

*Г. М. Кожина, А. О. Немченко***ПСИХООСВІТНІ ІНТЕРВЕНЦІЇ В ПЕРСОНІФІКОВАНІЙ ТЕРАПІЇ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД БОЙОВИХ ДІЙ***Н. М. Kozhyna, A. O. Nemchenko***PSYCHOEDUCATIONAL INTERVENTIONS IN PERSONALIZED THERAPY OF DEPRESSIVE DISORDERS IN PERSONS AFFECTED BY COMBAT ACTIONS**

Ключові слова: депресивні розлади, психоосвітні інтервенції, персоніфікована психотерапія, внутрішньо переміщені особи, мешканці прифронтових місць; гендерні особливості

Key words: depressive disorders, psychoeducational interventions, personalized psychotherapy, internally displaced persons, residents of frontline areas, gender characteristics

У процесі роботи з метою розроблення та апробації психоосвітніх інтервенцій в персоніфікованій терапії депресивних розладів у осіб, які постраждали від бойових дій, проведено комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 148 хворих на депресивні розлади: I група включала 83 мешканці прифронтових територій, II група — 65 внутрішньо переміщених осіб. Розроблено та апробовано персоніфіковану систему терапії з використанням психофармакотерапії та гендерно-диференційованих психотерапевтичних та психоосвітніх інтервенцій, адаптованих до специфічних потреб осіб, постраждалих від бойових дій.

Встановлено, що персоніфіковані психоосвітні інтервенції демонструють високу ефективність у комплексній терапії депресивних розладів у постраждалих від бойових дій. Гендерно-диференційований підхід з урахуванням специфіки травматичного досвіду забезпечує у 1,6—2,2 раза вищу ефективність як порівняти зі стандартним лікуванням та сприяє істотному підвищенню якості життя пацієнтів.

In the course of this work, aimed at developing and testing psychoeducational interventions in personalized therapy of depressive disorders in persons affected by combat actions, a comprehensive clinical-psychopathological and psychodiagnostic examination of 148 patients with depressive disorders was conducted. Group I included 83 residents of frontline territories, Group II consisted of 65 internally displaced persons. A personalized therapy system was developed and tested using psychopharmacotherapy and personalized gender-differentiated psychotherapeutic and psychoeducational interventions adapted to the specific needs of persons affected by combat actions.

It was established that personalized psychoeducational interventions demonstrate high effectiveness in the comprehensive therapy of depressive disorders in combat-affected individuals. The gender-differentiated approach, taking into account the specificity of traumatic experience, provides 1.6—2.2 times higher effectiveness compared to standard treatment and contributes to significant improvement in patients' quality of life.

Повномасштабне вторгнення Російської Федерації в Україну 24 лютого 2022 року кардинально змінило структуру психічного здоров'я української нації. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, військові конфлікти призводять до збільшення поширеності депресивних розладів у 3—5 разів серед цивільного населення та в 10—15 разів серед безпосередніх учасників бойових дій. В українських реаліях ці показники можуть бути набагато вищими через масштаб та інтенсивність воєнних дій, що торкнулися практично всієї території країни [1—3].

Депресивні розлади в осіб, які постраждали від бойових дій, характеризуються особливою складністю та поліморфністю клінічної картини. На відміну від «мирної» депресії, депресія воєнного часу часто є коморбідною з посттравматичним стресовим розладом, тривожними станами, соматичними проявами та порушеннями адаптації. Ці особливості потребують переосмислення традиційних терапевтичних підходів та розроблення персоніфікованих стратегій лікування [4; 5].

Особливо вразливими категоріями є внутрішньо переміщені особи (ВПО) та мешканці прифронтових територій. Депресивні розлади серед ВПО мають особливі характеристики, пов'язані із «внутрішнім домом», соціальними зв'язками, звичним способом життя та професійною ідентичністю. Депресивні розлади мешканців прифронтових територій характеризуються поєднанням симптомів травматичного стресу з ознаками хронічної депресії, що формується після тривалого перебування в небезпечних умовах. Специфікою є циклічність симптоматики із загостреннями під час інтенсифікації бойових дій, наявність «емоційного заціпеніння» як захисного механізму, а також високий рівень соматизації. Мешканці прифронтових регіонів часто демонструють парадоксальну адаптацію до небезпеки, що може маскувати глибокі депресивні процеси та ускладнювати діагностику [6—8].

Психотерапія депресивних розладів є фундаментальним складником їх комплексного лікування, особливо значення вона набуває у терапії депресії воєнного часу. Важливість персоніфікованих підходів до психотерапії в роботі з особами, які постраждали

від бойових дій, не може бути переоцінена. Стандартизовані протоколи лікування, розроблені для загальної популяції, часто виявляються неефективними через унікальність травматичного досвіду кожної людини в умовах війни [9—10].

Персоніфіковані психоосвітні інтервенції, як невід'ємний складник комплексного лікування депресивних розладів, можуть стати головним інструментом не тільки в лікуванні депресій, але й у профілактиці їх хронізації, поліпшенні комплаєнсу до лікування та підвищенні якості життя постраждалих від бойових дій [11—13].

Метою дослідження було розроблення та апробація психоосвітніх програм в персоніфікованій терапії депресивних розладів в осіб, які постраждали від бойових дій.

У процесі роботи на принципах біоетики та деонтології проведено комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 148 пацієнтів (76 жінок та 72 чоловіка) з депресивними розладами. Учасники були поділені на дві досліджувані групи: I група включала 83 мешканці прифронтових територій (48 жінок — 57,8 % та 35 чоловіків — 42,2 %), II група — 65 внутрішньо переміщених осіб (36 жінок — 55,4 % та 29 чоловіків — 44,6 %).

У 52,3 % жінок та 47,7 % чоловіків I групи та у 52,7 % жінок та 47,2 % чоловіків II групи встановлений діагноз депресивний епізод помірного або важкого ступеня без психотичних симптомів; у 64,1 % жінок та 35,9 % чоловіків I групи та 58,6 % та 41,2 % відповідно II групи — рекурентний депресивний розлад помірного або важкого ступеня без психотичних симптомів.

Основну групу (ОГ) становили 81 пацієнт, які брали участь у розробленій персоніфікованій програмі терапії депресивних розладів. I підгрупа ОГ включала 44 особи (56,8 % жінок та 43,2 % чоловіків) — мешканців прифронтових територій, II підгрупа ОГ — 37 ВПО (54,1 % жінок та 45,9 % чоловіків).

Контрольну групу (КГ) становили 65 пацієнтів, які отримували стандартизовану терапію згідно з клінічними протоколами. I підгрупа КГ налічувала 39 мешканців прифронтових територій (54,1 % жінок та 45,9 % чоловіків), II підгрупа КГ — 28 ВПО (57,2 % жінок та 42,8 % чоловіків).

Як показали результати дослідження клініко-психопатологічної симптоматики, при депресивному епізоді у чоловіків найчастіше спостерігався тужливий варіант депресії (33,4 % обстежених), у жінок — тривожний варіант (34,5 % пацієнток); при рекурентному депресивному розладі у чоловіків провідним був сенесто-іпохондричний варіант (33,8 % обстежених), у жінок — апато-адинамічний варіант депресивної симптоматики (36,2 % жінок).

Як свідчать результати патопсихологічного дослідження, за шкалою депресії Монтгомері — Асберга (MADRS) у більшості обстежених діагностовано великий депресивний епізод: серед мешканців прифронтових територій — у 41,6 % чоловіків та 43,7 %

жінок, серед ВПО показники були дещо вищими — 44,7 % та 42,4 % відповідно.

За шкалами Гамільтона (HAM-D, HAM-A) у значній частині обстежених переважали важкі депресивні та тривожні епізоди: у I групі (мешканці прифронтових територій) — у 43,4 % чоловіків та 57,5 % жінок, у II групі (ВПО) частота була вищою — 59,5 % чоловіків та 56,9 % жінок відповідно.

За Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) клінічно виражену депресію зафіксовано серед мешканців прифронтових територій — у 55,5 % чоловіків та 54,5 % жінок, серед ВПО — у 56,5 % та 59,5 % відповідно.

За шкалою оцінки якості життя найнижчі показники виявили за шкалами: психологічне благополуччя (у 67,4 % чоловіків та 72,2 % жінок I групи, та у 72,3 % і 76,2 % II групи відповідно), міжособистісна взаємодія (у 56,7 % чоловіків та 54,3 % жінок серед мешканців прифронтових територій та у 66,2 % і 65,5 % серед ВПО) та загальне сприйняття якості життя (72,2 % чоловіків та 73,4 % жінок I групи та у 82,2 % і 84,1 % II групи відповідно).

На підґрунті результатів проведеного дослідження розроблено та клінічно апробовано персоніфіковану систему терапії депресивних розладів у осіб, постраждалих від бойових дій. Розроблена система ґрунтується на принципах індивідуалізованого підходу з урахуванням специфічних особливостей кожної групи та передбачає диференційоване застосування методів фармакотерапії, психотерапії та психоосвіти.

Психотерапевтична програма для хворих з депресивним епізодом включала диференційоване використання у обстежених I групи: когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) з акцентом на опрацювання травматичних спогадів; поведінкової активації з акцентом на умови воєнного стану; кризової терапії з орієнтацією на стабілізацію в умовах постійного стресу; когнітивно-поведінкової терапії усвідомленості, включно з короткими медитативними техніками та дихальними вправами.

У обстежених II групи використовували когнітивно-поведінкову терапію з фокусом на адаптацію до нових умов життя та відновлення почуття безпеки; терапію прийняття та прихильності, спрямовану на розвиток психологічної гнучкості в умовах невідзначеності; інтегративну терапію з елементами арттерапії та тілесно-орієнтованих практик для відновлення зв'язку з власною ідентичністю та ресурсами.

Психотерапевтична програма для хворих з рекурентним депресивним розладом включала використання у обстежених I групи: когнітивно-поведінкової терапії, спрямованої на розвиток когнітивних навичок для запобігання депресивним рецидивам в умовах хронічного стресу; особистісно-орієнтованої психотерапії з фокусом на відновлення самооцінності; арттерапію для опрацювання довготривалого травматичного досвіду через творче самовираження, зменшення «емоційного оніміння»; КПТ руміна-

цій, спрямовану на переривання циклів негативного мислення, посиленіх хронічним стресом війни, з використанням техніки конкретного мислення та проблемно-орієнтованого копію; арттерапію з фокусом на емоційну експресію та переробку травматичного досвіду.

II групи — використання: когнітивно-поведінкової терапії з акцентом на адаптацію до нових життєвих умов та профілактику розвитку рецидивів; терапії прийняття та прихильності, спрямованої на формування психологічної гнучкості в умовах вимушеного переміщення, прийняття болісних переживань втрати та орієнтації на особистісні цінності в нових умовах; особисто-орієнтованої психотерапії з фокусом на реконструкцію ідентичності після вимушеного переміщення та формування нових життєвих перспектив; КПТ румінацій з додатковим компонентом опрацювання втрати дому та прийняття статусу ВПО, корекцію негативних прогнозів щодо майбутнього; тілесно-орієнтованої терапії з техніками заземлення та стабілізації для відновлення почуття безпеки та контролю над власним тілом.

У процесі досліджування за допомогою спеціально розробленого дослідника проведено аналіз інформаційного дефіциту щодо депресивних розладів серед постраждалих від бойових дій та членів їхньої родини. Результати показали, що в умовах воєнного конфлікту інформаційні потреби мають специфічний характер та відрізняються від таких у осіб з депресією в мирний час. Найважливішою для усіх обстежених була достовірна інформація про механізми виникнення депресії в умовах війни та відмінності між нормальними реакціями на стрес і патологічним станом; розпізнавання ознак загострення депресивної симптоматики, особливо в контексті повторних травматизацій та хронічного стресу; підтримку ментального здоров'я, профілактику рецидивів та загострення стану в умовах постійної загрози (обстежені I групи) або вимушеного переселення (II група); антидепресанти, механізми їх дії, ймовірні побічні ефекти.

Виявлені інформаційні потреби стали основою для розроблення персоналізованих психоосвітніх програм, адаптованих до специфіки кожної категорії постраждалих від бойових дій.

Психоосвітні заняття для осіб, постраждалих від бойових дій, проводили у форматі закритих груп чисельністю 10—15 учасників, тривалістю 1,5 години з частотою проведення 2 рази на тиждень. Загальна тривалість програми становила 12—15 тижнів, що забезпечувало поглиблену роботу з травматичним досвідом та формування стійких навичок самодопомоги.

Психоосвітня програма мала модульну структуру з обов'язковим інформаційним тренінгом для всіх категорій учасників, що охоплював базові знання про депресивні розлади в контексті воєнної травми.

Окремі модулі проводили у форматі інтерактивних тренінгів із широким використанням: візуаль-

них засобів (адапованих до воєнних реалій інфографіки, презентацій, фото та відеоматеріалів, що ілюструють специфіку депресії воєнного часу); друкованих матеріалів; домашніх завдань, зокрема і самостійну рефлексію над особистим травматичним досвідом, підготовку до обговорення актуальних проблем та відпрацювання отриманих навичок у повсякденному житті.

