

Г. М. Кожина, К. О. Зеленська, Т. Ю. Толстая

КЛІНІЧНА ФЕНОМЕНОЛОГІЯ ТА КОМПЛЕКСНА СИСТЕМА ТЕРАПІЇ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

H. M. Kozhyna, K. O. Zelenska, T. Yu. Tolstaia

CLINICAL PHENOMENOLOGY AND COMPLEX SYSTEM OF THERAPY OF ANXIETY DISORDERS IN INTERNALLY DISPLACED PERSONS IN MODERN CONDITIONS

Ключові слова: переселенці, тривога, занепокоєння, адаптація, терапія

Key words: IDPs, anxiety, anxiety, adaptation, therapy

Ситуація воєнного конфлікту та вимушеного переселення є надзвичайним стресом. Проблема внутрішньо переміщених осіб є однією з найгостріших для України. Різка зміна життєвого стереотипу, розрив звичних стосунків, втрата роботи, матеріальні та побутові проблеми спричиняють розвиток емоційно-психологічних симптомів та перенапруження адаптаційних систем людини. Все це призводить до формування психічних розладів.

Мета роботи — розроблення комплексної програми терапії тривожних розладів у вимушених переселенців на підставі досліджування клініко-психологічних та патопсихологічних закономірностей їх формування.

Для досягнення поставленої мети проведено комплексне обстеження 93 вимушених переселенців, хворих на тривожні розлади, обох статей, віком 20—55 років.

Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію відповідно до кліничних протоколів. З метою оцінення ефективності розробленої в процесі роботи комплексної програми лікування та реабілітації вимушених переселенців з тривожними розладами поділено на дві групи: терапевтичну групу — 55 хворих, які брали участь у терапевтичній програмі, розробленої за результатами власних досліджень, та групу порівняння — 38 хворих, які отримували стандартну регламентовану терапію в медичному закладі.

Проведене дворічне катamnестичне дослідження підтвердило ефективність розробленої персоналізованої системи терапії тривожних розладів у вимушених переселенців. У 67,2 ± 1,6 % обстежених терапевтичної групи та 27,9 ± 1,2 % групи порівняння встановлено стійку позитивну динаміку психічного стану, стабілізацію фону настрою та поліпшення ефективності соціальної адаптації до вимушених умов життя.

The situation of military conflict and forced resettlement is extremely stressful. The problem of internally displaced persons is one of the most acute for Ukraine. A sharp change in life patterns, the breakdown of habitual relationships, loss of work, material and domestic problems cause the development of emotional and psychological symptoms and overstrain of human adaptation systems. All this leads to the formation of mental disorders.

The aim of the study is to develop a comprehensive programme for the treatment of anxiety in internally displaced persons based on the study of clinical, psychological and pathological patterns of their formation.

To achieve this goal, we conducted a comprehensive examination of 93 IDPs with anxiety disorders, both sexes, aged 20—55 years.

All patients received regulated psychopharmacotherapy according to clinical protocols. In order to assess the effectiveness of the comprehensive treatment and rehabilitation program for IDPs with anxiety disorders developed in the course of the study, they were divided into two groups: a therapeutic group — 55 patients, who participated in the therapeutic program developed on the basis of their own research and a comparison group (38 patients), who received standard regulated therapy in a medical institution.

З початком повномасштабного військового вторгнення росії понад 7,7 мільйонів громадян України вимушено стали внутрішньо переміщеними особами. За повідомленням Міжнародної організації з міграції, частка осіб, що вважаються переселенцями, на сьогодні становить приблизно 17,5 % від загальної кількості населення України, тобто приблизно кожний шостий мешканець України став внутрішньо переміщеною особою [1—3].

Ситуація воєнного конфлікту та вимушеного переселення є надзвичайним стресом. Проблема внутрішньо переміщених осіб є однією з найгостріших для України. Різка зміна життєвого стереотипу,

розрив звичних стосунків, втрата роботи, матеріальні та побутові проблеми спричиняють розвиток емоційно-психологічних симптомів та перенапруження адаптаційних систем людини. Все це призводить до формування психічних розладів [4—6]

Особи, які були жертвами локальних збройних конфліктів, зазнали істотної психологічної травми. На жаль ця група осіб має специфічні клініко-психологічні характеристики щодо переживання різних кризових ситуацій. Вимушене переселення осіб зазвичай пов'язане зі зміною усієї системи соціально-психологічних відносин, все це зрештою спричиняє ризик формування психологічного стану максимальної дезінтеграції та дезадаптації [7—9].

Стрес-асоційовані розлади, які виникли внаслідок бойових дій, стають одним з провідних внутрішніх бар'єрів в період адаптації внутрішньо переміщених осіб до умов мирного життя, які зумовлені нашаруванням на зазначені причини нових стресів, що пов'язані з наявною соціальною дезадаптацією на новому місці життя. Бойова психічна травма стає вагомою причиною стрес-асоційованих розладів майже у 80 % осіб, що постраждали через бойові дії. Серед стрес-асоційованих розладів вагоме місце посідають тривожні розлади у вимушено переселених осіб [10—12].

Мета роботи — розроблення комплексної програми терапії тривожних розладів у вимушених переселенців на підставі досліджування клініко-психологічних та патопсихологічних закономірностей їх формування.

Для досягнення поставленої мети проведено комплексне обстеження 93 вимушених переселенців, хворих на тривожні розлади, обох статей, віком 20—55 років.

Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію відповідно до класичних протоколів. З метою оцінення ефективності розробленої в процесі роботи комплексної програми лікування та реабілітації вимушених переселенців з тривожними розладами поділено на дві групи: терапевтичну групу — 55 хворих, які брали участь у терапевтичній програмі, розробленої за результатами власних досліджень, та групу порівняння — 38 хворих, які отримували стандартну регламентовану терапію в медичному закладі.

У роботі використані клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний методи досліджування.

Як свідчать отримані під час роботи дані, найчастіше обстежені пацієнти висловлювали скарги на такі стани: пригніченість настрою ($83,3 \pm 1,8$ % обстежених), афект туги ($72,3 \pm 1,7$ %), невмотивоване занепокоєння, надмірну тривогу ($85,1 \pm 1,8$ %), внутрішню напругу із неможливістю розслабитися ($79,2 \pm 1,7$ %), почуття небезпеки, напруженості і скутості, занепокоєння через дрібниці ($72,1 \pm 1,7$ %), втрату контролю над ситуацією ($82,2 \pm 1,8$ %), безнадію ($45,8 \pm 1,4$ %), апатію ($44,2 \pm 1,4$ %), дратівливість і нетерплячість ($65,9 \pm 1,6$ %), відчуття втрати контролю над своїм життям ($83,4 \pm 1,8$ %), відсутність надії та перспектив ($67,9 \pm 1,6$ %), нав'язливі страхи ($44,6 \pm 1,4$ %), розлади сну ($42,3 \pm 1,4$ %), труднощі до адаптації у новому колі знайомих ($59,2 \pm 1,5$ %), повернення до психотравматичних спогадів, страхи та надмірна фіксація на наявній суб'єктивно значущій негативній інформації щодо подій на територіях, де вони раніше мешкали та залишилися їхні близькі та рідні ($76,5 \pm 1,7$ %).

У структурі скарг особливе місце посідали соматичні ознаки тривоги: серцево-судинні ($74,2 \pm 1,7$ % обстежених), дихальні ($69,5 \pm 1,6$ %), неврологічні ($73,2 \pm 1,7$ %), шлунково-кишкові ($78,9 \pm 1,7$ %), сечостатеві ($64,3 \pm 1,6$ %) та терморегуляторні ($65,9 \pm 1,6$ % обстежених).

У обстежених хворих відзначалися такі тривожні розлади (за МКХ-10): змішана тривожно-депресивна реакція (F43.22) — $28,2 \pm 1,2$ % обстежених, панічний розлад (F41.0) — $36,4 \pm 1,3$ % та генералізований тривожний розлад (F41.1) — $35,4 \pm 1,3$ % обстежених. Водночас в клінічній структурі тривожних розладів у вимушених переселенців разом з переважанням тривожної симптоматики спостерігається висока виразність депресивних проявів.

У структурі змішаної тривожно-депресивної реакції у вимушених переселенців спостерігались однаково чітко виражені тривожні ($86,8 \pm 1,8$ %) та депресивні синдроми ($85,9 \pm 1,8$ %) з переважанням невмотивованого занепокоєння ($82,2 \pm 1,8$ %), негативного емоційного забарвлення переживань ($69,8 \pm 1,6$ %) та невпевненістю у майбутньому ($73,4 \pm 1,7$ %), надмірною астенизацією ($56,6 \pm 1,5$ %).

У структурі панічного розладу у вимушених переселенців переважають напади важкої тривоги ($92,6 \pm 1,9$ %) з відчуттям надзвичайного страху з нав'язливими спогадами психотравматичних подій ($62,8 \pm 1,6$ %), відчуттям загрози для життя ($56,2 \pm 1,5$ %), вегетативні пароксизми ($89,8 \pm 1,8$ %), сенсibiliзація до зовнішніх чинників, особливо у час відходу до сну і під час процесу засинання ($41,1 \pm 1,4$ %), відчуття відсутності базової безпеки для себе та своєї родини.

У клінічній картині генералізованого тривожного розладу у вимушених переселенців переважали постійна всеосяжна, важко контрольована тривога ($96,2 \pm 1,9$ %), постійна напруженість ($89,1 \pm 1,8$ %), погані передчуття, пов'язані з минулим травматичним досвідом ($66,8 \pm 1,6$ %), порушення сну, особливо засинання, що викликане постійним «прокручуванням» в думках подій, що відбувалися за день чи відбуватимуться в майбутньому ($59,7 \pm 1,5$ %), метушливість, широкий спектр соматичних ознак тривоги ($89,3 \pm 1,8$ %).

Отримані в процесі аналізу дані дали змогу виокремити основні чинники ризику, що призводили до розвитку тривожних розладів у обстежених хворих: порушення життєвих цілей і планів — вимушене переселення ($89,2 \pm 1,8$ % обстежених); невизначеність майбутнього ($67,4 \pm 1,6$ %); конфлікти у родині ($25,6 \pm 1,2$ %); ситуації втрати ($44,3 \pm 1,4$ %); руйнування життєвих планів ($38,8 \pm 1,3$ %); ситуації тривалої психічної напруги ($55,6 \pm 1,5$ %); вплив бойового стресу ($67,4 \pm 1,6$ %); інформаційний стрес ($68,2 \pm 1,6$ %); серйозні фінансові труднощі, майновий крах ($33,2 \pm 1,3$ %); крах кар'єри ($37,8 \pm 1,3$ %); проблеми та конфлікти на роботі ($22,4 \pm 1,2$ %); конфлікти у сексуальних взаєминах ($19,8 \pm 1,1$ %); ситуації підвищеної відповідальності ($44,3 \pm 1,4$ %); ситуації загрози для життя, насильство ($36,7 \pm 1,3$ %) та несприятливі матеріально-побутові умови ($19,1 \pm 1,1$ %).

За даними психодіагностичного дослідження, за результатами вираженості психопатологічної симптоматики за методикою Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R) у обстежених хворих виявлені високі показники за шкалами: тривожності

(87,2 ± 1,8 % пацієнтів), обсессивно-компульсивних розладів (77,6 ± 1,7 %), фобічної тривоги (69,8 ± 1,6 %), міжособистісної сенситивності (66,4 ± 1,6 %), соматизації (55,4 ± 1,5 %).

Обстеженим хворим притаманні важкий депресивний (41,2 ± 1,4 %) та тривожний (52,2 ± 1,5 %) епізоди за клінічними шкалами тривоги (HAM-A) і депресії (HAM-D) Гамільтона, помірний депресивний епізод виявлено у 33,2 ± 1,3 % обстежених, помірний тривожний епізод — у 34,3 ± 1,3 %, легкий депресивний епізод — у 22,2 ± 1,2 %, легкий тривожний епізод — у 13,5 ± 1,1 %.

Як свідчить аналіз виразності тривожності за шкалою Спілбергера — Ханіна, у обстежених спостерігаються високі рівні тривожності: ситуативної — у 45,7 ± 1,4 % хворих, особистісної — в 53,9 ± 1,5 % та помірні рівні: ситуативної — в 35,3 ± 1,3 %, особистісної — 36,8 ± 1,3 %.

Вивчення нервово-психічної напруги за відповідною шкалою Т. А. Немчина показало наявність у більшості обстежених хворих — 69,7 ± 1,6 % її надмірного рівня, у 24,5 ± 1,2 % спостерігався помірний та у 5,8 ± 1,1 % — низький рівень нервово-психічної напруги.

У 58,9 ± 1,5 % обстежених — підвищений рівень соціальної фрустрованості, що зумовлена чинниками вимушеного переселення.

Базуючись на отриманих в процесі роботи даних, ми розробили багатофакторну модель формування тривожних розладів у вимушених переселенців.

Каталізатором виникнення тривожних розладів є сам факт вимушеного переселення, невизначеність майбутнього, ситуації втрати, наслідки бойового стресу, інформаційний стрес, ситуації підвищеної відповідальності.

Прогностично значущими у формуванні тривожних розладів є високі рівні тривоги, соматизації, депресії, обсессивно-компульсивних розладів, міжособистісної сенситивності, фобічної тривоги за шкалою SCL-90-R; важкий депресивний та тривожний епізоди за клінічними шкалами тривоги та депресії Гамільтона; високі рівні особистісної та ситуативної тривожності за шкалою Спілбергера — Ханіна та надмірний рівень нервово-психічної напруги.

«Фундаментом» для формування тривожних розладів у вимушених переселенців є низький рівень резильєнтності, який тягне за собою високий рівень соціальної фрустрованості у цієї когорти населення.

Базуючись на отриманих в процесі роботи даних про клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості тривожних розладів, ми розробили та апробували комплексну персоналізовану систему терапії тривожних розладів у вимушених переселенців з диференційованим використанням методів психофармакотерапії, психотерапії та психоосвіти.

Терапевтичний процес містив три етапи:

I. Активної терапії — 6 тижнів

II. Стабілізуючої терапії — 6 місяців

III. Підтримувальної (профілактичної терапії) — до одного року

Фармакотерапевтичний складник розробленої програми включав диференційоване, таргетне використання анксиолітиків (гідроксизин, фобомітол, темгіколурил, буспірон), транквілізаторів (гідазепам), селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну (сертралін, пароксетин, есциталопрам) та комбінованих інгібіторів зворотного захвату серотоніну та норадреналіну (венлафаксин, міртазапін).

Психотерапевтична програма базувалася на багатовимірній моделі подолання стресу та пошуку внутрішньої стабільності BASIC Ph (Мулі Лахад, 1999).

Психотерапевтична програма при змішаній тривожно-депресивній реакції тривала 3—7 тижнів та включала використання індивідуальної кризової психотерапії, психотерапії з використанням метафоричних карт, біосугестивної терапії О. Стражного.

При панічному розладі програма тривала 10—12 тижнів та включала використання когнітивно-поведінкової терапії, терапії прийняття та прихильності (Acceptance and Commitment Therapy), біосугестивної терапії О. Стражного, арттерапії.

При генералізованому тривожному розладі програма тривала 10—12 тижнів та включала використання когнітивно-поведінкової терапії, тілесно-орієнтованої психотерапії, біосугестивної терапії О. Стражного, арттерапії.

Важливим складником терапевтичної програми є психоосвіта, що спрямована на формування у внутрішньо переміщених осіб з тривожними розладами раціональної системи уявлень про наслідки пережитого вимушеного переселення та особливості перебігу адаптаційних реакцій за умов зміни життєвого стереотипу у людини; навчання навичкам оволодіння наслідками психічної травми внаслідок вимушеного переселення, оволодіння базовими техніками самопомоги під час виникнення тривожних пароксизмів, інтрузивних спогадів, навчання навичкам саморегуляції та самоуправління своїм емоційним та фізичним станом.

Психоосвітні тренінги проводили в сформованих, залежно від важкості психоемоційного стану, закритих групах з кількістю учасників 8—10 осіб, тривалість зустрічей становила 1,5 години, два рази на тиждень. Загальна тривалість психоосвітніх програм становила 12—15 тижнів.

У психоосвітній програмі обов'язково використовували інформаційний тренінг, тренінги «Відновлення», «Психологічний баланс», «Рух вперед» та тренінги самоконтролю власного емоційного стану та асертивності.

Використовуючи розроблену програму, ми виявили позитивну динаміку психічного стану, невпинну редукцію афективної (тривожної, тривожно-депресивної) симптоматики у хворих терапевтичної групи (86,9 ± 1,8 % обстежених), проти незначних позитивних змін психічного стану пацієнтів групи порівняння (37,8 ± 1,3 %). У хворих терапевтичної групи на тлі лікування практично нівелювалися соматичні прояви патологічної тривоги.

Отримані дані підтверджують і результати психодіагностичного дослідження — у хворих терапевтичної групи спостерігалась позитивна динаміка психопатологічного стану за шкалою SCL-90-R.

У 83,6 ± 1,8 % хворих терапевтичної групи відбулося достовірне зниження показників тривоги та у 73,2 ± 1,7 % — зниження показників тривоги за шкалою тривоги та депресії Гамільтона, проти 33,1 ± 1,3 % та 23,9 ± 1,2 % хворих групи порівняння.

Як свідчить аналіз виразності тривожності за шкалою Спілбергера — Ханіна, на тлі отримання лікування за запропонованою нами програмою в обстежених терапевтичної групи відбулося достовірне зниження показників як особистісної (74,3 ± 1,7 % хворих) так і ситуативної (76,3 ± 1,7 %) тривоги проти незначної динаміки цих показників у хворих групи порівняння.

Вивчення динаміки нервово-психічної напруги показало наявність у 72,4 ± 1,7 % обстежених терапевтичної групи низького рівня, у 16,4 ± 1,1 % — помірного рівня та лише у 11,2 ± 1,1 % — високого рівня нервово-психічної напруги, як порівняти з недостатньою динамікою цих показників у хворих групи порівняння (34,1 ± 1,3 %, 44,3 ± 1,4 % та 21,6 ± 1,2 % обстежених відповідно).

Оцінювання динаміки соціальної фрустрованості у обстежених хворих показало підвищення резильєнтності та зниження рівнів фрустрованості у хворих терапевтичної групи — у 33,4 ± 1,3 % обстежених хворих зникла фрустрованість, у 36,2 ± 1,3 % — знижений рівень проти 9,1 ± 1,1 % та 19,6 ± 1,1 % у хворих групи порівняння.

Отже, використання запропонованої нами комплексної терапії у лікуванні вимушених переселенців з тривожними розладами сприяє швидкої редукції психопатологічної симптоматики, зниженню рівнів тривоги, депресії та нервово-психічної напруги, надає позитивний вплив на сприйняття психологічного (емоційного) благополуччя, поліпшення наявних міжособистісних взаємин, що, в свою чергу, відбивається на загальному сприйнятті якості життя.

Проведене дворічне катamnестичне дослідження підтвердило ефективність розробленої персоналізованої системи терапії тривожних розладів у вимушених переселенців. У 67,2 ± 1,6 % обстежених терапевтичної групи та 27,9 ± 1,2 % групи порівняння встановлена стійка позитивна динаміка психічного стану (повна редукція патологічної тривоги, депресивних феноменів, розладів адаптації), стабілізація фону настрою та поліпшення ефективності соціальної адаптації до вимушених умов життя.

