% обстежуваних мали ознаки ПТСП, 50,3% – ознаки настороги щодо наявності ПТСП. Середня поширеність ознак ПТСП у регіонах України, які найбільше постраждали і продовжують страждати від російської агресії, становить 24,7%. Найуразливішими до ПТСП виявилися молоді люди віком 18-29 років – поширеність клінічних проявів ПТСП у них становила 32,6%. Ознаки ПТСП у переважній більшості випадків супроводжувались депресивними проявами [5].

*Коморбідність ПТСП з іншими психічними розладами. Статистичні дані.* ПТСП рідко виникає сам собою, і думки щодо кореляції між ПТСП та його коморбідностями досі неоднозначні. У 2017 році продемонстрована статистика поширеності психічних розладів на фоні вже існуючого ПТСП. Експериментальна група складалася зі 154 ветеранів війни з бойовим ПТСП; контрольна група – із 77 ветеранів без ПТСП. У дослідженні використовували загальну демографічну анкету, Гарвардський травматичний опитувальник та MINI (Mini international neuropsychiatric interview). Результати показали, що: 97,4% ветеранів із діагнозом ПТСП відповідали критеріям інших психічних розладів (кожен із них мав хоча б один розлад) порівняно з 24,7% у контрольній групі; 74,0% ветеранів із ПТСП мали три або більше психіатричних діагнозів, тоді як у контрольній групі цей показник становив лише 2,6%; 44,8% ветеранів із ПТСП страждали на хронічні соматичні захворювання.

Найчастіше у них спостерігали: поточний депресивний епізод (41,6%), попередній депресивний епізод (36,4%), депресивний епізод із меланхолічними рисами (36,4%), дистимію (13,6%), панічний розлад з агорафобією (11,0%), генералізований тривожний розлад (82,5%), зловживання алкоголем (34,4%), суїцидальні думки (26,0%).

На основі проведеного дослідження зроблено висновок, що хронічний ПТСП у ветеранів війни майже завжди супроводжується численними психічними та часто соматичними коморбідними порушеннями [13].

У пацієнтів із ПТСП дуже часто (до 50 % випадків, а за іншими даними – близько 80 %) відзначають коморбідні психічні розлади, які мають суттєвий вплив на клінічну картину, адаптацію та результати лікування. Є і зворотний зв'язок – ПТСП сприяє

формуванню та обтяженню клінічних ознак коморбідних психічних і поведінкових розладів [2]. Така розповсюдженість коморбідних із ПТСР станів обумовлює доцільність детального їх вивчення.

*Коморбідність ПТСР та обсессивно-компульсивного розладу.* Епідеміологічні дослідження показують, що люди з ПТСР мають вищий ризик розвитку ОКР. Наприклад, встановлено, що 30% осіб із діагнозом ПТСР також відповідають критеріям ОКР порівняно з поширеністю ОКР у загальній популяції від 1,6% до 2,5% протягом життя. Цей підвищений рівень коморбідності особливо виражений у групах населення, які зазнали тяжкої травми, такої як війна або насильство.

Травма, особливо пов'язана з міжособистісним насильством, жорстоким поводженням або небезпечними для життя подіями, може викликати обсесії та компульсії, які тісно пов'язані з минулим травматичним досвідом. Ці пов'язані з травмою, нав'язливі ідеї зазвичай зосереджуються на таких темах, як забруднення, заподіяння шкоди, а пов'язані з ними компульсії часто спрямовані на нейтралізацію сприйнятої загрози [1].

Нещодавні нейровізуалізаційні дослідження виявили схожі нейробиологічні механізми як при ПТСР, так і при ОКР, зокрема: мигдалеподібне тіло – ділянка мозку, що відповідає за обробку емоцій та реакцій на страх, демонструє гіперактивність при обох розладах: при ПТСР гіперактивність сприяє інтенсивним емоційним реакціям і підвищеній пильності, а при ОКР – підвищеній тривожності, яка призводить до посилення нав'язливих думок і компульсивної поведінки. Наприклад при обох цих станах відбуваються зміни рівнів нейротрансмітерів головного мозку, а саме: серотоніну, норадреналіну та дофаміну. Роль нейротрофічного фактора значна при ПТСР, але при ОКР все ще є дискусійною. Подальші дослідження також продемонстрували, що травма може порушити регуляцію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, яка відіграє важливу роль у реакції організму на стрес [1].

*Порівняння симптоматики ПТСР та ОКР.* Хоч ПТСР та ОКР мають відмінні основні риси, вони мають симптоми, що перетинаються, особливо у сфері нав'язливих думок та поведінки уникнення. При ПТСР нав'язливі думки часто проявляються у вигляді флешбеків або тривожних спогадів про травматичні події, тоді як при ОКР ці думки набувають форми стійких, небажаних нав'язливих ідей, які провокують тривогу. Наприклад, спогади при ПТСР можуть бути пов'язані з ситуаціями, що загрожують життю, тоді як нав'язливі ідеї при ОКР можуть бути пов'язані зі страхом заподіяння шкоди або забруднення.

Обидва розлади включають поведінку уникнення, однак при ПТСР уникнення пов'язане з нагадуваннями про травму, наприклад уникання місць або людей, пов'язаних із цією подією. Натомість при ОКР уникнення спрямоване на нейтралізацію тривоги, викликані нав'язливими ідеями, що призводить до компульсивної поведінки,

наприклад, миття або перевірки зроблених чи не зроблених дій. Ця схожість зумовлена порушеннями в кортико-стріато-таламо-кортикальному (CSTC) ланцюзі, який відіграє ключову роль у регулюванні емоцій та поведінки при обох розладах. Обидва розлади також характеризуються гіперактивністю у мигдалеподібному тілі мозку, яка пов'язана з реакціями страху, та гіпоактивність у префронтальній корі, яка регулює емоційні реакції. Ця спільна нейронна схема пояснює, чому і ПТСР, і ОКР характеризуються гіперактивністю та уникненням, хоча вони відрізняються за тригерами та фокусом своїх компульсій.

Основні відмінності включають емоційне оніміння при ПТСР і труднощі з переживанням позитивних емоцій, симптоми, які рідше зустрічаються при ОКР. Обсессивно-компульсивний розлад, навпаки, характеризується переоціненим мисленням, коли пацієнти вірять, що прості думки про негативну подію можуть зробити її більш вірогідною. Хоч обидва розлади пов'язані з нав'язливими когніціями, ПТСР фокусується на повторному переживанні травми, такому як флешбеки, тоді як ОКР у першу чергу спрямований на здійснення компульсивних ритуалів для нейтралізації нав'язливих ідей через компульсивну поведінку. Коморбідність ПТСР та ОКР створює значні труднощі як у діагностиці, так і в лікуванні, оскільки пацієнти, які страждають від обох розладів, мають більш тяжкі симптоми та гірші результати лікування порівняно з тими, хто страждає лише на один із цих розладів. Пацієнти з ПТСР та ОКР часто вважаються резистентними до лікування через те, як ці розлади взаємодіють та посилюють один одного. Нав'язливі думки і підвищена пильність, характерні для ПТСР, можуть посилювати компульсивну поведінку, яка спостерігається при ОКР, що призводить до замкненого кола уникнення і нав'язливого мислення. Наприклад, у людини з коморбідним ПТСР та ОКР можуть розвинутися нав'язливі страхи, пов'язані з безпекою, які є наслідком травматичного досвіду. Ці страхи потім підживлюють компульсивну поведінку, таку як перевірка або пошук заспокоєння, які спрямовані на запобігання передбачуваної шкоди, але в кінцевому підсумку посилюють тривожність, пов'язану як з ПТСР, так і з ОКР. Труднощі, з якими стикаються клініцисти в лікуванні коморбідних ПТСР та ОКР ще більше ускладнюються тим, що стандартні методи лікування одного розладу можуть бути не настільки ефективними, коли присутні обидва стани. Експозиційна терапія, яка є загальним методом лікування як ПТСР, так і ОКР, може бути особливо корисною у випадках коморбідних розладів [1, 14]

*Коморбідність ПТСР та БАП.* Дослідження, що вивчали ПТСР у людей із біполярним розладом, показали, що цей показник сягає 40% для стаціонарних вибірок, що вдвічі перевищує показник ПТСР у загальній популяції. Незважаючи на високу поширеність ПТСР у людей з біполярним розладом, етіологія коморбідного біполярного розладу та ПТСР

залишається не до кінця зрозумілою [12].