У хворих на депресивний епізод додатково використовували: у чоловіків — тренінг «Психологічний баланс», спрямований на розвиток навичок емоційної саморегуляції в умовах хронічного стресу та невизначеності та тренінг «Відновлення» — формування стратегій психологічного відновлення після травматичних подій; у жінок — тренінг «Опанування стресу», спрямований на розвиток специфічних навичок управління стресом з урахуванням гендерних особливостей переживання воєнної травми та тренінг «Рух вперед» — формування адаптивних стратегій планування майбутнього та відновлення життєвих перспектив.

У хворих на рекурентний депресивний розлад додатково використовували: у чоловіків — тренінг «Усвідомлення власних почуттів» — розвиток ознак емоційної грамотності та навичок розпізнавання ранніх рецидивів депресії та тренінг «Життєстійкості» — формування психологічної стійкості до повторних стресових впливів та профілактики рецидивів; у жінок — тренінг «Асертивності» — розвиток навичок впевненої поведінки та самоствердження в нових соціальних умовах та тренінг «Самоконтроль емоційного стану» — формування навички тривалого управління емоційними реакціями та попередження депресивних епізодів.

Як показала оцінка ефективності розробленої персоналізованої психотерапевтичної програми з використанням психоосвітніх інтервенцій, у хворих основної групи спостерігалася виражена позитивна клінічна динаміка із достовірною редукцією депресивної симптоматики, проти помірного поліпшення психічного стану у хворих групи контролю.

У хворих основної групи зафіксовано достовірне зниження показників тривоги та депресії за всіма використаними психодіагностичними шкалами. За HAM-D, HAM-A в I підгрупі ОГ клінічно значуще поліпшення спостерігалось серед хворих на депресивний епізод у 66,1 % чоловіків та 67,9 % жінок, серед хворих на рекурентний депресивний розлад — у 64,2 % чоловіків та 65,1 % жінок відповідно. У II підгрупі ОГ при депресивному епізоді поліпшення зафіксовано у 73,3 % чоловіків та 73,5 % жінок, при рекурентному депресивному розладі — у 71,0 % чоловіків та 72,1 % жінок відповідно. Як порівняти з контрольною групою, у I підгрупі КГ поліпшення при депресивному епізоді спостерігалось лише у 41,3 % чоловіків та 42,0 % жінок, при рекурентному депресивному розладі — у 44,1 % чоловіків та 41,2 % жінок відповідно. У II підгрупі КГ при депресивному епізоді позитивну

динаміку зафіксовано у 38,3 % чоловіків та 38,2 % жінок, при рекурентному депресивному розладі — у 40,3 % чоловіків та 38,0 % жінок відповідно.

За HADS у I підгрупі ОГ ефективність серед хворих на депресивний епізод становила 68,2 % у чоловіків та 72,4 % у жінок, при рекурентному депресивному розладі — 67,8 % та 69,3 % відповідно. У II підгрупі ОГ при депресивному епізоді позитивна динаміка спостерігалася у 75,2 % чоловіків та 78,8 % жінок, при рекурентному депресивному розладі — у 74,4 % чоловіків та 76,1 % жінок відповідно. У I підгрупі КГ ефективність при депресивному епізоді становила 43,5 % у чоловіків та 41,2 % у жінок, при рекурентному депресивному розладі — 39,7 % та 38,1 % відповідно. У II підгрупі КГ при депресивному епізоді позитивні зміни спостерігалися у 38,7 % чоловіків та 38,4 % жінок, при рекурентному депресивному розладі — у 36,1 % чоловіків та 34,9 % жінок відповідно.

За MADRS в I підгрупі ОГ клінічне поліпшення серед хворих на депресивний епізод зафіксовано у 68,2 % чоловіків та 72,4 % жінок, при рекурентному депресивному розладі — у 67,8 % чоловіків та 69,3 % жінок відповідно. У II підгрупі ОГ при депресивному епізоді ефективність становила 75,1 % у чоловіків та 77,2 % у жінок, при рекурентному депресивному розладі — 69,1 % та 73,0 % відповідно. Для порівняння — у I підгрупі КГ клінічне поліпшення при депресивному епізоді зафіксовано у 40,8 % чоловіків та 39,1 % жінок, при рекурентному депресивному розладі — у 42,3 % чоловіків та 40,5 % жінок відповідно. У II підгрупі КГ при депресивному епізоді ефективність становила 37,8 % у чоловіків та 36,1 % у жінок, при рекурентному депресивному розладі — 38,7 % та 37,3 % відповідно.