Список літератури

1. Діброва В. Особистісне майбутнє внутрішньо переміщених осіб: стратегії конструювання // Проблеми політичної психології. 2023. № 13 (27). С. 65—76. DOI: 10.33120/popp-Vol13-Year2023-130.

2. Комплексна та персоналізована система реабілітації внутрішньо переміщених осіб за наявності психосоціальної дезадаптації та психогенних психічних розладів / А. М. Скрип-

ніков, Л. О. Герасименко, Р. І. Ісаков [та ін.] // Український вісник психоневрології. 2022. Т. 30, № 3 (112). С. 88—89. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V30-is3-2022-82>.

3. Хаустова О. О. Понад рік війни та втрат: відродження з попелу горя для творення нового життя / О. О. Хаустова, І. В. Лещук // Український медичний часопис. 2023. № 1 (153), Т. 2 Спецвипуск I/II. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.153.239914.

4. Балабанова Л. М. Психологічні особливості рефлексії вимушених переселенців // Проблеми екстремальної та кризової психології. 2017. № 22. С. 51—58.

5. Венгер О. П. Психопатологічна симптоматика у емігрантів та реемігрантів / О. П. Венгер, Ю. І. Мисула // Здобутки клінічної та експериментальної медицини. 2023. № 1. С. 60—67. DOI: 10.11603/1811-2471.2023.v.i1.13406.

6. Герасименко Л. О. Комплексна та персоналізована система реабілітації внутрішньо переміщених осіб за наявності психосоціальної дезадаптації та невротичного розладу / Л. О. Герасименко, А. В. Гальченко // Вісник проблем біології і медицини. 2021. № 1 (159). С. 35—39. DOI: 10.29254/2077-4214-2021-1-159-35-38.

7. Лазур Я. В. Механізм забезпечення прав внутрішньо переміщених осіб: національний та міжнародний аспекти: монографія / Я. В. Лазур, С. Б. Булеца, О. І. Котляр. Ужгород, 2017. 348 с.

8. Марута Н. О. Комплексна програма психокорекції психічних порушень у внутрішньо переміщених осіб / Н. О. Марута, Г. Ю. Каленська, Т. В. Панько // Український вісник психоневрології. 2020. Т. 28, № 2 (103). С. 30—35. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is2-2020-6>.

9. Комплекс освітніх тренінгів з першої психологічної допомоги особам у кризових ситуаціях: навчальне видання / В. В. Огоренко, А. Є. Ніколенко, Т. Й. Шустерман, В. О. Кокашинський. Дніпро: Ліра, 2023. С. 258. URL: <http://repo.dma.dp.ua/id/eprint/8539>.

10. Панько Т. В. Особенности факторов психической травматизации и структуры клинических проявлений у внутренне перемещенных лиц / Т. В. Панько, Е. Е. Семикина, И. А. Явдак // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, № 3 (96). С. 50—55.

11. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: методичні рекомендації / Волошин П. В., Шестопалова Л. Ф., Підкоритов В. С. [та ін.]. Харків, 2009. С. 45—47.

12. Карамушка Л. Емпіричне дослідження особливостей психічного здоров'я вимушених «внутрішніх» переселенців в умовах війни / Л. Карамушка, Т. Карамушка // Організаційна психологія. Економічна психологія. 2022. № 2 (26). С. 48—59. DOI: 10.31108/2.2022.2.26.6.

References

1. Dibrova V. (2023). [Personal future of internally displaced persons: strategies of construction]. *Problemy politychnoi psykholohii [Problems of Political Psychology]*, 13(27), 65-76. <https://doi.org/10.33120/popp-Vol13-Year2023-130>. (In Ukrainian).

2. Skrypnikov A. M., Herasyenko L. O., Isakov R. I., Fysun Yu. O., Kydon P. V. (2022). [A comprehensive and personalized system of rehabilitation of internally displaced persons with psychosocial maladjustment and psychogenic mental disorders]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]*. 30: 3 (112), 88-89. (In Ukrainian).

3. Khaustova O. O., Leshchuk I. V. (2023). [Over a year of war and loss: rising from the ashes of grief to build a new life].

Ukrainskyi medychnyi chasopys [Ukrainian medical journal], 1 (153), 2 (I/II) DOI: 10.32471/umj.1680-3051.153.239914. (In Ukrainian).

4. Balabanova L. M. (2017). [Psychological features of the reflection of forced migrants]. *Problemy ekstremalnoi ta kryzovoi psykholohii [Problems of extreme and crisis psychology]*, 22, 51-58. (In Ukrainian).

5. Venher O. P., Mysula Yu. I. (2023). [Psychopathological symptoms in emigrants and re-emigrants]. *Zdobutky klinichnoi ta eksperymentalnoi medytsyny [Advances in Clinical and Experimental Medicine]*, 1, 60-67. (In Ukrainian).

6. Herasymenko L. O., Halchenko A. V. (2021). [Comprehensive and personalized system of rehabilitation of internally displaced persons in the presence of psychosocial maladjustment and neurotic disorder]. *Journal Bulletin of problems biology and medicine*, 1 (159), 35-39. (In Ukrainian).

7. Lazur Ya. V., Buletsa S. B., Kotliar O. I. (2017). *[The Mechanism for Ensuring the Rights of Internally Displaced Persons: National and International Aspects: Monograph]*. Uzhhorod, 348. (In Ukrainian).

8. Maruta N. O., Kalenska G. Yu., Panko T. V. (2020). [Integrative program of psychocorrection of mental disorders in internally displaced persons]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]*. 28: 2 (103), 30-35. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is2-2020-6>. (In Ukrainian).

9. Ohorenko V. V., Nikolenko A. Ye., Shusterman T. Y., Koshynskyi V. O. (2023). *[Kompleks osvitynih treninhiv z pershoi psykholohichnoi dopomohy osobam u kryzovykh sytuatsiakh]*. 258. <http://repo.dma.dp.ua/id/eprint/8539>. (In Ukrainian).

10. Panko T. V., Semikina O. Ye., Yavdak I. O. [Features of factors of mental trauma and the structure of clinical manifestations in internally displaced persons]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]*. 26; 3 (96), 50-55. (In Russian).

11. Voloshyn P. V., Shestopalova L. F., Pidkorytov V. S. [ta in.] (2009). *[Post-traumatic stress disorders: diagnosis, treatment,*

rehabilitation: methodological recommendations]. Kharkiv. 45-47. (In Ukrainian).

12. Karamushka L., Karamushka T. (2022). [Empirical study of mental health features of forced "internal" displaced people in war conditions]. *Orhanizatsiina psykholohiia. Ekonomichna psykholohiia [Organizational psychology. Economic psychology]*. 2(26), 48-59. DOI: 10.31108/2.2022.2.26.6. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 25.03.2024

Відомості про авторів:

КОЖИНА Ганна Михайлівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри*; e-mail: amkozhyuna888@gmail.com

ЗЕЛЕНСЬКА Катерина Олексіївна, кандидат медичних наук, доцент*; <https://orcid.org/0000-0002-9190-8211>; e-mail: zelenskaya135@gmail.com

ТОЛСТАЯ Тетяна Юріївна, аспірант кафедри*; <https://orcid.org/0000-0003-2810-5472>; e-mail: kraskovskaya2014@gmail.com

* — кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, м. Харків, Україна

Information about the authors:

KOZHYNNA Hanna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department**; e-mail: amkozhyuna888@gmail.com

ZELENSKA Kateryna, MD, PhD, Associate Professor of the Department**; <https://orcid.org/0000-0002-9190-8211>; e-mail: zelenskaya135@gmail.com

TOLSTAIYA Tetiana, Postgraduate Student of the Department**; <https://orcid.org/0000-0003-2810-5472>; e-mail: kraskovskaya2014@gmail.com

** — Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine