

АНОТАЦІЯ

Гальченко А.В. Психосоціальна дезадаптація у внутрішньо переміщених осіб (клініко-психопатологічні, патопсихологічні особливості та реабілітація). – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 – Медицина – Полтавський державний медичний університет МОЗ України, Полтава, 2021.

ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Мета дослідження - на основі клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей внутрішньо переміщених осіб розробити персоналізовану систему їх комплексної реабілітації з урахуванням психосоціальної дезадаптації.

Для досягнення поставленої мети поставлені наступні **завдання**:

1. Встановити відмінності, варіанти та тяжкість психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб.
2. Вивчити провідні фактори психотравми у внутрішньо переміщених осіб з урахуванням гендерних відмінностей та їх вплив на соціальне функціонування та якість життя.
3. Вивчити клініко-психопатологічні особливості внутрішньо переміщених осіб з урахуванням психосоціальної дезадаптації.
4. Дослідити патопсихологічні особливості формування психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб.
5. Розробити принципи та алгоритм проведення комплексної персоналізованої системи реабілітації психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб.
6. Обґрунтувати та оцінити ефективність персоналізованої системи комплексної терапії та реабілітації внутрішньо переміщених осіб з психосоціальною дезадаптацією та психогенними психічними розладами.

Об'єкт дослідження: психосоціальна дезадаптація у внутрішньо переміщених осіб з урахуванням психогенного психічного розладу.

Предмет дослідження: вплив психосоціальної дезадаптації на якість життя та соціальне функціонування внутрішньо переміщених осіб, їх комплексна система терапії та реабілітації.

Використано наступні методи дослідження: інформаційно-аналітичний, соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний та психодіагностичний з використанням наступних методик: «Шкала психосоціальної дезадаптації» за Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніковим (2016); методика визначення ступеня задоволеності власним функціонуванням у різних сферах І. Karler в адаптації Б. Д. Карвасарського (2016); методика оцінки інтеграційного показника якості життя J. Mezzich et al., (1999); опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R), адаптований Н. В. Тарабриною зі співавт., (2001); шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HARS) (Краснов В.Н. зі співавт., 2008); шкала Гамільтона для оцінки депресії (HRDS) (Юр'єва Л.Н., 2006); характерологічний опитувальник К.Леонгарда - С.Шмішека (1970); шкала загального клінічного враження (Clinical Global Impression Scale – CGI-S) (1976); шкала загального клінічного враження про покращення стану (Clinical Global Impression - Improvement scale, CGI-I) (1976).

Наукова новизна отриманих результатів.

Вперше обґрунтовано вплив психосоціальної дезадаптації на формування психогенних психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб.

Встановлено, що для внутрішньо переміщених осіб психогенні психічні розлади у поєднанні з психосоціальною дезадаптацією представлені переважно змішаним тривожно-депресивним розладом (F41.2) – у 29(33,7%), розладами адаптації (F43.2) – у 21(33,7%), соматизованим розладом (F 45.0) – у 18(20,9%), посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) (F43.1) – у 10 (11,6%), пролонгованою депресивною реакцією (F 43.24) – у 8 (9,3%) .

З'ясовані клініко-психопатологічні особливості пацієнтів, що є внутрішньо переміщеними особами та їх взаємозв'язок з психосоціальною дезадаптацією.

Вперше доведено взаємозв'язок між психогенним психічним розладом та варіантом і тяжкістю перебігу психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб.

Вперше вивчено провідні фактори психотравми у внутрішньо переміщених осіб з урахуванням гендерних відмінностей, виокремлено, як гострі, так і хронічні чинники. З'ясовано вплив психотравми на формування психосоціальної дезадаптації, якість життя та соціальне функціонування внутрішньо переміщених осіб.

Вперше вивчено патопсихологічні особливості внутрішньо переміщених осіб з урахуванням варіанту психосоціальної дезадаптації та психогенного психічного розладу.

Практичне значення отриманих результатів.

На основі отриманих результатів соціально-демографічного, клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного та психодіагностичного методів обстеження розроблено принципи та алгоритм надання допомоги внутрішньо переміщеним особам з психосоціальною дезадаптацією.

Розроблено комплексну персоніфіковану лікувально-реабілітаційну програму у внутрішньо переміщених осіб з психосоціальною дезадаптацією та невротичними розладами, з урахуванням гендерних особливостей, віку та особистісних особливостей. Обґрунтовано та доведено її високу ефективність з дезактуалізацією стану психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб.

Матеріали дисертаційної роботи впроваджено у лікувально-профілактичну роботу КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги ПОР» (м. Полтава) (акт впровадження від 27.01.2021р.); у реабілітаційну роботу Центра психосоціальної реабілітації КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги ПОР» (м.Полтава) (акт впровадження від 25.02.2021р.); КП «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. Мечнікова ДОР» (м. Дніпро) (акт впровадження від 02.04.2021р.); КНП «Черкаська обласна психіатрична лікарня ЧОР» (м.Черкаси) (акт впровадження від 14.04.2021р.);

КНП «Херсонський обласний заклад з надання психіатричної допомоги» ХОР (м.Херсон) (акт впровадження від 13.04.2021р.).

Отримані наукові дані впроваджено у педагогічний процес кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Української медичної стоматологічної академії (м.Полтава) (акт впровадження від 17.02.2021р.); кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького (м.Львів) (акт впровадження від 10.02.2021р.); кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету (м.Запоріжжя) (акт впровадження від 04.03.2021р.); кафедри психіатрії Харківської медичної академії післядипломної освіти (м.Харків) (акт впровадження від 12.02.2021р.).

З'ясовано, що вимушене переселення внутрішнього характеру виникає переважно за політичних умов та, саме, збройний конфлікт призводить до незворотних наслідків у житті людини, до руйнування соціальних зв'язків, порушень прав людини та сприяє виникненню стресових психічних розладів. Проведено аналіз факторів, що впливають на психічне здоров'я, якість життя та соціальне функціонування внутрішньо переміщених осіб. За останніми літературними джерелами, багаторічні наукові дослідження в даному напрямку, неодноразово доводять, що переміщення вимушеного характеру є фактором виникнення психічних порушень різноманітного характеру, а також свідчать про їх взаємозв'язок з порушеннями адаптації особистості. Недостатність власних адаптаційних ресурсів під впливом стресових факторів у вигляді вимушеного переселення із зони збройного конфлікту призводить до погіршення якості життя, впливає на стосунки з оточенням, як близьким, так і новим, порушує його психосоціальне функціонування, викликає різноманітні форми порушення адаптації.

У *другому розділі* представлено загальну характеристику обстежених внутрішньо переміщених осіб. Представлено характеристику пацієнтів, яких залучено до дослідження (188 внутрішньо переміщених осіб з Донецької, Луганської областей та Криму).

У відповідності до мети та завдань даного дослідження проведено розподіл всіх обстежених на групи та описано методи обстеження для кожної з груп.

До I групи належали пацієнти, яким на етапі відбору до дослідження було діагностовано психосоціальну дезадаптацію та встановлено діагноз у відповідності до критеріїв МКХ-10 з рубрики «Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади» (F40 - F48). Дану групу склали 86 внутрішньо переміщених осіб (ВПО), що становило 45,7% від загальної кількості обстежених (n = 188), з яких 55 (64, 0%) – жінки та 31 (36, 0 %) – чоловіки. До II групи віднесено 72-х внутрішньо переміщених осіб з діагностованою психосоціальною дезадаптацією, 38,3% від загальної кількості обстежених, серед яких жінки - 39 (54,2 %) та чоловіки – 33 (45,8 %). III групу склали 30 здорових осіб (контрольна група), 16,0 % обстежених, чоловіків було 10 (33,3 %), жінок – 20 (66,7 %).

Третій розділ присвячений дослідженню психосоціальної дезадаптації у ВПО за допомогою «Шкали психосоціальної дезадаптації», яка використовується для діагностики психосоціальної дезадаптації, визначення сфер порушення адаптації та встановлення ступеня тяжкості порушення дезадаптації. Шкала складається з чотирьох блоків, які відповідають основним напрямкам порушеного психосоціального функціонування: сімейний, виробничий (службовий), економічний, інформаційний. Дана методика надала нам змогу діагностувати ризик виникнення психосоціальної дезадаптації, визначати варіанти психосоціальної дезадаптації залежно від домінуючого ураження певних сфер діяльності, визначити тяжкість перебігу психосоціальної дезадаптації і рівень потреби пацієнтів у медико-соціальній допомозі, побудувати програму психотерапевтичних і реабілітаційних заходів з огляду на діагностовано структуру і тяжкість порушень адаптивних процесів ВПО.

За результатами даної шкали, встановлено, що у I групі ВПО переважав змішаний варіант психосоціальної дезадаптації, діагностований у 71 (82,6 %) ВПО. Виявлено переважання інформаційного варіанту дезадаптації у 70 (81,4%) та економічного варіанту дезадаптації – у 63 (73,3%) ВПО. Виробничий варіант

психосоціальної дезадаптації встановлено у 52 (60,5%) ВПО, а сімейний її варіант – у 48 (55,8%) ВПО. Для II групи ВПО змішаний варіант психосоціальної дезадаптації встановлено у 55 (76,4 %), порушення лише однієї сфери психосоціальної дезадаптації – у 17 (23,6 %) ВПО. Економічний варіант психосоціальної дезадаптації у даної групи визначався у 54 (75,0%), інформаційний варіант дезадаптації – у 41 (56,9%), сімейний варіант дезадаптації – у 46 (63,9%), виробничий варіант - у 33 (45,8%) ВПО.

Вивчено ступінь задоволеності власним функціонуванням у різних сферах ВПО за допомогою опитувальника I. Karler, в адаптації Б. Д. Карвасарського. Дана методика надала нам змогу встановити джерела труднощів у чотирьох сферах: у подружньому житті, у взаємовідносинах з родичами, у професійній та соціальній сферах. Виявлено кореляційний зв'язок ($p < 0,05$) високих балів ступеня незадоволеності власним функціонуванням у різних сферах з високим ступенем важкості психосоціальної дезадаптації у ВПО I та II груп. Отримані дані свідчать про основні джерела труднощів функціонування у внутрішньо переміщених осіб та їх вплив на формування психосоціальної дезадаптації.

Застосовано оцінку якості життя за шкалою Н.Mezzich (1999) у ВПО, за результатами якої встановлено кореляційний зв'язок між рівнем тяжкості психосоціальної дезадаптації та загальним інтегративним показником ($p < 0,05$). Встановлено, що тяжкі форми психосоціальної дезадаптації супроводжуються низьким інтегративним показником якості життя. Отримані результати свідчать про взаємну індукцію між успішністю психосоціальної адаптації індивідуума та його якістю життя.

Четвертий розділ присвячено аналізу гострих та хронічних чинників психотравми ВПО. Вивчаючи фактори впливу на формування психосоціальної дезадаптації та невротичних розладів у ВПО, виявлено комплексність гострих та хронічних чинників. Встановлено, що вимушене переміщення є гострим чинником психотравми для ($90,7 \pm 3,2$) ВПО I групи, ($84,7 \pm 4,4$) ВПО II групи, ($76,7 \pm 3,7$) ВПО III групи. При порівнянні показників гострих чинників обстежених ВПО встановлено відмінність ($p < 0,05$) по більшості показникам ВПО I і II групи, такі як загроза своєму життю – ($33,7 \pm 2,4\%$) ВПО I групи та ($20,8 \pm 2,5\%$) ВПО II групи;

загроза життю близьких людей – ($45,4 \pm 2,1\%$) ВПО та ($29,2 \pm 5,7\%$) ВПО; сцени травмуючих подій – ($34,9 \pm 4,4\%$) ВПО та ($23,6 \pm 8,1\%$) ВПО. Тоді як при порівнянні показників ВПО I групи з контрольною групою встановлено відмінність ($p < 0,01$) по абсолютній більшості показникам. Отримані дані свідчать, що інтенсивність перенесеної психотравми корелює ($p < 0,05$) з розвитком психосоціальної дезадаптації та виникненням невротичної патології: загроза своєму життю – ($33,7 \pm 2,4\%$) ВПО, загроза життю близьких людей – ($45,4 \pm 2,1\%$) ВПО, сцени пошкоджуючих подій – ($34,9 \pm 4,4\%$) ВПО.

Встановлено хронічні чинники психотравми, які сприяють розвитку психосоціальної дезадаптації та невротичної патології: в економічній сфері – поява проблем через недостатність доходів ($61,6 \pm 4,4\%$); в інформаційній сфері – фіксація на негативній інформації ($68,6 \pm 3,6\%$); в сімейній сфері – переживання за близьких людей ($52,3 \pm 5,1\%$), усамітнення від інших членів родини ($31,4 \pm 2,7$); у виробничій сфері – небажана зміна місця роботи ($41,9 \pm 3,8$).

П'ятий розділ. При вивченні клініко-психопатологічних особливостей психосоціальної дезадаптації внутрішньо переміщених осіб виявлено значну поширеність психічних неспсихотичних порушень. Так, із 188 обстежених 86 осіб мали нозологічно окреслену патологію, що належала до розділу МКХ-10 «Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади» (F40 – F48). Оцінка психопатологічної симптоматики ВПО відбувалася за використання опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R), адаптований Н. В. Тарабриною зі співавт., (2001). Клінічна структура невротичної патології у ВПО найбільш широко представлена змішаним тривожно-депресивним розладом (F41.2) – у 29 (33,7%), розладами адаптації (F43.2) – у 21 (24,4%), соматизованим розладом (F 45.0) – у 18 (20,9%), ПТСР (F43.1) – у 10 (11,6%), пролонгованою депресивною реакцією (F 43.24) – у 8 (9,3%) .

Синдромальна структура діагностованих невротичних розладів у даній групі ВПО мала наступний вигляд: тривожно-депресивний синдром виявлений у 38 (44,2 %) ВПО, агрипнічний – у 33 (38,4 %) ВПО, тривожний синдром – у 30 (34,9 %) ВПО, неврастенічний – у 28 (32,6 %) ВПО, іпохондричний – у 22 (25,6 %)

ВПО, астено-депресивний – у 18 (20,9 %) ВПО. Найбільш поширеним у I групі був тривожний синдром. Тривога проявлялася занепокоєнням з приводу внутрішнього переміщення, відчуттям власної безпорадності у даній ситуації та прагненням уникнути її.

У шостому розділі проведено вивчення типів акцентуацій характеру за допомогою опитувальника К. Леонгарда - С. Шмішека(1970), встановлено, що загальний відсотковий розподіл за окремими варіантами, незалежно від ступеню прояву, виглядав наступним чином у I групі ВПО: тривожний - 37 (43,0 %), дистимічний – 33 (38,4 %) ВПО, афективно-екзальтований – у 28 (32,6 %).

Для ВПО II групи показники були наступними: тривожний – у 26 (36,1 %), дистимічний – у 22 (30,6 %), «застрягаючий» – у 21 (29,2 %).

В контрольній групі серед ВПО переважали емотивний – у 8 (26,7%), демонстративний – у 5 (16,7%) та екзальтований – у 7 (23,3%) ВПО.

Спільною для представників I та II групи була вираженість характерологічних рис, притаманних тривожному типу акцентуації. Властива тривожним особистостям підвищена лякливність, нерішучість, схильність до «поганого передчуття», проявлялася як у ставленні до внутрішнього переміщення, так і у реакції на необхідність перебувати в новому оточенні, колі спілкування.

У сьомому розділі представлено характеристику комплексної персоніфікованої системи реабілітації психосоціальної дезадаптації у ВПО, обґрунтовано та доведено її високу ефективність.

На основі отриманих даних та вивчення сучасних літературних джерел ми сформулювали основні принципи та алгоритми надання допомоги ВПО з урахуванням психосоціальної дезадаптації.

Реабілітаційна робота з ВПО була комплексною, індивідуально диференційованою, враховувала етіопатогенетичні аспекти та базувалась на принципах етапності та послідовності.

Систему реабілітації ВПО розроблено як для I, так і для II групи обстежених. Початковий реабілітаційний етап (для I та II групи ВПО) ми присвячували питанням психоосвіти, формуванню терапевтичного альянсу між

лікарем та пацієнтом, сприяли встановленню психологічного контакту. На цьому етапі важливим було з'ясування predisпозиційних факторів розвитку психосоціальної дезадаптації та емоційних порушень ВПО: наявність психотравми, конфлікти, неможливість пристосуватися на новому місці проживання, призвичаїтися до нового оточення, побуту. Метою даного етапу є створення мотивації пацієнтів для психіатричної допомоги, сприяти обізнаності пацієнтів за допомогою проведення психоосвітніх занять, усунення чи зменшення ознак психосоціальної дезадаптації, клінічних проявів психічного розладу.

На другому етапі пріоритетними заходами в реабілітаційному процесі ВПО були психотерапевтичні інтервенції, які спрямовувалися на нівелювання проявів психосоціальної дезадаптації та наявного невротичного розладу. Застосовано як індивідуальні заняття з психотерапії, так і групові форми роботи з ВПО. Під час роботи на даному етапі, перевага надавалася наступним методам психотерапії: раціональній психотерапії за Р.Дюбуа, когнітивно-поведінковій психотерапії, особистісно-орієнтованій (реконструктивній) психотерапії (Б.Д. Карвасарський, 1994), гештальт-терапії. Вирішення стратегічного завдання психотерапевтичної роботи з ВПО полягало у встановленні причин психосоціальної дезадаптації та подолання їх впливу на соціальне функціонування, якість життя пацієнта. Метою другого етапу психотерапевтичної допомоги було формування у ВПО нових міжособистісних комунікативних установок, адаптація до нового середовища, відновлення адаптивних механізмів під впливом пережитої гострої чи хронічної психотравми. Даний етап передбачав досягнення позитивної динаміки емоційного стану ВПО, усвідомлення зв'язку факторів і проявів психосоціальної дезадаптації та невротичного розладу.

На другому етапі системи реабілітації для пацієнтів з психосоціальною дезадаптацією та невротичним розладом призначали фармакотерапію (індивідуально обґрунтоване застосування антидепресантів, переважно, групи селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну, транквілізаторів, ноотропів та атипичних нейролептиків).

Третій етап комплексної персоніфікованої системи реабілітації

психосоціальної дезадаптації у ВПО спрямовано на доопрацювання навичок психічної саморегуляції та реадaptaції в макро- та мікросередовищі. На даному етапі перевага надавалася груповим формам психотерапевтичної роботи з ВПО, завдяки яким пацієнти краще оцінювали власні реакції та життєві ситуації, виявляли індивідуально-непереносимі ситуації, закріплювали адекватну емоційну реакцію на травматичний досвід. Психотерапевтичні групи, що склалися з ВПО відчували підтримку один одного, мали змогу поглянути на ситуацію внутрішнього переміщення з іншого боку, відчували себе в якості потерпілого, а не винного в даній події.

Катамнестичне дослідження обстежених ВПО через рік після проведеної комплексної персоніфікованої системи реабілітації показала високу ефективність – 76 (88,3 %) для I групи та 65 (90,3 %) для II групи, що підтверджено відсутністю звернень за психіатричною та психотерапевтичною спеціалізованою допомогою.

Ключові слова: психосоціальна дезадаптація, внутрішньо переміщені особи, невротичний розлад.