Слід зазначити, що фактори ризику ПТСР та біполярного розладу значно збігаються: вплив травми (травм), високий нейротизм, низька екстраверсія, принаймні, під час депресивної фази біполярного розладу, пов'язані з хворобою симптоми біполярного розладу, включаючи схильність до ризику та імпульсивність, можуть наражати пацієнтів на ризик отримання травми, особливо в маніакальному стані, коли рівень травматизації сягає 98%.

Постає питання – які симптоми біполярного розладу та ПТСР збігаються? Вплив травматичних подій є ключовим фактором у розвитку ПТСР. Травматична подія може призвести до повторного переживання симптомів (наприклад, нав'язливих спогадів, нічних кошмарів, флешбеків та гіперзбудження), уникнення речей, які були пов'язані з травматичними подіями. На відміну від них, біполярний розлад характеризується афективними епізодами (включаючи депресію, гіпоманію або манію), котрі не обов'язково викликані або спровоковані травматичними подіями.

При наявності інтрузивних симптомів особи з ПТСР можуть відчувати сильне емоційне збудження при зіткненні з нагадуваннями про травму, що часто виражається флешбеками, які мають чіткий зв'язок із травмою. Спільними симптомами також можуть бути схильність звинувачувати себе, інших або світ загалом, негативний або пригнічений настрій, почуття провини чи нікчемності, втрату інтересу, гнів або страх. Ангедонія є поширеною при обох станах. Особи можуть мати труднощі з переживанням позитивних емоцій як при ПТСР, так і в депресивній фазі біполярного розладу.

Гіперзбудження та реактивність, пов'язані з ПТСР, включають симптоми, які також спостерігаються при біполярному розладі, такі як дратівливість, гнів, агресія та ризикована поведінка. Здатність до концентрації може бути зниженою при обох розладах. Хоча безсоння може виникати при обох станах, травматичні кошмари є характерними для ПТСР [12].

*Коморбідність комплексного посттравматичного стресового розладу з межовим розладом особистості.* Комплексний посттравматичний стресовий розлад (кПТСР) за МКХ-11 характеризується порушенням регуляції афекту, негативним образом себе та розладами міжособистісних стосунків – симптомами, які також виявляються при межовому розладі особистості (МРО). Деякі дослідження розглядають кПТСР як окремий розлад, інші – як підгрупу або навіть заміну для МРО. Тому, коли ці два розлади знаходяться в коморбідному стані виникає необхідність в чіткій диференційній діагностиці для визначення, чи ми маємо справу дійсно з поєднанням цих двох діагнозів, чи лише одним із них [11].

кПТСР характеризується травматичними спогадами, за наявності яких особа має труднощі з емоційною саморегуляцією, особливо у стосунках з

іншими після міжособистісної травматизації (фізичне, сексуальне або емоційне насильство, нехтування, зраду чи інші форми негативного впливу, які можливі в міжособистісних взаємодіях). Окрім наявності принаймні одного з двох симптомів у кожному з трьох доменів порушення самоорганізації (ДПС): емоційна дисрегуляція, негативне самосприйняття, порушення у стосунках.

Особа також повинна відповідати критеріям ПТСР, а саме: повторне переживання травми в теперішньому часі, уникання травматичних нагадувань, відчуття поточної загрози. Ці симптоми можуть перетинатися з проявами межового розладу особистості, який характеризується: емоційною нестабільністю: різкі перепади настрою, інтенсивні емоційні реакції; нестабільним самосприйняттям: перемінливим уявленням про себе, свої цілі та цінності; нестабільними міжособистісними стосунками: часті зміни від ідеалізації до знецінення партнерів.; імпульсивною поведінкою: необдумані дії, такі як надмірні витрати, небезпечне водіння або переїдання.

Огляд досліджень показав, що нестабільне сприйняття себе, нестабільність в стосунках, імпульсивність і страх бути покинутим найкраще відрізняють МРО від кПТСР (на користь МРО). Крім того, дисоціація, самоушкодження, спалахи гніву та нестабільність настрою також частіше спостерігались у групі з МРО. Попри це, при наявності симптомів МРО вони часто супроводжувалися симптомами кПТСР і ПТСР. Проте синдром МРО все ж проявлявся як клінічно відмінний завдяки наявності симптомів, притаманних лише цьому розладу.

Дослідження доменів ДПС (порушень саморегуляції), пов'язаних із кПТСР, які спочатку вважались подібними до рис МРО, виявили відмінності. Автори дійшли висновку, що хоча кПТСР і МРО можуть бути коморбідними, їхні клінічні профілі різні.

*Схожість симптомів:* обидва розлади демонструють порушення у самоусвідомленні, міжособистісних стосунках та здатності регулювати емоції.

Водночас кПТСР характеризується емоційним онімінням, негативним образом себе, униканням відносин, а МРО – вибухами гніву, нестабільним образом себе, нестабільними стосунками.

Симптоми, що відрізняють МРО від кПТСР: кПТСР проявляється униканням думок про травму, кошмарними сновидіннями, почуттям провини та власної нікчемності. кПТСР відрізняється наявністю: травматичних нав'язливих спогадів, деперсоналізацією, дереалізацією, емоційною вразливістю, підвищеною емоційною реактивністю, гіперчутливістю на несподівані подразники.

МРО відрізняється: імпульсивністю, мінливістю в сприйнятті себе, поведінкою, спрямованою на уникнення покинутості, нестабільними міжособистісними стосунками, самоушкоджуючою поведінкою / суїцидальними намірами.

*Перехресні навантаження та коморбідність.* Встановлено, що хоча розлади і корелюють, вони все ж таки відносяться до окремих груп. Водночас, такі симптоми як самоушкодження та зміна настрою, віднесені до спільного фактора, що засвідчує про загальну схильність до психопатології.

*Диференціація за допомогою тестів.* Показано, що шкала МРО в МСМІ-III корелювала із SIDES-результатами, що вказує на зв'язок між МРО та кПТСР. 20% учасників мали високі оцінки за шкалою МРО і 63% з них відповідали критеріям кПТСР. Іншими дослідженнями показано, що кПТСР і МРО часто поєднуються, проте мають різні рівні тяжкості.

Отже, необхідно встановити, що відрізняє коморбідні МРО та кПТСР від МРО та кПТСР, що перебігають окремо. Імпульсивна поведінка та неконтрольовані спалахи гніву є більш характерними для МРО. У випадках коморбідності ці симптоми можуть бути більш вираженими, що засвідчує про зв'язок між тяжкістю МРО та наявністю цих ознак.

Інші дослідники виявили, що клас: виражений ПТСР + кПТСР + МРО мав найвищий рівень дистресу та симптомів ПТСР, тоді як клас помірного ПТСР + кПТСР + МРО продемонстрував найвищий рівень міжособистісних дисфункцій. Почуття провини та звинувачення не відрізнялись між групами, однак сором був оцінений вище в групі високого ПТСР + кПТСР + МРО.

Можна дійти висновку, що особи з коморбідними МРО та кПТСР демонструють більш виражені симптоми та вищий рівень функціональних порушень (більш серйозні труднощі в емоційній регуляції, міжособистісних стосунках, самосприйнятті), ніж ті, хто має лише один із цих розладів.

Специфічність симптомів, які дають змогу відрізнити ці стани, така: для кПТСР необхідна наявність травматичного стресора, симптомів ПТСР, трьох додаткових симптомів, які вказують на кПТСР, тоді як для межового розладу особистості характерні імпульсивність, самопошкодження, суїцидальна поведінка (є більш поширеним для МРО і частиною діагностичних критеріїв). При МРО спостерігається нестабільність у самосприйнятті, емоціях, стосунках. Це відрізняє його від кПТСР, для якого характерна більша стабільність (хоча й негативна) у самосприйнятті (постійно негативне), емоціях (труднощі із заспокоєнням), стосунках (проявляються більше униканням і дистанціюванням). Встановлено, що пацієнти з МРО можуть підтверджувати багато симптомів кПТСР, але не навпаки. Результати засвідчують про те, що для пацієнтів зі співіснуванням кПТСР і МРО, характерна більш рання і часта міжособистісна травма, більша кількість функціональних порушень, дисоціація і низький рівень задоволення життям [14].

*Коморбідність ПТСР та дисоціативних (конверсійних) розладів.* Відповідно до міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду спільною рисою усіх дисоціативних або конверсійних розладів є часткова або повна втрата нормальної інтеграції між

спогадами з минулого, усвідомленням ідентичності та безпосередніми відчуттями з одного боку, та контролем рухів тіла – з іншого. Усі типи дисоціативних розладів поступово зникають через декілька тижнів або місяців, особливо, якщо їх початок пов'язаний із травматичними життєвими ситуаціями. Група дисоціативних розладів включає: дисоціативну амнезію, фугу, транс, дисоціативний ступор, дисоціативні судоми, дисоціативні моторні розлади, дисоціативну анестезію, синдром Ганзера та психогенну сплутаність (психогенна ситуаційна реакція за істеричним типом).

Дисоціація, будучи суттєвою складовою відстроченої реакції на психічну травму, мабуть, відіграє важливу роль і в розвитку симптомів ПТСР як один з основних, але не єдиний патогенетичний механізм його розвитку.

Дисоціація визначається як термін, що характеризує процес (або його результат), за допомогою якого узгоджений набір дій, думок, відносин або емоцій відділяється від іншої частини особистості і функціонує незалежно. Основною рисою патологічної дисоціації є порушення інтегрованих в нормі функцій свідомості (усвідомлення автентичності свого Его або моторної поведінки), в результаті чого частина цих функцій втрачається. При дисоціації певні психічні функції, які зазвичай інтегровані з іншими, діють у тій чи іншій мірі відокремлено або автоматично і знаходяться поза сферою свідомого контролю і поза процесами пам'яті. Дисоціація вважається одним з основних патогенетичних механізмів ПТСР. За винятком пацієнтів, у котрих ПТСР проявляється в легко вираженій формі, у більшості тих, що страждають на ПТСР на тому чи іншому етапі розвиваються інші розлади, зокрема, генералізовані тривожні або панічні розлади, ендогенна депресія або хронічна дистимія, різноманітні хімічні залежності, розлади особистості та, власне конверсійні розлади. Така динаміка обумовлює те, що у багатьох пацієнтів ПТСР перебігає хвилеподібно [16].

Дисоціативні симптоми, що включають змінені стани свідомості, можуть бути наслідком або реакцією на травматичні переживання, коли знижений рівень свідомості може сприяти значному зменшенню працездатності та навіть інвалідизації. Нещодавно дисоціативний підтип посттравматичного стресового розладу (ПТСР-ДС) був доданий до DSM 5-го перегляду (DSM-5). Втім, дисоціативні симптоми можуть бути ознаками багатьох психічних захворювань, зокрема ПТСР, захворювань психотичного спектра, тривожних розладів і розладів настрою. Крім того, дисоціативні симптоми пов'язані з порушенням виконавчих функцій, уваги, пам'яті, соціального пізнання та взаємодії та можуть сприяти порушенню когнітивного функціонування, що часто спостерігається при психічних захворюваннях [2].

## Висновки

1. Середня поширеність ПТСР в Україні сягає 24,7%. Найчастіше страждають люди 18-29 років. 97,4% військових із ПТСР мають хоча б один додатковий психічний розлад, 74,0% – три і більше коморбідних стани. 82,5% з досліджуваних страждали на генералізований тривожний розлад і майже половина – на депресію. 30% людей із ПТСР мають симптоми, схожі на ОКР. У цілому, із загальної кількості обстежених пацієнтів 50%, мали коморбідні стани.

2. Коморбідність ПТСР та ОКР ускладнює перебіг обох розладів, посилюючи тривожність, нав'язливі думки та поведінку уникнення. Незважаючи на різні тригери, обидва стани мають схожі нейробиологічні механізми, що призводить до резистентності до стандартного лікування.

3. 40% пацієнтів із БАР мали також ознаки симптомів ПТСР. Коморбідність ПТСР та біполярного розладу є поширеною та клінічно значущою, оскільки обидва стани мають спільні фактори ризику, зокрема вплив травми та нейротизм. Імпульсивність та ризикована поведінка під час маніакальних фаз підвищують ймовірність повторної травматизації, що ускладнює перебіг обох розладів.

4. Коморбідність кПТСР і МРО призводить до тяжчого клінічного перебігу з більш вираженими емоційними порушеннями, дисоціацією, самоушкодженням і функціональними розладами. Обидва розлади мають спільні симптоми, але зберігають відмінні риси, а їх співіснування засвідчує про серйознішу травматизацію.

5. Серед досліджуваних пацієнтів коморбідність ПТСР із розладом особистості спостерігали у 17 пацієнтів, коморбідність РО з афективними розладами – у 33, коморбідність РО з посткомоційним синдромом – у 4 пацієнтів. 8 пацієнтів із діагнозами невротичного регістру за методикою SCID II мали ознаки розладів особистості.

#### Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження будуть стосуватись вивчення кореляції між особистісною структурою військовослужбовців із психічними розладами, які розвинулись у результаті перенесеної бойової травми, та можливими шляхами подальшої динаміки, а саме: негативної у вигляді розвитку кПТСР або стійких змін особистості на фоні перенесеного ПТСР, розвитку коморбідної патології або позитивної динаміки у вигляді посттравматичного зростання. Окремим важливим питанням є виділення та дослідження факторів, які впливають на той чи інший прогноз.

**Внесок співавторів у підготовку матеріалів наукової статті:** Іванова Н.М. – формулювання концепції дослідження, збір матеріалу, редагування рукопису, аналіз та інтерпретація результатів дослідження, написання рукопису статті. Юрченко О.С. – розробка дизайну дослідження, редагування рукопису.

**Конфлікт інтересів.** Автори підтверджують відсутність будь-яких реальних чи потенційних конфліктів інтересів, що могли б вплинути на результати представленого дослідження.

**Фінансування.** Дослідження не мало грантової підтримки та виконувалося у межах НДР кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології Буковинського державного медичного університету.

**Використання штучного інтелекту.** Автори заявляють про невикористання засобів штучного інтелекту під час проведення досліджень та написання статті.

#### Список літератури

1. Долинський Р. Коморбідність посттравматичних стресового і обсессивно-компульсивного розладів. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2020;5(116):46–8. Доступно: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2020/5%28116%29/pages-46-48/komorbidnist-posttravmatichnih-stresovogo-i-obsessivno-kompulsivnogo-rozladiv#gsc.tab=0>
2. В.Я. Пішель, Т.Ю. Ільницька, М.Ю. Полив'яна Надання медико-соціальної допомоги учасникам бойових дій із психотичними розладами. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2019; 10(111):16-19.
3. Когут А. Особливості посттравматичних розладів із супутніми порушеннями сну серед жінок молодшого віку внаслідок військових подій. *PMGP [інтернет]*, 30, Вересень 2024 [цит. за 11, Червень 2025];9(3). доступний у: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/514A>. DOI: 10.26766/pmgp.v9i3.514
4. Малкіна-Пих ІГ. Психологічна допомога в кризових ситуаціях.: Ексмо; 2005. 960 с. Доступно: <https://ibib.ltd.ua/dissotsiatsiyaptrs-30658.html>
5. Напрєєнко О, Долинський Р. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) і супутні з ним депресивні симптоми в осіб з регіонів, що значно постраждали від агресії РФ. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024;9(2):30–6. Доступно: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/517/1070>
6. Пустовойт ММ, Юрченко ОС, Іванова НМ, та ін. Теоретико-феноменологічні підходи до вивчення поняття трансформації особистості військовослужбовців внаслідок бойової травми. *Клінічна та експериментальна патологія*. 2023;22(3):15–21. Доступно: <https://www.researchgate.net/publication/376731600>
7. Сурмяк ЮР, Гуменюк ЛІ. До питання оцінки психічного здоров'я при психотравмах (діагностичні критерії). *Серія психологічна*. 2015 листопад 5; (без номера):1–10. Доступно: <https://dSPACE.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/1100/1/15syurpdk.pdf>
8. Чорна ВВ, Серебреннікова ОА, Коломієць ВВ, та ін. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. *Молодий вчений*. 2023;(12):50–5. Доступно: <https://molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/view/6057/5925>
9. EzTests.xyz. Психологічні методики та тести. Автоматичний підрахунок тестів [Інтернет]. [цитовано 2025 черв 10]. Доступно: <https://www.eztests.xyz/>
10. 360 Psyche. SCID-II Psychometric Assessment [Internet]. [cited 2025 Jun 10]. Available from: <https://www.360psyche.com/scid-ii-psychometric-assessment/>
11. Atkinson J, Kristinsdottir K, Lee T, Freestone MC. Comparing the symptom presentation similarities and differences of complex

- posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder: A systematic review. *Pers Disord.* 2024;15(4). doi:10.1037/per0000664
12. Chopra A, Matta SE, Vyas CM, Cohen JN, Hantouche EG. Comorbid bipolar disorder and posttraumatic stress disorder: Clinical implications and management. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2024;26(6):24r03510. doi:10.4088/PCC.24r03510
  13. Francisković T, Stevanović A, Janković S, Kučukalić A, Moro L. Psychiatric comorbidity and PTSD-related health problems in war veterans: Cross-sectional study. *Eur J Psychiatry.* 2017;31(1):5–15. Available from: <https://www.elsevier.es/en-revista-european-journal-psychiatry-431-pdf-S0213616317300010>
  14. Gober L, Brown A, Bunnell AP, Bunnell BE, Ruddy JM. Clinical insights into PTSD and OCD comorbidity. *Int J Psychiatry Res.* 2023;5(2):1–7. Available from: <https://www.scivisionpub.com/pdfs/clinical-insights-into-ptsd-and-ocd-comorbidity-3512.pdf>
  15. Misitano et al. (2024). The Dissociative Subtype of PTSD: A Systematic Review *sychol Trauma.* 2020 Jan;12(1):38-45. doi: 10.1037/tra0000474. Epub 2019 May 20 Ramirez J, Correll CU. Relationship between trauma, PTSD, and schizophrenia: Relevance for outcomes, screening, and interventions. *J Clin Psychiatry.* 2025;86(1):24ac15773. doi:10.4088/JCP.24ac15773
  16. National Health Service. Post-traumatic stress disorder (PTSD) – Causes [Internet]. [cited 2025 Jun 10]. Available from: <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/causes/>
  17. Steudte-Schmiedgen (2013). *Dissociation in PTSD: Evidence from WHO WMH Surveys* *Biol Psychiatry.* 2013 Feb 15;73(4):302-12. doi:0.1016/j.biopsych.2012.08.022. Epub 2012 Oct 9.
  18. World Health Organization. PTSD [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2025 Jun 10]. Available from: <https://applications.emro.who.int/docs/WHOEMMNH235E-eng.pdf?ua=1>
- References**
1. Dolyns'kyi R. Komorbidnist' posttravmatychnykh stresovoho i obsyvnno-kompul'syvnoho rozladiv [Comorbidity of post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder]. *HejpoNEWS: psychoneurology and neuropsychiatry.* 2020;5:46-8. (in Ukrainian)
  2. Pishel' V Ia, Il'nyts'ka TIu, Polyv'iana MIu. Nadannia medyko-sotsial'noi dopomohy uchasykam boiovykh dii iz psykhotychnymy rozladamy [Providing medical and social assistance to combatants with psychotic disorders]. *HejpoNEWS: psychoneurology and neuropsychiatry.* 2019;10:16-9. (in Ukrainian)
  3. Kohut A. Osoblyvosti posttravmatychnykh rozladiv iz sputnimy porushenniamy snu sered zhinok molodshoho viku vnaslidok viis'kovykh podii [The features of posttraumatic and associated sleep disorders in young War-affected women]. *Psychosomatic Medicine and General Practice.* 2024;9(3):1-6. doi: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v9i3.514>(in Ukrainian)
  4. Morhunov OA, redaktor. Persha psykholohichna dopomoha v hostrykh stresovykh sytuatsiiakh [Psychological first aid in acute stressful situations]. Kharkiv; 2022. 87 p. (in Ukrainian)
  5. Naprienko O, Dolyns'kyi R. Posttravmatychnyi stresovy rozlad (PTSR) i sputni z nym depresyvni symptomy v osib z rehioniv, scho znachno postrazhdaly vid ahresii RF [Post-traumatic stress disorder (PTSD) and associated depressive symptoms in individuals from regions significantly affected by Russian aggression]. *Psychosomatic Medicine and General Practice.* 2024;9(2):1-6. doi: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v9i2.517>(in Ukrainian)
  6. Pustovoyt MM, Yurtsenyuk OS, Ivanova NM, Pashkovsky VM. Teoretyko-fenomenolohichni pidkhody do vyvchennia poniattia transformatsii osobystosti viis'kovosluzhbovtstv vnaslidok boiovoi travmy [Theoretical and phenomenological approaches to studying the concept of personality transformation of military servicemen as a consequence of combat trauma]. *Clinical and Experimental Pathology.* 2023;22(3):62-73. doi: <https://doi.org/10.24061/1727-4338.XXII.3.85.2023.10>(in Ukrainian)
  7. Surmiak YR, Humeniuk LY. Do pytannia otsinky psykhychnoho zdorov'ia pry psykhotravmakh (diahnostychni kryterii) [To the question of mental health psychotraumas (diagnostic criteria)]. *Scientific Journal of Lviv State University of Internal Affairs. Psychology.* 2015;2:191-201. (in Ukrainian)
  8. Chorna V, Serebrennikova O, Kolomiets V, Hozak S, Yelizarova O, Rybinskyi M, et al. Posttravmatychnyi stresovy rozlad pid chas povnomasshtabnoi viiny u viis'kovosluzhbovtstv [Posttraumatic stress disorder during full-scale war in military personnel]. *Young Scientist.* 2023;(12):28–39. doi: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2023-12-124-28>(in Ukrainian)
  9. EzTests.xyz. Psykholohichni metodyky ta testy. Avtomatychni pidrakhunok testiv [Psychological methods and tests. Automatic scoring of tests] [Internet]. EzTests.xyz EzTests.xyz; 2022 [tsytovano 2025 Hru 23]. Dostupno: <https://www.eztests.xyz/>(in Ukrainian)
  10. 360 Psyche. SCID-II Psychometric Assessment [Internet]. Lagos, Nigeria; 2025 [cited 2025 Dec 27]. Available from: <https://www.360psyche.com/scid-ii-psychometric-assessment/>
  11. Atkinson J, Kristinsdottir K, Lee T, Freestone MC. Comparing the symptom presentation similarities and differences of complex posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder: A systematic review. *Pers Disord.* 2024;15(4):241-53. doi: <https://doi.org/10.1037/per0000664>
  12. Chopra A, Matta SE, Vyas CM, Cohen JN, Temes CM, Ghaznavi S, et al. Comorbid bipolar disorder and posttraumatic stress disorder: Clinical implications and management. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2024;26(6):24r03510. doi: <https://doi.org/10.4088/pcc.24f03768>
  13. Klaric M, Lovric S, Kresic Coric M, Galic K, Coric S, Franciskovic T. Psychiatric comorbidity and PTSD-related health problems in war veterans: Cross-sectional study. *Eur J Psychiatry.* 2017;31(1):151-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.09.005>
  14. Gorbis E, Gorbis A, Jajoo A. Clinical Insights into PTSD and OCD Comorbidity. *Int J Biomed Res Prac.* 2024;4(3):1-9. doi: <https://doi.org/10.33425/2769-6294.1036>
  15. Swart S, Wildschut M, Draijer N, Langeland W, Smit JH. Dissociative subtype of posttraumatic stress disorder or PTSD with comorbid dissociative disorders: Comparative evaluation of clinical profiles. *Psychol Trauma.* 2020;12(1):38-45. doi: <https://doi.org/10.1037/tra0000474>
  16. National Health Service. Causes - Post-traumatic stress disorder [Internet]. National Health Service; 2025 [cited 2025 Dec 27]. Available from: <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/causes/>
  17. Stein DJ, Koenen KC, Friedman MJ, Hill E, McLaughlin KA, Petukhova M, et al. Dissociation in posttraumatic stress disorder: evidence from the world mental health surveys. *Biol Psychiatry.* 2013;73(4):302-12. doi: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.08.022>
  18. World Health Organization. PTSD [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Dec 27]. Available from: <https://applications.emro.who.int/docs/WHOEMMNH235E-eng.pdf>

### Відомості про авторів:

**Іванова Н. М.** – асистент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна.  
E-mail: [ivanova.nata@bsmu.edu.ua](mailto:ivanova.nata@bsmu.edu.ua)

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6317-9920>

**Юрценюк О. С.** – д.м.н., професор кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна.

E-mail: [yurtsenyuk.olga@bsmu.edu.ua](mailto:yurtsenyuk.olga@bsmu.edu.ua)

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-1450-1530>

**Information about the authors:**

**Ivanova N. M.** – Assistant Professor, Department of Nervous Diseases, Psychiatry and Medical Psychology named after S. M. Savenka, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine.

E-mail: [ivanova.nata@bsmu.edu.ua](mailto:ivanova.nata@bsmu.edu.ua)

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6317-9920>

**Yurtsenyuk O. S.** – Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Nervous Diseases, Psychiatry and Medical Psychology named after S. M. Savenka, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine.

E-mail: [yurtsenyuk.olga@bsmu.edu.ua](mailto:yurtsenyuk.olga@bsmu.edu.ua)

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-1450-1530>

*Дата першого надходження рукопису до видання: 02.02.2026*  
*Дата прийнятого до друку рукопису після рецензування: 19.02.2026*  
*Дата публікації: 25.03.2026*

