

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ГАЛЬЧЕНКО АЛІНА ВАСИЛІВНА

УДК 616.85/89-008.454/48:616-02/-08] -054.5/73

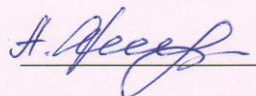
**ПСИХОСОЦІАЛЬНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ
У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ
(КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ, ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ
ОСОБЛИВОСТІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ)**

222 - Медицина

22 – Охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело



А.В. Гальченко

Науковий керівник:

Герасименко Лариса Олександрівна
доктор медичних наук, професор

Полтава – 2021

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	4
ANNOTATION	14
СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ	24
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	27
ВСТУП	28
РОЗДІЛ 1. ВИМУШЕНЕ ПЕРЕСЕЛЕННЯ, ЯК ФАКТОР ВИНИКНЕННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ТА ПСИХОГЕННИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ	35
1.1. Вимушене переселення – основні дефініції, дослідження медико-соціальних наслідків	35
1.2. Сучасні уявлення виникнення процесів адаптації та дезадаптації.....	40
1.3. Сучасний погляд на діагностику, розвиток та терапію посттравматичного стресового розладу.....	46
Висновки до розділу 1.	50
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	51
2.1. Загальна характеристика обстежених.	51
2.2. Методи дослідження внутрішньо переміщених осіб	60
Висновки до розділу 2.	69
РОЗДІЛ 3. ВІДМІННОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ	71
3.1. Вивчення психосоціальної дезадаптації у ВПО за результатами «Шкали психосоціальної дезадаптації» за Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніковим (2016)	71
3.2. Якість життя внутрішньо переміщених осіб за результатами «Шкали оцінки якості життя Н. Mezzich зі співавт. (1999)».....	80
3.3. Ступінь задоволеності власним функціонуванням у різних сферах життєдіяльності внутрішньо переміщених осіб за результатами опитувальника I. Karler	85
Висновки до розділу 3.	89
РОЗДІЛ 4. ФАКТОРИ ПСИХОТРАВМИ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ	92
4.1. Аналіз гострих факторів психотравми внутрішньо переміщених осіб	92

4.2. Аналіз хронічних факторів психотравм внутрішньо переміщених осіб	95
Висновки до розділу 4	101
РОЗДІЛ 5. КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ	103
5.1. Клініко-психопатологічні особливості ВПО	103
5.2. Результати дослідження психопатологічної симптоматики у внутрішньо переміщених осіб за за їпитувальником (Simptom Check List-90-Revised-SCL-90-R).....	113
5.3.Результати дослідження рівня тривожності у внутрішньо переміщених осіб за шкалою Гамільтона (HARS).....	115
5.4.Результати дослідження рівня депресії у внутрішньо переміщених осіб за шкалою Гамільтона (HDRS).....	121
Висновки до розділу 5.	124
РОЗДІЛ 6. ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ	128
Висновки до розділу 6.	139
РОЗДІЛ 7. КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ З УРАХУВАННЯМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ	142
7.1. Загальні принципи комплексної системи реабілітації внутрішньо переміщених осіб	142
7.2. Принципи системи реабілітації внутрішньо переміщених осіб І групи	147
7.3. Принципи системи реабілітації внутрішньо переміщених осіб ІІ групи	159
7.4 Результати апробації системи реабілітаційної внутрішньо переміщених осіб з психосоціальною дезадаптацією	165
Висновки до розділу 7.	166
ВИСНОВКИ:	168
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕДАЦІЇ	170
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	171
ДОДАТОК А	194
ДОДАТОК В	206

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 персоніфікованої 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 I. 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 напрямом порушеного психосоціального функціонування: сімейний, виробничий (службовий), економічний, інформаційний. Дана методика надала нам змогу діагностувати ризик виникнення психосоціальної дезадаптації, визначити 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 непсихотичних 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 лякливість, 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 персоналізованої 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 predisposиційних 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.

ANNOTATION

Halchenko A.V. Psychosocial maladjustment in internally displaced persons (clinical-psychopathological, pathopsychological features and rehabilitation). -

Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

The thesis is presented for the degree of the doctor of philosophy in a specialty 222 - Medicine. - Poltava State Medical University, Ministry of Public Health of Ukraine, Poltava, 2021.

MAIN RESULTS OF THE RESEARCH

The purpose of the study is to develop a personalized system of complex rehabilitation taking into account psychosocial maladjustment on the basis of clinical-psychopathological and pathopsychological features of internally displaced persons.

To achieve this goal the following tasks are set:

1. To establish differences, variants and severity of psychosocial maladjustment in internally displaced persons.

2. To study the leading factors of psychotrauma in internally displaced persons, taking into account gender differences and their impact on social functioning and quality of life.

3. To study the clinical and psychopathological features of internally displaced persons, taking into account psychosocial maladjustment.

4. Investigate the pathopsychological features of the formation of psychosocial maladjustment in internally displaced persons.

5. To develop principles and algorithm for conducting a comprehensive personalized system of rehabilitation of psychosocial maladjustment in internally displaced persons.

6. To substantiate and evaluate the effectiveness of a personalized system of complex therapy and rehabilitation of internally displaced persons with psychosocial maladjustment and psychogenic mental disorders.

Object of research: psychosocial maladjustment in internally displaced persons, taking into account psychogenic mental disorder.

Subject of research: the impact of psychosocial maladjustment on the quality of life and social functioning of internally displaced persons, their complex system of therapy and rehabilitation.

The following research methods were used: information-analytical, socio-demographic, clinical-anamnestic, clinical-psychopathological and psychodiagnostic using the following methods: "Scale of psychosocial maladaptation" by L.O. Герасименко, А.М. Skripnikov (2016); methods of determining the degree of satisfaction with their own functioning in various areas I. Karler in the adaptation of B.D. Karvasarsky (2016); methods of assessing the integration indicator of quality of life J. Mezzich et al., (1999); questionnaire on the severity of psychopathological symptoms (SCL-90-R), adapted by NV Tarabrina et al., (2001); Hamilton scale for anxiety assessment (HARS) (Krasnov VN et al., 2008); Hamilton Depression Rating Scale (HRDS) (Yurieva LN, 2006); characterological questionnaire of K. Leongard - S. Shmishek (1970); the Clinical Global Impression Scale (CGI-S) (1976); Clinical Global Impression - Improvement scale (CGI-I) (1976).

Scientific novelty of the obtained results.

For the first time, the influence of psychosocial maladaptation on the formation of psychogenic mental disorders in internally displaced persons has been substantiated.

It was found that for internally displaced persons psychogenic mental disorders in combination with psychosocial maladaptation are mainly mixed anxiety-depressive disorder (F41.2) - in 29 (33.7%), adaptation disorders (F43.2) - in 21 (33, 7%), somatized disorder (F 45.0) - in 18 (20.9%), post-traumatic stress disorder (PTSD) (F43.1) - in 10 (11.6%), prolonged depressive reaction (F 43.24) - in 8 (9.3%).

Clinical and psychopathological features of internally displaced patients and their relationship with psychosocial maladjustment have been elucidated.

For the first time, the relationship between psychogenic mental disorder and the variant and severity of psychosocial maladjustment in internally displaced persons has been demonstrated.

For the first time, the leading factors of psychotrauma in internally displaced persons were studied, taking into account gender differences, and both acute and

chronic factors were singled out. The influence of psychotrauma on the formation of psychosocial maladaptation, quality of life and social functioning of internally displaced persons has been clarified.

For the first time the pathopsychological features of internally displaced persons were studied, taking into account the variant of psychosocial maladjustment and psychogenic mental disorder.

The practical significance of the results.

Based on the results of socio-demographic, clinical-anamnestic, clinical-psychopathological and psychodiagnostic methods of examination, the principles and algorithm of providing assistance to internally displaced persons with psychosocial maladjustment have been developed.

A comprehensive personalized rehabilitation program for internally displaced persons with psychosocial maladjustment and neurotic disorders, taking into account gender, age and personality, has been developed. Its high efficiency and deactualization or reduction of the severity of psychosocial maladjustment in internally displaced persons are substantiated and proved.

Materials of the dissertation work are introduced in treatment-and-prophylactic work of the Municipal enterprise "Regional establishment on rendering of psychiatric help POR" (Poltava) (the act of introduction from 01/27/2021); in the work of the medical and psychological center of the Municipal enterprise "Regional institution for the provision of psychiatric care POR" (Poltava) (act of implementation from 29.01.2021); Municipal enterprise "Dnepropetrovsk Regional Clinical Hospital. Mechnikova DOR "(Dnipro) (implementation act dated April 2, 2021); the Municipal non-profit enterprise "Cherkasy Regional Psychiatric Hospital CHOR" (Cherkasy) (act of implementation from 14.04.2021); the Municipal non-profit enterprise "Kherson regional institution for the provision of psychiatric care" KHOR (Kherson) (act of implementation from 13.04.2021).

The obtained scientific data were introduced into the pedagogical process of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the Ukrainian Medical Dental Academy (Poltava) (implementation act dated February 17, 2021);

Department of Psychiatry, Psychology and Sexology, Lviv National Medical University. Danylo Halytsky (Lviv) (act of implementation dated February 10, 2021); Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology of Zaporizhia State Medical University (Zaporizhia) (act of implementation dated 04.03.2021); Department of Psychiatry, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv) (act of implementation dated 12.02.2021).

The first section of the dissertation is devoted to the analysis of modern literature on forced resettlement, psychosocial maladaptation under conditions of internal displacement, the formation of psychogenic stress disorders, in particular, PTSD. Involuntary internal displacement has been found to occur mainly under political conditions, and it is the armed conflict that leads to irreversible consequences in human life, the breakdown of social ties, human rights violations and the development of stressful mental disorders. An analysis of the factors influencing the mental health, quality of life and social functioning of internally displaced persons has been carried out. According to the latest literature, many years of scientific research in this area have repeatedly shown that the movement of forced nature is a factor in the development of mental disorders of various kinds, as well as evidence of their relationship with personality disorders. Lack of own adaptive resources under the influence of stressors in the form of forced relocation from the zone of armed conflict leads to deterioration of quality of life, affects relations with the environment, both close and new, disrupts its psychosocial functioning, causes various forms of maladaptation.

The second section presents a general description of the internally displaced persons surveyed. The characteristics of patients involved in the study (188 internally displaced persons from Donetsk, Luhansk regions and Crimea) are presented.

In accordance with the purpose and objectives of this study, all respondents were divided into groups and described the survey methods for each group.

Group I included patients who were diagnosed with psychosocial maladaptation and diagnosed in accordance with ICD-10 criteria under the heading "Neurotic stress-related and somatoform disorders" (F40 - F48). This group consisted of 86 internally

displaced persons (internally displaced persons), which accounted for 45.7% of the total number of respondents (n = 188), of which 55 (64.0%) were women and 31 (36.0%) were men. Group II included 72 internally displaced persons diagnosed with psychosocial maladaptation, 38.3% of the total number of respondents, including women - 39 (54.2%) and men - 33 (45.8%). The third group consisted of 30 healthy people (control group), 16.0% of respondents, men were 10 (33.3%), women - 20 (66.7%).

The third section is devoted to the study of psychosocial maladaptation in IDPs using the "Scale of psychosocial maladaptation", which is used to diagnose psychosocial maladaptation, identify areas of maladaptation and determine the severity of maladaptation. The scale consists of four blocks that correspond to the main directions of impaired psychosocial functioning: family, production (service), economic, information. This technique allowed us to diagnose the risk of psychosocial maladaptation, to identify options for psychosocial maladaptation depending on the dominant lesion of certain areas of activity, to determine the severity of psychosocial maladaptation and the level of patients' need for medical and social care, to build a psychiatric severity of violations of internally displaced persons adaptive processes.

According to the results of this scale, it was found that in the first group of internally displaced persons a mixed variant of psychosocial maladaptation prevailed, diagnosed in 71 (82.6%) persons. The predominance of the information variant of maladaptation in 70 (81.4%) and economic variant of maladaptation in 63 (73.3%) internally displaced persons was revealed. The production variant of psychosocial maladaptation was found in 52 (60.5 persons, and its family variant in 48 (55.8%) persons. For the second group of internally displaced persons, a mixed variant of psychosocial maladaptation was found in 55 (76.4%), violation of only one area of psychosocial maladaptation - in 17 (23.6%) internally displaced persons. The economic variant of psychosocial maladaptation in this group was determined in 54 (75.0%), the information variant of maladaptation - in 41 (56.9%), the family variant of maladaptation - in 46 (63.9%), the production variant - in 33 (45.8%) internally displaced persons.

The degree of satisfaction with one's own functioning in various spheres of IDPs was studied with the help of the I. Karler questionnaire, adapted by B.D. Karvasarsky. This technique allowed us to identify the sources of difficulties in four areas: in married life, in relationships with relatives, in the professional and social spheres. A correlation ($p < 0.05$) of high scores of the degree of dissatisfaction with one's own functioning in various spheres with a high degree of severity of psychosocial maladjustment in internally displaced persons of groups I and II was revealed. The obtained data indicate the main sources of difficulties in functioning in internally displaced persons and their impact on the formation of psychosocial maladaptation.

The assessment of quality of life according to the N. Mezzich scale (1999) in IDPs was used, as a result of which a correlation was established between the severity of psychosocial maladaptation and the general integrative indicator ($p < 0.05$). It is established that severe forms of psychosocial maladjustment are accompanied by a low integrative quality of life. The results obtained indicate a mutual induction between the success of psychosocial adaptation of the individual and his quality of life.

The fourth section is devoted to the analysis of acute and chronic factors of IDP psychotrauma. Studying the factors influencing the formation of psychosocial maladjustment and neurotic disorders in internally displaced persons, revealed the complexity of acute and chronic factors. It was established that forced displacement is an acute factor of psychotrauma for (90.7 ± 3.2) persons of group I, (84.7 ± 4.4) persons of group II, (76.7 ± 3.7) persons of group III. When comparing the indicators of acute factors of the surveyed persons, a difference ($p < 0.05$) was found in most indicators of internally displaced persons of the I and II groups, such as the threat to their lives - ($33.7 \pm 2.4\%$) of persons of the I group and (2.5%) persons of group II; threat to the lives of close people - ($45.4 \pm 2.1\%$) persons and ($29.2 \pm 5.7\%$) persons; scenes of traumatic events - ($34.9 \pm 4.4\%$) persons and ($23.6 \pm 8.1\%$) persons. Whereas when comparing the indicators of internally displaced persons of group I with the control group, a difference ($p < 0.01$) was found in the absolute majority of indicators. The data obtained show that the intensity of psychotrauma correlates ($p < 0.05$) with the development of psychosocial maladjustment and the emergence of neurotic pathology: threat to his life -

($33.7 \pm 2.4\%$) persons, threat to the lives of loved ones - ($45.4 \pm 2.1\%$) persons, scenes of damaging events - ($34.9 \pm 4.4\%$) internally displaced persons.

Chronic factors of psychotrauma that contribute to the development of psychosocial maladjustment and neurotic pathology have been identified: in the economic sphere - the emergence of problems due to lack of income ($61.6 \pm 4.4\%$); in the information sphere - fixation on negative information ($68.6 \pm 3.6\%$); in the family sphere - feelings for close people ($52.3 \pm 5.1\%$), isolation from other family members (31.4 ± 2.7); in the production sphere - undesirable change of place of work (41.9 ± 3.8).

The fifth section. The study of clinical and psychopathological features of psychosocial maladjustment of internally displaced persons revealed a significant prevalence of mental non-psychotic disorders. Thus, of the 188 examined, 86 had nosologically defined pathology, which belonged to section ICD-10 "Neurotic, stress-related and somatoform disorders" (F40 - F48). Assessment of psychopathological symptoms of internally displaced persons was performed using a questionnaire of the severity of psychopathological symptoms (SCL-90-R), adapted by NV Tarabrina et al., (2001). The clinical structure of neurotic pathology in internally displaced persons is most widely represented by mixed anxiety-depressive disorder (F41.2) - in 29 (33.7%), adaptation disorders (F43.2) - in 21 (33.7%), somatized disorder (F 45.0) - in 18 (20.9%), PTSD (F43.1) - in 10 (11.6%), prolonged depressive reaction (F 43.24) - in 8 (9.3%).

The syndromic structure of diagnosed neurotic disorders in this group of IDPs was as follows: anxiety-depressive syndrome was found in 38 (44.2%) persons, agripnic - in 33 (38.4%) persons, anxiety syndrome - in 30 (34.9%)) persons, neurasthenic - in 28 (32.6%) persons, hypochondriac - in 22 (25.6%) persons, astheno-depressive - in 18 (20.9%) persons. The most common in group I was anxiety syndrome. Anxiety was manifested by anxiety about internal displacement, a sense of helplessness in the situation and a desire to avoid it.

In the sixth chapter the study of types of character accentuations by means of the questionnaire of K. Leonhard - S. Shmishek (1970) is carried out, it is established that

For internally displaced persons of group II, the indicators were as follows: anxious - in 26 (36.1%), dysthymic - in 22 (30.6%), "stuck" - in 21 (29.2%).

In the control group, among internally displaced persons, emotional - in 8 (26.7%), demonstrative - in 5 (16.7%) and exalted - in 7 (23.3%) persons.

Common for the representatives of groups I and II was the expression of characterological features inherent in the anxious type of accentuation. Inherent in anxious individuals increased fear, indecision, propensity to "bad feeling", manifested both in relation to internal movement, and in response to the need to be in a new environment, a circle of communication.

The seventh section presents the characteristics of a comprehensive personalized system of rehabilitation of psychosocial maladjustment in internally displaced persons, substantiates and proves its high efficiency.

Based on the obtained data and the study of modern literature sources, we have formulated the basic principles and algorithms for providing assistance to internally displaced persons, taking into account psychosocial maladjustment.

Rehabilitation work with persons was complex, individually differentiated, took into account etiopathogenetic aspects and was based on the principles of phasing and sequence.

The internally displaced persons rehabilitation system was developed for both groups I and II of the surveyed. The initial rehabilitation stage (for groups I and II of internally displaced persons) we devoted to issues of psychoeducation, the formation of a therapeutic alliance between doctor and patient, helped to establish psychological contact. At this stage, it was important to clarify the predisposing factors for the development of psychosocial maladaptation and emotional disorders of internally displaced persons: the presence of trauma, conflict, inability to adapt to a new place to live, get used to a new environment, life. The purpose of this stage is to motivate patients for psychiatric care, to promote patient awareness through psycho-educational classes, elimination or reduction of signs of psychosocial maladjustment, clinical manifestations of mental disorders.

In the second stage, the priority measures in the rehabilitation process of internally displaced persons were psychotherapeutic interventions, which were aimed at leveling the manifestations of psychosocial maladjustment and the existing neurotic disorder. Both individual classes in psychotherapy and group forms of work with internally displaced persons were used. During the work at this stage, preference was given to the following methods of psychotherapy: rational psychotherapy according to R. Dubois, cognitive-behavioral psychotherapy, personality-oriented (reconstructive) psychotherapy (B.D. Karvasarsky, 1994), Gestalt therapy. The solution of the strategic task of psychotherapeutic work with internally displaced persons was to establish the causes of psychosocial maladjustment and overcome their impact on social functioning, quality of life of the patient. The purpose of the second stage of psychotherapeutic care was the formation of new interpersonal communication attitudes in internally displaced persons, adaptation to a new environment, restoration of adaptive mechanisms under the influence of acute or chronic trauma. This stage involved achieving a positive dynamics of the emotional state of internally displaced persons, awareness of the relationship between factors and manifestations of psychosocial maladaptation and neurotic disorder.

In the second stage of the rehabilitation system, pharmacotherapy was prescribed for patients with psychosocial maladaptation and neurotic disorder (individually justified use of antidepressants, mainly groups of selective serotonin reuptake inhibitors, tranquilizers, nootropics and atypical neuroleptics).

The third stage of a comprehensive personalized system of rehabilitation of psychosocial maladaptation in internally displaced persons is aimed at improving the skills of mental self-regulation and readaptation in the macro- and micro-environment. At this stage, preference was given to group forms of psychotherapeutic work with internally displaced persons, through which patients better assess their own reactions and life situations, identify individually intolerable situations, fix an adequate emotional response to the traumatic experience. Psychotherapeutic groups consisting of internally displaced persons felt each other's support, had the opportunity to look at the situation of internal displacement from the other side, felt like a victim, not guilty of the event.

The follow-up study of the surveyed internally displaced persons a year after the comprehensive personalized rehabilitation system showed high efficiency - 76 (88.3%) for group I and 65 (90.3%) for group II, which is confirmed by the lack of requests for psychiatric and psychotherapeutic specialized care.

Key words: psychosocial maladjustment, internally displaced persons, neurotic disorders.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Гальченко А.В. Проблемні питання діагностики, розвитку та терапії посттравматичного стресового розладу / А.В. Гальченко // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2018. – Т. 18, вип. 2 (62). – С. 301–306.

2. Гальченко А.В. «Сучасні відмінності психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб за наявності невротичної патології» / Актуальні проблеми сучасної медицини. – Полтава – 2019р. – Т. 19, вип. 1 (64). – С. 7 – 11.

3. Гальченко А.В., Кидонь П.В. «Клініко-психопатологічні та пато психологічні закономірності формування психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб з розладами адаптації» / Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2020. – Т. 20, вип. 1 (69). – С. 86–91. *(Особистий внесок здобувача: особисто проведено обстеження пацієнтів, наведено узагальнення результатів обстеження, статистично оброблено дані, підготовлено текст до публікації).*

4. Herasymenko L. O. Clinical features of adjustment disorder in internally displaced women / L. O. Herasymenko, R. I. Isakov, A. V. Halchenko, P. V. Kydon // Wiadomosci Lekarskie. – 2020. – Т. LXXIII, № 6. – Р. 1154–1157. *(Особистий внесок здобувача: особисто проведено обстеження пацієнтів, наведено узагальнення результатів обстеження, статистично оброблено дані).*

5. Гальченко А.В. Психосоціальна дезадаптація у внутрішньо переміщених осіб із депресивними розладами / Вісник проблем біології і медицини. – 2020. – Вип. 4 (158). – С. 104 – 108.

6. Гальченко А.В. Відмінності психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб з непсихотичними психічними розладами / Медична психологія. – 2020. – № 1 – 2. – С. 87 – 92.

7. Герасименко Л.О., Гальченко А.В. Комплексна та персоніфікована система реабілітації внутрішньо переміщених осіб за наявності психосоціальної дезадаптації та невротичного розладу/ Вісник проблем біології і медицини. – 2021. – Вип. 1 (159). – С. 35 – 38. *(Особистий внесок здобувача: особисто розроблено заходи реабілітації, проведено психоосвітню роботу з пацієнтами, психотерапію та фармакотерапію, наведено узагальнення результатів обстеження, статистично оброблено дані, підготовлено текст до публікації).*

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

8. Halchenko A. Clinical features in internally displaced persons with adjustment disorders / A.Halchenko // ECNP Seminar in Neuropsychopharmacology – 2018, 20 – 22 of April 2018, Odessa, Ukraine. P.40.

9. Гальченко А.В. Виявлення непсихотичних психічних порушень у внутрішньо переміщених осіб/ Міжнародна наукова конференція студентів, молодих вчених та спеціалістів/ «Актуальні питання сучасної медицини», 28 – 29 березня 2019 р., м. Харків. С. 66.

10. Гальченко А.В. Особливості психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб за наявності невротичної патології / А.В. Гальченко // XVII Всеукраїнського лікарського товариства, 15 – 16 листопада 2019 р., м. Полтава. С. 155.

11. Гальченко А.В. Клініко-психопатологічні особливості внутрішньо переміщених осіб зі змішаним тривожно-депресивним розладом за наявності психосоціальної дезадаптації / XVII Міжнародна наукова конференція студентів, молодих вчених та фахівців «Актуальні питання сучасної медицини», 26 – 27 березня 2019 р. м. Харків, С. 71 – 72.

12. Гальченко А.В. Клініко-психопатологічні особливості внутрішньо переміщених осіб з розладами адаптації за наявності психосоціальної дезадаптації. / Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції

«Сучасний вимір медичної науки та практики», 8 – 9 травня 2020 р., м. Дніпро, С. 38 – 41.

13. Гальченко А.В. Фактори психотравматизації у переселенців з невротичними розладами за наявності психосоціальної дезадаптації / Збірник тез наукових робіт. Міжнародна науково-практична конференція «Медична наука та практика: виклики і сьогодення», 21– 22 серпня 2020 р., м. Львів, С. 6 – 8.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АТО – антитерористична операція

ВООЗ – Всесвітня Організація Охорони Здоров'я

ВПО – внутрішньо переміщені особи

ЄС – Європейський Союз

КП – Комунальне підприємство

КБТ – когнітивно-біхевіоральна терапія

МКХ-10 – міжнародна класифікація хвороб 10 перегляду

НДР – науково-дослідна робота

ПТСР – посттравматичні стресові розлади

СІЗЗС – селективні інгібітори зворотнього захвату серотоніну

СІЗЗСН – селективні інгібітори зворотнього захвату серотоніну та норадреналіну

ЦНС – центральна нервова система

ЧМТ – черепно-мозкова травма

ЯЖ – якість життя

HDRS – Hamilton Depression Rating Scale (шкала депресії Гамільтона)

HARS – Hamilton Anxiety Rating Scale (шкала тривоги Гамільтона)

SCL-90-R – Symptom Check List-90-Revised (опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики)

ВСТУП

Сьогодні населення України перебуває під масованим впливом потужної психотравматизації, що є наслідком так званої «гібридної війни». Особливості актуальної соціально-політичної ситуації характеризуються високим рівнем напруження адаптивних механізмів психіки, що значно погіршує стан психічного здоров'я популяції [85]. У результаті трагічних подій у зоні антитерористичної операції величезна кількість українців залишилися без житла, отримали фізичні та психічні травми, позбулися засобів для існування і, нерідко, доступу до медичної допомоги [96, 102].

Поєднаний вплив особливостей пережитої психічної травми, демографічних, клінічних, соціальних, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних факторів створюють умови для формування і розвитку психосоціальної дезадаптації у вимушених переселенців [86]. Це насамперед обумовлено тривалими за часом і напруженими за темпом впливу психотравмуючими ситуаціями, що пов'язані із загрозою життю людей, руйнуванню житла і соціальної інфраструктури, втратою колишніх життєвих та моральних цінностей і пріоритетів, різкою зміною середовища проживання, вимушеною концентрацією на внутрішніх проблемах, страхом перед майбутнім, і, як наслідок – ще більшою самоізоляцією [14, 23, 63].

Дана категорія пацієнтів потребує комплексної реабілітаційної підтримки, оскільки стан, що розвивається на тлі пережитого, виходять за рамки ознак і симптомів психіатричного захворювання, поширюючись на галузі функціональної, професійної та соціальної адаптації в навколишньому середовищі, що й зумовлює психосоціальну дезадаптацію у внутрішньо переміщених осіб [22, 36].

Особливо актуальним стає питання впровадження заходів, що сприятимуть створенню цілісної системи охорони психічного здоров'я, яка передбачає комплексне втручання на рівні суспільства, спільноти, сім'ї та індивіда, та

адаптована до вимог історичного, політико-економічного та соціально-культурного контексту [32, 77, 97].

В Україні обговорення питання психосоціальної дезадаптації внутрішньо переміщених осіб набуло актуальності лише декілька останніх років. Для отримання даних від закладів охорони здоров'я, а також в рамках впровадження державної політики, щодо моніторингу стану психічного здоров'я військовослужбовців, учасників АТО, переселенців ініційовано внесення змін до звітів закладів охорони здоров'я, в результаті чого, лише у 2016 році в Україні вперше отримано інформацію, щодо захворюваності та поширеності розладів психіки через реакцію на тяжкий стрес та розлади адаптації за 2015 рік (Аналітико-статистичний довідник за 2013-2015рр.) Згідно із даними Мінсоцполітики, в Україні, станом на жовтень 2015 р., кількість зареєстрованих вимушених переселенців вже сягає 1,5 млн осіб [199]. Такі особи значно частіше стикаються із проблемами психічного здоров'я, ніж представники загальної популяції [49, 51].

Європейська ж міграційна криза є однією з найбільших проблем ХХІ століття. В 2014 році у світі 1 з 122 людей був змушений покинути свій дім (близько 42 500 чоловік на день). З 2010 по 2014 рік дана цифра збільшилась в 4 рази [145, 229]. Поточне глобальне вимушене переселення досягло найбільших масштабів з часів Другої світової війни. Тільки за 2015 рік внаслідок переслідування, військових конфліктів, порушення прав людини, за підрахунками The United Nations High Commissioner for Refugees, в світі нараховувалось близько 60 мільйонів вимушених переселенців (59,5 млн. в 2014 та 51,2 млн. в 2013 роках) [227, 228].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами

Дисертаційне дослідження виконано у відповідності до плану науково-дослідних робіт «Українська медична стоматологічна академія» за темою: «Психосоціальна дезадаптація в осіб із психічними непсихотичними розладами (предиктори формування, клініка, діагностика, реабілітація)» (№ держреєстрації 0119U102861).

Мета дослідження:

На підставі системного підходу до вивчення особливостей психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб, оптимізувати систему реабілітації та профілактики.

Завдання дослідження:

1. Визначити варіанти психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб.
2. Виявити предиктори розвитку психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб.
3. Вивчити клініко-психопатологічні особливості внутрішньо переміщених осіб.
4. Встановити патопсихологічні закономірності розвитку психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб.
5. Оптимізувати систему реабілітації та профілактики психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб.

Об'єкт дослідження – психосоціальна дезадаптація у внутрішньо переміщених осіб.

Предмет дослідження – феноменологія, клініко-психопатологічні та патопсихологічні предиктори формування психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб, вираженість ризику її виникнення та принципи реабілітації, реадaptaції і профілактики.

Методи дослідження – клініко-психопатологічний, психодіагностичний, психометричний, анамнестичний, психофеноменологічний, статистичні методи математичної обробки отриманих результатів.

Наукова новизна одержаних результатів.

На підставі комплексного дослідження із використанням клініко-психопатологічного, психодіагностичного та психометричного методів отримано нові дані щодо клініко-психопатологічних та патопсихологічних закономірностей розвитку психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб з невротичними розладами.

Визначено ризик формування певного варіанту психосоціальної дезадаптації залежно від виявленої нозологічної форми невротичних розладів у у внутрішньо переміщених осіб.

Вперше виявлено предиспозиційні чинники формування психосоціальної дезадаптації у хворих на невротичні розлади (біологічні, психологічні та соціальні). Встановлено, що клініко-психопатологічними корелятами психосоціальної дезадаптації у у внутрішньо переміщених осіб із невротичними розладами є специфічні для кожної форми патології варіанти її розвитку.

Вперше встановлено, що типологія психосоціальної дезадаптації у жінок із невротичними розладами має суттєві відмінності залежно від нозології, виявлено залежність варіанту психосоціальної дезадаптації від предиспозиційних факторів. Визначено специфічні клініко-психопатологічні і патопсихологічні предиктори психосоціальної дезадаптації у у внутрішньо переміщених осіб.

Вперше доведено, що у патопсихологічних механізмах формування психосоціальної дезадаптації у у внутрішньо переміщених осіб пусковим чинником є фрустрація життєвоважливих мотивацій, що виникла внаслідок хвороби та спричиняє реакції у формі психосоціальної дезадаптації, із акцентом на сферу життєдіяльності, що має особливо важливе значення в індивідуальній системі цінностей.

Сформульовано і вперше науково обґрунтовано принципи диференційованої реабілітації, психопрофілактики у внутрішньо переміщених осіб.

Практичне значення отриманих результатів

Виявлено, що у внутрішньо переміщених осіб з психосоціальною дезадаптацією невротична патологія представлена переважно змішаним тривожно-депресивним розладом, розладами адаптації та соматизованими розладами.

Встановлено серед внутрішньо переміщених осіб з психосоціальною дезадаптацією найбільш вразливими є жінки працездатного віку від 31 до 40 років. Для чоловіків характерний вік дебюту невротичного розладу та встановлення психосоціальної дезадаптації від 41 року до 50, що теж являється

працездатним віком. Дане підкреслює високу медичну та соціальну актуальність досліджуваної проблеми.

Предикторами формування дезадаптаційних станів та невротичних розладів встановлено самотність, розлучення, безробіття, низький рівень матеріальних та житлово-побутових умов, коморбідна соматична патологія, зокрема з боку серцево-судинної та шлунково-кишкової системи.

Встановлена кореляція між нозологічними особливостями та профілем психосоціальної дезадаптації, зокрема:

- при тривожно-депресивному розладі переважали порушення в інформаційній сфері, у середній та легкій ступені тяжкості, та в економічній сфері, переважно, важкого перебігу;

- розлади адаптації корелювали з виробничою дезадаптацією, з переважанням середньої тяжкості, та інформаційною дезадаптацією, в легкому ступені тяжкості;

- соматизований розлад мав кореляцію з виробничою дезадаптацією, з переважанням важкого перебігу;

- у ВПО з ПТСР домінувала кореляція з інформаційною дезадаптацією в практично абсолютній більшості всіх пацієнтів з цим розладом (92,3%), з переважанням важкого ступеню тяжкості;

- особи з пролонгованою депресивною реакцією мали кореляцію з сімейною дезадаптацією, з переважанням середньої тяжкості.

Узагальнюючи результати дослідження якості життя ВПО, встановлено достовірну різницю середніх показників дезадаптованих ВПО I та II групи у порівнянні зі здоровими адаптованими ВПО III групи. Спостерігався зворотній кореляційний зв'язок між рівнем тяжкості психосоціальної дезадаптації та загальним інтегративним показником, чим важчий ступінь дезадаптації, тим нижче визначався інтегративний показник життя, що, на нашу думку, яскраво демонструє взаємоіндукуючий вплив між успішною психосоціальною адаптацією індивідуума та його якістю життя.

На основі отриманих даних, виокремивши предиктори формування психосоціальної дезадаптації, її клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості, а також врахувавши гендерні та особистісні відмінності ми розробили лікувально-реабілітаційної програму для внутрішньо переміщених осіб з психосоціальною дезадаптацією, що передбачає комплексний характер, включає психотерапевтичні, фармакотерапевтичні та психопрофілактичні підходи. Дослідженням доведено ефективність проведеної комплексної реабілітаційної програми, що дозволяє її впроваджувати у практичне використання при роботі з внутрішньо переміщеними особами.

Особистий внесок здобувача. Дисертація є особистою науковою працею автора. Здобувачем власноруч проведений науково-інформаційний пошук в медичній літературі, сформульовані мета та завдання роботи, підбрані методики обстежень, виконані клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні, антропометричні дослідження. Дисертант особисто провів статистичну обробку отриманих даних, їх візуалізацію, а також узагальнення та інтерпретацію результатів роботи, підготував наукові праці, заявки та винаходи; сформулював висновки та практичні рекомендації.

Апробація результатів дисертації

Основні положення та результати дисертаційного дослідження були представлені на наступних конференціях, конгресах, семінарах, з'їздах: Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих учених «Медична наука – 2018» (Полтава, 2018); ECNP Seminar in Neuropsychopharmacology (Ukraine, Odessa, 20.04.2018-22.04.2018); Міжнародній науковій конференції студентів, молодих вчених та спеціалістів "Актуальні питання сучасної медицини" (Харків, 28.03.2019-29.03.2019); Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих учених «Медична наука в практику охорони здоров'я» (Полтава, 2019); XVII Міжнародній науковій конференції студентів, молодих вчених та фахівців «Актуальні питання сучасної медицини» (Харків, 26.03.-27.03.2020р.); Міжнародній науково-практичній конференції, «Сучасний вимір медичної науки та практики» (Дніпро, 8.05.2020-9.05.2020); Міжнародній науково-практичній

конференції «Медична наука та практика: виклики і сьогодення» (Львів, 21.08.20-22.08.20).

Публікації. За матеріалами дисертаційного дослідження опубліковано 13 друкованих робіт, у тому числі: 7 статей, з них 1 – у виданні, включеному у міжнародну науково метричну базу даних Scopus; 6 – у наукових фахових виданнях, рекомендованих МОН України (4 - одноосібних); 6 – у матеріалах конгресів, конференцій, симпозіумів.

Обсяг і структура дисертації. Основний зміст дисертації викладений на 207 сторінках машинопису (170 сторінок основного тексту). Дисертація структурно складається зі вступу, огляду літератури, 6 розділів власних досліджень, висновків, переліку літературних джерел (233 джерел, з них 111 вітчизняних та 122 іноземне). Роботу ілюстровано 18 таблицями і 10 рисунками.

РОЗДІЛ 1. ВИМУШЕНЕ ПЕРЕСЕЛЕННЯ, ЯК ФАКТОР ВИНИКНЕННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ТА ПСИХОГЕННИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

1.1. Вимушене переселення – основні дефініції, дослідження медико-соціальних наслідків

Поточна цифра глобальної міграції досягла найбільших масштабів з часів Другої світової війни, але є значна відмінність між добровільною та вимушеною міграцією чи переселенням [16].

Міграція – це складний суспільний процес, що впливає на різні сторони соціально-економічного життя людства. Розрізняють міграцію в межах кордонів однієї країни – внутрішню, та міграцію у напрямку до інших держав, континентів – зовнішню [115]. Відповідно до мотивів міграцію також визначають добровільною, вимушеною, ідеологічною та політичною [178]. Всі види міграції призводять до переживання стресу, відчуття втрати, які мають свої наслідки [172, 179, 189].

У загальному, визначення міграція, у перекладі з латинської *migratio* означає переселення, а за словниковим визначенням – це механічні переміщення осіб через кордони певних територій зі зміною місця проживання на різний за тривалістю час, або з регулярним поверненням до нього [188]

Переселення класифікують за напрямком потоків на [178]:

- 1) Зовнішні – за межі держави у напрямку до інших держав, континентів;
- 2) Внутрішні – в межах кордонів однієї держави, тобто між окремими адміністративними одиницями, містами, сільською і міською місцевістю тощо.

За формами організації переселення виділяють [118]:

- 1) суспільно організовані, або неорганізовані;
- 2) добровільні, або примусові;
- 3) легальні, або нелегальні.

Розрізняють провідні фактори переселень:

1) Економічні: виїзд з метою працевлаштування, пошуку кращих умов життя, праці, наукової діяльності.

2) Політичні: пов'язані з війнами, зі зміною державних кордонів, з дискримінацією певних соціальних груп населення, утиском релігійних груп (світові та локальні війни, виїзд дисидентів).

3) Стихійні: викликані природними катаклізмами (урагани, землетруси, паводки і т.д.).

За даними провідних вчених, як вітчизняного, так і міжнародного рівня вимушене переселення внутрішнього характеру виникає переважно за політичних умов [92; 140; 164; 209]. У сучасних літературних джерелах, зустрічаються декілька термінів, які характеризують переміщення громадян України внаслідок військових дій на Сході країни (АТО), зокрема, з Донецької, Луганської областей та Криму – це внутрішньо переміщені особи (ВПО) та біженці. З погляду зарубіжних глосаріїв, внутрішньо переміщені особи (engl. «internally displaced persons») – це є особи або групи осіб, які змушені втекти з місця їх звичайного проживання, зокрема, внаслідок або з метою уникнення наслідків збройних конфліктів, загального насилля, порушення прав людини, природних або техногенних катастроф та які не перетнули міжнародно визнаних кордонів держави [171]. Біженець (engl. «refugee») – даний термін відносять до особи, яка через обґрунтований страх переслідування з расових причин, релігійних, національності, членства в певній соціальній групі чи через політичні утиски перебуває за межами країни її колишнього звичайного проживання внаслідок таких подій, та не може повернутися через страх чи небажання. [178; 188]. Саме з цих міркувань, у випадку міграції з регіонів Донецької, Луганської областей та Криму, доцільно використовувати термін - внутрішньо переміщені особи.

На поточний період вчені розрізняють як добровільну (сплановану міграцію), а також вимушену, що спричиняє загрозу життю людини, його близьким та рідним [184]. У разі добровільної (спланованої міграції) переселення означає переїзд з метою економічних причин (заробітчани, студенти, переїзд до більш комфортних умов життя та праці – у велике місто) [32]. Вимушене переселення –

це пошук можливості перебувати на безпечних територіях, які не загрожують життю людини та його здоров'ю [5].

Внутрішньо переміщені особи, за сучасними даними, зіштовхуються з багаточисленними проблемами, але на відміну від біженців, вони не потребують вивчення іноземної мови, звикання до нових традицій та соціальних особливостей країни [3; 14].

Досить важливим є розуміння причини внутрішнього переміщення осіб в країні, адже саме фактори переміщення населення мають безпосередній вплив на психологічний стан людини, його адаптацію на новому місці, оновлених умов проживання, подальшу взаємодію із суспільством [15].

На сьогоднішній день, у відповідності до законодавчої бази України, статус внутрішньо переміщеної особи є соціально-політичним явищем, до даної категорії відносять осіб, які були змушені залишити своє місце звичайного проживання з метою уникнення наслідків окупації, збройного конфлікту, порушень прав людини або ж внаслідок певних стихійних лих [17; 66; 198].

За довготривалими спостереженнями та вивченням питання внутрішнього переміщення при збройних конфліктах у світі, вченими доведено, що збройний конфлікт призводить до незворотних наслідків у житті людини, призводить до руйнування соціальних зв'язків, порушень прав людини та сприяють виникненню стресових психічних розладів [19; 131; 132; 152; 157].

Процес внутрішнього переміщення осіб під час збройних конфліктів, АТО – це динамічний процес, що включає ряд змін та втрат для людини [51]. На думку шведських психіатрів, симптоми, які виникають під час збройних конфліктів, є «природною реакцією» на оточуючі зміни [158]. Зокрема, виокремлюють, три рівні довкілля:

- мікросередовище, яке ілюструє внутрішню схему індивіда (Я) з його біологічною (генетичною) основою, історією та життєвим досвідом;
- макросередовище, що втілює ближче оточення індивіда, наприклад, родину, родичів, друзів дитинства;

- мегасередовище, яке включає культуру та традиції рідної країни [112; 163; 191]. Для досягнення почуття добробуту та психологічної гармонії особистості повинна відзначатися ідеальна взаємодія між даними рівнями, у випадку внутрішнього переміщення осіб виникає перш за все порушення на макросоціальному рівні та боку мегасередовища [36]. Відповідно, вимушене переселення закладає глибоку психосоціальну кризу, що робить беззахисною особистість при зіткненні зі змінами соціально-економічного характеру, руйнує гармонію між мікро-, макро- та мегасередовищами, негативно впливає на індивідуальний процес адаптації людини [24; 111].

Досвід інших країн свідчить про важливість психосоціального аспекту даної проблеми [116; 124; 150; 196]. Наприклад, при дослідженні сімей Західної Європи, які постраждали внаслідок воєнних конфліктів, виокремлені наступні емоційні проблеми: почуття емоційної ізоляції, страждання від нестачі соціальних контактів та переживаннями за своє майбутнє, почуття моральної залежності від нового середовища та відсутність регулярного доходу [121].

За даними ряду авторів, перехід від одного середовища до іншого (вимушене переміщення осіб) можна вважати кризовою ситуацією, фактором ризику, який впливає на механізми, які з часом трансформуються в порушення адаптації різноманітного характеру [170; 215]. У таких осіб, втрата відчуття безпеки призводить до стресової ситуації, виникає спочатку фізіологічний рівень тривоги, як наслідок, стрес виступає в ролі самозахисту та є природною захисною реакцією [195]. Однак, в залежності від сили психотравми, її інтенсивності, особливостей особистості можливий розвиток патологічного процесу у вигляді формування психогенних психічних розладів[220].

Багаторічні наукові дослідження в даному напрямку, неодноразово доводять, що переміщення вимушеного характеру є фактором виникнення психічних порушень різноманітного характеру[123; 134; 168; 226].

За досвідом країн, які брали участь у воєнних конфліктах (США, Ізраїлю, країн Балканського п-ву) фахівцями змодельована ймовірність розвитку психогенних стресових розладів в Україні на найближче десятиріччя: очікується

щонайменше півмільйона осіб з соціальною дезадаптацією, делінквентною поведінкою, посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), психосоматичними розладами [145].

За даними Медичного фонду Великобританії, до найбільш поширених психіатричних скарг вимушених переселенців віднесено: кошмари, галюцинації, панічні атаки, сексуальні проблеми, фобії, депресивні та тривожні розлади [191]. Психологічні проблеми представлені переважно – відсутність довіри до оточення та нового суспільства, формування соціальних зв'язків та стосунків [129]. Також за спостереженнями Медичного фонду Великобританії, лідируючі позиції посідає серед вимушених переселенців - ПТСР, другими з частотою є тривожно-депресивні розлади, панічні розлади та агорафобія [126; 131].

З метою вивчення рівня поширеності депресії та тривоги серед переселенців (вимушених та трудових) данським вченими проведено систематичний огляд літератури в базах даних Medline та Embase, що включало 35 наукових досліджень, опублікованих з 1990 по 2007 роки [158]. Дослідження охопило 1,3 млн. осіб, які віднесено до таких категорій: 1-народжені в Швеції, де обоє батьків теж були шведами; 2 - вимушені переселенці та економічні мігранти (заробітчани), без загрози життю та здоров'ю. Метааналіз дослідження продемонстрував, що рівень поширеності депресії становив 20% серед заробітчаних проти 44% серед вимушених переселенців; для тривоги оцінки склали 21 % серед заробітчаних проти 40 % серед вимушених переселенців. Показники виникнення депресії та тривоги у вимушених мігрантів переважали в два рази у порівнянні з економічними мігрантами. За висновками вчених даного дослідження, економічні умови країни, з досить високим внутрішнім валовим показником, пов'язані з кращим психічним здоров'ям трудових мігрантів, але не мало значного впливу на здоров'я вимушених переселенців [158].

В Нідерландах дослідження довело, що досвід Другої світової війни все ще негативно впливає на психічне здоров'я людини, навіть через 50 років після її закінчення [124].

Довгострокові наслідки війни у мирних жителів вивчалися в Лівані, Алжирі, Камбоджі, Ефіопії, які також доводять та підтверджують зв'язок між досвідом війни, вимушеною міграцією та підвищеним рівнем виникнення психічних розладів, навіть через декілька років [182].

Вчені-клініцисти досліджували населення під час війни на Балканах з метою оцінки поточного рівня розповсюдженості психічних розладів серед дорослого населення та виявлення факторів, пов'язаних з виникненням психічних порушень різного генезу [125; 224]. Дане опитування проводилося серед осіб, які пережили травматичну подію та безпосередньо пов'язана із воєнними діями в Боснії та Герцеговині, Хорватії, Республіці Македонії, Сербії та Чорногорії. Повторне оцінювання респондентів відбувалося через 5 та 15 років після отриманої психотравми [122]. Висновки свідчать про кореляційний зв'язок між зазнаним досвідом війни та підвищеним рівнем психічних розладів через декілька років, виявлено ПТСР, депресію та тривожні розлади [219].

У дослідженнях присвячених внутрішньо переміщеним особам в світі під час збройних конфліктів (Нагорний Карабах, Абхазія, Осетія) встановлено високий рівень показників тривожних розладів, що пов'язані з віком людини, статтю, рівнем освіти, сімейним статусом, а також кількістю потенційно травматичних переживань під час війни та після війни, пройденого часу з моменту найбільш травматичної події [218; 222; 225].

1.2. Сучасні уявлення виникнення процесів адаптації та дезадаптації

Поняття «адаптації» вийшло за межі біологічних та фізичних наук і є інтегровано в сфері медичної галузі, з поглибленим вивченням як психологічної, так і соціальної складової [35; 63]. Процес адаптації встановлює запас можливостей особистості для забезпечення виживання та соціального функціонування в умовах постійно змінюваного зовнішнього середовища [46, 49]. 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 [55].

На сучасному етапі вивчення процесу адаптації-дезаптації слід розглядати з багаторівневим підходом до функціонування індивідуума, зокрема на біологічному (фізіологічному), психологічному (індивідуально-особистісному) і соціально-психологічному (особистісно-середовищному) [38]. В даній концепції поняття адаптації-дезаптації виступає як динамічний, системоутворюючий процес. Цілісний підхід до вивчення явища дезаптації включає фізіологічний, когнітивний, афективний, духовний та соціальний рівні функціонування особистості [6; 21].

Адаптація походить від латинського «adaptare» - пристосовувати, що включає біологічний і соціальний аспекти, та означає пристосування до внутрішніх та зовнішніх умов [1]. Це є процес становлення відповідності між рівнем потреб особистості та їх задоволенням [54].

З біологічної точки зору, адаптація розглядається узагальнено для усіх вищих живих істот, як еволюційно сформований процес пристосування організму до постійно змінюваних умов середовища, завдяки якому зберігається баланс системи та врівноваження внутрішнього гомеостазу [4]. Слід відмітити, що саме до такого поняття адаптації частіше застосовують у сучасній світовій практиці термін «adaptation», що відмежовує його від визначення «adjustment» пристосування, яке включає уже успішну взаємодію особистості із її оточенням, включаючи самореалізацію та внутрішню рівновагу [54].

Психологічна адаптація – явище, що характерне найбільш оптимальним пристосуванням психіки людини до умов середовища її життєдіяльності і обумовлюється, головним чином, її індивідуальними якостями, минулим досвідом, базовими конституційними та психофізіологічними особливостями [46]. Деякі автори прирівнюють механізм психологічної адаптації до психологічного захисту, що реалізується певною адаптаційною стратегією, формуючи подальший вектор адаптаційної активності особистості [19, 78].

Соціальна адаптація – визначається як процес та результат становлення відносного балансу між потребами особистості та вимог соціального оточення. [67]. З такої точки зору, соціальну адаптацію слід розглядати, як динамічний процес адаптації особистості, шляхом формування адекватних відносин з соціальним середовищем, проявляючи поведінкову пластичність, з подальшою успішною інтеграцією у суспільство [43].

Н. Selye визначав адаптацію, як адаптаційний синдром та описав його, як загальну адаптаційну реакцію особистості на стресову подію, наступними трьома стадіями процесу [223]:

1) Стадія тривоги з мобілізацією захисних сил, яка слідувала відразу після дії стресового чинника, характеризувалася зниженням рівня опору організму з соматичними та вегетативними проявами, а надалі, мобілізацією резервних захисних механізмів. При ефективності механізмів саморегуляції тривога нівелюється і організм повертається в нормальне функціонування, пристосувавшись до змін без будь-яких наслідків для особистості. Даний процес є гострою реакцією на стрес, який є результатом більшості стресових чинників і триває всього до декількох годин;

2) Стадія опору або стабілізації відбувається чи його переживання, який вимагає підвищеної стійкості організму зі збалансованим використанням адаптаційних резервів, що відбувається на фоні адекватного функціонування. Дана реакція і визначає успішність адаптації особистості до нових змін чи переходом у наступну стадію;

3) Стадія виснаження настає внаслідок впливу тривалого інтенсивного стресового подразника/фактора, характеризується значним зниженням опірності організму з подальшими змінами та функціональними порушеннями, діапазон яких коливається від психологічних до психотичного рівня [111].

В сучасних літературних джерелах, виокремлюють декілька типів адаптації, залежно від ступеню проявів наслідкових реакцій організму, які, по своїй суті, є частковим відображенням моделі адаптаційного синдрому Н. Selye [81]:

- фізіологічна адаптація притаманна звичайному функціонуванню організму при змінних умовах середовища;
- стан напруженої адаптації, що проявляється в разі необхідності перебудови організму та його функціональних систем з певними енергетичними затратами;
- стан патологічної адаптації, що настає при частковому чи повному виснаженні адаптаційних резервів організму та призводить до порушення функціонування особистості з патологічними проявами в подальшому.

Головною відмінністю функціонування системи психосоціальної адаптації людини від усіх інших самокерованих систем є наявність механізмів свідомого самоконтролю, в базису яких знаходиться суб'єктивна особистісна самооцінка природних та соціальних взаємодій людини [2]. Наслідком таких механізмів є можливість скоординування свідомої інтелектуальної активності особистості в саморегулюючі процеси адаптації. Система адаптації знаходиться в постійній готовності відреагувати на вплив зовнішнього стресового чинника, у випадку адекватного виконання своїх функцій, вона повертається в початковий стан покою, таким чином забезпечивши особистості внутрішню гармонію та здорову психічну діяльність [109].

Деадаптація є полярним поняттям адаптації, при якому інтрапсихічні процеси та поведінка особистості направлені не на розв'язання новоутвореної проблемної ситуації, а до її поглиблення, що сприяє посиленню неприємних переживань [52]. Деадаптація, є процесом, що має перебіг поза рамками патології і обумовлений переходом від звичних умов життя до інших [7]. Подібний підхід безумовно є цікавим та актуальним при вивченні внутрішньо переміщених осіб, але до цього часу питання є до кінця не з'ясованим та не вивченим.

Психосоціальна деадаптація – збій у механізмах психічного пристосування при гострому або хронічному емоційному стресі, внаслідок чого виникає часткова або повна нездатність пристосовуватись до умов соціального оточення і виконувати звичайну для власного статусу роль у суспільстві через обмеження функціональності психіки [18]. Подібний стан супроводжується відчуттям

невдоволеності особистості своїм соціальним положенням, зниженням самооцінки, відсутністю реалізації свого комунікативного потенціалу [30].

За даними авторів, що вивчають стани дезадаптації, розділяють об'єктивні та суб'єктивні ознаки дезадаптації. До об'єктивних належать: патологічна трансформація поведінки особистості у соціальній сфері функціонування. До суб'єктивних – негативно забарвленні емоційні переживання, з можливим формуванням психопатологічних синдромів [43; 61].

Зважаючи, що процес адаптації вивчається як багаторівневе явище і розглядається з позиції біопсихосоціальної концепції здоров'я, деякі автори висловлюють теорію патогенного впливу дезадаптації на розвиток чи прогресування межового невротичного розладу [203]. Даний патологічний ланцюг характеризується таким чином: стрес-дезадаптація-невротичний розлад, де дезадаптація виступає, як патопластичний фактор чи предиктор розвитку патології неспсихотичного психічного регістру[85].

У численних наукових працях сьогодення зазначено, що на весь процес адаптації/дезадаптації впливає низка взаємозалежних пов'язаних факторів, які формують адаптаційні ресурси особистості[20; 65; 76; 136; 151]. Вчені поділяють їх на суб'єктивні фактори, що включають вік, стать, соматичні та психологічні характеристики особистості та фактори середовища, до яких відносять особливості соціального середовища, професійні умови, режим і характер діяльності. [100; 161; 173].

Актуальним та цінним є те, що минулий досвід особистості, її мотиваційна спрямованість допомагають адаптуватися як можна скоріше до нових умов [101]. Деякі автори вважають, що адаптаційні ресурси закладаються від народження, у процесі формування особистості, набутого досвіду взаємодії з малими та великими групами суспільства, комунікації з ними, та досвіду вдалої і невдалої поведінки в незвичних обставинах [89].

Досить цікавим, на наш погляд, є наступне визначення адаптаційних ресурсів – це сукупність конституційно-морфологічних, фізіологічних, психічних, психологічних та особистісних відмінностей особистості, які організовані за

принципом взаємодії і зумовлюють здатність людини адаптуватись до умов природного та соціального середовища[46].

Необхідно звернути увагу на гендерний предиспозиційний фактор, вважаючи, що жінки значно важче адаптуються після дії стресу у порівнянні з чоловіками [37; 138; 162]. Згідно даної теорії, жінки молодшого віку з вищою освітою є більш адаптовані [22; 29; 159].

Ряд досліджень доводять зв'язок адаптації з типом та акцентуаціями характеру особистості [8; 13]. З'ясовано, що прояви дезадаптації більш притаманні інтровертованим індивідуумам з високим рівнем нейротизму [12].

Вимушене переселення для особистості є психотравмою, внаслідок якого руйнуються як соціальні, так і емоційні зв'язки людини [44]. Безумовно, подібна ситуація має важливий вплив на психічне здоров'я, якість життя та соціальне функціонування внутрішньо переміщених осіб. Згідно теорії горювання чи втрати, наслідком вимушеного переселення чи міграції осіб із зони збройних конфліктів відбувається розрив звичних соціальних зв'язків, розлучення з близькими та рідними людьми, їх втрата, зміна соціального статусу, відсутність житла, різке погіршення матеріального положення [83; 91]. Під впливом небезпечних та загрозливих обставин для життя, військових подій, що призводять до переміни місця проживання формується відчуття втрати, горя, ностальгічних переживань [77; 103].

Важливим чинником в формуванні психосоціальної дезадаптації вважають інформаційний простір, який включає переважно мас-медіа, інтернет-ресурси та соціальні комунікації [52; 57]. На сьогодні, інтернет-мережа є невід'ємною частиною життя практично всього людства, потрібно враховувати її вплив на особистість. Саме інформаційно-психологічним шляхом відбувається трансформація свідомості індивідуума, введення в стан напруги, тривоги та недовіри для маніпулювання суспільними масами в потрібному напрямку[52].

Таким чином, процеси порушення адаптації, психотравма особистості, особливості особистості, гендерні відмінності, інформаційне негативне навантаження на людину сприяють формуванню психосоціальної дезадаптації у

внутрішньо переміщених осіб, що потребує ретельного та докладнішого вивчення [56; 72].

1.3. Сучасний погляд на діагностику, розвиток та терапію посттравматичного стресового розладу

Військові конфлікти, які чинять реальну загрозу життю людини, наносять найбільший негативний вплив на ментальне здоров'я та благополуччя особи. За даними Медичного фонду у Великобританії та інших численних медичних спостережень у внутрішньо переміщених осіб чи мігрантів діагностовано переважно розлади невротичного регістру серед яких посідають провідні місця: посттравматичний стресовий, тривожно-депресивні розлади, панічний розлад, агорафобія [137].

Безперечно для осіб, які перенесли психотравму, відчули на собі жах воєнних дій, перенесли відчуття втрати близьких, рідних, знайомих, зазнали страху за життя дітей та батьків, усвідомили реальну загрозу своєму здоров'ю та життю та вимушені були покинути рідні місця та домівку – посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є досить розповсюдженим діагнозом [9; 174].

ПТСР – це складний психічний розлад непсихотичного рівня, який розвивається в результаті пережитої екстремально кризової травматичної події, що загрожувала життю чи здоров'ю особистості. За окремими даними близько 20% людей виявляють ознаки клінічно сформованого ПТСР після пережитої емоційно навантаженої події, катастрофічного характеру чи із загрозою для життя самої особи чи її близьких [175; 183]. Важливим моментом є те, що розлад виникає навіть після впливу травматичної події емоційного характеру, яка не включала тілесні пошкодження, такі як поранення чи фізичні впливи [199]. У разі емоційного стресу без фізичного пошкодження включається особистісний фактор з когнітивною переробкою негативної інформації та відповідною афективною реакцією. [10; 158]. Стресовий чинник може бути як гострим, одноразовим, а може бути хронічним, повторюваним. Запас енергетичних чи адаптаційних

ресурсів у кожної людини різний. Такі негативні наслідкові афективні переживання можуть зберігатися, навіть, після припинення дії стресового чинника, одного чи декількох[11]. Це пояснює виникнення ПТСР через певний період після психотравми. У літературі наведені численні дослідження, які демонструють значно відстрочені у часі психоемоційні прояви пережитої травми, що входять в рамки клінічно сформованого ПТСР [113; 210]. Зокрема, амереканські вчені провели опитування за допомогою психодіагностичних шкал серед людей, які стали жертвами повені в одному із штатів 14 років по тому. Встановлено, що 28 % з досліджуваних відповідали критеріям діагнозу ПТСР. (Tap Green B. L. et al., 1990). ПТСР набуває своєї актуальності, особливо, після воєнних подій, враховуючи, що найбільш психологічно уразливими і терапевтично резистентними є травми нанесені іншим індивідуумом, у порівнянні з травмами внаслідок стихійних лих чи автокатастроф [181].

Свій погляд на ПТСР вчені звернули не одне століття тому. В літературі дане поняття виступало в різних інтерпретаціях: «афганський синдром», «солдатське серце», «травматичний невроз», «невроз пожежі», «в'єтнамський синдром», та інше [28; 190]. Офіційно термін «ПТСР» у DSM введено американськими вченими у 1980 році, коли досліджували наслідки в'єтнамської війни [33]. Саме через першочергове введення діагнозу в американську шкалу, переважна більшість актуальні і в сьогоденні психодіагностичні методики орієнтовані на цю класифікацію, а не на МКХ-10, що створює певні труднощі у їх використанні [69]. До 1994 року діагноз ПТСР у МКХ взагалі був відсутній і лише в її 10-му перегляді виокремлений даний розлад [69; 113; 114; 214].

Головними критеріями для встановлення діагнозу ПТСР є [53; 114; 227]:

- 1) факт наявності в минулому кризової травматичної події;
- 2) характерні симптоми інтрузії, що призводять до дистресу (повторювані спогади про травматичну подію, у виді снів, флешбеків);
- 3) постійне уникання думок, людей чи місць, які асоціюються з травмою;

- 4) негативні зміни у когніціях та настрої (дисоціативна амнезія, самозвинувачення, недовіра до оточуючого соціуму, втрата інтересу до раніше звичної діяльності, страх, апатія);
- 5) підвищена збудливість та реактивність у виді агресії, самодеструктивної поведінки, над пильність.

Ще у травні 2013 року опубліковано DSM-V із суттєвими змінами критеріїв діагностики ПТСР, у загальному, ПТСР виокремлено з «Тривожних розладів» у новостворений розділ «Психічні розлади внаслідок травми» та додано п'ятий симптом, який включає негативні зміни у когніціях та емоціях [114].

Численні дослідження демонструють, що головним фактором виникнення після травматичних розладів є не сам травматичний досвід, а неадекватне дезадаптивне реагування особи на подію, яка несе для неї емоційне навантаження [63; 213]. Після перенесеної психотравми у більшості людей вистачає адаптаційних резервів для самовідновлення та виходу у стан одужання, але частина людей, набуває дезадаптивного стану з формуванням ПТСР чи психосоматичних розладів [130; 214].

Також не лишаються поза увагою дослідників і гендерні відмінності при ПТСР [115; 128; 162; 200]. Відомо, що жінки вдвічі частіше відповідають критеріям ПТСР, аніж чоловіки, навіть враховуючи те, що жінки значно менше піддаються впливу травматичним факторам. Жінки переживають стресові події більш емоційно [204; 216].

Проведено дослідження, які виявили ознаки ПТСР протягом першого року після травми у 60 % чоловіків та 50 % жінок, але надалі, діагноз ПТСР підтверджено лише у 8 % чоловіків та у 20 % жінок [172].

Коморбідна патологія є частою супроводжуючою складовою ПТСР, що становить значне утруднення для діагностики та терапії, адже факт стигматизації та недостатність психоосвіти в сфері психіатричної допомоги призводить до ігнорування тривалий час симптомів, синдромів та клінічних проявів хвороби. Пацієнти звертаються до лікарів загальної практики, лікарів-інтерністів, не отримуючи відповідної кваліфікованої спеціалізованої допомоги [193; 208].

Дослідження також демонструють коморбідність ПТСР з такими станами як депресія, тривожні розлади, залежність від психоактивних речовин [180; 230]. Зокрема згідно епідеміологічних даних США в осіб з діагнозом ПТСР у 78 % виявили залежність від психоактивних речовин, депресію [230]. Встановлено кореляційну залежність між депресіями, ПТСР та ризиком зловживання психоактивних речовин, які спостерігаються у чоловіків та жінок з ПТСР (52% і 28% відповідно) [145].

Ключовими питаннями терапії ПТСР залишаються, яка порівняльна ефективність психотерапевтичних та фармакотерапевтичних методів [238]. Аналіз сучасної наукової літератури демонструє, що, першочергово, переваги надаються психотерапевтичним інтервенціям. Фармакологічна терапія застосовується при наявності тяжкого перебігу ПТСР, стійкої коморбідної патології або рекомендована лише у випадках недостатньої ефективності психотерапевтичних методик [210].

Психотерапевтичні методи лікування ПТСР потребують від клініцистів досить великого професіоналізму, досвіду та відповідної спеціалізації. Науково доведеним та обґрунтованим методом психотерапевтичного лікування ПТСР є травмофокусована когнітивно-біхевіоральна терапія (ТФ-КБТ) та десенсибілізація і перероблення травми рухами очей (ДПРО) [25].

Психологічна реабілітація спрямована на функціональне відновлення індивіда в цілому, саме тому терапія ПТСР не обмежується вищезазначеними методиками, використовується методика, що доводять свою ефективність та доцільність [18, 28, 30]. Використовується арт-терапія, гіпноугнестивні методики, психодинамічна терапія [31].

На сьогоднішній день, з позицій доказової медицини в фармакотерапії ПТСР одноголосно клініцисти надають перевагу антидепресантам групи: селективних інгібіторів зворотнього захвату серотоніну (СІОЗС) та селективних інгібіторів зворотнього захвату серотоніну та норадреналіну (СІОЗСН).

В сучасній фармакотерапії ПТСР призначення бензодіазепінів протидіє природній адаптаційній реакції організму і є недоцільним. Призначення даної

групи препаратів провокує у майбутньому посилення та загострення симптомів ПТСР і виключає можливість «самовідновлення і зцілення»[18].

Висновки до розділу 1.

Наукові праці доводять, що переміщення вимушеного характеру має тісний взаємозв'язок з порушеннями адаптації особистості. З'ясовано, що вимушене переселення внутрішнього характеру, яке виникає переважно за політичних умов, зокрема збройного конфлікту, призводить до незворотних наслідків у житті людини, до руйнування соціальних зв'язків, порушень прав людини та сприяє формуванню психогенних стресових розладів, переважно ПТСР та тривожно-депресивних розладів.

Таким чином, аналіз літературних джерел свідчить про високу актуальність, своєчасність та доцільність вивчення психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб з метою розробки на даній основі комплексної системи реабілітації для даної категорії пацієнтів.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях автора (огляд літератури):

- Гальченко А.В. Проблемні питання діагностики, розвитку та терапії посттравматичного стресового розладу / А.В. Гальченко // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2018. – Т. 18, вип. 2 (62). – С. 301–306.

РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Загальна характеристика обстежених.

До даного дослідження було залучено 188 пацієнтів, внутрішньо переміщених осіб (ВПО), які є внутрішньо переміщеними особами з Донецької, Луганської областей та Криму у період 2014-2017 років. Внутрішнє переміщення для всіх осіб було вимушеним та пов'язано з антитерористичною операцією на території України. На період проведення даного дослідження всі внутрішньо переміщені особи проживали на території Полтавської області та міста Полтава.

За консультативною допомогою пацієнти зверталися на кафедру психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету, отримували соціальну підтримку рамках проекту ЄС «Полтавська область для внутрішньо переміщених осіб», за участі Полтавської обласної державної адміністрації та Благодійної організації «Світло Надії», перебували на стаціонарному лікуванні Комунального підприємства «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги Полтавської обласної ради», отримували амбулаторне психіатричне лікування у Комунальному підприємстві «Полтавський обласний психоневрологічний диспансер Полтавської обласної ради».

Критерії включення пацієнтів до дослідження:

- вимушений переїзд з Донецької, Луганської областей чи автономної республіки Крим у період 2014 – 2017 років;
- повнолітні особи;
- цивільні громадяни;
- письмова поінформована згода на участь у дослідженні.

Критерії виключення:

- наявність тяжкого психічного розладу;
- вік понад 65 років;
- особи, що приймали участь у бойових діях (військовослужбовці);
- супутня соматична патологія в гострому стані чи декомпенсації;
- залежність від психоактивних речовин, алкоголю;

- суїцидальна активність на поточний період та суїцидальні спроби в анамнезі.

Дане дослідження було проведено з дотриманням прав людини, згідно вимог сучасної біоетики. У відповідності до мети та завдань дослідження, пацієнтів розподілено на три групи.

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 ВПО з яких 55 (64, 0%) - жінки та 31 (36, 0 %) - чоловіки.

До II групи віднесено 72-х внутрішньо переміщених осіб з діагностованою психосоціальною дезадаптацією, серед яких жінки - 39 (54,2 %) та чоловіки – 33 (45,8 %).

III групу склали 30 здорових осіб, які були ВПО (контрольна група).

У таблиці 2.1. представлено загальну характеристику обстежених ВПО.

Табл. 2.1. Загальна характеристика обстежених ВПО.

Показник	Групи ВПО					
	І група (n=86)		ІІ група (n=72)		ІІІ група (n=30)	
	Абс. кільк.	%	Абс. кільк.	%	Абс. кільк.	%
Попередня олбасть проживання						
Донецька область	44	51,2	30	41,7	11	40,0
Луганська область	37	53,0	35	48,6	16	53,3
АР Крим	5	5,8	7	9,7	3	6,7
Жителі регіонів						
Міські	51	59,3	47	65,3	19	63,3
Сільські	35	40,7	25	34,7	11	36,7
Стать						
Чоловіки	31	36,0	33	45,8	10	33,3
Жінки	55	64,0	39	54,2	20	66,7
Вік обстежених						
18-29 років	19	22,1	10	13,9	9	30,0
30-39 років	28	32,6	25	34,7	11	36,7
40-49 років	25	29,1	23	31,9	7	23,3
50 -65 років	14	16,3	14	19,4	3	10,0
Освіта						
Середня	16	18,6	8	11,1	5	16,7
Середня спеціальна	29	33,7	28	38,9	13	43,3
Вища	37	43,0	34	47,2	11	36,7
Без освіти, незакінчена середня	4	4,7	2	2,8	1	3,3
Вид праці						
Інтелектуальна	33	38,4	27	37,5	10	33,3
Фізична	27	31,4	21	29,2	12	40,0
Безробітний/а	14	16,3	9	12,5	1	3,3
Студент/ка	8	9,3	10	13,9	5	16,7
Пенсіонер/ка	4	4,7	5	6,9	2	6,7
Сімейний стан						
У шлюбі	39	45,3	35	48,6	20	66,7
Розлучений/а	19	22,1	14	19,4	4	13,3
Неодружений/а	25	29,1	18	25,0	5	16,7
Вдовець/а	3	3,5	5	6,9	1	3,3
Матеріальний статус						
Високий	18	20,9	19	26,4	13	43,3
Середній	31	36,0	31	43,1	11	36,7
Нижче середнього	37	43,0	22	30,6	6	20,0
Обтяжена спадковість						
Обтяжена	11	12,8	7	9,7	1	3,3
Не обтяжена	75	87,2	65	90,3	29	96,7
Соматична патологія						
В стадії ремісії	49	57,0	34	47,2	8	26,7
Відсутня	37	43,0	38	52,8	22	73,3

Характеристика ВПО I групи. Серед пацієнтів I групи було жителів Донецької області - 44 (51,2%) ВПО, Луганської області – 37 (53,0%) ВПО, Автономної Республіки Крим – 5(5,8 %) ВПО. Міські жителі за попередньою реєстрацією місця проживання - 51 (59,3 %) ВПО, сільські – 35 (40,7 %) ВПО.

Серед ВПО I групи переважали жінки – 55 (64, 0%) ВПО по відношенню до чоловіків – 31 (36, 0 %) ВПО. Розподіл за віком був наступний: від 18 до 29 років – 4 (8,89%) ВПО; від 30 до 39 років – 9 (20,0%) ВПО; від 40 до 49 років – 22 (48,89%) ВПО; від 50 і старше – 12 (26,67%) ВПО. Середній вік обстежених на момент залучення до дослідження склав $38,6 \pm 5,1$ роки.

Найбільш уразливими віковими категоріями в I групі ВПО до психосоціальної дезадаптації та психогенного розладу були пацієнти наступних вікових груп: чоловіки з 41 до 50 років, 11 (35,5%) ВПО та жінки у віці від 31 до 40 років, відповідно 21 (38,2 %) ВПО. За даними спеціально розробленої анкети, саме ця вікова категорія достовірно частіш зустрічалася серед всіх обстежених ВПО.

При залученні пацієнтів до даного дослідження в першу групу було віднесено ВПО з діагностованою психосоціальною дезадаптацією та встановленим діагнозом у відповідності до критеріїв МКХ-10 з рубрики «Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади». Психогенні психічні розлади у поєднанні з психосоціальною дезадаптацією представлені тривожно-депресивним розладом, розладами адаптації, соматизованим розладом, посттравматичним стресовим розладом (ПТРС) та пролонгованою депресивною реакцією. Більш ретельно дані щодо ВПО I групи згруповано та подано у форматі таблиці 2.2.

Табл.2.2. Психічна непсихотична патологія, що діагностована у ВПО І групи.

Невротичний розлад у відповідності до МКХ-10 (F40 – F48)	Код (МКХ-10)	Абсолютна кількість пацієнтів	Відносний показник (%)
Змішаний тривожно-депресивний розлад	F 41.2	29	33,7
Розлади адаптації	F 43.2	21	24,4
Соматизований розлад	F 45.0	18	20,9
Посттравматичний стресовий розлад	F 43.1	10	11,6
Пролонгована депресивна реакція	F 43.24	8	9,3

При ретельному та поглибленому вивченні анамнезу захворювання ВПО встановлено, що тривалість психогенного розладу для обстежених І групи склала менш ніж 6 місяців - у 26 (30,2%) ВПО; від 6 місяців до 1 року – у 33 (38,4%) ВПО; від 1 до 2 років – у 19 (22,1%) ВПО, більше 2-х років – 8 (9,3 %) ВПО.

При вивченні сімейного анамнезу, з'ясовано, що у І групі ВПО переважали особи, які виховані у повних родинах – 55 (64,0 %), у неповних родинах виховувалися лише 28 ВПО (32,6%), а 3 (3,5 %) ВПО виховувалися без батьків, тобто непрямыми родичами чи в будинку-інтернаті.

За рівнем освіти пацієнти І групи розподілились наступним чином: вищу освіту отримало 37 (43,0%) ВПО, середню спеціальну – 29 (33,7%) ВПО, середню – 16 (18,6 %) ВПО, незакінчену середню чи без освіти – 4 (4,7 %) ВПО. Отже, серед ВПО даної групи переважали особи із вищою та середньою спеціальною освітою.

Більшість обстежених І групи займалися інтелектуальною працею – 51 (41,8 %) ВПО, фізично працювали 42 (34,42%) ВПО, досить значна частина були

безробітними 16 (13,11%), також 8 (6,56%) ВПО являлися студентами, і ще 5 (4,09%) ВПО були пенсійного віку.

За допомогою проведеного анкетування, з'ясовано, що у І групі на момент проведення дослідження переважали особи, які перебували в офіційному чи цивільному шлюбі 39 (45,3 %) ВПО, розлучених було 19 (22,1 %) ВПО, вдов чи вдовців – 3 (3,5 %) ВПО і ніколи не були у шлюбі 25 (29,1 %) ВПО.

Матеріальний статус І групи на момент дослідження 37 (43,0 %) ВПО оцінювало як нижче середнього, 31 (36,0%) ВПО вважали його середнім та 18 (20,9%) ВПО назвало високим. Важливо відзначити, що 67 (77,9 %) ВПО вважали, що матеріальний стан значно погіршився з часу вимушеного переселення.

У І групі обстежених у 26 (30,2%) ВПО було по одній дитині, у 33 (38,4%) ВПО – двоє, у 8 (9,3%) ВПО – троє або більше і 19 (22,1%) ВПО не мали дітей.

За результатами анкетування, встановлено, що окремо проживала родина у 29 (33,7 %) випадків, разом із батьками мешкали 17(19,8 %) ВПО сімей, з близькими родичами (брат, сестра, тітка) проживало 9 (10,5 %) ВПО, зі співмешканцями, які не мали родинних стосунків (орендоване помешкання, гуртожиток) проживало 12 (14,0 %) ВПО та проживали на самоті 19 (22,1 %) ВПО.

При вивченні анамнестично спадковості, слід відзначити, що пацієнти не мали достовірних відомостей про наявність психічної патології у родичів чи обтяженість психічною патологією, даний факт, як правило в сім'ях замовчувався. Серед ВПО І групи обтяжена спадковість спостерігалася у 11 (12,8 %) ВПО, 6 (7,0 %) ВПО близькі родичі лікувалися в психіатричній лікарні з тяжким психічним розладом, у 3 (3,5 %) ВПО родичі страждали на межові стани і зверталися до психіатрів та неврологів, 2 (2,3 %) ВПО відзначили смерть родича шляхом суїциду.

При проведенні обстеження соматичної сфери у ВПО І групи, встановлено, що 49 (57,0 %) мають супутньої соматичної патології, яка на поточний момент є в фазі ремісії. Виявлено захворювання серцево-судинної системи у 32 (37,2 %) ВПО, захворюваннями сечо-статевої системи – у 25 (29,1 %) ВПО,

захворюваннями шлунково-кишкового тракту – у 22 (25,6 %) ВПО, захворювання сполучної тканини – у 17 (19,8 %) ВПО, розлади з боку ендокринної системи – у 16 (18,6 %) ВПО, захворювання дихальних шляхів – у 9 (10,5 %) ВПО, інші захворювання – у 11 (12,8 %) ВПО.

Серед ВПО I групи виявлено тютюнопаління у 21 (24,4 %) ВПО та побутове пияцтво, що не сягало рівня алкогольної залежності та не мало клінічно значимого характеру - 9 (10,5 %) ВПО.

Характеристика ВПО II групи. ВПО II групи були вимушеними переселенцями з Донецької, Луганської областей та Криму, з діагностованою психосоціальною дезадаптацією різного ступеня вираження. ВПО II групи склали жителі Луганської області – 35 (48,6 %), Донецької області 30 (41,7%), Криму – 7 (9,7 %). Міські жителі переважали над сільськими – 47 (65,3 %) та 25 (34,7 %) ВПО відповідно.

У II групі визначено переважання жінок – 39 (54,2 %) ВПО у порівнянні з чоловіками – 33 (45,8 %) ВПО. Розподіл за віком наступний: від 18 до 29 років – 10 (13,9%) ВПО; від 30 до 39 років – 25 (34,7 %) ВПО; від 40 до 49 років – 23 (31,9 %) ВПО; від 50 до 65 років – 14 (19,4 %) ВПО. Середній вік ВПО II групи складав (39,1±4,7 роки). При проведенні аналізу не виявлено статистично значимої ($p=0,895$) відмінності розподілу з обстеженими I та III груп.

Значна більшість ВПО II групи виховувались у повних родинях – 51 (70,8 %), у неповних родинях виховувались – 19 (26,3 %) ВПО, без рідних батьків зростало 2(2,7 %) ВПО.

За рівнем освіти серед ВПО II групи спостерігався наступний розподіл: вищу освіту мали 34 (47,2 %) ВПО, середня спеціальна освіта була у 28 (38,9 %) ВПО, середня освіта у 8 (11,1 %) ВПО і без освіти були 2 (2,8 %) ВПО. Отже, переважна більшість обстежених мала вищу та середню спеціальну освіту.

Відносно зайнятості, в 27 (37,5 %) ВПО визначалася інтелектуальна праця, фізична робота – у 21 (29,2 %) ВПО, студентами були 10 (13,9 %) ВПО, пенсіонери – 5 (6,9 %) ВПО, і безробітні – 9 (12,5 %) ВПО.

Сімейний статус ВПО II групи визначено: в офіційному чи цивільному шлюбі перебувало 35 (48,6 %) ВПО, розлучених – 14 (19,4 %) ВПО, вдов чи вдовців – 5 (6,9 %) ВПО та неодружених – 18 (25,0 %) ВПО.

Матеріальний статус ВПО II групи оцінювали переважно як середній 31 (43,1 %) ВПО, високим визначили 19 (26,4 %) ВПО, нижче середнього свій статус оцінило 22 (30,6 %) ВПО.

Серед ВПО II групи по одній дитині мало 25 (34,7 %) ВПО, двоє – 22 (30,6 %) ВПО, троє і більше – 6 (8,3 %) ВПО, без дітей – 19 (26,4 %) ВПО.

Самостійно у власній родині проживало 26 (36,1 %) ВПО, разом з батьками мешкало 16 (22,2 %) ВПО, з іншими рідними проживало 9 (12,5 %) ВПО, з не рідними співмешканцями проживало 6 (8,3 %) ВПО, самотньо – 15 (12,8 %) ВПО.

У поточній групі обтяжена спадковість спостерігалася у 7 (9,7 %) ВПО, серед яких родичі мали тяжкий психічний розлад – 2 (2,7 %) ВПО, межовий невротичний розлад – 3 (4,1 %) ВПО, вчинили суїцид 2 (2,7 %) ВПО.

Коморбідна патологія серед ВПО II групи зафіксована у 34 (47,2 %) ВПО, серед них з боку серцево-судинної системи у 21 (29,2 %) ВПО, шлунково-кишкового тракту – у 18 (25,0 %) ВПО, сполучної тканини – у 14 (19,4 %) ВПО, дихальної системи – у 8 (11,1 %) ВПО, ендокринної системи – у 7 (9,7 %) ВПО, інші захворювання – у 7 (9,7%) ВПО. Тютюнопаління виявлено у 19 (26,4 %) ВПО, ознаки побутового пияцтва – у 3 (4,2 %) ВПО.

Характеристика ВПО III групи. До III групи обстежених належали здорові добровольці, які також були внутрішньо переміщеними особами з зони АТО (Донецької - 11 (36,7 %) та Луганської -16 (53,3 %) областей; Автономної республіки Крим -3 (10,0 %)). За результатами скринінгового відбору, у даних пацієнтів не діагностовано порушення у сфері психосоціальної дезадаптації та не виявлено будь-яких порушень психічного регістру. Пацієнти даної групи ніколи не зверталися за допомогою до психіатрів, не перебували на диспансерному нагляду психіатра та нарколога.

Серед обстеженого населення міські жителі значно переважали та склали 19 (63,3 %) ВПО, сільські жителі - 11 (36,7 %) ВПО. До III групи належали як чоловіки, так і жінки: чоловіків було 10 (33,3 %), жінок – 20 (66,7 %).

За віком дана група розподілена наступним чином, з 18 до 29 років – 9 (30,0 %) ВПО; з 30 до 39 років – 11 (36,7 %) ВПО; з 40 до 49 років – 7 (23,3 %) ВПО; від 50 і до 65 років – 3 (10,0 %) ВПО. Середній вік обстежених ВПО III групи склав $33,6 \pm 6,2$ роки.

Більшість обстежених III групи виховувались у повних родинях – 23 (76,7 %) ВПО, у неповних родинях виховувались – 6 (20,0 %) ВПО, 1 (3,3 %) ВПО була сиротою.

За рівнем освіти досліджувані III групи розподілились наступним чином: вищу освіту мали 10 (33,3 %) ВПО, середню спеціальну освіту – 13 (43,3 %) ВПО, середню освіту – 6 (20,0 %) ВПО і без освіти – 1 (3,3 %) ВПО. Таким чином, переважна більшість обстежених мала середню спеціальну та вищу освіту.

У III групі спостерігалася наступна картина трудової діяльності, зокрема більшість займалися фізичною працею 12 (40,0 %) ВПО, інтелектуальною працею – 10 (33,3 %) ВПО, у той час як безробітних визначалося лише 1 (3,3 %) ВПО, студенти склали 5 (16,7 %) ВПО і пенсіонери – 2 (6,7 %) ВПО.

Сімейний статус III групи: достовірно вищий відсоток спостерігався ВПО, які перебували у шлюбі – 21 (70,0 %) ВПО, розлучених та таких, що ніколи не були у шлюбі було менше – 4 (13,3 %) ВПО і 5 (16,7 %) ВПО відповідно, 1 (3,3 %) ВПО – вдовець.

Визначаючи суб'єктивне оцінювання ВПО III групи рівень їх матеріального статусу встановлено переважання ВПО з високим рівнем – 13 (43,3 %) ВПО, середній визначили 11 (36,7 %) ВПО, а низький – 6 (20,0 %) ВПО.

По одній дитині мали 9 (30,0 %) ВПО, по двоє дітей – 12 (40,0 %) ВПО, троє і більше – 3 (10,0 %) ВПО і бездітними було 6 (20,0 %) ВПО. У власній родині проживало 14 (46,7 %) ВПО, разом з батьками мешкало 6 (20,0 %) ВПО, з іншими

рідними проживало 3 (10,0 %) ВПО, з не рідними співмешканцями проживало 3 (10,0 %) ВПО, самотньо – 4 (13,3 %) ВПО.

Обтяженість спадковості в III групі відмітив лише 1 (3,3 %) ВПО, в якого родич покінчив життя самогубством.

У 8 (26,7 %) ВПО III групи встановлено наступні показники супутньої соматичної патології: у 4 (13,3 %) ВПО спостерігалася патологія серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту – у 5 (16,7 %) ВПО, дихальної

системи – у 1 (3,3 %) ВПО, сполучної тканини – у 3 (10,0 %) ВПО, ендокринної системи – у 2 (6,7 %) ВПО.

Тютюнопаління спостерігалася у 6 (20,0 %) ВПО, побутове пияцтво – у 2 (6,7 %) ВПО.

2.2. Методи дослідження внутрішньо переміщених осіб

Для реалізації поставленої мети та завдань проведено комплексне обстеження 188 ВПО, що включало наступні методи: інформаційно-аналітичний, соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний метод обробки.

Інформаційно-аналітичний метод застосований з метою накопичення досвіду з питань різноманітних аспектів формування психосоціальної дезадаптації, психогенних розладів у осіб, що зазнали вимушеного переселення чи внутрішнього переміщення, проаналізовано сучасні наукові матеріали з поглибленим вивченням основних концепцій та теорій виникнення і формування психосоціальної дезадаптації. Значну увагу приділено вивченню особливостей міграційних факторів та їх вплив на формування дезадаптації у людини. Проведено пошук оновлених та науково обґрунтованих з позицій доказової медицини фармакологічних, психотерапевтичних та психоосвітніх заходів лікування невротичних розладів, станів дезадаптації.

Соціально-демографічний метод обстеження пацієнтів передбачав розподіл пацієнтів за статтю, віком, рівнем освіти, місцем проживання, трудовою

зайнятстю, сімейним станом, житлово-побутовими умовами та матеріальним станом.

Для дослідження внутрішньо переміщених осіб розроблено та застосовано спеціальну анкету, з поглибленим та ретельним вивченням анамнезу життя пацієнта, що надала нам змогу почерпнути детальну інформацію. Анкета, що містила питання, котрі включали основні аспекти:

1. Демографічні дані про пацієнта: вік, отримана освіта, сімейний стан, наявність дітей, основна професія, професійна діяльність, статус зайнятості.

2. Інформація про внутрішнє переміщення (самотійно, з сім'єю, друзями чи є родичі/знайомі), умови проживання до переїзду та після, соціально-побутові умови проживання на поточний період, становище в сім'ї та характер сімейних стосунків, стосунки з оточенням, матеріальне забезпечення, основне джерело доходів, наявність факторів психотравми(гостра /хронічна).

3. Інформація про захворювання: вік початку захворювання, тривалість психогенного розладу, кількість амбулаторних звернень, госпіталізацій до стаціонару, тривалість госпіталізацій, тип перебігу захворювання, супутню патологію. (Додаток 1). Анкета вивчення внутрішньо переміщених осіб з психосоціальної дезадаптацією.

Клініко-анамнестичний метод включав детальне вивчення загальних анамнестичних відомостей пацієнтів, наявності супутньої сомато-неврологічної патології, спадкової обтяженості на психічні розлади. Додаткову інформацію щодо анамнестичних даних отримували з доступних для нас матеріалів історій хвороб, архівних історій хвороб за наявністю, амбулаторних карток, консультаційних записів лікарів-спеціалістів, медичних та клінічних психологів, від родичів та близьких.

Клініко-психопатологічний метод ґрунтувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження пацієнтів шляхом інтерв'ю та спостереження із подальшою верифікацією отриманих даних на підставі діагностичних критеріїв МКХ-10.

Психодіагностичний метод покликаний встановити причинно-наслідкові зв'язки між виявленими особливостями і симптомами в рамках психічного статусу обстежених ВПО. Даний метод доповнював клініко-психопатологічне дослідження та застосовувався з метою отримання кількісної оцінки клінічних показників. В рамках даного дослідження використано наступні методики:

- 1) «Шкала психосоціальної дезадаптації» за Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніковим (2016);
- 2) Методика визначення ступеня задоволеності власним функціонуванням у різних сферах I. Karler в адаптації Б. Д. Карвасарського (2016);
- 3) Методика оцінки інтеграційного показника якості життя J. Mezzich et al., (1999);
- 4) Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R), адаптований Н. В. Тарабриною зі співавт., (2001);
- 5) Шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HARS) (Краснов В.Н. зі співавт., 2008);
- 6) Шкала Гамільтона для оцінки депресії (HRDS) (Юр'єва Л.Н., 2006);
- 7) Характерологічний опитувальник К.Леонгарда - С.Шмішека (1970);
- 8) Шкала загального клінічного враження (Clinical Global Impression Scale – CGI-S) (1976);
- 9) Шкала загального клінічного враження про покращення стану (Clinical Global Impression - Improvement scale, CGI-I) (1976).

З метою діагностики психосоціальної дезадаптації у пацієнтів застосовувалась *«Шкала психосоціальної дезадаптації»* за Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніковим (2016) [18]. Дана шкала використовується для діагностики психосоціальної дезадаптації, визначення сфер порушення адаптації та встановлення ступеня тяжкості порушення дезадаптації.

Шкала заповнюється досліджуваним і складається з чотирьох блоків, які відповідають основним напрямкам порушеного психосоціального функціонування: сімейний, виробничий (службовий), економічний, інформаційний. До кожного

блоку входить десять тверджень з визначеної тематики, які пацієнт при ствердній відповіді відмічає одним балом, при негативній – нуль балів.

Таким чином, можливо визначити ступінь порушення психосоціальної дезадаптації у кожній з визначених сфер діяльності відповідно до кількості балів:

- 0 – 1 бал – адаптованість;
- 2 – 3 бали – межовий стан, група ризику дезадаптації;
- 4 – 6 балів – легкої тяжкості дезадаптація;
- 7 – 9 балів – середньої тяжкості дезадаптація;
- 10 – 12 балів – тяжка дезадаптація.

У разі виділення декількох піків встановлюється змішаний тип дезадаптації, тобто стан порушеної адаптації індивіда до навколишнього соціального середовища відбувався під впливом комплексу факторів.

«Шкала психосоціальної дезадаптації» дозволяє 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; будувати програму терапевтичних і реабілітаційних заходів з огляду на діагностовану структуру і тяжкість порушень адаптивних процесів.

Опитувальник «Ступінь задоволеності власним функціонуванням у різних сферах» I. Karler, в адаптації Б. Д. Карвасарського (2016) дає нам змогу встановити джерела труднощів у чотирьох сферах: у подружньому житті, у взаємовідносинах з родичами, у професійній та соціальній сферах [41]. Даний опитувальник застосований з метою доповнення та визначення конкретних джерел труднощів функціонування пацієнтів у різних сферах їхньої життєдіяльності, також надає змогу у подальшому встановити більш прицільні мішені психотерапевтичного впливу.

ВПО самостійно заповнюють бланк опитувальника, що складається з короткої інструкції та 45 тверджень. Кожне із 45 пунктів оцінюється за п'ятибальною шкалою, де 1 відповідає «абсолютно невірно», тобто твердження зовсім

не близьке до переживань пацієнта, ніяким чином не відноситься до нього, а 5 – «абсолютно вірно», що точно відображає проблеми та труднощі досліджуваної особи.

Згідно інтерпретації результатів теста джерело труднощів у сімейних відносинах визначають пункти 1-11, джерело труднощів у взаємовідносинах з родичами – 12-22 пункти, труднощі у професійній сфері – 23-34 пункти, а в соціальній сфері – 35-45 пункти.

В результаті, підсумовуються відмічені пацієнтом бали і встановлюється наявність чи відсутність труднощів у кожній із зазначених сфер. Амплітуда отриманих показників визначена у наступній градації:

- 11 – 22 бали – відсутність труднощів,
- 23 – 43 бали – відносні труднощі функціонування,
- 44 – 55 балів – виражені труднощі функціонування.

Шкала оцінки якості життя J. Mezzich зі співавт. (1999) застосована з метою оцінки не лише психічного стану ВПО, а й психологічного, на який мають вплив емоційне, фінансове та соціальне благополуччя [197]. Якість життя - це співвідношення положення індивідуума в суспільстві в контексті культури, систем цінностей оточуючого середовища та цілей самого індивідуума, його можливостей і ступеня загальної влаштованості, яке має взаємозв'язок з психосоціальною дезадаптацією. Дана суб'єктивна оцінка досліджуваного базується на його власному сприйнятті свого стану та змін, які відбуваються в процесі психосоціальних втручань, що може відрізнитися від бачення лікаря.

Методика складається з 10 шкал, що характеризують різні спрямованості життя з градацією від 0 – «дуже погано» до 10 – «дуже добре». У кожному пункті досліджуваний самостійно обводить найбільш близький йому за відчуттями бал, оцінюючи свою якість життя на даний момент у різних сферах функціонування. Після чого, лікар на тому ж бланці, але іншим кольором або позначенням, ставить свою оцінку якості життя пацієнта по кожному з десяти пунктів. Таким чином, методика дозволяє оцінити основні компоненти якості життя досліджуваного із суб'єктивної та об'єктивної точки зору.

Дана методика охоплює три основних компоненти якості життя:

1. Суб'єктивне благополуччя / задоволеність - шкали «фізичне благополуччя», «психологічне / емоційне благополуччя», «загальне сприйняття життя»;

2. Виконання соціальних ролей - шкали «самообслуговування і незалежність дій», «міжособистісна реалізація», «працездатність»;

3. Оцінка зовнішніх життєвих умов - шкали «соціо-емоційна підтримка», «громадська та службова підтримка» і «духовна реалізація».

Середнє арифметичне показників окремих шкал складають інтегративний показник якості життя. За допомогою даної шкали оцінюються основні компоненти показників якості життя ВПО, що дозволяє нам скласти більш цілісну картину стану ВПО. Критерій якості життя є інформативним для розробки оптимальних методів лікування та реабілітації пацієнтів.

Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R), адаптований Н. В. Тарабриною зі співавт., 2001 – клінічна тестово-скринінгова методика, призначена для оцінки психологічного симптоматичного статусу широкого кола індивідумів, включаючи як особистостей з групи «норми», так і різноманітні типи пацієнтів, від загального профілю до індивідумів з психічними розладами [92].

Бланк SCL-90-R – методики містить коротку інструкцію та 90 пунктів, які заповнює сам пацієнт. Кожне із 90 питань оцінюється за п'ятибальною шкалою, де 0-ю відповідає позиція «зовсім немає», а 4-ьом - «дуже сильно». Досліджуваному потрібно обвести кружком номер тієї відповіді, яка найбільш точно описує ступінь їх дискомфорту або стривоженості у зв'язку з тією чи іншою проблемою протягом останнього тижня, включаючи поточний день.

Згідно інтерпретації опитувальника усі 90 тверджень згруповані у 12 шкал. Перші 9 шкал є базовими, останні 3 – додаткові шкали другого порядку.

Результати методики SCL-90-R інтерпретовані на трьох рівнях: загальна вираженість психопатологічної симптоматики, вираженість окремих шкал та вираженість окремих симптомів.

Додаткові шкали індексу дистресу – три узагальнених індекси дистресу: загальний індекс тяжкості (GSI); індекс наявного симптоматичного дистресу (PSDI); загальне число ствердних відповідей (PST). Функцією кожного з них є приведення до єдиного масштабу рівня і глибини особистісної психопатології. Кожен індекс робить це деяким особливим способом і відображає якісь окремі аспекти психопатології.

Загальний індекс тяжкості симптомів (GSI) є найкращим індикатором поточного стану і глибини розладу, його слід використовувати в більшості випадків, де потрібен узагальнений одиничний показник. GSI є комбінацією інформації про кількість симптомів і інтенсивність пережитого дистресу.

Індекс наявного симптоматичного дистресу (PSDI) є виключно мірою інтенсивності стану, що відповідає кількості симптомів. Цей показник працює в основному як індикатор типу реагування на взаємодію: чи підсилює пацієнт або применшує симптоматичний дистрес при відповідях.

Загальна кількість ствердних відповідей (PST) – виключно підрахунок кількості симптомів, на які пацієнт дає позитивні відповіді, - тобто кількість тверджень, для яких випробуваний зазначає хоч якийсь рівень вище нульового.

Шкала Гамільтона для оцінки депресії (англ. Hamilton Rating Scale for Depression, скор. HRDS) – широко застосовується у світовій практиці науковцями та клініцистами, призначена для кількісної оцінки депресивного стану пацієнта, використовується у процесі діагностики, та в ході лікування. Застосовується у даному дослідженні з метою діагностики депресивного розладу та його кількісної оцінки у ВПО [154].

Методика заповнюється виключно клініцистом, має 21 пункт, які складають депресивний симптомокомплекс: настрій, почуття провини, суїцидальні наміри, раннє, середнє і пізнє безсоння, працездатність, загальмованість, ажитація, психічна тривога, соматична тривога, шлунково-кишкові симптоми, загальносоматичні симптоми, генітальні симптоми, іпохондрія, втрата апетиту і ваги, критика до хвороби.

Для оцінки ступеня тяжкості депресії враховуються сумарний бал лише перших 17-ти пунктів, останні 4 служать для оцінки додаткових симптомів та

визначення підтипів депресивного розладу. Отже, 0-7 балів свідчить про норму; 8-13 – легкий депресивний розлад; 14-18 – депресивний розлад середнього ступеня тяжкості; 19-22 – депресивний розлад тяжкого ступеня вираженості; більше 23 балів – депресивний розлад вкрай тяжкого ступеня вираженості [154].

Шкала Гамільтона для оцінки тривоги (англ. The Hamilton Anxiety Rating Scale, скор. HARS) – клінічна шкала, яка застосована для виявлення та вимірювання кількісного показника тяжкості тривожних розладів у ВПО [155].

Дана шкала заповнюється особисто лікарем-психіатром, складається з наступних 14 пунктів, кожен з яких означає певний симптом: тривожний настрій, напруга, страхи, інсомнія, інтелектуальні порушення, депресивний настрій, соматичні м'язові симптоми, соматичні сенсорні симптоми, серцево - судинні симптоми, респіраторні симптоми, гастроінтестинальні симптоми, сечостатеві симптоми, вегетативні симптоми, поведінка при огляді. Перші шість пунктів оцінюються окремо як прояви тривоги у сфері психіки, а інші вісім – як прояви тривоги в соматичній сфері. Кожен показник оцінюється за однаковою 5-ти бальною шкалою, від 0 (відсутній) до 4 (тяжкий). Підраховується сумарний бал, де менше 17 балів є свідченням про відсутність тривоги, 18-24 балів – про середню вираженість тривожного розладу, 25 балів і вище – про важку тривогу.

Характерологічний опитувальник К. Леонгард - Н. Шмьєшечек (1970) – методика вивчення акцентуацій особистості, за результатами якої визначався профіль особистісної акцентуації усіх ВПО, який враховував наявність певного виду акцентуації на рівні ознаки, тенденції чи явно присутньої характеристики. Теоретичною основою методики є концепція К. Леонгарда «акцентуєваних особистостей», згідно якої усі риси характеру розділяються на основні та додаткові [12]. Акцентуєваними К. Леонгард називає осіб, у яких основні риси яскраво виражені. Саме ці риси складають стержень особистості, так як визначають її розвиток, процеси адаптації та психічний стан, при значній вираженості вони характеризують людину в цілому. У разі впливу несприятливих та нових для особи факторів основні риси можуть набути патологічного характеру, що є підґрунтям формування різноманітних патологічних станів.

ВПО згідно методики запропоновано 88 питань, на які потрібно надати відповіді «так» чи «ні»з обмеженням часу, поставивши відповідно «+», «-». Після обробки даних відповідно до ключа набрані бали вище 12 свідчать про наявність акцентуації, уже про виражену акцентуацію характеру свідчили 18 і більше балів, максимальний бал – 24. За допомогою опитувальника К.Леонгарда - С.Шмішека визначали 10 типів характеру, які доволіно розділені на дві групи, а саме: акцентуації характеру (демонстративний, педантичний, збудливий, застрягаючий) та акцентуації темпераменту (гіпертимний, циклотимний, дистимний, тривожно - фобічний, емотивний, афективно - екзальтований) [13].

Шкала загального клінічного враження (Clinical Global Impression Scale – CGI-S) – створена у Національному інституті психічного здоров'я США у 1976 році. Через універсальність її субшкал вона широко використовується в клінічних дослідженнях як в області психіатрії, так і в загальній медицині.

Шкала CGI складається із трьох субшкал, які відображають оцінку тяжкості стану пацієнта, загальний його ступінь покращення та субшкали індекса ефективності, що розраховується по балам ступеня терапевтичного ефекту та ступеня вираженості побічної дії препарату. Враховуючи мету даного дослідження, було застосовано дві субшкали.

Шкала загального клінічного враження про тяжкість захворювання (Clinical Global Impression - Severity of Illness scale, CGI-S) заповнювалася лікарем-психіатром шляхом оцінки тяжкості стану пацієнта за 7-ми бальною системою.

Шкала загального клінічного враження про покращення стану (Clinical Global Impression - Improvement scale, CGI-I) – використовували для дослідження динаміки стану пацієнта під час терапії. CGI-I також є 7-бальною шкалою, що потребувала від лікаря оцінки стану пацієнта в бік покращення або погіршення у порівнянні з початковим станом.

Статистична обробка дослідження.

Великий обсяг інформації, її різноманіття та багатогранність унеможливають безмашинний аналіз, тому відповідно до задач дослідження було проведено статистичну обробку та аналіз отриманих результатів на

персональній ЕОМ IBM PC/AT за допомогою програми Excel пакету Microsoft Office 2010.

Якісні показники були представлені у вигляді абсолютних значень (n) та відсотків (%). Множинні зіставлення якісних показників в незв'язаних групах проводили за допомогою точного критерію Фішера.

Статистичну обробку результатів дослідження було виконано із визначенням середньої величини (M), похибки середньої величини (m), середньоквадратичного відхилення (σ). Достовірність відмінностей аналізувалася методом порівняння двох показників (t – критерій Ст'юдента), за допомогою яких визначалася значущість відмінностей груп за середнім значенням будь-якого показника.

Статистична значущість відмінностей між групами обчислювалася за допомогою непараметричних критеріїв хі-квадрат Пірсона у таблицях співпряженості.

Висновки до розділу 2.

1. Для дослідження психосоціальної дезадаптації та діагностики невротичної патології у ВПО застосовано комплекс клініко-психопатологічних та психодіагностичних методик, що дозволило максимально повно вирішити сформульовані наукові задачі, що спрямовані на подальшу розробку комплексної системи реабілітації ВПО.

2. Психосоціальну дезадаптацію діагностовано у 86 ВПО I групи, що становило (45,7%) від загальної кількості обстежених ВПО (n = 188) та у 72 ВПО (38,3%) II групи.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях автора:

- Halchenko A. Clinical features in internally displaced persons with adjustment disorders / A.Halchenko // ECNP Seminar in Neuropsychopharmacology – 2018, 20 – 22 of April 2018, Odessa, Ukraine. P.40.

- Гальченко А.В. Виявлення непсихотичних психічних порушень у внутрішньо переміщених осіб/ Міжнародна наукова конференція студентів, молодих вчених та спеціалістів/ «Актуальні питання сучасної медицини», 28 – 29 березня 2019 р., м. Харків. С. 66.

РОЗДІЛ 3. ВІДМІННОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Під час комплексного та всебічного обстеження ВПО психосоціальна дезадаптація вивчалася з урахуванням якості життя, особливостей соціального функціонування у різноманітних сферах. Таким чином, для ВПО I та II груп проведено психодіагностичне обстеження, що включало такі методики:

- 1) «Шкала психосоціальної дезадаптації» за Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніковим (2016);
- 2) Шкала оцінки якості життя Н. Mezzich зі співавт. (1999);
- 3) Опитувальник «Ступінь задоволеності власним функціонуванням у різних сферах» І. Karler, в адаптації Б.Д. Карвасарського (2016).

3.1. Вивчення психосоціальної дезадаптації у ВПО за результатами «Шкали психосоціальної дезадаптації» за Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніковим (2016)

Після отримання поінформованої згоди від пацієнтів на участь у цьому дослідженні їх обстежили на наявність психосоціальної дезадаптації. Була застосована «Шкала психосоціальної дезадаптації», за результатами якої встановлено кількість вражених сфер усіх обстежених ВПО, що відображено в табл. 3.1.

Таблиця 3.1. Кількість вражених сфер ВПО за «Шкалою психосоціальної дезадаптації»

Кількість уражених сфер	I група (n = 86)		II група (n = 72)		III група (n = 30)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Адаптованість	0	0	0	0	26	86,7
Межовий стан	0	0	0	0	4	13,3
Одна сфера діяльності	15	17,4	17	23,6	0	0
Дві сфери діяльності	26	30,0	21	29,2	0	0
Три сфери діяльності	31	36,2	26	36,1	0	0
Чотири сфери діяльності	14	16,3	8	11,1	0	0

Серед ВПО I групи соціально адаптованих та з межовим станом осіб не виявлено, згідно з дизайном дослідження, порушення в одній сфері діяльності встановлено у 15 ВПО (17,4%), у двох сферах діяльності – у 26 (30,0%), у трьох сферах діяльності – у 31 (36,2%), в чотирьох сферах діяльності, або тотальна дезадаптація виявлена у 14 ВПО (16,3%). Таким чином, у більшості ВПО I групи – у 71 ВПО (82,6%) діагностовано змішаний варіант дезадаптації, який є комбінованим порушенням у декількох сферах одночасно.

Слід зазначити, що при ураженні лише однієї сфери життєдіяльності 15 ВПО (17,4%) виокремлено інформаційний варіант дезадаптації – у 6 ВПО (7,0%), економічний – у 5 (5,8%), сімейний – у 3 (3,5%), виробничий (службовий) варіант дезадаптації – в 1 ВПО (1,2%).

Серед ВПО II групи, до яких теж включено лише дезадованих осіб, порушення в одній сфері діяльності встановлено у 17 ВПО (23,6%), у двох сферах діяльності – у 21 (29,2%), у трьох сферах діяльності – у 26 (36,1%), у чотирьох сферах діяльності – у 8 ВПО (11,1%). Загалом змішаний варіант дезадаптації виявлений у більшості осіб II групи – у 55 ВПО (76,4%).

При ураженні однієї сфери функціонування у ВПО II групи спостерігався такий розподіл: економічний варіант – у 7 ВПО (9,7 %), виробничий – у 4 (6,9 %), інформаційний – у 4 (6,9 %), сімейний варіант дезадаптації – у 2 ВПО (2,8 %).

Серед ВПО III групи виявлено 26 адаптованих осіб (86,7%), у 4 ВПО (13,3%) встановлено межовий стан, тобто ризик соціальної дезадаптації, у таких сферах функціонування: економічній – у 2 ВПО (6,7%), інформаційній та виробничій – по 1 ВПО (3,3%), у сімейній сфері дезадаптації не виявлено.

З урахуванням того, що до III групи включені ВПО, показники яких не досягали клінічно окресленої психосоціальної дезадаптації у жодній зі сфер, ми прицільно досліджували I та II групи ВПО з виявленою психосоціальною дезадаптацією.

Результати вивчення психосоціальної дезадаптації у ВПО I групи викладені в табл. 3.2.

Таблиця 3.2. Результати вивчення психосоціальної дезадаптації у ВПО I групи (n = 86)

Варіант дезадаптації	Легка тяжкість		Середня тяжкість		Тяжкий перебіг		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Економічна	17	19,8	24	27,9	22	25,6	63	73,3
Інформаційна	27	31,4	26	30,2	17	19,8	70	81,4
Сімейна	18	20,9	16	18,6	14	16,3	48	55,8
Виробнича	21	24,4	18	20,9	13	15,1	52	60,5

Економічний варіант дезадаптації у ВПО I групи було виявлено у 63 осіб (73,3%), за тяжкістю перебігу розподіл такий: легкої тяжкості – у 17 ВПО (19,8%), середньої тяжкості – у 24 (27,9%), тяжкий перебіг – у 22 ВПО (25,6%). Інформаційний варіант дезадаптації встановлений у 70 ВПО (81,4%), з них легкої тяжкості – у 27 ВПО (31,4%), середньої тяжкості – у 26 (30,2%), тяжкий перебіг – у 17 ВПО (19,8%). Сімейний варіант дезадаптації продемонстрували 48 ВПО (55,8%), з них легкої тяжкості – 18 ВПО (20,9%), середньої тяжкості – 16 (18,6%),

тяжкий перебіг – 14 ВПО (16,3%). Виробничий варіант встановлений у 52 ВПО (60,5%), серед яких легкої тяжкості – у 21 ВПО (24,4%), середньої тяжкості – у 18 (20,9%), тяжкий перебіг – у 13 ВПО (15,1%)

Під час дослідження встановлено кореляцію між непсихотичною психічною патологією та варіантами психосоціальної дезадаптації. Відсотковий розподіл варіантів дезадаптації у ВПО I групи відповідно до нозологічних одиниць представлений на рис. 3.1.

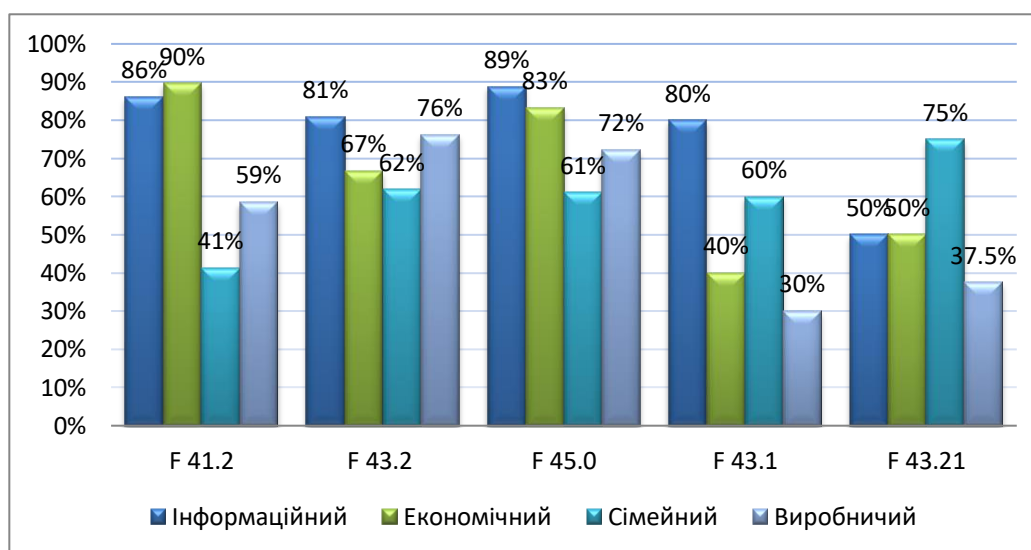


Рис.3.1. Структурний розподіл варіантів психосоціальної дезадаптації по нозологіям у ВПО

При змішаному тривожно-депресивному розладі (F 41.2) встановлено високий кореляційний зв'язок з дезадаптаційними порушеннями в інформаційній сфері – у 25 ВПО, що становило 86,2% від загальної кількості ВПО з таким діагнозом ($n = 29$). За тяжкістю перебігу переважали середня – у 12 ВПО (41,3%) та легка тяжкість – у 8 (27,6%), тяжкий перебіг зафіксовано у 4 ВПО (13,8%). Також виявлена висока кореляція з економічним варіантом дезадаптації, що спостерігався у 26 ВПО (89,7%), але в цьому випадку переважав тяжкий перебіг у 11 ВПО (37,9%), середній визначався у 8 ВПО (27,6%), легкий – у 7 ВПО (24,2%). Сімейний варіант дезадаптації визначався у 12 ВПО (41,4%), з них у легкій тяжкості – у 4 (13,7%), у середній – у 5 (17,2%), у тяжкому перебігу – у 3 ВПО (10,4%). Виробничий варіант дезадаптації встановлено у 17 ВПО (58,6%), серед яких у легкій тяжкості – у 8 ВПО (27,6%), у середній – у 4 (13,8%), у тяжкому

перебігу – у 5 ВПО (17,2%). Кореляційний зв'язок між цим невротичним розладом та сімейним і виробничим варіантом дезадаптації слабкий.

Економічний варіант дезадаптації при змішаному тривожно-депресивному розладі характеризувався такими проявами: незадоволення станом свого добробуту – у 28 ВПО (96,5%); зменшення прибутків за останній рік – у 22 (76%); наявність проблем через недостатній рівень доходів – у 20 (69%); надмірна зосередженість на тому, як збільшити свої доходи, – у 17 (59%) та погіршення настрою від думок про рівень своїх доходів – у 16 ВПО (55%). Крім того, у 13 ВПО (45%) відзначалися різноманітні сумніви та страхи як варіанти прогнозу свого майбутнього.

Інформаційний варіант дезадаптації у ВПО зі змішаним тривожно-депресивним розладом мав такі прояви: незадоволення отримуваною інформацією – у 26 ВПО (89,7%); поверненням думками до аналізу отриманої інформації — у 24 (83%); надмірна емоційна сприйнятливості нової інформації – у 19 (66%); псування настрою через отриману інформацію – у 16 ВПО (55%). У ВПО спостерігалось певне викривлення процесу сприйняття та переробки інформації, внаслідок чого вони відчували себе безпорадними. Водночас вони намагалися бути насторожі, володіти максимальною інформацією для отримання максимального контролю ситуації навколо них, що викликало ще більшу напругу. Такий процес формував «замкнене коло».

Розлади адаптації (F 43.2) високо корелювали з інформаційним варіантом дезадаптації у 17 ВПО, що становить 81,0% від усіх ВПО із цим діагнозом ($n = 21$), а також з виробничим варіантом дезадаптації — у 16 ВПО (76,2%). За тяжкістю перебігу у випадку інформаційного варіанта переважала легка тяжкість у 8 ВПО (38,1%), середня тяжкість – у 6 (28,6%), тяжкий перебіг – у 3 ВПО (14,3%). При виробничому варіанті серед 16 ВПО (76,2%) домінувала середня тяжкість прояву дезадаптації – у 8 ВПО (38,1%), легка тяжкість – у 5 (23,8%), тяжкий перебіг – у 3 ВПО (35,7%). Економічний варіант дезадаптації визначався у 14 ВПО (66,7%), з них у легкій тяжкості – у 5 ВПО (23,8%), у середній – у 5 (23,8%), у важкому перебігу – у 4 ВПО (19,0%). Сімейний варіант дезадаптації

встановлено у 13 ВПО (61,9%), серед яких у легкій тяжкості – у 5 ВПО (23,8%), у середній – у 2 (9,5%), у тяжкому перебігу – у 6 ВПО (28,6%).

Для таких пацієнтів характерні соціальна пасивність, зниження мотивації, певна соціальна ізоляція. Проявами змішаної психосоціальної дезадаптації при розладах адаптації із переважанням інформаційного та економічного варіанта були: незадоволеність життєвими обставинами – у 19 ВПО (90,5%); песимістичне бачення навколишнього – у 17 (80,9%); переважанням негативних емоцій, актуалізації у свідомості негативних аспектів дійсності, пасивності та відсутності бажання протистояти життєвим проблемам – у 13 ВПО (61,9%). Зовнішня динамічність дійсності не відповідала внутрішньому браку емоцій та інтелектуальній включеності в події, втраті особистісної значущості. Відчуття неконтрольованості свого нового життєвого укладу викликало роздратованість, психічну напруженість, песимістичні погляди на майбутнє та нібито свою відстороненість від реальності, що знижувало адаптивні ресурси особистості та, зокрема, негативно впливало на професійну діяльність, спілкування з колегами.

Соматизований розлад (F 45.0) демонстрував високу кореляцію з інформаційним варіантом дезадаптації і був виявлений у 16 ВПО (88,9%) з відповідним розладом ($n = 18$), з переважанням середньої тяжкості у 7 ВПО (38,9%), легкої тяжкості – у 5 (27,8%) та тяжкого перебігу – у 4 ВПО (22,2%). Економічний варіант дезадаптації визначався у 15 ВПО (83,3%), з них у легкій тяжкості – у 5 ВПО (27,8%), у середній – у 6 (33,3%), у тяжкому перебігу – у 4 ВПО (22,2%). Виробничий варіант дезадаптації встановлено у 13 ВПО (72,2%), серед яких у легкій тяжкості – у 7 ВПО (38,9%), у середній – у 2 (11,1%), у тяжкому перебігу – у 4 ВПО (22,2%). Сімейний варіант дезадаптації встановлено у 11 ВПО (61,1%), з них у легкій тяжкості – у 5 ВПО (27,8%), у середній – у 3 (16,7%), у тяжкому перебігу – у 3 ВПО (16,7%).

Інформаційний варіант дезадаптації із соматизованим розладом характеризувався такими проявами: надмірна емоційна сприйнятливості нової інформації – у 17 ВПО (94,4%); погіршення працездатності, сну або апетиту через думки про отриману інформацію – у 15 (83%) та поява тремтіння, пітливості,

серцебиття – у 14 ВПО (78%). ВПО з економічним варіантом дезадаптації демонстрували незадоволення станом свого добробуту – 16 ВПО (89%); тремтіння, пітливість, серцебиття через думки про стан доходів – 14 (78%).

У ВПО з *ПТСР (F 43.1)* встановлена висока кореляція з інформаційним варіантом дезадаптації – у 8 ВПО, що становить більшість (80%) пацієнтів з цим розладом ($n = 10$). До того ж, слід зазначити, що при цій патології переважав тяжкий перебіг інформаційної дезадаптації — у 5 ВПО (50%), легка тяжкість відмічена у 1 (10%), середня – у 2 ВПО (20%). Економічний варіант дезадаптації визначався у 4 ВПО (40%), з них у легкій тяжкості – у 1 ВПО (10%), у середній – у 2 (20%), у тяжкому перебігу – у 1 ВПО (10%). Сімейний варіант дезадаптації встановлено у 6 ВПО (60%), серед них у легкій тяжкості – у 3 ВПО (30%), у середній – у 2 (20%), у тяжкому перебігу — у 1 ВПО (10%). Виробничий варіант дезадаптації встановлено у 3 ВПО (30%), серед яких у легкій тяжкості — у 1 ВПО (10%) ВПО, у середній – у 2 (20%), у тяжкому перебігу не зафіксовано.

Зокрема, ВПО самоізолювалися від суспільства з метою блокування потоку інформації політичного змісту, обговорення ситуації на Сході країни, оскільки це викликало у них негативні емоції, песимістичні настрої щодо свого майбутнього – у 10 ВПО (100%), відчуття безпорадності та власної неповноцінності виникало у 9 ВПО (90%), втрачалася довіра до держави. Через конфлікт інтересів, суперечність отриманої інформації з актуальними реаліями такі особи значно звужували своє коло спілкування, комунікативні контакти ставали поверхневими і нетривалими. Пацієнти закривалися у власному світі переживань, відгороджуючись від близьких, чим провокували непорозуміння та сімейні сварки.

Пролонгована депресивна реакція (F 43.21) корелювала з сімейним варіантом дезадаптації – у 6 ВПО, тобто 66,7% від ВПО з цією патологією ($n = 9$). При сімейному варіанті домінувала середня тяжкість прояву дезадаптації у 4 ВПО (44%), легка тяжкість – у 1 (11%), тяжкий перебіг – у 1 ВПО (11%). Економічний варіант встановлений у 4 ВПО (44%), за тяжкістю перебігу середня спостерігалася у 3 ВПО (33%), легка тяжкість – у 1 (11%), важкий перебіг не виявлений. Інформаційний варіант дезадаптації визначався у 4 ВПО (44%), з них у легкій

тяжкості – у 2 ВПО (22%), у середній – у 1 (11%), у тяжкому перебігу – у 1 ВПО (11%). Виробничий варіант дезадаптації встановлено у 3 ВПО (33%), серед яких легка тяжкість не виявлена, середня виявлена у 2 ВПО (22%), тяжкий перебіг виявлено у 1 (11%).

Поширеними проявами сімейного варіанта дезадаптації серед ВПО були: незадоволення станом сімейних стосунків – у 9 ВПО (100%); песимізм стосовно майбутнього сім'ї – у 7 (78%); спілкування із сім'єю викликало погіршення працездатності, сну або апетиту – у 6 (67%) та появу тремтіння, пітливості, серцебиття – у 4 ВПО (44%).

Результати дослідження ВПО II групи згідно зі «Шкалою психосоціальної дезадаптації» представлені у табл. 3.3.

Таблиця 3.3. Результати вивчення психосоціальної дезадаптації у ВПО II групи (n = 72)

Варіант дезадаптації	Легка тяжкість		Середня Тяжкість		Тяжкий перебіг		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Інформаційна	23	31,9	15	20,8	8	11,1	46	63,9
Економічна	17	23,6	26	36,1	11	15,3	54	75,0
Сімейна	18	25,0	14	19,4	9	12,5	41	56,9
Виробнича	10	13,9	7	9,7	16	22,2	33	45,8

II група складалася з ВПО, в яких діагностовано клінічно окреслену психосоціально дезадаптацією (n = 72). Економічний варіант дезадаптації у ВПО цієї групи визначався у 54 ВПО (75,0%), за тяжкістю перебігу розподіл такий: легкої тяжкості – у 17 ВПО (23,6%), середньої тяжкості – у 26 (36,1%), тяжкий перебіг – у 11 ВПО (15,3%). Інформаційний варіант дезадаптації спостерігався у 46 ВПО (63,9%), з них легкої тяжкості – у 23 ВПО (31,9%), середньої тяжкості – у 15 (20,8%), тяжкий перебіг – у 8 ВПО (11,1%). Сімейний варіант дезадаптації встановлений у 41 ВПО (56,9%), з них легкої тяжкості – у 18 ВПО (25,0%),

середньої тяжкості – у 14 (19,4%), тяжкий перебіг – у 9 ВПО (12,5%). Виробничий варіант дезадаптації встановлений у 33 ВПО (45,8%), серед яких легкої тяжкості – у 10 ВПО (13,9%), середньої тяжкості – у 7 (9,7%), тяжкий перебіг – у 16 ВПО (22,2%). Отже, для ВПО II групи домінуючими були економічний та інформаційний варіанти дезадаптації.

У ВПО II групи достовірно менше ($p < 0,05$) фіксувався тяжкий перебіг психосоціальної дезадаптації порівняно з ВПО I групи, де переважали середня тяжкість та тяжкий перебіг психосоціальної дезадаптації.

З метою вивчення особливостей психосоціальної дезадаптації в аспекті гендерних відмінностей ми порівняли показники чоловіків та жінок I групи. Зокрема, рис. 3.2 відображає узагальнений структурний розподіл варіантів дезадаптації серед чоловіків та жінок I групи.

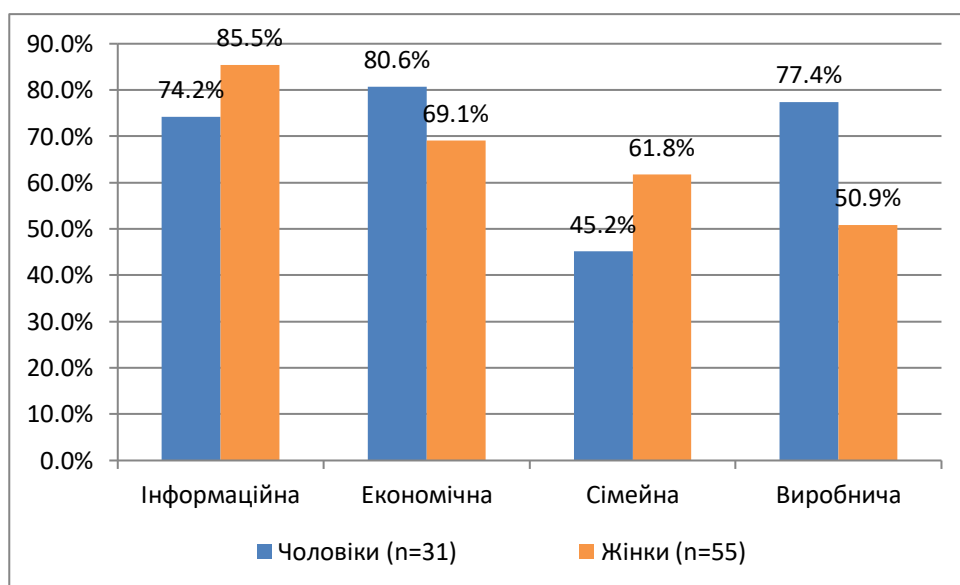


Рис. 3.2. Структурний розподіл дезадаптації серед чоловіків та жінок I групи

Серед чоловіків I групи превалював економічний варіант психосоціальної дезадаптації, він встановлений у 25 ВПО, що складає 80,6% від загальної кількості чоловіків у цій групі ($n = 31$), на другому місці виробничий варіант – у 24 ВПО (77,4%), інформаційний – у 23 (74,2%) та сімейний – у 14 ВПО (45,2%).

Серед жінок спостерігався такий розподіл: у більшості випадків встановлений інформаційний варіант дезадаптації – у 47 ВПО, що становило

85,5% від загальної кількості жінок ($n = 55$), на другому місці економічний варіант – у 38 ВПО (69,1%), сімейний – у 34 (61,8%) та виробничий – у 28 ВПО (50,9%).

Встановлено, що достовірно частіше ($p < 0,05$) у чоловіків спостерігався виробничий варіант дезадаптації, натомість у жінок превалював сімейний варіант дезадаптації. Зокрема, чоловіки I групи переважно висловлювали незадоволеність своєю професійною діяльністю – 18 ВПО (58,1%) (при $n = 31$); стверджували, що змушують себе продовжувати професійну діяльність вольовим зусиллям, – 16 (51,6%); зазначали, що розмови про роботу погіршують настрій, – 13 (41,9%), а думки про роботу погіршують працездатність, сон та апетит у 10 ВПО (32,3%). Жінки, у свою чергу, акцентували увагу на незадовільних сімейних відносинах – 38 ВПО (69,0%) (при $n = 55$), погіршення стосунків з чоловіком за останній рік – 26 (47,3%), надмірна зосередженість думок над тим, як покращити стан сімейних відноси, проявлялася у 35 (63,6%), вважали, що відносини в інших сім'ях кращі, 20 ВПО (36,4%).

3.2. Якість життя внутрішньо переміщених осіб за результатами «Шкали оцінки якості життя Н. Mezzich зі співавт. (1999)»

З урахуванням комплексного підходу до ВПО застосовано оцінювання якості життя за шкалою Н. Mezzich зі співавт. (1999). Якість життя обумовлюють об'єктивні та суб'єктивні показники, такі як благополуччя, упевненість у належній допомозі, надійність, захищеність, підтримка соціуму, надія на майбутнє тощо. Ці показники відображають ступінь взаємодії ВПО в загальній системі оточуючого середовища, суспільства, культури, демонструють ступінь можливостей особи, її загальної влаштованості, що має тісний зв'язок з рівнем психосоціальної адаптованості та виявленням можливих ресурсів стресостійкості.

Шкала оцінки якості життя J. Mezzich була включена у набір опитувальників, наданих ВПО усіх груп. Порівняльна характеристика якості життя ВПО представлена в табл. 3.4.

Таблиця 3.4. Порівняльна характеристика якості життя ВПО

Показник якості життя	I група (n = 86)	II група (n = 72)	III група (n = 30)
	M±σ (бали)	M±σ (бали)	M±σ (бали)
1. Фізичне благополуччя	5,8±2,2	6,8±1,9	7,6±1,0
2. Психол./емоційне благополуччя	3,9±1,1	6,0±1,2	8,2±0,9
3. Самообслуговування і незалежність дій	7,3±1,7	7,8±1,3	8,8±0,7
4. Працездатність	5,8±1,6	6,5±2,0	7,9±1,3
5. Міжособистісна взаємодія	4,6±1,8	7,3±1,5	8,0±1,8
6. Соціо-емоційна підтримка	6,0±1,3	5,8±1,7	6,8±1,6
7. Суспільна та службова підтримка	5,4±1,6	5,6±1,6	7,7±1,5
8. Особистісна реалізація	4,9±2,0	6,3±1,8	7,0±1,7
9. Духовна реалізація	6,4±1,1	6,7±1,3	7,1±1,3
10. Загальне сприйняття життя	3,7±1,8	5,9±1,7	8,6±1,4
Інтегративний показник	53,8±9,5	64,7±8,3	77,7±6,8

Середні показники якості життя ВПО I групи були такими: фізичне благополуччя (відсутність болю та фізичних проблем) – (5,8±2,2) балів; психологічне/емоційне благополуччя (задовільне самопочуття, задоволеність собою) – (3,9±1,1); самообслуговування/незалежність (виконання буденних справ та самостійне прийняття рішень) – (7,3±1,7); працездатність (можливість виконувати свої трудові чи домашні обов'язки) – (5,8±1,8); міжособистісна взаємодія (рівень взаємовідносин з сім'єю, родичами, друзями) – (4,6±1,6); соціо-емоційна підтримка (наявність людей, яким довіряєш, які можуть допомогти та підтримати) – (6,0±1,3); суспільна/службова підтримка (доступ до фінансових, інформаційних та інших ресурсів, відчуття безпеки та довіри до сусідів) – (5,4±1,6); особистісна самореалізація (відчуття рівноваги, задоволеності собою) – (4,9±2,0); духовна реалізація (наявність

віри, спроможність вийти за межі матеріального світу) – $(6,4 \pm 1,1)$; загальне сприйняття якості життя (відчуття щастя, задоволеність своїм життям у цілому) – $(3,7 \pm 1,8)$ балів. Інтегративний показник, який відображав середній бал усіх шкал якості життя ВПО I групи, становив $(53,8 \pm 9,5)$ балів.

Отже, встановлено, що ВПО I групи низько оцінюють такі показники: психологічне/емоційне благополуччя (задовільне самопочуття, задоволеність собою), що становила $(3,9 \pm 1,1)$ балів; загальне сприйняття якості життя (відчуття щастя, задоволеність своїм життям у цілому) – $(3,7 \pm 1,8)$; міжособистісна взаємодія (рівень взаємовідносин з сім'єю, родичами, друзями) – $(4,6 \pm 1,6)$ балів. Поряд з показниками, що отримали низьку оцінку, були показники, оцінені ВПО I групи вище, а саме: духовна реалізація (наявність віри, спроможність вийти за межі матеріального світу) – $(6,4 \pm 1,1)$ та самообслуговування/незалежність (виконання буденних справ та самостійне прийняття рішень) – $(7,3 \pm 1,7)$ балів.

Отримані дані засвідчили існування кореляційного зв'язку між усіма шкалами, однак найбільш тісний зв'язок виявлено між психологічним/емоційним благополуччям – $(3,9 \pm 1,1)$ балів та міжособистісною взаємодією – $(4,6 \pm 1,6)$, працездатністю – $(5,8 \pm 1,8)$ та суспільною/службовою підтримкою – $(5,4 \pm 1,6)$ балів. Отримані результати демонструють, як порушення комунікативних функцій із членами родини, друзями та колегами, незадоволеність фінансовим станом, отриманою ззовні інформацією призводило до відсутності належної психологічної та соціальної підтримки, що є важливим амортизаційним фактором для адаптаційних ресурсів, та спричинювало погіршення психо-емоційного стану і працездатності в цілому. Незадоволеність фінансовим станом, отримана ззовні суб'єктивно негативна інформація посилювали явища психологічної дезорганізації.

Результати оцінювання якості життя ВПО II групи продемонстрували такі показники якості життя: фізичне благополуччя (відсутність болі та фізичних проблем) – $(6,8 \pm 1,9)$ балів; психологічне/емоційне благополуччя (задовільне самопочуття, задоволеність собою) – $(6,0 \pm 1,2)$; самообслуговування/незалежність (виконання буденних справ та самостійне прийняття рішень) – $(7,8 \pm 1,3)$; працездатність

(можливість виконувати свої трудові чи домашні обов'язки) – $(6,5 \pm 2,0)$; міжособистісна взаємодія (рівень взаємовідносин з сім'єю, родичами, друзями) – $(7,3 \pm 1,5)$; соціо-емоційна підтримка (наявність людей, яким довіряєш, які можуть допомогти та підтримати) – $(5,8 \pm 1,7)$; суспільна/службова підтримка (доступ до фінансових, інформаційних та інших ресурсів, відчуття безпеки та довіри до сусідів) – $(5,6 \pm 1,6)$; особиста самореалізація (відчуття рівноваги, задоволеності собою) – $(6,3 \pm 1,8)$; духовна реалізація (наявність віри, спромога вийти за межі матеріального світу) – $(6,7 \pm 1,3)$; загальне сприйняття якості життя (відчуття щастя, задоволеність своїм життям в цілому) – $(5,9 \pm 1,7)$ балів. Інтегративний показник становив $(64,7 \pm 8,3)$ балів.

ВПО II групи низько оцінили такі сфери: соціо-емоційна підтримка (наявність людей, яким довіряєш, які можуть допомогти та підтримати) – $(5,8 \pm 1,7)$ балів; суспільна/службова підтримка (доступ до фінансових, інформаційних та інших ресурсів, відчуття безпеки та довіри до сусідів) – $(5,6 \pm 1,6)$; загальне сприйняття якості життя (відчуття щастя, задоволеність своїм життям у цілому) – $(5,9 \pm 1,7)$ балів. Високо оцінені шкали: самообслуговування/незалежність (виконання буденних справ та самостійне прийняття рішень) – $(7,8 \pm 1,3)$; міжособистісна взаємодія (рівень взаємовідносин з сім'єю, родичами, друзями) – $(7,3 \pm 1,5)$ балів.

Високий кореляційний зв'язок встановлено між психологічним/емоційним благополуччям – $(6,0 \pm 1,2)$ балів, самореалізацією – $(6,3 \pm 1,8)$ та міжособистісною взаємодією – $(7,3 \pm 1,5)$ балів. Враховуючи переважання високих оцінок міжособистісної взаємодії, самореалізації, можна говорити, що вони сприяють зміцненню адаптивних ресурсів та знижують імовірність розвитку дезадаптаційних процесів.

Були встановлені такі показники якості життя ВПО III групи: фізичне благополуччя (відсутність болю та фізичних проблем) – $(7,6 \pm 1,0)$ балів; психологічне/емоційне благополуччя (задовільне самопочуття, задоволеність собою) – $(8,2 \pm 0,9)$; самообслуговування/незалежність (виконання буденних справ та самостійне прийняття рішень) – $(8,8 \pm 0,7)$; працездатність (можливість виконувати свої трудові чи домашні обов'язки) – $(7,9 \pm 1,3)$; міжособистісна взаємодія (рівень

взаємовідносин із сім'єю, родичами, друзями) – $(8,0 \pm 1,8)$; соціо-емоційна підтримка (наявність людей, яким довіряєш, які можуть допомогти та підтримати) – $(6,8 \pm 1,6)$; суспільна/службова підтримка (доступ до фінансових, інформаційних та інших ресурсів, відчуття безпеки та довіри до сусідів) – $(7,7 \pm 1,5)$; особистісна самореалізація (відчуття рівноваги, задоволеності собою) – $(7,0 \pm 1,7)$; духовна реалізація (наявність віри, спромогажність вийти за межі матеріального світу) – $(7,1 \pm 1,3)$; загальне сприйняття якості життя (відчуття щастя, задоволеність своїм життям у цілому) – $(8,6 \pm 1,4)$ балів. Інтегративний показник – $(77,7 \pm 6,8)$ балів.

Загалом, показники практично не досягали критичних рівнів і відзначалися високими оцінками, а найнижчі оцінки отримали соціо-емоційна підтримка – $(6,8 \pm 1,6)$ балів; самореалізація – $(7,0 \pm 1,7)$ та духовна реалізація – $(7,1 \pm 1,3)$ балів. Отже, це доводить потребу ВПО у зовнішній емоційній підтримці, нестача якої призводила до відчуття духовної незадоволеності, відсутності гармонії та рівноваги.

Порівняння середніх показників якості життя ВПО усіх груп показало достовірну різницю (при $p < 0,05$) між балами I, II груп та III групи. Це підтверджує й інтегральний показник якості життя: для I групи в середньому він становив $(53,8 \pm 9,5)$ балів, для II групи – $(64,7 \pm 8,3)$, а для III групи – значно вищий $(77,7 \pm 6,8)$ балів.

За результатами дослідження якості життя ВПО за шкалою Н. Mezzich встановлено, що тяжкість психосоціальної дезадаптації відповідала низькому інтегративному показникові якості життя.

Гендерний аналіз виявив значні розбіжності між показниками жінок та чоловіків I групи. Зокрема, у жінок I групи достовірно частіше фіксувалися низькі показники таких шкал: психологічне/емоційне благополуччя (задовільне самопочуття, задоволеність собою) – $(3,2 \pm 0,7)$ балів, при $p < 0,05$, міжособистісна взаємодія (рівень взаємовідносин із сім'єю, родичами, друзями) – $(4,1 \pm 1,3)$ балів, $p < 0,05$, особистісна самореалізація (відчуття рівноваги, задоволеності собою) – $(3,8 \pm 0,9)$ балів, $p < 0,05$). У той час, як у чоловіків виявлено достовірно нижчі показники таких шкал: працездатність (можливість виконувати свої трудові чи

домашні обов'язки) – $(4,9 \pm 1,4$ балів, $p < 0,05$), фізичний стан (відсутність болю та фізичних проблем) – $(5,1 \pm 1,6$ балів, $p < 0,05$), соціоемоційна підтримка (наявність людей, яким довіряєш, які можуть допомогти та підтримати) – $(5,3 \pm 1,0$ балів, $p < 0,05$).

Отримані дані демонструють певну різницю між потребами жінок та чоловіків. У дезадаптованих жінок на перший план виступали сімейні цінності, рівень близькості з членами родини та духовні цінності, які полягають у відчутті віри, внутрішньої гармонії, задоволеності нематеріальними благами, що мало значний вплив на психо-емоційний стан. Відповідно достовірно частіше фіксувалося одночасне зниження саме цих шкал. Дезадаптовані чоловіки віддавали перевагу зовнішнім соціальним зв'язкам, переймалися думкою друзів, колег, страждали від нестачі підтримки цих кіл спілкування. Вони часто більше переймалися фізичним станом, фінансовою задоволеністю, ігноруючи свій емоційно-психологічний стан, що відповідно впливало на рівень працездатності. Не справляючись із зовнішніми життєвими ситуаціями, чоловіки проявляли це емоційною нестійкістю, роздратуванням, які вони вивільняли в колі сім'ї, при цьому ще більше замикалися в собі. Відповідно, це негативно впливало на сімейні відносини та викликало духовну та психо-емоційну дезорганізацію у жінок, які у свою чергу потребували більше сімейної гармонії.

3.3. Ступінь задоволеності власним функціонуванням у різних сферах життєдіяльності внутрішньо переміщених осіб за результатами опитувальника І. Karler

Джерела життєвих труднощів ВПО та задоволеності власним функціонуванням вивчалися згідно з опитувальником «Ступінь задоволеності власним функціонуванням у різних сферах», розробленим І. Karler в адаптації Б.Д. Карвасарського (2016). Цей опитувальник застосовувався до всіх ВПО з метою доповнення та визначення конкретних джерел труднощів функціонування досліджуваних у різних сферах їхньої життєдіяльності.

Вивчення ступеня задоволеності обстежених усіх груп власним функціонуванням із визначенням джерел труднощів у різних сферах життєдіяльності відображене в табл. 3.5.

Таблиця 3.5. Розподіл джерел труднощів функціонування ВПО

Сфера функціонування	I група (n = 86)		II група (n = 72)		III група (n = 30)	
	Абс.	% ± m	Абс.	% ± m	Абс.	% ± m
Подружнє життя	57	66,3% ± 4,8	49	68,1% ± 2,9	7	23,3% ± 1,8
Стосунки з родичами	50	58,1% ± 2,9	35	48,6% ± 4,7	5	16,7% ± 2,6
Професійна сфера	46	53,5% ± 3,7	38	52,8% ± 3,3	3	10,0% ± 1,9
Соціальна сфера	61	70,9% ± 2,5	45	62,5% ± 4,1	2	6,7% ± 1,3

У ВПО I групи найбільшу за поширеністю і вираженістю незадоволеності власним функціонуванням становила соціальна сфера, труднощі в якій виявлено серед ВПО (70,9%±2,5). Крім цього, виражені труднощі виявлені в таких сферах функціонування: подружнє життя – у (66,3%±4,8) ВПО; стосунки з родичами – у (58,1%±2,9); професійна сфера – у (53,5%±3,7) ВПО. Відповідно, соціальна сфера була порушена в більшості ВПО I групи.

У ВПО II групи найбільш виражена незадоволеність власним функціонуванням була виявлена у сфері подружнього життя – у (68,1%±2,9) ВПО, соціальній сфері – у (62,5%±4,1), професійній сфері – у (52,8%±3,3); найменше нарікань було на сферу стосунків з родичами – у (48,6%±4,7) ВПО.

У ВПО III групи спостерігалися значно менші середні бали, які переважно не досягали рівня виражених труднощів. Виражені труднощі у сфері подружнього життя встановлено у (23,3%±1,8) ВПО, стосунках з родичами – у (16,7%±2,6), у професійній сфері – у (10,0%±1,9), у соціальній сфері – у (6,7%±1,3) ВПО. Результати поширеності труднощів функціонування у різних сферах життєдіяльності ВПО III групи продемонстрували значну різницю з поширеністю труднощів серед ВПО I та II груп, поширеність серед яких була достовірно більшою ($p < 0,05$), ніж

показники ВПО III груп за всіма сферами (подружнє життя, стосунки з родичами, професійна сфера та соціальна сфера), що демонструє більшу задоволеність функціонуванням свого життя ВПО III групи.

Виявлено прямий кореляційний зв'язок високих балів ступеня незадоволеності власним функціонуванням у різних сферах з високим ступенем важкості психосоціальної дезадаптації у ВПО I та II груп, що дає нам змогу виявляти джерела труднощів функціонування, які сприяють порушенню загальних адаптаційних механізмів.

Зокрема, у соціальній сфері ВПО I групи виявлено, що труднощі виникали внаслідок конфліктів у респондентів з найближчим оточенням – 38 ВПО (44,2%), з друзями і колегами – 33 (38,4%), через розбіжності у політичних поглядах, світоглядних позиціях, це погіршувало стосунки з ними, що впливало на загальний стан самопочуття 41 ВПО I групи (47,7%). ВПО II групи відмічали відчуття напруги та незадоволеності через суперечності своїх суспільно-політичних установок з актуальною суспільною дійсністю – 26 ВПО (36,1%); 38 ВПО (52,8%) глибоко переживали та розчаровувалися через помилки політичних і громадських діячів.

Труднощі функціонування у професійній сфері, поширеність яких встановлена у (53,5%±3,7) ВПО I групи та у (52,8%±3,3) ВПО II групи, свідчать про високий вплив на задоволеність ВПО сфери трудових відносин з колегами, керівництвом, рівня матеріальних доходів, самодостатності у професійній реалізації. ВПО I групи вказували на незадоволеність роботою, тому що вона не відповідала професії ВПО, – 28 (32,6%), на труднощі у зв'язку з перевантаженням на роботі вказували 33 ВПО (38,4%), на недостатнє визнання роботи – 30 ВПО (34,8%).

Поширеність труднощів у сфері подружнього життя серед (66,3%±4,8) ВПО I групи та (68,1%±2,9) ВПО II групи свідчить про вагомість сім'ї у підтримці адаптивних ресурсів особистості та стресостійкості. Досліджувані I групи найбільше скаржилися на недостатнє взаєморозуміння у подружньому житті – 41 ВПО (47,7%), на непорозуміння через різне ставлення до грошей – 32 (37,2%), труднощі у подружньому житті внаслідок порушення сексуальних відносин – 26 (30,2%),

погіршення стосунків через розбіжності у поглядах на спільне проведення часу – 22 ВПО (25,6%).

У сфері взаємовідносин з родичами на труднощі вказали (58,1%±2,9) ВПО І групи. Вони скаржилися на труднощі у взаємовідносинах з близькими родичами, родичами чоловіка/дружини – 36 ВПО (41,9%), особливо, якщо доводилося жити з ними на одній житловій площі; скаржилися на проблеми з власними дітьми 20 ВПО (23,3%). Внаслідок вимушеного переселення людям доводилося жити разом зі своїми родичами або ж в орендованому житлі, що досить часто обстежені оцінювали як незадовільну сімейно-побутову ситуацію – 31 ВПО (36,0%).

Виявлено відмінності в гендерному аспекті серед ВПО І групи, порівняння середніх балів ступеня труднощів функціонування у різних сферах чоловіків та жінок відображено в табл. 3.6.

Таблиця 3.6. Гендерний розподіл оцінювання труднощів функціонування ВПО І групи

Сфера функціонування	Чоловіки (n = 31)		Жінки (n = 55)	
	Абс.	% ± m	Абс.	% ± m
Подружнє життя	15	48,4% ± 2,8	42	76,3% ± 3,5*
Стосунки з родичами	19	61,3% ± 3,2	31	56,4% ± 4,2
Професійна сфера	22	71,0% ± 4,4*	24	43,6% ± 3,4
Соціальна сфера	20	64,5% ± 3,6	41	74,5% ± 2,6

Примітка: * — різниця між відповідними показниками достовірна, $p < 0,05$.

В І групі високі середні бали зафіксовані у сфері подружнього життя, проте у цьому випадку саме жінки надавали більшу значущість цій сфері порівняно з чоловіками – (76,3%±3,5) жінок та (48,4%±2,8) чоловіків відповідно (при $p < 0,05$). Зокрема, жінки вказували на труднощі через недостатнє взаєморозуміння та нестачу ніжності у взаємовідносинах – 36 ВПО (65,5%), погіршення стосунків через різні погляди на розподіл домашніх обов'язків – 26 (47,3%), різне ставлення до грошей – 19 (34,5%), через розбіжності з приводу спільного проведення часу – 17 (30,9%), а також часто відзначали конфлікти через надмірну зайнятість чоловіків на роботі 22 ВПО (40,0%). Натомість чоловіки частіше вказували на те саме недостатнє

взаєморозуміння у відносинах – 11 (35,5%) ВПО, непорозуміння в подружньому житті через різне ставлення до грошей 8 (26,7%), порушення сексуальних відносин 10 (32,3%) та розбіжності у поглядах на спільне проведення часу 7 ВПО (22,6%).

Під час дослідження життєвих труднощів серед ВПО I групи також достовірно більше спостерігалася поширеність труднощів у професійній сфері, якій чоловіки надавали більшу перевагу порівняно з жінками – (71,0%±4,4) чоловіків та (43,6%±3,4) жінок відповідно (при $p < 0,05$). Чоловіки вказували на значні труднощі з колегами по роботі – 15 ВПО (48,4%), напружені відносини з керівництвом – 17 (54,8%), скаржилися на перевантаження роботою 12 ВПО (38,8%). Загалом чоловіки часто зазначали незадоволеність своєю роботою, тому що вона не відповідає їхній професії, кваліфікації, – 19 ВПО (61,3%), що призводить до нереалізованості, порушення внутрішньої рівноваги, а це, у свою чергу, виливалося у зовнішню агресію, роздратованість або ж у відчуження та замкнутість. Вказані фактори негативно впливали на сімейні відносини, стосунки з дружинами, які, на противагу чоловікам, надавали перевагу саме цій сфері функціонування.

Труднощі функціонування в соціальній сфері встановлено серед (74,5%±2,6) жінок та (64,5%±3,6) чоловіків, у сфері взаємовідносин з родичами на труднощі вказали (56,4%±4,2) жінок та (61,3%±3,2) чоловіків. У цих сферах достовірної різниці між чоловіками та жінками I групи не встановлено.

Висновки до розділу 3.

1. Отримані дані свідчать про змішаний варіант психосоціальної дезадаптації 71 ВПО (82,6%) I групи, у його структурі статистично достовірно переважали інформаційний – 70 ВПО (81,4%) та економічний варіант – 63 ВПО (73,3%) психосоціальної дезадаптації.

2. Результати обстеження II групи ВПО виявили змішаний варіант психосоціальної дезадаптації у 55 ВПО (76,4%), у його структурі статистично достовірно переважали економічний – у 54 (75,0%) та інформаційний – у 41 ВПО (56,9%) варіанти психосоціальної дезадаптації.

3. Згідно з отриманими даними, у ВПО I групи достовірно частіше ($p < 0,05$), ніж у ВПО II групи, вираженість психосоціальної дезадаптації сягала важкого ступеня. Це свідчить, що наростання тяжкості дезадаптаційних процесів та охоплення більш ніж однієї сфери функціонування є предиктором формування невротичних розладів.

4. Обстеження ВПО I групи показало кореляцію між непсихотичною психічною патологією та варіантами психосоціальної дезадаптації:

— при змішаному тривожно-депресивному розладі ($F 41.2$) виявлено високий кореляційний зв'язок з інформаційним – у 25 (86,2%) ВПО та економічним – у 26 ВПО (89,7%) варіантами психосоціальної дезадаптації;

— розлади адаптації ($F 43.2$) корелювали з інформаційним – у 17 ВПО (81,0%) та виробничим – у 16 ВПО (76,2%) варіантами психосоціальної дезадаптації;

— соматизований розлад ($F 45.0$) мав кореляцію з інформаційним – у 16 ВПО (88,2%) та економічним 15 ВПО (83,3%), варіантами дезадаптації (при $n = 18$);

— при ПТСР ($F 43.1$) встановлено кореляцію з інформаційним варіантом психосоціальної дезадаптації у 8 ВПО (80,0%) (при $n = 10$);

— пролонгована депресивна реакція ($F 43.21$) виявила тісний кореляційний зв'язок з сімейним варіантом дезадаптації у 6 ВПО (83,3%) (при $n = 9$).

5. Встановлено кореляційний зв'язок (при $p < 0,05$) між високим ступенем незадоволеності власним функціонуванням у різних сферах та тяжкістю психосоціальної дезадаптації у ВПО I та II груп, що дало змогу встановити провідні фактори порушення функціонування у ВПО та їх вплив на формування психосоціальної дезадаптації.

6. Досліджуючи показники якості життя ВПО, встановлено кореляційний зв'язок між рівнем тяжкості психосоціальної дезадаптації та загальним інтегративним показником ($p < 0,05$), що свідчить про взаємну індукцію між зростанням тяжкості психосоціальної адаптації індивідуума та погіршенням його якості життя.

7. Гендерний аналіз виявив значну відмінність отриманих даних у жінок та чоловіків I групи. Встановлено, що у чоловіків достовірно частіше ($p < 0,05$) спостерігався виробничий варіант психосоціальної дезадаптації, натомість у жінок домінував сімейний варіант психосоціальної дезадаптації. У чоловіків спостерігалось

статистично достовірно ($p < 0,05$) тяжче ураження соціальної та професійної сфери, а у жінок більшою мірою страждає соціальна та подружня сфери психосоціального функціонування.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях:

- Гальченко А.В. «Сучасні відмінності психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб за наявності невротичної патології» / Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2019. – Т. 19, вип. 1 (64). – С. 7 – 11.

- Гальченко А.В. Відмінності психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб з непсихотичними психічними розладами / Медична психологія. – 2020. – № 1 – 2. – С. 87 – 92.

- Гальченко А.В. Психосоціальна дезадаптація у внутрішньо переміщених осіб із депресивними розладами / Вісник проблем біології і медицини. – 2020. – Вип. 4 (158). – С. 104 – 158.

- Гальченко А.В. Особливості психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб за наявності невротичної патології / Матеріали конференції. XVII Всеукраїнського лікарського товариства, 15-16 листопада 2019 р., м. Полтава. С. 155.

РОЗДІЛ 4. ФАКТОРИ ПСИХОТРАВМИ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

4.1. Аналіз гострих факторів психотравми внутрішньо переміщених осіб

Аналіз психогенних факторів дав змогу встановити, що всі обстежувані зазнавали поєднуваних за терміном впливу гострих та хронічних факторів. Гострі фактори характеризувалися неочікуваністю зазначених подій, їх інтенсивністю та значним впливом на емоційний стан ВПО. У випадку вимушеного переселення, зумовленого військовим конфліктом, ці фактори набували значної актуальності та виходили за межі повсякденного життя людини. За результатами клініко-психопатологічного методу обстежено пацієнтів, які є ВПО, та встановлено характер впливу психотравми. Психотравма мала характер як гострих факторів, так і хронічних, загальні дані відображені в табл. 4.1.

Таблиця 4.1. Гострі чинники психотравми ВПО

Характер гострих чинників	I група (n = 86)	II група (n = 72)	III група (n = 30)
	% ± m %	% ± m %	% ± m %
Вимушений переїзд	90,7±3,2	84,7±4,4	76,7±3,7
Загроза власному життю	33,7±2,4	20,8±2,5	6,7±3,2
Загроза життю близьких	45,4±2,1	29,2±5,7	13,3±4,5
Звуки вибухів, пострілів	27,9±3,7	18,0±2,6	6,7±1,8
Смерть близьких людей	17,4±1,2	19,4±3,2	13,3±2,3
Сцени пошкоджуючих подій	34,9±4,4	23,6±8,1	16,7±4,9
Політичні утиски	22,1±4,5	18,1±2,2	6,7±1,2
Втрата майна	74,4±3,9	76,4±7,6	30,0±1,8
Втрата бізнесу/роботи	65,1±2,2	59,7±3,5	46,7±1,5
Неочікуваний розпад сім'ї	20,9±3,6	23,6±2,8	16,7±2,0
Інформаційні чинники	81,4±4,8	77,8±5,2	73,3±4,6

Згідно з отриманими даними, вимушене переселення стало травмівним етапом у житті всіх ВПО. Для ВПО I групи вимушений переїзд був гострим чинником у (90,7±3,2%). Для цієї групи ВПО гострі чинники психотравми загалом можна представити так: загроза власному життю (збройні напади, загроза вбивства чи звалтування, вибухи та постріли поряд, пограбування) – (33,7±2,4%) ВПО; загроза

життю близьких людей (збройні напади на членів сім'ї чи інших близьких осіб, друзів, викрадення, їх пограбування, їхнє перебування в зоні активних бойових дій) – (45,4±2,1%); звуки вибухів, пострілів (перебування в зоні активних бойових дій) – (27,9±3,7%); смерть близьких (неочікувана втрата близьких осіб, родичів, друзів внаслідок бойових дій) – (17,4±1,2%); сцени пошкоджуючих подій (сцени збройних нападів на інших людей чи їх поранення, пограбувань, свідчення збройних конфліктів) – (34,9±4,4%); політичні утиски (тиск місцевої незаконної влади через службову діяльність, зайнятість, громадську позицію) – (22,1±4,5%); втрата майна (внаслідок вибухів, пограбувань, залишення свого помешкання через вимушений раптовий переїзд) – (74,4±3,9%); втрата приватного бізнесу чи постійної роботи (у зв'язку з вимушеною зміною регіону проживання, незаконне заволодіння бізнесом іншими особами ; втрата роботи через зміну керівництва чи політичні утиски, погрози) – (65,1±2,2%); неочікуваний розпад сім'ї (через розбіжності у політичних поглядах, вимушений переїзд лише окремих членів сім'ї) – (20,9±3,6%); інформаційні чинники (відсутність зв'язку з рідними, інформації про стан здоров'я близьких людей, недостатність інформації про реальний стан подій, подача суперечливої інформації через мас-медіа) – (81,4±4,8%) ВПО.

Порівняння показників I та II групи ВПО дало можливість з'ясувати, що достовірно частіше ($p < 0,05$) ВПО вказували такі фактори: загроза власному життю – (33,7±2,4%) ВПО I групи та (20,8±2,5%) II групи; загроза життю близьких людей – (45,4±2,1%) ВПО I групи та (29,2±5,7%) II групи; сцени пошкоджуючих подій – (34,9±4,4%) ВПО I групи та (23,6±8,1%) II групи відповідно.

При порівнянні I групи ВПО з контрольною групою встановлено розбіжності ($p < 0,01$) за всіма показниками, крім чинника неочікуваного розпаду сім'ї (20,9±3,6%) ВПО I групи та (16,7±2,0%) ВПО III групи; інформаційні чинники (81,4±4,8%) ВПО I групи та (73,3±4,6%) III групи. Це свідчить, що ВПО I групи зазнавали більшого впливу гострих чинників психотравми.

Інформаційний чинник виступав досить потужним та впливовим чинником гострої психотравми, який характеризувався неможливістю отримати інформацію про родичів, членів сім'ї, близьке оточення чи нестачею такої інформації. Особи, які

перебували на території Донецької та Луганської областей на період їх окупації не могли отримати достовірну інформацію про ситуацію в країні загалом та стосовно ведення воєнних дій зокрема. Інформація, поширювана мас-медіа стосовно поточних подій у 2014 році в Україні, була дуже суперечливою. Така інформаційна атака на мирне населення мала інтенсивний вплив та виступала гострим фактором психотравми для (81,4±4,8%) ВПО I групи, (77,8±5,2%) II групи та (73,3±4,6%) ВПО III групи.

ВПО II групи вказували на такі гострі фактори психотравми: загроза власному життю (20,8±2,5%) ВПО; загроза життю близьких людей (29,2±5,7%); звуки вибухів, пострілів (18,0±2,6%); смерть близьких (19,4±3,2%); сцени травмівних подій (23,6±8,1%); політичні утиски (18,1±2,2%); втрата майна (76,4±7,6%); втрата власного бізнесу або роботи (59,7±3,5%); неочікуваний розпад сім'ї (23,6±2,8%); інформаційні чинники (77,8±5,2%) ВПО.

У ВПО II групи встановлено меншу поширеність ($p < 0,05$) гострих факторів порівняно з ВПО I групи, зокрема рідше фіксовані сцени насилля та ситуації, що загрожували життю людей (23,6±8,1%) ВПО II групи та (34,9±4,4%) I групи відповідно. Проте залишалися актуальними переживання з приводу втрати майна, зміни роботи чи втрати власного бізнесу, суперечливості отримуваної інформації або відсутності належного зв'язку, що призводило до нестачі інформації про стан близьких людей чи неможливості прогнозування подальшого розвитку подій.

При порівнянні показників ВПО II та III групи встановлено достовірну відмінність ($p < 0,05$) за всіма показниками, крім чинників вимушеного переселення та інформаційних чинників.

Слід зазначити, що ВПО III групи практично не вказували на гострі фактори порівняно з ВПО I та II груп, що зумовлено відсутністю психосоціальної дезадаптації та невротичної патології. Найбільш поширеними у ВПО III групи гострими психотравматичними факторами були: вимушений переїзд (76,7±3,7%) ВПО; втрата майна (30,0±1,8%); втрата власного бізнесу або роботи (46,7±1,5%); інформаційні чинники (73,3±4,6%) ВПО.

Слід зауважити, що розвитку психосоціальної дезадаптації та невротичної патології (тривожно-депресивного розладу, розладу адаптації, соматизованого розладу, ПТСР, пролонгованої депресивної реакції) у ВПО сприяли одночасно як гострі, так і хронічні фактори психотравми. Під впливом гострої психотравми у вигляді збройного конфлікту в постійному місці проживання, інформаційної атаки мас-медіа ВПО перебували у стані напруги та страху за власне життя та близьких людей, відбувалося послаблення адаптаційного бар'єру, порушення ціннісних орієнтацій. Довготривале перебування — протягом тижнів, місяців або років — у таких умовах призводило до хронізації впливу цих чинників.

4.2. Аналіз хронічних факторів психотравм внутрішньо переміщених осіб

З метою аналізу домінуючих хронічних чинників психотравми ВПО, для наочної демонстрації, ми згрупували їх за соціальними сферами відносин, у яких вони виникали: економічні, інформаційні, сімейні, виробничі. Отримані дані представлені у табл.4.2.

Психогенні чинники	I група (n = 86)	II група (n = 72)	III група (n = 30)	p I-II	p I-III	p II-III
	%±m%	%±m%	%±m%			
I. Економічні:						
1. Незадоволеність побутовими умовами	69,8±4,5	68,1±3,2	36,7±2,5	>0,05	<0,01	<0,01
2. Недостатній рівень доходів	73,3±3,6	61,1±4,7	43,3±3,8	>0,05	<0,01	<0,05
3. Невпевненість у майбутньому через свій матеріальний стан	83,7±4,8	77,8±4,6	33,3±2,3	>0,05	<0,01	<0,01
4. Зниження прибутків	55,8±2,6	48,6±2,4	23,3±1,7	>0,05	<0,01	<0,05
5. Проблеми, пов'язані з нестачею доходів	61,6±4,4	40,3±3,1	20,0±2,5	<0,05	<0,01	<0,01
II. Інформаційні:						
1. Отримання суб'єктивно негативної інформації	87,2±5,7	79,5±3,6	46,7±3,4	>0,05	<0,01	<0,05
2. Песимістичні прогнози через отриману інформацію	79,0±5,4	61,1±3,8	40,0±4,2	>0,05	<0,01	<0,05
3. Фіксація на негативній інформації	68,6±3,6	47,2±4,2	16,6±1,6	<0,05	<0,01	<0,01
4. Незадоволення загальним інформаційним фоном	59,3±3,5	54,2±5,1	36,7±3,3	>0,05	<0,01	<0,05
5. Суперечливість отримуваної інформації	53,5±2,9	45,8±4,3	13,3±1,5	>0,05	<0,01	<0,01
III. Сімейні						
1. Незадовільний стан сімейних відносин	44,2±4,5	51,4±4,7	13,3±1,8	>0,05	<0,01	<0,01
2. Конфлікти з членами родини	33,7±2,4	36,1±3,5	16,6±2,4	>0,05	<0,01	<0,05
3. Переживання за близьких людей	52,3±5,1	31,9±2,9	20,0±2,0	<0,05	<0,01	<0,05
4. Розлучення	18,6± 3,6	16,7± 1,4	6,7±1,1	>0,05	<0,05	<0,05
5. Усамотнення від інших членів родини	31,4±2,7	26,4±2,5	16,7±1,8	>0,05	<0,05	<0,05
IV. Виробничі						
1. Небажана зміна місця роботи	41,9±3,8	24,1±2,7	20,0±2,5	<0,05	<0,05	<0,05
2. Незадоволеність своєю професійною діяльністю	32,6±4,1	26,4±2,1	13,3±1,4	>0,05	<0,01	<0,05
3. Службові конфлікти	36,0±2,2	29,1±3,2	16,6±2,6	>0,05	<0,01	<0,05
4. Перевантаження на роботі	51,2±4,2	40,2±4,5	26,7±2,1	>0,05	<0,01	<0,05
5. Безробіття	14,0±1,4	12,5±1,3	3,3±0,8	>0,05	<0,01	<0,05

Попри загальну різноманітність хронічних факторів психотравми у ВПО I групи помітно переважали чинники економічного та інформаційного характеру. Найпоширенішими були такі фактори: економічні – незадоволеність матеріально-побутовими умовами ($69,8 \pm 4,5\%$) ВПО; невпевненість у майбутньому через свій матеріальний стан ($83,7 \pm 4,8\%$); зниження прибутків ($55,8 \pm 2,6\%$); недостатній рівень доходів ($73,3 \pm 3,6\%$); проблеми, пов'язані з нестачею доходів ($61,6 \pm 4,4\%$) ВПО; інформаційні – отримання суб'єктивно негативної інформації ($87,2 \pm 5,7\%$) ВПО; песимістичні прогнози через отриману інформацію ($79,0 \pm 5,4\%$); фіксація на негативній інформації ($68,6 \pm 3,6\%$); суперечливість отримуваної інформації ($53,5 \pm 2,9\%$); незадоволення загальним інформаційним фоном ($59,3 \pm 3,5\%$) ВПО; сімейні – суб'єктивно незадовільний стан сімейних відносин ($44,2 \pm 4,5\%$) ВПО; конфлікти з членами родини ($33,7 \pm 2,4\%$); переживання за близьких людей ($52,3 \pm 5,1\%$) ВПО; виробничі (службові) – небажана зміна місця роботи ($41,9 \pm 3,8\%$) ВПО; службові конфлікти ($36,0 \pm 2,2\%$); перевантаження на роботі ($51,2 \pm 4,2\%$); незадоволеність своєю професійною діяльністю ($32,6 \pm 4,1\%$) ВПО.

Детальніший аналіз хронічних чинників впливу ВПО I групи показав їх кореляційний зв'язок із відповідними варіантами психосоціальної дезадаптації з ураженням сфер суспільної діяльності. При змішаному тривожно-депресивному розладі (F 41.2 відповідно до критеріїв МКХ-10) у ВПО переважали фактори економічного та інформаційного характеру, що корелювало з отриманими даними при встановленні у них домінуючих варіантів дезадаптації (економічного, інформаційного). У ВПО з розладами адаптації (F 43.2) переважали чинники інформаційного та виробничого характеру, що корелювало з відповідними варіантами дезадаптації у цих сферах функціонування (інформаційного та виробничого). При соматизованому розладі (F 45.0) виявлена кореляція економічних та інформаційних факторів із відповідними домінуючими варіантами дезадаптації (економічним, інформаційним). У випадку ПТСР (F 43.1) на фоні гострих чинників помітно домінували хронічні фактори інформаційної сфери, що зумовлювало формування інформаційного варіанту дезадаптації. У ВПО із пролонгованою депресивною реакцією (F 43.24) інформаційні

фактори мали найменший вплив, натомість переважали сімейні, що корелювало з домінуючим сімейним варіантом дезадаптації.

У ВПО II групи спостерігалися такі поширені хронічні чинники психотравми: економічного характеру – незадоволеність матеріально-побутовими умовами ($68,1 \pm 3,2\%$) ВПО; недостатній рівень доходів ($61,1 \pm 4,7\%$); невпевненість у майбутньому через свій матеріальний стан ($77,8 \pm 4,6\%$) ВПО; інформаційного характеру – отримання суб'єктивно негативної інформації ($79,5 \pm 3,6\%$) ВПО, песимістичні прогнози через отриману інформацію ($61,1 \pm 3,8\%$); незадоволення загальним інформаційним фоном ($54,2 \pm 5,1\%$) ВПО; сімейного характеру – незадовільний стан сімейних відносин ($51,4 \pm 4,7\%$) ВПО; конфлікти з членами родини ($36,1 \pm 3,5\%$) ВПО; виробничого (службового) характеру – перевантаження на роботі ($40,2 \pm 4,5\%$) ВПО.

Вірогідна відмінність поширеності хронічних факторів психотравми між ВПО I та II групи встановлена в економічній сфері – проблеми, пов'язані з нестачею доходів, ($61,6 \pm 4,4\%$) ВПО I групи та ($40,3 \pm 3,1\%$) II групи відповідно (при $p < 0,05$); в інформаційній сфері – фіксація на негативній інформації ($68,6 \pm 3,6\%$) та ($47,2 \pm 4,2\%$) ВПО відповідно ($p < 0,05$); в сімейній сфері – переживання за близьких людей ($52,3 \pm 5,1\%$) та ($31,9 \pm 2,9\%$) ВПО відповідно, усамітнення від інших членів родини ($31,4 \pm 2,7\%$) та ($26,4 \pm 2,5\%$) ВПО відповідно ($p < 0,05$); у виробничій сфері – небажана зміна місця роботи ($41,9 \pm 3,8\%$) та ($24,1 \pm 2,7\%$) ВПО відповідно ($p < 0,05$).

Для ВПО III групи поширеність хронічних факторів психотравми є значно меншою порівняно з ВПО I та II групи. Фіксувалися такі поширені хронічні чинники психотравми: економічного характеру – недостатній рівень доходів ($43,3 \pm 3,8\%$) ВПО; інформаційного характеру м отримання суб'єктивно негативної інформації ($46,7 \pm 3,4\%$) ВПО; песимістичні прогнози через отриману інформацію ($40,0 \pm 4,2\%$) ВПО; сімейного характеру – переживання за близьких людей ($26,7 \pm 2,0\%$) ВПО; виробничого (службового) характеру – перевантаження на роботі ($26,7 \pm 2,1\%$) ВПО.

Достовірна відмінність поширеності хронічних чинників психотравми між ВПО III групи та ВПО I, II групи фіксувалася абсолютно між усіма факторами, що свідчить про менший вплив хронічних факторів на ВПО контрольної групи.

Отже, у ВПО I та II групи достовірно частіше (при $p < 0,05$) спостерігалися хронічні фактори психотравми порівняно з ВПО III групи. Отримані дані свідчать про комплексний вплив не лише гострих чинників психотравми, а й про подальший інтенсивний довготривалий вплив факторів хронічного характеру.

З урахуванням гендерного аспекту до уваги бралися чинники впливу в I групі, до якої входили ВПО із психосоціальною дезадаптацією та невротичною патологією (тривожно-депресивним розладом, розладами адаптації, соматизованим розладом, ПТСР, пролонгованою депресивною реакцією). Аналіз основних гострих факторів впливу достовірної різниці між чоловіками та жінками не показав. При вивченні впливу хронічних психогенних факторів встановлені гендерні відмінності, загальні дані відображені в табл. 4.3.

Таблиця 4.3. Гендерний розподіл хронічних чинників психотравми у ВПО І групи

Психогенні чинники	Чоловіки (n = 31)	Жінки (n = 55)
	%±m %	%±m %
II. Економічні:		
1. Незадоволеність побутовими умовами	51,6±3,6	78,1±4,1*
2. Недостатній рівень доходів	83,9±4,2*	65,5±3,7
3. Невпевненість у майбутньому через свій матеріальний стан	80,6±4,3	85,6±5,5*
4. Зниження прибутків	55,8±2,5	54,5±3,4
5. Проблеми, пов'язані з нестачею доходів	58,1±4,7	40,3±3,7
II. Інформаційні:		
1. Отримання суб'єктивно негативної інформації	87,1±4,6	85,4± 4,5
2. Песимістичні прогнози через отриману інформацію	61,0±4,7	70,9±3,9
3. Фіксація на негативній інформації	58,1± 3,8	74,6± 4,7*
4. Незадоволення загальним інформаційним фоном	74,2±4,1*	54,2± 4,9
5. Суперечливість отримуваної інформації	58,1±3,4	52,7±4,7
III. Сімейні		
1. Незадовільний стан сімейних відносин	32,3±4,1	50,9±4,9*
2. Конфлікти з членами родини	25,8± 2,6	38,1±3,1*
3. Переживання за близьких людей	41,9±4,1	58,2±3,5*
4. Розлучення	18,6± 2,3	16,7± 1,7
5. Усамотнення від інших членів родини	19,4±2,9	18,2± 2,3
IV. Виробничі		
1. Небажана зміна місця роботи	58,6±3,4*	32,7± 2,3
2. Незадоволеність своєю професійною діяльністю	41,9± 3,8*	27,3±2,7
3. Службові конфлікти	41,9±3,0	32,7±2,9
4. Перевантаження на роботі	64,5±4,4*	45,5±4,7
5. Безробіття	12,9±0,8	14,5± 0,9

Умовні позначення: * — для порівняння показників у чоловіків та жінок відмінності достовірні при $p < 0,05$.

У чоловіків виявлені такі достовірно відмінні ($p < 0,05$) чинники порівняно з жінками: економічного характеру – недостатній рівень доходів (83,9±4,2%) ВПО; інформаційного характеру – незадоволення загальним інформаційним фоном

(74,2±4,1%) ВПО; виробничого характеру – небажана зміна місця роботи (58,6±3,4%), незадоволеність своєю професійною діяльністю (41,9±3,8%), перевантаження на роботі (64,5±4,4%) ВПО.

У жінок порівняно з чоловіками достовірно частіше зустрічалися фактори впливу економічного характеру – незадоволеність побутовими умовами (78,1±4,1%) ВПО, невпевненість у майбутньому через свій матеріальний стан (85,6±5,5%) ВПО; сімейного характеру – суб'єктивно незадовільний стан сімейних відносин (50,9±4,9%), переживання за близьких людей (58,2±3,5%), конфлікти з членами родини (38,1±3,1%) ВПО.

Серед чоловіків достовірно ($p < 0,05$) більш поширеними були хронічні чинники впливу виробничого характеру, а серед жінок достовірно відмінними були фактори сімейного характеру. Ці дані корелюють зі встановленою гендерною відмінністю в частоті виявлення видів психосоціальної дезадаптації, де відповідно у чоловіків переважала дезадаптація виробничого типу, а у жінок – сімейного.

Висновки до розділу 4

1. Вивчаючи фактори впливу психотравми на формування психосоціальної дезадаптації та невротичних розладів у ВПО, виявлено констеляцію гострих та хронічних чинників.

Отримані дані свідчать, що інтенсивність перенесеної психотравми демонструє такі кореляції ($p < 0,05$) з імовірністю розвитку психосоціальної дезадаптації та невротичної патології: загроза власному життю – (33,7±2,4%) ВПО, загроза життю близьких людей – (45,4±2,1%), сцени пошкоджуючих подій – (34,9±4,4%). Встановлено, що у ВПО психотравма гострого характеру виявлялася предиктором розвитку психосоціальної дезадаптації та невротичного розладу.

2. У ВПО I групи встановлено кореляційний зв'язок між хронічними факторами психотравми та відповідними варіантами психосоціальної дезадаптації:

в економічній сфері – проблеми, пов'язані з нестачею доходів (61,6±4,4%) ВПО; в інформаційній сфері – фіксація на негативній інформації (68,6±3,6%) ВПО; в сімейній

сфері – переживання за близьких людей ($52,3 \pm 5,1\%$) ВПО, усамітнення від інших членів родини ($31,4 \pm 2,7$) ВПО; у виробничій сфері м небажана зміна місця роботи ($41,9 \pm 3,8$) ВПО.

3. При вивченні впливу хронічних чинників психотравми встановлено, що серед чоловіків достовірно ($p < 0,05$) більш поширеними були чинники виробничого характеру, а серед жінок – сімейного характеру. Ці дані корелюють із зафіксованою гендерною відмінністю в частоті виявлених варіантів психосоціальної дезадаптації, де, відповідно, у чоловіків достовірно частіше ($p < 0,05$) переважала дезадаптація виробничого типу, а у жінок – сімейного.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях автора:

- Гальченко А.В., Кидонь П.В. «Клініко-психопатологічні та патопсихологічні закономірності формування психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб з розладами адаптації» / Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2018. – Том 20. – №1 (69). – С.86 – 91.

- Гальченко А.В. Фактори психотравматизації у переселенців з невротичними розладами за наявності психосоціальної дезадаптації / Збірник тез наукових робіт. Міжнародна науково-практична конференція «Медична наука та практика: виклики і сьогодення», 21– 22 серпня 2020 р., м. Львів, С. 6 – 8.

РОЗДІЛ 5. КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

5.1. Клініко-психопатологічні особливості ВПО

У відповідності до мети та структури дослідження I групи склали пацієнти, які були ВПО з встановленим діагнозом невротичної патології (змішаний тривожно-депресивний розлад – F 41.2, розладу адаптації – F 43.2, соматизований розлад – F 45.0, ПТСР – F 43.1, пролонгована депресивна реакція – F 43.24), а також діагностованою на початковому етапі психосоціальної дезадаптації. До даної групи включался ВПО, як жінки, так і чоловіки. Деякі загальні показники характеристики ВПО I групи представлені в табл.5.1.

Табл.5.1. Деякі загальні характеристики ВПО I групи

Показники	I група (n=86)	
	Абсолютна кількість	%
Донецька область	44	51,2
Луганська область	37	53,0
АР Крим	5	5,8
Міські	51	59,3
Сільські	35	40,7
Чоловіки	31	36,0
Жінки	55	64,0
18-29 років	19	22,1
30-39 років	28	32,6
40-49 років	25	29,1
50 років і старше	24	16,3
Середня	16	18,6
Середня спеціальна	29	33,7
Вища	37	43,0
Без освіти, незакінчена середня	4	7,0
Інтелектуальна	33	38,4
Фізична	27	31,4
Безробітний/а	14	16,3
Студент/ка	8	9,3
Пенсіонер/ка	4	4,7
Сімейний стан		
У шлюбі	39	45,3
Розлучений/а	19	22,1
Неодружений/а	25	29,1
Вдовець/а	3	3,5
Матеріальний статус		
Високий	18	20,9
Середній	31	36,0
Нижче середнього	37	43,0
Обтяжена спадковість		
Обтяжена	11	12,8
Не обтяжена	75	87,2

У клінічній картині психопатологічних розладів ВПО I групи переважали наступні клінічні симптоми: тривога – у 72 (83,7 %) ВПО; зниження настрою – у 66 (76,7 %) ВПО; психічна виснаженість – в 36 (41,9%) ВПО; емоційна лабільність

– в 24 (27,9 %) ВПО; занижена самооцінка – в 23 (26,7%) ВПО; дратівливість – в 27 (31,4%) ВПО; зниження працездатності – у 42 (48,8%) ВПО; загальна слабкість – в 58 (67,4%) ВПО; зниження рівня концентрації уваги – в 26 (30,2%) ВПО; порушення сну – в 33 (38,4%) ВПО; зниження пам'яті – у 32 (37,2 %) ВПО, печаль (сум) – у 23 (26,7 %) ВПО. Поширеними були скарги сомато-вегетативного характеру у виді головних болей – у 27 (31,4 %) ВПО, запаморочення – в 34 (39,5%) ВПО; болей (в спині, в суглобах) – в 26 (37,2%) ВПО; парестезії – в 23 (26,7%) ВПО; коливання АТ – в 39 (45,3%) ВПО, прискорене серцебиття – в 41 (47,7%) ВПО; біль в ділянці епігастрії (гастралгії) – в 23 (26,7%) ВПО; задуха – в 18 (20,9%) ВПО; сексуальні порушення (зниження лібідо/потенції) – в 25 (29,1%) ВПО; тремор – в 23 (26,7%) ВПО. Аналіз клініко-психопатологічних проявів ВПО І групи систематизовано у таблиці 4.3.

Таблиця 5.2. Клініко-психопатологічна характеристика ВПО І групи

Клінічна симптоматика	І група (n=86)	
	Абс.	%
Загальна слабкість	58	67,4
Психічне виснаження	36	41,9
Зниження працездатності	42	48,8
Дратівливість	27	31,4
Емоційна лабільність	24	27,9
Порушення сну	33	38,4
Зниження пам'яті	32	37,2
Порушення уваги	26	30,2
Зниження настрою	66	76,7
Знижена самооцінка	23	26,7
Рухова загальмованість	15	17,4
Рухове занепокоєння	19	22,1
Тривога	72	83,7
Нав'язливі думки	9	10,5
Ангедонія	18	20,9
Апатія (байдужість)	11	12,8
Страх	18	20,9
Печаль (сум)	23	26,7
Деперсанолізація/дереалізація	14	16,3
Головні болі	27	31,4
Запаморочення	34	39,5
Біль (суглобах, м'язах)	26	30,2
Прискорене серцебиття	41	47,7
Кардіалгія	23	26,7
Коливання АТ	39	45,3
Парестезії	23	26,7
Задуха	18	20,9
Нудота	26	30,2
Порушення апетиту	15	17,4
Гастралгія	23	26,7
Диспепсія	14	16,3
Дизурія	13	15,1
Гіпергідроз	17	19,8
Тремор	23	26,7
Сексуальні порушення	25	29,1

Провідними синдромами у ВПО I групи були: тривожно-депресивний синдром виявлений в 38 (44,2 %) ВПО, агрипнічний – в 33 (38,4 %) ВПО, тривожний синдром – в 30 (34,9 %) ВПО, неврастенічний – в 28 (32,6 %) ВПО, іпохондричний – в 22 (25,6 %) ВПО, астено-депресивний – в 18 (20,9 %) ВПО. Синдромальна структура ВПО I групи представлена на рис.1.

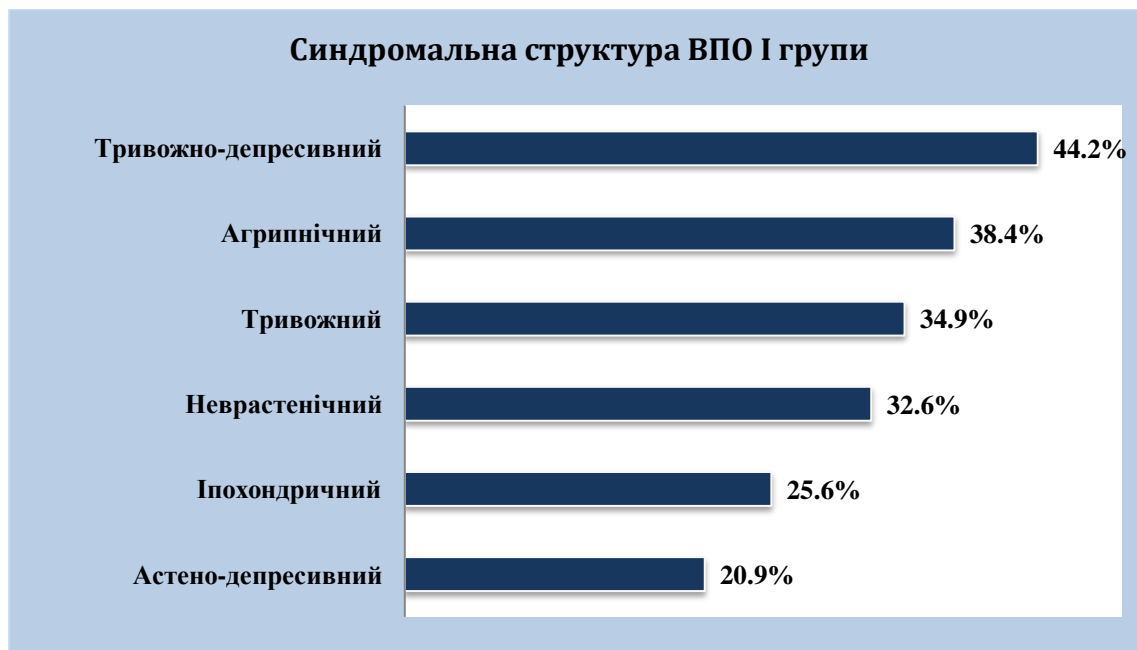


Рис..5.1. Синдромальна структура ВПО I групи

При змішаному тривожно-депресивному розладі (F 41.2 у відповідності до критеріїв МКХ-10), встановлений у 29 (33,7%) ВПО I групи, у клінічній картині переважали наступні синдроми: тривожно-депресивний – у 100 % ВПО та агрипнічний – в 22 % ВПО. При даних синдромокомплексах виявлені домінуючі симптоми: тривога – у 100 % ВПО; зниження настрою – у 98 % ВПО; порушення сну – в 66 % ВПО; психічна втомлюваність – у 53 % ВПО; зниження працездатності – у 39 % ВПО; дратівливість – у 35 % ВПО; запаморочення – у 27 % ВПО; рухове занепокоєння – у 23 (28 %) ВПО; головні болі – у 19 (28 %) ВПО; нав'язливі думки – у 17 % ВПО.

ВПО з тривожно-депресивним розладом скаржилися на постійне відчуття тривоги на фоні пригніченого настрою, внутрішню напругу, неможливість розслабитися, надмірну чутливість до оточуючих подразників, що виснажувало і

призводило до порушення сну, зниження уваги та пам'яті, емоційних коливань у виді дратівливості з включенням дисфорій. У більшості випадків тривога була пов'язана безпосередньо з психотравмуючою ситуацією гострого чи хронічного характеру. Зокрема, ВПО висловлювали побоювання про свою подальшу долю або долю своїх рідних, відмічали нав'язливість песимістичних думок. Інколи відмічалася недиференційована тривога, коли пацієнти не могли пояснити, що саме їх тривожить.

Вегетативні прояви тривоги були представлені болем різної локалізації (зокрема в спині, м'язах ніг) – у 36 % ВПО, прискореним серцебиттям – у 43% ВПО, нудотою – у 35 % ВПО, відчуттям кому в горлі – у 26 % ВПО, а також тремором тіла – у 23 % ВПО. Саме при тривожно-депресивному розладі ВПО найчастіше відмічали у себе сексуальні порушення – у 27 % ВПО, у виді зниження лібідо, неспроможність отримання повного сексуального задоволення від статевих взаємин, у чоловіків еякуляторні дисфункції. Даний аспект значно поглиблював психосоціальну дезадаптацію, особливо сімейного типу.

Когнітивний компонент тривоги проявлявся частим безпідставним відчуттям напруги – у 69 % ВПО, дратівливості – у 35 % ВПО та безпорадності – у 26 % ВПО, що обтяжувалося обсесями у виді тривожних думок – у 17 % ВПО, занепокоєнням з приводу безпеки себе чи рідних – у 24 % ВПО, жалем за залишеним нажитими матеріально-побутовими цінностями, звичним середовищем з родичами, друзями – у 48 % ВПО. Саме розрив між соціальним статусом, матеріальним і професійним становищем у минулому та теперішньому негативно впливало на успішні процеси адаптації у новому середовищі. Дані психопатологічні симптоми корелювали з економічним та інформаційним варіантами дезадаптації. Пацієнти зі змішаним тривожно-депресивним розладом скаржилися на відчуття ворожості, депривації від оточуючого суспільства, держави в загальному, що було наслідком отриманої зовнішньої інформації від перегляду новин, обговорення цих питань у сімейному чи робочому колі, що сприяло розвитку інформаційної форми дезадаптації.

При розладах адаптації (F 43.2) домінували тривожний – у 18 (20,9 %) ВПО, неврастенічний синдроми – у 13 (15,1 %) ВПО та агрипнічний – у 9 (10,5%) ВПО. Пацієнти, які страждали даним розладом у 21 ВПО, частіше пред'являли скарги на тривожність – 67 % ВПО, загальну слабкість – 59 % ВПО, порушення сну – 43% ВПО; емоційну лабільність – 34 % ВПО; дратівливість – 28 % ВПО та відчуття психічної напруги – 27 % ВПО, пов'язаною з роботою або сімейними проблемами, неможливістю справлятися з буденними справами – 21 % ВПО; погіршення когнітивних функцій, таких як зниження пам'яті – 42 % ВПО та розсіяність уваги – 37 % ВПО. Сомато-вегетативні порушення проявлялися переважно у вигляді головних болей – 35 % ВПО, запаморочень – 24 % ВПО та тремору – 20 % ВПО. Запальна гіперстезія, тривожність призводили до порушення засинання, або несподіваних нічних прокидань, що в подальшому поглиблювало вдень емоційну нестабільність у виді напруженості, дратівливості, знижувало працездатність, посилювало головокружіння, головний біль.

У ВПО I групи з діагнозом *соматизованого розладу* (F 45.0) –спостерігалися іпохондричний – у 16 (18,6 %) ВПО та астено-депресивний синдром – у 12 (14 %) ВПО у поєднанні з більш вираженими соматичними симптомами. Серед 18 ВПО з даним розладом домінували скарги соматичного плану, зокрема, скарги з боку вегето-судинної системи зустрічалися найчастіше: головні болі у 78 % ВПО; кардіалгії – у 56 % ВПО, прискорене серцебиття – у 59 % ВПО; коливання АТ – у 43 % ВПО; гастралгії – у 37 % ВПО; біль (в м'язах, суглобах) – у 34 % ВПО; нудота – у 25 % ВПО; диспепсія – у 21 % ВПО; парестезії – у 19 % ВПО; дизурія або почастішання сечовипускання – у 18 % ВПО. Відносно загальних психічних симптомів відзначалися зниження настрою – у 81 % ВПО; дратівливість – у 52 % ВПО; зниження працездатності – у 58 % ВПО; загальна слабкість – у 42 % ВПО; порушення сну – у 27 % ВПО; порушення пам'яті та уваги – у 33 % та 24 % ВПО відповідно.

ВПО із соматизованим розладом висловлювали відчуття на недостатність соціальної підтримки, дефіцит близькості та довіри, нестачу матеріальної, інформаційної підтримки. У той же час вони характеризувалися схильністю до

надмірного контролю над своїми почуттями, що виражалося у «забороні» вираженні емоцій як негативних, так і позитивних. Контроль був обумовлений високими вимогами до себе та оточуючих. Педантична стриманість емоцій, постійний аналізом своїх досягнень, успішності призводили до накопичення негативну, тривоги, почуття власної нікчемності, песимізм, що трансформувалося у соматичні прояви. Дані фактори мали патогенну направленість адаптаційних ресурсів особистості, що виливалися у змішаний тип дезадаптації з переважанням у внутрішній структурі порушень інформаційної, економічної та сімейної сфер.

У ВПО з ПТСР (F 43.1) визначався тривожний синдром – у 8 (9,3 %) ВПО та агресивний синдром – у 7 (8,1 %) ВПО. Серед 10 ВПО, яким був встановлений даний діагноз, переважаючими скаргами були на фоні астеничного стану всплески необґрунтованої психічної напруги – у 80 % ВПО, яка супроводжується сплесками дратівливості – у 60 % ВПО; дисфоріями – у 40 % ВПО; нав'язливі думки про минулі події – у 90 % ВПО; тривогу – у 70 % ВПО; розсіяність уваги – у 50 % ВПО; ангедонію – у 40 % ВПО; загальну слабкість – у 30 % ВПО. Пацієнти особливо наголошували на порушенні сну, у 80% ВПО, у фазі засинання чи раптові нічні пробудження, що супроводжувалося відчуттям загрози, страху. Психотичні симптоми супроводжувалися гіперактивацією вегетативних реакцій, гіперстезії, особливо у ситуаціях, що нагадували про травматичні події: тремор відзначали 60% ВПО, коливання АТ – 50% ВПО; головні болі та запаморочення визначалися у 50 % та 30 % ВПО відповідно; також біль різної локалізації – 30 % ВПО, гіпергідроз – у 40 % ВПО.

У ВПО з пролонгованою депресивною реакцією (F 43.24) домінував астено-депресивний синдром – у 8 (9,3 %) ВПО. Пацієнтам з даним розладом 8 ВПО, були притаманні знижений настрій – 100 % ВПО; психічна виснаженість – 75% ВПО; загальна слабкість – 63 % ВПО; зниження працездатності – 75 % ВПО; ангедонія – 78 % ВПО; емоційна лабільність – 63% ВПО; інсомнія – 38 % ВПО. Сомато-вегетативні прояви переважно виражалися у головній болі – 63 % ВПО та запамороченнях – 50 % ВПО; порушенні апетиту – 50 % ВПО; сексуальних порушеннях у виді зниження лібідо чи потенції – 38 % ВПО.

Гендерні відмінності мали наступні клініко-психопатологічні особливості. У внутрішньо переміщених чоловіків I групи достовірно частіше ($p < 0,05$) відмічалися скарги на зниження пам'яті – 21 (67,7 %) ВПО; зниження уваги – 21 (67,7 %) ВПО; порушення працездатності – 17 (54,8 %) ВПО, а також дратівливість та дисфорії – 11 (35,5 %) ВПО. Щодо сомато-вегетативних розладів достовірно частіше у порівнянні з жінками ($p < 0,05$) спостерігалися кардіалгії – 10 (32,3 %) ВПО, та біль, переважно у суглобах – 8 (25,8 %) ВПО.

У внутрішньо переміщених жінок I групи на перший план виступали психоемоційні аспекти та достовірно частіше ($p < 0,05$) у порівнянні з чоловіками відмічали знижений настрій – 43 (78,2 %) ВПО, емоційну лабільність з плаксивістю – 27 (49,1 %) ВПО, страх – 19 (34,6 %) ВПО. На відмінну від чоловіків у жінок вірогідно частіше ($p < 0,05$) відмічалися запаморочення – 34 (61,8 %) ВПО, головні болі – 26 (47,3 %) ВПО та задуха – 24 (43,6 %) ВПО.

Гендерні відмінності синдромальної структури у ВПО I групи представлений на рис.5.2. У чоловіків частота виявлених синдромів наступна: тривожний синдром – в 14 (45,2 %) ВПО, агрипнічний – в 13 (41,9 %) ВПО, тривожно-депресивний синдром встановлений в 10 (32,3 %) ВПО, неврастенічний – в 11 (35,5 %) ВПО, іпохондричний – в 5 (16,1 %) ВПО, астено-депресивний – в 6 (19,4 %) ВПО. У жінок спостерігався наступний розподіл: тривожно-депресивний синдром виявлений в 28 (50,9 %) ВПО, агрипнічний – в 20 (36,4 %) ВПО, тривожний синдром – в 16 (29,1 %) ВПО, неврастенічний – в 17 (30,9 %) ВПО, іпохондричний – в 17 (30,9 %) ВПО, астено-депресивний – в 12 (21,8 %) ВПО.

Статистично достовірно серед жінок у порівнянні з чоловіками частіше спостерігалися тривожно-депресивний синдром (28 (50,9 %) ВПО та 10 (32,3 %) ВПО відповідно, при $p < 0,05$), та іпохондричний синдром (17 (30,9 %) ВПО та 5 (16,1 %) ВПО відповідно, при $p < 0,05$). Серед чоловік частіше виявлявся тривожний синдром у порівнянні з жінками (14 (45,2 %) ВПО та 16 (29,1 %) ВПО відповідно, при $p < 0,05$).

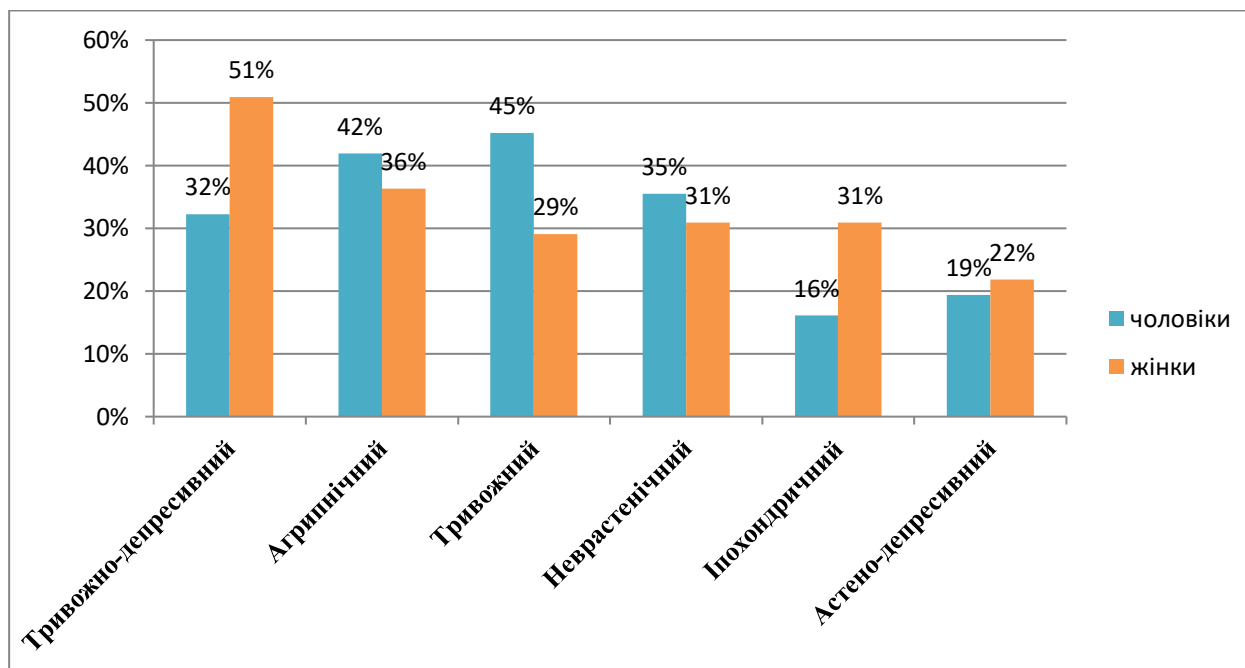


Рис 5.2. Гендерні відмінності синдромальної структури у ВПО I групи

Чоловіки переважно фіксували свою увагу на соціальних аспектах, а жінки – на внутрішніх психоемоційних переживаннях. Внутрішньо переміщені чоловіки віддавали перевагу соціальним зв'язкам, переймалися думкою колег, керівництва, страждали від певної депривації, нерозуміння, неналежної оцінки їхніх заслуг або пониження статусу у порівнянні з попереднім місцем зайнятості. Також, вони фіксувалися на працеспроможності, конкурентності, рівні професійних навичок, ігноруючи свій емоційно-психологічний стан. Не справляючись із зовнішніми життєвими ситуаціями, чоловіки проявляли це емоційною нестійкістю.

Для жінок були пріоритетними внутрішня гармонія, сімейні та духовні цінності. Вони не відчували достатньої любові та підтримки від партнерів, втрачали рівень близькості з членами родини, впевненість в собі, в своїй безпеці та безпеці рідних, що впливало на фон настрою, породжувало тривогу та переживання.

5.2. Результати дослідження психопатологічної симптоматики у внутрішньо переміщених осіб за опитувальником (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R)

Опитувальника (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R) адаптований Н. В. Тарабриною зі співавт., (2001), був включений в загальний набір психодіагностичних шкал, наданих ВПО на початку дослідження. За допомогою даного опитувальника детально вивчена та порівняна структура психопатологічних симптомів ВПО I, II та III групи, результати представлені в табл. 5.3.

Табл. 5.3.. Вираженість психопатологічної симптоматики у ВПО за шкалою SCL-90-R

Визначення шкал	I група (n=86)	II група (n=72)	III група (n=30)
	(M± m балів)	(M± m балів)	(M± m балів)
Соматизація	1,42±0,59	1,12±0,43	0,92±0,37
Обсесивно-компульсивні розлади	1,30±0,68	0,79±0,35	0,56±0,41
Інтерперсональна чутливість	1,57±0,47	1,63±0,49	0,13±0,43
Депресія	1,72±0,83	1,12±0,43	1,63±0,59
Тривожність	1,80±0,59	1,78±0,5 1	1,14±0,68
Ворожість	1,17±0,67	1,63±0,49	1,53±0,76
Нав'язливі страхи (фобії)	1,14±0,55	1,53±0,51	1,04±0,87
Параноїдність	1,1±0,41	0,56±0,41	0,56±0,41
Психотизм	0,6±0,89	1,22±0,63	0,63±0,39
Загальний індекс тяжкості симптомів (GSI)	1,29±0,65	1,12±0,43	1,14±0,68
Індекс готівкового симптоматичного дистресу (PSDI)	1,72±0,52	0,66±0,76	0,57±0,41
Кількість ствердних відповідей (PST).	57,12±0,73	52,63±0,59	38,63±0,65

У ВПО I групи спостерігались високі піки наступних шкал: тривожність ($1,52 \pm 0,83$ балів), соматизація ($1,62 \pm 0,49$ балів), депресія ($1,14 \pm 0,68$ балів), міжособистісна сензитивність ($1,12 \pm 0,47$ балів), нав'язливі страхи ($1,63 \pm 0,59$ балів). Більш низькі бали встановлені по шкалам: ворожість ($1,62 \pm 0,49$ балів), obsесивно-компульсивні розлади ($1,52 \pm 0,69$ балів), параноїдність ($1,92 \pm 0,57$ балів), психотизм ($1,85 \pm 0,74$ балів). Загальний індекс тяжкості симптомів (GST) становив – ($1,39 \pm 0,65$ балів); індекс готівкового симптоматичного дистресу (PSDI) – ($1,57 \pm 0,49$ балів); загальна кількість ствердних відповідей (PST) – ($51,29 \pm 0,55$ балів).

Домінуючими симптомами у ВПО II групи відмічені: соматизація ($1,19 \pm 0,54$ балів), тривожність ($1,03 \pm 0,76$ балів), депресія ($1,25 \pm 0,68$ балів). Інші шкали продемонстрували більш низькі бали: нав'язливі страхи ($1,13 \pm 0,96$ балів), ворожість ($1,21 \pm 0,69$ балів), міжособистісна сензитивність ($0,92 \pm 0,77$ балів), obsесивно-компульсивні розлади ($0,65 \pm 0,39$ балів), параноїдність ($0,82 \pm 0,56$ балів), психотизм ($0,65 \pm 0,47$ балів). Додаткові шкали індексу дистресу становили: загальний індекс тяжкості симптомів (GST) – ($1,05 \pm 0,34$ балів); індекс готівкового симптоматичного дистресу (PSDI) – ($1,27 \pm 0,76$ балів); кількість ствердних відповідей (PST) – ($43,29 \pm 0,74$ балів).

Результати шкал у ВПО III групи наступні: соматизація ($0,49 \pm 0,67$ балів), obsесивно-компульсивні розлади ($0,56 \pm 0,44$ балів), міжособистісна сензитивність ($0,42 \pm 0,67$ балів), депресія ($0,57 \pm 0,43$ балів), тривожність ($0,56 \pm 0,25$ балів), ворожість ($0,21 \pm 0,09$ балів), нав'язливі страхи ($0,73 \pm 0,56$ балів), параноїдність ($0,25 \pm 0,16$ балів), психотизм ($0,57 \pm 0,37$ балів). Додаткові шкали індексу дистресу встановлені: загальний індекс тяжкості симптомів (GST) – ($0,45 \pm 0,34$ балів); індекс готівкового симптоматичного дистресу (PSDI) – ($0,46 \pm 0,35$ балів); кількість ствердних відповідей (PST) – ($37,35 \pm 0,36$ балів).

Порівняльний аналіз результатів ВПО I та II групи по окремим симптомам виявив вищі бали у ВПО I групи, а саме статистично значущі відмінності (при $p < 0,05$) між шкалами тривожність, депресія, obsесивно-компульсивні розлади, соматизація, міжособистісна сенситивність, ворожість, нав'язливі страхи. У той час як при порівнянні показників ВПО I та III групи встановлено суттєве перевищення

показників I групи за всіма шкалами ($p < 0,01$). Аналіз показників ВПО II та III групи виявив достовірно вищі бали у II групи (при $p < 0,05$) за шкалами: міжособистісна сенситивність, соматизація, тривожність, депресія.

Показники узагальнюючих шкал встановлені наступні. Індекс вираженості PSDI, що відображає рівень суб'єктивного симптоматичного дистресу, у ВПО I групи ($1,92 \pm 0,49$ балів) був достовірно вищий ніж у ВПО II групи ($1,22 \pm 0,76$ балів) при $p < 0,05$, та ніж у ВПО III групи ($0,52 \pm 0,34$ балів) при $p < 0,01$, що свідчить про наявність дистресу високої інтенсивності у ВПО I групи. Індекс GSI, який відображає тяжкість психопатологічної симптоматики, у ВПО I групи ($1,29 \pm 0,49$ бали) був статистично вищим при $p < 0,05$ ніж у ВПО II групи ($0,88 \pm 0,53$ бали) та ВПО III групи ($0,56 \pm 0,29$ бали) при $p < 0,01$. Індекс PSI, що відображає загальне число ствердних відповідей, у ВПО I групи становив встановлено підвищене значення індексу прояву симптоматики ($51,29 \pm 0,55$ балів), що статистично вище (при $p < 0,05$) ніж показники ВПО II та III групи ($43,29 \pm 0,74$ балів) і ($37,35 \pm 0,36$ балів) відповідно.

5.3. Результати дослідження рівня тривожності у внутрішньо переміщених осіб за шкалою Гамільтона (HARS)

Тяжкість тривожних розладів у ВПО визначалась за допомогою Шкали Гамільтона для оцінки тривоги (HARS) (Краснов В.Н. зі співавт., 2008). Результати, отримані в ході дослідження рівня тривоги у ВПО I групи, яким встановлено діагноз невротичного розладу (F 41.2, F 43.2, F 45.0, F 43.1, F 43.24) та діагностовано психосоціальну дезадаптацію наведено у таблиці 5.4.

Табл.5.4. Вираженість тривоги у ВПО І групи за шкалою HARS

Вираженість тривоги	І група (n=86)					
	Чоловіки (n = 31)		Жінки (n = 55)		Загальна кількість (n=86)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Відсутня	7	22,6	11	20,0	18	20,9
Помірний рівень	14	45,2	28	50,9	42	48,8
Тяжкий рівень	10	32,3	16	29,1	26	30,2

Результати обстеження продемонстрували серед ВПО І групи переважання помірною рівня тривожності – у 42 (48,8 %) ВПО, далі тяжкий рівень тривоги визначений у 26 (30,2 %) ВПО, і у 18 (20,9 %) ВПО тривожність відсутня.

Досліджено гендерний аспект у проявах тривоги у ВПО І групи. Згідно результатів дослідження серед внутрішньо переміщених чоловіків відсутня тривога у 7 (22,6%) ВПО; помірний рівень тривожності визначений у 14 (45,2%) ВПО; тяжкий рівень тривожності – у 10 (32,3%) ВПО. Серед внутрішньо переміщених жінок відсутня тривога у 11 (20,0%) ВПО; помірний рівень тривожності визначений у 28 (50,9%) ВПО; тяжкий рівень тривожності – у 16 (29,1%) ВПО. Достовірної відмінності ($p < 0,05$) між показниками тривожності у ВПО не встановлено.

З метою виявлення та порівняння провідних симптомів тривожних станів, їх частоту проявів, у таблиці 5.5. представлено більш детальний аналіз структури тривожної симптоматики ВПО І групи.

Табл.5.5. Вираженість тривожної симптоматики у ВПО І групи

Тривожна симптоматика	Чоловіки, (n=31)	Жінки, (n=55)	Загальна кількість (n=86)
	(M± m балів)	(M± m балів)	(M± m балів)
1. Тривожний настрій	2,39±0,57	2,68±0,42	2,54±0,47
2. Напруга	1,88±0,22	2,42±0,35*	2,15±0,33
3. Страх	1,12±0,41	1,38±0,47	1,25±0,43
4. Інсомнія	2,33±0,68	2,51±0,46	2,42±0,51
5. Когнітивні порушення	2,2±0,27*	1,31±0,31	1,75±0,42
6. Пригнічений настрій	1,69±0,38	2,34±0,45*	2,02±0,39
7. Соматичні м'язові прояви	1,34±0,39	1,57±0,41	1,45±0,4
8. Соматичні сенсорні прояви	1,01±0,27	1,49±0,37	1,29±0,33
9. Кардіоваскулярні симптоми	1,83±0,66	2,11±0,59	1,97±0,63
10. Респіраторні симптоми	1,27±0,29	1,46±0,38	1,37±0,35
11. Шлунково-кишкові симптоми	1,92±0,33*	1,35±0,37	1,64±0,36
12. Сечостатеві симптоми	2,40±0,65	1,66±0,51	2,03±0,59
13. Вегетативні симптоми	1,45±0,36	1,67±0,39	1,56±0,38
14. Поведінка під час співбесіди	1,21±0,37	1,52±0,5	1,37±0,44
Інтегральний показник тривоги	24,11±5,68	25,47±4,73*	24,79±5,12
Психічна тривога	11,61±4,25	12,64±3,64	12,13±4,05
Соматична тривога	12,50±3,77	12,83±4,82	12,67±4,28

Умовні позначення:*- при порівнянні показників у чоловіків та жінок порівняння відмінності достовірні при $p < 0,05$.

У ВПО І групи середній бал інтегрального показника тривоги становить (24,79±5,12) балів, з якого середній показник психічної тривоги – (12,13±4,05) балів та соматичної тривоги – (12,67±4,28) балів. Для ВПО І групи характерні прояви тривоги як у психічній сфері, так і в соматичній, зокрема переважали наступні симптоми: тривожний настрій (2,54±0,47) балів; напруга (2,15±0,33) балів; пригнічений настрій (2,02±0,39) балів; інсомнія (2,42±0,51) балів; кардіоваскулярні симптоми (1,97±0,63) балів; сечостатеві симптоми (2,03±0,59)

балів; шлунково-кишкові симптоми ($1,64 \pm 0,36$) балів; вегетативні симптоми ($2,03 \pm 0,38$) балів.

ВПО I групи скаржилися на постійне відчуття тривоги – 72 (83,7 %) ВПО, на фоні пригніченого настрою – 66 (76,6 %) ВПО, неможливість розслабитися через передчуття, що щось станеться – 47 (54,7 %) ВПО, надмірної чутливості до оточуючих подразників – 39 (45,3 %) ВПО, що виснажувало і призводило до порушення сну – 33 (38,4%) ВПО, зниження уваги – 26 (30,2 %) ВПО та пам'яті – 32 (37,2 %) ВПО, емоційних коливань у виді дратівливості – 27 (31,4 %) ВПО, інколи з включенням дисфорій. Періодично відмічалася недиференційована тривога – 33 (38,4 %) ВПО, коли ВПО не могли пояснити, що саме їх тривожить. Порушення у психічному стані доповнювалися соматичними розладами у вигляді болей різної локалізації (у спині, м'язах ніг) – 26 (30,2 %) ВПО, головних болей – 27 (31,4%) ВПО, серцебиття – 11 (28 %) ВПО, коливання артеріального тиску – 41 (47,7 %) ВПО, дискомфорту в ділянці шлунка – 23 (26,7 %) ВПО, запаморочення – 34 (39,5 %) ВПО, слабкості – 58 (67,4 %) ВПО, тремора кінцівок – 23 (26,7 %) ВПО, задишки – 18 (20,9 %) ВПО та сечостатевих розладів – 25 (29,1%) ВПО. Зокрема сечостатеві розлади (часте сечовипускання, аменорея, передчасна еякуляція, втрата лібідо, зниження потенції) прослідковувалися як часте явище у ВПО I групи, зумовлене психоемоційною напругою, тривогою, що породжувало невпевненість у собі, пригніченість. Звичайно, сексуальні порушення негативно відображалися на сімейних стосунках з партнерами, що сприяло поглибленню невротизації та дезадаптивним процесам.

У ході аналізу отриманих результатів обстеження порівняно середні показники ступеня дезадаптації ВПО I групи з їхніми загальними показниками тривоги. Встановлено кореляційний зв'язок між високою тривожністю та поглибленням тяжкості психосоціальної дезадаптації.

Проведено також аналіз *гендерних відмінностей тривожної симптоматики*.

Інтегральний показник тривоги внутрішньо переміщених жінок достовірно вище ($p < 0,05$) показника чоловіків: ($25,47 \pm 4,73$) балів у жінок ($24,11 \pm 5,68$) балів

та у чоловіків. Відносно соматичної тривоги достовірної різниці між чоловіками та жінками виявлено не було: $(12,59 \pm 3,77)$ балів у чоловіків та $(12,83 \pm 4,82)$ балів у жінок. Натомість, відмінність ($p < 0,05$) визначалася між показниками психічної тривоги, яка у жінок вища $(12,64 \pm 3,64)$ балів ніж у чоловіків $(11,61 \pm 4,25)$ балів.

Встановлено, що провідними симптомами тривожності у жінок визначалися: тривожний настрій $(2,68 \pm 0,42)$ балів; напруга $(2,42 \pm 0,35)$ балів; пригнічений настрій $(2,34 \pm 0,45)$ балів; інсомнія $(2,51 \pm 0,46)$ балів; кардіоваскулярні симптоми $(2,11 \pm 0,59)$ балів. У жінок статистично відмінними (при $p < 0,05$) показниками тривожної симптоматики у порівнянні з чоловіками встановлено: напруга – $(2,42 \pm 0,35)$ балів та $(1,88 \pm 0,22)$ балів відповідно; та пригнічений настрій (втрата інтересу, нестача задоволення від хобі, депресія, добові коливання настрою) – $(2,34 \pm 0,45)$ балів та $(1,69 \pm 0,38)$ балів відповідно.

Посилення тривоги, зазвичай, у жінок обумовлено факторами психотравми: хвилювання за свою подальшу долю та долю рідних – 32 (58,1 %) ВПО, ненадійність та нестабільність життєвого укладу – 43 (78,2 %) ВПО, втрата звичного соціального кола спілкування – 33 (60,0 %) ВПО, відсутність достатніх комунікацій з родичами та близькими людьми – 39 (70,9 %) ВПО, погіршення взаємин у сім'ї – 26 (47,3 %) ВПО, не самореалізованість – 21 (38,2 %) ВПО. Вплив даних чинників породжував відчуття страху, тривоги, що створював підґрунтя для формування як психосоціальної дезадаптації, так і розладів невротичного регістру. Жінки охоче і ретельно описували внутрішні переживання, надавали інформацію про своє особисте життя. Ворожість, відчуженість соціального оточення чинили вагомий вплив на внутрішній баланс, посилювали тривожно-депресивну симптоматику. На противагу чоловікам, жінки більш уважні та чуттєві до свого стану, їм характерні висока тривожність – 44 (80,0 %) ВПО, порушення сну – 20 (36,4%) ВПО, доповнені тими ж соматичними порушеннями з боку серцево-судинної та сечостатевої системи – 15 (27,3 %) та 12 (21,8 %) ВПО відповідно.

У чоловіків переважаючі симптоми: тривожний настрій – $(2,39 \pm 0,57)$ балів; напруга $(1,88 \pm 0,22)$ балів; інсомнія – $(2,33 \pm 0,68)$ балів; пригнічений настрій –

($1,7 \pm 0,38$) балів; когнітивні порушення ($2,0 \pm 0,27$) балів; сечостатеві симптоми ($2,40 \pm 0,65$) балів. У порівнянні з жінками, статистично достовірними (при $p < 0,05$) показниками тривожної симптоматики у чоловіків є: когнітивні порушення – ($2,20 \pm 0,27$) балів у чоловіків та ($1,31 \pm 0,31$) балів у жінок та гастроінтестинальні симптоми (утруднене ковтання, метеоризм, біль у животі, печія, відчуття переповненого шлунка, нудота, блювота, діарея, запори тощо) – ($1,92 \pm 0,33$) балів у чоловіків та ($1,35 \pm 0,37$) балів у жінок.

Чоловіки частіше відмічали порушення уваги – 21 (67,7 %) ВПО, погіршення пам'яті – 21 (67,7 %) ВПО та зниження працездатності – 17 (54,8%) ВПО, робили акцент переважно на економічну та виробничу сферу свого життя, у той час як менше приділяли уваги своїм внутрішнім переживанням, психологічній рівновазі. Чоловіки наголошували на невизначеності свого економічного становища – 16 (51,6 %) ВПО, втрату соціальної значимості через раптовий вимушений переїзд, внаслідок чого довелося змінити звичне місце проживання, роботу – 18 (58,1 %) ВПО, часом власний бізнес, залишити більшість своїх матеріальних статків – 23 (74,1 %) ВПО. Переймаючись соціальним та фінансовим станом, чоловіки рідше приділяли увагу своєму психоемоційному стану, не розкривалися в переживаннях, уникали обговорення незручних для них тем, не мали бажання обговорювати свій стан з членами сім'ї. Сформована ситуація посилювала інтровертованість та відчуття самотності. При оцінці тривожно-депресивного стану, виявлялися значно вищі бали ніж очікувалися, що може свідчити про схильність чоловіків до приховування або неусвідомленні симптомів тривоги, які натомість відображаються у них соматичними проявами у виді шлунково-кишкових та сечостатевих розладів.

5.4. Результати дослідження рівня депресії у внутрішньо переміщених осіб за шкалою Гамільтона (HDRS)

Згідно результатів шкали HDRS серед ВПО І групи частіше виявлялись випадки депресивних розладів середнього та легкого ступенів тяжкості. Розподіл ВПО І групи за рівнем вираження депресії за шкалою HDRS у таблиці 5.6.

Табл. 5.6. Розподіл ВПО І групи за рівнем вираження депресії за шкалою HDRS

Вираженість депресії	І група (n = 86)					
	Чоловіки (n = 31)		Жінки (n = 55)		Загальна кількість (n = 86)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Норма	13	41,9	12	21,8	25	29,1
Легкий депресивний розлад	6	19,4	11	20,0	17	19,8
Депресивний розлад середнього ступеня тяжкості	8	25,8	14	25,5	22	25,6
Депресивний розлад тяжкого ступеня вираженості	3	9,7	10	18,2*	13	15,1
Депресивний розлад вкрай тяжкого ступеня вираженості	1	3,2	8	14,5*	9	10,5

Умовні позначення: *- при порівнянні показників у чоловіків та жінок порівняння відмінності достовірні при $p < 0,05$.

При вивченні рівня депресії за шкалою HDRS у ВПО І групи встановлено наступний розподіл вираження депресії: легкий ступінь – 17 (19,8%) ВПО, середній ступінь тяжкості депресії – 22 (25,6 %) ВПО та депресивний розлад тяжкого ступеня вираженості встановлений у 13 (15,1%) ВПО, депресивний розлад вкрай тяжкого ступеня вираженості – у 9 (10,5%) ВПО, а у 25 (29,1%) ВПО ознаки депресії відсутні.

Проведено також аналіз гендерних відмінностей депресивної симптоматики. Серед внутрішньо переміщених чоловіків легкий депресивний розлад

діагностовано у 6 (19,4%) ВПО, депресивний розлад середнього ступеня тяжкості – у 8 (25,8%) ВПО, депресивний розлад тяжкого ступеня вираженості – у 3 (9,7%) ВПО, депресивний розлад вкрай тяжкого ступеня вираженості – у 1 (3,2%) ВПО. У 13 (41,9%) чоловіків депресія відсутня.

Серед внутрішньо переміщених жінок I групи легкий депресивний розлад діагностовано у 11 (20,0%) ВПО, депресивний розлад середнього ступеня тяжкості – у 14 (25,5%) ВПО, депресивний розлад тяжкого ступеня вираженості – у 10 (18,2%) ВПО, депресивний розлад вкрай тяжкого ступеня вираженості – у 8 (14,5%) ВПО, без депресії – 12 (21,8%) ВПО.

Статистична відмінність встановлена між показниками тяжкого та вкрай тяжкого ступеня вираженості депресивного розладу, які достовірно частіше ($p < 0,05$) зустрічалися у внутрішньо переміщених жінок у порівнянні з чоловіками I групи.

Результати детального аналізу депресивної депресивної симптоматики у ВПО I групи викладені у таблиці 5.7.

Табл.5.7. Структура депресивної симптоматики ВПО І групи

Симптоми	Чоловіки, (n=31)	Жінки, (n=55)	Загальна кількість (n = 86)
	М ± m балів	М ± m балів	М ± m балів
1. Депресивний настрій	1,23± 0,31	1,71± 0,53	1,47± 0,57
2. Почуття провини	0,42± 0,12	0,54± 0,19	0,48± 0,17
3. Суїцидальні наміри	0,15± 0,04	0,31± 0,08	0,23± 0,05
4. Раннє безсоння	1,33± 0,39	1,49± 0,47	1,41± 0,41
5. Середнє безсоння	1,41± 0,51	1,22± 0,62	1,32± 0,58
6. Пізнє безсоння	1,12± 0,46	1,27± 0,58	1,19± 0,57
7. Працездатність та Активність	1,89± 0,61	1,43± 0,46	1,66± 0,57
8. Загальмованість	0,48± 0,2	0,58± 0,17	0,53± 0,19
9. Ажитація	0,62± 0,15	0,79± 0,19	0,71± 0,18
10. Психічна тривога	1,84± 0,46	2,12± 0,38	1,98± 0,37
11. Соматична тривога	1,57± 0,52	1,77± 0,45	1,67± 0,5
12. Шлунково-кишкові соматичні симптоми	0,71± 0,39	0,36± 0,17	0,53± 0,27
13. Генітальні симптоми	0,88± 0,43	0,71± 0,23	0,79± 0,31
14. Загальні соматичні симптоми	1,52± 1,0	1,74± 0,55	1,63± 0,66
15. Іпохондрія	1,06± 0,36	1,48± 0,38	1,27± 0,35
16. Втрата апетиту та маси тіла	0,27± 0,04	0,39± 0,09	0,33± 0,08
17. Критичність до хвороби	0,38± 0,11	0,22± 0,16	0,3± 0,13
Загальний показник	16,88± 3,42	18,13± 4,17	17,51± 3,22

Умовні позначення:*- при порівнянні показників у чоловіків та жінок порівняння відмінності достовірні при $p < 0,05$.

У ВПО І групи структура депресивної симптоматики представлена наступними ознаками: депресивний настрій ($1,83 \pm 0,78$) балів, раннє та середнє безсоння ($1,03 \pm 0,27$ та $1,27 \pm 0,35$) балів, зниження працездатності з активністю ($1,28 \pm 0,82$) балів, психічна та соматична тривога ($2,14 \pm 0,54$ та $2,05 \pm 0,65$) балів, генітальні симптоми ($1,14 \pm 0,42$) балів, іпохондричні еквіваленти депресії ($1,28 \pm 0,54$) балів.

З метою виявлення провідних симптомів депресії у жінок та чоловік досліджено їхню структуру та частоту проявів. Встановлено, що у жінок

домінуючі депресивні симптоми наступні: депресивний настрій – у 25 (27%) ВПО, раннє безсоння – у 25 (27%) ВПО, психічна тривога – у 25 (27%) ВПО, соматична тривога – у 25 (27%) ВПО, загальні соматичні симптоми – у 25 (27%) ВПО, іпохондричні еквіваленти депресії – у 25 (27%) ВПО, генітальні симптоми – у 25 (27%) ВПО.

Для чоловіків характерні наступні депресивні симптоми: депресивний настрій – у 25 (27%) осіб, зниження працездатності з активністю – у 25 (27%) ВПО, середнє безсоння – у 25 (27%) ВПО, соматична тривога – у 25 (27%) ВПО, шлунково-кишкові соматичні симптоми – у 25 (27%) ВПО, генітальні симптоми – у 25 (27%) ВПО. Достовірна відмінність ($p < 0,05$) між чоловіками та жінками визначалася між показниками депресивний настрій, іпохондричні еквіваленти депресії, який у жінок вище та зниження працездатності з активністю – характерна більше чоловікам.

У внутрішньо переміщених жінок рівень депресії достовірно ($p < 0,05$) вище, що супроводжувався тривогою – у 25 (27%) ВПО, безсонням – у 25 (27%) ВПО та соматичною симптоматикою – у 25 (27%) ВПО з іпохондричністю – у 25 (27%) ВПО. У чоловіків депресія рідше досягала важкого ступеня – у 25 (27%) ВПО, проявлялася переважно зниженою працездатністю – у 25 (27%) ВПО, безсонням – у 25 (27%) ВПО, але більше маскованими соматичними розладами – у 25 (27%) ВПО, переважно у серцево-судинній системі – у 25 (27%) ВПО.

Висновки до розділу 5.

1. Встановлено, що для внутрішньо переміщених осіб психогенні психічні розлади у поєднанні з психосоціальною дезадаптацією представлені переважно (29 осіб - 33,7%) змішаним тривожно-депресивним розладом (F41.2), розладами адаптації (F43.2) – у 21 особи (33,7%), соматизованим розладом (F 45.0) – у 18 осіб (20,9%), ПТСР (F43.1) – у 10 осіб (11,6%), пролонгованою депресивною реакцією (F43.24) – у 8 осіб (9,3%).

2. Синдромальна структура діагностованих невротичних розладів у I групі ВПО мала наступний вигляд: тривожно-депресивний синдром 38 (44,2 %),

агрипнічний – у 33 (38,4 %), тривожний синдром – у 30 (34,9 %), неврастенічний – у 28 (32,6 %), іпохондричний – у 22 (25,6 %) та астено-депресивний – у 18 (20,9 %) ВПО.

3. За отриманими даними, при змішаному тривожно-депресивному розладі у клінічній картині психопатологічних розладів ВПО I групи переважали тривожно-депресивний та агрипнічний синдроми; при розладах адаптації домінували тривожний та неврастенічний синдроми; при соматизованому розладі – іпохондричний та астено-депресивний синдроми у поєднанні з вираженими соматичними проявами; при ПТСР - тривожний та агрипнічний синдроми; у випадку пролонгованої депресивної реакції переважав астено-депресивний синдром.

4. Детальний аналіз структури психопатологічних симптомів ВПО I групи продемонстрував високі показники тривожності, соматизації, депресії, міжособистісної сензитивності, нав'язливих страхів. Узагальнені показники тяжкості психопатологічної симптоматики ВПО I групи були достовірно вищими за показники ВПО II та III груп, наслідком чого є висока інтенсивність дистресу у ВПО I групи.

5. Встановлено кореляційний зв'язок ($p < 0,05$) між високою тривожністю та зростанням показників тяжкості психосоціальної дезадаптації, що характеризує високий показник рівня тривожності як предиктор формування психосоціальної дезадаптації та поглиблення її ступеня тяжкості.

6. Встановлено кореляційний зв'язок ($p < 0,05$) глибини дезадаптаційних порушень з депресивною симптоматикою у ВПО I групи, та між показниками тяжкості дезадаптації та високими показниками депресії. Високі показники рівня депресії у дезадаптованих ВПО з невротичними розладами зафіксовано як предиктор формування психосоціальної дезадаптації та поглиблення її ступеня тяжкості.

7. Встановлено наступні клініко-психопатологічні особливості гендерного розподілу серед ВПО I групи: у внутрішньо переміщених чоловіків I групи достовірно частіше ($p < 0,05$) відмічалися скарги на зниження пам'яті – 21 (67,7

%), зниження уваги – 21 (67,7 %), порушення працездатності – 17 (54,8 %), а також дратівливість та дисфорії – 11 (35,5 %). Серед сомато-вегетативних розладів достовірно частіше у порівнянні з жінками ($p < 0,05$) спостерігалися кардіалгії – 10 (32,3 %) та біль у суглобах – 8 (25,8 %). У внутрішньо переміщених жінок на перший план виступали психоемоційні аспекти у вигляді зниженого настрою – 43 (78,2 %), емоційної лабільності з плаксивістю – 27 (49,1 %) та страху – 19 (34,6 %). На відмінну від чоловіків у жінок вірогідно частіше ($p < 0,05$) відмічалися запаморочення – 34 (61,8 %), головні болі – 26 (47,3 %) та задуха – 24 (43,6 %).

У жінок порівняно із чоловіками статистично достовірно частіше спостерігались тривожно-депресивний синдром: 28 (50,9 %) проти 10 (32,3 %) при $p < 0,05$, а також іпохондричний синдром 17 (30,9 %) проти 5 (16,1 %) при $p < 0,05$. У чоловіків частіше виявлявся тривожний синдром 14 (45,2 %) порівняно із 16 (29,1 %) у жінок (при $p < 0,05$).

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях автора:

- Гальченко А.В., Кидонь П.В. «Клініко-психопатологічні та патопсихологічні закономірності формування психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб з розладами адаптації» / Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2018. – Том 20. – №1 (69). – С.86 – 91.

- Herasymenko L. O. Clinical features of adjustment disorder in internally displaced women / L. O. Herasymenko, R. I. Isakov, A. V. Halchenko, P. V. Kydon // Wiadomosci Lekarskie. – 2020. – Т. LXXIII, № 6. – Р. 1154–1157.

- Гальченко А.В. Психосоціальна дезадаптація у внутрішньо переміщених осіб із депресивними розладами / Вісник проблем біології і медицини. – 2020 – 4(158) – с.104-108.

- Гальченко А.В. Клініко-психопатологічні особливості внутрішньо переміщених осіб зі змішаним тривожно-депресивним розладом за наявності психосоціальної дезадаптації / Матеріали конференції. XVII Міжнародна наукова

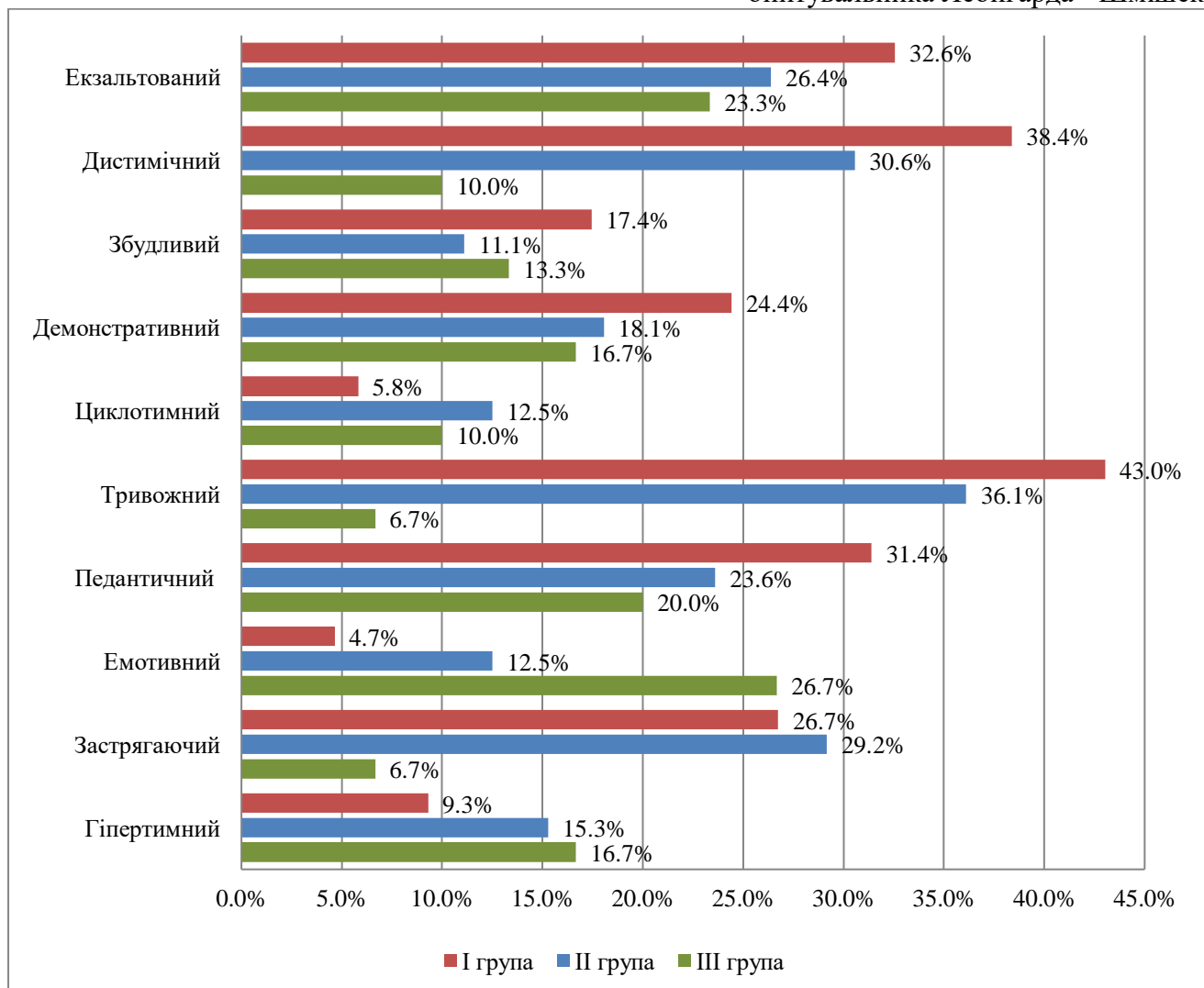
конференція студентів, молодих вчених та фахівців «Актуальні питання сучасної медицини», 26 -27 березня 2019 р. м. Харків, С. 71-72.

- Гальченко А.В. Клініко-психопатологічні особливості внутрішньо переміщених осіб з розладами адаптації за наявності психосоціальної дезадаптації / Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції «Сучасний вимір медичної науки та практики», 8 – 9 травня 2020 р., м. Дніпро, С. 38 – 41.

РОЗДІЛ 6. ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Особистісні особливості ВПО нами досліджені за допомогою характерологічного опитувальника К. Леонгард – Н. Шмішека, 1970. Даний опитувальник був включений у загальний набір психодіагностичних та психометричних шкал, наданих всім ВПО на початку діагностичного етапу. Методика вивчення акцентуацій особистості К. Леонгард – Н. Шмішека, дозволила встановити профіль особистісної акцентуації ВПО досліджуваних груп, який враховував наявність певного виду акцентуації на рівні ознаки, тенденції чи явно присутньої характеристики. Частота типів акцентуації особистості ВПО I, II та III групи представлені на рисунку 6.1.

Рис. 6.1. Частота типів акцентуацій особистості ВПО I, II та III групи за результатами опитувальника Леонгарда - Шмішека



При вивченні типів акцентуацій особистості *ВПО I групи* встановлено наявність акцентуації у 86 (100%) ВПО даної групи, з них у 28 (31,4%) ВПО визначена виражена (більше 18 балів) акцентуація по певному типу. Акцентуацію по одному типу визначено у 13 (15,1%) ВПО, поєднання двох типів – у 32 (37,2%) ВПО, більше двох типів акцентуацій особистості (три та чотири) – у 41 (47,6%) ВПО. Гармонійних характерологічних профілів серед ВПО I групи не виявлено.

Загальний відсотковий розподіл за окремими варіантами, незалежно від ступеню прояву, виглядав наступним чином: тривожний тип акцентуації спостерігався у 37 (43,0 %) ВПО, дистимічний – у 33 (38,4 %) ВПО, афективно-екзальтований – у 28 (32,6 %) ВПО, педантичний – у 27 (31,4 %) ВПО, застрягаючий – у 23 (26,7 %) ВПО, демонстративний – у 21 (24,4 %) ВПО, збудливий – у 15 (17,4 %) ВПО, гіпертимний – у 8 (9,3 %) ВПО, циклотимний – у 5 (5,8 %) ВПО та емотивний – у 4 (4,7%) ВПО.

При визначенні характерологічного загострення на рівні вираженої акцентуації (вище 18 балів), виявлений наступний розподіл: тривожний тип акцентуації спостерігався у 16 (18,6%) ВПО, застрягаючий – у 11 (12,8%) ВПО, педантичний – у 10 (11,6%) ВПО, дистимний – у 6 (8,33%) ВПО, афективно-екзальтований – у 4 (4,7%) ВПО та демонстративний спостерігався у 4 (4,7%) ВПО.

Досліджуючи характерологічний профіль *ВПО II групи*, виявлено 66 (91,7%) ВПО з акцентуацією по певному типу, з них явно виражену акцентуацію мало 15 (20,8%) ВПО, гармонійний профіль визначено у 6(8,3%) ВПО. Акцентуацію по одному типу визначено у 16 (22,2 %) ВПО, по двом типам – у 29 (40,3%) ВПО, поєднання більше двох типів акцентуацій особистості встановлено у 21 (29,2%) ВПО.

Загальний відсотковий розподіл усіх типів акцентуації особистості ВПО II групи був наступний: тривожний тип акцентуації спостерігався у 26 (36,1 %) ВПО, дистимний – у 22 (30,6 %) ВПО, застрягаючий – у 21 (29,2 %) ВПО, афективно-екзальтований – у 19 (26,4 %) ВПО, педантичний – у 17 (23,6 %) ВПО, демонстративний – у 13 (18,1 %) ВПО, гіпертимний – у 11 (15,3%) ВПО,

емотивний – у 9 (12,5 %) ВПО, циклотимний – у 9 (12,5 %) ВПО і збудливий – у 8 (11,1%) ВПО.

Розподіл характерологічного загострення на рівні явно вираженої акцентуації серед ВПО II групи представлений наступними типами: тривожний тип акцентуації домінував у 6 (8,3 %) ВПО, застрягаючий тип спостерігався у 3 (4,2 %) ВПО, дистимний – у 2 (2,8 %) ВПО, педантичний – у 2 (2,8 %) ВПО, демонстративний – у 1 (1,4%) ВПО, афективно-екзальтований – у 1 (1,4%) ВПО.

Порівнюючи результати показників ВПО I та II групи достовірної відмінності між типами особистості не виявлено, проте встановлено достовірне переважання (при $p < 0,05$) явно вираженої акцентуації серед ВПО I групи 28 (31,4%) ніж ВПО II групи у 15 (20,8%) ВПО, а також переважання у ВПО I групи поєднання більше двох типів акцентуацій (три та чотири) особистості – у 41 (47,6%) ВПО, у той час, як серед ВПО II групи даний показник був достовірно нижчим – у 21 (29,2%) ВПО.

У ВПО III групи виявлені акцентуації особистості у 17 (56,7 %) ВПО, явно виражена акцентуація по певному типу – у 2 (6,7%) ВПО, що статистично достовірно ($p < 0,05$) менше у порівнянні з ВПО I та II групи. Гармонійний характерологічний профіль виявлений у 13 (43,3 %) ВПО III групи, що достовірно частіше, ніж у ВПО I та II групи ($p < 0,01$). Акцентуацію по одному типу визначено у 7 (23,3 %) ВПО, поєднання двох типів акцентуацій особистості – у 8 (26,7 %) ВПО, більше двох типів акцентуацій особистості (три та чотири) – у 2 (6,7%) ВПО.

Загалом, у здорових ВПО III групи за кожним із виражених типів акцентуацій встановлений наступний відсотковий розподіл: емотивний – у 8 (26,7%) ВПО, демонстративний тип акцентуації спостерігався у 5 (16,7%) ВПО, екзальтований – у 7 (23,3%) ВПО, педантичний – у 6 (20,0%) ВПО, гіпертимний – у 5 (16,7%) ВПО, демонстративний – у 5 (16,7%) ВПО, збудливий – у 4 (13,3%) ВПО, дистимічний – у 3 (10,0%) ВПО, циклотимний – у 3 (10,0%) ВПО, застрягаючий – у 2 (6,7%) ВПО, тривожний – у 2 (6,7%) ВПО.

Явна акцентуація особистості (більше 18 балів) серед ВПО III групи встановлена по демонстративному типу – у 1 (3,3%) ВПО та гіпертимному – у 1 (3,3%) ВПО.

Провівши детальний аналіз результатів показників особистісних особливостей ВПО I групи, встановлено кореляційний зв'язок між варіантами психосоціальної дезадаптації та невротичною патологією, що відображено на рис.6.2.

Відповідно рис.6.2. *при змішаному тривожно-депресивному розладі (F 41.2)* переважали тривожний тип акцентуації особистості – у 23 (79,3 %) ВПО з даним діагнозом та дистимний – у 18 (62,1 %) ВПО (n = 29), між якими встановлено кореляційний зв'язок з економічним та інформаційним варіантом дезадаптації.

Серед ВПО з діагностованими *розладами адаптації (F 43.2)* переважали застрягаючий тип акцентуації – у 13 (61,9 %) ВПО з даним діагнозом (n = 21) та афективно-екзальтований – у 10 (47,6 %) ВПО, які корелювали з виробничим та інформаційним варіантом дезадаптації.

При соматизованому розладі (F 45.0) виявлено кореляцію з демонстративним типом акцентуації – у 12 (66,7 %) ВПО та педантичним – у 11 (61,1 %) ВПО, де (n = 18). Дані типи акцентуації корелювали з економічним та інформаційним варіантом дезадаптації.

При ПТСР (F 43.1) встановлено кореляцію із збудливим типом особистості, виявлений у 7 (70,0 %) ВПО з даним діагнозом (n = 10), а також афективно-екзальтованим – у 5 (50,0 %) ВПО, які корелювали з інформаційним варіантом дезадаптації.

У випадку ВПО з *продовженою депресивною реакцією (F 43.21)* виявлено кореляційний зв'язок з дистимним типом акцентуації, який встановлений у 6 (75,0 %) ВПО з даним діагнозом (n = 8). Дистимний тип акцентуації корелював із сімейним варіантом дезадаптації

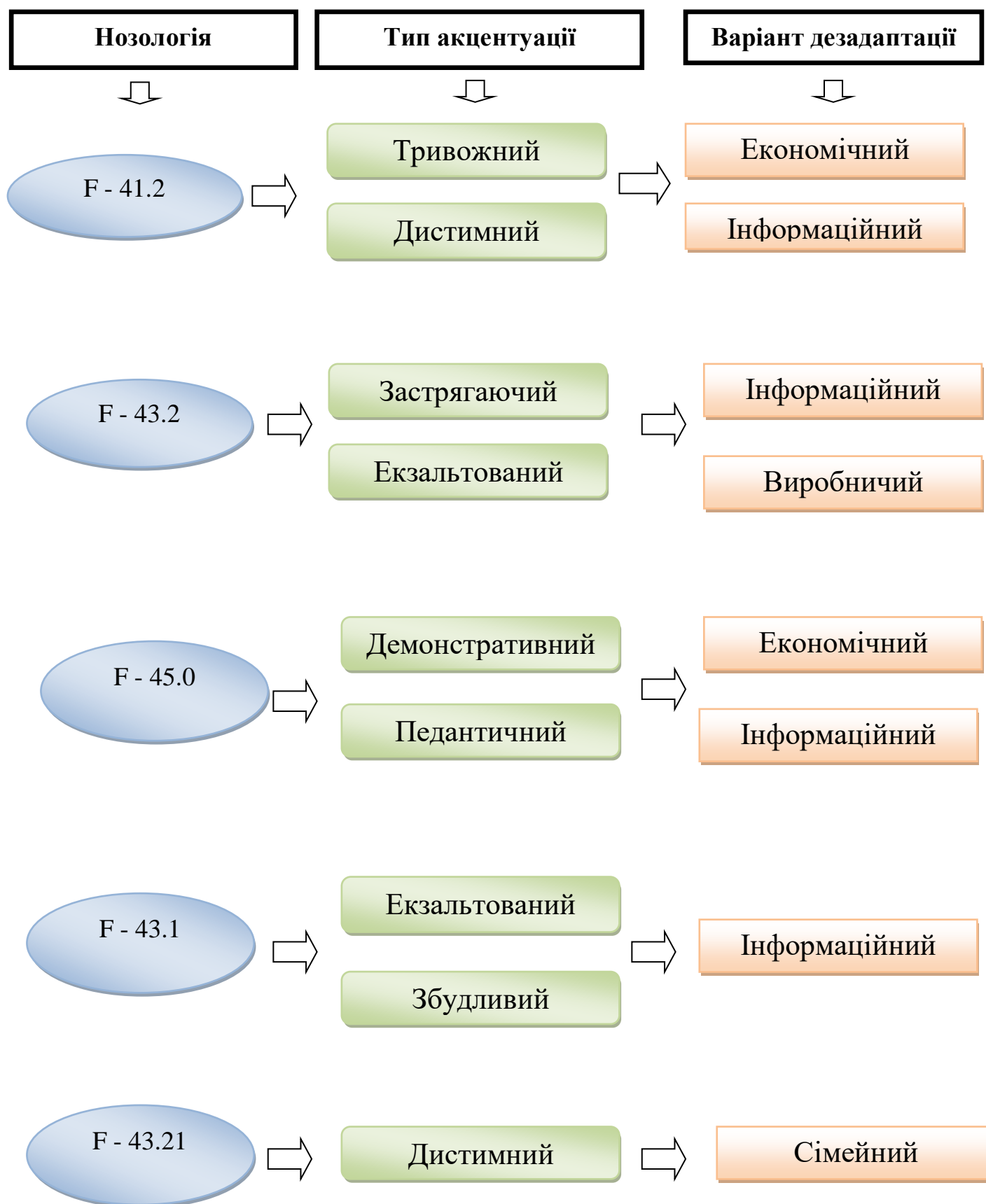


Рис.6.2. Аналіз кореляційного зв'язку між акцентуаціями особистості, нозологією та варіантом дезадаптації у ВПО I групи

Вивчено *гендерні аспекти розподілу типів особистісних особливостей* серед ВПО I групи. Встановлено, що незалежно від ступеню прояву, серед жінок ($n = 55$) достовірно частіше (при $p < 0,05$) ніж серед чоловіків ($n = 31$) визначався дистимічний тип акцентуації характеру – у 24 (43,6 %) та 9 (29,0 %) ВПО відповідно, та педантичний тип – у 21 (38,2 %) та 6 (19,4 %) ВПО відповідно. Серед чоловіків достовірно частіше спостерігалися застрягаючі типи акцентуації у 10 (32,3 %) ніж серед жінок 13 (23,6 %) ВПО (при $p < 0,05$).

При детальнішому аналізі кореляційних зв'язків акцентуацій особистостей ВПО II групи встановлено зв'язок з відповідними варіантами психосоціальної дезадаптації за ураженням сфер суспільної діяльності, що відображено на рис.6.3.

У ВПО II групи з тривожним типом акцентуації особистості, який виявлено у 26 (36,1 %) ВПО, встановлено кореляційний зв'язок з економічним та інформаційним варіантом дезадаптації. Серед ВПО з дистимним типом акцентуації у 22 (30,6 %) простежено кореляційний зв'язок з сімейним та економічним варіантом дезадаптації. У випадку застрягаючого типу акцентуації у 21 (29,2 %) ВПО встановлено кореляційний зв'язок з інформаційним типом дезадаптації. Серед педантично акцентуєваних осіб 17 (23,6%) ВПО, кореляційний зв'язок з сімейним та економічним варіантом дезадаптації. У випадку демонстративного типу акцентуації у 13 (18,1 %) ВПО, наявний кореляційний зв'язок з виробничим варіантом дезадаптації. В осіб з афективно-екзальтованим типом акцентуації 19 (26,4 %) встановлено кореляційний зв'язок з інформаційним варіантом дезадаптації.

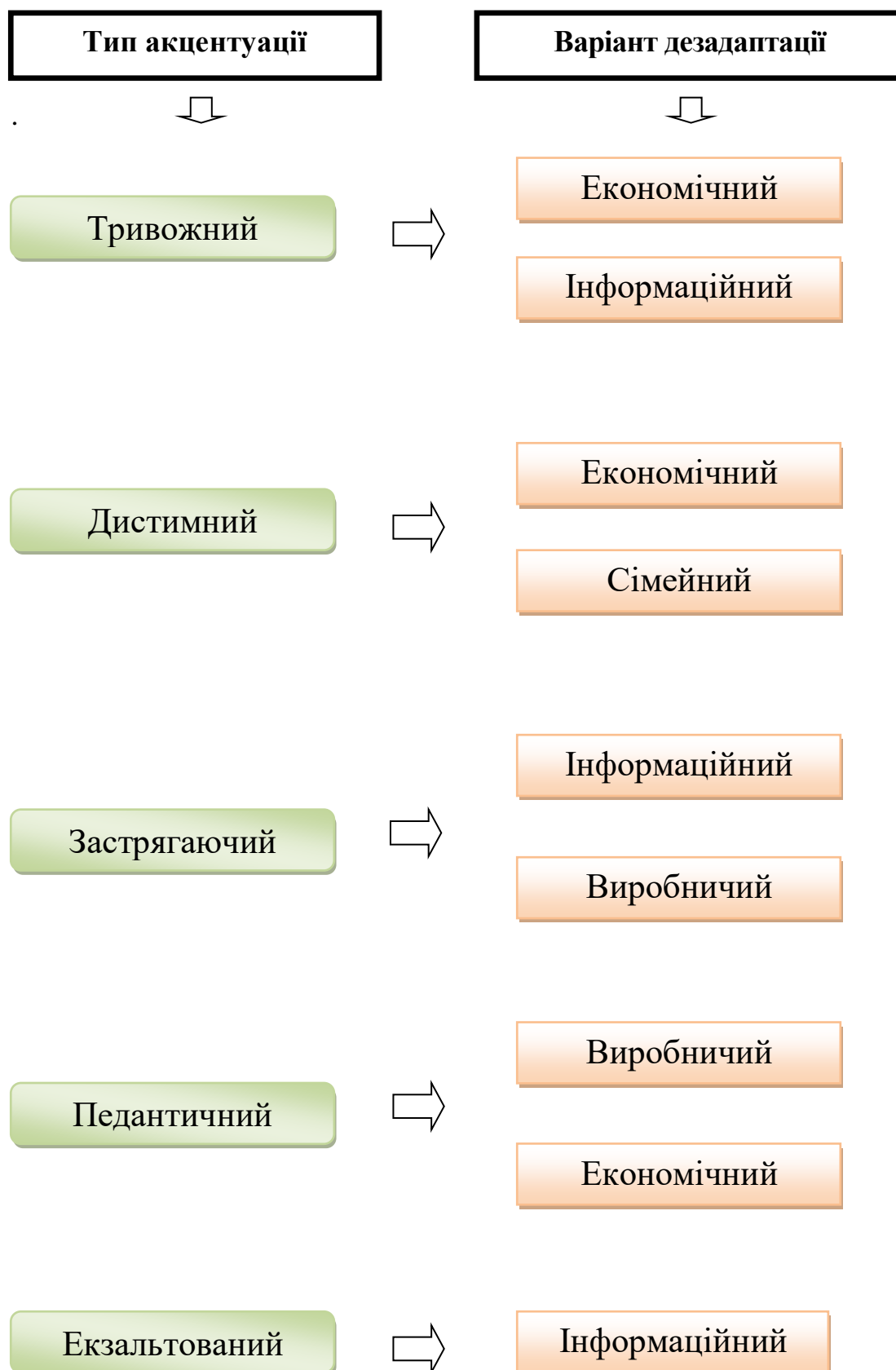


Рис.6.3. Аналіз кореляційного зв'язку між акцентуаціями особистості, нозологією та варіантом дезадаптації у ВПО II групи

У ВПО з *тривожним* типом акцентуації у 37 (43,0%) ВПО I групи та 13 (18,1%) ВПО II групи спостерігалися боязливість, нерішучість, невпевненість у власних силах, що часто відображалося в усіх соціальних сферах, зокрема економічній та сімейній. Надмірний самоаналіз у випадку навіть дрібних невдач призводив до більшої інтровертованості. Вони частіше скаржилися на передчуття «чогось недоброго», страх, внутрішню напругу, навіть на фоні візуального благополуччя. Дане виснажувало, знижувало працездатність, призводило до депресивного фону настрою з дисфоричними включеннями, що відображалося на відношеннях з близьким оточенням. Зокрема, відмічено, що особи з тривожною акцентуацією характеру більше страждали на сексуальні розлади. Адже такі психоемоційні перенавантаження, як надмірна стрес-тривожність, невпевненість, пригнічений емоційний стан призводили до статевих дисфункцій, що в свою чергу, посилювало дезадаптаційний стан в різних сферах функціонування та поглиблювало симптоми невротичних розладів. Чоловіки в силу своєї інтровертованості частіше знаходили відраду в алкоголізації, а жінки занурювалися у власний світ переживань та самоаналізу, усугубляючи патологічний стан.

Вагомий вплив на психоемоційний стан ВПО з тривожною акцентуацією чинили зовнішні інформаційні ресурси. На фоні негативного досвіду після вимушеного переїзду, актуальності хронічних психотравмуючих факторів, відбувалася декомпенсація особистісних рис характеру та, відповідно, послаблення адаптивних ресурсів. Тривожні особистості були надмірно чутливі та більш уразливі до інформації, яку отримували з телебачення, інтернет-ресурсів, ближнього оточення. Суперечливі відомості, часто дезінформація значно посилювало тривогу, переживання за себе та рідних, давало відчуття «покинутості», безпорадності, невпевненості у майбутньому та відсутності підтримки. ВПО скаржилися, що після отримання певної подібної негативної інформації, у подальшому постійно обдумували та аналізували дане, що супроводжувалося зниженням настрою, інколи агресією у чоловіків та плаксивістю у жінок, з задіянням соматовегетативних проявів, таких як посилення

серцебиття, пітливість, тремор, головний біль. Інформаційні чинники чинили негативний вплив на ВПО з тривожним типом акцентуації характеру, що сприяло поглибленню дезадаптаційних процесів та формуванню патологічних станів.

Дистимічний тип акцентуації характерний ВПО I та II групи, 33 (38,4 %) та 22 (33,6 %) ВПО відповідно, а також як компонент циклотимічного типу акцентуації у ВПО III групи. Даний тип акцентуації корелював з економічним типом дезадаптації. Відмічено, що таким особам ще до внутрішніх міграційних процесів характерно були песимізм, похмурість, небагатослівність. Вони віддавали перевагу тихим компаніям, мали вузький круг спілкування з людьми, яким довіряли і могли відкриватися у своїх переживаннях. Будь-які зміни у житті, на роботі призводили до важких, довготривалих адаптаційних процесів. Вимушене переселення стало для них психотравмівним фактором, який явно порушив їх звичний та налагоджений життєвий уклад, позбавив близького оточення та вимагало від них певної активності, дій для формування нових соціальних зв'язків. У разі циклотимного типу акцентуації, де періоди дистимії змінювалися на гіпертимність, що супроводжувалася бажанням спілкування, позитивним реагуванням на зовнішні чинники, оптимізмом та прагненням до діяльності, що могло, на нашій погляд, компенсувати періоди зниженого настрою та зміцнювати адаптаційні ресурси.

Застрагаючий тип акцентуації достовірно частіше ($p < 0,05$) спостерігався у ВПО I групи – у 23 (26,7%) ВПО, зокрема у чоловіків, а також ВПО II групи – у 21 (29,2 %) ВПО. Для цих осіб характерно певне занудство, принципіальність, фіксованість на своїх переживаннях. Часто вони висловлювали образу на увесь оточуючий соціум, вважаючи, що до них не належним чином відносяться, несправедливо та недостатньо оцінюють їхню професійну діяльність. Застрагаючі особистості схильні до глибокого самоаналізу та певного власного викривленого процесу сприйняття та переробки інформації, що призводило до образи та недовіри по відношенню до близьких людей, а також колег. Хоча дане призводило до відчуття постійної тривоги, дискомфорту, такі особи, в силу своєї замкнутості та інтровертованості, часто не відкривалися у внутрішніх

переживаннях, а переважно виступали активними учасниками конфліктів, намагаючись повчати, нав'язувати свої бачення. До своїх колег вони проявляли недовіру, підозрілість, що теж демонстрували у вигляді афективних спалахів, породжуючи у відповідь від близького оточення нерозуміння та образу, що чинило вплив на виробничий тип дезадаптації.

Педантичний тип акцентуації, який достовірно частіше ($p < 0,05$) спостерігався у внутрішньо переміщених жінок I групи, та в загальному визначений у 27 (31,4 %) ВПО та у 17 (23,6%) ВПО. Такі особи відзначалися особливою відповідальністю, серйозністю, занудністю. Надмірна акуратність та принциповість педантичних осіб, висока вимогливість ставали перешкодою для формування якісних взаємовідносин з оточуючими. Недооціненість їх заслуг, невідповідність вимогам, порушення правильного порядку, встановленому у їх розумінні, призводило до формування внутрішнього конфлікту, адже будь-які образи вони тримали у собі та довго їх аналізуючи. Вони відмічали незадоволення своїм економічним становищем, сімейними відносинами, самореалізацією в різних сферах своєї діяльності, а постійні обтяжливі думки спричиняли підвищення тривожності, порушення сну, зниження працездатності.

Афективно-екзальтований тип акцентуації превалював у значимій долі I групи 28 (32,6 % ВПО) та II групи – 19 (26,4 %) ВПО. Особи з домінуванням даного типу рис характеру вирізнялися надмірною чуттєвістю до зовнішніх подразників, емоційністю, потребою в спілкуванні, прив'язаністю до свого близького оточення, домівки, тому важко і довготривало переживали факт вимушеної зміни місця проживання, звичної роботи. На новому місці діяльності вони яскраво реагували на образи від інших людей, зокрема колег, тяжко переносили невдачі, не терпіли монотонної роботи чи надмірного контролю з боку керівництва. ВПО з афективно-екзальтованим типом акцентуації у порівнянні з іншими особами були надмірно сприйнятливі до отриманої інформації, зокрема з інтернет-ресурсів, мас-медіа, від якої легко впадали в гнів чи печаль, жінки вирізнялися плаксивістю. При дослідженні кореляційних зв'язків, спостерігався тісний зв'язок

екзальтованого типу акцентуації з виробничим варіантом дезадаптації, а також з інформаційним.

Демонстративний тип акцентуації, який був поширений ВПО I групи – у 21 (24,4%) ВПО. Дані особи вирізнялися певною егоцентричністю, бажанням бути в центрі уваги, вирізнятися серед своїх колег чи близького оточення. При неотриманні бажаного вони відчували утиснення їхніх інтересів, недооціненість заслуг, що призводило до прояву бурхливих емоцій, драматизації ситуації. Такі особи виступали ініціаторами конфліктних ситуацій чи то вдома, чи на роботі. Звернення за допомогою до спеціаліста часом було способом привернення недоотриманої уваги від рідних, шляхом до маніпуляцій та виходу із власно створених конфліктів. Їх скарги обростали поліморфними функціонально нестійкими психовегетативними проявами, що супроводжувалося емоційною лабільністю та гіперболізацією симптомів. У ВПО I групи демонстративний тип акцентуації корелював з тривожно-іпохондричним синдромом, що входив до структури соматизованого розладу, що підтверджує внутрішню потребу демонстративних осіб у більшій увазі до себе, фіксованість на своїх переживаннях та надмірну гіперболізацію психосоматичних симптомів.

Емотивний тип акцентуації у порівнянні з іншими типами особистості найчастіше спостерігався серед ВПО III групи – у 8 (26,7%) ВПО, та у частини осіб інших груп, у 4 (4,7%) ВПО I групи та у 9 (12,5 %) ВПО II групи. Такі особи відрізнялися емоційною лабільністю, чутливістю до зовнішніх подразників, тривожністю. Їх альтруїзм, гуманність, надмірна чутливість часто вступали у внутрішній конфлікт із зовнішньою реальністю. Так, інформаційні фактори чинили важкі потрясіння провокували переживання за близьких, друзів, страх та невпевненість у власному майбутньому. Емотивні ВПО могли тривалий час аналізувати отриману інформацію, гостро її переживаючи, що періодично супроводжувалося порушенням сну, слізливістю, тривогою. Для них важливе оточення, характер відносин як з колегами, так і з рідними, тому будь-які конфлікти були стресовими факторами, що провокували зміни в емоційному стані. Але при підтримці близьких людей, відволікаємості на приємній для них

зайнятості або проведенні раціональної психотерапії, вони досить легко могли переключатися на позитивні емоції, а соматовегетативні симптоми втрачали свою актуальність.

Збудливий тип акцентуації достовірно більше характерний ВПО I групи – в 15 (17,4%) ВПО, та у 8 (11,1%) ВПО II групи. До того ж, збудливий тип акцентуації у випадку I групи тісно корелював з інформаційним варіантом дезадаптації при ПТСР. Такі особи вирізнялися слабким емоційним контролем, імпульсивністю, гнівливістю, похмурістю. ВПО зі збудливим типом акцентуації особистості важко зближались з іншими людьми, періодично своїм занудством, впертістю, вони провокували інших на конфлікти, при цьому були не поступливими, дратівливими, тому важко адаптувалися до нового соціального оточення, трималися відчужено та напружено. Такий негативний афективний фон у них супроводжувався тривожністю, надмірною образливістю, недовірою та підозрілістю.

Висновки до розділу 6.

1. Для ВПО із I та II групи встановлено дисгармонійні характерологічні профілі з вираженими акцентуаціями: серед ВПО I групи для абсолютної більшості (100%) ВПО встановлено наявність змішаних акцентуацій, представлених поєднанням двох та більше радикалів. Переважаючими є тривожний (43,0%), дистимічний (38,4%) та афективно-екзальтований типи акцентуації (32,6 %). Для ВПО із II групи характерні (91,7%) акцентуації особистості, а гармонійний профіль визначено у (8,3%) ВПО, що достовірно ($p < 0,01$) менше ніж у контрольній групі (56,7 %). Переважаючими є тривожний (36,1 %), дистимічний (30,6 %) , застрягаючий (29,2 %) типи акцентуацій.

2. У ВПО I групи встановлено кореляційний зв'язок між варіантами психосоціальної дезадаптації та невротичною патологією:

- при змішаному тривожно-депресивному розладі (*F41.2*) переважали тривожний 23 (79,3 %) та дистимічний 18 (62,1 %) ($n = 29$) типи акцентуації особистості для яких

встановлено кореляційний зв'язок з економічним та інформаційним варіантами психосоціальної дезадаптації;

- при розладах адаптації (F43.2) переважали застрягаючий 13 (61,9 %) ($n = 21$) та афективно-екзальтований 10 (47,6 %) типи акцентуації, які корелювали з виробничим та інформаційним варіантами психосоціальної дезадаптації;

- при соматизованому розладі (F 45.0) виявлено кореляцію з демонстративним 12 (66,7%) та педантичним 11 (61,1 %) типами акцентуації, де ($n = 18$), які корелювали з економічним та інформаційним варіантами психосоціальної дезадаптації;

- при ПТСР (F 43.1) встановлено кореляцію із збудливим 7 (70,0 %) ($n = 10$) та афективно-екзальтованим 5 (50,0 %) типами особистості, які корелювали з інформаційним варіантом психосоціальної дезадаптації.

- при пролонгованій депресивній реакції (F43.21) виявлено кореляційний зв'язок з дистимічним 6 (75,0 %) ($n = 8$) типом акцентуації, який корелював із сімейним варіантом психосоціальної дезадаптації.

У ВПО II групи з тривожним типом акцентуації особистості встановлено кореляційний зв'язок з економічним та інформаційним варіантом дезадаптації; з дистимічним типом акцентуації – з сімейним та економічним варіантом дезадаптації; у випадку застрягаючого типу акцентуації – з інформаційним типом дезадаптації; серед педантично акцентуєваних ВПО кореляційний зв'язок з сімейним та економічним варіантом дезадаптації; з демонстративним типом акцентуації – з виробничим варіантом дезадаптації; з афективно-екзальтованим типом акцентуації встановлено кореляційний зв'язок з інформаційним варіантом дезадаптації.

3. У гендерному аспекті серед ВПО I групи не залежно від ступеню прояву серед жінок достовірно частіше (при $p < 0,05$) визначалися дистимічні – у 24 (43,6 %) та педантичні – у 21 (38,2 %) акцентуації характеру, а серед чоловіків домінували застрягаючі типи акцентуації – у 10 (32,3 %).

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях автора:

Гальченко А.В., Кидонь П.В. «Клініко-психопатологічні та патопсихологічні закономірності формування психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб з розладами адаптації» / Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2018. – Том 20. – №1 (69). – С.86 – 91.

РОЗДІЛ 7. КОМПЛЕКСНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ З УРАХУВАННЯМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ

7.1. Загальні принципи комплексної системи реабілітації внутрішньо переміщених осіб

В основу реабілітаційної програми покладено результати клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного і патопсихологічного дослідження, розроблено комплексну та персоніфіковану систему реабілітації ВПО, що враховує особливості психосоціальної дезадаптації у різних сферах функціонування.

На основі отриманих даних та вивчення сучасних літературних джерел ми сформулювали основні принципи та алгоритм надання допомоги внутрішньо переміщеним особам з урахуванням психосоціальної дезадаптації.

1. Психосвітний етап;
2. Етап психотерапевтичних інтервенцій;
3. Фармакологічна допомога;

До програми реабілітації включено психосвіт, психотерапевтичні інтервенції та фармакологічну терапію, що не суперечать рекомендаціям уніфікованих клінічних протоколів первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, затверджених МОЗ України .

Основними принципами реабілітаційної програми ВПО є комплексність, персоніфікованість, врахування всіх етіопатогенетичних аспектів, гендерних відмінностей. Програма реабілітації ВПО базувалась на принципах послідовності та етапності.

Реабілітацію для ВПО проводили для I та II груп обстежених. До яких відповідно належали пацієнти, що є ВПО з Донецької, Луганської областей та Криму. 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 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 %).

Важливим елементом реабілітаційного процесу було формування *терапевтичного альянсу*, так званого, комплаєнсу між пацієнтом та лікарем, становлення довіри до фахівця та мотивування ВПО на подальшу участь у терапевтичному процесі. У психотерапевтичному процесі з пацієнтом вибудовувалися партнерські відносини. Внутрішньо переміщена особа розглядалася не як «психічно хвора особа», що звернулася до лікаря-психіатра, а як особистість, яка переживає природні стресові стани у відповідь на ненормальні життєві умови, складні ситуації та внутрішнє переміщення. У ході роботи з пацієнтами досить велике значення надавалося формуванню у нього системи уявлень, які б сприяли розумінню основних клініко-психопатологічних симптомів та наслідків патологічних станів. Під час побудови реабілітаційного процесу звертали увагу на гендерні особливості та відмінності під час вибору психотерапії, зокрема, для жінок обрано недирективну форму спілкування, у формі партнерських відносин, а для чоловіків – формою взаємодії доволі часто був директивний підхід. Дані форми спілкування забезпечували ефективну взаємодію з ВПО, що сприяло та формувало позитивне середовище для в процесу реабілітації.

Психоосвітні заходи проводилися в перші дні знайомства з ВПО для I та II груп ВПО, як у виді індивідуального консультування, так із залученням членів сім'ї (за можливістю). Психоосвітні заняття направлені на заповнення дефіциту знань відносно формування психосоціальної дезадаптації, психогенних психічних розладів, приділялася увага негативним наслідкам стресу та шляхам його подолання. Індивідуальні психоосвітні заняття з ВПО тривали від 1 до 1,5 год та проводилися щотижня протягом початкового періоду реабілітаційного процесу. Психоосвітні методи – це проблемно-орієнтовані бесіди в психотерапевтичних групах ВПО (як

індивідуального так і групового характеру). Всіх учасників I та II груп поєднував статус вимушено переселеної особи, ідентичні проблеми, що пов'язані з переміщенням, пережиті психотравми гострого та хронічного характеру, схожість переживань та подібне коло питань. На створення комфортної психологічної обстановки ВПО впливало відчуття безпеки, довіри до оточення та лікаря, що сприяло формуванню комунікативних навичок та психологічної взаємодії учасників групи.

Психотерапевтичні інтервенції згідно доказової медицини були пріоритетними заходами в реабілітаційному процесі ВПО як для I так і для II групи. Основною метою було нівелювання клінічних проявів психосоціальної дезадаптації, різних її варіантів та ступенів тяжкості.

Вибір методики та частоти психотерапевтичних сесій залежали від варіанту та ступеню тяжкості психосоціальної дезадаптації, індивідуальних особливостей ВПО, віку, статі, характеру психотравми та наявності невротичної патології. Провідні психотерапевтичні методики застосовані у реабілітації ВПО базувалися на принципах когнітивізму, біхевіоризму та раціоналізму з включенням допоміжних технік (сугестивна психотерапія, техніка релаксації, дихальні вправи, арт-аромо-музикотерапія). Під час даного процесу реабілітації для ВПО застосовано як індивідуальні, так і групові заняття. Тривалість психотерапевтичної роботи з ВПО складала близько 6 місяців.

Індивідуальна психотерапія відбувалася у формі сеансів із застосуванням персоніфіковано визначеної методики та проводилася в умовах кабінетів кафедри психіатрії, наркології та медичної психології УМСА, в межах відділення у випадку стаціонарного лікування пацієнтів. Такі умови психотерапевтичного процесу були покликані сприяти максимально активній участі пацієнта у лікувально-діагностичних заходах, підвищувати особисту відповідальність за ефективність здійснюваних впливів. Тривалість даних психотерапевтичних занять тривало від 50 до 60 хвилин з періодичністю один-два рази на тиждень в залежності від показань.

Групова психотерапія проводилася у вигляді закритих груп ВПО у кількості до 10 осіб. Групи формувалися головним чином за варіантом порушення психосоціальної дезадаптації, актуальністю та пережитою психотравмою, наявністю

встановленого діагнозу невротичного розладу, по можливості, за віком та статтю. В процесі реабілітації ВПО дані заняття у психотерапевтичних групах сприяли виникненню і закріпленню почуття належності до групи, що в свою чергу породжували ефект захищеності, безпеки, відбувалася зміна уявлень про неповторність і виключність свого захворювання. Таким чином, психотерапевтичний ефект групових занять в процесі реабілітації ВПО, сприяв зменшенню переоцінки відношення до свого хворобливого стану, зміцненню віри в успіх терапії, підвищенню самооцінки, формуванню адекватних життєвих планів. Обов'язковим було особиста згода та бажання ВПО на участь у відкритих терапевтичних групах (за участю інших ВПО). Закриті групові заняття здійснювали 2 рази на тиждень від 1 до 1,5 год., проводили в амбулаторних умовах на базі кафедри психіатрії, наркології та медичної психології УМСА.

Фармакотерапія в ході реабілітації ВПО призначалася диференційовано, у відповідності до загальноприйнятих протоколів надання допомоги хворим на невротичні розлади з урахуванням психосоціальної дезадаптації та індивідуальних особливостей пацієнтів.

Фармакотерапія призначалася пацієнтам з невротичною патологією, ВПО І групи. Під час призначення медикаментозної терапії враховували тяжкість психосоціальної дезадаптації. Переважно всі ВПО І групи отримували комбіновану терапію у вигляді психотерапії та фармакотерапії. Дані методи лікування взаємодоповнювали один одного та мали взаємопотенційний вплив. Призначена фармакотерапія є дозволеною та не суперечить загальноприйнятним державним протоколам лікування, а фармакологічні препарати входили до переліку зареєстрованих в Україні лікарських засобів, що включає ліки з доведеною ефективністю та допустимим рівнем безпеки.

Психофармакологічні впливи застосовано до І групи ВПО з психосоціальною дезадаптацією та невротичними розладами. Фармакотерапія призначалася пацієнтам, які не мали ефекту від психотерапевтичних інтервенцій та при показаннях до медикаментозної психофармакотерапії. У реабілітаційному процесі для І групи ВПО призначали індивідуально обґрунтоване застосування

антидепресантів, транквілізаторів, ноотропів, атипичних нейролептиків. Застосовували як монотерапію, так і комбінацію препаратів. Психофармакотерапія була спрямована на усунення клініко-психопатологічної симптоматики невротичних розладів, визначене подолання чи згладжування властивих значній частині обстежених ВПО тривожності, напруженості, емоційної нестійкості та неврівноваженості, збудливості, подолання страхів та невпевненості, вегетативних проявів. Наведена психопатологічна симптоматика стала мішенню психофармакотерапії у I групі ВПО.

Під час реабілітації ВПО досить широко в I групі пацієнтів використовували призначення антидепресантів третього покоління, групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), з доведеною ефективністю: пароксетин 20–40 мг, сертралін 50–150 мг, циталопрам 10 мг, есциталопрам 10–20 мг. За наявності тривожного, астеничного компонента чи неефективності СІЗЗС, перевагу надавали антидепресантам групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІОЗС і Н): венлафаксин 150 – 225 мг. У разі переважання виразності вегетативних проявів, при соматизованих розладах застосовували дуоксетину (симода, дулоксин) 30 – 80 мг. Перевага надавалася агомелатину (мелітор) 25 – 50 мг, міансерину (міасер) 10 – 60 мг при виразному агрипничному синдромі.

При виражених поведінкових порушеннях, симптомах інтрузії (при РА, ПТСР) або для потенціювання антидепресивної дії СІЗЗС застосовували атипичні антипсихотики у низьких терапевтичних дозах: кветіапін (кветиксол, кветирон) 25 –100 мг, рисперидон (риспетрил, респерон) 1 – 2 мг, сульпірид (еглоніл) 50 –100 мг, оланзапін 2,5–5 мг, або антипсихотики з виразним противотривожним ефектом: тіорідазин (сонапакс) 10 –75 мг, хлорпротексин (труксал) 25–50 мг. Призначалися тимостабілізатори: вальпроєва кислота (вальпроком, депакін) 300 – 1500 мг, ламотриджин (ламіктал, ламотрин) 25 – 200 мг.

Препарати групи анксиолітиків, похідних бензодіазепіну (гідазепам, сибазон) застосовувалися у виключних випадках через їх швидку та виразну заспокійливу дію та на короткий термін строком від 1 до 3-х днів з метою

тамування надмірно вираженої психопатологічної симптоматики. Персоніфіковано в рамках реабілітації ВПО на даному етапі використовували психостимулятори, вегетостабілізатори та загальнозміцнюючі засоби (вітаміни, антиоксиданти).

Таким чином, розроблено комплексний системний персоніфікований підхід реабілітаційних заходів ВПО з урахуванням психосоціальної дезадаптації, її варіанту та тяжкості, особливості порушення сфери функціонування та якості життя.

7.2. Принципи системи реабілітації внутрішньо переміщених осіб І групи

Систему реабілітації для ВПО І групи розроблено з урахуванням діагностованого варіанту та тяжкості психосоціальної дезадаптації та встановленого діагнозу невротичного розладу. 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). 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(33,7%), 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 І групі був тривожний синдром. Тривога проявлялася занепокоєнням з приводу внутрішнього переміщення, відчуттям власної безпорадності у даній ситуації та прагненням уникнути її.

В залежності від тяжкості психосоціальної дезадаптації застосовували:

- При легкій тяжкості психосоціальної дезадаптації у ВПО – психоосвітня робота.
- При середній тяжкості психосоціальної дезадаптації ВПО потребували як психоосвітніх заходів, так і психотерапевтичних інтервенцій, індивідуального та групового характеру психотерапії з застосуванням медикаментозних терапій у вигляді монотерапії (переважно антидепресантами);
- При тяжкому перебігу психосоціальної дезадаптації у ВПО застосовувалися психоосвітня робота, фармакотерапія (комбінована) та курси індивідуальної, групової психотерапії.

У 32 (37,2 %) випадків I групи ВПО лікування проводили в стаціонарних умовах, 54 (62,8 %) випадків – амбулаторно, в психоневрологічному диспансері та на базі кафедри психіатрії, наркології та медичної психології УМСА.

Схема психотерапевтичного етапу ВПО I групи 7.2

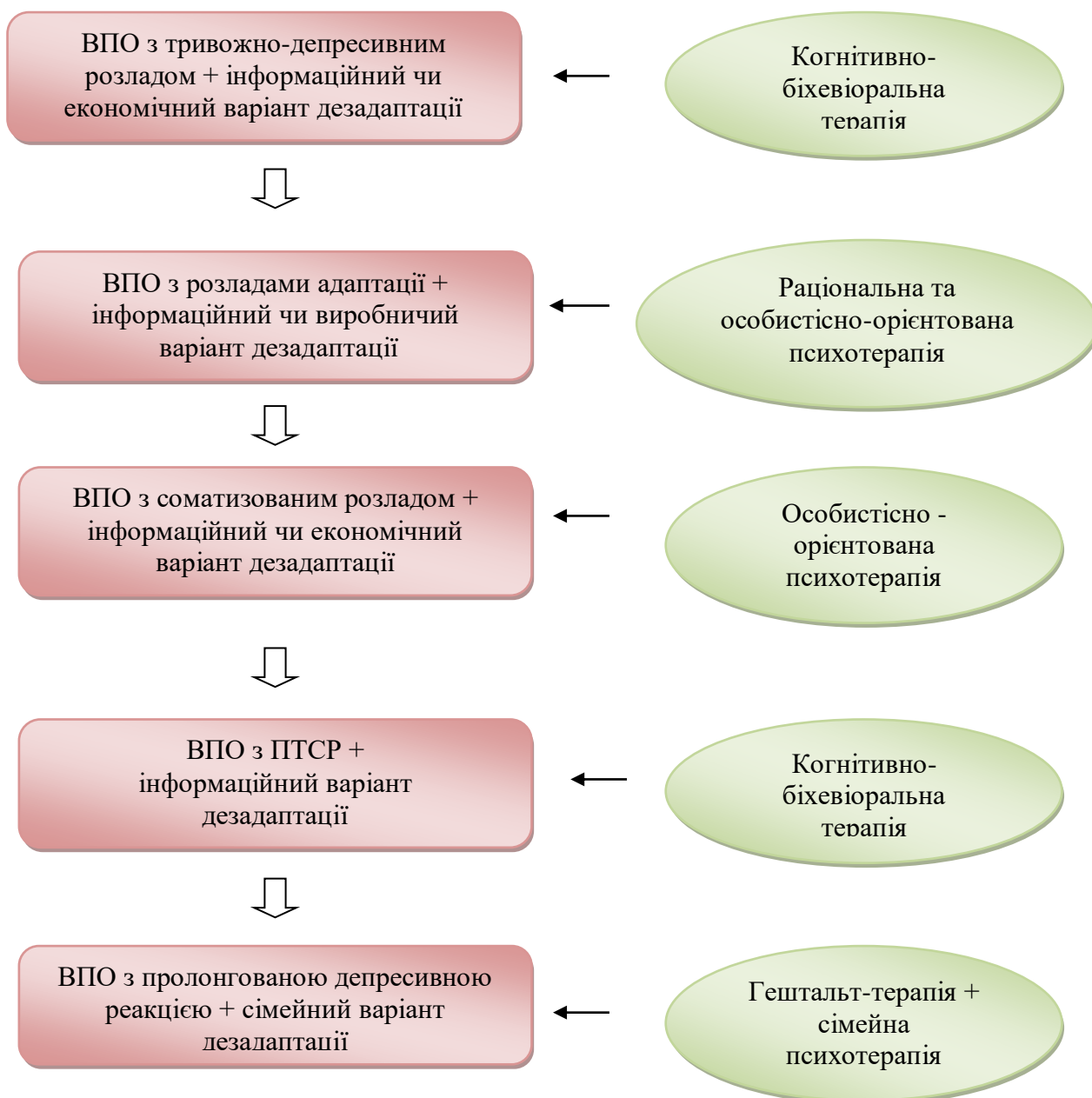


Рис.7.2. Схема психотерапевтичного етапу ВПО I групи

При тривожно-депресивному розладі (F41.2) у більшості випадків спостерігалися змішані варіанти дезадаптації, серед яких домінуюче місце посів інформаційний варіант дезадаптації у 26 (86,2 %) ВПО (n=29), середньої та легкої ступені тяжкості, а також економічний варіант дезадаптації у 26 (89,7 %) ВПО, де в даному випадку переважав тяжкий перебіг. Дезадаптація в інформаційній сфері відбувалася під впливом зовнішніх ресурсів, які шляхом дезінформації вводили

особистість в стан тривоги та недовіри. Прослуховуючи та проглядаючи мас-медійні ресурси, у ВПО формувалося відчуття самотності та відсутності безпеки. У додачу до цього, недостатній матеріальний стан або зниження звичних доходів, незадовільні побутові умови породжували невпевненість у наступному дні, песимістичні думки про майбутнє, що поглиблювало стан психосоціальної дезадаптації та провокувало розвиток тривожно-депресивної симптоматики.

Враховуючи фактори психотравми, базисною психотерапевтичною методикою при тривожно-депресивному розладі обрано *когнітивно-біхевіоральну терапію (КБТ) (Beck A.T.)*. Метою КБТ було виправлення неадаптивних думок, які виникали автоматично, не усвідомлено та не дозволяли адекватно впоратися з життєвими ситуаціями, викликаючи внутрішню дисгармонію та хворобливі емоційні реакції. За допомогою даного методу психотерапії проводили навчання ВПО щодо реагування на події, що провокували приступи тривоги та патологічні симптоми, усуваючи ірраціональні судження, які виникали на фоні тривожності.

На початковому етапі КБТ в процесі роботи з ВПО I групи виокремлювалися ключові проблеми у виді актуальних клініко-психопатологічних симптомів, вегетативних проявів і в подальшому емоційних проблем, таким чином, визначалися провідні психотерапевтичні мішені. Подальшою метою було усвідомлення пацієнта своїх неадаптивних думок та їх вербалізація. Акцент встановлювався на розрізненні між об'єктивними подіями та їх суб'єктивним сприйняттям, які зазвичай ВПО хибно інтерпретували через свої когнітивні процеси. Під впливом інформаційних та економічних чинників у ВПО формувалася дезадаптаційна поведінка з укоріненням помилкових стереотипів, які призводили до тих самих викривлених думок та когніцій. Саме тому ми прагнули щоб відбувалася робота над заміною хибних думок на більш гнучкі, адаптивні, шляхом сприйняття своїх умовиводів не як факти, а як гіпотези.

В ході реабілітаційного процесу при *тривожно-депресивному розладі ВПО I групи* проводили *тренінги з управління стресом*, метою яких було - зниження рівня тривоги. Тривожні стани генералізувалися навіть при малозначимих стресах, призводячи до соматовегетативних реакцій, поглиблюючи тяжкість

патологічного та дезадаптивного стану. ВПО навчалися керувати своєю тривогою за допомогою нових навиків. Дані тренінги включали: м'язову релаксацію, дихальні вправи, медитації (майндфулнес), аутогенну релаксацію. Навчання методів релаксації проводилися як у групах, так і в індивідуальних сесіях, при умові коли пацієнт не бажав брати участь у групових зустрічах. Надалі, ВПО надавалися завдання на самостійне опрацювання обраної методики управління стресом з частотою 2 рази на день (зранку та перед сном) в період гострих проявів тривожної симптоматики, у подальшому частота тренувань зменшувалася до 1 разу на день.

Препаратами першої лінії при тривожно-депресивному розладі першочергово були антидепресанти з групи СІЗЗС, циталопрам в дозі 10 мг, пароксетин 20 мг. У випадках надмірно вираженої тривожно-депресивної симптоматики та тяжкого перебігу психосоціальної дезадаптації використовувався венлафаксин (венлаксор) в початковій дозі 37,5 мг та підтримуючій 75 – 225 мг.

Стартові дози розпочиналися вдвічі меншими від терапевтичних, оскільки пацієнти з тривожним синдромом могли бути надмірно чутливими до активуючої дії антидепресантів. В такому разі призначалися анксиолітичні засоби короткими (1-3 дні) або переривчастими курсами, гідазепам 0,02 – 0,1 г 1 раз на день. Або ж використовувалися небензодіазепінові анксиолітики, мебікар (адаптол) 0,5 – 1,5 г, психостимулятори з ноотропним ефектом, фенібут (нообут, ноофен) 0,5 – 1,5г.

При вираженому агрипнічному синдромі використовувалися антидепресанти зі снодійним ефектом, міансерин (міасер) в дозуванні 30 – 60 мг перед сном, агомелатин 25 – 50 мг, який стимулює мелатонінові рецептори та синхронізує циркадні ритми, що відновлює сон без порушення його природної структури.

При *розладах адаптації (F 43.2)* у 19 (82%) осіб переважав виробничий варіант психосоціальної дезадаптації у 16 (76,2%) ВПО (де n=21) з середньою тяжкістю та у 17 (81,0 %) ВПО – інформаційний тип з легкою та середньою тяжкістю. Дана категорія ВПО фіксувалася на проблемах у сфері професійної діяльності.

Причиною часто ставали пониження у службовій посаді внаслідок переїзду або взагалі вимушена зміна діяльності, яка не приносила задоволення. Дехто втрачав свій власний бізнес і змушений був влаштуватися на роботу під керівництво іншої людини. Невиправдані очікування чи протиріччя власним принципам призводили до виникнення відчуття образи, приниження та власної неповноцінності. Порущувалися комунікативні навички та утруднювалися відносини з колегами, керівництвом. Частина ВПО фіксувалися на відчуттях ворожості від оточуючих, осуду, неприйняття в колектив. Вирішення конфлікту вони вбачали в униканні комунікацій з колегами або навпаки конфронтації, що деструктивно впливало на загальний емоційний стан особистості.

Саме тому, при розладах адаптації базисною терапією була *раціональна психотерапія по Р. Дюбуа*. Даний метод використовувався для донесення пацієнтам психопросвітницької інформації, глибинного та всестороннього роз'яснення особливостей, причин їхнього патологічного стану. Після розуміння патофізіологічних механізмів невротичних розладів, суті внутрішніх конфліктів, які стали пусковими для дезадаптації, та можливих шляхів їх подолання, досягалася мета зняття внутрішньої напруги, седації до певного рівня. Додатково, ми змінювали хибні поведінкові установки ВПО на логічні та аргументовані переконання, які надалі допомагали у когнітивно-емоційній корекції дезадаптивного стану. Для розвитку комунікативних навиків даній категорії пацієнтів пріоритетно пропонувалася участь у закритих психотерапевтичних групах, де вони могли ділитися своїми переживаннями, відчувати підтримку людей зі схожими проблемами.

Враховуючи переважання виробничої та інформаційної варіантів дезадаптації при данному психоневротичному стані також застосовано *особистісно-орієнтовану (реконструктивну) психотерапію* (Б. Д. Карвасарський, Г. Л. Інсуріна, В. А. Ташликов, 1994), яка базується на розумінні особистості як системи її стосунків з соціальним оточенням. У загальному курс терапії мав два процеси: усвідомлення пацієнтом істинних джерел виникнення внутрішнього конфлікту та реконструкція стосунків особистості у нові адаптивні форми відносин. На перших зустрічах відбувалося пізнання пацієнта як особистості, особливості його поведінки, емоційних реагувань,

мотивів, установок, їх адекватність та реалістичність. Вивчалися етіопатогенетичні механізми, які провокували формування психоневротичного та дезадаптивного стану. Фіксувалися негативні емоції, які призводили до проявів клініко-психопатологічної симптоматики та виокремлювалися конкретні події, що їх викликали. Надалі, важливим етапом було донесення ВПО та усвідомлення більш глибоких механізмів виникнення внутрішнього конфлікту та психологічних проблем. Було завдання донести розуміння пацієнту як сприймають його поведінку оточуючі, які наслідки та як можна по іншому реагувати, менш травматично для власної персони. Головними цілями особистісно-реконструктивної терапії було перебороти пацієнтом непристосувальні форми поведінки, розвинути нові форми емоційного реагування, які сприяли б адекватній адаптації й функціонуванню в їхньому реальному житті та закріпити отримані нові навички.

Заняття особистісно-реконструктивної психотерапії здійснювалися як індивідуально, так і в групах. Зустрічі відбувалися 1 раз в тиждень тривалістю до 1,5 години, протягом 6 місяців. Перевага надавалася груповим сесіям, так як такий тип взаємодії сприяв розвитку комунікацій, відчуттю згуртованості, забезпечував емоційну підтримку. До того ж, в групах ВПО міг краще прослідкувати свої деструктивні моделі поведінки наближені до реальних життєвих ситуацій, досліджувати власні міжособистісної взаємодії та в подальшому втілювати і засвоювати нові конструктивні поведінкові навички.

Клінічна картина розладів адаптації характерна різноманітністю клінічних проявів, у випадку ВПО нами були встановлено переважання тривожного, агрипнічного та неврастенічного синдромів. Першою лінією вибору були СІЗЗС, пароксетин 20 – 40 мг, сертралін (золофт) 50 – 150 мг. У ряді серотонінергічних препаратів пароксетин є найпотужнішим і одним з найбільш специфічних блокаторів зворотного захоплення серотоніну, має антидепресивну та протитривожну дію при помірному стимулюючому ефекті. При неефективності СІЗЗС або тяжкому перебігу клінічної картини застосовувався венлафаксин (венлаксор) 75 - 225 мг. З метою швидкого зниження астено-невротичних та тривожних проявів застосовувалися анксиолітики (гідазепам, сибазон, феназепам)

короткими курсами 1 – 3 дні та все ж перевага надавалася мебікару (адаптол) 600 – 1500 мг чи фенібуту (ноофен, нообут), до яких немає синдрому залежності, їх можна призначати в денний час, вони чинять стрес-протективну та адаптогенну дію. Для корекції поведінки, при дисфоріях, різких змінах настрою, застосовувалися тимостабілізатори вальпроєва кислота (вальпроком) 600 – 1500 мг, ламотриджин (ламотрин) 50 – 200 мг.

При агрипнічному синдромі призначалися в стаціонарі снодійні (зопіклон, залеплон), амбулаторно надавали перевагу антидепресантам зі снодійним ефектом міансерин 30 – 60 мг, міртазапін 25 – 50 мг.

При *соматизованому розладі (F 45.0)* у ВПО I групи встановлене переважання інформаційного варіанту дезадаптації у 16 (88,2 %) ВПО (де n=18), в легкій та середній тяжкості, та економічного варіанту дезадаптації у 15 (83,3%) ВПО, у середній тяжкості та тяжкому перебігу.

Зміна оточення внаслідок вимушеного переїзду часто не відповідала внутрішньому баченню, очікуванню особи. Новий уклад йшов у протиріччя принципів ВПО, що посилювало їх дезадаптивний стан. Деструктивні поведінкові реактування, глобалізація проблем призводила до внутрішніх переживань, негативних емоцій, які в свою чергу викликали появу сомато-вегетативних симптомів у виді мігрень, гіпертонії, гастралгії, кардіалгії. Такі тілесні прояви знижували працездатність, породжували песимізм, відсутність бажання діяльності, ускладнювало відносини з оточуючими.

Даним ВПО I групи в реабілітаційному процесі надавалася перевага *особистісно - орієнтованій (реконструктивній) психотерапії*, яка фокусувалася на глибокому вивченні особистості, виявленні основних етіопатогенетичних механізмів, які сприяли виникненню вегетосоматичної симптоматики в межах невротичного дезадаптивного стану, усвідомленні особистістю своїх деструктивних форм реактувань та виробленню нових адаптивних установок. У даному випадку особистісно-орієнтована терапія доповнювалася іншими допоміжними методиками, зокрема сугестивною методикою, психодрамою та тренінгами з управління стресом. Методи релаксації у складі тренінгів управління стресом були також рекомендовані пацієнтам з агрипнічним синдромом.

Обираючи найбільш суб'єктивно комфортну методику (дихальні вправи, аутогенне тренування, медитації чи м'язову релаксацію) ВПО регулярно протягом місяця застосовували її перед сном.

Допоміжними методами в комплексі реабілітації ВПО I групи були *аромо-музико-кольоротерапія*. Такі додаткові види психотерапії позитивно впливали на неспецифічну реактивність організму, підвищували адаптаційні здібності, активували метаболічні процеси.

З фармакотерапії дана категорія ВПО при соматизованому розладі отримувала СІЗЗС, а саме есциталопрам (ципралекс, медопрам, есцитам) в дозах 10–20 мг, який позитивно впливав на дезактуалізацію соматовегетативних явищ та за рахунок своєї селективності має сприятливий профіль безпеки. Призначення анксиолітиків носив симптоматичний характер, для швидкого зменшення астено-невротичних, астено-депресивних та тривожно-іпохондрічних проявів.

При надмірно вираженому іпохондричному синдромі, для підсилення ефективності антидепресантів, а також для снодійного ефекту могли застосовуватися антипсихотики у мінімальних дозуваннях, зокрема кветіапін (кветирон, кветиксол) 25 – 300 мг, рисперидон (рисперон, елідон) 1 – 4 мг, сульпірид (еглоніл) 50 – 100 мг, тіорідазин (сонапакс) 10 – 50 мг. Хлорпротиксен (труксал) 25 – 50 мг усував тривогу, страх, занепокоєння, при цьому не спричиняв виражену сонливість чи млявість, тому допустимий був до денного прийому. Допоміжною терапією були ноотропи, b-адреноблокатори, психостимулятори, вітаміни.

У ВПО I групи з діагнозом *ПТСР (F 43.1)* у переважної більшості домінував *інформаційний тип дезадаптації* – у 8 (80,0%) ВПО (при n=10). Слід зазначити, що при даному невротичному розладі переважав тяжкий перебіг інформаційної дезадаптації – у 6 (60,0%) ВПО, саме тому кількість сесій та їх тривалість була найтривалішою.

Основною психотерапевтичною методикою при ПТСР у ВПО обрано методику *КБТ*. Згідно біхевіоральної теорії розвитку ПТСР, симптоми інтрузії та збудження розглядаються як умовні емоційні реакції, що виникають у відповідь на зовнішні подразники. Не зважаючи на те, що дані симптоми спровоковані

першочергово психотравмою, надалі вони є наслідком зусиль особистості подолання даної психотравми і проявляються в обставинах, які не пов'язані з попереднім травматичним досвідом, таким чином перетворюючись у функціонально автономні реакції. Неадаптивна поведінка знаходиться під контролем неодноразово повторюваних стимулів, що супроводжується певними особистісними поведінковими реакціями. Тож виходячи з такої теорії, КБТ була сфокусована не на пережитій психотравмуючій події, а на неадаптивній поведінці, що сформувалася у виді умовного рефлексу внаслідок цієї психотравми.

Враховуючи домінування серед ВПО інформаційного варіанту дезадапції, також, метою КБТ було в процесі терапії змінити когнітивні схеми пацієнтів шляхом включення нової інформації. Негативний травматичний досвід активно впливає на систему переконань особистості та процеси її адаптації, адже коли відбувається травматична подія, яка не вписується в існуючі схеми, індивідуум змушений узгодити такі події зі своєю системою поглядів, принципів та цінностей. Так до первинних емоційних реакції (страх, гнів) додаються вторинні (сум, сором, вина). При спробі особистістю знайти причину своїх переживань часто відбувається пошук винних у тому, що сталося, відповідно формуються додаткові негативні емоції. Для зниження інтенсивності негативних емоцій, відновлення відчуття безпеки, довіри та встановлення контролю над подіями і була застосована методика КБТ. Під час психотерапевтичної роботи ми прагнули допомогти виокремити сформовані суб'єктивні хибні думки, а потім змінити їх на нові - адаптивні.

Для зниження рівня тривожності включені тренінги з управління стресом, на яких ВПО навчалися технікам релаксації. Техніки релаксації у виді прогресивної м'язевої релаксація (за Джекобсоном) та аутотренінга у модифікації Шульца пропонувалися пацієнтам на вибір, в залежності від їхньої прихильності та вподобання методики. Застосування даних методів за нашими спостереженнями, сприяло підвищенню рівня саморегуляції, контролю емоційних та когнітивних процесів, а також вегетативно-соматичних реакцій. Також, релаксаційні техніки було успішно застосовано при диссомнічних порушеннях.

У випадку ПТСР психотерапія є лікуванням вибору, але при наявності надмірно вираженого тривожно-депресивного синдромукомплексу, сомато-вегетативних порушень, когнітивних дисфункцій засосовувалося поєднання психотерапії з фармакотерапією. Серед усього спектру антидепресантів з групи СІЗЗС перевага надавалася сертраліну та пароксетину, які мають значну доказову базу в своїй ефективності саме при ПТСР. Сертралін (золофт) призначався у початкових дозах 25 мг та поступово титрувався до терапевтичної 50 – 100 мг, у стійких випадках призначалася максимальна доза 200 мг. Дозування пароксетину переважно було 20 – 40 мг. Анксиолітики призначалися симптоматично, з метою швидкого зменшення астено-невротичних та тривожних проявів, (гідазепам, сибазон, феназепам). Також у поєднанні з антидепресантами при агрипнічному синдромі використовувалися снодійні (зопіклон, залеплон), або антидепресанти зі снодійним ефектом (міансерин, міртазапін).

При ПТСР згідно численних досліджень анксиолітики використовуються крайньо рідко та короткостроково (1 – 3 дні), так як спричиняють виникнення залежності. Для корекції поведінки, при дисфоріях, різких змінах настрою, застосовувалися тимостабілізатори вальпроєва кислота (вальпроком) 600 – 1500 мг, ламотриджин (ламотрин) 50 – 200 мг. Антипсихотики обмежувалися невеликими дозами і виключно при наявності дезорганізації мислення, симптомах інтрузії, при недостатній ефективності антидепресантів, зокрема рисперидон (рисперон, елідон) 1 – 4 мг, оланзапін (еголанза, зипрекса) 5 – 10 мг, кветіапін (кветирон, кветиксол) 25 – 300 мг.

ВПО I групи з *продовженою депресивною реакцією* (F 43.24) мали тісний кореляційний зв'язок з сімейним типом дезадаптації у 6 (83,3 %) ВПО (при n=8). Безумовно, вимушений переїзд став життєвим та психологічним випробуванням для кожної сім'ї ВПО. Зовнішні переважно незадовільні соціально-економічні чинники посилювали вплив внутрішніх факторів. У відповідь невирішеним внутрішньоособистісним та міжособистісним конфліктам виникали відчуття безпорадності, відсутність взаєморозуміння іншими членами сім'ї, песимізма, самотності. Переживання кризового періоду призводив до декомпенсації

особистісних акцентуацій, загострювало тривожність, посилювало інтровертованість. Відмінність поглядів на життя, невідповідність очікуванням інших членів сім'ї, розбіжність поглядів ставали виснажливими психологічними проблемами для особистості.

Таким чином, для подолання психосоціальної дезадаптації сімейного варіанту та наслідкової невротичної депресивної реакції застосовано *гештальт-терапію*. Психотерапевтичні зустрічі відбувалися щотижня по 50 хвилин, а їх кількість залежала від успішності подолання особистістю внутрішніх блоків і мала досить різний період у кожного з ВПО. Метою даної методики було зняття блоків та стимулювання процесу самореалізації, розвитку, за рахунок оптимізації процесів саморегуляції та внутрішнього джерела опори. ВПО навчалися брати на себе відповідальність та самостійно приймати рішення. Ключовим принципом психотерапевтичної роботи було усвідомлення власного «Я», своїх бажань і зв'язку з оточуючим середовищем. Відмова від своїх бажань, цілей, прийняття нав'язаних оточенням стереотипів чи бачень, порушувало процеси саморегуляції, внутрішню гармонію. Вагому роль надавалося виокремленню деструктивних установок, сформованими та закріпленими в минулому, розумінню їхнього впливу на теперішнє функціонування. За допомоги гештальт-терапії ВПО спонукалися краще пізнати себе, прийняти такими як вони є, зі своїм негативним життєвим досвідом, психотравмою та не завжди соціально прийнятними якостями та потребами.

Для подолання явищ сімейної дезадаптації актуально було застосування *сімейної психотерапії* при бажанні самого пацієнта та інших членів сім'ї чи партнера пари. Слід зазначити, що цей метод психотерапії застосовувався лише в комплексі з іншими методиками, які були базисними у подоланні симптоматики психоневротичних розладів. Сімейна психотерапія була сфокусована на покращенні навичок комунікації між членами сім'ї, подоланні проблем та взаємній підтримці.

У випадку пролонгованої депресивної реакції, особливо, що поєднувалася з психосоціальною дезадаптацією середньої тяжкості чи тяжким перебігом,

призначався есциталопрам 10 – 20 мг, який являється найбільш селективним інгібітором серед СІЗЗС. В окремих випадках, при непереносимості чи неефективності попередніх лікуючих засобів, можливе було застосування флуоксетину 20 – 40 мг. При наявності астеничного радикалу препаратами вибору також були психостимулятори з ноотропним ефектом, фенібут (нообут, ноофен) 0,5 – 1,5 г, та небензедіазепінові анксеолітики, зокрема мебікар (адаптол) в дозуваннях 0,3 – 1,0 г протягом трьох тижнів, який володіє анксиолітичним, антифобічним та антидепресивним ефектом, у поєднанні з ноотропною активністю, що м'яко коригує когнітивні функції.

На завершальних етапах реабілітаційного процесу ВПО I групи акцент психотерапевтичних впливів зміщувався на психопрофілактичні та психоосвітні заходи. Проводилися соціальні тренінги, на яких закріплювалися здобуті нові установки адаптивного реагування, комунікативних навичок шляхом застосування їх у реальному життєвому соціальному середовищі. При необхідності, психоосвітні заходи включали і роз'яснювальні роботи з сім'ями ВПО I групи.

7.3. Принципи системи реабілітації внутрішньо переміщених осіб II групи

ВПО II групи характеризувалися відсутністю встановленого клінічного діагнозу згідно МКХ-10, але наявністю психосоціальної дезадаптації. У відповідності до встановлених типів та тяжкості вираженості дезадаптації розроблено психотерапевтичну програму.

Реабілітаційна програма у випадку ВПО II групи застосовувалася виключно в амбулаторних умовах, а саме на кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології УМСА та на базах громадських та благодійних організацій, які надавали соціальну та психологічну допомогу ВПО.

Завдання реабілітаційної програми для ВПО II групи були наступними:

- подолання проявів психосоціальної дезадаптації;
- набуття адаптивних форм реагування у стресових ситуаціях;

- первинна профілактика розвитку у подальшому невротичних розладів.

Базисною інтервенцією для даної групи був психотерапевтичний вплив. Вибір конкретної методики залежав від домінуючого виду психосоціальної дезадаптації, але в той же час не виключався диференційний підхід до кожної особистості. Загальна тривалість курсу близько 8-16 тижнів, що включав індивідуальні зустрічі по 1 год. 1 - 2 рази на тиждень та закриті групові тренінги по 1-1,5 год. 1 раз на тиждень. Тривалість психотерапевтичної сесії та кількість зустрічей залежали від ступені тяжкості психосоціальної дезадаптації: чим тяжчий був перебіг, тим більш тривалим проводили психотерапевтичні інтервенції. Терміни терапії також подовжувалися при наявності змішаних варіантів дезадаптації. Встановленні порушенні психосоціальної дезадаптації у двох і більше сферах його життя, зниження соціального функціонування, якості життя ВПО. Схема психотерапевтичного етапу ВПО II групи 7.3.

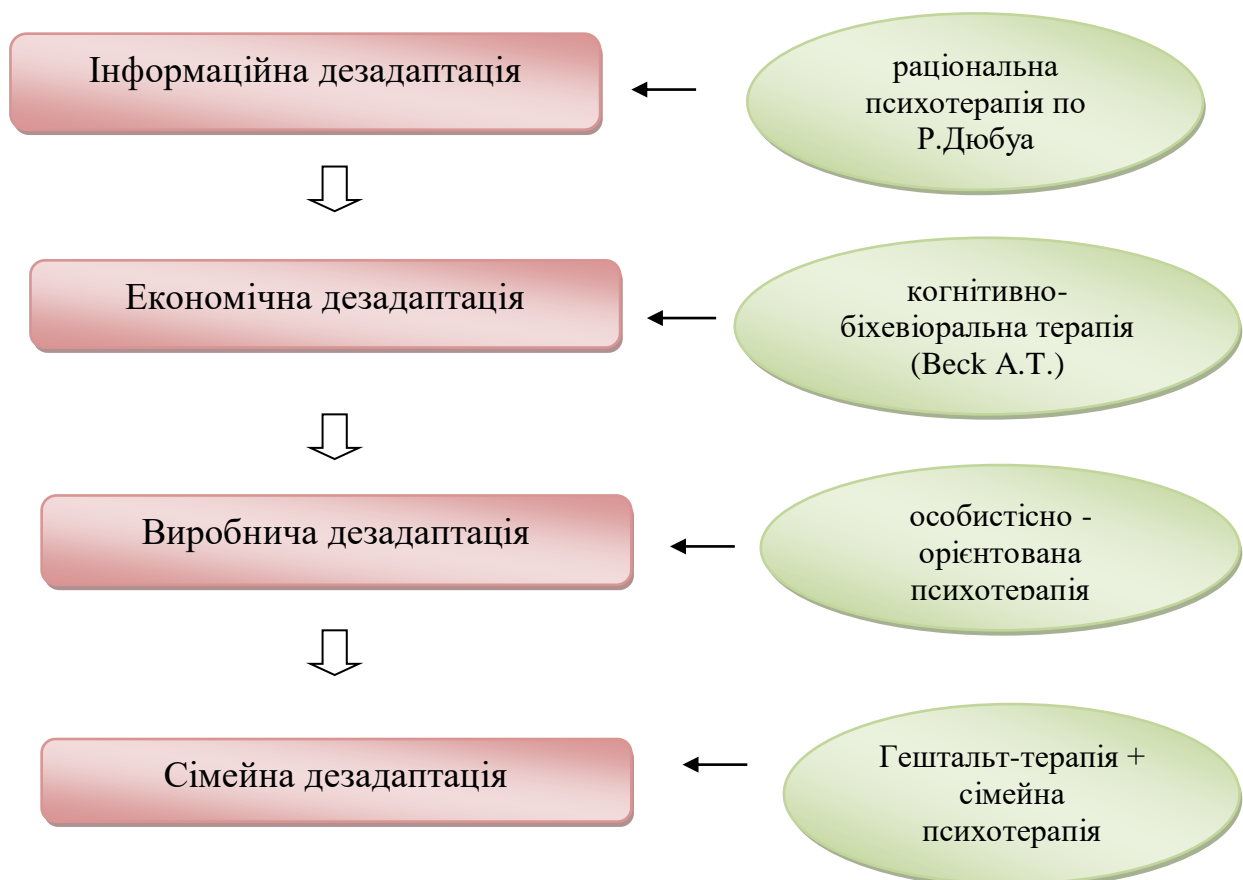


Рис.7.3. Схема психотерапевтичного етапу ВПО II групи

Реабілітація ВПО II групи базувалася на організації інтенсивного терапевтичного середовища з направленістю на створення гнучкої системи взаємодії ВПО та лікаря-психіатра.

Початковий етап психотерапевтичної роботи II групи ВПО направлено на психоосвітні заходи, донесення необхідної інформації з метою роз'яснення виникнення психосоціальної дезадаптації, причин її розвитку та формування.

В залежності від тяжкості психосоціальної дезадаптації в II групі ВПО застосовували:

- При легкій тяжкості психосоціальної дезадаптації у ВПО II групи – психоосвітня робота.
- При середній тяжкості психосоціальної дезадаптації ВПО потребували як психоосвітніх заходів, так і психотерапевтичних інтервенцій, індивідуального та групового характеру психотерапії;
- При тяжкому перебігу психосоціальної дезадаптації у ВПО II групи застосовувалися психоосвітня робота, психотерапія та фармакотерапія з симптоматичним та нетривалим застосуванням медикаментозної терапії.

Групові психотерапевтичні зустрічі відбувалися у закритих групах виключно за бажанням самого пацієнта. У випадку ВПО у групах вони знаходили людей зі схожим негативним життєвим досвідом, чим отримували відчуття взаєморозуміння, довіри та підтримки. Крім того, пацієнти мали можливість краще спостерігати за своїми дезадаптивними схемами поведінки та застосовувати нові соціально адаптовані навички реагування на стрес. Такі типи психотерапевтичних сесій допомагали розвивати комунікативні навички зокрема для чоловіків, які часто відрізнялися від жінок замкненістю та неспроможністю в повному обсязі висловити свої внутрішні переживання. Групова терапія застосовувалася у схемах більшості психотерапевтичних методик: КБТ, раціональній психотерапії, психодрами, арт-терапії.

У рамках групової терапії усім ВПО проводилися тренінги з управління стресом, які включали різноманітні техніки релаксації, що допомагали справитися з

емоційними та поведінковими неадаптивними реакціями на стресові чинники. Техніки релаксації направлені на зниження емоційно-вегетативної збудливості, елімінації негативних емоційних переживань, таким чином посилюючи можливості саморегуляції емоційних реакцій, самоконтролю. Зокрема, застосована прогресивна м'язева релаксація (за Джекобсоном) та аутотренінг у модифікації Шульца. Вибір методики залежав від психотипу пацієнта, бажання співпрацювати з психотерапевтом та можливість формування настанов на виконання щоденних завдань самостійно, ВПО у виді домашніх завдань самостійно виконувати впрями тривалістю до 30 хв.

В залежності від домінування ознак певного типу психосоціальної дезадаптації обиралася відповідна базова психотерапевтична методика.

Інформаційний варіант дезадаптації спостерігався у 41 (56,9 %) ВПО II групи, переважно у легкій тяжкості 18 (25,0 %) ВПО та середній тяжкості у 14 (19,4 %) ВПО. Даний варіант психосоціальної дезадаптації спровокований переважно зовнішніми інформаційними чинниками, такими як інтернет-ресурси, мас-медіа, ціль яких шляхом дезінформації маніпулювати суспільними масами, вводячи їх в страх, тривогу, недовіру. У наш час дане явище отримало назву «гібридної війни». До того ж, нестача чіткої інформації про реальний стан розвитку подій на окупованих територіях країни, відсутність постійного зв'язку з близькими людьми, які там залишилися поглиблюють дезадаптивний стан. Тому при інформаційному типі дезадаптації у ВПО II групи застосовано *раціональну психотерапію по Р. Дюбуа*. Ціль терапії було максимально зрозуміло донести роз'яснювальну інформацію до пацієнта, навчити його проводити співставлення та диференціювання отриманої інформації, робити логічні висновки. У рамках даної методики у ВПО замінювалися виявлені ірраціональні установки на нові адаптивні способи реагування та пізнання.

Економічний варіант дезадаптації встановлений у 54 (75,0 %) ВПО, зокрема у середній тяжкості 26 (36,1 %) ВПО та легкій тяжкості у 17 (23,6 %) ВПО. При переважанні ознак економічної дезадаптації застосовувалася *КБТ (Beck A.T.)*. Дана методика у випадку II групи була представлена як короткостроковий метод, періодом від 4 до 9 тижнів, що включав 8-12 сеансів. На початку терапії сеанси

тривали до 60 хвилин, з поступовим скороченням їх тривалості до 30 хвилин. Когнітивна терапія ґрунтується на теорії, що поведінка особистості залежить від її думок про саму себе та свою роль у суспільстві, таким чином, дезадаптивна поведінка зумовлена укоріненими стереотипами, які призводять до помилкових думок і, як наслідок, когнітивних порушень. У ВПО з економічною дезадаптацією часто спостерігалися втрата своєї соціальної значимості через раптовий вимушений переїзд, як наслідок втрати роботи, посади чи власного бізнесу, погіршення економічного статусу. Тому когнітивна терапія була спрямована на корекцію подібних когнітивних відхилень та помилкових поведінкових установок ВПО з психосоціальною дезадаптацією.

У період когнітивної психотерапії самі ВПО II групи залучалися до активної участі в цьому процесі та були розділені відповідальності за майбутні результати. Для усвідомлення своїх власних викривлених уявлень та установок їм надавалися домашні завдання, де пацієнт повинен був записувати свої відчуття в певних суб'єктивно стресових ситуаціях. Таким чином визначалися малоусвідомлювані передумови, які породжували негативні установки, такі як «я тут чужий», «усім байдуже до мене» і тому подібні.

Виробничий варіант дезадаптації визначений у 33 (45,8 %) ВПО II групи, переважно в тяжкому перебігу у 16 (22,2 %) ВПО. При даному варіанті дезадаптації застосовувалася методика *особистісно - орієнтованої (реконструктивної) психотерапії* (Б.Д. Карвасарський, Г. Л. Інсуріна, В. А. Ташликов, 1994). Ціль терапії заключалася у розширенні самосвідомості пацієнта, усвідомлення його істинних психологічних проблем, а в подальшому, в силу ступеню розуміння власних установок дезадаптивної поведінки, заміна їх на нові адаптивні. Особистісно – орієнтована психотерапія доповнювалася елементами інших методик, зокрема арт-терапією, психодрамою, музико-терапією.

При сімейному варіанті психосоціальної дезадаптації, який встановлений у 46 (63,9 %) ВПО II групи, надавалася перевага *гештальт-терапії* у виді індивідуальних або групових сесій, а в подальшому підключенні сімейних психотерапевтичних зустрічей. Гештальт-терапія була спрямована на

гармонізацію мікросоціальних стосунків, оптимізацію процесів саморегуляції ВПО, шляхом встановлення та усвідомлення контакту із самим собою та оточуючим соціумом, встановлення рівноваги між особистістю та зовнішнім світом.

Сімейна психотерапія була направлена на модифікацію відносин в сім'ї з метою усунення негативної психологічної симптоматики і посилення функціональності сімейної системи. Ціль психотерапевта заключалася у дезактуалізації інтерперсональних проблем шляхом підвищення комунікацій між членами сім'ї, покращенні взаєморозумінні, ліквідації негативних емоційних установок один до одного.

Фармакотерапія до ВПО II групи практично не застосовувалася. У виключних випадках, зокрема при наявності поодиноких та несистематичних клінічних проявів, які не сягали діагностичних критеріїв нозологічного діагнозу та у випадках надмірно виражених проявів психосоціальної дезадаптації середньої тяжкості чи тяжкого перебігу призначали симптоматичну фармакотерапію. Призначена фармакотерапія не повинна була перешкоджати психосоціальному функціонуванню ВПО. При періодичних недовготривалих тривожних станах, емоційній лабільності, неспокої, які були характерними для тяжкого перебігу психосоціальної дезадаптації призначалися небензодіазепінові анксиолітики, мебікар (мебікар ІС, адаптол) в дозуваннях 300 – 500 мг 2 – 3 рази в день протягом від 1 до 4 -6 тижнів, який, виходячи з терапевтичних завдань, стабілізував систему нейрогуморальної регуляції, чинив стрес-протективну та адаптогенну дію. Широко застосовувалися психостимулятори та ноотропні препарати, фенібут (біфрен, ноофен) в дозуваннях 250 – 500 мг 3 рази на добу протягом 2 – 6 тижнів. За показаннями застосовувалися загальнозміцнююча терапія у виді ноотропів, вітамінів, антиоксидантів, а також заспокійливих препаратів рослинного походження.

Провідним завданням реабілітації ВПО II групи було підвищення стресостійкості, корекція компенсаторних можливостей організму та активація його ресурсів.

В ході реабілітаційного процесу ВПО II групи проводили тренінги:

7.4 Результати апробації системи реабілітаційної внутрішньо переміщених осіб з психосоціальною дезадаптацією

Після завершення лікувально-реабілітаційної програми у ВПО I та II груп проводився аналіз її ефективності шляхом оцінки редукції клініко-психопатологічної симптоматики, аналізу стану психосоціальної дезадаптації, її тяжкості перебігу. Аналіз динаміки показників психосоціальної дезадаптації ВПО I та II груп проводився шляхом повторного анкетування шкалою психосоціальної дезадаптації. Таким чином, у ВПО визначалася наявність або відсутність психосоціальної дезадаптації та тяжкість її перебігу, результати порівнювалися з попередніми показниками, отриманими на початку дослідження, а також з показниками здорових ВПО III групи.

У внутрішньо переміщених осіб I групи, ефективність системи реабілітації встановлено у 93 % осіб, у ВПО II групи – у 88,9 %. По закінченню реабілітаційної програми загальні середні показники психосоціальної дезадаптації ВПО I та II груп знизилися до рівномірних показників, які відповідають стану норми та відсутності ознак дезадаптації.

Порівняльна оцінка показників шкали психосоціальної дезадаптації ВПО I та II груп з показниками здорових ВПО III групи після завершення медико-реабілітаційної програми продемонструвало відсутність достовірних відмінностей між ними.

На рисунку 6.2. відображена оцінка результатів терапії ВПО з психосоціальною дезадаптацією I та II груп за шкалою CGI-I, що проводилася по завершенню реабілітаційної програми. У I групі «дуже значне покращення» відмічали 65 (75,6 %) ВПО, «значне покращення» – 15 (17,4 %) ВПО, «мінімальне покращення» – 4 (4,7%) ВПО, «без змін» – 2 (2,3 %) ВПО. У II групі «дуже значне покращення» відмічали 47 (65,3 %) ВПО, «значне покращення» – 17 (23,6 %) ВПО, «мінімальне покращення» – 5 (6,9 %) ВПО, «без змін» – 3 (4,2 %) ВПО. Випадків погіршення стану в обох групах ВПО виявлено не було.

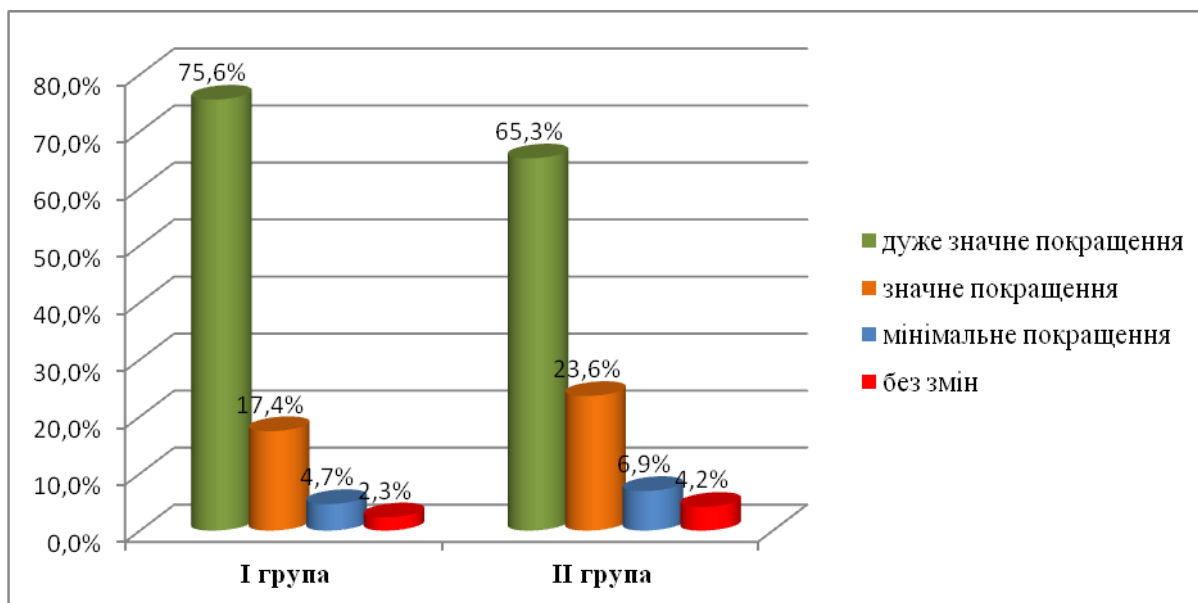


Рис. 6.2. Оцінка результатів терапії ВПО I та II групи за шкалою CGI-I

Згідно результатів катамнестичного дослідження протягом 1 року після проведення лікувально-реабілітаційної програми з диференційованим підходом до кожного варіанту та ступеню тяжкості психосоціальної дезадаптації серед ВПО I групи за допомогою повторно звернулося у проміжку 3 – 6 міс. 2 (2,3%) ВПО, у період від 6 міс. до 1 року – 6 (7,0 %) ВПО. Серед ВПО II групи у 62 (86,1%) ВПО відновлення ознак психосоціальної дезадаптації не спостерігалось.

Висновки до розділу 7.

На основі отриманих даних, виокремивши предиктори формування психосоціальної дезадаптації з урахуванням гендерних та особистісних відмінностей, клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей, розроблено комплексну персоніфіковану програму реабілітації для ВПО з психосоціальною дезадаптацією, що має комплексний характер, включає діагностичні, психоосвітні, психотерапевтичні та фармакотерапевтичні заходи. Доведено високу ефективність проведеної комплексної програми реабілітації, що склала 76 (88,3 %) відновлення психосоціальної адаптації для I групи та 65 (90,3 %) для II групи, що дозволяє використовувати її у роботі з внутрішньо переміщеними особами.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях автора:

- Гальченко А.В. Комплексна та персоніфікована система реабілітації внутрішньо переміщених осіб за наявності психосоціальної дезадаптації та невротичного розладу / А.В. Гальченко, Л.О. Герасименко // Вісник проблем біології і медицини. – 2021. – Вип. 1 (159). – С. 35 – 38.

ВИСНОВКИ:

1. У дисертаційній роботі представлені результати дослідження, теоретичне обґрунтування та нове вирішення науково-практичної задачі – на основі клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей внутрішньо переміщених осіб розроблено персоніфіковану систему комплексної терапії та реабілітації з урахуванням психосоціальної дезадаптації.

2. У більшості ВПО I та II групи виявлено змішаний варіант психосоціальної дезадаптації, у структурі якого статистично достовірно ($p < 0,05$) переважали інформаційний та економічний варіанти психосоціальної дезадаптації.

Встановлено, що наростання тяжкості дезадаптаційних процесів та охоплення більш ніж однієї сфери функціонування є предиктором формування невротичних розладів.

3. Виявлено кореляцію між несприятливою психічною патологією та варіантами психосоціальної дезадаптації:

- змішаний тривожно-депресивний розлад ($F 41.2$) корелює з інформаційним та економічним варіантами психосоціальної дезадаптації;
- розлади адаптації ($F 43.2$) – з інформаційним та виробничим варіантами психосоціальної дезадаптації;
- соматизований розлад ($F 45.0$) – з інформаційним та економічним варіантами дезадаптації;
- ПТСР ($F 43.1$) – з інформаційним варіантом психосоціальної дезадаптації;
- пролонгована депресивна реакція ($F 43.21$) – із сімейним варіантом дезадаптації.

4. Психотравма гострого характеру виступає предиктором розвитку психосоціальної дезадаптації та невротичного розладу. Інтенсивність перенесеної психотравми демонструє такі кореляції ($p < 0,05$) з імовірністю розвитку психосоціальної дезадаптації та невротичної патології: загроза своєму життю, загроза життю близьких людей, сцени травмивних подій.

У ВПО I групи виявлено кореляційний зв'язок між хронічними факторами психотравми та відповідними варіантами психосоціальної дезадаптації: в економічній

сфері – поява проблем через недостатність доходів; в інформаційній сфері – фіксація на негативній інформації; у сімейній сфері – переживання за близьких людей та усамітнення від інших членів родини; у виробничій сфері – небажана зміна місця роботи.

Встановлено, що серед чоловіків достовірно ($p < 0,05$) більш поширені хронічні фактори виробничого характеру, натомість серед жінок – фактори сімейного характеру.

5. З'ясовано, що для внутрішньо переміщених осіб несприятливі психічні розлади у поєднанні із психосоціальною дезадаптацією представлені переважно змішаним тривожно-депресивним розладом, розладами адаптації, соматизованим розладом, ПТСР та пролонгованою депресивною реакцією.

Клініко-психопатологічна структура діагностованих невротичних розладів у ВПО I групи характеризується домінуванням тривожно-депресивного та агрипнічного синдрому.

6. Високі показники тривожності та депресії виступають предиктором формування психосоціальної дезадаптації та підвищення її ступеня тяжкості.

7. У ВПО I та II групи встановлено переважання дисгармонічних характерологічних профілів із частими явно вираженими акцентуаціями, зокрема спільною визнана вираженість характерологічних рис, притаманних тривожному типу акцентуації.

8. На основі отриманих даних, після виокремлення предикторів формування психосоціальної дезадаптації з урахуванням гендерних та особистісних відмінностей, клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей, розроблено комплексну персоніфіковану програму реабілітації для ВПО із психосоціальною дезадаптацією, яка має комплексний характер і включає діагностичні, психоосвітні, психотерапевтичні та фармакотерапевтичні заходи. Доведено високу ефективність проведеної комплексної програми реабілітації – вона показала відновлення психосоціальної адаптації для 76 ВПО (88,3%) I групи та 65 ВПО (90,3%) II групи, що дозволяє використовувати її у роботі з внутрішньо переміщеними особами.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕДАЦІЇ

1. При проведенні обстеження внутрішньо переміщених осіб з невротичними розладами рекомендовано в діагностичному процесі використовувати методики діагностики психосоціальної дезадаптації, що дозволяє своєчасно виявляти пацієнтів з ризиком розвитку психосоціальної дезадаптації, прогнозувати можливі її варіанти та тяжкість перебігу, що сприятиме побудові програми терапевтичних і реабілітаційних заходів з огляду на діагностовану структуру і тяжкість порушень адаптивних процесів.

2. Програма реабілітації ВПО повинна бути комплексною, персоніфікованою, з урахуванням гендерних та особистісних відмінностей, клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей.

- Реабілітацію ВПО з психосоціальною дезадаптацією та невротичною патологією рекомендовано спрямовувати на усунення її предикторів.

- В реабілітаційному процесі ВПО з діагностованою психосоціальною дезадаптацією рекомендовано спрямувати зусилля на подолання передовсім інформаційного чинника, як ключового в структурі дезадаптивних порушень.

Основні принципи програми реабілітації ВПО мають базуватися на послідовності, етапності та включати психоосвіту, психотерапевтичні інтервенції та фармакологічну терапію.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Акарачкова ЕС, Котова ОВ, Вершинина СВ, Рябоконь ИВ. Стресс и расстройства адаптации. Лечащий врач. 2014;(6):61-5.
2. Александровский ЮА. Пограничные психические расстройства. Москва: Медицина; 2000. 495 с.
3. Александровский ЮА. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства. Киев: Литтерра; 2010. 272 с.
4. Александровский ЮА. Психические расстройства во время и после чрезвычайных ситуаций. Психиатрия и психофармакотерапия. 2001;(4):116-7.
5. Александровский ЮС. Социальные факторы и пограничные психические расстройства. В: Дмитриева ТБ, редактор. Руководство по социальной психиатрии. Москва: Медицина; 2001. с. 177-94.
6. Антипова ОС. Расстройства адаптации: современные подходы к диагностике и терапии. Нейроnews. 2013;(3):29-32.
7. Арносон ЭМ, Уилсон ТП, Эйкерт РК. Социальная психология. Психологические законы поведения человека в социуме. СПб.: Еврознак; 2002. 560 с.
8. Батаршев АВ. Диагностика черт личности и акцентуаций : практическое руководство. Москва: Психотерапия; 2006. 288 с.
9. Безшейко ВГ. Діагностика постстресових розладів: погляд на проблему. Медична психологія. 2016;11(1):99-104.
10. Бек Дж. Когнитивная терапия. Полное руководство. Пер. с англ. Москва: ООО «ИД. Вильямс»; 2006. 379 с.
11. Березовская НА, Хрущ ИА, Алыко ТН. Конструктивное преодоление конфликтов. Минск: БГМУ; 2014. 59 с.
12. Блейхер ВМ, Крук ИВ, Боков СН. Клиническая патопсихология : Руководство для врачей и клинических психологов. Москва: Издательство Московского психолого-социального института, Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК»; 2002. 512 с.

13. Блейхер ВМ, Крук ИВ. Патопсихологическая диагностика. Киев: Здоров'я; 1986. 280 с.
14. Витковская Г, Петров Н. Политические предпочтения вынужденных переселенцев. Москва; 1997. (Науч. докл. Моск. Центр Карнеги, Вып.17).
15. Витковская ГС. Вынужденная миграция: проблемы и перспективы. Вып. 3. Москва: Ин-т народнохоз. прогнозирования РАН; 1993. 174 с.
16. Гавенко ВЛ, Бітенський ВС, Абрамов ВА, Влох ІЙ, Кожина ГМ, Коростій ВІ, та ін. Психіатрія та наркологія. Гавенко ВЛ, Бітенський ВС, редактори. 2-ге вид., перероб., доп. Київ: Здоров'я; 2009. 512 с.
17. Герасименко ЛО. Індивідуально-психологічні особливості, характер особистісної та реактивної тривожності у жінок з посттравматичним стресовим розладом. Архів психіатрії. 2014;(3):31-3.
18. Герасименко ЛО. Нова методика діагностики психосоціальної дезадаптації. Лікарська справа. 2018; (1-2): 82–88.
19. Герасименко ЛО. Особливості психосоціальної дезадаптації у жінок з клінічно визначеними розладами адаптації. Лікарська справа. 2018;(3-4):87-92.
20. Герасименко ЛО. Особенности семейной адаптации при тревожно-депрессивных расстройствах у женщин. Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2014; (3): 43–49.
21. Герасименко ЛО. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі). Український вісник психоневрології. 2018;26(1):62-5.
22. Герасименко ЛО. Фактори психотравми у жінок з посттравматичним стресовим розладом. Архів психіатрії. 2017;(1):62-3.
23. Герасименко ЛО, Ісаков РІ, Гринь КВ, Предиктори формування психосоціальної дезадаптації у жінок з сомато-вегетативною дисфункцією серцево-судинної системи. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2017; (2): 117–121.
24. Гобл Ф. Третья сила: психология Абрахама Маслоу - новый взгляд на человека: главы из книги. В: Маслоу А. Новые рубежи человеческой природы. Москва: Смысл; 1999. с. 380.

25. Голюков АП, Олійник ЯБ, Степаненко АВ. Вступ до економічної і соціальної географії. Київ: Либідь; 1996. 318 с.
26. Гриневич ЄГ, Маркова МВ, Кожина ГМ, Первий ВС, Дворніков ВВ. Маркери-мішені та принципи психокорекції різних форм тривожних розладів. Медична психологія. 2013;8(1):76-82.
27. Гринуолд Дж, Наранхо К, Энрайт Д. Гештальт-терапія: теорія і практика. Булыгина И, Вихорова В, переводчики. Москва: Эксмо-Пресс; 2002. 358 с.
28. Гринь ЕВ. Коморбидность аффективных расстройств и болевого синдрома у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством. Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2020; 18(3):288-91.
29. Гринь КВ. Клініко-синдромальні особливості рекурентних депресивних розладів, залежно від статі пацієнтів. В: Інноваційні технології в стоматології та клінічній медицині. Матеріали науково-практичної конференції; 2011 жовт 6-7; Полтава, Україна. Проблеми екології та медицини. 2011;15(1-4 дод. 1):70.
30. Гуревич ПС. Психология чрезвычайных ситуаций. Москва: Юнити; 2012. 495 с.
31. Дилтс Р. Коучинг с помощью НЛП. Москва: Олма-Пресс; 2004. 256 с.
32. Економічна і соціальна географія світу: навч. посіб. Кузик СП, редактор. Львів: Світ; 2002; 672 с.
33. Жариков НМ, Тюльпин ЮГ. Психиатрия. Москва: Медицина; 2000. 549 с.
34. Журавлев АЛ, Соснин ВА, Красников МА. Социальная психология: учеб. пособ. для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению и специальностям психологии. Журавлев АЛ, редактор. 2-изд. Москва: Форум; 2011. 494 с.
35. Золотарьова ТА, Табачников СІ, Напрєєнко ОК, Чабан ОС, Хаустова ОО, Дзеружинська НО, та ін. Стрес і людина: медико-психологічна допомога

при стресових розладах. Пінчук ІЯ, Бабов КД., Гоженко АІ, редактори. Київ: Каліта; 2014. 92 с.

36. Ісаков РІ. Особливості актуального копінгового репертуару у жінок, хворих на депресивні розлади різного генезу, залежно від вираженості психосоціальної дезадаптації. Медична психологія. 2019, (4): 65–69.

37. Ісаков РІ. Порівняльний аналіз вираженості психосоціальної дезадаптації й афективної симптоматики у жінок, хворих на депресивні розлади різного генезу. Український вісник психоневрології. 2018, (3): 20–26.

38. Ісаков РІ, Скрипніков АМ, Герасименко ЛО, Гринь КВ, Кидонь ПВ, Вдовіна ОО. Клініко-психопатологічна характеристика внутрішньо переміщених жінок із розладами адаптації. Світ медицини та біології. 2021;1 (75):64-8.

39. Кабанов ММ, Личко АЕ, Смирнов ВМ. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Ленинград: Медицина; 1983. 297 с.

40. Каплан ГИ, Сэдок БДж. Биологическая терапия. Клиническая психиатрия. Т. 2. Москва: Медицина; 2014. с.110-194.

41. Карвасарский БД. Клиническая психология. СПб.: Питер, 2007. 960 с.

42. Кожина ГМ, Зеленська КО. Сучасні підходи до терапії депресивних розладів. Український вісник психоневрології. 2013;(21):90-4.

43. Кожина ГМ, Маркова МВ, Михайлов ВБ, Фельдман ДА. Клінічні особливості невротичних розладів у внутрішньо переміщених осіб. Український вісник психоневрології. 2015;23(3):129-4.

44. Кожина ГМ, Маракушин ДІ, Зеленська КО, Хаустов ММ, Зеленська ГМ. Психофізіологічні особливості станів дезадаптації у студентів-медиків в сучасних умовах. Український журнал медицини, біології та спорту. 2017; (1):91-4.

45. Козідубова ВМ, Кузнєцов ВМ, Вербенко ВА, Юр'єва ЛМ, Фільц ОО, Бабюк ІО, редактори. Психіатрія. Харків: Оберіг; 2013. 1164 с.

46. Кокун ОМ. Аналіз поняття адаптаційних можливостей людини. В: Максименко СД, редактор. Проблеми загальної та педагогічної психології: зб.

наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С.Костюка АПН України. Т. IV, ч. 5. Київ: Гнозіс; 2002. с. 137-40.

47. Копытин АИ. Руководство по групповой арт-терапии. СПб.: Речь; 2003. 320 с.

48. Кочарян ГС. Терапевтические техники нейролингвистического программирования (НЛП). Киев: Ника-Центр; 2001. 112 с.

49. Малкина-Пых ИГ. Экстремальные ситуации. Москва: Эксмо; 2006. 960 с.

50. Маркова МВ, Бахтіярова СА, Бабич ВВ, Степанова НМ, Лисенко Ю. Психотерапія при непсихотичних психічних розладах тривожно-депресивного спектру (когнітивно-реверсивний підхід). Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2008;(2):25-31.

51. Маркова МВ, Козира ПВ. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми. Медична психологія. 2015;10(1):8-13.

52. Маркова МВ, Марков АР, Агишева НК, Мартыненко СА. Информационно-психологическая война как макросоциальный стрессовый фактор развития дезадаптивных состояний у гражданского населения: патогенетическая модель и основы психокоррекции. Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2017;8(4):532-46.

53. Маркова МВ, Піонтковська ОВ, Соловійова АГ. Медико-психологічна допомога дітям-вимушеним переселенцям: концептуальні засади психологічної підтримки, реадaptaції та соціалізації. Український вісник психоневрології. 2018;26(2):62-7.

54. Маркова МВ. Социальная психиатрия. В: Творогова НД, редактор. Клиническая психология: словарь. (Петровский АВ, редактор. Психологический лексикон: энциклопедический словарь в шести т. Москва: ПЕР СЭ, 2010). Москва: ПЕР СЭ; 2007. с. 35-36.

55. Марута НА, Бахтеева ТД, Панько ТВ. Динамика интегративного показателя качества жизни в процессе терапии тревожно-фобических

расстройств у женщин. Український вісник психоневрології. 2006;14(2 дод.): 128.

56. Марута НА, Бахтеева ТД. Роль семейного положения в генезе невротических расстройств у женщин. Укр. мед. часоп. 2004;(6):57-60.

57. Марута НА, Сновида ЛТ. Гендерные особенности суицидального поведения у больных депрессиями. В: Сучасні проблеми охорони психічного здоров'я населення України. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю; 2011 вер. 15-16. Архів психіатрії. 2011;17(4):135.

58. Марута НА, Юрьева ЛН, Мамчур АИ. Депрессии в общеймедицинской практике. Киев; 2009. 30 с.

59. Марута НА. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах. Харьков: РИФ «Арсис ЛТД»; 2000. 159 с.

60. Марута НО, Каленська ГЮ, Череднякова ОС. Психофізіологічні особливості хворих із невротичними розладами. Медична психологія. 2013;8(2):57-60.

61. Марута НО, Панько ТВ, Федченко ВЮ, Каленська ГЮ. Особливості неврозогенезу неврастенії з урахуванням факторів психічної травматизації. Таврич. журн. психіатрії. 2012;16(2):52.

62. Марута НО, Явдак ІА. Клініко-психопатологічні і психологічні аспекти резистентності невротичних розладів. Український вісник психоневрології. 1999;(1):81-3.

63. Марута НО, Явдак ІО, Каленська ГЮ, Альохіна СМ. Концепція формування невротичних депресій у сучасному соціумі. Архів психіатрії. 2003;9(1):17-20.

64. Менделевич ВД, Соловьева СЛ. Неврология и психосоматическая медицина. Москва: МЕДпресс-информ; 2002. 607 с.

65. Минутко ВЛ. Справочник психотерапевта. 2-е изд., перераб. и доп. СПб: Питер; 2002. 448 с.

66. Міграція населення. Політологічний енциклопедичний словник. Требін МП, редактор. Харків: Право; 2015.

67. Мясищев В. Личность и неврозы. Ленинград: Ленинградский ун-т; 1960. 428 с.
68. Незнанов НГ, Карвасарский БД, редакторы. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике. СПб.: Питер; 2008. 528 с.
69. Нуллер ЮЛ, Циркина СЮ. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Киев: Сфера, 2005; 306 с.
70. О'Коннор Дж, Сеймур Д. Введение в НЛП. Москва: Фаир; 2008. 288 с.
71. Панченко МС. Психологічні особливості хворих з соматичною патологією та кардіоваскулярний ризик. Вісник проблем медицини та біології. 2013;2(4):149-53.
72. Панченко ОА, Кутько ИИ, Зайцева НА. Социально-стрессовые расстройства: мирное население в эпицентре военных действий. Новости медицины и фармации. 2014;15(509):6.
73. Пишель ВЯ, Литвинов ВБ, Хоменко ОО. Нейробиология депрессивных расстройств. Архив психиатрии. 2003;(1):49-52.
74. Пишель ВЯ, Полив'яна МЮ. Проблемні питання психофармакотерапії посттравматичного стрессового розладу. Архів психіатрії. 2016;22(1):7-9.
75. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія»: Наказ МОЗ України № 59 від 5.02.2007. Київ: Канцлер; 2007. 44 с.
76. Пшук НГ, Золотаренко РМ. Дослідження впливу деяких чинників на формування клінічної структури неврозів. Український вісник психоневрології. 1998;(1):57-9.
77. Пшук НГ, Слободнюк ДП. Роль психосоціальних чинників в генезі соціальної дезадаптації у студентської молоді. Український вісник психоневрології. 2015;23(2):86-90.
78. Решетников МИ. Психическая травма. История вопроса. Психотерапия. 2010;(1):86-95.
79. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. Москва: Прогресс; 2014. 314 с.

80. Ромек ВГ. Поведенческая психотерапия: учеб. пособ. для студ. высш. учеб. заведений. Москва: Изд. центр Академия; 2002. 192 с.
81. Селье Г. Стресс без дистресса. Москва: Прогресс; 1982. 68 с.
82. Сердюк ОІ, Михайлов БВ. Психотерапевтична корекція непсихотичних порушень психічної сфери у хворих на хронічні соматичні захворювання: метод. рек. Харків; 2002. 29 с.
83. Скрипніков АМ, Герасименко ЛО, Ісаков РІ. Діагностичний процес у психіатрії: навчально-методичний посібник. Полтава: ТОВ «АСМІ»; 2012. 128 с.
84. Скрипніков АМ, Герасименко ЛО, Ісаков РІ. Ефективність та доцільність проведення сімейної психотерапії при невротичних розладах у жінок. Архів психіатрії. 2015;1:140-2.
85. Скрипніков АМ, Герасименко ЛО, Ісаков РІ. Психосоціальна дезадаптація при посттравматичному стресовому розладі у жінок: монографія. Полтава: ТОВ «АСМІ»; 2016. 168 с.
86. Скрипніков АМ, Ісаков РІ, Фисун ЮО. Психосоціальна дезадаптація жінок із психогенними депресивними розладами. Вісник проблем біології і медицини. 2019;1(2):203-6.
87. Скрипніков АМ, Сонник ГТ, Рудь ВО. Роль психофармакологічних факторів в патоморфозі депресивних станів з суїцидальними проявами. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2003;(1):20-2.
88. Скрипніков АМ. Психопатії. Полтава; 2012. 97 с.
89. Сухов АН, Гераськина МГ. Социальная психология: учеб. пособ. для студентов бакалавриата, обучающихся по гуманитарным специальностям. Сухов АН, редактор. 8-е изд. Москва: Юнити; 2017. 367 с.
90. Табачников СИ, и др. Панические состояния. Психотерапия и рефлексотерапия. Киев, Донецк: Медицина тонких энергий; 2012. 150 с.
91. Табачніков СІ, Гриневич ЄГ, Домбровська ВГ, Маркова МВ, Шубін АВ, Лещенко ОМ, та ін. Актуальні проблеми психолого-психіатричної та

психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф. Архів психіатрії. 2002;(1):5-8.

92. Тарабрина НВ. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер; 2001. 272 с.

93. Тиганов АС, редактор. Руководство по психиатрии. В 2 т. Т 2. Москва: Медицина; 2012. 784 с.

94. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад [Інтернет]. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 № 121. [цитовано 2021 квіт. 28]. Доступно з: https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/images/dodatki/2016_121_PTZR/2016_121_YKPMR_PTZR.pdf?fbclid=IwAR067yDcA17RTxg67qO3m5jk6gnQmaS5NAe49cy0WzBggEciVhmd_hTg7k

95. Фоа Э, Кин ТМ, Фридман МДж. Клиническая психология: Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства. Киев: Здоровья; 2005. с. 35-48, 145-68.

96. Франкова І. Короткий огляд матеріалів 25-го конгресу Європейської психіатричної асоціації: Поширеність психічних розладів серед вимушених переселенців. Психосоматична медицина та загальна практика [Інтернет]. 2017 [цитовано 2021 квіт. 28];2(3). Доступно з: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/71>

97. Франкова Ю. Психосоціальна модель розвитку гострої соціальної самоізоляції в умовах соціально-економічної трансформації. Архів психіатрії. 2014;20(3):35-40.

98. Харитонов СВ. Руководство по когнитивно-поведенческой психотерапии. Москва: Психотерапия; 2009. 176 с.

99. Холмогорова АБ, Гаранян. НГ. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия. В : Основные направления современной психотерапии: учеб. пособ. Москва: Когито-Центр; 2000. с. 224-67.

100. Холмогорова АБ. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа для изучения психических расстройств. Соц. и клин. психиатрия. 2002;3:97-104.

101. Чабан ОС, Хаустова Е, Москаленко-Моспаненко Е, Гуменюк М, Жабенко Е, Олейник А, и др. Популярная психиатрия: ответы на наиболее часто задаваемые вопросы психиатрам. Киев; 2014. 152 с.

102. Чабан ОС, Хаустова ОО. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування): посібник. Київ : ТОВ «ДСГ Лтд»; 2004. 96 с.

103. Чабан ОС. Новий запит на соціальну психіатрію в Україні: стресові розлади та ПТСР, чи готові ми? Психосоматична медицина та загальна практика [Інтернет]. 2017 [цитовано 2021 квіт. 28];2(2). Доступно з: <https://e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/30>

104. Чугунов ВВ, Михайлов БВ, Заседа ЮИ, Данилевская НВ. Гипносуггестивная психотерапия в сфере компетенции психосоматики и неврологии. Медицинская психология. 2014;9(2):87-93.

105. Чугунов ВВ. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз. Харьков: Наука; 2010. 304 с.

106. Шейдер Р. Психиатрия. Москва: Практика; 2014. 203 с.

107. Шестопалова ЛФ, Кожевнікова ВА, Бородавко ОО. Довіра до лікаря як чинник формування комплаєнсу хворих на неврологічні та психічні розлади. Медична психологія. 2013;8(4):3-6.

108. Шеффер Ч, Кэри Л, редакторы. Игровая семейная психотерапия. С-Пб.: Питер; 2001. 384 с.

109. Шифнер НА, Бобров АЕ, Кулыгина МА. Клинические особенности и варианты динамики расстройств адаптации у студентов. Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. 2012;(8):43-61.

110. Экслейн В. Игровая терапия. Москва: Апрель-Пресс; 2007. 416 с.

111. Юр'єва ЛМ, Носов СГ, Мамчур ОЙ, та ін. Невротичні, соматоформні розлади та стрес. Юр'єва ЛМ, редактор. Дніпропетровськ; 2005. 96 с.

112. Al-Baldawi R. Migration-related stress and psychosomatic consequences. *International Congress Series*. 2002 Sept. 1241: 271–78.
113. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th edition: (DSM-V). Washington; 2013. 991 с.
114. American Psychiatric Association : *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder*. Arlington; 2006. p. 367-79.
115. Anders SL, Frazier PA, Frankfurt SB. Variations in Criterion A and PTSD rates in a community sample of women. *Journal of Anxiety Disorders*. 2011;25(2):176-84. doi:10.1016/j.janxdis.2010.08.018.
116. Angst J, Dobler-Mikola A, Binder J. The Zurich study – a prospective epidemiological study of depressive, neurotic and psychosomatic syndromes. *European Archives of Psychiatry and Neurological Science*. 1984;(234):13-20.
117. *Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. Melbourne: National Health and Medical Research Council; 2007. p. 232-58.
118. Bakaev OV., Rimarenko YI. *Yurydychna entsyklopediya: Migratsiya* [Legal Encyclopedia: Migration]. Kyiv: Ukrayins'ka entsyklopediya im. M. P. Bazhana; 2004. 768. [in Ukrainian].
119. Belov OO, Pshuk NG. Some trends of clinical and symptomatic pathomorphosis of depressive disorders taking into account the age factor. *Wiadomosci Lekarskie*. 2019;72(9 cz 2):1786-90.
120. Belov OO, Pshuk NG. Some trends of clinical phenomenology of modern depressive disorders. *Психиатрия, психотерапия, клиническая психология*. 2020;11(1):98-104.
121. Bemak F, Chi-Ying Chung R. Refugee Trauma: Culturally Responsive Counseling Interventions. *Journal of Counseling and Development*. July 2017; 95: 299-308.

122. Broers T, Hodgetts G, Batic-Mujanovic O, Petrovic V, Hasanagic M, Godwin M. Prevalence of mental and social disorders in adults attending primary care centres in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J.* 2006; 47 (3): 478-84.

123. Boschloo L, Vogelzangs N, Smit JH, Van Den Brink W, Veltman DJ, Beekman AT, et al. Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders. Findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders.* 2011;131(1-3):233-42. doi:10.1016/j.jad.2010.12.014.

124. Bramsen IP, Ploeg HM. Fifty years later: the long-term psychological adjustment of ageing World War II survivors. *Acta Psychiatr Scand.* 1999; 100 (5); 350-58.

125. Bryant RA, Harvey AG. Gender differences in the relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 2003;37(2):226-9. doi:10.1046/j.1440-1614.2003.01130.x.

126. Cameron A, Palm K, Follette V. Reaction to stressful life events: What predicts symptom severity? *Journal of Anxiety Disorders.* 2010;24(6):645-9. doi:10.1016/j.janxdis.2010.04.008.

127. Carrasco JL, Sandner C. Clinical effects of pharmacological variations in selective serotonin reuptake inhibitors: an overview. *Int J Clin Pract.* 2005;59(12):1428-34.

128. Christiansen DM, Hansen M. Accounting for sex differences in PTSD: A multi-variable mediation model. *European Journal of Psychotraumatology.* 2015;6:26068. doi:10.3402/ejpt.v6.26068.

129. Colquitt JA, LePine JA, Noe RA. Toward an integrative theory of training motivation: A meta-analytic path analysis of 20 years of research. *Journal of Applied Psychology.* 2000;85(50):678-707.

130. Davidson JR. Biological therapies for posttraumatic stress disorder: an overview. *J Clin Psychiatry.* 1997;58 Suppl 9:29-32.

131. De Jong JT, Komproe IH, Van Ommeren M. Mental disorders in postconflict settings. *Lancet*. 2003; 361(9375); 2128- 2130.
132. De Silva P, Marks M. The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*. 1999;37(10):941-51.
133. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. American Psychiatric Association. Arlington: American Psychiatric Association; 2013. p. 271-80.
134. *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, Zero to Three*. National Center for Clinical Infant Programs. Arlington; 2000.
135. Ellis A. Reflections on Rational-Emotive Therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1993;61(2):199-201.
136. Emmelkamp P. *Behavior therapy with adults*. N.Y.: Wiley; 2004. p. 393-446.
137. Engelhard IM, Van Den Hout MA, Arntz A, McNally RJ. A longitudinal study of "intrusion-based reasoning" and posttraumatic stress disorder after exposure to a train disaster. *Behaviour Research and Therapy*. 2002;40(12):1415-24.
138. Feldner MT, Zvolensky MJ, Schmidt NB, Smith RC. A prospective test of anxiety sensitivity as a moderator of the relation between gender and posttraumatic symptom maintenance among high anxiety sensitive young adults. *Depression and Anxiety*. 2008;25(3):190-9. doi:10.1002/da.20281.
139. Flory JD, Yehuda R. Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: Alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2015;17(2):141-50.
140. Foa EB, Cashman L, Jaycox L, Perry K. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The posttraumatic diagnostic scale. *Psychological Assessment*. 1997;9(4):445-51. doi:10.1037/1040-3590.9.4.445.
141. Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 1993;6:459-73. doi:10.1002/(ISSN)1573-6598.

142. Foa EB, Tolin DF. Comparison of the PTSD symptom scale-interview version and the clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*. 2000;13:181-91. doi:10.1023/A:1007781909213.

143. Forbes D, Creamer M, Bisson JI, et al. Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York: Guilford Press; 2008. p. 332-45.

144. Franklin CL, Sheeran T, Zimmerman M. Screening for trauma histories, posttraumatic stress disorder (PTSD), and subthreshold PTSD in psychiatric outpatients. *Psychol Assess*. 2012;14(4):467-71.

145. Frankova I. Огляд матеріалів 29-го конгресу Європейської колегії нейропсихофармакології: Життя на межі: стрес, травма та психопатологія. Психосоматична медицина та загальна практика [Інтернет]. 2017 [цитовано 2021 квіт. 28];2(1). Доступно з: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/15>

146. Fullerton CS, Ursano RJ, Epstein RS, Crowley B, Vance K, Kao T, et al. Gender differences in posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *The American Journal of Psychiatry*. 2001;158(9):1486-91. doi:10.1176/appi.ajp.158.9.1486.

147. Gavlovsky AD, Holovanova IA, Kharchenko NV. Retrospective analysis of post-traumatic stress disorder. *Wiadomosci Lekarskie*. 2018;71(9):1835-40.

148. Gil S, Caspi Y, Ben-Ari IZ, Koren D. Does Memory of a Traumatic Event Increase the Risk for Posttraumatic Stress Disorder in Patients With Traumatic Brain Injury? A Prospective Study. *American Journal of Psychiatry*. 2005;165(5):963-9.

149. Ginzburg K, Ein-Dor T, Solomon Z. Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: A 20-year longitudinal study of war veterans. *Journal of Affective Disorders*. 2010;123(1-3):249-57. doi:10.1016/j.jad.2009.08.006.

150. Godfrey KM, Lindamer LA, Mostoufi S, Afari N. Post-traumatic stress disorder and health: a preliminary study of group differences in health and health behaviors. *Ann Gen. Psychiatry*. 2013;12(1):30.

151. Gold SD, Marx BP, Soler-Baillo JM, Sloan DM. Is life stress more traumatic than traumatic stress? *Journal of Anxiety Disorders*. 2005;19(6):687-98. doi:10.1016/j.janxdis.2004.06.002.
152. Goldberg LR, Freyd JJ. Self-reports of potentially traumatic experiences in an adult community sample: Gender differences and test-retest stabilities of the items in a brief betrayal-trauma survey. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2006;7(3):39-63. doi:10.1300/J229v07n03_04.
153. Goodson J, Helstrom A, Halpern JM, Ferenschak MP, Gillihan SJ, Powers MB. Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in US combat veterans: A meta-analytic review. *Psychological Reports*. 2011;109(2):573-99.
154. Halbreich U. Treatment of lifecycle related dysphorias in women. In book of abstracts of WPA International Congress "Treatment in psychiatry: an update"; 2004 Nov. 10-13; Florence, Italy. Florence; 2004. p. 40.
155. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 1960;23:563-62.
156. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32:50-5.
157. Hertz DG. Identity - lost and found: patterns of migration and psychological and psychosocial adjustment of migrants. *Acta Psychiatrica Scandinavica* banner. 1988 Sep; 78: 159-65.
158. Hollander AC, Dal H, Lewis G, Magnusson C, Kirkbride JB, Dalman C. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden *BMJ*. 2016; 352:i1030.
159. Hornstein C. Physical and psychosocial disturbances of the partners of women with severe postpartum psychiatric disorders. *European Psychiatry*. 2007;22 suppl. 1:3-4.
160. Hoskins M, Pearce J, Bethell A, Dankova L, Barbui C, Tol WA, et al. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2015;206(2):93-100.

161. Hryn KV, Hryn VH, Fedorchenko IL, Yushchenko YuP. The dependence of the affective disorders manifestation on morphofunctional condition of the brain after traumatic brain injury. *Світ медицини та біології*. 2018;2(64):29-32.

162. Irish LA, Fischer B, Fallon W, Spoonster E, Sledjeski EM, Delahanty DL. Gender differences in PTSD symptoms: An exploration of peritraumatic mechanisms. *Journal of Anxiety Disorders*. 2011;25(2):209-16. doi:10.1016/j.janxdis.2010.09.004.

163. Isakov R. Comparison of severity of psychopathological symptomatics and manifestation of meso- and micro-maladjustment in women with different genesis depressive disorders. *Norwegian Journal of development of the International Science*. 2020; (39): 16–22.

164. Isacsson G. Suicide prevention has saved 2 500 lives in ten years. *Lakartidningen*. 2003 Mar 27;100(13):1160-1.

165. Jacovides A, Fotion F, Nimatondis I, Bascialla F, Kaprinis GS, Bech P. Neurobiological correlates of suicidal attempts and thoughts of death in patients with major depression. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2004;7 Suppl.1:165.

166. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Acta unveränderte auflage. Mit 3 Abbildungen. Berlin, Heidelberg, New York, Springer Verlag; 1965. 748 s.

167. Jonas DE, Cusack K, Forneris CA, Wilkins TM, Sonis J, Middleton JC, et al. Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder. *Comparative Effectiveness Reviews* [Internet]. 2013 [cited 2021 apr. 28];92. Available from: www.effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/347/1435/

168. Jones R, Yates WR, Zhou MH. Readmission rates for adjustment disorders: comparison with other mood disorders. *J Affect Disord*. 2002;71(1-3):199-203.

169. Jouger M, Frasch K, Becker T. Adjustment disorders - nosological state and treatment options. *Psychiatr Prax*. 2008 Jul;35(5):219-25. *Psychiatr Prax*. 2009 Mar; 36(2):95;(author reply 96-7).

170. Jung CG. Personality and Stress. Traits, Types and Biotypes. In: *Stress and Health*. Price PL, editor. Pacific Grove, CA:Brooks & Cole Publishing; 2012. p. 85-115.

171. Kamisnska AO, Pshuk NG, Stukan LV. Features of subjective perception of social support by patients with endogenous mental disorders. *Wiadomosci Lekarskie*. 2019;72(9 cz 2):1747-51.

172. Kessler RC. The World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ISPE): initial work and future directions – the NAPE lecture 1998. *Acta Psychiatr. Scand*. 1999;99(1):2-9.

173. Keyes CL. Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2005;73(3):539-48.

174. Kilpatrick DG, Resnick HS, Milanak ME, Miller MW, Keyes KM, Friedman MJ. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*. 2013;26(5):537-47. doi:10.1002/jts.21848.

175. Kilpatrick DG, Resnick HS, Milanak ME, Miller MW, Keyes KM, Friedman MJ. National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using DSM-IV and DSM-V Criteria. *Journal of Traumatic Stress*. 2013;26(5):537-47.

176. Klein E, Koren D, Arnon I, Lavie P. Sleep complaints are not corroborated by objective sleep measures in post-traumatic stress disorder: a 1-year prospective study in survivors of motor vehicle crashes. *J Sleep Res*. 2003;12(1):35-41.

177. Kokozska A, Abd El Aal M, Jodko A, Kwiatkowska A. Frequency of subjectively assessed symptoms of sexual dysfunction and sexual disorders. *Psychiatria Polska*. 2009;43(6):705-18.

178. Kuzyk SP., *Ekonomichna i sotsial'na heohrafiya krayin svitu*. Navchal'nyy posibnyk. Lviv.: Svit, 2002;672.

179. Lancaster SL, Melka SE, Rodriguez BF, Bryant AR. PTSD symptom patterns following traumatic and nontraumatic events. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2014;23(4):414-29. doi:10.1080/10926771.2014.893276.

180. Latas M, Starcevic V, Trajkovic G, Bodojevic G. Comorbid depression in panic Disorder with agoraphobia. In: Abstracts XI World Congress of Psychiatry. Hamburg; 2012. Vol. 2. p. 20.

181. Lindert J, Ehrenstein OS, Priebe S, Mielck A, Brahler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*. 2009; 69(2):246-257.

182. Londeborg PD, Wolkow R, Smith WT, DuBoff E, England D, Ferguson J, et al. Sertraline in the treatment of panic disorder. A multisite, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose investigation. *British Journal of Psychiatry*. 1998;173:54-60.

183. Long ME, Elhai JD, Schweinle A, Gray MJ, Grubaugh AL, Frueh BC. Differences in posttraumatic stress disorder diagnostic rates and symptom severity between criterion A1 and non-criterion A1 stressors. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008;22(7):1255-63. doi:10.1016/j.janxdis.2008.01.006.

184. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, Reed GM, Van Ommeren M, et al. Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the international classification of diseases-11. *Lancet*. 2013;381:1683-5. doi:10.1016/S0140-6736(12)62191-6.

185. Mak AS, Blewitt K, Heaven PCL. Gender and personality influences in adolescent threat and challenge appraisals and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 2004;36(6):1483-96. doi:10.1016/S0191-8869(03)00243-5.

186. Management of post-traumatic stress disorder. VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group. Washington: VA Office of Quality and Performance; 2003. p. 167-89.

187. Manthey L, Lohbeck M, Giltay EJ, Van Veena T, Zitman FG, Penninx BW. Correlates of benzodiazepine dependence in the Netherlands Study Of Depression And Anxiety. *Addiction*. 2012;107(12):2173-82. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.03975.x.

188. Marcelo L Urquia, Anita J Gagnon «Glossary: migration and health». *J Epidemiol Community Health*. 2011;65:e467-e472. doi:10.1136/jech.2010.109405.

189. Markova MV, Markov AR, Savina MV, Abdrakhimova TB, Muharovska IR, Gaponov KD. Medical and psychological consequences of using on-screen technologies of informational and psychological influence: analysis of the problem. *Wiadomosci Lekarskie*. 2019;72(10):2040-45.

190. Marshall GN, Miles JN, Steward SH. Anxiety sensitivity and PTSD symptom severity are reciprocally related: Evidence from a longitudinal study of physical trauma survivors. *Journal of Abnormal Psychology*. 2010;119(1):143-50. doi:10.1037/a0018009.

191. Mauro GC, Bernal M, Hardoy MC, Haro-Abad JM. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2005; 1: 13: 325.

192. Matisson C. Low recurrence and suicide rates in community depression patients. *Psychol. Med*. 2007;(37):883-91.

193. Mayou RA, Gill D, Thompson DR, Day A, Hicks N, Volmink J, et al. Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *Psychosom Med*. 2000;62(2):212-9.

194. McGrath E, et al. Women and depression: Risk factors and treatment issues. Washington: Am. Psychol. Ass; 2012. P. 3-14.

195. McNally RJ, Robinaugh DJ. Risk factors and posttraumatic stress disorder: Are they especially predictive following exposure to less severe stressors? *Depression and Anxiety*. 2011;28(12):1091-6. doi:10.1002/da.20867.

196. McNally RJ. Psychological mechanisms in acute response to trauma. *Biological Psychiatry*. 2003;53:779-88.

197. Mezzich J, Cohen N, Ruiperez M. Validization an efficient quality of life index. 11th World Congress of Psychiatry: Psychiatry on new Thresholds. Hamburg; 1999. p. 427.

198. Ministerstvo sotsial'noyi polityky Ukrainy. Ofitsiynyy veb-portal [Internet]. Kyiv: Ofitsiynyy veb-portal MSPU;2019 [updated 2019 September]. Available from: <https://www.msp.gov.ua/timeline/Vnutrishno-peremishcheni-osobi.html>

199. Mol SS, Arntz A, Metsemakers JF, Dinant GJ, Vilters-van Montfort PA, Knottnerus JA. Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: Evidence from an open population study. *British Journal of Psychiatry*. 2005;186:494-9. doi:10.1192/bjp.186.6.494.
200. Moser JS, Hajcak G, Simons RF, Foa EB. Posttraumatic stress disorder symptoms in trauma-exposed college students: The role of trauma-related cognitions, gender, and negative affect. *Journal of Anxiety Disorders*. 2007;21(8):1038-49. doi:10.1016/j.janxdis.2006.10.009.
201. Nadelson CC, Notman MT. Gender and psychotherapy. In book of abstracts of WPA International Congress "Treatment in psychiatry: an update"; 2014 Nov 10-13; Florence, Italy. Florence; 2014. p. 39.
202. Nader K, Schafe GE. Fear memories require protein synthesis in the amygdala for reconsolidation after retrieval. *Nature*. 2016;406:722-6.
203. Nikolaeva O, Lazareva E. Multifactor model of psychological adjustment in patients with cardiologic pathology. In: *Understanding mind and crossing borders: Centennial Nordic Congress of Psychiatry*. Tromso, 2012. p. 42-3.
204. Olf M, Langeland W, Draijer N, Gersons BP. Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*. 2007;133(2):183-204. doi:10.1037/0033-2909.133.2.183.
205. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2003;129(1):52-73. doi: 10.1037/0033-2909.129.1.52.
206. Papakostas GI, Thase ME, Fava M, Nelson JC, Shelton RC. Are antidepressant drugs that combine serotonergic and noradrenergic mechanisms of action more effective than the selective serotonin reuptake inhibitors in treating major depressive disorder? A meta-analysis of studies of newer agents. *Biological Psychiatry*. 2007;62(11): 1217-27.
207. Pearlin LI, Goldberger L, Breznitz S. The social contexts of stress. *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*. N.Y.: The Free Press; 2012. p. 367-79.

208. Pham PN, Weinstein HM, Longman T. Trauma and PTSD symptoms in Rwanda: implications for attitudes toward justice and reconciliation *JAMA*. 2004; 292(5): 602-12.
209. Penninx BW, Beekman AT, Smit JH, Zitman FG, Nolen WA, Spinhoven P, et al. The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA): Rationale, objectives and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2008;17(3):121-40. doi:10.1002/mpr.256.
210. Perkonigg A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2000;101(1):46-59.
211. Pitman RK. Post-Traumatic Stress Disorder, Conditioning, and Network Theory. *Psychiatr. Ann* [Internet].1988 [cited 2021 Apr 5]. Available from: <https://doi.org/10.3928/0048-5713-19880301-11>
212. Powel N. Stress disorder/ZFire. 2014;88(1084):29-30.
213. Prigerson HG, Shear MK, Jacobs SC, Reynolds CF 3rd, Maciejewski PK, Davidson JR, et al. Consensus criteria for traumatic grief. *British Journal of Psychiatry*. 1999;174:67-73.
214. Roberts AL, Dohrenwend BP, Aiello A, Wright RJ, Maercker A, Galea S, et al. The stressor criterion for posttraumatic stress disorder: Does it matter? *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2012;73(2):264-70. doi:10.4088/JCP.11m07054.
215. Robinson JS, Larson C. Are traumatic events necessary to elicit symptoms of posttraumatic stress? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2010;2(2):71-6. doi:10.1037/a0018954.
216. Root AK, Denham SA. The role of gender in the socialization of emotion: Key concepts and critical issues. In Root AK, Denham SA. (Eds.). *The role of gender in the socialization of emotion: Key concepts and critical issues*. *New Directions for Child and Adolescent Development*. 2010 Summer;2010(128):1-9.
217. Sartorius N. The economic and social burden of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2001;(62):8-11.

218. Sato S, Yamakawa Y, Terashima Y, Ohta H, Asada T. Efficacy of milnacipran on cognitive dysfunction with post-stroke depression: preliminary open-label study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2006;60(5):584-9.

219. Silove D, Bateman CR, Brooks RT, Fonseca CZ, Steel Z, Rodger J. et al. Estimating clinically relevant mental disorders in a rural and an urban setting in postconflict Timor-Leste. *Arch Gen Psychiatry*. 2008; 65 (10): 1205-12.

220. Soeteman DI, Hakkaart-van Roijen L, Verheul, Busschbach JJ. The economic burden of personality disorders in mental health care. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(2):259-65. doi: 10.4088/jcp.v69n0212.

221. Spinhoven P, Penninx BW, Krempeniou A, Van Hemert AM, Elzinga B. Trait rumination predicts onset of post-traumatic stress disorder through trauma-related cognitive appraisals: A 4-year longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*. 2015;71:101-9. doi:10.1016/j.brat.2015.06.004.

222. Spinhoven P, Penninx BW, Van Hemert AM, De Rooij M, Elzinga BM. Comorbidity of PTSD in anxiety and depressive disorders: Prevalence and shared risk factors. *Child Abuse & Neglect*. 2014;38(8):1320-30. doi:10.1016/j.chiabu.2014.01.017.

223. Szabo S. Hans Selye and the development of the stress concept. Special reference to gastroduodenal ulcerogenesis. *Ann. N.-Y. Acad. Sci.* – 1998; 85: 19-8.

224. Strine TW, Chapman DP, Kobau R, Balluz L. Associations of self-reported anxiety symptoms with health-related quality of life and health behaviors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40(6):432-8.

225. Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2008;S(1):37-85. doi:10.1037/1942-9681.S.1.37.

226. UNHCR Statistical Yearbook 2014 [Internet]. United Nations High Commissioner for Refugees. Geneva: UNHCR; 2015. [cited 2021 apr. 28]. Available from: <https://www.unhcr.org/statistics/country/566584fc9/unhcr-statistical-yearbook-2014-14th-edition.html>

227. United Nations High Commissioner for Refugees. Convention and Protocol Relating to the Status of Refugees. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees, 2007.

228. United Nations Office for The Coordination Of Humanitarian Affairs. Guiding principles on internal displacement [Internet]. 1998 [cited 2021 Apr 28] Available from: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/AB752ABEA5C1EFFCC1256C33002A8510-idp.html>

229. Vermetten E, Baker DG, Jetly R, McFarlane AC. Concerns over divergent approaches in the diagnostics of posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Annals*. 2016;46(9):498-509. doi:10.3928/00485713-20160728-02.

230. Vlahov D, Galea S, Ahern J, Resnick H, Boscarino JA, Gold J, et al. Consumption of cigarettes, alcohol, and marijuana among New York City residents six months after the September 11 terrorist attacks. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2004;30(2):385-407.

231. Watson SJ. Neuropeptide stress system in brain: molecular and circuit analysis. In: Abstracts X World Congress of Psychiatry. V. 1. Madrid; 2010. p.72.

232. Weathers FW, Keane TM, Davidson JR. Clinician-administered PTSD scale: A review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety*. 2001;13:132-56.

233. World Health Organization. The international classification of diseases and related health problems. 11th ed. [beta draft]. Geneva, Switzerland.

ДОДАТОК А

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА З ОСНОВНИМИ НАУКОВИМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Гальченко А.В. Проблемні питання діагностики, розвитку та терапії посттравматичного стресового розладу / А.В. Гальченко // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2018. – Т. 18, вип. 2 (62). – С. 301–306.
2. Гальченко А.В. «Сучасні відмінності психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб за наявності невротичної патології» / Актуальні проблеми сучасної медицини. – Полтава – 2019р. – Т. 19, вип. 1 (64). – С. 7 – 11.
3. Гальченко А.В., Кидонь П.В. «Клініко-психопатологічні та патопсихологічні закономірності формування психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб з розладами адаптації» / Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2020. – Т. 20, вип. 1 (69). – С. 86–91. *(Особистий внесок здобувача: концепція і дизайн дослідження, збір та обробка матеріалу)*.
4. Herasymenko L. O. Clinical features of adjustment disorder in internally displaced women / L. O. Herasymenko, R. I. Isakov, A. V. Halchenko, P. V. Kydon // Wiadomosci Lekarskie. – 2020. – Т. LXXIII, № 6. – P. 1154–1157. *(Особистий внесок здобувача: збір інформації, обробка та узагальнення даних)*.
5. Гальченко А.В. Психосоціальна дезадаптація у внутрішньо переміщених осіб із депресивними розладами / Вісник проблем біології і медицини. – 2020. – Вип. 4 (158). – С. 104 – 108.
6. Гальченко А.В. Відмінності психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб з непсихотичними психічними розладами / Медична психологія. – 2020. – № 1 – 2. – С. 87 – 92.
7. Герасименко Л.О., Гальченко А.В. Комплексна та персоніфікована система реабілітації внутрішньо переміщених осіб за наявності психосоціальної дезадаптації та невротичного розладу/ Вісник проблем біології і медицини. – 2021. – Вип. 1 (159). – С. 35 – 38. *(Особистий внесок здобувача: концепція і дизайн дослідження, обробка та узагальнення даних)*.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

8. Halchenko A. Clinical features in internally displaced persons with adjustment disorders / A.Halchenko // ECNP Seminar in Neuropsychopharmacology – 2018, 20 – 22 of April 2018, Odessa, Ukraine. P.40.

9. Гальченко А.В. Виявлення непсихотичних психічних порушень у внутрішньо переміщених осіб/ Міжнародна наукова конференція студентів, молодих вчених та спеціалістів/ «Актуальні питання сучасної медицини», 28 – 29 березня 2019 р., м. Харків. С. 66.

10. Гальченко А.В. Особливості психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб за наявності невротичної патології / А.В. Гальченко // XVII Всеукраїнського лікарського товариства, 15 – 16 листопада 2019 р., м. Полтава. С. 155.

11. Гальченко А.В. Клініко-психопатологічні особливості внутрішньо переміщених осіб зі змішаним тривожно-депресивним розладом за наявності психосоціальної дезадаптації / XVII Міжнародна наукова конференція студентів, молодих вчених та фахівців «Актуальні питання сучасної медицини», 26 – 27 березня 2019 р. м. Харків, С. 71 – 72.

12. Гальченко А.В. Клініко-психопатологічні особливості внутрішньо переміщених осіб з розладами адаптації за наявності психосоціальної дезадаптації. / Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції «Сучасний вимір медичної науки та практики», 8 – 9 травня 2020 р., м. Дніпро, С. 38 – 41.

13. Гальченко А.В. Фактори психотравматизації у переселенців з невротичними розладами за наявності психосоціальної дезадаптації / Збірник тез наукових робіт. Міжнародна науково-практична конференція «Медична наука та практика: виклики і сьогодення», 21– 22 серпня 2020 р., м. Львів, С. 6 – 8.

Додаток 4
до наказу від 23.10.2019

№ 314

ФОРМА ЗВІТУ
про впровадження сучасних медичних технологій

ЗАТВЕРДЖУЮ

Генеральний директор
КП «ДОКЛМ» ДОР,
професор
Риженко С.А.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження «Психосоціальна дезадаптація у внутрішньо переміщених осіб із депресивними розладами».

2. Ким і коли запропоновано Українська медична стоматологічна академія, 36011, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Гальченко А.В.

3. Джерело інформації стаття. Бібліографічні параметри: Гальченко А.В. Психосоціальна дезадаптація у внутрішньо переміщених осіб із депресивними розладами // Вісник проблем біології і медицини – Полтава, 2020. – 4 (158) – С.104-108.

4. Коли, де впроваджено КП «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. Мечнікова» ДОР, психоневрологічне відділення, 02.04.2021

5. Загальна кількість спостережень 96

6. Строки впровадження з 01.04.2020 по 01.04.2021

7. Ефективність впровадження: в внутрішньо переміщених осіб з тривожно-депресивним розладом, пролонгованим депресивною реакцією і діагностованою психосоціальною дезадаптацією достовірно вищий рівень вираженості тривоги і депресії в порівнянні з внутрішньо переміщеними особами без ознак дезадаптації.
Може бути використано в якості мішені для психотерапевтичного впливу і психосоціального супроводу пацієнтів, спрямованих на підтримку їх адаптаційного ресурсу і поліпшення якості життя.

Показники	Надано	Опрацьовано	Впроваджено
Скорочення:	96	96	96
- Термінів лікування	96	96	96
- Тимчасовій непрацездатності	96	96	96
Зменшення:	----	----	----
- летальності	----	----	----
- інвалідності	96	96	96
- захворюваності	----	----	----
Частота розходжень діагнозів	----	----	----
- економічні показники	----	----	----

9. Зауваження, пропозиції немає

Відповідальний за впровадження
«02» квітня 2021р.

зав. відділення Мороз С.М.
посада, підпис, ППБ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Головний лікар
 КП «Обласний заклад з надання
 психіатричної допомоги ПОР»
 О. ПОГОРІЛКО
 «24» 01 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Психосоціальна дезадаптація у внутрішньо переміщених осіб із депресивними розладами».
2. **Заклад, де проводилася розробка, адреса, ПІБ авторів:** Українська медична стоматологічна академія, 36011, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Гальченко А.В.
3. **Джерело інформації:** стаття. Бібліографічні параметри: Гальченко А.В. Психосоціальна дезадаптація у внутрішньо переміщених осіб із депресивними розладами / Вісник проблем біології і медицини – Полтава, 2020. – 4 (158) – С.104-108.
4. **Впроваджено:** у лікувально-профілактичну роботу КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги ПОР»
5. **Термін впровадження:** січень 2021р.
6. **Результати впровадження:** дані дослідження використані в якості мішені психотерапевтичного та фармакотерапевтичного впливу в процесі лікувально-реабілітаційної роботи з внутрішньо переміщеними особами з метою підтримки їх адаптаційних ресурсів та покращення якості життя.
7. **Зауваження та пропозиції:** не вносилися.

Відповідальний за впровадження:

Михайло Статиченко

27.01.21

(дата)

(підпис)

"ЗАТВЕРДЖУЮ"
Перший проректор
Запорізького державного медичного університету
М. О. Авраменко



« 17 » 02 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Психосоціальна дезадаптація у внутрішньо переміщених осіб із депресивними розладами
назва пропозиції для впровадження
2. 2. Заклад, де проводилася розробка, адреса, ПІБ авторів: Українська медична стоматологічна академія, 36011, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Гальченко А.В
установа-розробник, її поштова адреса, П.І.Б. авторів
3. Джерело інформації: стаття – стаття. Бібліографічні параметри: Гальченко А.В. Психосоціальна дезадаптація у внутрішньо переміщених осіб із депресивними розладами / Вісник проблем біології і медицини – Полтава, 2020. – 4 (158) – С.104-108.
назва, рік видання методичних рекомендацій, інформаційного листа і т.д.
4. Де та коли впроваджено. В педагогічний та лікувально-консультативний процес кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології
назва лікувально-профілактичної установи
5. Строки впровадження: з 12.01.2021 по теперішній час
6. Загальна кількість спостережень: 12 спостережень.
7. Ефективність за даними впроваджуючої організації: покращення якості діагностики психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб з депресивними розладами.

Зауваження. Пропозиції: не вносилися.

« 17 » 02 2021 р.

Відповідальний за впровадження:
завідувач кафедри психіатрії, психотерапії,
загальної та медичної психології, наркології
та сексології, д.мед.н., професор

Чугунов В.В.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Клініко-психопатологічні та патопсихологічні закономірності формування психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб із розладами адаптації».
2. **Заклад, де проводилася розробка, адреса, ПІБ авторів:** Українська медична стоматологічна академія, 36011, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Гальченко А.В.
3. **Джерело інформації:** стаття. Бібліографічні параметри: Гальченко А.В. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні закономірності формування психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб з розладами адаптації / А.В. Гальченко, П.В. Кидонь // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2020. – Т. 20, вип. 1 (69). – С. 86–91.
4. **Де впроваджено:** Кафедра психіатрії Харківської медичної академії післядипломної освіти
5. **Термін впровадження:** березень 2020р.- січень 2021р.
6. **Результати впровадження:** покращення якості діагностики та корекції психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб з розладами адаптації.
7. **Зауваження та пропозиції:** немає.

Відповідальний (і) за впровадження:

завідувач кафедри психіатрії Козідубова Валентина Михайлівна

12.02.2021

(дата)

(Handwritten signature)

(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Директор КНП «Херсонський
 обласний заклад з надання
 психіатричної допомоги» ХОР
 П. ПАЛАМАРЧУК



2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Психосоціальна дезадаптація у внутрішньо переміщених осіб із депресивними розладами».
2. **Заклад, де проводилася розробка, адреса, ПІБ авторів:** Українська медична стоматологічна академія, 36011, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Гальченко А.В.
3. **Джерело інформації:** стаття. Бібліографічні параметри: Гальченко А.В. Психосоціальна дезадаптація у внутрішньо переміщених осіб із депресивними розладами / Вісник проблем біології і медицини – Полтава, 2020. – 4 (158) – С.104-108.
4. **Впроваджено:** у лікувально-профілактичну роботу КНП «Херсонський обласний заклад з надання психіатричної допомоги» ХОР
5. **Термін впровадження:** березень- квітень 2021р.
6. **Результати впровадження:** дані дослідження використані в якості мішені психотерапевтичного та фармакотерапевтичного впливу в процесі лікувально-реабілітаційної роботи з внутрішньо переміщеними особами з метою підтримки їх адаптаційних ресурсів та покращення якості життя.
7. **Зауваження та пропозиції:** не вносилися.

Відповідальний за впровадження:

Горнова Катерина Юрівна

13.04.2021

(дата)

(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Директор
 КНП «Черкаська обласна психіатрична лікарня ЧОР»
 І. КОСЕНКОВА

«14» _____ 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Психосоціальна дезадаптація у внутрішньо переміщених осіб із депресивними розладами».
2. **Заклад, де проводилася розробка, адреса, ПІБ авторів:** Українська медична стоматологічна академія, 36011, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Гальченко А.В.
3. **Джерело інформації:** стаття. Бібліографічні параметри: Гальченко А.В. Психосоціальна дезадаптація у внутрішньо переміщених осіб із депресивними розладами / Вісник проблем біології і медицини – Полтава, 2020. – 4 (158) – С.104-108.
4. **Впроваджено:** у лікувально-профілактичну роботу КНП «Черкаська обласна психіатрична лікарня ЧОР»
5. **Термін впровадження:** березень - квітень 2021р.
6. **Результати впровадження:** дані дослідження використані в якості мішені психотерапевтичного та фармакотерапевтичного впливу в процесі лікувально-реабілітаційної роботи з внутрішньо переміщеними особами з метою підтримки їх адаптаційних ресурсів та покращення якості життя.
7. **Зауваження та пропозиції:** не вносилися.

Відповідальний за впровадження:

Медичний директор Захарченко Людмила Вікторівна

14.04.2021р.
 (дата)

[Підпис]
 (підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Перший проректор з науково-педагогічної роботи
Львівського національного медичного університету
ім. Данила Галицького
М. Р. Гжегоцький
«10» 02 2021 р.



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Психосоціальна дезадаптація у внутрішньо переміщених осіб із депресивними розладами».
2. **Заклад, де проводилася розробка, адреса, ПІБ авторів:** Українська медична стоматологічна академія, 36011, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Гальченко А.В.
3. **Джерело інформації:** стаття. Бібліографічні параметри: Гальченко А.В. Психосоціальна дезадаптація у внутрішньо переміщених осіб із депресивними розладами / Вісник проблем біології і медицини – Полтава, 2020. – 4 (158) – С.104-108.
4. **Впроваджено:** в педагогічний процес кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького
5. **Термін впровадження:** січень–лютий 2021р.
6. **Результати впровадження:** покращення якості діагностики та корекції психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб з депресивними розладами.
7. **Зауваження та пропозиції:** не вносилися.

Відповідальний за впровадження:
Завідувач кафедри психіатрії,
психології та сексології, професор

Р. І. Білобровка

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Перший проректор
Української медичної стоматологічної академії
д.м.н., проф. В. М. Дворник



2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Психосоціальна дезадаптація у внутрішньо переміщених осіб із депресивними розладами».
2. **Заклад, де проводилася розробка, адреса, ПІБ авторів:** Українська медична стоматологічна академія, 36011, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Гальченко А.В.
3. **Джерело інформації:** стаття. Бібліографічні параметри: Гальченко А.В. Психосоціальна дезадаптація у внутрішньо переміщених осіб із депресивними розладами / Вісник проблем біології і медицини – Полтава, 2020. – 4 (158) – С.104-108.
4. **Впроваджено:** В педагогічний процес та наукову роботу кафедри психіатрії, наркології та медичної психології «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава), 2020р.
5. **Термін впровадження:** січень–лютий 2021р.
6. **Результати впровадження:** покращення якості діагностики та корекції психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб з депресивними розладами.
7. **Зауваження та пропозиції:** не вносилися.

Протокол № 11 від 15.01.2021 р.

Відповідальний за впровадження

завідувач кафедри психіатрії,

наркології та медичної психології

«Українська медична стоматологічна академія»

д.мед.н., професор



ПІДПИС ЗАСВІДЧУЮ
Начальник відділу кадрів
З. Г. Бойко

А.М.Скрипніков



2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Психосоціальна дезадаптація у внітрішньо переміщених осіб із депресивними розладами».
2. **Заклад, де проводилася розробка, адреса, ПІБ авторів:** Українська медична стоматологічна академія, 36011, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Гальченко А.В.
3. **Джерело інформації:** стаття. Бібліографічні параметри: Гальченко А.В. Психосоціальна дезадаптація у внутрішньо переміщених осіб із депресивними розладами / Вісник проблем біології і медицини – Полтава, 2020. – 4 (158) – С.104-108.
4. **Впроваджено:** у лікувально-реабілітаційному робочому КПТ, *Обласний галузь з надання психіатричних послуг ЗДР*
5. **Термін впровадження:** 2021р.
6. **Результати впровадження:** дані дослідження використані в якості мішені психотерапевтичного та фармакотерапевтичного впливу в процесі лікувально-реабілітаційної роботи з внутрішньо переміщеними особами з метою підтримки їх адаптаційних ресурсів та покращення якості життя.
7. **Зауваження та пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження:

Суровська А.Т.

16.03.2021

(дата)



(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Головний лікар
 КП «Обласний заклад з надання
 психіатричної допомоги ПОР»
 О. ПОГОРІЛКО

«24» 01 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Психосоціальна дезадаптація у внутрішньо переміщених осіб із депресивними розладами».
2. **Заклад, де проводилася розробка, адреса, ПІБ авторів:** Українська медична стоматологічна академія, 36011, вул. Шевченка, 23, м. Полтава, Гальченко А.В.
3. **Джерело інформації:** стаття. Бібліографічні параметри: Гальченко А.В. Психосоціальна дезадаптація у внутрішньо переміщених осіб із депресивними розладами / Вісник проблем біології і медицини – Полтава, 2020. – 4 (158) – С.104-108.
4. **Впроваджено:** у лікувально-профілактичну роботу КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги ПОР»
5. **Термін впровадження:** січень 2021р.
6. **Результати впровадження:** дані дослідження використані в якості мішені психотерапевтичного та фармакотерапевтичного впливу в процесі лікувально-реабілітаційної роботи з внутрішньо переміщеними особами з метою підтримки їх адаптаційних ресурсів та покращення якості життя.
7. **Зауваження та пропозиції:** не вносилися.

Відповідальний за впровадження:

Михайло Статиченко

27.01.21

(дата)

(підпис)

ДОДАТОК В

**Анкета для вивчення внутрішньо переміщених осіб
з психосоціальною дезадаптацією**

1. Шифр: _____
2. Діагноз (МКХ – 10): _____
3. Стать: Ч / Ж
4. Вік: _____ (кількість повних років).
5. Адреса проживання (на даний момент): _____

6. Житель: міський сільський
7. Звідки прибув(ла): м. Донецьк Донецька область
 м. Луганськ Луганська область
 Автономна Республіка Крим
8. Рік зміни місця проживання: 201__ рік
9. Скарги: _____

10. Умови виховання:
 Повна сім'я. Без батька. Без матері. Сирітство.
11. Освіта:
 Середня. Середня спеціальна. Вища.
12. Рід зайнятості в даний момент:
 Розумова праця. Фізична праця. Безробітній. Студент. Пенсіонер.
13. Сімейний статус:
 Одружений(а). Не одружений(а). Цивільний шлюб. Розлучений(а).
 Вдовець(а).
14. Рівень доходу:
 Високий. Вище середнього. Середній. Нижче середнього. Низький.
15. Діти: Немає / Є (Кількість _____)
16. З ким проживає на даний момент:

Один/одна. З батьками. З власною сім'єю. Інше

17. В минулому уже зверталися до психіатра:

Так. Ні.

18. Спадковість психічними захворюваннями по лінії батьків чи близьких родичів:

Не обтяжена.

Обтяжена: _____

19. Тривалість невротичного розладу:

Менше 6 місяців. Від 6 місяців до 1 року.

Від 1 до 2 років. Більше 2 років

20. Перенесені ЧМТ:

Не були. Були (які?) _____

21. Наявність інших соматичних захворювань:

Дихальної системи

Серцево-судинної системи

Шлунково-кишкової системи

Сечо-статева система

Ендокринної системи

Сполучної тканини

22. Шкідливі звички: Тютюнопаління Пияцтво

23. Перенесені гострі психічні травми, що передували розладу:

24. Психотравматичні фактори актуальні на даний момент:
