

**Психіатрія, наркологія та медична психологія**

УДК: 616.891-036-071.1-085:355.48(477)

**ПЕРСОНІФІКОВАНА СИСТЕМА  
ТЕРАПІЇ СТРЕС-АСОЦІЙОВАНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ,  
ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД БОЙОВИХ ДІЙ****Зеленська К.О.***Харківський національний медичний університет, Харків, Україна*

За розрахунками Міністерства охорони здоров'я нашої країни, у зв'язку з війною у 15 млн громадян України можуть згодом з'явитися розлади психіки. Від 3 до 4 млн осіб будуть потребувати психофармакологічного лікування. У свою чергу розлади психіки можуть спричинити появу хімічних залежностей, загострення хронічних серцево-судинних захворювань та прискорити розвиток онкологічних. Дослідження було проведене для розробки персоналізованої системи терапії стрес-асоційованих розладів у осіб, які постраждали від бойових дій. Було обстежено 299 чоловіків і жінок середнього віку ( $30,6 \pm 4,7$ ) років, хворих на непсихотичні психічні розлади, з використанням анамнестичного, клініко-психопатологічного та психодіагностичного методів. За результатами психодіагностичного дослідження з використанням шкал Гамільтона та госпітальної у обстежених хворих спостерігалось зниження показників тривоги та депресії; зниження показників інтенсивності клінічних проявів за Міссісіпською шкалою пост-травматичного стресового розладу та зниження показників за шкалами «вторгнення» та «уникнення» за шкалою оцінки впливу травматичної події; відновлення соціальної активності та покращення якості життя пацієнтів на стрес-асоційовані розлади.

**Ключові слова:** тривога, депресія, ПТСР, психотерапія, психоосвіта, фармакотерапія.



**Цитуйте українською:** Зеленська КО. Персоналізована система терапії стрес-асоційованих розладів у осіб, які постраждали від бойових дій. Медицина сьогодні і завтра. 2023;92(2):54-61. <https://doi.org/10.35339/msz.2023.92.2.zel>

**Cite in English:** Zelenska KO. Personalized system of therapy of stress-related disorders in persons affected by combat actions. Medicine Today and Tomorrow. 2023;92(2):54-61. <https://doi.org/10.35339/msz.2023.92.2.zel> [in Ukrainian].

**Вступ**

В умовах повномасштабної російської воєнної агресії у населення України одночасне спостерігається індивідуальна і колективна травматизація. Все це призводить до негативного впливу на громадського та індивідуальне здоров'я.

Постійні повітряні тривоги, втрата відчуття контролю над власним життям призводять до виснаження адаптаційного ресурсу особистості. Люди, які змогли пережити перші місяці повномасштабного вторгнення рф без значних змін, відчувають ментальне виснаження

та соматичні наслідки [1–3]. Повномасштабне вторгнення є поліфакторних стресових станів, крайніми формами яких є стрес-асоційовані розлади. Вже станом на серпень 2022 року, за даними МОЗ України, понад 15 мільйонів українців потребували психіатричної чи психологічної допомоги. На жаль, цей показник закономірно зростає протягом воєнного стану. Аналогічні наслідки для психічного здоров'я фіксували після стихійних лих. Наприклад, після цунамі на Суматрі. Постраждалим у тому регіоні завжди надають допомогу, тому що подібні природні катаклізми відбуваються в цьому регіоні з певною періодичністю. Для всієї України подібна ситуація нова, але є досвід регіонів, де з 2014 року проходили військові операції. Відомо, що розлади психіки можуть викликати загострення хронічних захворювань (онкологічних хвороби, серцево-судинних), збільшувати рівень зловживання психоактивними речовинами [4–6].

Перенесена бойова психічна травма є безпосередньою причиною розвитку постстресових розладів у 80 % осіб, у яких у віддаленому періоді їх життя може спостерігатися залежність від алкоголю, саморуйнівна поведінка, тривожні розлади, депресія та ін. [7; 8].

Вивчення специфіки клінічного перебігу, терапії стрес-асоційованих розладів та реабілітації осіб постраждалих внаслідок повномасштабного вторгнення, безумовно є одним з найважливіх соціальних та медичних питань сьогодні [9–11]. В наш час на жаль не існує комплексної персоніфікованої програми стрес-асоційованих розладів у осіб, які постраждали від бойових дій.

**Метою** дослідження було розроблення персоніфікованої системи терапії стрес-асоційованих розладів у осіб, які постраждали від бойових дій.

### Матеріал і методи

У дослідження прийняли участь 299 хворих на несприятливі психічні розлади чоловіків і жінок середнього віку ( $30,6 \pm 4,7$ ) років, які проходили лікування в ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», КНП ХОР «Обласна клінічна психіатрична лікарня № 3» та Військово-медичному центрі Північного регіону. Всі обстежені підписали добровільну інформовану згоду на участь у науковому дослідженні.

Пацієнти були розділені на три групи: I групу склали 96 військовослужбовців збройних сил України, що приймали безпосередню участь у бойових діях (30 жінок і 66 чоловіків); II групу – 98 волонтерів, які підтримували військових у зоні бойових дій (54 жінки і 44 чоловіка); III групу – 105 вимушених переселенців (53 жінки і 52 чоловіка).

Для дослідження були використані анамнестичний, клініко-психопатологічний та психодіагностичний методи. Психодіагностичний метод включав використання шкали тривоги та депресії Гамільтона [12; 13], Госпітальної шкали тривоги та депресії. Ці шкали використовують з метою визначення та оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги в умовах загальномедичної практики. Їх переваги полягають у простоті застосування і обробки, що дозволяє рекомендувати її до використання для первинного виявлення тривоги та депресії. Також була використана Міссісіпська шкала посттравматичних стресових розладів (ПТСР) (клінічна тестова методика моніторингу ефективності лікування), шкали оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale – Revised, IES-R), що дозволяє оцінити суб'єктивний дистрес, викликаний травматичною подією. Цей інструмент не є діагностичним для посттравматичного

стресового розладу (ПТСР), але є відповідним інструментом для вимірювання суб'єктивної реакції на конкретну травматичну подію. Також був використаний опитувальник якості життя в модифікації Марути Н.А. (метод оцінки інтеграційного показника якості життя по 10 субшкалам).

В ході дослідження була розроблена комплексна персоніфікована система терапії стрес-асоційованих розладів у осіб, які постраждали від бойових дій. Система включала диференційоване використання методів психофармакотерапії, психотерапії та психоосвіти.

Фармакотерапевтична складова розробленої програми базувалась на Клінічних рекомендаціях Міжнародного товариства досліджень травматичного стресу (International Society for Traumatic Stress Research, ISTSS), Клінічних рекомендаціях щодо лікування дорослих із великим депресивним розладом (Clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder); рекомендаціях Канадської мережі корекції настрою та тривоги (Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, CANMAT): рекомендаціях з розпізнавання та лікування депресія у дорослих (Depression in adults: recognition and management Guidelines by NICE), уніфікованих клінічних протоколах первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги затверджених МОЗ України «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» та «Депресія» [14; 15].

Запропонована програма включала диференційоване, таргетне використання антидепресантів селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (Сертралін 50 мг 1 раз на добу 3–6 місяців, за необхідністю довше; Есциталопрам 20 мг 1 раз на добу 3–6 місяців; Пароксетин 20–50 мг 1 раз на добу

в залежності від діагнозу тривалість від 6 до 12 місяців і триваліше та дозування), селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (Венлафаксин 75–150 мг 1–2 рази на добу 6–12 місяців), мелатоніну (Агомелатин 25–50 мг на ніч й раз на добу 6 місяців), нейролептиків (Кветіапін 300–450 мг у 2 прийоми 6–12 місяців, за необхідністю довше), транквілізаторів (Гідазепам 0,02–0,05 г 1–2 рази на день коротким курсом до 3–4 тижнів), анксиолітиків (Буспірон 20–30 мг у 3 прийоми 2–3 місяці), протиепілептичні (Прегабалін 150–450 мг у 2–3 прийоми 6–12 місяців) та адаптогенів (Екстракт *Passiflora incarnata* 100 мг по 1–2 капсули 3 рази на добу перед їжею). При порушеннях сну Мелатонін – по 2–3 капсули 1 раз за 1 годину до сну). Використовували наступні препарати: Сертралін 50 мг 1 раз на добу 3–6 місяців, Есциталопрам 20 мг 1 раз на добу 3–6 місяців, Агомелатин 25 мг 1 раз на добу 6 місяців.

У терапії посттравматичного стресового розладу при домінуванні тривожного синдромокомплексу призначали Сертралін або Пароксетин, Гідазепам; депресивного синдромокомплексу – Венлафаксин, Гідазепам, Мебікар, агрипничного синдромокомплексу – Сертралін, Агомелатин, Кветіапін. Фармакотерапія пролонгованої депресивної реакції включала використання Сертраліну, Мебікару, екстракту *Passiflora incarnata*. При генералізованому тривожному розладі використовували Пароксетин або Есциталопрам, Кветіапін; при панічному розладі – Пароксетин, Прегабалін, Гідазепам.

Психотерапевтична програма базувалася на визначені домінуючих ресурсних каналів подолання стресу та пошуку внутрішньої стабільності за допомогою інтегративної моделі психологічного виживання людини після

сильного стресу *Basic Ph* або «Місток над прірвою» (Belief, Affect and emotions, Social, Imagination, Cognition, Physiological activity – Віра, Афекти та емоції, Соціальний, Уява, Пізнання, Фізіологічна активність) (Мулі Лахад, 1999). За рахунок зазначеної моделі спеціаліст допомагає пацієнту знайти потенціал виходу з кризи, який є у кожного. Для цього потрібно відкрити весь спектр особистісних можливостей людини. Ця модель є цінною для нас, оскільки ґрунтується на глибоких теоретичних та емпіричних розвідках, а також широко адаптована у психологічній практиці, охоплює весь спектр стилів, шляхів того, як людина може впоратися із стресом і/чи кризою.

Психотерапевтичні втручання були спрямовані на роботу з існуючими травматичними спогадами; роботу над емоціями, що пов'язані з травмою; реструктуризацію понять, пов'язаних з травмою; подолання поведінки уникнення, надпильності створення нової когнітивної та емоційної моделі життєдіяльності; емоційну переоцінку наявного травматичного досвіду; реструктуризацію понять, що пов'язані з травмою; відновлення почуття власної особистісної цінності.

Психотерапевтична підтримка хворих з ПТСР включала для усіх хворих травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію, Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapy, EMDR (терапію методом десенсибілізації й репроцесингу травматичної пам'яті за допомогою рухів очима) з використанням для пацієнтів I групи Програми самоуправління ПТСР для військового *Russell Consulting Group*; для пацієнтів II групи – індивідуальної кризової терапії; для хворих III групи – міжособистісної терапії.

При пролонгованій тривожно-депресивній реакції використовували для

усіх пацієнтів особистісно-орієнтовану психотерапію та арт-терапію; з додатковим використанням для хворих I групи терапії розв'язання проблем; II групи – техніки *mindfulness* та вправи «Безпечне місто»; III групи – біосугестивної терапії (Стражний О., 1996).

Психотерапевтичний комплекс при генералізованому тривожному розладі включав для усіх хворих *Acceptance and Commitment Therapy* (Терапію прийняття та прихильності) та дихальні вправи з додатковим використанням у хворих I групи прогресивної м'язової релаксації за Джекобсоном, II групи – вправи «Безпечне місто» та арт-терапії, III групи – біосугестивної терапії (Стражний О., 1996).

У хворих з панічним розладом використовували для усіх хворих когнітивно терапію на основі уважності та дихальні вправи; з додатковим використанням у хворих I групи – індивідуальної кризової терапії; II групи – прогресивної м'язової релаксації за Джекобсоном та арт-терапії; III групи – тілесно-орієнтованої психотерапії.

Важливою складовою розробленої терапевтичної програми є психоосвіта, яка була направлена на формування раціональної системи уявлень про наслідки пережитого бойового стресу та всі можливі особливості адаптаційних реакцій під час розвитку нового життєвого стереотипу обмовленого наслідками військових подій; розвиток розуміння і прийняття основних наслідків та можливих психопатологічних реакцій, які були викликані психічною травмою; навчання методам оволодіння базовим технікам самопомоги під час виникнення тривожних пароксизмів або інтрузивних спогадів, оволодіння знаннями про наслідки бойової психічної травми, допомога у навчанні способам саморегуляції та самоуправління своїм психологічним станом.

Психоосвітня програма включала обов'язкове використання інформаційного тренінгу, тренінгів «Відновлення», «Психологічний баланс», «Рух вперед», а також тренінгів самоконтролю власного психологічного стану і навичкам асертивності.

#### Результати та їх обговорення

Клінічна структура стрес-асоційованих розладів у обстежених пацієнтів була представлена наступними розладами: посттравматичним стресовим розладом ([35,1±1,3] % обстежених I групи, [31,8±1,3] % II групи; та [28,9±1,2] % III групи); пролонгованою тривожно-депресивною реакцією ([30,0±1,3] % та [25,9±1,2] % та [20,4±1,2] % обстежених відповідно); генералізованим тривожним розладом ([19,4±1,1] % обстежених I групи, [22,1±1,2] % II групи та [22,9±1,2] % III групи; та панічним розладом ([15,5±1,1] %; [20,2±1,2] %; та [27,8±1,2] % відповідно).

При цьому середнє значення ступеня виразності постстресових розладів за Місісіпською шкалою у обстежених пацієнтів перевищувало його нормативну величину та становило (96,8±±2,2) балів, а їх симптоми виявилися ранжованими наступним чином: запобігання ([53,3±1,5] %), вторгнення ([46,9±±1,4] %), гіперактивність ([42,6±1,4] %), почуття провини ([39,8±1,3] %).

На тлі проведеної терапевтичної програми показник за шкалою тривоги та депресії Гамільтона у 82,6 % хворих I групи відмічене зниження показників тривоги, 78,4 % – II групи та 85,1 % – III групи; у 70,1 % пацієнтів I групи спостерігали зниження показників депресії, 70,6 % – II групи, 74,6 % пацієнтів III групи відповідно. За результатами терапевтичної програми показник за Госпітальною шкалою тривоги та депресії був наступним у 80,6 % хворих I групи відмічене зниження показників тривоги, 77,4 % – II групи та 86,1 % –

III групи; у 71,0 % пацієнтів I групи спостерігали зниження показників депресії, 73,5 % – II групи, 73,5 % пацієнтів III групи відповідно.

Після проведення терапевтичної програми показник якості життя за опитувальником якості життя в модифікації Марути Н.А. підвищився за усіма шкалами. Так, було встановлено, що поліпшення сприйняття фізичного стану в збільшилася на 31,2 % обстежених; відчуття незалежності дій підвищилося до 61,3 %; задоволеність кращою працездатністю на 55,1 %; відчуття духовної реалізації – 68,2 %.

За шкалою оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale - Revised, IES-R) у всіх трьох групах (військові, волонтери, переселенці) показники за субшкалами «вторгнення», «уникнення», «збудження» спостерігалось зниження у показниках цих субшкал.

Як свідчать результати психодіагностичного дослідження, у обстежених хворих спостерігалось зниження показників тривоги та депресії за шкалою тривоги та депресії Гамільтона та показників тривоги та депресії за госпітальною шкалою; зниження показників інтенсивності клінічних проявів за Місісіпською шкалою посттравматичного стресового розладу та зниження показників за шкалами «вторгнення» та «уникнення» за шкалою оцінки впливу травматичної події; відновлення соціальної активності та покращення якості життя пацієнтів на стрес-асоційовані розлади.

У дослідницькій роботі Kukiwara H. та співавт. велика увага приділяється ситуації, що виникла в Японії через стихійні лиха (землетрус і цунамі) і подальшу радіаційну загрозу. На нашу думку, катастрофа такого масштабу за силою порівнянна з повномасштабним вторгненням. Так, у їх дослідженні зазначалося, що у суб'єктів цього регіону були виявлені прояви ПТСР та депресії

різного ступеня тяжкості, а в нашому випадку – ПТСР, розлади адаптації та тривожні розлади. Підходи до лікування зазначених станів схожі за медикаментозною схемою однак відрізняються за психотерапевтичною складовою [16; 17]. У нашому дослідженні брали участь військові, волонтери та переселенці. Оскільки більшість пацієнтів області звертаються за допомогою до державних установ, можна сказати, що отримані результати демонструють реальний стан проблеми. Не багато з тих, хто звернувся по допомогу з цією проблемою, погодилися взяти участь у нашому дослідженні.

### Література

1. Хаустова ОО. Тривожно-депресивні розлади в умовах дистресу війни в Україні. Медичний портал Health-ua.com. 2022;4:22-4. Доступно на: <https://health-ua.com/article/71710-trivozhnodedresivn-rozradi-vumovah-distresu-vjni-vukran>
2. Журавльова ЛП, Хильченко ЛГ. Психічні стани українців в умовах військового часу. Тези І-ї науково-практичної конференції молодих вчених «Психологічна безпека особистості в умовах сучасних суспільних викликів» (Україна, м. Житомир, Поліський національний університет, 16–17 лис 2022). С. 3-5.
3. Чабан ОС, Хаустова ОО. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? Український медичний часопис. 2022;4(150):11с. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.150.232297.
4. Тупчієнко Д, Сєдова Н. Вплив війни на психічне здоров'я людини // Здоров'я і суспільство в умовах війни. Збірник наукових статей (Україна, м. Кропивницький, 2022). С. 55-67.
5. Frankenberg E, Friedman J, Gillespie T, Ingwersen N, Pynoos R, Rifai IU, et al. Mental health in Sumatra after the tsunami. *Am J Public Health*. 2008;98(9):1671-7. DOI: 10.2105/AJPH.2007.120915. PMID: 18633091.
6. Kilpatrick DG, Resnick HS, Milanak ME, Miller MW. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-4 and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*. 2013;26(5):537-47. DOI: 10.1002/jts.21848. PMID: 24151000.
7. Кожина ГМ, Стеблюк ВВ, Зеленська КО, Проноза-Стеблюк КВ. Алгоритм медико-психологічного супроводу жінок-військовослужбовців, ветеранок АТО/ООС. Український вісник психоневрології. 2021;29(1(106)):29-31. DOI: 10.36927/2079-0325-V29-is1-2021-5.
8. Хаустова ОО, Лещук ІВ. Понад рік війни та втрат: відродження з попелу горя для творення нового життя. Український медичний часопис. 2023;2(1(153)):43-9. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.153.239914.

### Висновки

Апробація запропонованої персоналізованої системи терапії стрес-асоційованих розладів у осіб, які постраждали від бойових дій довела її ефективність. За використанням розробленої програми нами було відмічене позитивну динаміку психічного стану, а саме швидку редукцію тривожної та депресивної симптоматики, нормалізацію циклу сон-неспанья, відновлення соціальної активності та підвищення якості життя хворих.

**Конфлікт інтересів відсутній.**

9. Kukihara H, Yamawaki N, Uchiyama K, Arai S, Horikawa E. Trauma, depression, and resilience of earthquake/tsunami/nuclear disaster survivors of Hirono, Fukushima, Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2014;68(7):524-33. DOI: 10.1111/pcn.12159. PMID: 24444298.

10. Maruta N, Panko T, Fedchenko V, Semikina O Internally displaced persons and their mental health status. Poster. *European Psychiatry*. 2021;64(S1):S406. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2021.1088.

11. Огоренко В, Шустерман Т, Ліхолетов Є. Психосоматичний стан цивільних осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2022;7(2):e0702370. DOI: 10.26766/pmgr.v7i2.370.

12. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32:50-5. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x. PMID: 13638508.

13. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23(1):56-62. DOI: 10.1136/jnnp.23.1.56. PMID: 14399272.

14. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 121 від 23.02.2016. Київ: Державний експертний центр МОЗ України; 2016. 57 с. Доступно на: [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016\\_121\\_ukpmd\\_ptsr.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_121_ukpmd_ptsr.pdf)

15. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної «Депресія», затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 1003 від 25.12.2014. Київ: Державний експертний центр МОЗ України; 2014. 70 с. Доступно на: [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014\\_1003\\_ukpmd\\_depresiya.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014_1003_ukpmd_depresiya.pdf)

16. Kukihara H, Yamawaki N, Uchiyama K, Arai S, Horikawa E. Trauma, depression, and resilience of earthquake/tsunami/nuclear disaster survivors of Hirono, Fukushima, Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2014;68(7):524-33. DOI: 10.1111/pcn.12159. PMID: 24444298.

17. Matsumoto K, Sakuma A, Ueda I, Nagao A, Takahashi Y. Psychological trauma after the Great East Japan Earthquake. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2016;70(8):318-31. DOI: 10.1111/pcn.12403. PMID: 27192947.

*Zelenska K.O.*

#### **PERSONALIZED SYSTEM OF THERAPY OF STRESS-RELATED DISORDERS IN PERSONS AFFECTED BY COMBAT ACTIONS**

According to estimates by the Ministry of Health of our country, 15 million citizens of Ukraine may eventually develop mental disorders, and 3 to 4 million people will need psychopharmacological treatment as a result of the war. In turn, mental disorders can have an exacerbation and affect the course of chronic diseases of the population, such as cancer, cardiovascular diseases, and of course, no one excludes addictions or the development of bad habits. The aim of the study was to develop a personalized system for the treatment of stress-related disorders in people affected by military operations. The study involved 299 patients with non-psychotic mental disorders, both sexes, with an average age of (30.6±4.7) years. We also used the following research methods: anamnestic, clinical and psychopathological, and psychodiagnostic. According to the results of the psychodiagnostic study, the examined patients showed a decrease in anxiety and depression according to the Hamilton Anxiety and Depression Scale and anxiety and depression according to the hospital scale; reduction in the intensity of clinical

manifestations on the Mississippi Posttraumatic Stress Disorder Scale and a significant decrease in the intrusion and avoidance scores on the traumatic event impact assessment scale; restoration of social activity and improvement of the quality of life of patients with stress-related disorders. According to the scale for assessing the impact of an Impact of Event Scale - Revised in all three groups (military, volunteers, resettles), the indicators of the subscales "intrusion", "avoidance", "arousal" showed a decrease in the indicators of these subscales. Using the developed program, we noted positive dynamics of the mental state, namely a rapid reduction of anxiety and depressive symptoms, normalization of the sleep-wake cycle, restoration of social activity and improvement of the quality of life of patients.

**Keywords:** *anxiety, depression, PTSD, psychotherapy, psychoeducation, pharmacotherapy.*

*Надійшла до редакції 28.04.2023*

### **Відомості про автора**

*Зеленська Катерина Олексіївна* – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету.

Адреса: Україна, 61022, м. Харків, пр. Науки, 4, ХНМУ.

E-mail: [zelenskaya135@gmail.com](mailto:zelenskaya135@gmail.com)

ORCID: 0000-0002-9190-8211.