

Кравченко Т. Ю.*кандидат медичних наук,
доцентка кафедри педіатрії
Одеського національного медичного університету***Копійка Г. К.***кандидат медичних наук,
доцентка кафедри сімейної медицини,
загальної практики та поліклінічної терапії
Одеського національного медичного університету*

ВПЛИВ ДИТЯЧИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРАВМ НА ФОРМУВАННЯ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ДОРОСЛОМУ ВІЦІ

THE IMPACT OF CHILDHOOD PSYCHOLOGICAL TRAUMA ON THE DEVELOPMENT OF AFFECTIVE DISORDERS IN ADULTHOOD

У статті розглянуті питання впливу психологічних травм, отриманих в дитинстві на розвиток різноманітних психічних розладів у дорослому віці, серед яких значне місце займають афективні розлади. Діти стикаються з різними стресовими ситуаціями, такими як розлучення батьків, насильство в сім'ї, травми, втрати, воєнні дії та інші негативні життєві події, які можуть залишити глибокий слід в їхній психіці. Дитячий травматичний досвід може впливати на формування особистості, включаючи рівень самооцінки та відносин з іншими, що також може вплинути на розвиток тривожних розладів. Національна мережа з питань дитячого травматичного стресу в США визначає травматичні події як такі, що викликають у них страх або завдають значущої шкоди їх емоційному або фізичному благополуччю. Мета статті – аналіз сучасних наукових досліджень, які підтверджують і пояснюють взаємозв'язок дитячих психологічних травм і розвитку афективних розладів у дорослому віці. Огляд літературних джерел показав, що люди з дитячими травмами у дитинстві мають у 3–4 рази вищий ризик розвитку депресії та тривожних розладів у більш старшому віці. Хронічний стрес призводить до порушення регуляції гіпоталамус-гіпофізарно-наднирничкової осі, епігенетичних модифікації, дисбаланса в роботі нейротрансмітерів та гормонів стресу, активує глюкокортикоїдні рецептори, порушує нормальний розвиток нервової системи, що може сприяти змінам маркерів метаболоміки, запалення, оксидативного стресу та аномальному розвитку стресових систем. Дослідження останніх років вказує на те, що рання травма у дитини в поєднанні з генетичною вразливістю та епігенетичними модифікаціями має довготривалий вплив на мозок та його регуляторні системи, що може призвести до зміни програмування розвитку психічного та фізичного здоров'я. Неприятливий досвід дитинства здійснює значний вплив на психічне здоров'я, що призводить до розвитку афективних розладів у дорослих, які характеризуються порушенням емоційного фону та розвитком депресивного розладу і біполярного афективного розладу. Тому одним із головних завдань лікарів є робота з дитячими психологічними травмами.

Ключові слова: діти, психологічні травми, психічне здоров'я, афективні розлади, дорослий вік.

This article explores the influence of childhood psychological trauma on the emergence of various mental health disorders in adulthood, with a particular emphasis on affective disorders. Children often encounter a wide range of stressful experiences—such as parental divorce, domestic violence, trauma, loss, warfare, and other adverse life events—that can leave profound imprints on their psychological development. Childhood trauma may significantly affect personality formation, self-esteem, and interpersonal relationships, all of which are associated with an increased risk of anxiety disorders. According to the National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) in the United States, traumatic events are those that elicit fear or cause significant harm to a child's emotional or physical well-being. The primary objective of this article is to analyze current scientific research that supports and explains the link between childhood psychological trauma and the onset of affective disorders in adulthood. A review of the literature indicates that individuals with childhood trauma are three to four times more likely to develop depression and anxiety disorders later in life. Chronic stress disrupts the regulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis, triggers epigenetic modifications, and causes imbalances in neurotransmitters and stress hormones. This stress response activates glucocorticoid receptors and impairs normal neural development, contributing to alterations in metabolomic markers, inflammation, oxidative stress, and abnormal functioning of stress response systems. Recent studies suggest that early-life trauma, when combined with genetic vulnerability and epigenetic changes, can have long-term consequences on brain function and regulatory systems, ultimately reshaping developmental trajectories of both mental and physical health. Adverse childhood experiences have a substantial impact on mental health, contributing to the development of affective disorders in adults—manifested primarily as major depressive disorder and bipolar affective disorder. Consequently, addressing childhood psychological trauma remains a critical task for mental health professionals.

