

УДК 159.9

DOI: [https://doi.org/10.17721/BPSY.2025.1\(21\).15](https://doi.org/10.17721/BPSY.2025.1(21).15)

Сергій РУДЕНКО¹, д-р філос. наук, проф.
ORCID ID: 0000-0001-9069-0989
e-mail: rudenkosrg@gmail.com

Іван ДАНИЛЮК¹, д-р психол. наук, проф.
ORCID ID: 0000-0002-6522-5994
e-mail: danyliuk@knu.ua

Михайло ТАСЕНКО¹, мол. наук. співроб.
ORCID ID: 0000-0002-5807-1771
e-mail: mykhailo.tasenko@knu.ua

Тетяна ТРАВЕРСЕ¹, д-р психол. наук, проф.
ORCID ID: 0000-0002-9031-1173
e-mail: traversay@knu.ua

Анастасія ЛАЗАРЄВА^{1,2}, лікар-психіатр, мол. наук. співроб.
ORCID ID: 0009-0006-7394-4995
e-mail: nasttia2112@gmail.com

¹Київський національний університет імені Тараса Шевченка, Київ, Україна
²ДУ "Національний науковий центр радіаційної медицини, гематології та онкології
Національної академії медичних наук України", Київ, Україна

СУБ'ЄКТИВНЕ ПЕРЕЖИВАННЯ ДЕПРЕСИВНОГО ЕПІЗДУ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ ПІД ЧАС ВІЙНИ: ОПИС ВИПАДКУ З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДУ ФЕНОМЕНОЛОГІЧНОГО ІНТЕРВ'Ю

Вступ. Війна як масова травматична подія істотно впливає на психічне здоров'я населення, зокрема, сприяє загостренню афективних розладів. Біполярний афективний розлад (БАР), що має хронічний перебіг з домінуванням депресивної симптоматики, є особливо вразливим до дії екзогенних стресорів, включно з бойовими діями. Психіатрична практика потребує більш точного розуміння суб'єктивного виміру переживання таких станів, зокрема в контексті психічної травматизації внаслідок подій військового характеру. Мета дослідження – описати клінічний випадок депресивного епізоду при БАР у пацієнтки, що проживає в умовах повномасштабного військового вторгнення, з фокусом на феноменологічному аналізі її суб'єктивного досвіду.

Методи. У дослідженні було використано комплексний підхід, який включає клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катamnестичний методи, психометричні інструменти (MOS SF-36, PCL-5, LEC-5, DASS-21), а також феноменологічне інтерв'ю для дослідження аномального самопереживання. Використання цих методів створило умови для комплексної оцінки перебігу розладу та суб'єктивного досвіду пацієнтки.

Результати. Психометрична оцінка показала високий рівень депресивної симптоматики при помірному рівні тривоги та помірному зниженні якості життя. Показник за PCL-5 не досяг порогового значення, однак інтерв'ю виявило низку латентних посттравматичних феноменів. Феноменологічний аналіз засвідчив багатомірну структуру депресивного досвіду: розлад потоку свідомості, порушення короткочасної пам'яті, дереалізація, порушення часової орієнтації, епізодична екзистенційна порожнеча та явища амбівалентності. Окреме місце посідали феномени тривоги, як соматичні, так і когнітивні. Пацієнтка також відзначала досвід відчуження від світу, зниження агентності, переживання себе як недостатньо "справжньої" у соціальній взаємодії.

Висновки. Дослідження підтверджує доцільність використання феноменологічного інтерв'ю для дослідження аномального самопереживання як інструменту для поглибленого розуміння суб'єктивного переживання депресивного епізоду при БАР. Отримані результати демонструють необхідність мультидисциплінарного підходу до психіатричної діагностики, який включає як оцінку стандартизованими методиками, так і якісне вивчення життєвого світу пацієнта. Представлений клінічний випадок також засвідчує значущість контексту воєнної травматизації як чинника, що не лише загострює клінічний перебіг БАР, а й радикально трансформує суб'єктивний досвід психічної хвороби. Це відкриває перспективи для розробки персоналізованих підходів до соціальної та психотерапевтичної підтримки пацієнтів у ситуаціях масового стресу.

Ключові слова: Травматичний досвід, воєнний стан, феноменологічна психопатологія, біполярний афективний розлад, аномальне самопереживання, депресивний епізод, досвід переживання психічної хвороби, феноменологічне інтерв'ю.

Вступ

Війна, як потужний стресогенний фактор, асоціюється зі значним зростанням поширеності депресивних розладів у загальній популяції. Метааналіз 57 досліджень показав, що середня поширеність депресивних розладів під час активних бойових дій становила 38,7 %, а після їхнього завершення – 29,1 %. Цивільні особи мають вищі показники наявності депресивних розладів (33,3 %), ніж військові (24,0 %) (Charlson et al., 2019). В Україні, до повномасштабного військового вторгнення, поширеність депресивних розладів становила 5,2 %, що перевищувало середній показник по ЄС (4,6 %). Після

початку повномасштабного військового вторгнення 25 % українців перебувають у групі ризику розвитку психічних розладів, таких як ПТСР, депресивні та тривожні розлади (Seleznova et al., 2023). Очікується, що у 1–2 мільйони українців стикнуться з розвитком психічних розладів помірного ступеню тяжкості, які потребуватимуть спеціалізованої медичної допомоги, а 2–3 мільйони українців стикнуться з розвитком психічних розладів легкого ступеню тяжкості, які потребуватимуть психологічної підтримки (Pinchuk et al., 2025).

У людей із біполярним афективним розладом (БАР), на відміну від уніполярної депресії, депресивні епізоди становлять 60–70 % усього часу перебігу захворювання. Таким чином, депресивна симптоматика є клінічно домінантною фазою БАР (Judd et al., 2002). Війна як травматичний чинник створює умови для індукції депресивної фази в осіб з уже наявним БАР, сприяє зниженню тривалості ремісій, збільшенню частоти рецидивів та розвитку так званого "чисто депресивного" перебігу. При цьому гіпоманіакальні або маніакальні епізоди залишаються нерозпізнаними або інтерпретуються як реактивні афекти.

Травматичні події не лише ускладнюють перебіг БАР, а й трансформують суб'єктивний досвід пацієнта. Депресія в цьому випадку постає не просто як сукупність афективних симптомів, а як екзистенційна криза, що змінює відчуття часу, тіла, ідентичності та зв'язку зі світом. Розуміння таких феноменологічних вимірів дозволяє точніше інтерпретувати форму та зміст симптомів (наприклад, відчуження, досвід "зупиненого часу", дереалізації), а також персоналізувати терапевтичний підхід.

У цьому контексті доцільним є використання напівструктурованих феноменологічних інтерв'ю, які дозволяють досліджувати різні виміри досвіду та фіксувати їхні зміни. Феноменологічна психологія та феноменологічна психопатологія покликані розглядати суб'єктивність людини, не втрачаючи з поля зору людину як цілісність, що дозволяє глибше зрозуміти особливості її психопатологічного функціонування (Ritunanno et al., 2023). Ця суб'єктивність постає у феноменологічній перспективі, як така, що в першу чергу є зрозумілою для людини "на її умовах", а вже потім стає доступною для презентації іншому (Høffding & Martiny, 2015, p. 561). Таке феноменологічно орієнтоване дослідження психічної діяльності людини може відкривати нові шляхи розуміння досвіду переживання психічної хвороби та терапії за межами традиційних діагностичних категорій (Oblak et al., 2024).

Мета: описати клінічний випадок пацієнтки з депресивним епізодом біполярного афективного розладу в умовах війни, з акцентом на аналізі її суб'єктивного досвіду за допомогою напівструктурованого феноменологічного інтерв'ю EASE у поєднанні з валідованими психометричними інструментами (MOS SF-36, PCL-5, LEC-5, DASS-21) та виявити специфічні феноменологічні особливості афективного переживання в умовах травматичного досвіду війни.

Огляд літератури. Біполярний афективний розлад – це психічне захворювання з групи афективних розладів, що характеризується епізодами патологічно підвищеного настрою (манія або гіпоманія) та депресії, із періодами часткової або повної ремісії. Відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям 10-го перегляду (МКХ-10), для встановлення діагнозу БАР (F31) необхідна наявність принаймні двох афективних епізодів, серед яких хоча б один є маніакальним або гіпоманіакальним (World Health Organization, n.d.). У МКХ-11 (6A60) акцент робиться на ступені порушення функціонування та впливі епізодів на повсякденну активність (Мишиєв та ін., 2024). У DSM-5 розрізняють БАР I типу (з хоча б одним маніакальним епізодом) та БАР II типу (з гіпоманією та принаймні одним великим депресивним епізодом) (Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 від Американської психіатричної асоціації, 2013/2023, с. 77–78).

На відміну від уніполярної депресії, БАР має складну структуру афективного досвіду, де депресивні й маніакальні фази не є просто протилежностями, а утворюють динамічну систему зі специфічною феноменологією,

тривалістю та наслідками. Розлад має хронічний і рецидивний характер, супроводжується високими показниками госпіталізацій, зниженням якості життя та підвищеним ризиком суїцидальної поведінки. Навіть у фазах ремісії пацієнти з БАР демонструють емоційну нестабільність. Дослідження показали, що в періоди клінічного спокою хворі мають підвищену афективну реактивність до позитивних і негативних стимулів, нестабільність самооцінки та коливання настрою незалежно від базового афективного стану, що свідчить про стійку емоційну дисрегуляцію (Pavlova et al., 2011).

З іншого боку, наявність частих попередніх епізодів загострення БАР значно підвищує реактивність пацієнтів на життєві стресори. Виявлено, що навіть помірні життєві події можуть спричиняти нові епізоди загострення хвороби в осіб із хронічним перебігом та супутніми розладами психіки і поведінки. Це відповідає моделі сенситизації до стресу, згідно з якою з кожним епізодом знижується поріг для запуску наступного (Dienes et al., 2006).

Гетерогенність перебігу БАР підтверджується також клінічними спостереженнями. Частота, тривалість та форма афективних епізодів варіює залежно від біологічної вразливості та зовнішніх тригерів. Постійний вплив життєвих подій, травм чи соматичних захворювань здатний суттєво модифікувати динаміку розладу (Kurka et al., 2001). Зокрема, у пацієнтів молодого віку життєві стресори (втрати, конфлікти, соціальна дезадаптація) тісно пов'язані з появою афективних епізодів, коротшою тривалістю ремісій та більшою частотою рецидивів (Kim et al., 2007). Ці результати знаходять підтвердження в дослідженні Weinstock та колег (2021), які виявили, що афективна нестабільність у БАР часто є наслідком дитячої травми, яка призводить до порушення емоційної регуляції, що опосередковує зв'язок між травмою та тяжким перебігом розладу (Hett et al., 2022).

У контексті масових стресових подій особливе значення набуває огляд Panchal et al. (2022), який свідчить про погіршення перебігу БАР у зв'язку з пандемією COVID-19. Ізоляція, порушення рутини, високий рівень тривожності і самостійне коригування режиму медикаментозного лікування стали поширеними серед пацієнтів у цей період. Висвітлено механізм, за яким стресогенна подія, така як пандемія, може дестабілізувати навіть компенсований перебіг БАР (Panchal et al., 2022).

Особливо тяжким є перебіг з частою зміною фаз (≥ 4 епізоди на рік). Такі випадки асоціюються з гіршою прогностичною динамікою, вищим ризиком суїцидальних спроб і меншою ефективністю стандартного лікування (Schneck et al., 2008). Dempsey et al. (2024) підтвердили значущість психосоціальних чинників – психологічної травматизації, імпульсивності, безнадії, нестачі соціальної підтримки, як визначальних у підвищенні суїцидального ризику серед пацієнтів із БАР (Dempsey et al., 2024).

На окрему увагу заслуговує дослідження Siegel-Ramsay et al. (2023), яке виразно артикулює внутрішній досвід людей із біполярним розладом як багатовимірне явище, що не зводиться лише до клінічних симптомів. Учасники дослідження описують глибоке відчуття втрати спроможності будувати стабільні стосунки, реалізовувати себе в професійній сфері, ухвалювати рішення та планувати майбутнє. Водночас емоційний комфорт у пацієнтів порушується не лише самою симптоматикою, а й її непередбачуваністю, побічними ефектами лікування, внутрішньою стигматизацією та страхом втратити контроль над власним станом.

Окремо підкреслюється тема вразливості до рецидивів. Навіть у періоди ремісії пацієнти відчувають

напружене очікування чергового загострення, що створює хронічний фон тривоги. Потреба в стабільності, передбачуваності й відчутті безпеки постає як одна з центральних тем цього суб'єктивного переживання. Таке бачення БАР, сформоване самими пацієнтами, спонукає до переосмислення клінічного підходу, від переважно симптомоцентричного до такого, що враховує повноту життєвого досвіду людини з афективним розладом (Siegel-Ramsay et al., 2023).

Опис випадку (case-study) є дуже поширеним методом у сучасній феноменологічній психології та психопатології. Так, наприклад, дослідження Esposito & Stanghellini (2023), демонструє, як феноменологічна психопатологія, з її орієнтацією на індивідуальний досвід і призупиненням оціночних суджень, дозволяє побачити істерію як екзистенційну позицію, що характеризується емоційною насиченістю, прагненням бути у фокусі уваги та символічною виразністю поза межами ґендерних стереотипів (Esposito, & Stanghellini, 2023). Дослідження Oblak et al. (2024) описує клінічний випадок пацієнта з психіатричними коморбідностями, в якому застосовано феноменологічно орієнтований підхід до побудови персоналізованої мережевої моделі життя (Oblak et al., 2024). У фокусі дослідження перебуває аналіз не лише симптомів, характерних для ментальних розладів, а й глибоке вивчення переживань, що становлять суб'єктивну структуру досвіду пацієнта з використанням феноменологічних інтерв'ю (The Examination of Anomalous Self-Experience) та Examination of Anomalous World Experience), нейропсихологічної оцінки та мовного аналізу. У результаті використання вищеписаних методів авторам вдалось виявити у пацієнта "кризу об'єктивності", яка пов'язується як із ранньотравматичним досвідом, так і з психотичним епізодом.

Методи

Проведення дослідження складалося з двох етапів.

Перший етап передбачав використання стандартизованих психометричних тестів, а також використання клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного, катамнестичного методів.

Для скринінгу афективної симптоматики було використано Depression Anxiety Stress Scales – 21 (DASS-21) (Галецька та ін., б. д.). Шкала містить 21 пункт для оцінки трьох емоційних доменів: депресії, тривоги та стресу. Інструмент має високу внутрішню узгодженість і валідність.

Для оцінки якості життя був використаний Medical Outcomes Study Short Form-36 (MOS SF-36). Опитувальник охоплює вісім ключових сфер функціонування, включно з фізичним, емоційним, соціальним станом та життєвою енергією (Ware & Sherbourne, 1992, с. 473).

Для виявлення досвіду потенційно травматичних подій була використана анкета Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5) (Weathers et al., 2013).

Для оцінки наявності можливих ознак посттравматичного стресового розладу (ПТСР) було використано PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Опитувальник складається із 20 пунктів і дозволяє як скринінг, так і динамічне спостереження клінічної симптоматики (Blevins et al., 2015, р. 489). Має високу чутливість, специфічність і широко використовується в клінічній практиці та дослідженнях.

Для дослідження аномального самопереживання та емпіричних або суб'єктивних аномалій, які можуть розглядатися як розлади базової або "мінімальної" самосвідомості було використано напівструктуроване феноменологічне інтерв'ю для дослідження аномального самопереживання (Examination of Anomalous Self-

Experience (EASE)). EASE складається з п'яти основних доменів (Parnas et al., 2005):

1. пізнання та потік свідомості;
2. самоусвідомлення та присутність;
3. тілесний досвід;
4. демаркація / транзитивізм;
5. екзистенційна переорієнтація.

Феноменологічне інтерв'ю може бути проведене як окремо, так і доповнювати інші діагностичні методики, що власне і було виконано у межах цього дослідження. Інформація отримана в результаті проведення напівструктурованого феноменологічного інтерв'ю в подальшому може застосовуватися для персоналізації, наприклад, психотерапевтичних практик, оскільки інтерв'ю розширює можливості для більш глибокого опису переживань респондента та більш чіткої фіксації окремих нюансів його психічних процесів (Frohn & Martiny, 2023).

Обрані діагностичні інструменти є валідними, надійними та рекомендованими для клінічного й дослідницького застосування. Вони дозволяють кількісно оцінити психоемоційний стан, якість життя, наявність травматичного досвіду та посттравматичних симптомів, а також дають змогу зіставити суб'єктивні переживання респондента, отримані за допомогою напівструктурованого феноменологічного інтерв'ю для дослідження аномального самопереживання, зі стандартизованими показниками тестів.

Результати

Клінічний випадок: пацієнтка, 26 років, із встановленим діагнозом F31.7 – біполярний афективний розлад, у стані ремісії (відповідно до МКХ-10), повторно звернулася у зв'язку з наростанням депресивної симптоматики середнього ступеня тяжкості. Первинне звернення відбулося в червні 2024 року, коли на тлі афективної нестабільності було верифіковано змішаний афективний епізод, що клінічно проявлявся поєднанням симптомів депресії та гіпоманії. Після проведеної медикаментозної терапії було досягнуто стійкої ремісії.

За даними анамнезу, афективна симптоматика прослідковується з 2021 року. Після 2022 року відбулося значне загострення вищезгаданої симптоматики. Пацієнтка відмічала періодичні коливання настрою із чергуванням гіпертимних та гіпотимних фаз. У гіпертимних періодах спостерігалися значне підвищення психомоторної активності, прискорене мислення з ідейною гіперпродуктивністю, зниження потреби у сні (до 2–4 годин на добу), імпульсивність, зниження критичної оцінки власної поведінки, а також гіперсоціальність та ініціація виконання численних проєктів, які залишалися незавершеними. Поведінкові особливості включали нерациональні витрати, зокрема імпульсивні покупки у кредит.

Гіпотимні фази супроводжувалися гіперсомнією, підвищеним апетитом, астеною, відчуттям внутрішньої порожнечі, емоційною лабільністю, а також нав'язливими ідеями самозвинувачення, зниженням самооцінки та суїцидальними думками, які значно інтенсифікувалися після початку повномасштабного вторгнення на територію України у 2022 році.

Психічний статус на момент опитування: виглядає на свій вік, охайна, одягнена відповідно до погодних умов. Орієнтована всебічно вірно. Поведінка уповільнена, моторика знижена, поза статична, міміка гіпомімічна. Контакт встановлює з труднощами, відповіді короткі, розгорнуті за необхідності. До обстеження ставиться нейтрально. Критика до свого стану частково збережена: визнає зниження настрою, труднощі концентрації, втрату звичних інтересів та мотивації. Мова тиха, уповільнена, з частими паузами. Емоційний фон знижений, відзначає дратівливість, відчуття внутрішньої спустошеності, втрату задоволення від звичних справ. Мислення

уповільнене, тематично зосереджене на власній неефективності, невдачах, майбутньому як безперспективному. Висловлює песимістичні думки щодо себе та свого стану. Маячення або іншої психотичної симптоматики не спостерігається. Ідей самознищення не висловлює, але зізнається, що "життя втратило сенс". Увага нестійка, пам'ять на поточні події дещо знижена. Інтелектуально-мнестична сфера в межах вікової норми. Судження дещо стереотипні, уповільнені. Суїцидального ризику на момент огляду не виявлено, хоча емоційна вразливість підвищена. Рівень соціального функціонування знижений через емоційно-мотиваційний дефіцит.

Результати стандартизованих психометричних тестів. Результати DASS-21 свідчать про високий рівень депресивної симптоматики при помірному рівні тривоги стресу.

Відповідно до результатів тестування за методикою MOS SF-36 спостерігається помірно знижена якість життя, насамперед у сферах психоемоційного стану (MH, RE), життєвої енергії (VT) та соціального функціонування (SF). В анкеті LEC-5 респондентка позначила пункт "Фізичне насильство" як такий, що стався безпосередньо з нею, а також це було пов'язано з виконанням професійних обов'язків. Також пацієнтка відмітила пункт "Бойові дії або перебування в зоні війни (як військовий або цивільна особа)" як такий, що стався безпосередньо з нею.

Кількість балів за шкалою PCL-5 складає 23 бали, що не перевищує пороговий рівень, проте може свідчити про наявність окремих посттравматичних симптомів, які потребують подальшого клінічного моніторингу у контексті афективного розладу.

Результати напіструктурованого феноменологічного інтерв'ю для дослідження аномального самопереживання. Інтерв'ю розпочалося, як радять його автори, із домену "Пізнання та потік свідомості" (Parnas et al., 2005, p. 239).

Далі будуть представлені пункти інтерв'ю, на запитання про які, респондентка дала твердну відповідь та надала детальний опис переживання нею того чи іншого досліджуваного домену, типу або підтипу.

Відповідаючи на запитання, що стосувалися домену "Пізнання та потік свідомості", респондентка зазначала, що певні думки їй не належать. Вона описувала це так, ніби думки "приходять звідкись з іншого місця, не з моєї голови, виникають не у ній". Ці думки були безособовими, цілковито "заполняли" її. Вона не могла їм протистояти. Загалом, цей стан тривав декілька місяців, і, зі слів респондентки, він їй подобався. Надалі відчуття відсутності іспійності думок спонтанно зникло.

Під час переживання депресивної фази, респондентка відчувала, що в неї "занадто багато думок", що становило для неї помірний дистрес. Це були переважно негативні думки, які "роїлися, постійно насувалися на мене, заполняли мій мозок", що ускладнювало концентрацію на інших, не негативних думках. Респондентка не намагалась вчиняти будь-які дії для супротиву цим думкам, навпаки, вона хотіла продовжувати їх обмірковувати та розвивати. Респондентка підтвердила наявність пережитого стану, коли певна думка лунала немовби "на задньому фоні", як відлуння. Також, у респондентки були думки, які домінували над іншими та які вона постійно програвала як платівку. Зокрема, це були думки про те, що "навіщо так жити", і що вона нічого не варта. Ці думки виникали під час депресивної фази і тривали декілька місяців. Респондентка описує відчуття досвіду переживання просторової локалізації власних думок "десь із середини грудної клітини", ніби вони там "живуть, тривожаться". Це переживання періодично повторюється в її житті, але не має постійного характеру присутності.

Респондентці дуже важко зробити вибір. Така амбівалентність проявляється впродовж усього життя. Вона поширюється від побутових питань (наприклад, що приготувати на вечерю) до важливих професійних рішень.

Респондентка підтвердила, що стикається з труднощами зі самостійною ініціацією будь-якої діяльності, наприклад, навіть приготувати сніданок. Вона пояснює це недостатньою мотивацією та тим, що не бачить у дії нагальної потреби. Цей стан трапляється з нею часто.

Порушення уваги проявляються у складності виконання дій, що вимагають одночасної обробки інформації з різних джерел. Респондентка може зосередитися лише на одній дії, тоді як інша випадає з її поля уваги. Наприклад, при одночасному перегляді серіалу та написанні конспекту, потім вона зможе відтворити лише щось одне.

Респондентка переживала порушення короткочасної пам'яті. На її думку, вона пов'язує це з важкістю концентрації уваги. Наприклад, вона може забути початок фільму ще до його завершення. Цей феномен почав спостерігатись відносно недавно та має епізодичний характер.

Перебуваючи у депресивній фазі, респондентка відмітила, що час почав спливати для неї дуже повільно, сильно тягнувся, було відчуття, що "все навколо зупинилося". Але на протигагу цьому, респондентка має внутрішній орієнтир часу, направлений на майбутнє і проєктує події, які мають настати. У цих уявленнях, як і під час депресивної фази, навколишній час йде повільніше, ніж у теперішньому, але коли вона уявляє свої власні дії у цьому майбутньому, то вони виконуються з нормальною часовою перспективою.

Респондентка описує ситуації, коли її зовнішні прояви не відповідали її справжнім емоціям. Вона пов'язує це з невпевненістю в собі та бажанням "здаватися кращою, ніж я є насправді". Також, вона відчуває труднощі з мобілізацією слів, що необхідні для вираження своїх думок та переживань. Вона відчувала це навіть під час проведення інтерв'ю. Їй потрібно більше часу або допомога інтернету, щоб знайти потрібне слово.

Відповідаючи на запитання, що стосувалися домену "Самоусвідомлення та присутність", респондентка описує внутрішню порожнечу та відсутність внутрішнього стрижня. Це відчуття супроводжує її впродовж усього життя, незалежно від наявності депресивної симптоматики, і почалося в університетські роки.

Респондентка описує депресивний стан як період "великого смутку, коли нічого не цікавить, нічого не можеш робити, немає ні на що сил і ніщо не приносить задоволення". Цей стан становив значний дистрес та був джерелом страждань для респондентки.

У респондентки було відчуття, що навколишній світ не здатен її мотивувати до виконання будь-якої діяльності. Вона відчувала, що не "пасує" цьому зовнішньому світу, що вона "не на своєму місці". Цей стан вона описує як наявність бар'єру, схожого на "паркан, через який необхідно перелізти". Іноді, переважно в депресивному стані, респондентка відчувала, ніби вона "відділена від світу". Також, вона описувала явище дереалізації у вигляді сприйняття навколишнього світу ніби "все навколо зупинилося, і ти не можеш вийти з цієї ситуації, з цих подій, вони нібито дуже-дуже повільно розвиваються навколо тебе, як у фільмі".

Респондентка відчуває себе молодшою за свій біологічний вік. Вона відчуває, що не встигає за плином часу і не готова до життєвих обставин, що відповідають її віку (робота, народження дітей). Це відчуття періодично виникає протягом останніх 3–4 років. У респондентки епізодично виникав страх, що їй подобаються особи спільної з нею статі.

Феномен тривоги займає у респондентки одне з центральних місць, на рівні з депресивними переживаннями, у структурі досвіду переживання БАР, ускладненого травматичними подіями. Загалом, респондентка описує тривогу як стан, "коли на душі шкребуться кішки", "воно все всередині тебе сидить... роїться у грудях. І воно ніби всередині тебе з'їдає". Вона переживала панічні атаки, які провокувалися скупченням великої кількості людей. Описує їх як відчуття браку повітря, страх задихнутися і померти, що супроводжується прискореним серцебиттям та запамороченням. Також відчуття тривоги викликає необхідність виступати перед аудиторією. Іноді тривога виникала сама по собі, без видимої причини.

Респондентка підтвердила, що іноді не може отримувати задоволення від речей, які зазвичай його приносять. Це трапляється часто, як у стані депресії, так і поза ним, зокрема, протягом останнього року. Вона відчувала втому без причини, коли "нібито нічого цілий день не робив, а все тіло втомлене, як фізично, так і морально". Це супроводжувалося важкістю в кінцівках, складністю думати, больовими відчуттями в тілі та соматичними проявами з боку шлунково-кишкового тракту. Це розтягнутий у часі стан, що спостерігався протягом останнього року. Описані в цьому абзаці феномени є для респондентки джерелом значного дистресу.

Відповідаючи на запитання, що стосувалися домену "Тілесний досвід", респондентка зазначала, що її тіло для неї "завелике", але пов'язувала це зі сприйняттям себе та наявністю комплексів щодо своєї зовнішності. Вона описує "дуже сильне відчуття свого серця, коли здається, що ти – це і є серце". У цей момент вона настільки сконцентрована на його ударах, що не відчуває нічого іншого в організмі. Це траплялося протягом останнього року, зокрема й за останні два тижні. Також респондентка описувала ніби "простріли електричного струму по тілу" та "повзання мурашок" без об'єктивної причини. Також були відчуття розпирання і тиску в кінцівках. Ці відчуття приносили частковий дискомфорт.

Відповідаючи на запитання, що стосувалися домену "Демаркація/транзитивізм", респондентка описувала лише відчуття сильної тривоги при тісній фізичній близькості з іншими людьми, особливо незнайомими. Вона боїться, що інша людина "втрутиться" в її життєвий простір. Це переживання має якість "забруднення". Фізичний контакт приносить "відчуття бруду, який важко змити". Через це вона намагається уникати подібних ситуацій.

Відповідаючи на запитання, що стосувалися домену "Екзистенційна переорієнтація", респондентка зазначала, що іноді відчувала, що відіграє надзвичайно важливу роль на роботі, і без неї її колегам буде важко. Також вона зазначила, що коли вона заплющує очі вночі, "світ зупиняється", і з'являється простір для того, щоб "подумати, побути якось в нечасі". Коли вона відкриває очі, або прокидається після сну, світ ніби "поновлюється". Це приносить їй приємні емоції. Іноді їй здається, що вона може проникати в розум інших людей, особливо близьких, і розуміти їхні думки та наміри. Бували моменти, коли їй здавалося, що світ нереальний, тоді вона думала: "А раптом це просто чийсь сон". Ці думки та переживання не викликали у неї дистресу.

У респондентки був інтерес до магічних та езотеричних практик. Вона пов'язувала це з "пошуком відповідей на питання", коли майбутнє здавалося неясним і страшним, щоб "віднайти внутрішній спокій". Але вона цілком не підпорядковує своє життя цим практикам.

Респондентка відчувала, що володіє певними знаннями, недоступними для інших, і це супроводжувалося відчуттям величчя та переваги над іншими. Вона відчу-

вала радість, силу, переповнення енергією та можливість "цими знаннями когось врятувати, комусь допомогти". Її ставлення до оточуючих ставало більш зверхнім. Згодом вона зрозуміла, що ці відчуття не були виправданими. Це було близько року тому і викликало позитивні емоції.

Дискусія і висновки

Представлене дослідження підтверджує продуктивність поєднання феноменологічного підходу з валідованими психометричними інструментами у вивченні суб'єктивного досвіду депресивного епізоду при біполярному афективному розладі в умовах травматичних чинників військового характеру. Унікальність випадку полягає у можливості простежити, як багатшаровий вплив травматичних подій війни (зокрема безпосередній досвід перебування в зоні бойових дій та фізичного насильства) трансформує афективну, когнітивну, тілесну й екзистенційну складові психічної діяльності пацієнтки.

Результати проведеного дослідження загалом узгоджуються з основними положеннями феноменологічної психопатології та клінічної психіатрії. Отримані дані підтверджують значущість розладів базового самосприйняття, часової та тілесної дезінтеграції, що характерні для депресивного епізоду в межах біполярного афективного розладу.

Феноменологічні характеристики, зафіксовані в інтерв'ю (втрата іпсичності думок, сприйняття думок як чужих, відчуття внутрішньої порожнечі, зміна тілесного досвіду, дереалізація), узгоджуються з описами феноменологічної структури депресії, викладеними у роботах Fuchs (2019), Aho (2019) та Frohn & Martiny (2023). Зокрема, підтверджено, що при тяжких афективних епізодах відбувається розлад "мінімального Я", що проявляється у зміненому сприйнятті часу, тіла, ідентичності та суб'єктності мислення.

Крім того, виявлені переживання тривоги, фонові втоми, тілесний дистресу та панічних атак навіть за відносно помірними результатами за шкалою PCL-5, це корелює з моделлю сенситизації до стресу (Dienes et al., 2006).

Особливо значущим є узгодження результатів дослідження з якісними описами суб'єктивного досвіду осіб з БАР, наведеними у дослідженні Siegel-Ramsay et al. (2023). Пацієнтка у межах інтерв'ю описує стани втрати сенсу життя, емоційного виснаження. Такі описи вказують на екзистенційну природу афективного страждання, що не зводиться до симптомокомплексу, а стосується втрати життєвої орієнтації, зниження здатності діяти.

Обраний підхід також відповідає сучасним методологічним тенденціям у феноменологічній психопатології, зокрема акценту на "розумінні на умовах пацієнта", які передбачають реконструкцію життєсвіту пацієнта як основи для подальшого клінічного аналізу та терапевтичного супроводу у межах сучасних психіатричної та психотерапевтичної практик, що прагнуть до мультидисциплінарної інтеграції (Høffding, & Martiny, 2015; Ritunanno et al., 2023). Представлений кейс демонструє потенціал такого підходу у виявленні неочевидних (латентних або екзистенційно маркованих) компонентів досвіду переживання психічної хвороби, що залишаються поза межами традиційної психометричної діагностики.

Кейс також демонструє значення культурно-контекстуалізованого аналізу: у пацієнтки, яка проживає в умовах повномасштабної війни, внутрішній досвід переживання депресивної фази пов'язаний не лише з індивідуальними психічними механізмами, а й із соціальним, історичним і культурним ландшафтом. Це відкриває перспективи для подальших досліджень у межах феноменологічної психопатології, культурології та соціальної

терапії, зорієнтованої на рефлексивне опрацювання травматичних подій у біографічному контексті.

Внесок авторів: Сергій Руденко та Іван Данилюк – концептуалізація, валідація даних; Михайло Тасенко та Тетяна Траве-рсе – методологія, написання (перегляд і редагування); Анастасія Лазарева – формальний аналіз, написання (оригінальна чернетка).

Список використаних джерел

- Галецька, І., Кліманська, М., & Перун, М. (n.d.). *Ukrainian translation of the DASS21*. UNSW Sydney. <https://www2.psy.unsw.edu.au/dass/Ukrainian/Ukrainian.htm>
- Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 від Американської психіатричної асоціації (О. Лисак & М. Прокопович, Trans.). (2023). Галицька Видавнича Спілка. (Original work published 2013)
- Мішєв, В., Михайлов, Б., & Гриневич, Є. (2024). МКХ-11. Розділ 06: Психічні і поведінкові розлади та порушення нейропсихічного розвитку. Статистична класифікація. Моріон.
- Aho, K. (2019). Affectivity and Its Disorders. In G. Stanghellini et al. (Eds.), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*. Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198803157.013.51>
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394(10194), 240–248. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)30934-1)
- Dempsey, R. C., Dodd, A. L., Gooding, P. A., & Jones, S. H. (2024). The Types of Psychosocial Factors Associated with Suicidality Outcomes for People Living with Bipolar Disorder: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(5), 525. <https://doi.org/10.3390/ijerph21050525>
- Dienes, K. A., Hammen, C., Henry, R. M., Cohen, A. N., & Daley, S. E. (2006). The stress sensitization hypothesis: Understanding the course of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 95(1–3), 43–49. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.04.009>
- Esposito, C. M., & Stanghellini, G. (2023). What does "Being a woman" really mean? A reappraisal of the concept of "hysteria" through the analysis of a phenomenological-dynamic psychotherapy of a case study. *Psychiatry Research Case Reports*, 2(2). <https://doi.org/10.1016/j.psycr.2023.100147>
- Frohn, O. O., & Martiny, K. M. (2023). The phenomenological model of depression: from methodological challenges to clinical advancements. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1215388>
- Fuchs, T. (2019). The Experience of Time and its Disorders. In G. Stanghellini et al. (Eds.), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198803157.013.48>
- Hett, D., Etain, B., & Marwaha, S. (2022). Childhood trauma in bipolar disorder: new targets for future interventions. *BJPsych Open*, 8(4). <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.529>
- Høffding, S., & Martiny, K. (2015). Framing a phenomenological interview: what, why and how. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 15(4), 539–564. <https://doi.org/10.1007/s11097-015-9433-z>
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Endicott, J., Maser, J., Solomon, D. A., Leon, A. C., Rice, J. A., & Keller, M. B. (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59(6), 530. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.6.530>
- Kim, E. Y., Miklowitz, D. J., Biuckians, A., & Mullen, K. (2007). Life stress and the course of early-onset bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 99(1–3), 37–44. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.08.022>
- Kupka, R. W., Nolen, W. A., Altshuler, L. L., Frye, M. A., Denicoff, K. D., Leverich, G. S., Post, R. M., Keck, P. E., McElroy, S. L., Rush, A. J., & Suppes, T. (2001). The Stanley Foundation Bipolar Network. *British Journal of Psychiatry*, 178(S41), s177–s183. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.41.s177>
- Oblak, A., Kuclar, M., Horvat Golob, K., Holnhaner, A., Battelino, U., Škodlar, B., & Bon, J. (2024). Crisis of objectivity: using a personalized network model to understand maladaptive sensemaking in a patient with psychotic, affective, and obsessive-compulsive symptoms. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1383717>
- Panchal, P., de Queiroz Campos, G., Goldman, D. A., Auerbach, R. P., Merikangas, K. R., Swartz, H. A., Sankar, A., & Blumberg, H. P. (2022). Toward a Digital Future in Bipolar Disorder Assessment: A Systematic Review of Disruptions in the Rest-Activity Cycle as Measured by Actigraphy. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.780726>
- Parnas, J., Möller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., & Zahavi, D. (2005). *Examination of Anomalous Self-Experience*. *Psychopathology*, 38(5), 236–258. <https://doi.org/10.1159/000088441>
- Pavlova, B., Uher, R., Dennington, L., Wright, K., & Donaldson, C. (2011). Reactivity of affect and self-esteem during remission in bipolar affective disorder: An experimental investigation. *Journal of Affective Disorders*, 134(1–3), 102–111. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.023>
- Pinchuk, I., Yachnik, Y., Goto, R., & Skokauskas, N. (2025). Mental health services during the war in Ukraine: 2-years follow up study. *International Journal of Mental Health Systems*, 19(11). <https://doi.org/10.1186/s13033-025-00667-9>
- Ritunanno, R., Papola, D., Broome, M. R., & Nelson, B. (2023). Phenomenology as a resource for translational research in mental health: methodological trends, challenges and new directions. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 32. <https://doi.org/10.1017/s2045796022000762>
- Schneck, C. D., Miklowitz, D. J., Miyahara, S., Araga, M., Wisniewski, S., Gyulai, L., Allen, M. H., Thase, M. E., & Sachs, G. S. (2008). The Prospective Course of Rapid-Cycling Bipolar Disorder: Findings From the STEP-BD. *American Journal of Psychiatry*, 165(3), 370–377. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.05081484>
- Seleznova, V., Pinchuk, I., Feldman, I., Virchenko, V., Wang, B., & Skokauskas, N. (2023). The battle for mental well-being in Ukraine: mental health crisis and economic aspects of mental health services in wartime. *International Journal of Mental Health Systems*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-023-00598-3>
- Siegel-Ramsay, J. E., Sharp, S. J., Ulack, C. J., Chiang, K. S., Lanza di Scalea, T., O'Hara, S., Carberry, K., Strakowski, S. M., Suarez, J., Teisberg, E., Wallace, S., & Almeida, J. R. C. (2023). Experiences that matter in bipolar disorder: a qualitative study using the capability, comfort and calm framework. *International Journal of Bipolar Disorders*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s40345-023-00293-9>
- Ware, J. E. J., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483. <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5). https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life_events_checklist.asp
- World Health Organization. (n.d.). ICD-10 version:2019. ICD-10. <https://icd.who.int/browse10/2019/en/#F30-F39>

References

- Aho, K. (2019). Affectivity and Its Disorders. In G. Stanghellini et al. (Eds.), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*. Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198803157.013.51>
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489–498. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394(10194), 240–248. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)30934-1)
- Dempsey, R. C., Dodd, A. L., Gooding, P. A., & Jones, S. H. (2024). The Types of Psychosocial Factors Associated with Suicidality Outcomes for People Living with Bipolar Disorder: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(5), 525. <https://doi.org/10.3390/ijerph21050525>
- Dienes, K. A., Hammen, C., Henry, R. M., Cohen, A. N., & Daley, S. E. (2006). The stress sensitization hypothesis: Understanding the course of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 3, 43–49. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.04.009>
- DSM-5 Diagnostic Criteria Reference Guide from the American Psychiatric Association (O. Lysak & M. Prokopovich, Trans.). (2023). Galician Publishing Union. (Original work published 2013) [in Ukrainian].
- Esposito, C. M., & Stanghellini, G. (2023). What does "Being a woman" really mean? A reappraisal of the concept of "hysteria" through the analysis of a phenomenological-dynamic psychotherapy of a case study. *Psychiatry Research Case Reports*, 2(2). <https://doi.org/10.1016/j.psycr.2023.100147>
- Frohn, O. O., & Martiny, K. M. (2023). The phenomenological model of depression: from methodological challenges to clinical advancements. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1215388>
- Fuchs, T. (2019). The Experience of Time and its Disorders. In G. Stanghellini et al. (Eds.), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198803157.013.48>
- Haletska, I., Klimanska, M., & Perun, M. (n.d.). Ukrainian translation of the DASS21. UNSW Sydney. <https://www2.psy.unsw.edu.au/dass/Ukrainian/Ukrainian.htm>
- Hett, D., Etain, B., & Marwaha, S. (2022). Childhood trauma in bipolar disorder: new targets for future interventions. *BJPsych Open*, 8(4). <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.529>
- Høffding, S., & Martiny, K. (2015). Framing a phenomenological interview: what, why and how. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 15(4), 539–564. <https://doi.org/10.1007/s11097-015-9433-z>
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Endicott, J., Maser, J., Solomon, D. A., Leon, A. C., Rice, J. A., & Keller, M. B. (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59(6), 530. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.59.6.530>
- Kim, E. Y., Miklowitz, D. J., Biuckians, A., & Mullen, K. (2007). Life stress and the course of early-onset bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 3, 37–44. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.08.022>
- Kupka, R. W., Nolen, W. A., Altshuler, L. L., Frye, M. A., Denicoff, K. D., Leverich, G. S., Post, R. M., Keck, P. E., McElroy, S. L., Rush, A. J., & Suppes, T. (2001). The Stanley Foundation Bipolar Network. *British Journal of Psychiatry*, 178(S41), s177–s183. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.41.s177>
- Mishiev, V., Mikhailov, B., & Grinevich, E. (2024). ICD-11. Section 06: Mental and behavioral disorders and neuropsychiatric development disorders. Statistical classification. Morion [in Ukrainian].

Oblak, A., Kuclar, M., Horvat Golob, K., Holnhaner, A., Battelino, U., Škodlar, B., & Bon, J. (2024). Crisis of objectivity: using a personalized network model to understand maladaptive sensemaking in a patient with psychotic, affective, and obsessive-compulsive symptoms. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1383717>

Panchal, P., de Queiroz Campos, G., Goldman, D. A., Auerbach, R. P., Merikangas, K. R., Swartz, H. A., Sankar, A., & Blumberg, H. P. (2022). Toward a Digital Future in Bipolar Disorder Assessment: A Systematic Review of Disruptions in the Rest-Activity Cycle as Measured by Actigraphy. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.780726>

Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., & Zahavi, D. (2005). EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology*, 38(5), 236–258. <https://doi.org/10.1159/000088441>

Pavlova, B., Uher, R., Dennington, L., Wright, K., & Donaldson, C. (2011). Reactivity of affect and self-esteem during remission in bipolar affective disorder: An experimental investigation. *Journal of Affective Disorders*, 3, 102–111. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.023>

Pinchuk, I., Yachnik, Y., Goto, R., & Skokauskas, N. (2025). Mental health services during the war in Ukraine: 2-years follow up study. *International Journal of Mental Health Systems*, 19(11). <https://doi.org/10.1186/s13033-025-00667-9>

Ritunnano, R., Papola, D., Broome, M. R., & Nelson, B. (2023). Phenomenology as a resource for translational research in mental health: methodological trends, challenges and new directions. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 32. <https://doi.org/10.1017/s2045796022000762>

Schneck, C. D., Miklowitz, D. J., Miyahara, S., Araga, M., Wisniewski, S., Gyulai, L., Allen, M. H., Thase, M. E., & Sachs, G. S. (2008). The Prospective Course of Rapid-Cycling Bipolar Disorder: Findings From the STEP-BD. *American Journal of Psychiatry*, 165(3), 370–377. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.05081484>

Seleznova, V., Pinchuk, I., Feldman, I., Virchenko, V., Wang, B., & Skokauskas, N. (2023). The battle for mental well-being in Ukraine: mental health crisis and economic aspects of mental health services in wartime. *International Journal of Mental Health Systems*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-023-00598-3>

Siegel-Ramsay, J. E., Sharp, S. J., Ulack, C. J., Chiang, K. S., Lanza di Scalea, T., O'Hara, S., Carberry, K., Strakowski, S. M., Suarez, J., Teisberg, E., Wallace, S., & Almeida, J. R. C. (2023). Experiences that matter in bipolar disorder: a qualitative study using the capability, comfort and calm framework. *International Journal of Bipolar Disorders*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s40345-023-00293-9>

Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5). https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life_events_checklist.asp

World Health Organization. (n.d.). ICD-10 version:2019. ICD-10. <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F30-F39>

Отримано редакцію журналу / Received: 27.03.25

Прорецензовано / Revised: 11.06.25

Схвалено до друку / Accepted: 15.06.25

Sergii RUDENKO¹, DSc. (Philos.), Prof.

ORCID ID: 0000-0001-9069-0989

e-mail: rudenkosrg@gmail.com

Ivan DANYLIUK¹, DSc (Psychol.), Prof.

ORCID ID: 0000-0002-6522-5994

e-mail: danyliuk@knu.ua

Mykhailo TASENKO¹, Junior Researcher

ORCID ID: 0000-0002-5807-1771

e-mail: mykhailo.tasenko@knu.ua

Tetiana TRAVERSE¹, DSc (Psychol.), Prof.

ORCID ID: 0000-0002-9031-1173

e-mail: traversay@knu.ua

Anastasiia LAZARIEVA^{1,2}, Psychiatrist, Junior Researcher

ORCID ID: 0009-0006-7394-4995

e-mail: nasttia2112@gmail.com

¹Taras Shevchenko National University of Kyiv Kyiv, Ukraine

²SI "National Scientific Center for Radiation Medicine, Hematology, and Oncology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kyiv, Ukraine

SUBJECTIVE EXPERIENCE OF A DEPRESSIVE EPISODE IN BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER DURING WARTIME: A CASE REPORT USING THE PHENOMENOLOGICAL INTERVIEW METHOD

Background. War, as a large-scale traumatic event, significantly impacts mental health, particularly intensifying affective disorders. Bipolar affective disorder (BAD), which follows a chronic course with mainly depressive symptoms, is especially susceptible to external stressors, including combat-related experiences. Psychiatric practice requires a clearer understanding of the subjective dimension of these conditions, especially when psychological trauma results from warfare. This study aims to present a clinical case of a depressive episode in a female patient with BAD living amid a full-scale military invasion, emphasizing a phenomenological analysis of her subjective experience.

Methods. This study employed a comprehensive approach, incorporating clinical-anamnestic, clinical-psychopathological, psychodiagnostic, and catamnestic methods, as well as standardized psychometric tools (MOS SF-36, PCL-5, LEC-5, DASS-21). Additionally, a phenomenological interview was used to explore anomalous self-experience. Incorporating these methods allowed for a multidimensional assessment of the clinical course and the patient's subjective experience.

Results. Psychometric assessment revealed a high level of depressive symptoms, moderate anxiety, and a moderate decline in quality of life. Although the patient's PCL-5 score did not surpass the threshold for PTSD diagnosis, the interview revealed several latent post-traumatic phenomena. Phenomenological analysis revealed a multidimensional structure of depressive experience, including disturbances in consciousness flow, loss of the ipseity of thought, short-term memory impairment, derealization, disorientation in time perception, episodic feelings of existential emptiness, and ambivalence. Notably, both somatic and cognitive anxiety symptoms were prominent. The patient also reported experiences of alienation from the world, a reduced sense of agency, and the feeling of being insufficiently "real" in social interactions.

Conclusions. The study underscores the importance of using phenomenological interviews to explore anomalous self-experience as a tool for deepening the understanding of subjective experience in depressive episodes of BAD. The results demonstrate the necessity of a multidisciplinary approach to psychiatric diagnosis that includes both standardized assessment tools and qualitative exploration of the patient's lifeworld. This clinical case further highlights the significance of war-related traumatization as a factor that not only exacerbates the clinical course of BAD but also profoundly transforms the subjective experience of mental illness. These findings open new perspectives for the development of personalized approaches to social and psychotherapeutic support strategies under conditions of mass trauma.

Keywords: Traumatic experience, martial law, phenomenological psychopathology, bipolar affective disorder, anomalous self-experience, depressive episode, subjective experience of mental illness, phenomenological interview.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів. Спонсори не брали участі в розробленні дослідження; у зборі, аналізі чи інтерпретації даних; у написанні рукопису; в рішенні про публікацію результатів.

The authors declare no conflicts of interest. The funders had no role in the design of the study; in the collection, analyses or interpretation of data; in the writing of the manuscript; or in the decision to publish the results.