Оцінка динаміки показників якості життя за відповідною шкалою показала достовірне підвищення показників за доменами психологічного благополуччя, соціального функціонування та загального сприйняття життя у хворих основної групи. При депресивному епізоді у I підгрупі ОГ поліпшення якості життя зафіксовано у 58,3 % чоловіків та 60,7 % жінок, у II підгрупі ОГ — у 62,7 % чоловіків та 65,2 % жінок відповідно. Серед випадків з рекурентним депресивним розладом у I підгрупі ОГ позитивна динаміка спостерігалася у 56,1 % чоловіків та 58,9 % жінок, у II підгрупі ОГ — у 61,4 % чоловіків та 63,8 % жінок відповідно. У хворих контрольної групи відзначено набагато менш виражене підвищення якості життя і при депресивному епізоді в I підгрупі КГ позитивні зміни зафіксовані лише у 33,2 % чоловіків та 34,1 % жінок, у II підгрупі КГ — у 29,1 % чоловіків та 30,3 % жінок відповідно. Серед хворих на рекурентний депресивний розлад у I підгрупі КГ підвищення якості життя спостерігалася у 30,8 % чоловіків та 32,3 % жінок, у II підгрупі КГ — у 28,4 % чоловіків та 29,9 % жінок відповідно.

Отримані результати свідчать про високу ефективність інтегративного підходу у терапії депресив-

них розладів в сучасних умовах з використанням психофармакотерапії та персоніфікованих гендерно-диференційованих психотерапевтичних та психоосвітніх інтервенцій, адаптованих до специфічних потреб осіб, постраждалих від бойових дій.

Отримані дані підкреслюють важливість урахування індивідуальних особливостей населення, специфіки їх травматичного досвіду та гендерних аспектів переживання депресії під час розроблення терапевтичних стратегій для постраждалих від бойових дій.

Список літератури

1. Чабан О. С. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Український медичний часопис. 2022. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.150.232297
2. Популяційна частота і фактори ризику депресивних розладів в населенні Східної України / О. М. Утєвська, М. Ю. Горпинченко, С. П. Колядко [та ін.] // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Біологія», вип. 35, 2020. С. 64—73. <https://doi.org/10.26565/2075-5457-2020-35-7>
3. Mental health in Ukraine in 2023 / Martsenkovskiy D., Shevlin M., Ben-Ezra M., [et al.] // Eur Psychiatry. 2024. Vol. 67(1):e27. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.12>
4. Depression, anxiety and post-traumatic stress during the 2022 Russo-Ukrainian war, a comparison between populations in Poland, Ukraine, and Taiwan / Chudzicka-Czupala A., Hapon N., Chiang S. K., [et al.] // Sci Rep. 2023. Vol. 13(1):3602. DOI:10.1038/s41598-023-28729-3
5. Gender differences in treatment response to sertraline versus imipramine in chronic depression / Kornstein S. G., Schatzberg AF., Thase ME., [et al.] // Am J Psychiatry. 2000. Vol. 157(9). P. 1445—1452. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.9.1445>
6. Соціально-демографічні показники та предиктори розладів психіки та поведінки у внутрішньо переміщених осіб / [Коваленко Н., Осуховська О., Хаустова О., Качалка А.] // Психосоматична медицина та загальна практика. 2021. Т. 6, № 1. doi:10.26766/pmgrp.v6i1.296
7. Salk R. H. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms / R. H. Salk, J. S. Hyde, L. Y. Abramson // Psychol Bull. 2017. Vol. 143(8). P. 783—822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>
8. Венгер О. П. Гендерні особливості емоційних розладів у внутрішньо переміщених осіб / О. П. Венгер, О. Р. Ясній, О. Є. Смашна // Медичні перспективи. 2023. Т. 28, № 3. С. 161—168. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2023.3.281756>
9. Кожина Г. М. Гендерний підхід до психотерапевтичної корекції у комплексному лікуванні депресивних розладів / Г. М. Кожина, М. М. Хаустов, Г. Г. Кольцова // Медицина сьогодні і завтра. 2021. Т. 90, № 2. С. 70—77. <https://doi.org/10.35339/msz.2021.90.2.kkk>
10. Зеленська К. О. Персоніфікована програма корекції постстресових розладів у різних категорій осіб, які пережили бойові дії (комбатантів та волонтерів) // Український вісник психоневрології. 2021. Т. 29, вип. 4 (109). С. 27—29. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is4-2021-4>

11. Effect of acceptance and commitment therapy for depressive disorders: a meta-analysis / Zhao B, Wang Q, Wang L, [et al.] // *Ann Gen Psychiatry*. 2023. Vol. 22(1):34. doi:10.1186/s12991-023-00462-1

12. Герасименко Л. О. Комплексна та персоніфікована 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.

13. Кожина Г. М. Ефективність психоосвітніх програм в наданні допомоги особам, що перенесли екстремальні події / Г. М. Кожина, Л. М. Гайчук, В. В. Шикова // *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23, вип. 2 (83). С. 109.

References

1. Chaban O.S., Khaustova O.O. Medical and psychological consequences of war distress in Ukraine: what do we expect and what should be considered when providing medical care? *Ukrainian Medical Journal*. 2022. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.150.232297. (In Ukrainian).

2. Utevska O.M., Gorpynchenko M.Yu., Kolyadko S.P., Maruta N.O., Linskiy I.V., Atramantova L.O. Population frequency and risk factors for depression in Eastern Ukraine. *The Journal of V.N.Karazin Kharkiv National University, Series "Biology"*, 2020, 35, 64-73. <https://doi.org/10.26565/2075-5457-2020-35-7>. (In Ukrainian).

3. Martsenkovskiy D, Shevlin M, Ben-Ezra M, et al. Mental health in Ukraine in 2023. *European Psychiatry*. 2024;67(1):e27. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.12>

4. Chudzicka-Czupala A, Hapon N, Chiang SK, et al. Depression, anxiety and post-traumatic stress during the 2022 Russo-Ukrainian war, a comparison between populations in Poland, Ukraine, and Taiwan. *Scientific Reports*. 2023;13:3602. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-28729-3>

5. Kornstein SG, Schatzberg AF, Thase ME, et al. Gender Differences in Treatment Response to Sertraline Versus Imipramine in Chronic Depression. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157(9):1445-1452. doi:10.1176/appi.ajp.157.9.1445

6. Kovalenko N., Osukhovska O., Khaustova O., Kachalka A. Socio-demographic indicators and predictors of mental and behavioral disorders in internally displaced persons. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2021;6(1). doi:10.26766/pmgs.v6i1.296. (In Ukrainian).

7. Salk R.H., Hyde J.S., Abramson L.Y. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*. 2017;143(8):783-822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>

8. Venher O.P., Yasnii O.R., Smashna O.Ye. Gender features of emotional disorders in internally displaced persons. *Medical*

Perspectives. 2023;28(3):161-168. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2023.3.281756>. (In Ukrainian).

9. Kozhyna H.M., Khaustov M.M., Koltsova H.H. Gender approach to psychotherapeutic correction in comprehensive treatment of depressive disorders. *Medicine Today and Tomorrow*. 2021;90(1):70-77. <https://doi.org/10.35339/msz.2021.90.2.kkk>. (In Ukrainian).

10. Zelenska K.O. Personalized program for correction of post-stress disorders in different categories of persons who experienced combat actions (combatants and volunteers). *Ukrainian Journal of Psychoneurology*. 2021;29(4):27-29. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is4-2021-4>. (In Ukrainian).

11. Zhano B, Wang Q, Wang L, et al. Effect of acceptance and commitment therapy for depressive disorders: a meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*. 2023;22(1):34. Published 2023 Sep 7. doi:10.1186/s12991-023-00462-1

12. Herasymenko L.O., Halchenko A.V. Comprehensive and personalized rehabilitation system for internally displaced persons with psychosocial maladaptation and neurotic disorder. *Bulletin of Problems in Biology and Medicine*. 2021;1(159):35-39. (In Ukrainian).

13. Kozhyna H.M., Haichuk L.M., Shykova V.V. Effectiveness of psychoeducational programs in providing assistance to persons who have experienced extreme events. *Ukrainian Journal of Psychoneurology*. 2015;23(2):109. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 3.06.2025

Відомості про авторів:

КОЖИНА Ганна Михайлівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри*; <https://orcid.org/0000-0002-2000-707X>; e-mail: amkozhyyna888@gmail.com

НЕМЧЕНКО Анна Олегівна, аспірант кафедри*; <https://orcid.org/0009-0002-1709-9548>

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

Information about the authors:

KOZHYNA Hanna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department*; <https://orcid.org/0000-0002-2000-707X>; e-mail: amkozhyyna888@gmail.com

NEMCHENKO Anna, Postgraduate Student of the Department*; <https://orcid.org/0009-0002-1709-9548>

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