Key words: children, psychological trauma, mental health, affective disorders, adulthood.

Постановка проблеми. Дитячий вік вважається періодом, коли формується основний фундамент психічного здоров'я та стабільності особистості. Проте, для багатьох дітей, цей період може бути періодом травмуючих подій, які залишають глибо-

кий слід на психічному розвитку [1]. Національна мережа з питань дитячого травматичного стресу в США визначає травматичні події як такі, що викликають у них виразний страх або завдають значущої шкоди їх емоційному або фізичному благополуччю.

Психологічні травми, отримані в дитинстві, є важливим фактором ризику розвитку різноманітних психічних розладів у дорослому віці, серед яких значне місце займають афективні розлади. При цьому більшість травм, яких зазнають діти, – це домашнє, шкільне насильство, насильство в інтернатних закладах. На жаль, більшість фактів скривдження дітей є прихованими – залежні від своїх кривдників, залякані ними, діти не можуть розповісти свої історії [2]. Актуальність теми полягає в тому, що психотравмуючий досвід дитини та його вплив на соціалізацію та психологічний розвиток є важливими аспектами сучасної психології дитинства та впливає на розвиток афективних станів в дорослому віці. Діти стикаються з різними стресовими ситуаціями, такими як розлучення батьків, насильство в сім'ї, травми, втрати та інші негативні життєві події, які можуть залишити глибокий слід в їхній психіці [3]. За статистикою приблизно від 4 до 16% дітей зазнають фізичного або психічного насильства. За даними Максименко К.С. (2005) дитячий травматичний досвід може впливати на формування особистості, включаючи рівень самооцінки та відносин з іншими, що також може вплинути на розвиток тривожних розладів в подальшому [4]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), депресія посідає друге місце за причинами інвалідизації у світі (World Health Organization, 2020). Тому вивчення механізмів впливу дитячих травматичних подій на формування депресивних та біполярних станів в дорослому віці залишається актуальним для клінічної психології, психіатрії та педагогіки.

Слід визначити, що все більше досліджень підтверджують, що травматичний досвід у ранньому віці суттєво впливає на розвиток психічного здоров'я у дорослому житті, зокрема формування афективних розладів – депресії, біполярного розладу та інших порушень настрою [5,6]. Що стосується нашої країни, яка знаходиться у стані війни вже більше трьох років, то це призводить до травматизації психіки дитини та зниження адаптаційних можливостей. Наслідками воєнних дій у дітей може бути депресія, фобії, що може привести до розвитку негативних наслідків. Травмовані діти-біженці та члени їхніх родин у зоні військового конфлікту мають обмежений доступ до психологічної та медичної допомоги, демонструють нездатність скористатися пропозиціями такої допомоги від волонтерських організацій [7].

Мета статті – провести аналіз сучасних наукових досліджень, які підтверджують і пояснюють взаємозв'язок дитячих психологічних травм і розвитку афективних розладів у дорослому віці.

Виклад основного матеріалу. Психологічні травми дитячого віку характеризуються переживанням небезпеки для фізичного або психічного здоров'я дитини, що перевищує її можливості адаптації [8] та виникають внаслідок життєвих подій, які викликають тривале переживання негативних емоцій. За даними Л. Бурбо у дітей можна виділити п'ять найбільш поширених та впливаючих на формування особистості дитини травм: страх самотності,

знедоленість, приниженість, зрада, несправедливість [9]. Дитяча травма має негативні наслідки для психічного здоров'я протягом усього життя. Проблеми впливу травм у дитинстві на подальше життя присвячено багато робіт різних дослідників. Наприклад, дослідження S. Ekinci, H. Kandemir (2015) показало високий рівень травматичного досвіду в дитинстві у людей з порушеннями особистості та можливий зв'язок між цим досвідом та рівнем їхньої самооцінки, депресії та тривожності [10]; дитяча травма може призводити до виникнення депресивних симптомів через розвиток когнітивної дисфункції [11], є важливим фактором несприятливих наслідків для психічного здоров'я, включаючи депресію та тривогу, в дорослому віці [12]. Lauren B Alloy and al. провели дослідження щодо ролі історії батьківства та жорстокого поведіння як передумова розвитку симптомів та епізодів афективних розладів та зробили висновки, що ці фактори впливають на ризик розвитку як депресії, так біполярного розладу через формування когнітивної вразливості [13].

Результати досліджень в останні роки виявили значний зв'язок між наступними впливами несприятливих обставин у дитинстві та психічними розладами в дорослому віці: булінг, емоційне та фізичне насильство, нехтування, втрата батьків, загальне жорстоке поведіння.

Дитячі травми змінюють механізми емоційної регуляції, формують когнітивні схеми, які підвищують вразливість до стресів у дорослому віці [14]. Дослідження Teicher et al. (2016) показали, що у дітей із травматичним досвідом мозок знаходиться в режимі постійної тривоги, спостерігається зменшення об'єму гіпокампа, який відповідає за пам'ять і регуляцію емоцій, та аномалії у функціонування мигдалини – центру страху і тривоги, що може привести до гіперреактивної або хронічно активованої фізіологічної стресової реакції, а також до підвищеного потенціалу для страху та тривоги [6]. Дитина легко лякається, втрачає здатність логічно мислити, зберігати спокій, аналізувати ситуацію. Хронічний стрес також призводить до порушення регуляції гіпоталамус-гіпофізарно-надниркової осі, епігенетичних модифікації (Meaney & Szyf, 2005), дисбаланса в роботі нейротрансмітерів та гормонів стресу (кортизолу), активує глюкокортикоїдні рецептори, порушує нормальний розвиток нервової системи (Heim et al., 2019), що може сприяти змінам маркерів метаболоміки, запалення, оксидативного стресу та аномальному розвитку стресових систем. Окрім того, відбувається підвищення рівня запальних цитокінів та зміни з боку парасимпатичної нервової системи, яка врівноважує як симпатичну активацію, так і запальні реакції. Хоча тимчасове підвищення гормонів стресу є захисним і навіть необхідним для виживання, надмірно високі рівні або тривалий вплив можуть бути досить шкідливими або відверто токсичними. Асоційоване зі страхом вивільнення цих гормонів сприяє лімбічно-опосередкованому асоціативному навчанню між сигналами, присутніми під час травми та реакції на страх. Реактивація

спогадів, часто незначними нагадуваннями, викликає повторне переживання сенсорного та емоційного компонентів досвіду, а також психофізіологічне збудження. Аналіз літературних даних останніх років показав, що рання травма у дитини в поєднанні з генетичною вразливістю та епігенетичними модифікаціями має довготривалий вплив на мозок та його регуляторні системи, що може призвести до зміни програмування розвитку психічного та фізичного здоров'я [15,16, 17, 18, 19].

Потенційні наслідки токсичного стресу в ранньому дитинстві для патогенезу захворювань у дорослому віці є значними. Згідно даним Jack P. Shonkoff на поведінковому рівні існують численні докази сильного зв'язку між ранніми несприятливими факторами та широким спектром поведінки, що загрожує здоров'ю. На біологічному рівні з'являється все більше документальних даних про те, якою мірою кумулятивний тягар стресу, час виникнення специфічних екологічних порушень протягом чутливих періодів розвитку можуть створювати структурні та функціональні порушення, що призводять до широкого спектру фізичних та психічних захворювань у подальшому дорослому житті [20].

Дитячі травми можуть призвести до формування дисфункціональних когнітивних схем, зокрема переконань про себе як про непотрібного, безпорадного або небезпечного. За даними Beck A. T. (2008), негативні схеми можуть бути "активовані" стресовими подіями та ведуть до автоматичних негативних думок, які впливають на настрій і поведінку [21]. А відсутність адекватної підтримки у дитинстві призводить до проблем із самовизначенням і міжособистісними стосунками.

Аналіз літературних джерел показав, що люди з дитячими травмами в анамнезі мають у 3–4 рази вищий ризик розвитку депресії та тривожних розладів у дорослому віці. При цьому ризик збільшується з кількістю травматичних подій. Наприклад, у дослідженні McLaughlin et al. (2017) виявлено, що діти з травматичними подіями в анамнезі у 3–4 рази частіше мають афективні розлади в дорослому віці [22]. Негативні переживання дитинства по-різному пов'язані з посттравматичним стресовим розладом, причому найсильніші асоціації спостерігаються в підлітковому віці та ранньому-середньому дорослому віці. Ці результати ґрунтуються на зростаючій кількості доказів, які вказують на те, що ранній досвід травматичних ситуацій підвищує вразливість до психопатології після стресових факторів [23].

У дослідженні, проведеному за участю понад 150 000 учасників у Великій Британії, досвід жорстокого поводження у дитинстві, самотності та відсутності емоційної підтримки був пов'язаний з посиленням соціальної ізоляції та самотності в дорослому віці [24]. Жорстоке поводження пов'язують зі збільшенням частоти пізніших стресових соціальних переживань, а також зі зниженням рівня соціальної підтримки в дорослому віці. Prof. McCrory et al. в своїх роботах, присвячених жорстокому поводженню з дитиною, вказує на те, що змінене нейро-

когнітивне функціонування після переживання жорстокого поводження в дитинстві впливає на те, як люди будують свою соціальну архітектуру, і що це, у свою чергу, суттєво впливає на майбутній розвиток мозку та результати психічного здоров'я протягом усього їхнього життя [25].

Ch.D.Nemeroff (2020) провів мета-аналіз понад 50 досліджень і підтвердив, що дитячі травми значно підвищують ризик не лише афективних розладів, а й інших психічних захворювань, що супроводжуються порушенням емоційної регуляції. Перебіг цих станів у осіб з дитячою травмою є серйознішим і менш чутливим до лікування. Тобто внаслідок дитячого травматичного досвіду підвищується ризик розвитку психічних захворювань у дорослому віці [26].

В нашій країні воєнні дії порушують нормальний розвиток життя та можуть призводити до затяжної, складної психологічної травми, яка має пролонговані наслідки. В умовах сучасного військового конфлікту в Україні психічної травматизації зазнали 75 % населення країни віком до 18 років, що призвело до того, що кожна п'ята дитина страждає на порушення сну, нічні кошмари; у кожної десятої знижене бажання до соціальної взаємодії та навчальної діяльності. Це спричинює соціально-психологічну дезадаптацію, а у складніших клінічних випадках – психічні розлади як наслідок порушення регуляторної функції психіки. В цих умовах активізуються ресурси організму дитини, але одночасно відбувається їх виснаження, що погіршує фізичне та психічне здоров'я, знижує стійкість до стресу [27; 28]. В майбутньому такі діти можуть мати розвиток афективних розладів або інших психічних захворювань.

Таким чином, психологічні травми у дитинстві, які пов'язані із сімейним насильством, занедбаністю та іншими причинами, мають віддалені негативні наслідки на психіку дорослої людини, зокрема – на рівень тривожності, самооцінку, схильність до агресії та параноїдальних переживань. Існують вагомі докази зв'язку між дитячою травмою та пізнішими психічними захворюваннями, особливо у випадках булінгу, емоційного насильства, жорстокого поводження та втрати батьків. Несприятливий досвід дитинства здійснює значний вплив на психічне здоров'я в дорослому віці, що призводить до розвитку афективних розладів, які характеризуються порушенням емоційного фону [29]. Патолофізіологічна картина афективних розладів значною мірою пов'язана з порушеннями нейрохімічних процесів в організмі, а також із дисбалансом гормональної регуляції: знижений рівень серотоніна, норадреналіна та допаміна; гіперкортизолемія; підвищені рівні цитокінів у деяких пацієнтів. Серед афективних розладів найчастіше зустрічаються депресивний розлад та біполярний афективний розлад.

Депресивний розлад включає симптоми тривалої пригніченості настрою, втрату інтересу, втому, порушення сну та апетиту, думки про суїцид та характеризується патологічно зниженим настроєм із негативною, песимістичною оцінкою себе, власного становища в навколишній дійсності, свого минулого і майбутнього [30]. За даними ВООЗ депресією

страждають до 20% населення Землі [31]. Депресія є причиною найсильніших психологічних, емоційних і фізичних страждань, які впливають і на якість життя хворого, і на рівень його соціальної та трудової активності, що доволі часто є причиною інвалідизації [32, 33]. Вчені вказують на те, що депресивні та тривожні розлади, пов'язані з дитячою травмою, можуть становити клінічно окремий підтип психопатології, що характеризується більш раннім виникненням, більш хронічним перебігом симптомів, вищим ризиком коморбідних розладів та гіршими результатами лікування [34; 35; 36; 37].

Біполярний афективний розлад (БАР) – це комплексний психічний розлад, який включає повторні маніакальні, депресивні, змішані афективні епізоди, резидуальні афективні симптоми при інтермісії, симптоми рецидивів (релапсів) триваючих афективних епізодів, неафективні коморбідні розлади психіки та поведінки. Захворювання має поліетіологічну природу – це генетично зумовлена схильність у поєднанні з іншими чинниками, серед яких негативні впливи на мозок у перинатальний період та впродовж життя, психогенні чинники та ін. За даними літератури особи, які пережили травму в дитинстві, можуть мати посилену реакцію на наступні життєві стресори, що робить їх вразливими до розвитку розладів настрою, таких як біполярний розлад. Метааналіз, проведений J. E. Palmier-Claus, показав, що особи з біполярним розладом у 2,6 рази частіше стикаються з несприятливими дитячими переживаннями порівняно з пацієнтами з депресією та неклінічною контрольною групою [38]. Усі пацієнти з БАР мають певну історію повторюваних епізодів патологічних станів настрою, що характеризуються маніакальними або депресивними симптомами, які періодично змінюються [39].

Загальні клінічні прояви афективних розладів включають зниження настрою, втрату інтересу, порушення сну і апетиту, суїцидальні думки, що значно погіршують якість життя, біль у шлунку, м'язові болі.

Таким чином, одним із головних завдань лікарів є робота з дитячими психологічними травмами, які є першопричиною афективних розладів у дорослому віці.

Для роботи з такими дітьми існує низка психологічних методик, спрямованих на стабілізацію емоційного стану, відновлення відчуття безпеки та допомогу у подоланні травматичного досвіду.

Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (TF-CBT) – психотерапія або консультування, яке спрямоване на задоволення потреб дітей й дорослих з посттравматичною симптоматикою та іншими труднощами, які пов'язані з травматичними життєвими подіями. Цей метод було розроблено та запропоновано Cohen, Mannarino та Deblinger у 2006 році. TF-CBT є одним з ефективних, доказових видів психотерапії ПТСР, який спричинений травмою [40]. За результатами досліджень різних авторів когнітивно-поведінкова терапія, орієнтована на травму, має найбільшу контрольовану базу доказів і постійно демонструє свою ефективність [41]. Особливості

методики TF-CBT: залучає батьків у терапевтичний процес; структурована тривалість; може використовуватись індивідуально, в групі або онлайн.

EMDR (десенсибілізація та повторна обробка (репроцесуалізація) рухів очей) – метод переробки травматичних спогадів через подвійне фокусування уваги, може бути ефективний при депресії, пов'язаній із травмою. Метод був заснований у 1997 році на власному досвіді Ф. Шапіро. Під час проведення сеансу EMDR під керівництвом спеціаліста відбувається занурення в травматичний досвід, з концентрацією на ньому, та одночасно відбувається фіксація на реальності, залученості до «тут і зараз», на присутності у ній, що відбувається за механізмом білатеральної стимуляції, по чергово активує ліву та праву півкулі головного мозку через рухи очей, стимуляція тактильного (постукування по колінах, дотики) чи аудіосприйняття (навушники). У результаті клієнт усвідомлює наявність травматичного досвіду у минулому, що зменшує гостроту симптомів через залучення механізму прискореного опрацювання інформації та спогадів про травмуючу подію до наративної експліцитарної пам'яті [42]. Сучасні теорії припускають, що механізм терапевтичного впливу EMDR полягає в паралельній активації робочої пам'яті: під час повторної активації переживання робоча пам'ять задіюється одночасно. Таким чином, пацієнти відволікаються та інтенсивність пережитих емоцій знижується [43].

Психодинамічна терапія – метод корекції депресивних станів, який дозволяє пацієнту зрозуміти несвідомі внутрішні конфлікти, пов'язані з дитячими травматичними станами, відкрити нові горизонти своєї свідомості. Це використання психокорекційних методів, які є більш короткостроковими і структурованими ніж традиційний психоаналіз, працюють з когнітивною сферою особистості пацієнта (самоусвідомленням, смислоутворенням, особистісними схемами мислення, самооцінкою, переконаннями, думками які створюють проблеми і призводять до тривоги, депресії) при використанні терапевтичного впливу психолога [44]. Метод психодинамічної терапії дозволяє поліпшити психічний стан пацієнта та якість життя.

Діалектична поведінкова терапія була розроблена М. Linehan (1991) для пацієнтів із порушенням регуляції емоцій та суїцидальними тенденціями, що нерідко виникають після травматичного досвіду. Вона поєднує в собі елементи когнітивно-поведінкової терапії та дзен-буддистських практик, навчаючи навичкам, що допомагають приймати себе та змінювати деструктивну поведінку. Ця методика зарекомендувала себе дуже ефективною для корекції емоційної дизрегуляції, зниження імпульсивної поведінки та підвищення стресостійкості пацієнта. Дослідження останніх років показали, що використання діалектичної поведінкової терапії в поєднанні з іншими методиками у пацієнтів з афективними розладами може бути ефективним для покращення основних симптомів, особливо при біполярних розладах [45, 46, 47].

Що стосується медикаментозної терапії для корекції афективних станів у дорослих, то найчастіше використовують антидепресанти та нормотики (стабілізатори настрою).

Висновки. Проведений аналіз літератури показав, що дитячі психологічні травми мають значний вплив на розвиток афективних розладів у дорослому віці, насамперед депресії та біполярного розладу, що підкреслює необхідність раннього виявлення та ефективного втручання. За даними багатьох дослідників основними патофізіологічними механізмами розвитку цих станів є порушення гіпоталамус-гіпофізарно-наднирничкової осі, гіпокампа та мідалини,

дисбаланса в роботі нейротрансмітерів та гормонів стресу. Окрім того, травматичний досвід дитинства призводить до когнітивних порушень, поршень емоційної регуляції. Пацієнти, які мали в анамнезі травматичні події, мають підвищену емоційну дестабілізацію та схильність до суїцидальної поведінки. Тому важливим є використання психотерапевтичних підходів, що враховують як емоційно-когнітивні дисфункції, так і травматичний досвід пацієнта. Найбільш ефективним може бути мультидисциплінарний підхід, який включає комбінацію діалектичної поведінкової терапії з TF-CBT, EMDR, психодинамічною терапією та фармакотерапією.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Дзюбинська М. Я., Осіпова Л. М. Вплив дитячої психотравми на рівень тривожності пацієнтів з невротичними розладами. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2024. № 4. С. 123–129. DOI: 10.32782/psy-visnyk/2024.4.5
2. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2012. № 1 (36). С. 25–30.
3. Оксютювич М. О., Сабадуха В. О. Психотравмуючий досвід дитини та особливості соціалізації при цьому. *Педагогічна та вікова психологія*. 2023. Т. 34 (73), № 5. С. 102–110. DOI: 10.32782/2709-3093/2023.5/11
4. Максименко К. С. Психічні стани як вияв існування особистості. *Наукові записки*. 2005. № 26. С. 62–67.
5. Heim C., Nemeroff C. B. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*. 2001. Т. 49, № 12. С. 1023–1039. DOI: 10.1016/S0006-3223(01)01157X.
6. Teicher M. H., Samson J. A., Anderson C. M., Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience*. 2016. Т. 17, № 10. С. 652–666. DOI: 10.1038/nrn.2016.111.
7. Напрєєнко О. К., Марценковський Д. І. Депресії при посттравматичному стресовому розладі у дітей та підлітків. *Неврологія, психіатрія, психотерапія*. 2019. № 1 (48). С. 20–28.
8. Van der Kolk B. A. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York: Viking, 2014. 464 p.
9. Бурбо Ліз. П'ять травм і масок, які заважають бути собою. Харків: Клуб сімейного дозвілля, 2021. 256 с.
10. Ekinci S., Kandemir H. Childhood trauma in the lives of substance dependent patients: the relationship between depression, anxiety and self esteem. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2015. Т. 69, № 4. С. 249–253. DOI: 10.3109/08039488.2014.981856.
11. Metereliyoz K. Ş., Uluyol Ö. B. Childhood traumas and depressive symptoms: the moderating role of anxiety sensitivity. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2024. Т. 20. С. 1889–1900. DOI: 10.2147/NDT.S478681.
12. Huh H. J., Kim K. H., Lee H.-K., Chae J.-H. The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: the mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Journal of Affective Disorders*. 2017. Т. 213. С. 44–50. DOI: 10.1016/j.jad.2017.02.009.
13. Alloy L. B., Abramson L. Y., Smith J. M. та ін. Role of parenting and maltreatment histories in unipolar and bipolar mood disorders: mediation by cognitive vulnerability to depression. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2006. Т. 9, № 1. С. 23–64. DOI: 10.1007/s10567-006-0002-4.
14. Hammen C. Risk factors for depression: an autobiographical review. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2018. Т. 14. С. 1–28. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050817-084811.
15. McKay M. T., Kilmartin L., Meagher A. та ін. A revised and extended systematic review and meta-analysis of the relationship between childhood adversity and adult psychiatric disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 2022. Т. 156. С. 268–283. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2022.10.015.
16. McKay M. T., Cannon M., Chambers D. та ін. Childhood trauma and adult mental disorder: a systematic review and meta analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2021. Т. 143, № 3. С. 189–205. DOI: 10.1111/acps.13268.
17. Syer S., Clarke M., Healy C. та ін. The association between familial death in childhood or adolescence and subsequent substance use disorder: a systematic review and meta analysis. *Addictive Behaviors*. 2021. Т. 120. Article 106936. С. 1–9. DOI: 10.1016/j.addbeh.2021.106936.
18. Aoki Y., Yaju Y., Utsumi T. та ін. Shared decision-making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2022. Т. 11, № 11. Article CD007297. DOI: 10.1002/14651858.CD007297.
19. Sasaki N., Watanabe K., Kanamori Y. та ін. Effects of expanded adverse childhood experiences including school bullying, childhood poverty and natural disasters on mental health in adulthood. *Scientific Reports*. 2024. Т. 14, № 1. Article 12015. DOI: 10.1038/s41598-024-62634-7.
20. Shonkoff J. P., Garner A. S. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012. Т. 129, № 1. С. e232–e246. DOI: 10.1542/peds.2011-2663.
21. Beck A. T. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*. 2008. Т. 165, № 8. С. 969–977. DOI: 10.1176/appi.ajp.2008.08050721.
22. McLaughlin K. A., Lambert H. K. Child trauma exposure and psychopathology: mechanisms of risk and resilience. *Current Opinion in Psychology*. 2017. Т. 14. С. 29–34. DOI: 10.1016/j.copsyc.2016.10.004.
23. McLaughlin K. A., Koenen K. C., Bromet E. J. та ін. Childhood adversities and post-traumatic stress disorder: evidence for stress sensitisation in the World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*. 2017. Т. 211, № 5. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.197640.
24. Li X., Tian Y., Chen H. та ін. The associations of social health, self-injurious thoughts and behaviors with or without childhood trauma: a UK biobank study. *Journal of Affective Disorders*. 2024. Т. 359. С. 145–157. DOI: 10.1016/j.jad.2024.05.077.
25. McCrory E., Foulkes L., Viding E. Social thinning and stress generation after childhood maltreatment: a neurocognitive social transactional model of psychiatric vulnerability. *The Lancet Psychiatry*. 2022. Т. 9, № 10. С. 828–833. DOI: 10.1016/S2215-0366(22)00202-4

26. Nemeroff C. B. Paradise Lost: The neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect. *Neuron*. 2016. Т. 89, № 5. С. 892–909. DOI: 10.1016/j.neuron.2016.01.019.
27. Сохор Н., Ясній О., Сماشна О., Гашімова Н. Вплив війни та вимушеного переселення на психічне здоров'я дітей і підлітків (огляд літератури). *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Т. 9, № 1 (153). С. 16–19. DOI: 10.26766/pmgrp.v9i1.471.
28. Підчасов Є. В., Чепелева Н. І. Вплив пролонгованих травматичних подій (військових подій) на емоційну сферу дитини. *Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві*: зб. матеріалів VII Всеукр. наук.-практ. конф. Львів, 28 жовтня 2022 р. 2022. С. 276–279.
29. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR®). 2022.
30. Kessler R. C., Berglund P., Demler O. та ін. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS R). *JAMA*. 2003. Т. 289, № 23. С. 3095–3105. DOI: 10.1001/jama.289.23.3095.
31. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Електронний ресурс]. Geneva, 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates> (дата звернення: 28.07.2025).
32. Бортнікова О. Г., Охрімченко І. М., Тодорова І. С. Особливості вияву депресивних станів у різних вікових групах. *Соціально-правові студії*. 2021. Вип. 1 (11). С. 163–172. DOI: 10.32518/2617-4162-2021-1-163-172.
33. Бедлінський В. О. Депресивна симптоматика: особливості перебігу залежно від віку пацієнта. *Психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2018. № 3 (96). С. 22–24.
34. Kuzminskaite E., Vinkers C. H., Milaneschi Y. та ін. Childhood trauma and its impact on depressive and anxiety symptomatology in adulthood: a 6-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*. 2022. Т. 312. С. 322–330. DOI: 10.1016/j.jad.2022.06.057.
35. Agnew Blais J., Danese A. Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2016. Т. 3, № 4. С. 342–349. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00544-1.
36. Mandelli L., Petrelli C., Serretti A. The role of specific early trauma in adult depression: a meta analysis of published literature. *European Psychiatry*. 2015. Т. 30, № 6. С. 665–680. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.04.007.
37. Nelson J., Klumparendt A., Doebler P., Ehring T. Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: meta analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2017. Т. 210, № 2. С. 96–104. DOI: 10.1192/bjp.bp.115.180752.
38. Palmier Claus J. E., Bery K., Bucci S. та ін. Relationship between childhood adversity and bipolar affective disorder: systematic review and meta analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2016. Т. 209, № 6. С. 454–459. DOI: 10.1192/bjp.bp.115.179655.
39. Марценковський І. А., Марценковська І. І. Біполярний розлад: діагностика і терапія (лекція для лікарів первинної ланки медичної допомоги). *Український медичний часопис*. 2018. № 2 (1). С. 81–89.
40. Розов В. І. Методи та техніки психологічної роботи з опрацювання травматичного досвіду. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2024. № 2. С. 46–52. DOI: 10.32782/psy-visnyk/2024.2.9.
41. Silverman W. K., Ortiz C. D., Viswesvaran C. та ін. Evidence based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2008. Т. 37, № 1. С. 156–183. DOI: 10.1080/15374410701818293.
42. Ордатій Н., Ангельська В., Гуменюк Н. EMDR метод психотерапії з доведеною ефективністю. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2024. Т. 9, № 2. С. 1–5. DOI: 10.26766/pmgrp.v9i2.524.
43. Кобець О. В. Психотерапія посттравматичного стресового розладу у зарубіжних дослідженнях: на шляху до каніс-терапії. *Вісник Національного університету оборони України*. 2024. № 1 (77). С. 53–62. DOI: 10.33099/2617-6858-24-77-1-53-61.
44. Дробот О. Психодинамічна терапія: когнітивний аспект психокорекції депресивних станів в юнацькому віці. *Scientific Collection «InterConf+»*. 2023. Вип. 35 (163). С. 111–120. DOI: 10.51582/interconf.19-20.07.2023.011.
45. Jones B. D. M., Umer M., Kittur M. E. та ін. A systematic review on the effectiveness of dialectical behavior therapy for improving mood symptoms in bipolar disorders. *International Journal of Bipolar Disorders*. 2023. Т. 11, № 1. С. 2–11. Article 6. DOI: 10.1186/s40345-023-00288-6.
46. Goldstein T. R., Merranko J., Rode N. та ін. Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2024. Т. 81, № 1. С. 15–24. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2023.3399.
47. Halmoy A., Ring A. E., Gjested R. та ін. Dialectical behavioral therapy based group treatment versus treatment as usual for adults with attention deficit hyperactivity disorder: a multicenter randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2022. Т. 22. Article 738. DOI: 10.1186/s12888-022-04356-6.

Дата першого надходження рукопису до видання: 07.08.2025

Дата прийнятого до друку рукопису після рецензування: 28.08.2025

Дата публікації: 30.09.2025