

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА  
«НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ ПСИХІАТРІЇ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

**КОВАЛЕНКО НАТАЛЯ ВОЛОДИМИРІВНА**



УДК 616.89:616.89-008.48]-054.7-092-07-082-085.851

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ ТА  
ПОВЕДІНКОВИХ ПОРУШЕНЬ У ТИМЧАСОВО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ  
(ДІАГНОСТИКА, КЛІНІКА, ПСИХОПРОФІЛАКТИКА, ЛІКУВАННЯ)**

14.01.16 – психіатрія

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня  
кандидата медичних наук

Київ – 2021

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Державній установі «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України»

**Науковий керівник:** доктор медичних наук, старший науковий співробітник, завідувачка відділу психіатрії станів залежності **Осуховська Олена Сергіївна**, Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України»

**Офіційні опоненти:** доктор медичних наук, професор **Лінський Ігор Володимирович**, Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», директор інституту

доктор медичних наук, професор **Мішиєв В'ячеслав Данилович**, Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, кафедра загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології, завідувач кафедри

Захист дисертації відбудеться «28» вересня 2021 р. о 10 годині на засіданні Спеціалізованої вченої ради К26620.01 в Державній установі «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України» за адресою: 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Державної установи «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України» за адресою: 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103.

Автореферат розісланий «27» серпня 2021 р.

Вчений секретар  
спеціалізованої вченої ради,  
доктор медичних наук, с.н.с.

О.П. Олійник



## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Обґрунтування вибору теми дослідження.** Світові геополітичні процеси, економічні та політичні кризи в багатьох країнах світу, напруженість внутрішніх і зовнішніх суспільних відносин, локальні військові дії, збройні конфлікти сприяють прискоренню темпів та збільшенню масштабів міграційних процесів, пов'язаних саме з проблемно-деструктивними причинами, на відміну від природньої соціально-економічної міграції громадян (Е. Т. Owoaje, et al., 2016; М. Lagos-Gallego, 2017, Internal Displacement Monitoring Centre, 2019). Україна в цьому сенсі не стала винятком. Становлення української державності супроводжується в останнє десятиріччя системними кризами, одним із проявів яких став довготривалий збройний конфлікт на сході країни з 2014 р. (М. Karitonenko, 2016). Станом на 26 жовтня 2020 р., за даними Міністерства соціальної політики України, загальна кількість зареєстрованих внутрішньо переміщених осіб (ВПО) з АР Крим та Донбасу становила 1 458 288 осіб, що складає майже 24% від постійного населення Донецької та Луганської областей. Головною причиною масової міграції громадян із зазначених регіонів стали значні соціальні небезпеки, які загрожували їх життю та здоров'ю через активні бойові дії, втрата рідних і близьких, значні матеріальні збитки, що зумовило виникнення вперше в новітній історії України вельми важливої проблеми, пов'язаної з вітальноакцентованим стресовим впливом на населення у зоні конфліктних дій, і, як наслідок, вимушеною міграцією та погіршенням стану психічного здоров'я ВПО усіх вікових груп (І.Д. Спіріна, С.В. Рокутов, А.В. Шорніков 2017; Г.М. Кожина, В.І. Коростій, К.О. Зеленська, 2017; М.В. Маркова, О.В. Піонтковська, А.Г. Соловійова, 2018; Н.М. Мельник, 2019; Global report on internal displacement, 2019). До проблем якомога скорішого завершення збройного конфлікту на сході України, додалися питання, пов'язані з адміністративною, економічною та медико-соціальною підтримкою ВПО (П.В. Волошин, Н.О. Марута, Л.Ф. Шестопалова та ін., 2014).

Порушення психічного здоров'я у ВПО різноманітні і торкаються практично всіх сфер психіки, значно погіршуючи якість їх життя (О.С. Осуховська, О.О. Хаустова та ін., 2021). Найбільш поширеними з них є: психогенна депресія; адаптаційні, тривожні порушення і соматоформні розлади; захворювання невротичного регістру; посттравматичні стресові розлади (ПТСР) тощо (Н.В. Коваленко, 2016; Е.Т. Owoaje, 2017; О.О. Хаустова, J. N. Musau, M. Omondi, 2018; Н.О. Марута та ін., 2019; E. Diker, 2019). Клінічні прояви тривоги діагностувались у 66,67 %, а депресії – у 76,19% в окремих групах хворих ВПО. Порушення адаптації з пролонгованою депресивною реакцією та розладами інших емоцій було виявлено у 75,9% ВПО (Г.М. Кожина, М.В. Маркова та ін., 2020). Доведено, що частота ПТСР у ВПО (73,8 випадків на 100 000 осіб) в 5,1 рази вище, ніж у населення в цілому (М. Lagos-Gallego, 2017; А. F. AlShawi, 2018; D.O. Aluh, 2020). В Україні низкою авторів було вивчено динаміку ПТСР та сформована модель медико-соціального менеджменту, однак ще не достатньо розробленими залишаються питання, які

стосуються інших клінічних, субклінічних психічних порушень і розладів у ВПО зокрема, тому, їх вивчення є вкрай актуальним, особливо на тлі зростаючих проблем зі здоров'ям та якістю життя внутрішньо перемішених мігрантів (ВПМ) (С.І. Табачников, Є.М. Харченко та ін., 2016-2017).

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційну роботу виконано відповідно до плану науково-дослідної роботи Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (нині – ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України») за темою «Розробка моделі медико-соціального менеджменту посттравматичних психічних порушень у учасників бойових дій та осіб, тимчасово переселених із зони бойових дій і окупованих територій (профілактика, діагностика, лікування, реабілітація, експертиза)» (2015–2017 рр., номер державної реєстрації – 0115U001445). Дисертантка є співвиконавцем даного дослідження.

**Мета і задачі дослідження.** Мета роботи – на основі дослідження предиспозиційних чинників, клініко-психопатологічних особливостей психічних та поведінкових порушень і розладів (ПППіР) розробити та впровадити систему діагностики, психопрофілактики і оптимізації надання спеціалізованої психіатричної допомоги внутрішньо переміщеним особам в закладах охорони здоров'я і профільних вишах України.

Виходячи з окресленої вище мети, були поставлені наступні **задачі**:

1. Розробити інструментарій клініко-психопатологічного і психодіагностичного дослідження для вивчення ПППіР у ВПО.
2. Дослідити розповсюдженість, клініко-психопатологічні, психологічні особливості ПППіР у ВПО, їх зв'язок з клініко-анамнестичними, соціально-демографічними характеристиками, фактом перебування у психотравмівній ситуації і тривалістю вимушеної внутрішньої міграції.
3. Вивчити показники якості життя, стану здоров'я, психологічного, соціального функціонування переселенців під час вимушеного переміщення, а також предиспозиційні фактори негативного впливу на них.
4. Розробити, впровадити і оцінити систему діагностики, психопрофілактики та оптимізації надання спеціалізованої психіатричної допомоги ВПО з ПППіР з позицій доказової медицини.

*Об'єкт дослідження:* психічні та поведінкові порушення і розлади у внутрішньо переміщених осіб.

*Предмет дослідження:* клініко-психопатологічні особливості і предиспозиційні чинники розвитку психічних та поведінкових порушень і розладів у внутрішньо переміщених осіб, які виникли у зв'язку з вимушеною внутрішньою міграцією.

**Методи дослідження:** клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний.

**Організація і база дослідження.** Дослідження проводилося протягом 2015-2020 рр. на базі КУ «Обласна психіатрична лікарня № 4», а також КЗ «Білгород-Дністровська міська багатопрофільна лікарня», м. Білгород-

Дністровський та санаторіях м. Одеси і Одеської області «Куяльник», «Сенетатя», «Сперанца», «Плай».

**Надійність і достовірність результатів дослідження** забезпечувались використанням комплексу клініко-психопатологічних та психодіагностичних методик, які відповідають меті та завданням дисертаційної роботи, проведенням якісного і кількісного аналізу даних; коректним застосуванням методів їх статистичної обробки; репрезентативністю вибірки обстежених.

**Наукова новизна одержаних результатів.** У дисертаційній роботі уперше в Україні було виявлено феноменологічний спектр і предиспозиційні чинники формування ПППіР у ВПО. Уперше встановлено, які з виявлених психічних та поведінкових феноменів виникли внаслідок психотравмівної ситуації у зв'язку з вимушеною внутрішньою міграцією. Уперше досліджено, проаналізовано стан здоров'я та якість життя, а також їх взаємозв'язок з клініко-анамнестичними даними, соціально-демографічними характеристиками, психопатологічними проявами ПППіР, тривалістю вимушеного переміщення даного контингенту осіб. Уперше вивчено і проаналізовано предиспозиційні чинники та клініко-психопатологічні особливості ПППіР у ВПО з диференціацією за наявності/відсутності провідної соматичної або психічної патології. Уперше здійснено аналіз динаміки зазначених феноменів у ВПО в залежності від тривалості вимушеного переселення, інших соціально-психологічних факторів.

Уперше на підставі отриманих даних розроблено та впроваджено систему діагностики, психопрофілактики та оптимізації надання спеціалізованої психіатричної допомоги ВПО з ПППіР, яка відрізнялась комплексністю, багаторівневою диференційованістю та етапністю. Уперше розроблено рекомендації щодо профілактики формування зазначених розладів, спрямованих на збереження психічного здоров'я тимчасово переміщених осіб.

**Практичне значення одержаних результатів.** Практичне значення має обґрунтована та розроблена система діагностики, психопрофілактики і оптимізації надання спеціалізованої психіатричної допомоги ВПО.

Результати дисертаційної роботи впроваджені у практику лікувально-профілактичних закладів, зокрема: КНП «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» Одеської обласної ради» (акт впровадження від 14.02.2018), КНП «Обласна психіатрична лікарня №4» Одеської обласної ради» (акт впровадження від 22.03.2019), КНП «Психіатрична лікарня м. Маріуполь» (акт впровадження від 22.03.2019), КЗ «Білгород-Дністровська міська багатопрофільна лікарня» (акт впровадження від 27.03.2019), КНП «Обласна психіатрична лікарня №2» Одеської обласної ради» (акт впровадження від 25.03.2021), а також в освітній процес кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (акт впровадження від 18.12.2019).

**Особистий внесок здобувача.** Дисертанткою було самостійно проведено інформаційно-патентний пошук, аналітичний огляд сучасної літератури з обраної теми, розроблено та особисто виконано весь обсяг клініко-анамнестичних, соціально-демографічних, клініко-психопатологічних,

психодіагностичних і статистичних досліджень. Особисто проведено науковий аналіз та інтерпретацію отриманих результатів, на основі чого сформульовані обґрунтовані висновки дисертаційної роботи. Наведені у рукопису ідеї і дані є повністю інтелектуальними здобутками, напрацьованими авторкою.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертаційної роботи доповідалися й обговорювалися на вітчизняних та міжнародних наукових і науково-практичних конференціях, конгресах, симпозиумах, з'їздах: науково-практичній конференції з міжнародною участю «Методологічні та правові аспекти діагностики, терапії і соціальної допомоги при психічних та поведінкових розладах у різних вікових групах», 23-24 квітня 2015 р., м. Київ; ІХ науково-практичній конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні проблеми сучасної медичної психології», 23-24 квітня 2015 р., м. Київ; науково-практичній конференції «Обіг контрольованих препаратів у практиці сімейного лікаря», 17-18 вересня 2015 р., м. Київ; науковому симпозиумі з міжнародною участю «Мозок та стрес», 1-2 жовтня 2015 р., м. Дніпропетровськ; науково-практичній конференції з міжнародною участю «Від спеціалізованої психіатричної допомоги до системи охорони психічного здоров'я», 14-15 квітня 2016 р., м. Київ; V міжнародному конгресі «Профілактика. Антиейджинг. Україна», 17-18 травня 2016 р., м. Львів; DGPPN Congress 2016, 23-24 November 2016, Berlin, Germany; XXXII World Congress of The World Association of Social Psychiatry (WASP) 2016, New Delhi, India; 25th European Congress of Psychiatry, 1-4 April 2017, Florence, Italy; науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психіатрія XXI століття: проблеми та інноваційні рішення», 27-29 квітня 2017 р., м. Київ; науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психіатрія, наркологія, клінічна психологія та загальна медична практика: міждисциплінарні питання сучасності», 22-23 квітня 2021 р., м. Київ; XI International Science Conference «Theoretical approaches of Fundamental Sciences. Theory, Practice and prospects», Geneva, Switzerland, April 26-28, 2021; The XIII International Science Conference «Tasks and problems of science and practice», Berlin, Germany, May 10-12, 2021; The XXVI International Scientific and Practical Conference «Topical issues of practice and science», London, Great Britain, May 18-21, 2021; науково-практичній конференції з міжнародною участю «Якість медичних послуг в сфері психічного здоров'я», 20-21 травня 2021 р., м. Харків.

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 15 наукових праць, з яких 6 статей, з них: у фахових журналах і виданнях, затверджених МОН України – 3 статті; включених до наукометричних баз даних – 1 стаття (розділ монографії); у міжнародних фахових журналах – 2 статті; 9 тез доповідей у матеріалах наукових конференцій, конгресів тощо.

**Обсяг і структура дисертації.** Дисертація викладена на 173 сторінках машинопису (з них 137 сторінки – основний текст). Дисертаційне дослідження складається з анотації українською та англійською мовами, вступу, аналітичного огляду літератури, 3 розділів власних досліджень, аналізу й узагальнення результатів дослідження, висновків, списку використаних джерел та додатків. Матеріали дисертації ілюстровані 36 таблицями й 11 рисунками.

Бібліографічний список містить 237 джерел, з них 125 – латиницею, 112 – кирилицею.

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

У розділі 1 «Сучасні проблеми діагностики, психопрофілактики, психотерапії і спеціалізованої допомоги хворим з психічними та поведінковими порушеннями і розладами в умовах внутрішньої і зовнішньої міграції в Україні і за кордоном» проаналізовано існуючі актуальні проблеми ранньої діагностики, психопрофілактики та психотерапії і лікування хворих з ПППіР в умовах внутрішньої і зовнішньої міграції як в нашій країні, так і за кордоном.

У першому пункті розділу 1, спираючись на досвід закордонних і вітчизняних авторів, представлено аналіз даних щодо розповсюдженості та динаміки міграційних процесів в частині вимушеного переміщення в Україні і світі за останні 30 років.

У другому пункті розділу 1 проаналізовано особливості етіопатогенезу, періодів формування ПППіР в учасників екстремальних ситуацій, кожен з яких асоціюється зі специфічними впливами і ризиками, обумовлюючи клінічну картину найбільш поширених психічних та поведінкових порушень і розладів. Зазначено, що найбільш руйнівними для людини стають військові дії, які відносяться саме до антропогенних екстремальних ситуацій, а основними психотравмівними факторами при цьому є: безпосередня загроза життю та здоров'ю індивіда і його близьких, смерть близьких, фізичні травми. Наголошено на підвищеному суїцидальному ризику на тлі реактивних тривожно-депресивних станів.

У третьому пункті розділу 1 наводиться аналіз наукових досліджень, що протягом трьох періодів розвитку ПППіР у ВПО в екстремальних ситуаціях діагностуються психогенні порушення, пов'язані з вимушеною міграцією і мають місце як психотичні, так і непсихотичні феномени. Найбільш поширеними з них є психогенна депресія, тривожні, адаптаційні порушення, невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади.

На підставі аналізу наукової інформації, системного прогнозування, вивчення спектру ПППіР у ВПО, умов їх існування, була розроблена робоча дослідницька *гіпотеза* про те, що системний вплив на ВПО біологічних, психологічних, соціальних предиспозиційних чинників на тлі тривалої психотравмівної ситуації викликає хронічний стресовий стан, який супроводжується виснаженням адаптаційних психофізіологічних ресурсів, з формуванням ПППіР, при чому об'єм та характер останніх залежить від преморбідного стану здоров'я; важкості, тривалості психотравмівного впливу; психосоціальних, матеріальних, соціально-економічних умов перебування у вимушеному переміщенні внутрішніх мігрантів. Тому забезпечення ВПО якісною медичною, особливо психологічною та психотерапевтичною допомогою, збереження їхнього психічного здоров'я мають велике значення для нашої держави. Отже, сучасна й адекватна терапія і реабілітація хворих з

ПППіР у ВПО є запорукою запобігання розвитку більш важких психічних захворювань.

У розділі 2 «Матеріали, об'єкт та методи дослідження» представлені структурований дизайн роботи, принципи формування вибірки респондентів та їх розподілу на групи, обґрунтування вибору та опис методів дослідження, соціально-демографічні показники, притаманні обстеженим.

У першому пункті розділу 2 описано дизайн дослідження, який містив чотири етапи (рис. 1) та надано загальну характеристику обстежених хворих.



Рис. 1. Дизайн дисертаційного дослідження

Перший етап (2014-2015 рр.) присвячено аналізу літературних джерел та оцінці сучасного стану проблеми ПППіР у ВПО.

Другий етап (2015-2016 рр.) включав вибір матеріалу і методів дослідження; розробку та апробацію діагностичного інструментарію (Уніфікованої карти медичного обстеження); скринінгову діагностику ПППіР у ВПО.

На третьому етапі дисертаційної роботи (2017-2018 рр.) проводилось клініко-психопатологічне і психодіагностичне дослідження відібраного контингенту ВПО, статистична обробка та аналітична інтерпретація отриманих результатів.

Четвертий етап (2019-2020 рр.) включав розробку, впровадження, оцінку ефективності системи діагностики, психопрофілактики та оптимізації надання спеціалізованої психіатричної допомоги ВПО з ПППіР.

За умови інформованої згоди із дотриманням принципів біоетики та деонтології було проведено обстеження 245 ВПО, з яких відібрано 130 респондентів за критеріями включення/виключення віком від 20 до 60 років, котрі вимушено мігрували з місця свого постійного проживання.

Всі респонденти за ознакою провідної патології або її відсутності були розподілені на 3 групи: 1) група хворих з соматичною патологією (ГХСП), до якої увійшло 43 ВПО (33%) – контингент з діагностованими раніше хронічними захворюваннями; 2) група хворих з психічною патологією (ГХПП), до якої долучились 43 ВПО (33%) – респонденти з інвалідністю за психічним профілем; 3) група «умовно» здорових (ГУЗ), яку склали 44 ВПО (34%) – особи, які не мали тяжких хронічних захворювань чи інвалідності, скарг на психічний стан до військового конфлікту. При аналізі отриманих даних виявлено, що респонденти із зазначених груп диференційовано реагували на вплив психотравмівної ситуації та факт вимушеного переміщення. Так, в «умовно» здорових респондентів виявили ПППіР широкого спектру та різного ступеня вираженості. У переселенців з наявною соматичною патологією відсоток виявлених ПППіР (до 72%) був вищим, ніж поширеність останніх при коморбідних соматичних захворюваннях у первинній ланці та загальній медичній практиці (до 48-52%) (Антіпова О.С., 2021), а фабула емоційних проявів відповідала змісту пережитих психотравмівних подій, що свідчить про появу ПППіР, пов'язаних саме з цим предиспозиційним фактором збройного конфлікту та вимушеним переміщенням, як основним що в подальшому було підтверджено результатами кореляційного аналізу. ГХПП виявилась найменш вразливою до впливу військових подій та факту вимушеного переміщення, що асоціюється з нездатністю повністю осмислити важкість ситуації внаслідок зниження інтелектуально-мнестичних функцій на тлі основної психопатології, нівелюванням переживань особливостями внутрішньої картини хвороби та прийомом психофармакологічних препаратів. Виходячи з цього, до основного масиву дослідження було відібрано респондентів, які не мали раніше діагностованих психічних або соматичних захворювань – «група умовно здорових» (ГУЗ) – 44 особи (34,0%), а також хворі з провідною соматичною патологією (43 особи, 33,0%), які на четвертому етапі нашої роботи (2019-2020 рр.) були рандомізовані на основну (ОГ) та порівняльну (ПГ) групи у співвідношенні 1:1 з урахуванням віку, статі та наявності/відсутності соматичної патології із забезпеченням репрезентативності за цими показниками. Основна група кількістю 43 особи (одна особа (0,8%) вибула з неї, скоївши завершений суїцид шляхом утоплення), брала участь у впровадженні розробленої нами системи діагностики, психопрофілактики та оптимізації надання спеціалізованої психіатричної допомоги, а в ПГ (n=43) лікарі-психіатри проводили стандартні лікувально-профілактичні заходи.

ПППіР діагностувалися відповідно до критеріїв МКХ-10 розділу V «Психічні розлади»; провідний психопатологічний синдром визначався за глосарієм психопатологічних симптомів, а також факторів, які впливають на стан здоров'я ВПО, коди Z00-99, а саме:

- Z-55-65 – потенційна небезпека для здоров'я, яка була пов'язана із соціально-економічними та психосоціальними обставинами;
- Z56 – проблеми, що пов'язані з роботою та безробіттям;
- Z59 – проблеми, що пов'язані з обставинами житлового та економічного характеру;
- Z60 – проблеми, що пов'язані з адаптацією до зміни способу життя та з іншими психосоціальними обставинами.

Окрім того, враховували дані щодо звернення громадян до установ охорони здоров'я у зв'язку з іншими обставинами (Z70-Z76):

- Z72 – проблеми, що пов'язані зі способом життя;
- Z75 – проблеми, що пов'язані з медичним забезпеченням та іншою медичною допомогою.

Статистичний аналіз та обробка даних здійснювались з використанням параметричних і непараметричних методів математичної статистики із застосуванням статистичної програми SPSS 26.0 для Windows.

У другому пункті розділу 2 наведено дані власних емпіричних досліджень та проаналізовано вплив соціальних і біологічних факторів на психічний стан здоров'я ВПО.

Так, на відсутність роботи скаржились 43% респондентів, житла – 74,6%; 36,2% – відмічали напружені відносини з сусідами у зв'язку з високою щільністю поселення, а також різницею у соціально-економічному статусі, рівні освіти, морально-етичних нормах. Скаржились на низький рівень доходу – 86,2%; 89,2% – відчували недостатність соціального страхування; з проблемами, пов'язаними з адаптацією до зміни способу життя, зіткнулись 70% ВПО; 30% – відчували дискримінацію з боку місцевого населення та співробітників органів місцевого самоврядування; 93% – стали жертвами військових дій; 81,5% – вказували на недостатність медичної допомоги, затримки в її наданні (у зв'язку з необхідністю вирішення організаційних питань); вживали тютюн 29,2% осіб, алкоголь – 18,5% ВПО; переїдання – 4,6%; власну агресивну поведінку відмічали 22,3% респондентів. Тобто, більше 2/3 переселенців зіткнулись із значними психосоціальними, матеріальними та соціально-економічними труднощами, які значною мірою зачіпали задоволення навіть базових вітальних потреб повноцінного функціонування особистості, що, безумовно, вплинуло на формування ПППіР на тлі хронічного стресового підґрунтя (табл.1).

Таблиця 1

**Фактори, що впливають на психічний стан здоров'я ВПО  
(маркування за шифром МКХ-10)**

Фактори, що впливають на стан здоров'я (Z00-Z99)	ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)		Всього (n=130)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Відсутність роботи (Z56.0)	17	39,5	22	51,1	17	38,6	<b>56</b>	<b>43,0</b>
Тяжкі умови праці/напружений графік (Z56.5)	0	0	0	0	1	2,0	<b>1</b>	<b>0,8</b>
Відсутність житла (Z59.0)	34	79,0	36	83,7	27	61,4	<b>97</b>	<b>74,6</b>

Незадовільні житлові умови (Z59.1)	32	74,4	34	79,1	25	56,8	<b>91</b>	<b>70,0</b>
Конфлікти з сусідами (Z59.2)	12	27,9	24	55,8	11	25,0	<b>47</b>	<b>36,2</b>
Відсутність адекватної їжі (Z59.4)	26	60,5	20	46,5	25	56,8	<b>71</b>	<b>54,6</b>
Низький рівень доходу (Z59.6)	37	86,0	40	93,0	35	79,6	<b>112</b>	<b>86,2</b>
Недостатність соціального страхування (Z59.7)	39	90,7	38	88,4	39	88,6	<b>116</b>	<b>89,2</b>
Проблеми, пов'язані з адаптацією до зміни способу життя (Z60.0)	37	86,0	28	65,1	26	59,1	<b>91</b>	<b>70,0</b>
Жертва дискримінації (Z60.5)	18	41,9	8	18,6	13	29,6	<b>39</b>	<b>30,0</b>
Жертва військових дій/тероризму (Z65.5)	42	97,7	41	95,4	38	86,4	<b>121</b>	<b>93,0</b>
Недостатність/недоступність медичної допомоги (Z75.3)	38	88,4	33	76,7	35	79,6	<b>106</b>	<b>81,5</b>
Вживання тютюну (Z72.0)	9	20,9	20	46,5	9	20,5	<b>38</b>	<b>29,2</b>
Вживання алкоголю (Z72.1)	8	18,6	9	20,9	7	15,9	<b>24</b>	<b>18,5</b>
Переїдання (Z72.4)	2	4,7	1	2,3	3	6,8	<b>6</b>	<b>4,6</b>
Агресивна поведінка (Z72.8)	9	20,9	14	32,6	6	13,6	<b>29</b>	<b>22,3</b>

У третьому пункті розділу 2 надається аналіз спектра ПППіР. Виявлено, що найбільшу питому вагу в загальній вибірці склали адаптаційні порушення – 25,4%, зловживання алкоголем – 16,2% і тривожні порушення – 13,9%. На частку розладів харчування та депресивних порушень припало 6,2% і 4,6% відповідно.

У клінічній картині депресивних епізодів були присутні наступні симптоми (в ГХСП та ГУЗ відповідно): песимістичне бачення майбутнього (90,7% і 84,1%); зниження енергійності (86,0% і 70,5%), підвищена втомлюваність та невисока активність (90,7% і 79,5%); порушення сну (90,7% і 75,0%); гіпнотимія (90,7% і 84,1%); зменшена здатність до концентрації уваги (67,4% і 54,5%); самооцінки з ідеями самозвинувачення (44,2% і 40,9%); погіршення апетиту (27,9% і 36,4%).

Тривожні розлади представлені таким симптомокомплексом (у ГХСП та ГУЗ відповідно): відчуття хвилювання (97,7% і 79,5%), метушливість, головний біль, напруження (86,0% і 65,9%), побоювання майбутніх невдач (75,9% без достовірної різниці між групами), труднощі з концентрацією уваги (69,8% і 45,5%), неможливість розслабитися (65,1% і 50,0%), запаморочення (69,8 та 50,0%), тремтіння в тілі (58,2% і 75%), дискомфорт в епігастрії (51,2% та 31,8%), вегетативні порушення – тахікардія/тахіпное (43,7% без достовірної різниці між групами)

У четвертому пункті розділу 2 описані методи дослідження.

Для вивчення у респондентів клініко-психопатологічних особливостей ПППіР, предиспозиційних чинників їх розвитку, стану здоров'я та якості життя була розроблена і апробована Уніфікована карта медичного обстеження ВПО.

Клініко-психопатологічний метод реалізований у вигляді напівструктурованого клінічного інтерв'ю, основною метою якого була комплексна оцінка психічного статусу пацієнта.

Методи психодіагностичного дослідження були представлені: самоопитувальником стану здоров'я РНҚ; опитувальником оцінки якості життя

SF-36; госпітальною шкалою тривоги і депресії HADS; короткою психіатричною оціночною шкалою BPRS та опитувальником вираженості симптомів ПТСР.

У розділі 3 «Клініко-психопатологічні особливості ПППіР у ВПО» надається клініко-психопатологічна характеристика досліджених ВПО і наводяться дані за результатами психодіагностичного обстеження респондентів за Уніфікованою картою.

Так, клініко-психопатологічний аналіз особливостей ПППіР виявив, що (в ГХСП та ГУЗ відповідно): 87,4% – мали складнощі при засинанні; 87,4% – не планували своє майбутнє (83,7% і 90,9%); 73,6% ВПО відчували труднощі із зосередженням (без достовірної різниці між групами); у 66,7% – виникали сильні емоційні реакції при нагадуванні про пережите (60,5% і 72,7%); 65,5% – легко дратувались та відчували гнів (72,1% і 59,1%); 64,4% – намагались не думати і ні з ким не говорити про пережите (55,8% і 72,7%); апатія спостерігалась у 63,2% переселенців (67,4% та 59,1%); ангедонія – у 52,9% (без різниці між групами); 59,8% ВПО відзначали поверхневий сон з частими пробудженнями (39,5% і 79,5%); у 49,4% осіб відмічали здригування при несподіваних звуках, дотиках (34,9% і 63,6%); 43,7% ВПО не могли позбавитись нав'язливих болісних спогадів про екстремальну подію (37,2% і 50,0%). Таким чином, ступінь нервово-психічної виснаженості та поріг реактогенності на зовнішні біологічні, психологічні та соціальні подразники у ГХСП були вищими ніж у ГУЗ.

Проаналізовано найбільш поширені ПППіР за методикою РНҚ, серед яких у ГХСП та ГУЗ домінували тривожний і великий депресивний синдроми – 43,7% та 29,9% відповідно; зловживання алкоголем і панічний синдром – по 13,8%; інші депресивні та соматоформні розлади – 11,5% та 10,3% відповідно. Останні місця займали розлади переїдання (5,7%) і нервова булімія (1,2%). Аналіз тяжкості соматичної симптоматики показав переважання показників середнього (27,6%) і вираженого ступеня (55,2%) в обох групах, більшість респондентів скаржилась на біль у суглобах (77,0%); головний біль (75,9%), біль в попереку (70,1%), запаморочення (59,8%) без достовірної різниці у групах. Аналіз тяжкості депресивної симптоматики показав домінування легкої (34,5%) та важкої (21,8%) депресії. Основними скаргами були: поганий настрій з пригніченням та відчуттям безвиході (87,4%), стомлюваність (85,1%), апатія (78,2%), проблеми зі сном (82,8%) та концентрацією уваги (60,9%). Симптокомплекс тривоги був виражений помірним (32,2%) і середнім (41,4%) ступенями загалом у ГХСП та ГУЗ. Ліва частина ВПО відмічали підвищену нервозність (88,5%), проблеми зі сном (81,6%), втомлюваність (71,3%), роздратованість (69,0%), знижену концентрацію уваги (57,5%), відчуття внутрішнього напруження (57,5%). Аналіз ризику самогубства показав мінімальний (11,5%) і низький (10,3%) ступені.

Нами виявлені достовірні кореляційні зв'язки між психічними розладами за самоопитувальником РНҚ, ступенем їх важкості та соціально-демографічними показниками. Так, в ГУЗ соматоформний розлад позитивно корелював з рівнем освіти ( $r_s=0.287$ ), а тривога – з віком ( $r_s=0.335$ ), оскільки

літні та освічені ВПО сприймають психотравмівну ситуацію у значній кількості площин (військовій, економічній, історичній, соціальній, медичній тощо) з усвідомленням відповідних наслідків ситуації, яка склалася, та, в підсумку, з більш вираженими порушеннями адаптації і тривоги, появою соматоформних розладів. Великий депресивний та тривожні синдроми частіше зустрічались в осіб, які мали скарги на свій фізичний стан ( $r_s=0.305$  та  $r_s=0.356$  відповідно) та приймали ліки ( $r_s=0.377$  та  $r_s=0.282$ ), що потенціюється інволюційними, зокрема гормональними, змінами, а тривога, як одна з первинних захисних психічних реакцій особистості, швидше виникає саме у найбільш чутливої та свідомої когорти ВПО. Рівень суїцидальності збільшувався з віком ( $r_s=0.322$ ), за наявності скарг на фізичний стан ( $r_s=0.300$ ) та при прийомі медикаментів ( $r_s=0.364$ ), бо в ситуації дуже високої стресогенності у респондентів на тлі значних порушень адаптації, соматоформних, тривожних, депресивних розладів, загострення існуючих та появи нових хвороб в умовах несподіваного лиха та безнадії була деструктурована вітальна програма.

Тяжкість соматичної, депресивної, тривожної симптоматики посилювалась з віком ( $r=0.449$ ,  $r=0.269$  та  $r=0.256$  відповідно) і в осіб, які мали скарги на свій фізичний стан ( $r=0.407$ ,  $r=0.312$  та  $r=0.390$  відповідно); глибина симптомів депресії та тривоги залежала від тривалості вимушеного переміщення ( $r=0.264$  та  $r_s=0.298$  відповідно), а окремо депресії – зменшувалась при задоволенні теперішньою роботою ( $r_s=-0.772$ ), що вказує на акумуляцію психосоціальних, медичних проблем у переміщенні та важливість адекватного працевлаштування і соціально-економічної підтримки ВПО.

*Якість життя за опитувальником SF-36.* Виявлено, що в ГХСП та ГУЗ найнижчі показники середнього балу отримані за шкалою «Життєва активність» (33,5); далі – показники за шкалами «Загальний стан здоров'я» (49,8) та «Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом» (50,6); «Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом» (55,0) та «Інтенсивність болю» (55,7). Найвищі показники у ВПО за SF-36 отримані за шкалами «Соціальне функціонування» (58,6) та «Фізичне функціонування» (63,2), що свідчить про активність переселенців в процесах інтеграції в осередки переміщення. Показники «Психологічний компонент здоров'я» та «Фізичний компонент здоров'я» у загальній вибірці отримали на рівні 39,5 та 41,4 балів відповідно, які відображають зниження психофізіологічних ресурсів на тлі стресогенного стану. При загальній оцінці рівня життя за показниками «Психічне здоров'я» і «Фізичне здоров'я» встановлено, що більшість респондентів оцінювали рівень свого психічного здоров'я як низький (28,7%) та середній (27,6%), а рівень фізичного здоров'я як середній (57,5%).

Показники «Фізичне функціонування», «Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом» та «Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом» в ГУЗ зменшувались з віком (відповідно  $r=-0.780$ ,  $r=-0.707$ ,  $r=-0.291$ ), за наявності скарг на фізичний стан (відповідно  $r=-0.373$ ,  $r=-0.329$ ,  $r=-0.337$ ), при прийомі лікарських препаратів (відповідно  $r_s=-0.309$ ,  $r_s=-0.271$ ,  $r=-0.449$ ). Показники «Життєва активність» та «Психічне здоров'я» зменшувалися за наявності скарг на фізичний стан (відповідно  $r=-0.383$ ,  $r=-0.398$ ), прийомі

препаратів (відповідно  $r=-0.496$ ,  $r=-0.443$ ); окремо показник «Психічне здоров'я» зменшувався зі збільшенням тривалості переміщення ( $r_s=-0.290$ ). Показник «Соціальне функціонування» знижувався з віком ( $r=-0.452$ ), за наявності скарг на фізичний стан ( $r=-0.465$ ), прийомі лікарських препаратів ( $r=-0.401$ ) та при впливі психотравмівної ситуації ( $r=-0.280$ ), що свідчить про наявність виражених соціально-адаптаційних навичок у ВПО більш дорослого віку, важливість гарного та задовільного самопочуття для самореалізації особистості у суспільстві. Показник «Інтенсивність болю» зменшувався з віком ( $r=-0.615$ ) та у працевлаштованих ( $r_s=-0.496$ ). Показники «Загальний стан здоров'я» і «Фізичне здоров'я» зменшувалися з віком (відповідно  $r=-0.620$ ,  $r=-0.567$ ), був нижчим у респондентів, які мали скарги на свій фізичний стан (відповідно  $r=-0.426$ ,  $r=-0.357$ ), що природньо відображає фізіологічні процеси, пов'язані зі старінням організму; показник «Загальний стан здоров'я» був меншим у респондентів – учасників/свідків психотравмівної ситуації ( $r=-0.257$ ) і достовірно вищим у респондентів, задоволених своєю роботою ( $r_s=0.783$ ). Загалом, даний аналіз підтверджує дослідницьку гіпотезу про збільшення негативного впливу на ВПО зі зростанням термінів перебування у переміщенні, а також важливість позитивної дії соціально-економічного фактору на якість життя переселенців.

*Ступінь емоційного стресу, пов'язаного з соматичним неблагополуччям* оцінювався та аналізувався за шкалою HADS. Виявлено, що клінічно виражена тривога мала місце у 33,1% респондентів ГХСП та ГУЗ загалом, а її субклінічний варіант – у 12,6%. Найчастішими скаргами були «неспокійні думки», страх/очікування, що має статися щось жахливе, напруженість (без різниці між групами). Клінічно виражена депресія спостерігалася у 36,2% ВПО. На субклінічну форму депресії припадало 11,5%. Переселенці більше скаржились на відсутність бадьорості, ангедонію (без достовірної різниці між групами).

Субклінічно виражена тривога в ГУЗ підвищувалась з тривалістю вимушеного переміщення ( $r=0.363$ ). Клінічно виражена тривога та депресія зустрічались достовірно частіше у респондентів, які скаржились на свій фізичний стан ( $r=0.373$ ,  $r=0.322$  відповідно) та приймали лікарські препарати ( $r=0.311$ ,  $r=0.406$  відповідно). Отримані дані підтверджують нашу робочу гіпотезу про негативну динаміку розвитку ПППіР у ВПО на тлі впливу як біологічних, психологічних предиспозиційних чинників, так і тривалого перебування в переміщенні.

За шкалою BPRS було проаналізовано ступені вираженості психопатологічної симптоматики у ВПО, що дозволило додатково об'єктивізувати дані напівструктурованого клінічного інтерв'ю в групах внутрішніх мігрантів. Загальний бал за групами становив: 31,8 – у ГХСП і 28,4 – у ГУЗ, при чому відмічалась наявність психопатологічних феноменів лише низького та середнього ступеня вираженості. Провідним синдромом у зазначених групах була тривожна депресія, друге місце займала апатія/загальмованість; далі – збудження/напруга і підозрілість/ворожість. Питома вага загальних психопатологічних синдромів була найбільшою.

Середній бал загальних симптомів, показник «Тривожна депресія» та загальний бал за BPRS у ГУЗ достовірно збільшувались з віком ( $r_s=0.398$ ,  $r=0.456$ ,  $r=0.323$  відповідно) і у тих, хто був учасником/свідком збройного конфлікту ( $r_s=0.345$ ,  $r=0.279$ ,  $r=0.309$  відповідно), що вказує на зростання певної виснаженості буферних адаптогенних механізмів з віком на тлі значного деструктивного впливу військового конфлікту на психічний стан особистості.

*Аналіз вираженості симптомів ПТСР* проводили серед груп ВПО та у загальній вибірці. Так, критерію А (знаходження під дією травмивної події) – відповідали більше 90% ВПО: 100% респондентів зітнулися з раптовим вимушеним від'їздом; 93,8% – відчували загрозу життю; 77,7% при цьому – повністю або частково втратили своє майно; 19,2% – стали свідками загибелі інших людей, а 8,5% – втратили близьких. Під час знаходження в зоні збройного конфлікту 90,8% респондентів вказували на безпорадність, 76,2% – сильний страх або жах, у 41,5% – було потрясіння, 34,6% – були шоковані, а 7,7% – приниженими. Критерію В (повторне переживання) відповідали 70,5% ВПО (62,8% з ГХСП та 77,3% з ГУЗ). Критерію С (уникнення) задовольняли 69,0% ВПО (72,1% з ГХСП і 65,9% з ГУЗ). Симптоми критерію D (перезбудження) спостерігались у 89,7% ВПО (88,4% з ГХСП і 90,9% з ГУЗ). Для задоволення критерію E тривалість описаних вище симптомів повинна становити більше 1 місяця – цьому відповідало 100% ВПО. Окремо відзначалися форми розладу: гострий – 1,5% ВПО та хронічний – 98,5%. Для задоволення критерію F розлад повинен викликати клінічно значущий дистрес або порушення в соціальній, трудовій або інших важливих сферах життєдіяльності. Так, 11,4% ВПО з ГУЗ вважали, що зазначені вище розлади сильно заважали їм в роботі; 11,6% відмічали проблеми у сімейних стосунках (4,7% з ГХСП і 29,6% з ГУЗ); 24,6% наголошували на проблемах у відносинах з іншими людьми (32,5% з ГХСП і 25,0% з ГУЗ). Тяжкість симптомів ПТСР була достовірно вища в осіб, які скаржились на свій фізичний стан ( $r=0.394$ ), приймали лікарські препарати ( $r=0.369$ ) та при збільшенні тривалості переміщення ( $r=0.305$ ), що також підтверджує висунуту нами гіпотезу про негативний вплив тривалості вимушеного переміщення на психічне здоров'я вимушених мігрантів.

У розділі 4 «Психопрофілактика і оптимізація надання спеціалізованої психіатричної допомоги ВПО з ПППіР» представлено дані щодо розробки комплексної багаторівневої диференційованої етапної системи діагностики, психопрофілактики та оптимізації надання спеціалізованої психіатричної допомоги вимушеним внутрішнім мігрантам з ПППіР. Комплексний підхід базувався на використанні соціальних, психологічних, медичних заходів у відповідності до рівнів лікування/профілактики захворювань та розладів у ВПО: соціального, психологічного, біологічного. *Соціальний рівень* містив адміністративну, правову, консультативну допомогу переселенцям. *Психологічний рівень* включав первинну психологічну допомогу. До *медичного рівню* допомоги входило: скринінговий профілактичний огляд в амбулаторіях за місцем розташування ВПО, реєстрація, взяття на облік осіб з хронічними захворюваннями, інвалідністю; виявлення гострих станів для здійснення

своєчасної допомоги; надання первинної медичної допомоги; оцінка індивідуальних ризиків і консультування з питань профілактики захворювань; підготовка та оформлення медичної документації для направлення осіб з ознаками стійкої втрати працездатності на медико-соціальну експертизу і реабілітацію. Багаторівневість забезпечувалась програмами державного, регіонального та локального рівнів; диференційованість враховувала специфічні для різних за наявністю або відсутністю хронічних патологічних станів груп переселенців програми мультидисциплінарної допомоги, а етапність дозволяла найбільш ефективно втручатись, надаючи необхідну підтримку та супровід, на різних етапах переміщення та вимушеного перебування.

Для ведення ВПО в рамках базових засад надання спеціалізованої психіатричної допомоги (СПД) переселенцям нами було розроблено алгоритм дій, який також відрізняється етапністю, комплексністю та диференціацією:

I етап – систематизація даних щодо наявності у преморбіді хронічних захворювань з діагностичним визначенням провідної патології;

II етап – диференційована діагностика розповсюджених феноменів у ВПО після переміщення, дослідження із застосуванням методик PHQ (зокрема, шкал PHQ-9, GAD-7 та P4 скринінгу суїцидальності), SF-36, HADS, BPRS, опитувальника для виявлення ПТСР;

III етап – проведення раціональної, непрямой, когнітивно-поведінкової, сімейної психотерапії з хворими, членами їх родин;

IV етап – диференційовані терапевтичні, психотерапевтичні та фармакологічні впливи на пацієнтів із залученням членів їх родин.

Реалізація IV етапу, в свою чергу, складалась із наступних модулів:

*Перший модуль* (ініціальний) включав заходи щодо встановлення робочого психотерапевтичного контакту між ВПО та психіатром, проведення психологічного інтерв'ювання, визначення особливостей соціального функціонування, життєвих установок, якості життя, ПППіР, рефлексій, фабули переживань, які розглядались, як ефективні фокус-мішені.

*Другий модуль* (терапевтичний) містив комплекс фармакологічного та психотерапевтичного впливів на пацієнтів, обсяг і тривалість яких, в першу чергу, залежали від переважаючої клінічної симптоматики і типу перебігу розладів психіки та поведінки. Необхідним елементом цього модуля стала наявність психосоціальної підтримки ВПО, без якої ефективність лікувальних заходів буде нижчою. Психотерапевтична патогенетично-орієнтована стратегія була представлена такими втручаннями: раціональна (за П. Дюбуа), роз'яснювальна психотерапія (за І.З. Вельвовським,); навчання самоконтролю (самопостереження, самостійна релаксація), аутогенне тренування (за А.Т. Філатовим) в комплексі з аутосугестією; емоційно-вольове тренування (за С.І. Табачниковим) для ВПО, які страждають на зловживання алкоголем.

При цьому:

- тривожні, панічні реакції та розлади – терапевтичні мішені когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) передбачали таку послідовність транзакцій: психотерапевтичний альянс → роз'яснювальна, психоосвітня бесіда →

формування самоконтролю патологічної симптоматики → когнітивна реструктуризація деструктивних патологічних думок, образів, патернів (2-3 сеанси на тиждень) → блокуючий вплив на сигнали тривоги, фобічних і панічних почуттів та думок → формування позитивного, здорового способу думок і поведінкових моделей → уникання патологічних патернів → повторення в домашніх умовах прийомів КПТ; а

- депресивні, тривожно-депресивні реакції та розлади потребували наступних втручань: раціональна; непряма; когнітивно-поведінкова; міжособистісна; сімейна; короткострокова психодинамічна психотерапія; групова арт-терапія.

Згадані психотерапевтичні заходи проводились як в індивідуальному, так і груповому форматі, з можливістю залучення дистанційних засобів комунікації.

*Третій модуль* (підтримувально-профілактичний) включав проведення профілактичних і терапевтичних заходів у вигляді підтримувальної психотерапії, профілактичних оглядів та консультувань пацієнтів з наданням відповідних рекомендацій.

Для впровадження і оцінки ефективності запропонованої системи діагностики, психопрофілактики та СПД ВПО з ПППіР, респонденти з ГХСП і ГУЗ були рандомізовані на основну (n=43) та порівняльну (n=43) групи (ОГ та ПГ, відповідно) у співвідношенні 1:1 з рівномірним розподілом за віком, статтю та наявністю/відсутністю соматичної патології, а також однаковими початковими середніми балами за діагностичною шкалою HADS і опитувальником SF-36. Респонденти ОГ взяли участь у впровадженні розробленої нами системи, а в ПГ лікарі-психіатри проводили тільки стандартні лікувально-профілактичні заходи. При повторному обстеженні ВПО після проведення психопрофілактичних і лікувальних заходів в обох групах за шкалою HADS визначено ( $p < 0,05$ ), що в рівень тривоги знизився в ОГ на 27,2% більше, ніж у ПГ, а депресії – на 26,9%. Результат тестування за опитувальником SF-36 виявив, що рольове функціонування в ОГ у порівнянні з ПГ покращилось на 12,5%; загальний стан здоров'я – на 12,6; життєва активність зросла на 23,4%; соціальне та емоційне функціонування – відповідно на 22,7% і 19,8%, а психічне здоров'я – на 47,2%. Тобто, показники якості життя в ОГ стали значно вищими, ніж у ПГ, що підтвердило ефективність розробленої нами системи та дозволило покращити як якість життя, так і стан здоров'я наших громадян, сприяючи якомога швидшій їх інтеграції у суспільні процеси.

## ВИСНОВКИ

1. У дисертаційній роботі здійснено теоретичне узагальнення і нове розв'язання актуальної науково-практичної задачі розробки системи діагностики, психопрофілактики та оптимізації надання спеціалізованої психіатричної допомоги ВПО з ПППіР на підставі дослідження

предиспозиційних чинників, клініко-психопатологічних особливостей зазначених порушень у вимушених внутрішніх мігрантів.

2. На основі скринінгового дослідження ВПО визначено найбільш поширені в них ПППіР і розроблено відповідний діагностичний інструментарій. Встановлено, що серед порушень і розладів психіки та поведінки домінували тривожний і великий депресивний синдроми – 37,7% і 23,8% відповідно (з переважанням в ГХПП і ГУЗ). На другому місці було зловживання алкоголем – 16,2% (з переважанням в ГХПП і ГХСП), панічний синдром – 10,0% (з переважанням в ГУЗ і ГХСП), інші депресивні – 8,5% (з переважанням в ГХСП і ГУЗ) та соматоформний розлади – 6,9% (з переважанням в ГХСП). Останні місця займали розлади переїдання та нервова булімія (5,4% і 0,8% відповідно).

3. У клінічній картині ПППіР у ГХСП і ГУЗ переважали: диссомнія (87,4%); відсутність планів на майбутнє (87,4%); труднощі із зосередженням (73,6%); надмірні емоційні реакції при нагадуванні про пережите (66,7%); уникнення думок і розмов про пережите (64,4%); апатія (63,2%); значна нервово-психічна напруженість з посиленими рефlekсами (49,4%); нав'язливі болісні спогади про екстремальну подію (43,7%); відчуття відстороненості від навколишніх (41,4%); порушення апетиту (6,9%). При цьому ступінь нервово-психічної виснаженості і поріг реактогенності на зовнішні біологічні, психологічні та соціальні подразники у ГХСП були вищими, ніж у ГУЗ.

3.1. До спектру ПППіР у ВПО належали: змішана тривожно-депресивна реакція (36,8%), пролонгована депресивна реакція (18,4%) та адаптаційні порушення з переважанням інших емоцій (9,2%) без достовірної різниці між групами. Визначено, що більш старші та освічені ВПО сприймають психотравмівну ситуацію у значній кількості площин (військовій, економічній, історичній, соціальній, медичній тощо) з усвідомленням відповідних наслідків ситуації та, в підсумку, формуванням більш виражених порушень адаптації з появою соматоформних і тривожних порушень. Рівень суїцидальності у переселенців збільшувався з віком ( $r_s=0.322$ ) і за наявності скарг на фізичний стан ( $r_s=0.300$ ), оскільки в ситуації дуже високої стресогенності у ВПО на тлі ПППіР була деструктурована вітальна програма.

3.2. Вплив психотравмівної ситуації у ГУЗ мав сильний прямий кореляційний зв'язок з проявами психопатологічної симптоматики у ВПО, насамперед з тривожною депресією, а саме: з підвищеною нервозністю (88,5%), диссомнією (81,6%), астеною (71,3%), погіршенням концентрації уваги (57,5%), відчуттям внутрішньої напруги (57,5%), що свідчить про нервово-психічну напруженість, формування ініціальних реактогенних психопатологічних процесів, а також певну виснаженість психофізіологічних компенсаторних механізмів.

3.3. Тяжкість депресивної та тривожної симптоматики в ГУЗ загалом, як і окремі прояви тривожного й депресивного синдромів, достовірно погіршувались при збільшенні тривалості перебування у статусі ВПО ( $r=0.449$ ,  $r=0.269$  та  $r=0.256$  відповідно при  $p<0,05$ ), а депресивної – зменшувалась при задоволенні теперішньою роботою ( $r_s=-0.772$ ), що вказує на акумуляцію

психосоціальних, медичних проблем та важливість адекватного працевлаштування і соціально-економічної підтримки ВПО.

4. Переважна більшість ВПО оцінювали якість свого життя, психічне та фізичне здоров'я на низькому та середньому рівнях, яка погіршувалась з віком ( $r=-0.452$ ), фактом участі у психотравмівній ситуації ( $r=-0.257$ ), за винятком респондентів, задоволених своєю роботою, у яких вона з віком зростала ( $r_s=0.783$ ).

5. Розроблена і впроваджена система діагностики, психопрофілактики та оптимізації надання спеціалізованої психіатричної допомоги ВПО з ПППіР відрізнялась комплексністю, багаторівневістю, диференційованістю, етапністю. Комплексний підхід включав використання соціальних, психологічних, медичних заходів у ВПО. Багаторівневість забезпечувалась програмою державного, регіонального та локального рівнів; диференційованість враховувала специфічні для різних за наявністю або відсутністю хронічних патологічних станів у груп переселенців програми мультидисциплінарної допомоги, а етапність даних засад дозволяла найбільш ефективно втручатись, надаючи необхідну підтримку і супровід, на різних етапах їх переміщення. Ефективність розробленої нами системи доведена позитивною динамікою клініко-психопатологічних проявів ПППіР, покращенням усіх складових якості життя ВПО ( $p < 0,05$ ), а її впровадження в лікувально-діагностичний процес покращило стан здоров'я мігрантів, сприяючи одужанню і швидшій інтеграції у суспільні процеси.

## СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

### Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

*Статті у фахових виданнях України, які індексуються в міжнародних наукометричних базах даних*

1. О.О. Хаустова, Н.В. Коваленко (2015). Актуальні проблеми життя і порушення психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб. *Архів психіатрії*. 21(2), 42-46. (дисертантка брала участь у формуванні мети дослідження, здійснив набір клінічного матеріалу і аналіз отриманих даних).

2. О.О. Хаустова, Н.В. Коваленко (2016). Аналіз психопатологічних особливостей розладів психіки та поведінки у вимушених переселенців. *Архів психіатрії*. 22(1), 17-21. (дисертанткою визначено завдання дослідження, здійснено набір клінічного матеріалу і аналіз отриманих даних).

3. Н.В. Коваленко, О.С. Осуховська, О.О. Хаустова, А.В. Качалка (2021). Соціально-демографічні показники та предиктори розладів психіки та поведінки у внутрішньо переміщених осіб. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 6(1). DOI: 10.26766/ptmgr.v6i1.296 (дисертантом здійснено аналіз отриманих даних, зроблено висновки дослідження).

4. Н.В. Коваленко, О.С. Осуховська, О.О. Хаустова (2021). Структурований феноменологічний аналіз розладів психіки та поведінки у внутрішньо переміщених осіб. *Scientific trends: modern challenges. California,*

USA, (GS publishing services Sherman Oaks). Vol. 1, 107-114. DOI: 10.51587/9781-7364-13302-2021-003-107-114 (дисертанткою здійснено аналіз отриманих даних).

5. Н.В. Коваленко, О.С. Осуховська (2021). Базові засади психологічної та психіатричної допомоги внутрішньо переміщеним особам. *Norwegian Journal of development of the International Science*. 62, 23-29. DOI: 10.24412/3453-9875-2021-62-1-23-29 (дисертанткою проведено набір статистичного матеріалу, здійснено аналіз отриманих даних, зроблено висновки дослідження).

6. Н.В. Коваленко, О.С. Осуховська, О.О. Хаустова (2021). Аналіз взаємозв'язку якості життя та соціально-демографічних показників внутрішньо переміщених осіб. *Sciences of Europe*. Vol. 1(71), 25-30. DOI: 10.24412/3162-2364-2021-71-1-25-30 (дисертанткою проведено набір статистичного матеріалу, здійснено аналіз отриманих даних).

### **Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації**

1. Н.В. Коваленко, О.О. Хаустова (2015). Попередній аналіз проблем і скарг внутрішньо переміщених осіб. *Матеріали наукового симпозиуму з міжнародною участю «Мозок та стрес», 1-2 жовтня 2015 р., м. Дніпропетровськ. Український вісник психоневрології*. Т.23, №3(84), 175.

2. Н.В. Коваленко, О.О. Хаустова (2016). Клініко-психопатологічні особливості розладів психіки та поведінки у вимушених переселенців. *Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Від спеціалізованої психіатричної допомоги до системи охорони психічного здоров'я», 14-15 квітня 2016 р., м. Київ. Архів психіатрії*. Т.22, № 2(85), 111.

3. Н.В. Коваленко, О.О. Хаустова (2016). Аналіз психопатологічних особливостей розладів психіки та поведінки у вимушених переселенців. *Матеріали V міжнародного конгресу «Профілактика. Антиейджинг. Україна», 17-18 травня 2016 р., м. Львів. Ліки України*. №4(200), 12.

4. N.V. Kovalenko, O.O. Khaustova (2016). Mental and Behavioral Disorders of Internally Displaced Persons: Psychopathological Features. *Materials of the XXXII World Congress of The World Association of Social Psychiatry (WASP) 2016, New Delhi, India. Indian Journal of Social Psychiatry*. Vol. 32(4), 420.

5. О.О. Хаустова, Н.В. Коваленко (2017). Оцінка скарг внутрішньо переміщених осіб та потенційної небезпеки для здоров'я, пов'язаної з соціально-економічними та психосоціальними обставинами. *Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Психіатрія XXI століття: проблеми та інноваційні рішення», 27-29 квітня 2017 р., м. Київ. Архів психіатрії – 2017. – Т.23, № 2(89) – С. 150-152.*

6. N.V. Kovalenko, O.S. Osukhovska. (2021). Premorbid state as a pathological matrix of mental and behavioral disorders in internally displaced persons. *Materials the XI International Science Conference «Theoretical approaches of Fundamental Sciences. Theory, Practice and prospects», Geneva, Switzerland, April 26-28.*

7. N.V. Kovalenko, O.S. Osukhovska. (2021). Interrelation of factors affecting the state of health and socio-demographic indicators of internally displaced persons. *Materials the XIII International Science Conference «Tasks and problems of science and practice»*, Berlin, Germany, May 10-12.

8. N.V. Kovalenko, O.S. Osukhovska (2021). Features of depressive symptoms in internally displaced persons. *Materials the XXVI International Scientific and Practical Conference «Topical issues of practice and science»*, London, Great Britain, May 18-21.

### **Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації**

1. О.О. Хаустова, Н.В. Коваленко (2015). Особливості розладів психіки та поведінки у внутрішньо переміщених осіб. *Архів психіатрії*. Т.21, №1(80), 163-164.

## **АНОТАЦІЯ**

**Н.В. Коваленко. Клініко-психопатологічні особливості психічних та поведінкових порушень у тимчасово переміщених осіб (діагностика, клініка, психопрофілактика, лікування).** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України», Київ, 2021.

У дисертаційній роботі наведено теоретичне узагальнення та нове вирішення актуальної наукової задачі психіатрії – розробки системи діагностики, психопрофілактики та оптимізації надання спеціалізованої психіатричної допомоги (СПД) внутрішньо переміщеним особам (ВПО) на основі дослідження клініко-психопатологічних особливостей психічних та поведінкових порушень і розладів у мігрантів. Усього у дослідженні за умови отримання інформованої згоди взяло участь 245 дорослих ВПО, з яких було відібрано 130 осіб. Всі респонденти розподілились на 3 групи: 1) група хворих з соматичною патологією (ГХСП) – 43 ВПО (33%) – контингент з діагностованими раніше хронічними захворюваннями за соматичним профілем; 2) група хворих з психічною патологією (ГХПП) – 43 ВПО (33%) – респонденти з інвалідністю за психічним профілем; 3) група «умовно» здорових (ГУЗ) – 44 ВПО (34%) – особи, які не мали тяжких хронічних захворювань/інвалідності, скарг на психічний стан до військового конфлікту. ГХПП виявилась найменш вразливою, що пов'язано з нездатністю повністю осмислити важкість ситуації внаслідок зниження інтелектуально-мнестичних функцій на тлі основної психопатології, нівелюванням переживань особливостями внутрішньої картини хвороби та прийомом психофармакологічних препаратів. Виходячи з цього, до основного масиву дослідження було відібрано 87 респондентів з ГУЗ та ГХСП.

Встановлено, що серед порушень і розладів психіки та поведінки домінували тривожний і великий депресивний синдроми – 37,7% і 23,8% відповідно (з переважанням в ГХПП і ГУЗ). На другому місці було зловживання алкоголем – 16,2% (з переважанням в ГХПП і ГХСП), панічний синдром – 10,0% (з переважанням в ГУЗ і ГХСП), інші депресивні – 8,5% (з

переважанням в ГХСП і ГУЗ) та соматоформний розлади – 6,9% (з переважанням в ГХСП). Останні місця займали розлади переїдання та нервова булімія (5,4% і 0,8% відповідно).

У ГХСП відсоток виявлених порушень був вищим, ніж поширеність останніх при коморбідних соматичних захворюваннях, а фабула емоційних проявів відповідала змісту пережитих психотравмівних подій, що свідчить про появу психічних феноменів, пов'язаних саме з цим фактором збройного конфлікту та вимушеним переміщенням. ГУЗ та ГХСП були рандомізовані на основну (ОГ) та порівняльну (ПГ) групи у співвідношенні 1:1 (по 43 особи у кожній групі, одна ВПО вибула через скоєння суїциду шляхом утоплення) з урахуванням віку, статі та наявності/відсутності соматичної патології. Респонденти ОГ взяли участь у впровадженні розробленої нами системи діагностики, психопрофілактики та оптимізації надання СПД ВПО з ПППіР, а в ПГ лікарі-психіатри проводили тільки стандартні лікувально-профілактичні заходи. Ефективність розробленої нами системи доведена за позитивною динамікою клініко-психопатологічних проявів ПППіР, покращенням усіх складових якості життя ВПО, а її впровадження в лікувально-діагностичний процес поліпшило стан здоров'я мігрантів, сприяючи одужанню і швидшій їх інтеграції у суспільні процеси.

*Ключові слова:* біженці, внутрішньо переміщені особи, вимушена внутрішня міграція, психічні та поведінкові порушення і розлади, якість життя.

## SUMMARY

**N.V. Kovalenko. Clinical and psychopathological features of mental and behavioral disorders in internally displaced persons (diagnosis, clinic, psychoprophylaxis, treatment).** - Manuscript.

Dissertation for the degree of candidate of medical sciences in the specialty 01.14.16 - psychiatry. State Institution "Research Institute of Psychiatry of the Ministry of Health of Ukraine", Kiev, 2021.

The dissertation presents a theoretical generalization and a new solution to the current scientific problem of psychiatry – the development of a system of early diagnosis, psychoprophylaxis and optimization of the provision of specialized psychiatric care (SPC) to internally displaced persons (IDPs) based on the study of clinical and psychopathological features of mental and behavioral disorders (SPT) in migrants. A total of 245 adult IDPs participated in the study, subject to informed consent, from which 130 people were selected. All respondents were conditionally divided into 3 groups: 1) a group of patients with somatic pathology (HPSP) – 43 IDPs (33%) – a contingent with previously diagnosed chronic diseases/disabilities according to the somatic profile; 2) a group of patients with mental pathology (HPMP) – 43 IDPs (33%) – respondents with a disability according to the mental profile; 3) a group of "conditionally" healthy (GCH) – 44 IDPs (34%) – persons who did not have severe chronic diseases/disabilities, complaints of mental state prior to military conflict. HPMP turned out to be the least vulnerable, which is due to the inability to fully understand the severity of the situation due to a decrease in

intellectual and Mnestic functions against the background of the main psychopathology, leveling experiences with the features of the internal picture of the disease and taking psychopharmacological drugs. Based on this, 87 respondents from GCH and HPSP were selected for the main body of the study. It was found that in the MBD spectrum, the most specific weight in HPSP and GCH was adaptive (64.4%), generalized anxiety (3.5%), mixed anxiety and depressive (9.2%), other mixed anxiety (8.1%) disorders; depressive episodes of mild (4.6%) and moderate (8.0%) degrees; disorders mental and behavioral disorders due to substance use (alcohol) associated with health damage (13.8%); eating disorders: overeating associated with other psychogenic disorders (6.9%), PTSD (2.2% in GCH); one person with PTSD committed complete suicide by drowning – X71 (1.2%). The spectrum of adaptive disorders in IDPs includes: prolonged depressive reaction (18.4%), mixed anxiety-depressive reaction (36.8%) and adaptive disorder with a predominance of other emotions (9.2%) without differences between the groups.

In HPSP, the percentage of detected disorders was higher than the prevalence of the latter in comorbid somatic diseases, and the plot of emotional manifestations corresponded to the content of experienced psychotraumatic events, which indicates the appearance of mental phenomena associated with the psychotraumatic factor of armed conflict and forced displacement. At the fourth stage of work, GCH and HPSP were randomized to the main (MG) and comparative (CG) groups in a ratio of 1:1 (43 people in each group, 1 IDP dropped out due to suicide), taking into account age, gender, and the presence/absence of somatic pathology. The MG took part in the implementation of the system of early diagnosis, psychoprophylaxis and optimization of the provision of SPC to IDPs with MBD, and only standard therapeutic and preventive measures were carried out in the CG. The effectiveness of the system developed by us is proved by the positive dynamics of clinical and psychopathological manifestations of MBD, the improvement of all components of the quality of life of IDPs, and its introduction into the medical and diagnostic process has improved the health status of migrants, contributing to recovery and rapid integration into social processes.

*Keywords:* refugees, internally displaced persons, forced migration, mental and behavioral disorders, quality of life.

Підписано до друку 27.08.2021 р.  
Ф. 60x90/16, ум. др. арк. 1,9.