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

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

Коваленко Наталя Володимирівна

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

ДИСЕРТАЦІЯ

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

14.01.16 – психіатрія

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук

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

_____ Н.В. Коваленко

Науковий керівник: Осуховська Олена Сергіївна, доктор медичних наук, старший науковий співробітник

Київ – 2021

АНОТАЦІЯ

Коваленко Н.В. Клініко-психопатологічні особливості психічних та поведінкових порушень у тимчасово переміщених осіб (діагностика, клініка, психопрофілактика, лікування). – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. 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 р.

Зміст анотації

Становлення української державності супроводжується в останнє десятиріччя системними кризами, одним із проявів яких став довготривалий військовтй конфлікт на сході країни з 2014 року і, як наслідок цього, – вимушена внутрішня міграція населення (ВМН) Донбасу з окупованих територій в різні регіони України.

Порушення психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб (ВПО) різноманітні і зачіпають практично всі сфери психіки, значно погіршуючи якість їх життя. Найбільш поширеними з них є тривожні, депресивні адаптаційні порушення, а також невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні і посттравматичні стресові розлади.

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.

На підставі окресленої вище мети сформульовані такі задачі дослідження:

1. Розробити інструментарій клініко-психопатологічного і психодіагностичного дослідження на основі вивчення психічних та поведінкових порушень і розладів у ВПО.

2. Дослідити розповсюдженість, клініко-психопатологічні, психологічні особливості психічних та поведінкових порушень і розладів у ВПО, їх зв'язок з соціально-демографічними характеристиками, фактом перебування у психотравмівній ситуації і тривалістю ВМН.

3. Вивчити показники якості життя, стану здоров'я, психологічного, соціального функціонування переселенців під час вимушеного переміщення осіб, а також предиспозиційні чинники негативного впливу на них.

4. Розробити, впровадити і оцінити систему діагностики, психопрофілактики та оптимізації надання спеціалізованої психіатричної допомоги ВПО з психічними та поведінковими порушеннями і розладами з позицій доказової медицини.

Відповідно до мети і завдань дослідження за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології обстежено 245 ВПО на базі 4-х санаторіїв м. Одеси і Одеської області: «Куяльник» (смт Сергіївка, «Сенетатя», «Сперанца», «Плай»). Усі респонденти за ознаками провідної патології або її відсутності умовно поділились на 3 групи: перша група хворих з соматичною патологією (ГХСП), до якої увійшло 43 ВПО (33,%); друга група – хворі з психічною патологією (ГХПП) – 43 особи (33,0%) – респонденти з інвалідністю за психічним профілем; третя група «умовно» здорових (ГУЗ), яку склали 44 ВПО (34,0%) – пацієнти, які не мали тяжких хронічних захворювань чи інвалідності, або скарг на психічний стан до військового конфлікту. Всього відібрано 130 респондентів за критеріями включення/виключення, віком від 20 до 60 років.

Застосовувались такі методи дослідження: клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний.

Під час психодіагностичного обстеження використовували такі стандартні методики: самоопитувальник стану здоров'я PHQ; опитувальник оцінки якості життя SF-36; госпітальну шкалу тривоги і депресії HADS;

коротку психіатричну оціночну шкалу BPRS; опитувальник вираженості симптомів ПТСР.

Обстеження проводилось в чотири етапи:

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) для проведення скринінгової діагностики 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 ППРіР.

Так, клініко-психопатологічний аналіз особливостей ППРіР 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 PHQ, 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%).

Таким чином, нами виявлені достовірні кореляційні зв'язки між ПППіР за самоопитувальником PHQ, ступенем їх тяжкості та соціально-демографічними показниками. Так, у ГУЗ соматоформний розлад позитивно корелював з рівнем освіти (rs=0.287), а тривога – з віком (rs=0.335).

Якість життя у ВПО оцінювалась за опитувальником SF-36. Встановлено, 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.

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%. Клінічно виражена депресія спостерігалася у 36,2% ВПО. На субклінічну форму депресії припадало 11,5%. Переселенці більше скаржились на відсутність бадьорості, ангедонію (без явної різниці між групами).

Аналіз вираженості психопатологічної симптоматики за шкалою BPRS дозволив додатково об'єктивізувати дані напівструктурованого клінічного інтерв'ю в групах внутрішніх мігрантів. Загальний бал за групами становив: 31,8 – у ГХСП; 37,7 – ГХПП і 28,4 – у ГУЗ, при чому відмічалась наявність психопатологічних феноменів лише низького та середнього ступенів вираженості. Провідним синдромом у зазначених групах була тривожна

депресія; друге місце займала апатія/загальмованість; далі – збудження/напруга і підозрілість/ворожість.

Щодо аналізу вираженості симптомів ПТСР у респондентів нами представлений спектр виявлених їх критеріїв серед груп ВПО та у загальній вибірці.

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 внутрішніх мігрантів.

На основі результатів власних клініко-анамнестичних, соціально-демографічних, клініко-психопатологічних, психодіагностичних та статистичних методів дослідження було розроблено комплексну диференційовану систему діагностики, психопрофілактики та надання спеціалізованої психіатричної допомоги ВПО з ПППіР.

Для її впровадження та оцінки ефективності респонденти з ГХСП і ГУЗ були рандомізовані на основну (ОГ) (n=43) та порівняльну (ПГ) (n=43) групи 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. Основна група респондентів взяла участь у впровадженні розробленої нами системи, а в ПГ лікарі-психіатри проводили тільки стандартні лікувально-профілактичні заходи. При повторному обстеженні після лікування ВПО обох груп за шкалою HADS визначено, що в ОГ рівень тривоги знизився на 27,2% більше, ніж у ПГ, а депресії – на 26,9%. Результат тестування за опитувальником SF-36 показав, 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%.

Наукова новизна одержаних результатів. У дисертаційній роботі уперше в Україні 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 соціально-демографічними характеристиками, клініко-анамнестичними даними, психопатологічними проявами ПППіР і тривалістю вимушеного переміщення ВПО.

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.

Практичне значення одержаних результатів. Практичне значення має обґрунтована і розроблена система діагностики, психопрофілактики та оптимізації надання спеціалізованої психіатричної допомоги внутрішньо переміщеним особам.

Результати 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 р.); КНП «Психіатрична лікарня м. Маріуполь» (акт впровадження від 22.03.2019 р.); КЗ «Білгород-Дністровська міська багатопрофільна лікарня» (акт впровадження від 27.03.2019 р.); КНП «Обласна психіатрична лікарня № 4» Одеської обласної ради» (акт впровадження від 22.03.2019 р.); КНП «Обласна психіатрична лікарня № 2» Одеської обласної ради» (акт впровадження від 25.03.2021 р.), 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 р.).

Ключові слова: біженці, внутрішньо переміщені особи, вимушена внутрішня (зовнішня) міграція, психічні та поведінкові порушення і розлади, посттравматичний стресовий розлад, тривога, депресія, психосоматичні розлади, якість життя.

ABSTRACT

N.V. Kovalenko Clinical and psychopathological features of mental and behavioural disorders in temporarily internally displaced persons (diagnosis, clinic, psychoprophylaxis, and treatment). – Qualifying scientific work as a manuscript. The thesis for a Doctor's of Medicine degree by speciality - 14.01.16 - psychiatry. State Institution "Research Institute of Psychiatry of the Ministry of Health of Ukraine", Kyiv, 2021.

Contents

Ukrainian nation-building in the last decade is accompanied by systemic crises, one of the manifestations of which became the long-lasting armed conflict in the east of the country since 2014 and, as its consequence, forced internal migration of Donbas population (IMP) from occupied territories to other regions of Ukraine.

Internally displaced persons' (IDPs) mental health disorders are diverse and affect almost all spheres of the psyche, significantly impairing the quality of life. The most common of these are adaptive, depressive and anxiety disorders, as well as somatoform and post-traumatic stress disorders.

The goal of the thesis was to develop and implement a system of diagnostics, psychoprophylaxis and optimization of psychological diagnostics system to internally displaced persons with mental and behavioural disorders at health care institutions and specialized universities of Ukraine.

Based on the goal, the following research objectives were defined:

1. To develop tools for clinical and psychopathological and psychodiagnostic research based on the study of mental and behavioural disorders that IDPs have.

2. Investigate the prevalence, clinical and psychopathological, psychological features of mental and behavioural disorders that IDPs have, their relationship to socio-demographic characteristics and the fact of being in a traumatic situation and the duration of IMP.

3. To study the indicators of quality of life, health condition, psychological, social functioning of displaced persons during their forced displacement, as well as predisposing factors of negative impact on them.

4. To develop, implement and evaluate a system of diagnosis, psychoprophylaxis and optimization of specialized psychiatric care for IDPs with mental and behavioural disorders from the standpoint of evidence-based medicine.

In accordance with the purpose and objectives of the study, subject to informed consent in compliance with the principles of bioethics and deontology, 245 IDPs were surveyed on the basis of 4 sanatoriums in Odesa and Odesa region: sanatorium "Kuialnyk" (Serhiivka urban-type settlement); sanatorium "Senetatia", "Sperantsa", and "Plaim". On the basis of a leading pathology or its absence, all respondents were conditionally divided into 3 groups: the first group of patients with somatic pathology (GPSP), which included 43 IDPs (33.0%); the second group - patients with mental pathology (GPMP), which was joined by 43 people (33.0%) - respondents with mental disabilities; the third group of conditionally healthy people (GCH), consisting of 44 IDPs (34.0%) - patients who did not have severe chronic illness or disability, or complaints of mental health before the military conflict. A total of 130 respondents were selected according to the inclusion/exclusion criteria, aged 20 to 60 years old.

The following research methods were used: clinical and anamnestic, socio-demographic, clinical and psychopathological, psychodiagnostic and statistical.

The following standard techniques were used in the psychodiagnostic examination: PHQ health questionnaire; SF-36 Quality of Life Assessment Questionnaire; hospital HADS anxiety and depression scale; a short psychiatric BPRS rating scale; PTSD symptoms questionnaire.

The survey was conducted in four stages:

I stage – systematization of data on the presence of chronic diseases in premorbid with diagnostic determination of leading pathology.

II stage – differentiated diagnosis of common phenomena in IDP after displacement, the research used HADS or PHQ techniques (in particular, scales PHQ-9, GAD-7 and P4 suicide screening), SF-36.

III stage – rational, indirect, cognitive-behavioural, family psychotherapy with patients, their family members, persons caring for them, on the aetiology, pathophysiologic mechanisms and main manifestations of psychopathological reactions and conditions of stress mechanisms, methods of treatment and prevention.

IV stage – differentiated therapeutic, psychotherapeutic and pharmacological effects on patients with the involvement.

Clinical and psychopathological analysis of mental and behavioural disorders and eating disorders revealed that (in GPSP and GCH, respectively): 43.7% of IDPs could not get rid of obsessive painful memories of an extreme event (37.2% and 50.0%); 64.4% of them tried not to think and not to talk to anyone about their experience (55.8% and 72.7%); 41.4% of IDPs mentioned the feeling of alienation from others, and 73.6% of IDPs had difficulties with concentrating (no difference between groups); 66.7% of them had strong emotional reactions when reminded of the experience (60.5% and 72.7%); 87.4% had difficulties with falling asleep. Apathy was observed in 63.2% of migrants (67.4% and 59.1%), anhedonia – in 52.9% (no difference between groups). Thus, the degree of neuropsychiatric exhaustion and the reactogenicity threshold for external biological, psychological, and social triggers in GPSP were higher than in GCH.

When conducting a psychodiagnostic study according to the PHQ method, it was found that among GPSP and GCH, anxiety and major depressive syndrome dominated – 37.7% and 23.8%, respectively; alcohol abuse – 16.2%; panic syndrome – 10.0%; other depressive disorders – 8.5%; somatoform disorder – 6.9%. The last places were occupied by eating disorders (5.4%) and bulimia nervosa (0.8%).

Thus, we found significant correlations between mental disturbances and disorders according to the PHQ self-questionnaire, their severity and socio-demographic indicators. Thus, in GCH somatoform disorder was positively

correlated with the level of education (rs = 0.287), and anxiety – with the age (rs = 0.335).

Quality of IDPs' life was evaluated by the SF-36 questionnaire. It was found that in GPSP and GCH scale "Vital Activity" average score (34.5 - GPSP and 32.5 - GCH) was the lowest, preceded by the scales "General health" (39.4 - GPSP -57.3 – GPMP and 60.1 - GCH) and "Role limitations due to physical health" (45.0 - GPSP; 55.8 - GPMP and 56.1 - GCH) scores.

The degree of emotional stress associated with somatic distress was evaluated and analysed according to HADS scale. It was found that clinical anxiety occurred in 37.2% of respondents from GPSP and GCH – 40.9%, and its subclinical variety – in 15.0%. Clinically apparent depression was observed in 26.3% of IDPs. The subclinical depression accounted for 10.5%. The displaced persons complained more about the lack of vigour, anhedonia (without a clear difference between the groups).

Analysis of the severity of psychopathological symptoms according to BPRS scale allowed to further objectify the data of semi-structured clinical interviews in groups of internal migrants. The overall score by groups was as follows: 31.8 – in GPSP; 37.7 - GPMP and 28.4 – in GCH, with only low and moderate psychopathological phenomena noted. The leading syndrome in these groups was anxious depression; second place was taken by apathy/ retardation; then excitement/ tonicity and suspicion/ hostility.

Regarding the analysis of the severity of IDPs' PTSD symptoms, we have presented the range of identified PTSD criteria among IDPs groups and in ITT population.

Individuals who complained of their physical condition (r = 0.394), took medications (r = 0.369) and when duration of their displacement increased (r = 0.305) had significantly more severe PTSD symptoms, which also confirms our hypothesis about the negative impact of forced displacement duration on mental health of internal migrants.

Based on the results of own clinical and anamnestic, socio-demographic, clinical and psychopathological, psychodiagnostic and statistical research methods, a comprehensive differentiated system of early diagnosis, psychoprophylaxis and specialized psychiatric care for IDP with mental and behavioural disorders was developed.

To implement and evaluate the effectiveness of the proposed system of diagnosis, psychoprophylaxis and specialized psychiatric care for IDP with mental and behavioural disorders and eating disorders, respondents from GPSP and GCH were randomized to the basic (n = 43) and reference (n = 43) groups in a 1:1 ratio with a uniform distribution by age, sex and presence/absence of somatic pathology, as well as the same initial HADS diagnostic scale and the SF-36 questionnaire average scores. BG took part in the implementation of the system we had developed, and in RG, psychiatrists carried out only standard treatment and prevention measures. When re-examining the IDPs from both groups on the HADS scale, it was determined that in BG the level of anxiety decreased by 27.2% which is more than in RG, and the level of depression – at 26.9%. The test result of the SF-36 questionnaire revealed that the Role-Physical index improved by 12.5% in BG compared to RG; general health – by 12.6%; vital activity increased by 23.4%, social and emotional functioning – by 22.7% and 19.8% respectively, and mental health – by 47.2%.

Scientific novelty of the results obtained. In the thesis, for the first time in Ukraine, the phenomenological spectrum and predisposing factors of mental and behavioural disorders and eating disorders formation in IDPs have been revealed. For the first time, it has been established which of the identified mental and behavioural phenomena arose as a result of a psycho-traumatic situation due to forced internal migration. For the first time, the health condition and quality of life, as well as their relationship with socio-demographic characteristics, clinical and anamnestic data, and psychopathological manifestations of mental and behavioural disorders and the duration of forced displacement of the IDP were studied.

For the first time, based on the obtained data, a system of diagnosis, psychoprophylaxis and optimization of specialized psychiatric care for IDPs with mental and behavioural disorders and eating disorders has been developed and implemented, which differed in complexity, multilevel differentiation and phasing.

The practical significance of the results obtained. A well-founded and developed system of diagnosis, psychoprophylaxis and optimization of specialized psychiatric care for internally displaced persons is of practical importance.

The results of the research have been adopted by the following health-care centres: Municipal Non-Commercial Enterprise "Odesa Regional Medical Centre for Mental Health" of Odesa Regional Council (adoption deed dated 14.02.2018); Municipal Non-Commercial Enterprise "Regional Psychiatric Hospital No.4" of Odesa Regional Council (adoption deed dated 22.03.2019); Municipal Non-Commercial Enterprise "Psychiatric City Hospital of Mariupol" (adoption deed dated 22.03.2019); Communal Enterprise "Multidisciplinary City Hospital of Bilhorod-Dnistrovsk" (adoption deed dated 27.03.2019); Municipal Non-Commercial Enterprise "Regional Psychiatric Hospital No.2 of Odesa Regional Council (adoption deed dated 25.03.2021), as well as into the educational process of the Department of Medical Psychology, Psychosomatic Medicine and Psychotherapy of O.O. Bohomolets National Medical University (adoption deed dated 18.12.2019).

Key words: refugees, internally displaced persons, forced internal (external) migration, mental and behavioural disorders, post-traumatic stress disorder, anxiety, depression, psychosomatic disorders, quality of life.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, в яких опубліковані основні наукові резкльтати дисертації

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. (*аспірантка 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/pmgp.v6i1.296 (*здобувачкою 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 (*дисертантом 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

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

8. 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. (*дисертанткою проведено набір статистичного матеріалу, здійснено аналіз отриманих даних*).

9. 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. (*дисертанткою проведено набір статистичного матеріалу, здійснено аналіз отриманих даних*).

10. 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. (*дисертанткою*

проведено набір статистичного матеріалу, здійснено аналіз отриманих даних).

11. 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. (*дисертанткою проведено набір статистичного матеріалу, здійснено аналіз отриманих даних*).

12. 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. (дисертанткою проведено набір статистичного матеріалу, здійснено аналіз отриманих даних).*

13. 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. (дисертанткою проведено набір статистичного матеріалу, здійснено аналіз отриманих даних).*

14. 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*. (*дисертанткою проведено набір статистичного матеріалу, здійснено аналіз отриманих даних*).

Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

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

163-164. (*дисертанткою проведено набір статистичного матеріалу, здійснено аналіз отриманих даних*).

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ…… 2
ANOTATION……...…..... 9
СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА …… 15
ЗМІСТ…… 19
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ…… 22
ВСТУП……. 23
РОЗДІЛ 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……. 29
1.1. Порівняльна характеристика внутрішньо переміщених осіб і біженців в Україні та світі……..…… 29
1.2. Етіопатогенез розвитку психічних та поведінкових порушень у внутрішньо переміщених осіб……...……... 33
1.3. Розповсюдженість і поширеність психічних та поведінкових порушень у внутрішньо переміщених осіб, їх лікування, профілактика та реабілітація……. 38
Висновки до розділу 1……...…… 46
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ, ОБ'ЄКТ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ……. 48
2.1. Дизайн дослідження та загальна характеристика обстежених хворих……..……. 48
2.2. Особливості впливу соціальних і біологічних факторів на психічний стан здоров'я внутрішньо переміщених осіб…….. 58
2.2.1. Розподіл обстежуваного контингенту за МКХ-10…… 60
2.3. Методи дослідження……... 62

2.3.1. Самоопитувальник стану здоров'я за методикою PHQ……... 62
2.3.2. Опитувальник SF-36 (оцінка якості життя)……... 63
2.3.3. Коротка психіатрична оціночна шкала BPRS……... 64
2.3.4. Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS…… 64
2.3.5. Опитувальник вираженості симптомів ПТСР……... 65
2.3.6. Методи статистичної обробки матеріалу…….. 66
Висновки до розділу 2…….. 67
РОЗДІЛ 3. КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ ПОРУШЕНЬ І РОЗЛАДІВ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ…….. 72
3.1. Клініко-психопатологічна характеристика обстежених внутрішньо переміщених осіб……... 72
3.2. Аналіз якості життя у внутрішньо переміщених осіб……. 78
3.3. Аналіз ступеня емоційного стресу, пов'язаного з соматичним неблагополуччям у внутрішньо переміщених осіб за методикою HADS… 83
3.4. Аналіз вираженості психопатологічної симптоматики у внутрішньо переміщених осіб за шкалою BPRS……. 84
3.5. Аналіз вираженості симптомів ПТСР у внутрішньо переміщених осіб 88
Висновки до розділу 3……... 95
РОЗДІЛ 4. ПСИХОПРОФІЛАКТИКА ТА ОПТИМІЗАЦІЯ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИМ ОСОБАМ З ПСИХІЧНИМИ ТА ПОВЕДІНКОВИМИ ПОРУШЕННЯМИ І РОЗЛАДАМИ, ЇЇ ЕФЕКТИВНІСТЬ……. 98
4.1. Структурна характеристика та обґрунтування системи психопрофілактичних і лікувальних заходів у внутрішньо переміщених осіб……... 98
4.2. Особливості системи діагностики, психопрофілактики та оптимізації надання спеціалізованої психіатричної допомоги внутрішньо

переміщеним особам з ПППіР…….. .98
4.3. Впровадження і оцінка ефективності системи діагностики, психопрофілактики та оптимізації надання спеціалізованої психіатричної допомоги внутрішньо переміщеним особам з ПППіР…… 103
Висновки до розділу 4……. 112
АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ … 116
ВИСНОВКИ…… 133
ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…… 136
ДОДАТОК А…… 165
ДОДАТОК Б……... 168

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

ВПО – внутрішньо переміщені особи

ВВМ – вимушена внутрішня міграція

ВВП – вимушене внутрішнє переміщення

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров’я

ГТР – генералізований тривожний розлад

ГХСП – група хворих із соматичною патологією

ГХПП – група хворих із психічною патологією

ГУЗ – група «умовно» здорові

КПТ – когнітивно-поведінкова терапія

МКХ-10 – Міжнародна класифікація захворювань 10-го перегляду

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України

ПТСР – посттравматичні стресові розлади

ПАР – психоактивні речовини

ППППіР – психічні та поведінкові порушення і розлади

СПД – спеціалізована психіатрична допомога

УВКБ ООН – Управління Верховного комісара ООН у справах біженців

BPRS – Коротка психіатрична оціночна шкала

DSM-IV – IV версія класифікатора Diagnostic and Statistical Manual

HADS – шкала госпітальної тривоги і депресії

PHQ – опитувальник стану здоров’я

SF-36 – опитувальник якості життя

p – рівень статистичної значущості

r – коефіцієнт парної кореляції Пірсона

rs – коефіцієнт рангової кореляції Спірмена

ВСТУП

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 [1-3]. 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. [4]. Станом на 26 жовтня 2020 р., за даними Міністерства соціальної політики України, загальна кількість зареєстрованих внутрішньо переміщених осіб з АР Крим та Донбасу становила 1 458 288 осіб, що складає майже 24% від постійного населення Донецької та Луганської областей [5]. 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, 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 [6-10]. До проблем якомога скорішого завершення збройного конфлікту на сході України додались питання, пов'язані з адміністративною, економічною та медико-соціальною підтримкою ВПО [11].

Порушення психічного здоров'я у ВПО різноманітні і торкаються практично всіх сфер психіки, значно погіршуючи якість їх життя [12]. Найбільш поширеними з них є: психогенна депресія; адаптаційні, тривожні порушення і соматоформні розлади; захворювання невротичного регістру; посттравматичні стресові розлади (ПТСР) тощо [1,8, 13-16]. 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 [17]. Доведено, що частота ПТСР у ВПО (73,8 випадків на 100 000 осіб) в 5,1 раза вище, ніж у населення в цілому [2;18,19]. 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 ВПО [12, 20,21].

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційну роботу виконано відповідно до плану науково-дослідної роботи Українського науково-дослідного інституту 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 ППППіР 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 ППППіР 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 ВПО. 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, симпозіумах, з'їздах: науково-практичній конференції з міжнародною участю «Методологічні та правові аспекти діагностики, терапії та соціальної допомоги при психічних та поведінкових розладах у різних вікових групах», 23-24 квітня 2015 р., м. Київ; IX 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 симпозіумі 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 сторінок основного тексту). 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.

РОЗДІЛ 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

1.1. Порівняльна характеристика внутрішньо переміщених осіб і біженців в Україні та світі

Глобальні світові процеси та військово-політичні зіткнення, етнічні конфліктні кризи за останні десятиріччя зумовили зростання кількості вимушених переселенців і біженців як в багатьох країнах світу, так і в Україні. У зв'язку з цим, вимушена міграція належить до найбільш гострих проблем сучасного світу і є вкрай актуальною [3,7, 22-24]. У щорічному звіті Управління Верховного комісара ООН у справах біженців (УВКБ ООН) про глобальні тенденції зазначено, що станом на кінець 2019 року було переміщено 79,5 мільйона осіб, що майже удвічі більше порівняно з 2010 роком (41 млн.) [25-31]. У звіті також наголошується на зменшенні перспектив для біженців в частині сподівань на швидке поліпшення їх становища. У 90-х роках минулого століття щороку в середньому 1,5 мільйона біженців змогли повертатися додому [25]. За останнє десятиліття ця кількість знизилася приблизно до 385 000, а це означає, що зростання переміщення на сьогодні набагато випереджає вирішення питань мігрантів [6,32]. Динаміку збільшення кількості вимушених мігрантів у світі за останні 30 років (особливо останнє десятиріччя) наведено на рисунку 1.1.

ООН визначає осіб, переміщених у результаті військових, етнополітичних та інших конфліктів, як одну з найбільш вразливих груп населення в світі [33]. Існує два поняття для визначення вимушених мігрантів – внутрішньо переміщені особи і біженці [34]. Біженцем визнається особа, яка «знаходиться

поза межами рідної країни внаслідок добре обґрунтованих побоювань стати жертвою переслідування через свою расу, релігію, національність, належність до певної соціальної групи або політичні погляди, і не може або не бажає скористатися захистом своєї країни» [35,36]. Згідно з керівними принципами УВКБ ООН, внутрішньо переміщені особи – це люди або групи людей, які були змушені рятуватися втечею або покинути свої будинки, місця проживання для того, щоб уникнути наслідків збройного конфлікту, ситуації загального насильства, порушень прав людини чи стихійних лих/техногенних катастроф, та які не перетнули міжнародно-визнаний державний кордон своєї країни [37,38].

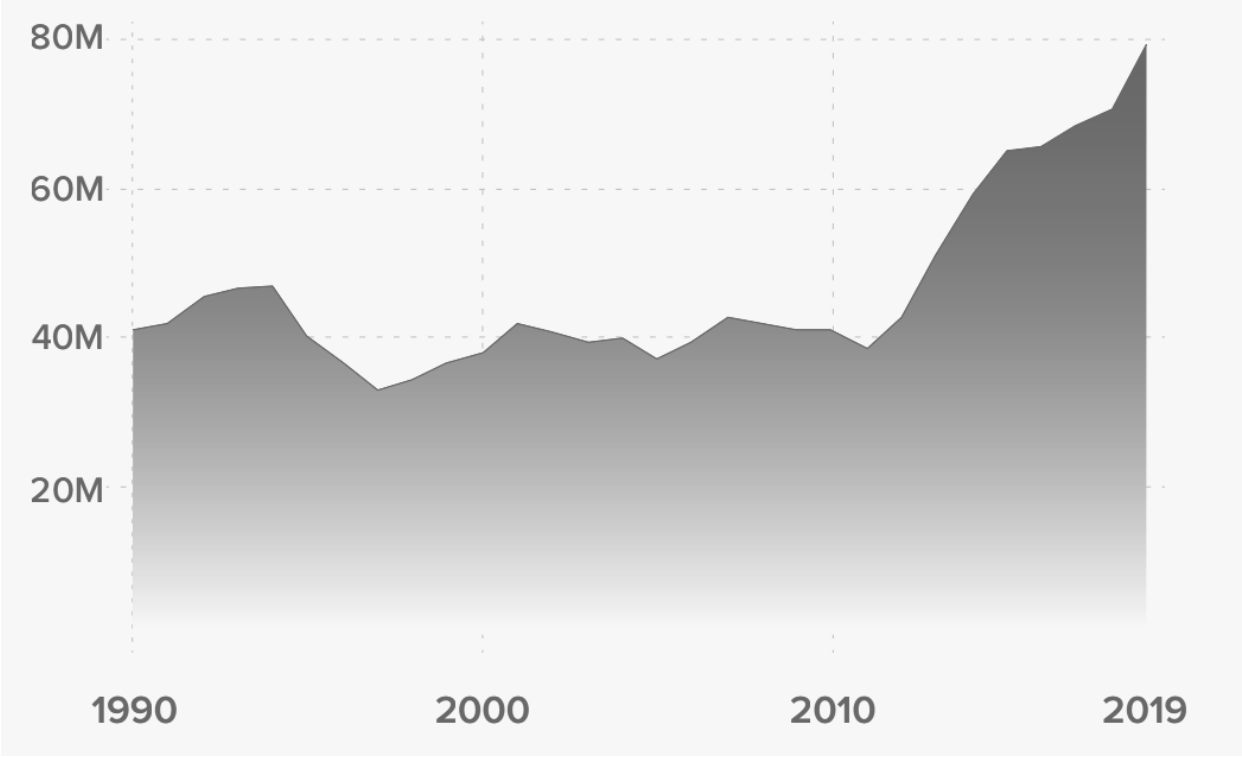

Рис. 1.1. Динаміка вимушеної міграції у світі з 1990 р. по 2019 р.

Проблема вимушеної міграції в Україні набула високої актуальності насамперед у зв’язку з тривалим військовим конфліктом з боку РФ в Донецькій та Луганській областях, а також після анексії Автономної Республіки Крим [39]. За даними УВКБ ООН, Україна займає дев’яте місце у світі за кількістю

внутрішньо переміщених осіб. Динаміку внутрішнього переміщення в Україні в період з червня 2014 р. по вересень 2015 р. представлено на рисунку 1.2 (дані Центру моніторингу внутрішнього переміщення – IDMC) [3,40].

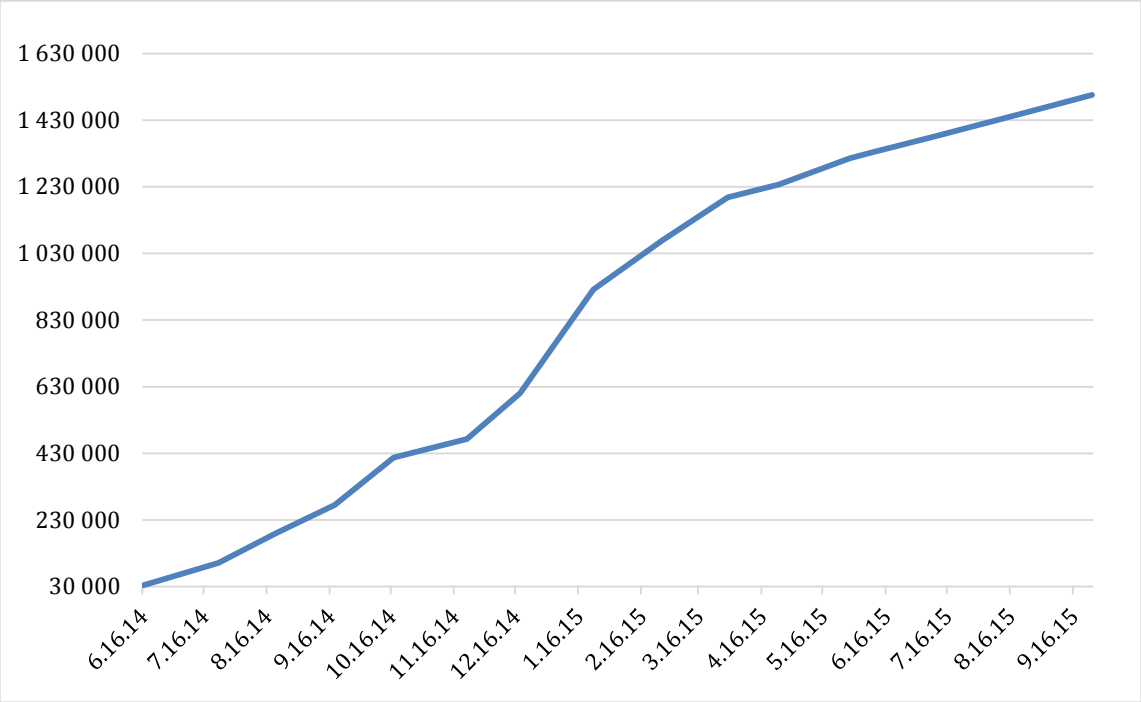

Рис. 1.2. Динаміка внутрішнього переміщення в Україні (червень 2014 р. – вересень 2015 р.)

За даними Міністерства соціальної політики України, станом на 09.03.2021 р. в Україні зареєстровано 1 461 862 внутрішньо переміщених осіб [5]. Найбільша їх кількість розміщена в районах, які безпосередньо оточують зону, охоплену конфліктом: у мирних районах Донецької (512,2 тис.) та Луганської областей (282,5 тис.), а також Харківській (135,6 тис.), Київській (163,5 тис.), Дніпропетровській (71,5 тис.), Запорізькій (56,3 тис) областях (дані Центру моніторингу внутрішнього переміщення – IDMC) [3]. Густота внутрішньо переміщених осіб до місцевого населення по областях України станом на 30 березня 2021 р. показана на рис.1.3 (за даними Міністерства соціальної політики України).

Рис. 1.3. Густота внутрішньо переміщених осіб до місцевого населення по областях станом на 30 березня 2021 р. за даними Міністерства соціальної політики України

У Звіті ООН щодо розподілу біженців за країнами на березень 2015 року вказується, що близько 800 тис. українських громадян перетнули кордон та шукають притулку в сусідніх державах: Білорусі – 80 тис., Польщі – 44 тис. та інших – 639 тис. [25].

Нині в Україні захист прав і законних інтересів біженців й ВПО здійснюється на основі двох законів: Закону України «Про біженців та осіб, які потребують додаткового або тимчасового захисту» від 08.07.2011 р. №3671-VI (ред. від 03.03.2016 р.) та Закону України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» від 20.10.2014 р. №1706-VII (ред. від 03.07.2020 р.) [35,38]. Але практика показує, що наявна законодавча база використовується недостатньо і не може забезпечити як дотримання прав внутрішньо переміщених осіб, так і збереження їх психічного здоров'я.

1.2. Етіопатогенез розвитку психічних та поведінкових порушень у внутрішньо переміщених осіб

Вивчення у респондентів психічних розладів, що спостерігаються при екстремальних ситуаціях, дало можливість виділити три періоди розвитку ситуації, в яких мають місце різноманітні психогенні порушення [12]. Перший, гострий період, характеризується раптово виникаючою загрозою власному життю та загибелі близьких. Він триває від початку впливу екстремальної ситуації до організації рятувальних робіт (хвилини, години). Потужний екстремальний вплив зачіпає тоді в основному інстинкт самозбереження, призводячи до розвитку неспецифічних, позаособистісних психогенних реакцій, основу яких становить страх різної інтенсивності. Водночас переважно спостерігаються психогенні реакції психотичного та непсихотичного рівнів, у низці випадків можливий розвиток паніки. Особливе місце у вказаний вище період займають психічні розлади в осіб, які отримали травми і поранення.

У другому періоді, що протікає при розгортанні рятувальних робіт, у формуванні станів дезадаптації й психічних розладів велике значення мають особливості особистості потерпілих, а також усвідомлення ними не тільки життєво небезпечної ситуації, що триває, а й нових стресових чинників, таких, як загибель рідних, розз'єднання сімей, втрата будинку, майна. Важливим елементом пролонгованого стресу в цей період є очікування повторних впливів, розбіжність очікувань з результатами рятувальних робіт, необхідність

ідентифікувати загиблих родичів. Психоемоційне напруження, характерне для початку другого періоду, змінюється до його кінця підвищеною втомлюваністю і «демобілізацією» з астено-депресивними проявами.

У третьому періоді, який починається для потерпілих після їх евакуації в безпечні райони, у багатьох відбувається складна емоційна та когнітивна переробка ситуації, оцінка власних переживань і відчуттів, підрахунок втрат. При цьому актуальності набувають психогенно-травмівні фактори, пов'язані зі зміною життєвого стереотипу, проживання в зруйнованому районі або в місці евакуації. Стаючи хронічними, вони сприяють формуванню відносно стійких психогенних розладів. Поряд з неспецифічними невротичними реакціями і станами в цей період починають розвиватися патохарактерологічні розлади. Соматогенні психічні порушення при цьому можуть мати різноманітний «підгострий», субклінічний характер. У цих випадках спостерігається як «соматизація» багатьох невротичних розладів, так і, певною мірою, протилежні цьому процесу «невротизації» і «психопатизації», пов'язані з усвідомленням наявних травматичних пошкоджень й соматичних захворювань, а також реальними труднощами життя постраждалих [12,41].

Найбільш руйнівними для людей стають військові дії, що відносяться до антропогенних (загрозу становлять інші люди) екстремальних ситуацій. Існує думка про те, що надзвичайні події природного походження люди зазвичай переживають набагато легше, ніж антропогенні. Землетруси і повені постраждалі розцінюють, як «волю Божу» або дію безликої природи. Утім, екстремальні умови антропогенного характеру не тільки дезорганізують поведінку людини, а й «підривають» базові структури всієї її особистісної організації: руйнується звична картина світу, а разом з нею і вся система життєвих координат [42,43]. Основними травмівними факторами при військових конфліктах є: безпосередня небезпека життю і здоров'ю індивіда і його близьких, смерть близьких або родичів, фізичні травми [44-46]. Більшість зарубіжних дослідників, які вивчали психічні та поведінкові порушення і

розлади у біженців з колишньої Югославії, виявили високі показники депресії, тривожних розладів, ПТСР і розладів, пов’язаних зі вживанням ПАР, що корелювали з тяжкістю пережитих травматичних подій під час війни [47-50].

Вимушена міграція належить до важко вирішуваних життєвих ситуацій. Її по праву слід віднести до числа екстремальних, коли особистість стикається з надскладними життєвими обставинами, рівнозначними проблемі виживання. Вимушені мігранти, пройшовши через психотравмівні події, що істотно вплинули на їх психічне і фізичне здоров'я, переживають різке зниження соціально-економічного статусу, відрізняються підвищеною сензитивністю до етнокультурного контексту, труднощами адаптації та наявністю серйозних проблем у взаєминах з місцевим населенням [51-55]. Систематичний огляд поширеності ПППіР серед 7000 біженців, переміщених в західні країни, проведений в 2005 році у Великій Британії, показав, що поширеність ПТСР серед мігрантів у 10 разів перевищує таку серед загальної популяції [56-57].

За даними наукової медичної літератури, найбільш частою причиною того, що вимушені мігранти стають пацієнтами психіатричних клінік, є депресія, яка, у свою чергу, призводить до підвищеного суїцидального ризику [1,2,9,58-62]. Предиспозиція розвитку депресії у вимушених мігрантів визначається трьома основними факторами: вихідним рівнем депресивності; зростанням кількості негативних і небажаних життєвих подій; зниженням соціальної підтримки. Серед чинників, що сприяють виникненню суїцидальних намірів у мігрантів, виділяють:

- сам факт міграції;
- ступінь асиміляції з приймаючою культурою;
- низький рівень згуртованості у власній етнічній групі;
- низьке соціально-економічне становище [11; 63-66].

Групу ризику для розвитку психосоматичних проблем складають насамперед особи, які пережили травми у дитинстві або дорослому віці. Вони пошкоджують систему психологічного захисту і запускають механізми

соматизації [17, 67-71]. Травматичний досвід ВПО підсилює у них ризик виникнення психосоматичних захворювань. Частою причиною їх розвитку стають переживання втрати об'єкта прихильності, в тому числі тривала розлука з рідними, близькими, батьківщиною, відсутність звичної діяльності, професії [72-76]. До факторів ризику соматизації належать:

- біологічна схильність;
- індивідуальні особливості;
- соціально-демографічні дані (приналежність до жіночої статі, низький соціально-економічний та рівень освіти);
- стосунки в сім'ї (дефіцит уваги з боку батьків, досвід жорстокого поводження в дитинстві, атмосфера домашнього насильства);
- стресові та травматичні події, соціальні і культурні умови, особистісні особливості [77-80].

Процес міграції можна розподілити на три складові: преміграція, міграція та постміграція. Кожна з них асоціюється зі специфічними впливами та ризиками. Проблеми з психічним здоров'ям мігранти переживають до, під час і після переселення. Специфічними в галузі психічного здоров'я мігрантів становлять труднощі в спілкуванні через мовні та культурні відмінності; вплив культури на формування симптомів і динаміку хвороби, діагностику, лікування; різниця в укладі сім'ї, процесі адаптації, акультурації, конфлікт між поколіннями; аспекти прийняття приймаючого суспільства, які впливають на зайнятість, соціальний статус та інтеграцію. Ці питання можуть бути досліджені та вирішені за допомогою спеціальних опитувань, використання навчених перекладачів, зустрічей з сім'ями і консультацій з громадськими організаціями тощо [81-88].

Множинність психогенних факторів ускладнює клінічну картину ПППіР і може призвести до неправильної оцінки хворого з боку лікаря. Без урахування культуральних і національних особливостей, належного володіння мовою хворому можна приписати неіснуючі насправді захворювання: сплутаність

свідомості, тривогу, марення, дезорієнтування тощо. У зв'язку з цим, діагностика ППТіР має ґрунтуватися на цілком конкретних психофізіологічних ознаках, клінічних симптомах [89-94].

У посібнику «Психическое здоровье беженцев», виданому ВООЗ у 1998 р. [95], наводяться наступні рекомендації з виявлення осіб з різними ППТіР. Симптоми і ознаки гострого психозу з порушенням свідомості ніяких особливих проявів у порівнянні зі звичайними хворобливими станами не мають. Однак слід враховувати той факт, що в умовах міграції гострі психотичні стани можуть бути не тільки психогенного походження, але й викликані іншими причинами: гострими інфекційними захворюваннями, травмою голови, різким припиненням прийому алкоголю або наркотиків.

Симптоми і ознаки стресу (психічні симптоми): дратівливість або гнів з незначного приводу; смуток, плач або почуття безпорадності; швидка зміна настрою; погана здатність до концентрації уваги, необхідність багаторазових повторень для засвоєння простих речей; нав'язливе повернення одних і тих самих думок. Фізичні симптоми: швидка втомлюваність, головний біль, м'язова напруга, перебої в роботі серця, відчуття нестачі повітря, нудота або болі в животі, поганий апетит, невизначені болі в грудях, порушення менструального циклу у жінок. Поведінкові симптоми: зниження активності, відсутність енергії; підвищена активність, «невгамовність»; труднощі, пов'язані з необхідністю сконцентруватися на одній справі; вживання алкоголю або наркотиків для зниження напруги; порушення сну; недостатня емоційність; суперечки і незгоди; занадто велика залежність від інших у прийнятті рішень; необхідність постійної зовнішньої підтримки [8, 96-99].

Симптоми і ознаки депресії: всепоглинаюче горе та глибока печаль; відсутність надії на краще; думки про заподіяння собі шкоди; сльозливість; постійне занепокоєння; тривога, напруга; відсутність радості життя; брак енергії, швидка втомлюваність; фізичні скарги на головний біль, що не проходить; поганий сон; втрата ваги; відсутність інтересу до сексу; проблеми з

концентрацією уваги та пам'яттю; відчуття себе «поганим», нікчемним або менш шанованим, ніж інші люди [100-105].

Існує велика кількість досліджень, що свідчать про високу ймовірність екзацербації психічних розладів, асоційованих зі стресом, у віддаленому періоді, навіть без додаткового впливу нових стресорів [106-111]. Зазначені вище симптоми необхідно активно виявляти, оскільки в екстремальній ситуації біженець може оцінювати свій стан як норму, відповідну його статусу, а тому не буде пред'являти скарг [112-116].

1.3. Розповсюдженість і поширеність психічних та поведінкових порушень у внутрішньо переміщених осіб, їх лікування, профілактика та реабілітація

Згідно з метааналізом, який охоплює дослідження з 1990 по 2007 рр., поширеність ППТіР, викликаних міграцією у трудових мігрантів та біженців, різняться: показники депресії складають 20% і 44%, а тривоги – 21% і 40% відповідно [117,118].

Кластерне вибіркове дослідження (1999 р.) серед дорослих косовських албанців показало, що 17,1% респондентів (95% довірчий інтервал, 13,2-21,0%) повідомляли про симптоми, які відповідали критеріям ПТСР [119-120].

Результати опитування, проведеного серед 290 ВПО в Непалі в 2003 р., засвідчили, що 53,4% мали симптоматику ПТСР, а показники тривожної і депресивної симптоматики складали 80,7 і 80,3% відповідно [121].

Азарних Н.А. зазначає, що навіть добровільна міграція відноситься до числа ситуацій, які пред’являють підвищені вимоги до психолофізіологічних можливостей людини, а одним із показників успішної адаптації мігрантів є психологічне благополуччя і психоемоційний стан [8,122].

Незважаючи на добровільний характер тимчасової міграції, адаптація мігрантів супроводжується розвитком несприятливих емоційних станів, що виражається в посиленні тривожно-депресивних і агресивних переживань в поєднанні з послабленням позитивних емоцій, а у випадку вимушеної міграції

до негативних факторів адаптації часто додається фактор психологічної травми, що підвищує ймовірність розвитку ПППіР [16; 82; 123-126].

Результати обстеження сирійських біженців в Нідерландах демонструють негативний вплив на психічне здоров'я кількості переїздів, але не підтверджують такого для тривалості перебування, що також наводиться в інших дослідженнях [90,127-130]. В свою чергу зайнятість позитивно діє на стан психічного здоров'я [131,132].

У більшості досліджень з біженцями та «шукачами» притулку повідомлялось про позитивні результати щодо змінення симптомів, пов'язаних з психотравмою при застосуванні когнітивно-поведінкової терапії і нарративної терапії [133-141].

Популяційне вивчення, яке було проведене в Нідерландах в 2003-2004 рр. серед дорослих біженців та «шукачів» притулку з Афганістану, Ірану, Сомалі, показало: поширеність ПТСР – 19,4%, тривоги/депресії – 53,8% загалом, при чому жіноча стать, більший постміграційний стрес і менша ПТСР коливається від 20,4% до 42%, а депресії – від 38,5% до 68% [142].

В обстеженні, проведеному в Колумбії у 2009-2012 рр. серед ВПО та населення, було виявлено, що рівень ПТСР серед ВПО в 5,1 рази вище ніж серед населення в цілому [2, 62].

Аналітичне дослідження проблем зі здоров'ям африканських ВПО показало переважання ПТСР (42-54%) і депресії (31-67%), що підтверджується і в інших дослідженнях [143,144].

Проаналізувавши показники поширеності ПППіР, зловживання ПАР та рівень суїцидальності серед дорослих ВПО і біженців, постраждалих від збройних конфліктів, виявлено, що найбільш частими порушеннями психіки були ПТСР (3-88%), депресії (5-80%) і тривожні розлади (1-81%) [145-151].

За результатами перехресного дослідження ВПО Південної Ефіопії виявлено, що поширеність ПТСР склала 58,4% із суттєвим зв'язком з жіночою статтю, симптомами депресії, переміщенням більше одного разу, втратою

особистого майна, свідченням загибелі членів родини та кумулятивною травмою [152-156].

Вплив на психічне здоров’я цивільного населення є одним із значущих наслідків війни. Досліження населення в цілому вказують на певне зростання рівня захворюваності і поширеності психічних та поведінкових порушень і розладів, які пов'язані зі ступенем психічної травми та наявністю фізичної й емоційної підтримки. При чому, жінки страждають більше за чоловіків, що підтверджується низкою досліджень [19, 123, 157-159]. До інших уразливих груп відносяться діти, люди похилого віку та особи з інвалідністю [8,73,160,161].

Результати дослідження при оцінці поширеності вживання ПАР серед ВПО свідчать, що вживання алкоголю, опіатів та «легких» транквілізаторів є звичайним явищем для даної категорії мігрантів [162-169].

Дослідження, яке було проведено в 2006 р. на півночі Уганди, надає докази того, що травматичні події, відсутність основних товарів і послуг, від якої страждають ВПО, негативно впливають на стан їх психічного здоров'я і є поштовхом для розвитку ПТСР та депресії. Фактори, що корелюють з вказаними порушеннями і розладами: жіноча стать, сімейний стан, відстань переміщення, поганий стан здоров'я та недостатність медичної допомоги, сексуальне насильство, відсутність/нестача їжі/води та більш високий рівень травматизму тощо [170-176]. Раніше висловлювалось припущення, що жінки піддаються більш високому ризику ПППіР через психологічні наслідки зґвалтування, насильницької втрати партнера/дітей, а також перспектив, що вони стають матерями-одиночками/вдовами [12,96, 177-179]. Доведено, що предтравматичні та посттравматичні фактори також впливають на рівень ПТСР [180-183].

За даними низки досліджень, ПТСР має високу коморбідність зі зловживанням алкоголем, особливо у чоловіків; при чому рівень алкогольної залежності позитивно корелює з важкістю їх симптомів [184-192].

Поширеність ПТСР і депресії серед гватемальських біженців у Мексиці була зареєстрована на рівні 11,8% і 38%; а серед біженців, що проживають на тайсько-бірманському кордоні, – 4,6% і 41,8% відповідно [193]. Опитування боснійських біженців в Хорватії діагностувало ПТСР і депресію у 5,6% і 18,6% респондентів [194].

За даними R. M. Comellas, N. Makhashvili, I. Chikovani, високий рівень соматичного дистресу серед ВПО у Грузії має сильний кореляційний зв'язок із депресією, ПТСР, тривогою і вказує на значні психічні та поведінкові порушення і розлади, що підтверджується й іншими дослідженнями [195-198].

ПТСР, депресія, тривожні розлади і супутні захворювання мають зв'язок зі зростанням інвалідності на 6,4%, 9,7%, 6,3% і 15,9% відповідно [199].

Результати опитування, проведеного І. Кузнєцовою та ін. у 2018 році, були такими: 20,2% ВПО і 12,2% населення зазначали, що відчувають сильну тривогу; депресивні стани спостерігалися у 25% ВПО і 15% населення; 16% ВПО і 8% населення скаржилися пригнічення та занепокоєння; лише 21,7% ВПО і 9,5% населення з вираженими клінічними проявами тривоги та депресії зверталися по допомогу до лікарів відповідного профілю [200].

Дезадаптація, тривога, депресія та ПТСР – основні психопатологічні симптоми, які проявляються у біженців [201].

Існують наукові дані щодо ефективності психологічних методів психотерапії, особливо КПТ, для лікування ПТСР як у дітей, підлітків, так і дорослих [202-209].

Дослідження, проведене в Копенгагені в 2008-2010 рр., показало коморбідність ПТСР з депресією та тривогою; у 9-16% – психотичні симптоми, пов'язані з травмою; у 27% – стійкі зміни особистості через катастрофічні події згідно з МКХ-10. Також був виявлений позитивний зв'язок між систематичним використанням когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та поліпшенням психічного і фізичного стану пацієнтів; невеликий або значущий ефект

медикаментозної терапії на симптоми депресії і тривоги; а також незначний вплив психотерапії або медикаментозного лікування на симптоми ПТСР [210].

В Україні на початок 2013 року (до агресії РФ на сході України) поширеність розладів психіки та поведінки складала 2553,9 на 100 тис. населення. У структурі зазначених станів найбільший відсоток займали непсихотичні психічні та поведінкові порушення і розлади – 49,9% або 1275,1 на 100 тис. населення, розлади психотичного характеру складали 27,0% або 689,5 на 100 тис. населення, розумова відсталість – 23,1% або 589,4 на 100 тис. населення (рис.1.4) [211].

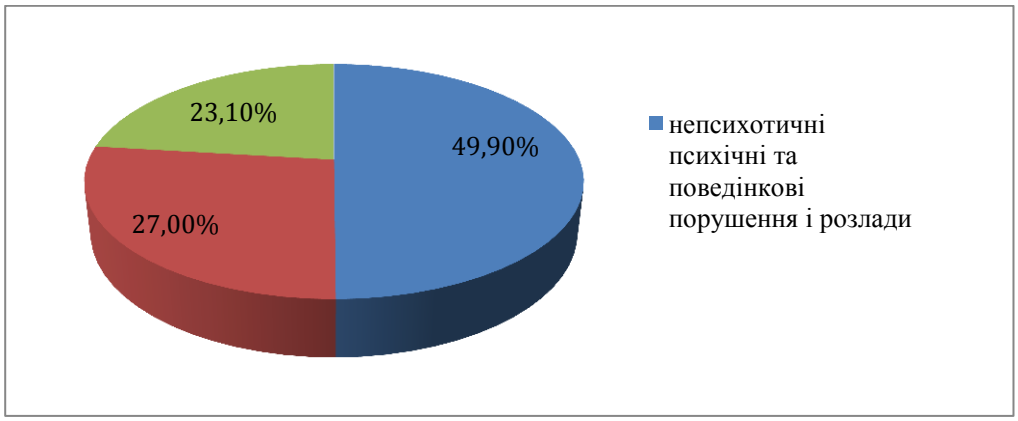

Рис. 1.4. Структура поширеності порушень і розладів психіки та поведінки у ВПО, 2012 р.

Дослідження, яке було проведене в нашій країні серед дорослих ВПО в 2016 році, показало поширеність ПТСР 32%, депресії – 22%, тривожності – 17%. 74% респондентів, які потребували надання психіатричної та психосоціальної допомоги протягом останніх 12 місяців, не зверталися по неї. Основні причини відмови від звертання по медичну допомогу: ймовірне збільшення маси тіла, спровоковане прийомом медикаментів; фінансова неспроможність сплачувати за медичні послуги або ліки; відсутність інформації де отримати допомогу, некоректне відношення з боку деяких медичних працівників, недостатня якість медичного обслуговування, стигматизація [212].

Тому забезпечення ВПО якісною медичною, особливо психологічною та психотерапевтичною допомогою, зберігання їхнього психічного здоров'я мають

велике значення. Низка науковців проводили тренінг-копінг стратегій з метою збільшення їх ефективності актуалізації, який був спрямований на підвищення стійкості пацієнтів до стресових впливів [213-215]. Особливе значення має розроблена Л.О. Герасименко і А.В. Гальченко комплексна та персоніфікована система реабілітації ВПО за наявності психосоціальної дезадаптації та невротичного розладу [114].

Л.М. Юр'єва, С.Г. Носов, О.Й. Мамчур та ін. розробили алгоритм надання психіатричної допомоги хворим з ПППіР внутрішньо переміщеним особам [201].

Згідно з рекомендаціями О.С. Антипової, лікування ПППіР має бути комплексним. Базовим, патогенетично орієнтованим компонентом є психотерапія, оскільки психогенії відіграють провідну роль в їхньому розвитку [216]. Вона може проводитись в індивідуальному або груповому форматі. Підбір психофармакотерапії має бути індивідуальним та доповнювати психотерапевтичні заходи. Основним показанням до призначення антидепресантів є переважання в клінічній картині адаптаційних порушень і розладів тривожно-депресивної або власне депресивної симптоматики. З метою купірування гострої тривоги зазвичай застосовують бензодіазепінові транквілізатори, які швидко усувають цей стан. Однак лікування не повинно бути тривалим, щоб не викликати до нього звикання. Водночас, оригінальним анксіолітиком небензодіазепінового ряду є афобазол, тривале застосування якого не супроводжується розвитком звикання й ефективність якого підтверджена масштабними дослідженнями [217-222].

Таким чином, сучасна й адекватна терапія ПППіР є запорукою запобігання розвитку більш важких психічних порушень.

Лікування ПТСР має здійснюватись відповідно до уніфікованого клінічного протоколу МОЗ України, затвердженого у 2016 році [116].

Терапевтична програма включає три етапи, кожен з яких має свої специфічні особливості та терапевтичні підходи.

На першому етапі, активної терапії, основне завдання полягає в купіруванні домінуючої психопатологічної симптоматики, агресивних і аутоагресивних тенденцій й афективній переоцінці травматичного досвіду. Психофармакотерапія включає комбінування антидепресантів, транквілізаторів, тімостабілізаторів, ноотропних препаратів, бета-адреноблокаторів і, при необхідності, нейролептиків. З перших днів лікування обов'язково проводиться психотерапія та психоосвітні програми для пацієнтів та їх родичів. Тривалість першого етапу – 6 місяців.

Другий етап, стабілізуючої терапії, триває до одного року. Основним завданням цього етапу є купірування залишкової психопатологічної симптоматики, психологічна корекція особистісних посттравматичних змін і допомога пацієнтові у створенні нової когнітивної моделі життєдіяльності. Провідне місце займає психотерапія та психоосвіта.

Третій етап, профілактичної терапії, триває до 3 років. Основне завдання цього етапу – адаптація пацієнта серед членів його родини та соціального оточення, а також профілактика рецидиву ПТСР.

Показаннями для призначення медикаментозного лікування є:

• психомоторне збудження, панічні атаки, напади страху;

• депресія, аутоагресивна поведінка;

• агресивна і деструктивна поведінка;

• сомато-вегетативні порушення і когнітивні дисфункції.

Як при гострому, так і при хронічному ПТСР доцільне застосування антидепресантів та транквілізаторів, в деяких випадках показано призначення нейролептиків. Дуже важливо лікування симптоматичного алкоголізму або наркоманії, які нерідко зустрічаються у цих хворих.

Серед усього спектру антидепресантів при ПТСР переважні з них є групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну. Зокрема, препаратами першої лінії терапії є пароксетин та сертралін, які мають значну доказову базу. Також сертралін зареєстрований в Україні як препарат,

призначений для лікування ПТСР не лише у дорослих, а й у дітей та підлітків. Можуть застосовуватися флуоксетин, флувоксамін, циталопрам, есциталопрам та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну. Якщо лікування даною групою препаратів не є ефективним або присутні побічні ефекти, можна призначати антидепресанти інших груп в якості препаратів другої лінії.

Транквілізатори призначаються з метою швидкого купірування панічних атак, тривожно-фобічних, астено-невротичних і астено-депресивних розладів. Бензодіазепінові транквілізатори (діазепам, гідазепам та ін.) призначають короткими курсами (не довше за 2-3 тижні), щоб уникнути формування синдрому залежності. У зв'язку з тим, що при ПТСР є когнітивні порушення, призначення ноотропних препаратів є необхідним. Але класичні ноотропи (наприклад, пірацетам) мають низку клінічних ефектів, які небажані для пацієнтів з ПТСР, оскільки можуть спровокувати рецидив.

При призначенні «істинних» ноотропних препаратів необхідно враховувати їх побічні ефекти, які можуть визвати загострення ряду психопатологічних симптомів у пацієнтів. Серед небажаних ефектів аміналона також відзначаються порушення сну, диспептичні явища (нудота і блювота), а також підвищення температури тіла. Через це, доцільне призначення комбінованих нейротропних препаратів, які мають всі переваги вхідних до його складу речовин з мінімумом побічних ефектів.

Серед комбінованих нейротропних препаратів, олатропіл є одним із препаратів, який застосовується як стрес-протектор при станах хронічного стресу, що супроводжуються порушеннями в когнітивній та психоемоційній сферах. Він призначається по 1 капсулі 3-4 рази на добу. Максимальне дозування 6 капсул на добу. Терапевтичний ефект, як правило, розвивається через 2 тижні від початку лікування [201].

Психотерапія є провідним методом лікування ПТСР. В якості підґрунтя психотерапії має застосовуватись психоосвіта, яка є невід'ємною частиною медичної допомоги пацієнтам.

Із психотерапії деякі автори пропонують використовувати такі методи: ТФ-КПТ (від 8 до 12 сеансів), групову КПТ (короткострокову), стрес-менеджмент, десенсибілізацію і переробку рухом очей, раціональну, непряму, сімейну тощо [223-226].

Лікувальна програма тривожно-фобічних розладів має бути диференційованою і розробляється з урахуванням типології тривоги [227,228]. Причому, психотерапія в даному випадку має бути спрямована на зміну порушеної системи відносин хворого, корекцію неадекватних емоційних реакцій та форм поведінки. Згідно з рекомендаціями ВООЗ, когнітивно-поведінкова терапія визначається як засіб номер один при лікуванні ТФР. Частота проведення – тричі на тиждень з тривалістю до 23 місяців. З інших видів психотерапії рекомендовано використовувати індивідуальну, особистісно-орієнтовану, аутогенне тренування, гіпносугестивну тощо.

Медикоментозне лікування використовується у комплексній терапії у разі неефективності психотерапії, а саме: селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну у випадку агарофобії, панічного розладу і соціофобії; інгібітори зворотнього захоплення серотоніну та норадреналіну; інгібітори моноамінoксидази при неефективнсоті препаратів першого вибору; анксіолітики, які забезпечують швидкий ефект у разі порушень, розладів і соціофобії. Отже, актуальність проблеми клініко-психопатологічних особливостей психічних та поведінкових порушень і розладів у ВПО, їх психопрофілактика і лікування, є своєчасною і необхідною для її вирішення.

Висновки до розділу 1

Відповідно до мети та дизайну дослідження на першому етапі було проведено вивчення та аналіз літературних джерел з питання сучасного стану проблеми ПППіР у ВПО. Підвищена увага приділялась таким словам та словосполученням: біженці, внутрішньо переміщені особи, вимушено переміщені особи, вимушена міграція, проблеми життя, психічні розлади,

асоційовані зі стресом, розлади адаптації, ПТСР, тривога, депресія, психосоматичні розлади, якість життя.

Як наведено у наукових джерелах, протягом трьох періодів, у яких діагностуються психогенні порушення, пов'язані з вимушеною міграцією, у ВПО мають місце як психотичні, так і непсихотичні реакції, порушення або розлади. В Україні з 2014 року протягом дії збройного конфлікту на сході з боку РФ населення країни вперше у новітній історії зіткнулось з вимушеною міграцією у значному масштабі. Тому вивчення та діагностика психічних та поведінкових порушень і розладів у ВПО є вкрай важливими, оскільки отримані дані можуть свідчити про зростання поширеності та безпосередньо впливати на статистичні показники розповсюдженості даної патології в нашій країні, а в загальному підсумку бути індикаторами погіршення здоров'я нації. Значну увагу при проведенні пошуку та аналізу літературних джерел ми приділяли діагностиці, клініці, психопрофілактиці та своєчасному наданню спеціалізованої допомоги вказаному вище контингенту осіб.

Основні наукові результати розділу опубліковані в працях:

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, здійснила набір клінічного матеріалу і аналіз отриманих даних).*

2. О.О. Хаустова, Н.В. Коваленко (2015). Особливості розладів психіки та поведінки у внутрішньо переміщених осіб. *Архів психіатрії*. Т.21, №1(80), 163-164. *(дисертантка брала участь у формуванні мети дослідження, здійснила набір клінічного матеріалу і аналіз отриманих даних).*

РОЗДІЛ 2
МАТЕРІАЛИ, ОБ'ЄКТ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Наведені у огляді літератури дані щодо сучасного стану проблеми ПППіР у ВПО, пов'язаних з вимушеною внутрішньою міграцією (ВВМ), переконливо доводять її актуальність.

Для досягнення мети і завдань дисертаційної роботи нами детально описано дизайн дослідження, наведено базові соціально-демографічні показники, притаманні обстеженим, а також розроблено спеціальний інструментарій (Уніфіковану карту), затверджену на Вченій раді Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології Міністерства охорони здоров'я України (нині – ДУ «НДІП МОЗ України») від «14» січня 2015 року, протокол № 1.

2.1. Дизайн дослідження та загальна характеристика обстежених хворих

Дизайн дослідження містив чотири етапи (рис. 2.1).

Рис. 2.1. Дизайн дослідження

Перший етап (2014-2015 рр.) було присвячено здійсненню аналізу літературних джерел з оцінкою сучасного стану проблеми ПППіР у ВПО.

Другий етап (2015-2016 рр.) включав в себе вибір матеріалу та методів дослідження; розробку і апробацію Уніфікованої карти медичного обстеження для скринінгової діагностики ПППіР у ВПО.

До Уніфікованої карти увійшли дані клініко-анамнестичного обстеження ВПО, питання щодо їх участі у психотравмівних подіях; тривалості вимушеного внутрішнього переміщення (ВВП); а також факторів, які впливають на стан здоров'я внутрішніх мігрантів – коди Z00-99 за МКХ-10, 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.

Так, на цьому етапі за умови інформованої згоди із дотриманням принципів біоетики та деонтології за період 2015-2016 рр. проводилось комплексне обстеження 245 ВПО у віці від 20 до 60 років включно, які були змушені покинути місця свого постійного проживання у зв'язку зі збройним конфліктом на сході країни та АР Крим і тимчасово проживали в 4-х санаторіях м. Одеси («Куяльник») і Одеської області (смт. Сергіївка – «Сенетатя», «Сперанца», «Плай»). Внутрішньо переміщені особи змінили своє місце

проживання за сприяння волонтерських організацій, а контингент складали найбільш незахищені прошарки населення.

Скринінг включав клініко-анамнестичне, соціально-демографічне, клініко-психопатологічне і психодіагностичне дослідження ВПО. За допомогою клініко-анамнестичного метода отримано інформацію та проведено аналіз показників щодо спадковості, особливостей розвитку, а також зібрані дані про соматичний, неврологічний, психічний стан обстежених.

Соціально-демографічний метод застосовували для отримання об'єктивних даних з метою аналізу сімейної, професійно-трудової, соціальної адаптації. Серед демографічних показників визначався розподіл досліджених хворих за віком та статтю.

Клініко-психопатологічний метод реалізований у вигляді напівструктурованого психопатологічного інтерв'ю, основною метою якого була комплексна оцінка психічного статусу пацієнта. Психічні порушення діагностувалися відповідно до критеріїв МКХ-10 розділу V «Психічні розлади» [229]. Провідний психопатологічний синдром визначався відповідно до глосарію психопатологічних симптомів [230]. Психодіагностичний метод був задіяний із використанням самоопитувальника стану здоров'я PHQ [231]; опитувальника оцінки якості життя SF-36 [232]; госпітальної шкали тривоги і депресії HADS [233]; короткої психіатричної оціночної шкали BPRS [234]; опитувальника вираженості симптомів ПТСР [235].

За результатами скринінгу відібрано 130 респондентів. До критеріїв включення відносились: вік від 20 до 60 років включно; ВВМ з місця свого постійного проживання у зв'язку зі збройним конфліктом з боку Російської Федерації на сході України та АР Крим; наявність добровільної усвідомленої згоди. 115 ВПО були вилучені з подальшого дослідження. До критеріїв виключення відносилися: вік молодше 18 і старше 60 років; відсутність добровільної усвідомленої згоди на обстеження та виражене інтелектуально-мнестичне зниження.

На третьому етапі дослідження (2017-2018 рр.) проводилась статистична обробка та аналітична інтерпретація отриманих результатів, а також розподілення обстежених осіб на 3 групи: 1) група хворих із соматичною патологією (ГХСП), до якої увійшло 43 ВПО (33%) – контингент з діагностованими раніше хронічними соматичними захворюваннями; 2) група хворих з психічною патологією (ГХПП), до складу якої увійшло 43 ВПО (33%) – респонденти з інвалідністю за психічним захворюванням; 3) група «умовно здорових» (ГУЗ), яку склали 44 ВПО (34%) – особи, які не мали тяжких хронічних захворювань чи інвалідності до участі в психотравмівній ситуації та вимушеного переміщення.

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

Серед 130 обстежених внутрішньо переміщених осіб переважали жінки з питомою вагою 69,2% від усіх респондентів. У ГХСП і ГХПП жінки становили по 58,1%, а в ГУЗ – 90,9%. Отже, ГХСП і ГХПП стали репрезентативними за рівномірним ґендерним розподілом, в той час, як ГУЗ склали значною більшістю жінки (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Розподіл ВПО за статтю (n=130)

Стать	ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)		**Усього (n=130)**	
	n	%	n	%	n	%	**n**	**%**
Чоловіки	18	41,9	18	41,9	4	9,1	**40**	**30,8**
Жінки	25	58,1	25	58,1	40	90,9	**90**	**69,2**

За віковими групами обстежені особи розподілилися рівномірно у діапазоні від 20 до 60 років; одній особі (2,3%) був 21 рік. Середній вік для

ГХСП становив 52 роки; ГХПП – 38 років; ГУЗ – 56 років. Аналіз респондентів за віком та групами ГХСП, ГХПП та ГУЗ представлений в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Розподіл ВПО за віком (n=130)

Вік	ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)		**Усього (n=130)**	
	n	%	n	%	n	%	**n**	**%**
< 20	-	-	-	-	1	2,3	**1**	**0,8**
21-30	1	2,3	16	37,2	3	6,8	**20**	**15,4**
31-40	9	20,9	10	23,3	4	9,1	**23**	**17,7**
41-50	3	7,0	9	20,9	10	22,7	**22**	**16,9**
51-60	30	69,8	8	18,6	26	59,1	**64**	**49,2**

Проаналізувавши освітній рівень досліджуваних, були визначені наступні результати: серед 130 обстежених ВПО практично половину респондентів склали особи з середньою спеціальною освітою – 49,2% (з майже однаковою кількістю у ГХСП, ГХПП та ГУЗ); досліджувані з вищою освітою − 26,9%; з середньою – 17,7%; з початковою і неповною середньою освітою загалом − 5,4%; а найменш питому вагу склали особи з неповною вищою освітою – 0,8%. Аналіз рівня освіти за групами представлений в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Розподіл ВПО за рівнем освіти (n=130)

Рівень освіти	ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)		**Усього (n=130)**	
	n	%	n	%	n	%	**n**	**%**
Початкова	-	-	3	7,0	1	2,3	**4**	**3,1**
Неповна середня	-	-	3	7,0	-	-	**3**	**2,3**
Середня	9	20,9	9	20,9	5	11,4	**23**	**17,7**

Продовження таблиці 2.3								
Середня спеціальна	20	46,5	20	46,5	24	54,5	**64**	**49,2**
Незакінчена вища	-	-	1	2,3	-	-	**1**	**0,8**
Вища	14	32,6	7	16,3	14	31,8	**35**	**26,9**

За типом зайнятості 100% респондентів з ГХПП становили особи з інвалідністю, а в ГХСП усі 43 хворих працювали на різних роботах. У ГУЗ 54,5% осіб були пенсіонерами; 31,8% − безробітними; кількість частково зайнятих складала 4,5% і повністю зайнятих – тільки 9,1% (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Розподіл ВПО за типом зайнятості (n=130)

Тип зайнятості	ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)		**Усього (n=130)**	
	n	%	n	%	n	%	**n**	**%**
Повна зайнятість	43	100	-	-	4	9,1	**4**	**3,1**
Часткова зайнятість	-	-	-	-	2	4,5	**2**	**1,5**
Безробітний(-а)	-	-	-	-	14	31,8	**14**	**10,7**
Пенсіонер(-ка)	-	-	-	-	24	54,5	**24**	**18,5**
Особа з інвалідністю	-	-	43	100	-	-	**86**	**66,2**

За сімейним станом ВПО розподілилися так: 27,7% були розлучені або неодружені (незаміжні), 14,6% становили вдівці (ця категорія ВПО включає респондентів з підвищеним ризиком формування розладів психіки та поведінки); 24,6% − одружені; 5,4% − проживали в цивільному шлюбі; 60,5% − неодружені з ГХПП (що свідчить про певні складнощі внаслідок хвороби у міжособистісних стосунках при створенні родини). Аналіз сімейного стану ВПО за групами наведений в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Розподіл ВПО за сімейним станом (n=130)

Сімейний стан	ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)		**Усього (n=130)**	
	n	%	n	%	n	%	**n**	**%**
Неодружений(незаміжня)	8	18,6	26	60,5	2	4,5	**36**	**27,7**
Одружений(заміжня)	8	18,6	4	9,3	20	45,5	**32**	**24,6**
Розлучений(-а)	15	34,9	9	20,9	12	27,3	**36**	**27,7**
Вдівець/вдова	8	18,6	2	4,7	9	20,5	**19**	**14,6**
Проживає в цивільному шлюбі	4	9,3	2	4,7	1	2,3	**7**	**5,4**

Проаналізувавши розподіл обстежених за сумісним проживанням, виявлено, що більшість ВПО в період вимушеного переміщення проживали з дітьми – 26,9%; наодинці – 24,6% або з батьками – 20,8%. 13,9% мешкали з чоловіком/дружиною; 9,2% − з чоловіком/дружиною та дітьми; по 2,3% обрали відповідь «З чоловіком/дружиною, дітьми і батьками» та «Інше». З ГХСП 44,2% проживали на одинці, а 48,8% ГХПП – з батьками, що свідчило про складнощі при створенні родини (у хворих ГХСП та ГХПП) та потребу у догляді (у ВПО з ГХПП). Детальний аналіз за групами ГХСП, ГХПП та ГУЗ наведений в табл. 2.6.

Таблиця 2.6

Розподіл ВПО за сумісним проживанням (n=130)

Проживання	ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)		**Усього (n=130)**	
	n	%	n	%	n	%	**n**	**%**
Один/одна	19	44,2	9	20,9	4	9,1	**32**	**24,6**
З батьками	4	9,3	21	48,8	2	4,5	**27**	**20,8**
З чоловіком/ дружиною	7	16,3	3	7,0	8	18,2	**18**	**13,9**

Продовження таблиці 2.6								
З дітьми	9	20,9	6	14,0	20	45,5	**35**	**26,9**
З чоловіком/дружиною та дітьми	3	7,0	1	2,3	8	18,2	**12**	**9,2**
З чоловіком/дружиною, дітьми і батьками	-	-	3	7,0	-	-	**3**	**2,3**
Інше	1	2,3	-	-	2	4,5	**3**	**2,3**

Переважна більшість ВПО оцінювали своє матеріальне становище як погане – 43% (55,8% − у ГХСП; 65,1% − у ГХПП і 9,1% − у ГУЗ) і середнє – 36,2% (27,9% в ГХСП, 32,6% в ГХПП і 47,7% у ГУЗ); крайні варіанти обрали 14,6% − «дуже добре» і 6,2% − «дуже погане» (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

Розподіл ВПО за оцінкою матеріального становища (n=130)

Оцінка матеріального становища	ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)		**Усього (n=130)**	
	n	%	n	%	n	%	**n**	**%**
Дуже погане	6	14,0	1	2,3	1	2,3	**8**	**6,2**
Погане	24	55,8	28	65,1	4	9,1	**56**	**43,0**
Середнє	12	27,9	14	32,6	21	47,7	**47**	**36,2**
Дуже добре	1	2,3	-	-	18	40,9	**19**	**14,6**

80% обстежених скаржилися на самопочуття: 93% з ГХСП; 72,1% − ГХПП і 75% − ГУЗ. Переважна більшість (65,4%) респондентів ВПО постійно приймали ліки: 67,4% хворих з ГХСП; 69,8% − ГХПП і 59,1% − ГУЗ (табл. 2.8).

Таблиця 2.8

Розподіл ВПО за наявністю скарг та прийомом ліків (n=130)

Показник	Значення	ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)		**Усього (n=130)**	
		n	%	n	%	n	%	**n**	**%**
Наявність скарг	Ні	3	7,0	12	27,9	11	25,0	**26**	**20,0**
	Так	40	93,0	31	72,1	33	75,0	**104**	**80,0**
Прийом ліків	Ні	14	32,6	13	30,2	18	40,9	**45**	**34,6**
	Так	29	67,4	30	69,8	26	59,1	**85**	**65,4**

Свідком або учасником психотравмівних подій були 93,8% респондентів без достовірної різниці між групами (табл. 2.9).

Таблиця 2.9

Розподіл ВПО за критерієм свідок/учасник психотравмівних подій (n=130)

Свідок/учасник психотравмівних подій	ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)		**Усього (n=130)**	
	n	%	n	%	n	%	**n**	**%**
Ні	3	7,0	2	4,7	3	6,8	**8**	**6,2**
Так	40	93,0	41	95,3	41	93,2	**122**	**93,8**

Половина обстежених перебували у вимушеному переміщенні понад один рік (51,2% з ГХСП; 69,8% − ГХПП і 29,5% − ГУЗ); більше третини (36,1%) – від 6 місяців до одного року (37,2% з ГХСП; 27,9% − ГХПП і 43,2% − ГУЗ); 8,5% − від 3 до 6 місяців і 5,4% від 1 до 3 місяців (табл. 2.10).

Таблиця 2.10

Розподіл ВПО за тривалістю вимушеного переміщення (n=130)

Тривалість вимушеного переміщення	ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)		**Усього (n=130)**	
	n	%	n	%	n	%	**n**	**%**
1−3 міс.	1	2,3	1	2,3	5	11,4	**7**	**5,4**
3−6 міс.	4	9,3	-	-	7	15,9	**11**	**8,5**
6 міс.− 1 рік	16	37,2	12	27,9	19	43,2	**47**	**36,1**
> 1 року	22	51,2	30	69,8	13	29,5	**65**	**50,0**

Серед проблем зі здоров'ям у ВПО до вимушеного переміщення переважали хвороби нервової системи – 41,5%, психічні розлади – 38,5%, неврози – 33,8% та розлади поведінки – 33,0%. Далі йшли хвороби органів чуття та доброякісні новоутворення – по 18,5%. На зловживання алкоголем припадало 10,8% і розлади харчування – 10,0%. Вроджені вади розвитку спостерігалися у 3,8% ВПО, злоякісні новоутворення – у 1,5%. Найменшу питому вагу складали хромосомні аномалії – 0,8% (табл. 2.11, рис. 2.2).

Таблиця 2.11

Проблеми зі здоров'ям у ВПО до вимушеного переміщення (n=130)

Проблеми зі здоров'ям у ВПО до вимушеного переміщення	ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)		**Усього (n=130)**	
	n	%	n	%	n	%	**n**	**%**
Злоякісні новоутворення	0	0	1	2,3	1	2,3	**2**	**1,5**
Доброякісні новоутворення	9	20,9	4	9,3	11	25,0	**24**	**18,5**
Зловживання алкоголем або іншими ПАР	5	11,6	6	13,9	3	6,8	**14**	**10,8**
Неврози	13	30,2	19	44,2	12	27,3	**44**	**33,8**
Розлади поведінки	4	9,3	36	83,7	3	6,8	**43**	**33,0**

						Продовження таблиці 2.11		
Психічні розлади	6	13,9	40	93,0	4	9,1	**50**	**38,5**
Хвороби нервової системи	30	69,8	16	37,2	8	18,2	**54**	**41,5**
Хвороби органів чуття	14	32,6	1	2,3	9	20,5	**24**	**18,5**
Вроджені вади розвитку і деформації	2	4,7	3	7,0	0	0	**5**	**3,8**
Хромосомні аномалії	1	2,3	0	0	0	0	**1**	**0,8**
Розлади харчування	6	13,9	1	2,3	6	13,6	**13**	**10,0**
Інше	0	0	1	2,3	1	2,3	**2**	**1,5**

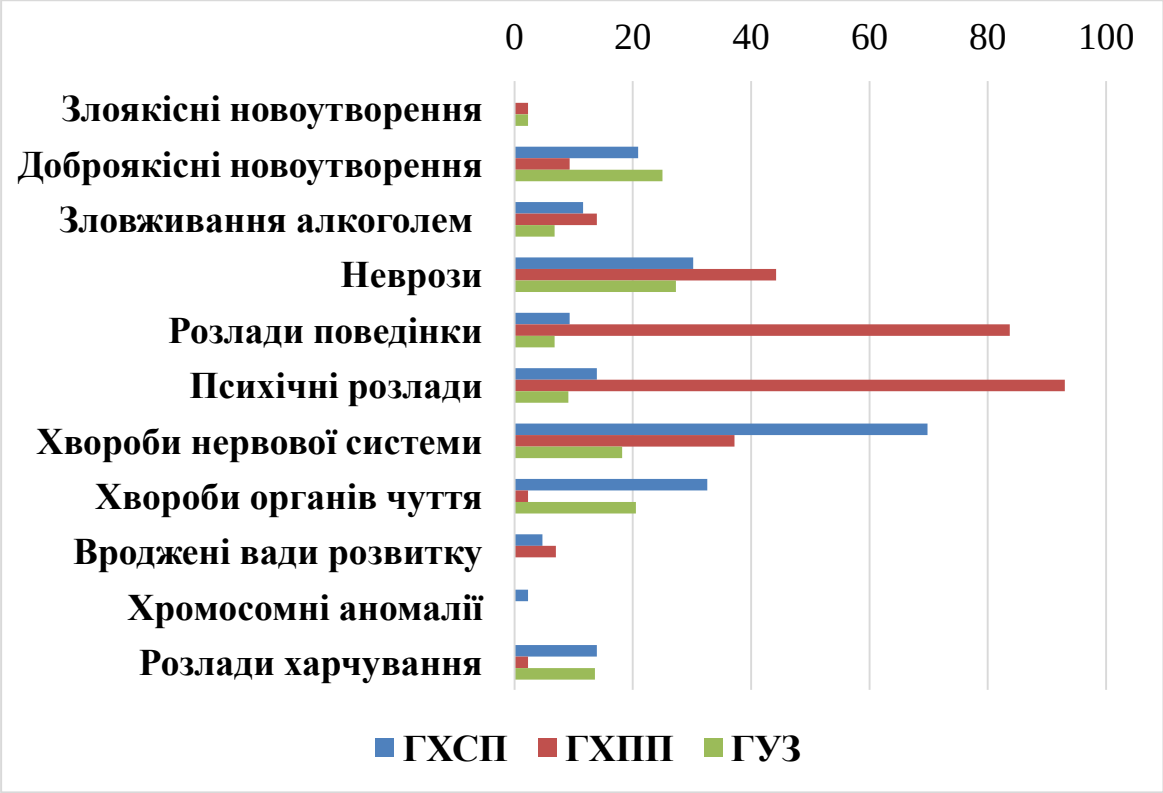

Рис. 2.2. Проблеми зі здоров'ям у ВПО до вимушеного переміщення за групами, %

2.2. Особливості впливу соціальних і біологічних факторів на психічний стан здоров'я внутрішньо переміщених осіб

З потенційною небезпекою для здоров'я, пов'язаною із соціально-економічними та психосоціальними обставинами, тією чи іншою мірою

зіткнулися усі ВПО. Так, на відсутність роботи скаржились 43% респондентів (39,5% із ГХСП, 51,1% із ГХПП і 38,6% із ГУЗ); житла – 74,6% (79,0% із ГХСП, 83,7% із ГХПП і 61,4% із ГУЗ). 74,4% ВПО були незадоволені житловими умовами, в яких вимушені перебувати (74,4% із ГХСП, 79,1% із ГХПП і 56,8% із ГУЗ); 36,2% відмічали напружені відносини з сусідами у зв'язку з високою щільністю поселення, а також різницею у соціально-економічному статусі, рівні освіти та морально-етичних нормах поведінки (27,9% із ГХСП, 55,8% із ГХПП і 25,0% із ГУЗ). 84,6% ВПО наголошували на відсутності адекватної їжі (60,5% із ГХСП, 46,5% із ГХПП і 56,8% із ГУЗ). На низький рівень доходу вказували 86,2% ВПО (86,0% із ГХСП, 93,0% із ГХПП і 79,6% із ГУЗ). 89,2% відчували недостатність соціального страхування (90,7% із ГХСП, 88,4% із ГХПП і 88,6% із ГУЗ). З проблемами, що пов’язані з адаптацією до зміни способу життя зіткнулись 70% (86,0% із ГХСП, 65,1% із ГХПП і 59,1% із ГУЗ). 30% відчували дискримінацію з боку місцевого населення та співробітників органів місцевого самоврядування (41,9% із ГХСП, 18,6% із ГХПП і 39,0% із ГУЗ). 93% ВПО назвали себе жертвами військових дій (97,7% із ГХСП, 95,4% із ГХПП і 86,4% із ГУЗ). 81,5% висловлення невдоволення недостатністю або недоступністю медичної допомоги (88,4% із ГХСП, 76,7% із ГХПП і 79,6% із ГУЗ). Вживали тютюн 29,2% (20,9% із ГХСП, 46,5% із ГХПП і 20,5% із ГУЗ), алкоголь – 18,5% (18,6% із ГХСП, 20,9% із ГХПП і 15,9% із ГУЗ). Переїдали 4,6% ВПО (4,7% із ГХСП, 2,3% із ГХПП і 4,6% із ГУЗ). Агресивну поведінку у себе відмічали 22,3% респондентів (20,9% із ГХСП, 32,6% – ГХПП і 13,6% – ГУЗ) (табл. 2.12).

Таблиця 2.12

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

Фактори, що впливають на психічний стан здоров'я (Z00-Z99)	ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)		**Усього (n=130)**	
	n	%	n	%	n	%	**n**	**%**
Відсутність роботи (Z56.0)	17	39,5	22	51,1	17	38,6	**56**	**43,0**
Тяжкі умови праці/напружений графік (Z56.5)	0	0	0	0	1	2,0	**1**	**0,8**
Відсутність житла (Z59.0)	34	79,0	36	83,7	27	61,4	**97**	**74,6**
Незадовільні житлові умови (Z59.1)	32	74,4	34	79,1	25	56,8	**91**	**70,0**
Конфлікти з сусідами (Z59.2)	12	27,9	24	55,8	11	25,0	**47**	**36,2**
Відсутність адекватної їжі (Z59.4)	26	60,5	20	46,5	25	56,8	**71**	**54,6**
Низький рівень доходу (Z59.6)	37	86,0	40	93,0	35	79,6	**112**	**86,2**
Недостатність соціального страхування (Z59.7)	39	90,7	38	88,4	39	88,6	**116**	**89,2**
Проблеми, пов'язані з адаптацією до зміни способу життя (Z60.0)	37	86,0	28	65,1	26	59,1	**91**	**70,0**
Жертва дискримінації (Z60.5)	18	41,9	8	18,6	13	29,6	**39**	**30,0**
Жертва військових дій/тероризму (Z65.5)	42	97,7	41	95,4	38	86,4	**121**	**93,0**
Недостатність/недоступність медичної допомоги (Z75.3)	38	88,4	33	76,7	35	79,6	**106**	**81,5**
Вживання тютюну (Z72.0)	9	20,9	20	46,5	9	20,5	**38**	**29,2**
Вживання алкоголю (Z72.1)	8	18,6	9	20,9	7	15,9	**24**	**18,5**
Переїдання (Z72.4)	2	4,7	1	2,3	3	6,8	**6**	**4,6**
Агресивна поведінка (Z72.8)	9	20,9	14	32,6	6	13,6	**29**	**22,3**

2.2.1. Розподіл обстежуваного контингенту за МКХ-10

Проаналізувавши спектр психічних та поведінкових порушень і розладів у ВПО, виявлено, що найбільш питому вагу в загальній вибірці склали тривожний і великий депресивний синдроми – 37,7% і 23,8% відповідно, адаптаційні порушення – 25,4%, зловживання алкоголем – 16,2% тощо.

За досліджуваними групами ППППіР розподілились нерівномірно. Так, у ГХСП і ГУЗ переважали адаптаційні (32,6% і 40,9% відповідно) та тривожні порушення (25,6% і 15,9% відповідно), далі йшли зловживання алкоголем (18,6% і 9,1% відповідно) і депресивні порушення (14,0% у ГХСП і 8,5% у ГУЗ). Останнє місце займали розлади харчування (7,0% і 6,8% відповідно). У ГХПП на перший план вийшло зловживання алкоголем – 20,9%, а на частку порушення адаптації та харчування припало 2,3% і 4,7% відповідно. Такі розлади, як ПТСР та нервова булімія зустрічалися лише у респондентів ГУЗ (по 2,3%), також одна людина з цієї групи на тлі змішаного тривожно-депресивного порушення та ПТСР скоїла завершений суїцид шляхом утоплення (Х71).

Нами були визначені достовірні кореляції між нозологічними одиницями та соціально-демографічними факторами. Зловживання алкоголем в ГХСП мало помірний негативний зв'язок з чоловічою статтю (r=-0,321, p=0,018), віком (r=-0,324, p=0,017) і рівнем освіти (r=-0,288, p=0,030) – частіше спостерігався у більш молодих, менш освічених чоловіків; в ГХПП відмічали сильний негативний зв'язок з чоловічою статтю (r=-0,490, p<0,01) та помірний з кількістю осіб, що проживали разом (r=-0,346, p=0,012).

Помірний депресивний епізод в ГХСП корелював з кількістю осіб, що проживали разом (r=0.272, p=0.039).

Змішане тривожно-депресивне порушення частіше зустрічалося у чоловіків (r=-0,450, p=0,001).

Адаптаційні порушення корелювали з рівнем освіти (r=0,287, p=0,030) – частіше спостерігалися в осіб з вищим рівнем освіти у ГУЗ; рідше – у респондентів ГХСП, що мали скарги на свій фізичний стан (r=-0,283, p=0,033) і приймали лікарські препарати (r=0,394, p=0,004). Пролонгована депресивна реакція при адаптаційних порушеннях частіше спостерігалась у ВПО більш молодого віку з ГХСП (r=-0,260, p=0,046) та залежала від кількості осіб, що проживали разом в ГУЗ (rs=0,291, p=0,028), а змішана тривожно-депресивна реакція у більш освічених ВПО з ГХСП

(r=0,379, p=0,006), респондентів ГУЗ, котрі скаржилися на свій фізичний стан (r=0,259, p=0,045) та обстежених з ГУЗ і ГХСП, які приймали лікарські препарати (відповідно r=0,299, p=0,024, r=0,306, p=0,023).

Переїдання частіше спостерігалося у ВПО більш старшого віку (r=0,288 p=0,031), чоловіків (r=-0,260, p=0,046) з ГХПП, які мали сім'ю (r=0,311, p=0,021).

Кореляційні зв'язки простежувались і в середині нозологій ГХПП. Так, шизофренія (F20.0), на відміну від легкої розумової відсталості (F70), частіше зустрічалась у більш освічених (відповідно r=0,260 p=0,046, r=-0,438 p=0,002), нехолостих людей (відповідно r=0,322, p=0,015, r=-0,354 p=0,010) середнього віку (відповідно r=0,487, p<0,01, r=-0,469 p=0,001), які приймали лікарські препарати (відповідно r=0,441, p=0,002, r=-0,687 p<0,01). Органічні розлади особистості спостерігалися у чоловіків (r=-0,392 p=0,005), які мали скарги на свій фізичний стан (r=0,274 p=0,038) і приймали лікарські препарати (r=0,290 p=0,029).

2.3. Методи дослідження

З огляду на мету, завдання роботи, результати скринінгу та рандомізацію респондентів нами були відібрані методи психодіагностичного дослідження: 1) самоопитувальник стану здоров'я PHQ; 2) опитувальник оцінки якості життя SF-36; 3) коротка психіатрична оціночна шкала BPRS; 4) госпітальна шкала тривоги і депресії HADS; 5) опитувальник вираженості симптомів ПТСР [235].

2.3.1. Самоопитувальник стану здоров'я за методикою PHQ

Самоопитувальник стану здоров'я PHQ був розроблений Drs. Kurt Kroenke, Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams та ін. і затверджений як інструмент ефективної діагностики п'яти найпоширеніших розладів психіки: депресивних, тривожних, соматоформних, а також розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю і харчової поведінки [231].

В останнє десятиріччя як PHQ в цілому, так і його кластер, що стосується виявлення депресивних симптомів (який був виділений в окремий

опитувальник під назвою PHQ-9) отримали дуже широке поширення в умовах напруженої клінічної практики для скринінгу пацієнтів. Той факт, що PHQ-9 виявився досить вдалим інструментом для оцінки і моніторингу ступеня важкості депресії, сприяв появі нової шкали оцінки тривоги, яка містить 7 питань і від самого початку розроблялася для діагностики генералізованого тривожного розладу (звідси її назва GAD-7, ГТР-7). Хоча GAD-7 призначена для діагностики ГТР, доведено, що вона також має високу чутливість і специфічність у відношенні панічного розладу, соціальної фобії і посттравматичного стресового розладу. Нарешті, після неодноразових досліджень, із PHQ була виділена шкала PHQ-15, яка все частіше використовується для оцінки соматичного статусу пацієнта, його важкості, і можливої присутності соматизації та соматоформних розладів.

Особливо важливим є оцінка ризику самогубства в осіб, які позитивно відповідають на дев’яте питання PHQ-9, для чого був розроблений спеціальний скринінг, що містив 4 пункти, проте, остаточну відповідь на питання про фактичний ризик самоушкодження може дати тільки клінічне інтерв'ю.

Отже, самоопитувальник PHQ використовували як для встановлення попереднього діагнозу, так і для оцінки важкості стану. Результат оцінювався в балах: 5 балів означає легкий, 10 – середній, а 15 – тяжкий рівень порушення. Оцінка в 10 балів або вище вважається «жовтим прапором» (говорить про те, що необхідно звернути увагу на наявність клінічно значущого розладу); оцінка в 15 балів або вище – це «червоний прапор» (вказує на те, що необхідно проводити активне лікування).

2.3.2. Опитувальник SF-36 (оцінка якості життя)

З початку 80-х років минулого століття в зарубіжній медичній літературі з'явилась інформація про використання в оцінці результатів лікування показника «якості життя» (Quality of Life, QOL). У 1982 р. Bush J.W. і Kaplan R.M. запропонували термін: «health-related quality of life» або HRQOL

(пов'язаний зі здоров'ям якості життя) [236], щоб виділити актуальні поняття медичного характеру з широкого і загального значення поняття «якості життя».

Опитувальник SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item short form health survey) – це неспецифічний опитувальник якості життя, розроблений в 1992 році американськими лікарями John E. Ware і Cathy D. Sherbourne [232] і є одним із найбільш поширених методів вимірювання якості життя, пов'язаної зі здоров'ям. SF-36 використовується в клінічній практиці та наукових дослідженнях для оцінки загального здоров'я населення у віці від 14 років і старше, незалежно від наявного захворювання, статевих, вікових особливостей та специфіки того чи іншого лікування. Він відображає загальне благополуччя і ступінь задоволеності тими сторонами життєдіяльності людини, на які впливає стан здоров'я та дозволяє оцінити суб'єктивну задоволеність хворого своїм фізичним й психічним станом, соціальним функціонуванням, а також позначає самооцінку ступеня вираженості больового синдрому.

При інтерпретації даних враховується сумарний показник по кожній підшкалі (T і D), при цьому виділяються 3 групи значень: 0-7 балів – норма; 8-10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія; 11 балів і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

2.3.3. Коротка психіатрична оціночна шкала BPRS

Коротка психіатрична оціночна шкала (Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS) – клінічна психіатрична шкала для оцінки ступеня вираженості продуктивної психопатологічної симптоматики, розроблена Drs. John Overall і Donald Gorham в 1962 році [234].

2.3.4. Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS

Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) призначена для визначення ступеня емоційного стресу, пов'язаного з проявом соматичного неблагополуччя (емоційна модальність реагування). Розроблена Zigmond A.S. і Snaith R.P. у 1983 р. [233] для виявлення оцінки тяжкості депресії і тривоги в умовах загальномедичної

практики. Відрізняється простотою застосування й обробки (заповнення шкали не потребує тривалого часу та не викликає ускладнень у пацієнта), що дозволяє використовувати її в загальномедичній практиці для первинного виявлення тривоги і депресії у пацієнтів (скринінгу). Опитувальник має високу дискримінантну валідність щодо двох розладів: тривоги і депресії. Він складається з 2-х шкал (відповідно виявляють невротичні тривогу і депресію), які містять 14 питань – по 7 на кожну. Підшкала Т – «тривога»: непарні твердження 1, 3, 5, 7, 9,11,13; підшкала D – «депресія»: парні твердження 2, 4, 6; 8, 10, 12, 14. Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповідей, що відображають ступінь наростання симптоматики, від 0 балів (відсутність ознаки) до 4 (максимальна її вираженість).

При інтерпретації даних враховували сумарний показник по кожній підшкалі (Т і D), при цьому виділяються 3 групи значень: 0-7 балів – норма; 8-10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія; 11 балів і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

2.3.5. Опитувальник вираженості симптомів ПТСР

Опитувальник вираженості симптомів ПТСР був розроблений колективом авторів [235] на основі низки методик, пов’язаних з діагностикою ПТСР, і критеріїв DSM-IV для оцінки вираженості симптомів ПТСР в осіб, яким довелось залишити місця колишнього проживання внаслідок війн, конфліктів, стихійних лих. Цей опитувальник застосовується, зокрема, для дослідження рівня ПТСР у біженців і вимушених переселенців.

Опитувальник складається з 5 пунктів. Перші два пункти виявляють відповідність події і реакції респондента на подію – відповідають критерію А ПТСР за міжнародною класифікацією DSM-IV.

Перший пункт містить перелік з 7 трагічних подій, серед яких потрібно відмітити ті, що сталися з пацієнтом, другий – з переліку реакцій, що супроводжували перенесені події.

Третій пункт складається з 17 тверджень, які можуть траплятися з пацієнтом «часто», «інколи» або «ніколи». В цьому пункті виявляється наявність і кількість симптомів, які відповідають критеріям B, C, D ПТСР за DSM-IV.

Окремо відзначаються такі форми розладу: гостра – тривалість симптомів менше 3 місяців; хронічна – симптоми зберігаються протягом 3 місяців і більше. Також виділяється ПТСР з відстроченим початком – симптоми почали проявлятися, щонайменше, через 6 місяців після впливу стресора.

2.3.6. Методи статистичної обробки матеріалу

Статистичний аналіз і обробка даних проводились з використанням параметричних і непараметричних методів математичної статистики із застосуванням статистичної програми SPSS 26.0 для Windows [237]. Розраховувалися: середня арифметична (M); середньоквадратичне відхилення (σ); помилка середньої арифметичної (m). Достовірність відмінностей аналізувалася методом порівняння двох показників (t-критерій Стьюдента), за допомогою якого визначалася значимість відмінностей двох груп за середнім значенням будь-якого показника. Для оцінки достовірності відмінностей параметрів за даними вибіркової сукупності щодо кількісних показників бралися до уваги три рівні значущості: 5% (ймовірність помилкової оцінки – P=0,05), 1% (P=0,01) і 0,1% (P=0,001).

Так, кореляційний аналіз, здійснений на підставі обчислень коефіцієнтів Spearman і Pearson, дозволив встановити кількісні та якісні взаємозв'язки між досліджуваними ознаками респондентів.

Оскільки тестова статистика була симетрично розподілена, ми вибрали одну з трьох альтернативних гіпотез, що відповідає One-tailed test, який забезпечує більшу можливість для виявлення кореляційного ефекту. One-tailed test − це тест статистичної гіпотези, створений для того, щоб показати, що середнє значення вибірки буде вище або нижче середнього значення популяції, але не таке саме.

Також було встановлено значення ймовірності − Р-значення. Рівень значущості − це ймовірність неправильного (хибного) висновку про те, що нульова гіпотеза помилкова. Значення значущості, що використовували в One-tailed test, дорівнює 1%, 5% або 0,1%. Значення ймовірності обчислювалося в припущенні, що нульова гіпотеза правильна. Чим нижче Р-значення, тим сильніше доказ того, що нульова гіпотеза помилкова.

Висновки до розділу 2

У другому розділі представлено структурований дизайн роботи, який складається з чотирьох етапів; принципи формування вибірки респондентів та розподілу на основну групу і групу порівняння, обґрунтування вибору; опис методів дослідження, загальна характеристика обстежених ВПО.

Так, за критеріями включення (вік від 20 до 60 років, вимушена міграція з місця свого постійного проживання у зв'язку зі збройним конфліктом на сході України) було проведено комплексне обстеження 245 ВПО, які тимчасово проживали в санаторіях м. Одеси та Одеської області, з яких за критеріями виключення (вік молодше 18 років; відсутність добровільної усвідомленої згоди на обстеження та виражене інтелектуально-мнестичне зниження) 115 ВПО вилучені з подальшого дослідження. Із генеральної сукупності зі 130 відібраних респондентів шляхом кластеризації за ознакою провідної патології або її відсутності для порівняння та подальшої роботи створено три репрезентативні групи респондентів: хворі з соматичною патологією (ГХСП – 33% ВПО); хворі із психічною патологією та інвалідністю за психічним захворюванням (ГХПП – 33% ВПО); «умовно здорові» (ГУЗ – 34% ВПО), які не мали тяжких хронічних хвороб чи інвалідності. Для досягнення поставленої мети та виконання завдань роботи використовували клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний і статистичний методи дослідження.

З метою вивчення предиспозиційних і превентивних чинників розвитку клініко-динамічних особливостей психічних та поведінкових порушень і розладів

у ВПО, згідно з аналізом літературних джерел, сукупності найбільш поширених синдромально-симптоматичних психопатологічних комплексів і хвороб у вимушених мігрантів, критеріїв включення\виключення була розроблена, апробована та впроваджена Уніфікована карта медичного обстеження ВПО, відібрані такі методики психодіагностичного дослідження: самоопитувальник стану здоров'я PHQ; опитувальник оцінки якості життя SF-36; госпітальна шкала тривоги і депресії HADS; коротка психіатрична оціночна шкала BPRS; опитувальник вираженості симптомів ПТСР. Діагностика психічної та поведінкової патології проводилась за критеріями МКХ-10 розділу V «Психічні розлади». Статистичний аналіз та обробка даних здійснювалися з використанням параметричних і непараметричних методів математичної статистики із застосуванням статистичної програми SPSS 26.0 для Windows.

У обстежених респондентів (n=130) переважали жінки: відповідно 69,2% серед усіх обстежених, 58,1% − в ГХСП, 58,1% − у ГХПП та 90,9% − у ГУЗ. За віковими групами ВПО розподілилися рівномірно у діапазоні від 20 до 60 років.

Майже половина ВПО усіх груп відповідала середньому спеціальному рівню (ГХСП – 46,5%, ГХПП – 46,5%, ГУЗ – 54,5% респондентів відповідно). Так, третина ВПО ГХСП (32,6%) та ГУЗ (31,8%) мали вищу освіту, а ВПО ГХПП здебільшого – неповну середню (7%) та початкову (7%) освіту. За сімейним станом переважна більшість ВПО ГХПП були неодруженими (незаміжніми) (60,5%), а ВПО ГУЗ – одруженими (заміжніми) (45,5%); майже третина ВПО ГХСП (34,9%), ГУЗ (27,3%), чверть ВПО ГХПП (20,9%) – розлученими, а найменша кількість вдівців/вдів зафіксована серед респондентів ГХПП, що є наслідком комунікативних особливостей осіб, які страждають на психічні порушення або розлади.

Практично половина з обстежених ГХСП (44,2%) проживали наодинці, ГХПП – з батьками (48,8%), ГУЗ – з дітьми (45,5%), що, безумовно, обумовлює формування психофізіологічних адаптаційних регістрів при впливі стресових

факторів на ВПО. Переважна більшість ВПО оцінювали своє матеріальне становище як погане – 43% і середнє – 36,2% без достовірної різниці у ГХСП та ГХПП. Також, 80% обстежених скаржились на самопочуття, а свідком або учасником психотравмуючих подій були 93,8% респондентів без достовірної різниці між групами. Половина обстежених (50%) перебували у вимушеному переміщенні понад 1 рік; більше третини (36,1%) – від 6 місяців до 1 року; 8,5% − від 3 до 6 місяців відповідно.

Дослідження предикторів формування ПППіР у ВПО в частині проблем зі здоров'ям до вимушеного переміщення виявило, що найбільшу питому вагу в усіх групах склали неврози (33%), порушення поведінки (33%), психічні порушення (38,5%), хвороби нервової системи (41,5%) (за груповими ознаками), хвороби органів чуття (18,5%), зловживання алкоголем або іншими ПАР (10,8%) та розлади харчування (10,0%).

Досліджувані групи ВПО були репрезентативними за принциповими показниками, проте мали деякі відмінності, обумовлені вихідними показниками стану здоров'я, що й передбачалось умовами дослідження. За виділеними кількісними та якісними параметрами проаналізовані вибіркові масиви, які показали наближеність до відповідних пропорцій генеральної сукупності, що дозволило продовжити дослідницьку роботу на основі отриманих даних.

При вивченні факторів, які впливали на стан здоров'я ВПО та мали предикторні властивості щодо формування порушень і розладів психіки та поведінки з'ясовано, що 93% респондентів вважали себе жертвами військових дій або тероризму, переважна більшість ВПО відмічала: відсутність житла; незадовільні житлові умови; низький рівень доходу та соціального страхування; недостатність або недоступність медичної допомоги, соціального страхування; наявність проблем, пов'язаних з адаптацією до зміни способу життя тощо. Слід зазначити, що ГХПП була найбільш чутлива до факторів відсутності роботи, незадовільних умов житла, низького рівню доходу, а також вони відрізнялись найбільшою мірою агресивною та конфліктною поведінкою, вживанням

тютюну і алкоголю. Таким чином, переважна більшість ВПО сприймала своє життя як проблемне та знаходилась в стані певної дезадаптації, що негативно впливало на стан їх психічного здоров'я.

Порушення і розлади психіки та поведінки в дослідженні представлені: депресивний епізод, генералізований тривожний розлад, змішане тривожно-депресивне порушення, ПТСР, адаптаційні порушення та розлади харчування, які діагностувалися відповідно до критеріїв МКХ-10 розділу V «Психічні розлади». Окремо за критеріями DSM-IV діагностувалось зловживання алкоголем.

Аналіз спектру психічних порушень і розладів у ВПО виявив, що найбільш питому вагу у загальній вибірці склали тривожний і великий депресивний синдроми – 37,7% і 23,8% відповідно, адаптаційні порушення – 25,4%, зловживання алкоголем – 16,2%. На частку розладів харчування і депресивних порушень припало 6,2% та 4,6% відповідно. За групами ГХСП, ГХПП і ГУЗ порушення і розлади психіки та поведінки розподілились не рівномірно: в ГХСП та ГУЗ переважали адаптаційні і тривожні порушення, далі йшли зловживання алкоголем. Останнє місце займали розлади харчування. У ГХПП на перший план вийшло зловживання алкоголем.

Основні наукові результати розділу опубліковані в таких працях:

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

2. 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. (*дисертантом здійснено аналіз отриманих даних, зроблено висновки дослідження*).

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/pmgp.v6i1.296 (дисертанткою здійснено аналіз отриманих даних, зроблено висновки дослідження).

4. 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.*

РОЗДІЛ 3
КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ ПОРУШЕНЬ І РОЗЛАДІВ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Психологічні фактори, як відомо, відіграють значну роль в забезпеченні психічного та фізичного здоров'я особистості. У зв'язку з цим, нами проведено клініко-психопатологічні і психодіагностичні дослідження з метою отримання даних, що відображають психологічні характеристики ВПО з ПППіР. Ці результати представлені в наведених нижче підрозділах розділів 3 і 4 (до і після лікування).

3.1. Клініко-психопатологічна характеристика обстежених внутрішньо переміщених осіб

У результаті проведення клініко-анамнестичного та клініко-психопатологічного досліджень нами виявлено, що загальними скаргами усіх категорій хворих були: дратівливість, порушення сну, швидка втомлюваність, зниження працездатності, коливання настрою, неспокійні думки, прагнення позбутися неприємних переживань, «заглушити» їх алкоголем або тютюнопалінням тощо. Для діагностики найпоширеніших ПППіР було застосовано самоопитувальник стану здоров'я PHQ (Patient Health Questionnaire) [231]. Встановлено, що серед ПППіР домінували тривожний і великий депресивний синдроми – 37,7% та 23,8% відповідно (з переважанням в ГХСП і ГУЗ), а також адаптаційні порушення – 25,4%. Зловживання алкоголем було 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 невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади – 6,9% (з переважанням в ГХСП). Останні місця займали розлади переїдання та нервова булімія (5,4% і 0,8% відповідно). Детальний аналіз порушень і розладів психіки та поведінки за методикою PHQ наведено в таблиці 3.1. На рисунку 3.1

представлено розподіл ППППіР у ВПО за методикою PHQ в загальній вибірці за групами ГХСП, ГХПП, ГУЗ.

Таблиця 3.1

Розлади і порушення психіки та поведінки у ВПО за методикою PHQ

Розлади і порушення психіки та поведінки	ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)		**Усього (n=130)**	
	n	%	n	%	n	%	**n**	**%**
Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади	7	16,3	-	-	2	4,5	**9**	**6,9**
Великий депресивний синдром	13	30,2	5	11,6	13	29,5	**31**	**23,8**
Інше депресивне порушення	6	14,0	1	2,3	4	9,1	**11**	**8,5**
Панічний синдром	5	11,6	1	2,3	7	15,9	**13**	**10,0**
Інший тривожний синдром	21	48,8	11	25,6	17	38,6	**49**	**37,7**
Невротична булімія	-	-	-	-	1	2,3	**1**	**0,8**
Розлади переїдання	3	7,0	2	4,7	2	4,5	**7**	**5,4**
Зловживання алкоголем	8	18,6	9	20,9	4	9,1	**21**	**16,2**

Рис. 3.1. Розподіл розладів і порушень психіки та поведінки у внутрішньо переміщених осіб за методикою PHQ, %

Аналіз тяжкості соматичної симптоматики показав переважання показників середнього і легкого ступенів в загальній вибірці (33,1% та 29,2% відповідно), з домінуванням середньої важкості в ГХСП та легкої в ГХПП і ГУЗ. Більшість респондентів скаржилися на головний біль, біль в суглобах, попереку, запаморочення тощо. Детальний аналіз тяжкості соматичної симптоматики за субшкалою PHQ-15 представлено в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Тяжкість соматичної симптоматики, субшкала PHQ-15

Тяжкість соматичної симптоматики	ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)		**Усього (n=130)**	
	n	%	n	%	n	%	**n**	**%**
легка	10	23,3	19	44,2	14	31,8	**43**	**33,1**
середня	17	39,5	11	25,6	10	22,7	**38**	**29,2**
виражена	11	25,6	1	2,3	10	22,7	**22**	**16,9**

Аналіз тяжкості депресивної симптоматики за субшкалою PHQ-9 показав домінування легкого ступеня (35,4%) в загальній вибірці і за групами ГХСП, ГХПП, ГУХ (табл. 3.3). У ГУЗ середній ступінь тяжкості спостерігався на рівні

з легким. Найпоширенішими скаргами за всіма групам були: поганий настрій; швидка стомлюваність; апатія, проблеми зі сном та концентрацією уваги.

Таблиця 3.3

Тяжкість депресивної симптоматики за субшкалою PHQ-9

Тяжкість депресивної симптоматики	ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)		**Усього (n=130)**	
	n	%	n	%	n	%	**n**	**%**
Легка	19	44,2	16	37,2	11	25,0	**46**	**35,4**
Помірна	8	18,6	13	30,2	5	11,3	**26**	**20,0**
Середня	8	18,6	4	9,3	11	25,0	**23**	**17,7**
Виражена	4	9,3	2	4,7	3	6,8	**9**	**6,9**

Аналіз тяжкості тривожної симптоматики за субшкалою GAD-7 показав домінування середнього ступеня (30,8%) в загальній вибірці і по групам ГХСП, ГХПП, ГУХ (табл. 3.4). Більшість ВПО відмічали підвищену нервозність, роздратованість, проблеми зі сном та зниження концентрації уваги, швидку втомлюваність.

Таблиця 3.4

Тяжкість тривожної симптоматики у ВПО за субшкалою GAD-7

Тяжкість тривожної симптоматики	ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)		**Усього (n=130)**	
	n	%	n	%	n	%	**n**	**%**
легка	9	20,9	9	20,9	5	11,4	**23**	**17,7**
помірна	12	27,9	11	25,6	7	15,9	**30**	**23,1**

							Продовження таблиці 3.4	
середня	17	39,5	14	32,6	9	20,5	**40**	**30,8**
виражена	2	4,7	-	-	7	15,9	**9**	**6,9**

Аналіз ризику самогубства, за Р4 скринінгом суїцидальності (для респондентів, що відповіли позитивно на питання щодо думок про самогубство) показав домінування мінімального ступеня в загальній вибірці і в ГХПП та ГУЗ, а в ГХСП переважав низький ступінь (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Ризик самогубства, Р4 скринінг суїцидальності

Ризик самогубства	ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)		**Усього (n=130)**	
	n	%	n	%	n	%	**n**	**%**
мінімальний	4	9,3	3	7,0	6	13,6	**13**	**10,0**
низький	5	11,6	2	4,7	4	9,1	**11**	**8,5**
високий	2	4,7	2	4,7	3	6,8	**7**	**5,4**

Виявлені достовірні кореляційні зв’язки між психічними та поведінковими порушеннями і розладами за методикою PHQ, ступенем їх важкості і соціально-демографічними показниками. Так, соматоформний розлад корелював з рівнем освіти в ГУЗ (r=0.287, p=0.03) та з прийомом лікарських препаратів у ГХСП (r=0.306, p=0.023).

Великий депресивний синдром у ГХПП частіше зустрічався у жінок (r=0,308, p=0,022) та підвищувався з віком (rs=0,261, p=0,045); в ГУЗ – у ВПО, які скаржились на фізичний стан (r=0,290, p=0,028) та приймали ліки (r=0,353, p=0,009). Депресивні розлади в ГХСП залежали від віку (r=0,314, p=0,020) і сімейного стану (r=0,452, p=0,001) – більше спостерігалися у осіб, які мали сім’ю зараз або в минулому та підвищувались з віком.

Панічний синдром у ГХСП частіше спостерігався у жінок (r=0,308, p=0,022). Інші тривожні синдроми корелювали зі статтю (r=0,263, p=0,044) та віком (r=0,287, p=0,031) – частіше були у жінок, немолодих осіб, та респондентів, які мали скарги на свій фізичний стан (r=0,268, p=0,041) й приймали лікарські препарати (r=0,381, p=0,006). У ГУЗ тривожний синдром корелював з віком (r=0,335, p=0,013), зайнятістю (r=0,283, p=0,032), частіше діагностувався в осіб, які скаржилися на свій фізичний стан (r=0,356, p=0,009) і приймали ліки (r=0,282, p=0,032). Частота тривожного синдрому в ГХПП підвищувалась з віком (rs=0,259, p=0,047), рівнем освіти (r=0,536, p<0,01) та у осіб, які приймали лікарські препарати (r=0,386, p=0,005).

Переїдання в ГХПП зазвичай спостерігалось у ВПО, які мали сім'ю зараз або в минулому (r=0,311, p=0,021), корелювало з чоловічою статтю (r=-0,260, p=0,046), віком (r=0,288, p=0,031) і підвищувалось з кількістю осіб, що проживають разом (rs=0,267, p=0,042).

Зловживання алкоголем в ГХСП корелювало з чоловічою статтю (r=-0,321, p=0,018), віком (r=-0,324, p=0,017) та рівнем освіти (r=-0,288, p=0,030); в ГХПП – з чоловічою статтю (r=-0,490, p<0,01) та сумісним проживанням (rs=0,267, p=0,042).

Рівень суїцидальності в ГХПП корелював зі статтю (r=0,274, p=0,038) і рівнем освіти (r=0,524, p<0.01) – був вищий у жінок та більш освічених осіб. В ГУЗ рівень суїцидальності співвідносився з віком (r=0,276, p=0,035), збільшувався при наявності скарг на фізичний стан (r=0,256, p=0,047) та прийом лікарських препаратів (r=0,300, p=0,024).

Тяжкість соматичної симптоматики (PHQ-15) в ГХПП, ГХСП та ГУЗ посилювалась з віком (відповідно rs=0,283, p=0,033, r=0,276, p=0,037, r=0,449, p=0,001), при наявності скарг на фізичний стан (відповідно r=0,533, p<0.01, r=0,329, p=0,016, r=0,407, p=0,003) та прийомі лікарських препаратів (відповідно r=0,506, p<0,01, r=0,435, p=0,002, r=0,363, p=0,008). Окремо в ГХСП важкість соматичної симптоматики корелювала зі статтю (rs=0,286, p=0,032) і з

тим, чи був респондент учасником/свідком психотравмівної ситуації (r=0,329, p=0,016).

Щодо ступеня тяжкості депресивної симптоматики (PHQ-9) у ГХПП, ГХСП та ГУЗ, то вона посилювалась з віком (відповідно r=0,468, p=0,001, r=0,262 p=0,045, r=0,269, p=0,039); аналогічно при наявності скарг на фізичний стан (відповідно r=0,414, p=0,003, r=0,264, p=0,044, r=0,312, p=0,02) та прийом лікарських препаратів (відповідно r=0,615, p<0,01, r=0,309, p=0,022, r=0,397, p=0,004). Окремо тяжкість депресивної симптоматики в ГХПП і ГХСП посилювалась з рівнем освіти (відповідно r=0,361, p=0,009, r=0,318, p=0,019); в ГХСП – з тим, чи був респондент учасником/свідком психотравмівної ситуації (r=0,280, p=0,034), а в ГУЗ – з тривалістю вимушеного переміщення (r=0,264, p=0,042), та зменшувалась при задоволенні теперішньою роботою (rs=-0,772, p=0,036).

Тяжкість тривожної симптоматики (GAD-7) у ГХПП, ГХСП та ГУЗ була вище в осіб, які мали скарги на свій фізичний стан (відповідно r=0,257, p=0,048, r=0,293, p=0,028, r=0,390, p=0,004) та приймали ліки (відповідно r=0,593, p<0,01, r=0,434, p=0,002, r=0,451, p=0,001). Окремо тяжкість тривожної симптоматики в ГХПП і ГХСП корелювала з віком (відповідно r=0,265, p=0,043, r=0,256, p=0,047); в ГХСП – з тим, чи був респондент учасником/свідком психотравмівної ситуації (r=0,321, p=0,018), а в ГУЗ – з тривалістю вимушеного переміщення (rs=0,298, p=0,025).

3.2. Аналіз якості життя у внутрішньо переміщених осіб

Оцінка якості життя за опитувальником SF-36 виявила найнижчі показники середнього балу за шкалою «Життєва активність» – 39,0 з переважанням у ГУЗ та ГХСП (32,5 і 34,5 відповідно). Далі йшли показники за шкалами «Загальний стан здоров’я» та «Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом» – по 52,3 (з переважанням в ГУЗ та ГХПП), далі «Соціальне функціонування» – 60,1 та «Інтенсивність болю» – 61,3 (з найнижчими показниками у ГХСП). Найвищі показники були за шкалами «Фізичне

функціонування» – 69,9 та «Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом» – 63,4 (з переважанням у ГХПП і ГУЗ).

Показники «Психологічний компонент здоров'я» та «Фізичний компонент здоров'я» у загальній вибірці були на рівні 43,6 та 44,1 балів відповідно (з більш вищими показниками у ГХПП). Найнижчими балами оцінювали якість свого життя ВПО з ГУЗ. Середній бал за шкалами SF-36 в загальній вибірці і за групами порівняння представлено у таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Середній показник оцінки якості життя за SF-36

Шкали SP-36	ГХСП (n=43)	ГХПП (n=43)	ГУЗ (n=44)	**Усього (n=130)**
Фізичне функціонування (PF)	49,7	83,5	76,6	**69,9**
Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (RP)	37,2	80,2	72,7	**63,4**
Інтенсивність болю (BP)	50,7	72,4	60,7	**61,3**
Загальний стан здоров'я (GH)	39,4	57,3	60,1	**52,3**
Життєва активність (VT)	34,5	50,0	32,5	**39,0**
Соціальне функціонування (SF)	50,9	63,1	66,3	**60,1**
Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (RE)	45,0	55,8	56,1	**52,3**
Психічне здоров'я (MH)	**40,3**	**53,3**	**38,6**	**44,1**
Фізичне здоров'я (PH)	**45,9**	**47,9**	**36,9**	**43,6**

При загальній оцінці рівня життя за показниками «Психічне здоров’я» та «Фізичне здоров’я» виявлено, що більшість респондентів оцінювали рівень свого психічного та фізичного здоров’я як середній (30,8% і 67,7% відповідно),

при чому хворі з ГХПП не вважали, що їх психічний стан заважає їм виконувати повсякденну хатню роботу (табл. 3.7 і 3.8).

Таблиця 3.7

Рівень якості життя за показником «Психічне здоров'я» у групах респондентів і загальній вибірці

Рівень якості життя	ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)		**Усього (n=130)**	
	n	%	n	%	n	%	n	%
низький	11	25,6	4	9,3	14	31,8	29	22,3
нижче за середній	12	27,9	7	16,3	7	15,9	26	20,0
середній	10	23,3	16	37,2	14	31,8	40	30,8
вище за середній	10	23,3	15	34,9	9	20,5	34	26,2
високий	-	-	1	2,3	-	-	1	0,8

Таблиця 3.8

Рівень якості життя за показником «Фізичне здоров'я» у групах респондентів і загальній вибірці

Рівень якості життя	ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)		**Усього (n=130)**	
	n	%	n	%	n	%	n	%
низький	-	-	1	2,3	4	9,1	5	3,8
нижче за середній	13	30,2	3	7,0	15	34,1	31	23,8
середній	25	58,1	38	88,4	25	56,8	88	67,7
вище за середній	4	9,3	1	2,3	-	-	5	3,8
високий	1	2,3	-	-	-	-	1	0,8

Нами також встановлено достовірні кореляційні зв'язки між показниками якості життя та соціально-демографічними даними. Так, показники «Фізичне функціонування» та «Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом»,

у ГХСП корелювали зі статтю та тривалістю вимушеного переміщення. Вони були достовірно вищими у жінок (відповідно r=0,391, p=0,005, r=0,428, p=0,002) та зменшувались при збільшенні тривалості переміщення (відповідно r=-0,467, p=0,001, r=-0,361, p=0,009). У ГХПП ці ж показники були достовірно нижчі у респондентів, які скаржились на свій фізичний стан (відповідно r=-0,353, p=0,01, r=0,369, p=0,007). У ГУЗ показники зменшувалися з віком (відповідно r=-0,780, p<0,01, r=-0,707, p<0,01), при наявності скарг на фізичний стан (відповідно r=-0,373, p=0,006, r=-0,329, p=0,015) та при прийомі лікарських препаратів (відповідно rs =-0,309, p=0,021, rs =-0,271, p=0,038).

Показник «Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом» в ГХСП та ГУЗ був нижчим в осіб, які мали скарги на фізичний стан (відповідно r=-0,350, p=0,011, r=-0,337, p=0,013) та приймали лікарські препарати (відповідно rs =-0,267, p=0,042, r=-0,449, p=0,001). Окремо в ГУЗ він зменшувався з віком (r=-0,291, p=0,028). У ГХПП показники «Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом» і «Життєва активність» зменшувались з віком (відповідно r=-0,428, p=0,002, r=-0,413, p=0,003) та при прийомі лікарських препаратів (відповідно r =-0,510, p<0,01, r=-0,518, p<0,01). Окремо показник «Життєва активність» знижувався при наявності скарг на фізичний стан (r=-0,379, p=0,006).

Показники «Життєва активність» та «Психічне здоров'я» у ГХСП і ГУЗ зменшувалися в осіб, які скаржилися на свій фізичний стан (відповідно r=-0,325, p=0,017, r=-0,300, p=0,025 та r=-0,383, p=0,005, r=-0,398, p=0,004) та приймали лікарські препарати (відповідно r=-0,305, p=0,024, r=-0,395, p=0,004 та r=-0,496, p<0,01, r=-0,443, p=0,001). Окремо ці показники зменшувались в ГХСП при впливі психотравмівної ситуації (відповідно r=-0,432, p=0,002, r=-0,385, p=0,005), а в ГУЗ показник «Психічне здоров'я» зменшувався при збільшенні тривалості переміщення (rs=-0,290, p=0,028). У ГХПП показник «Психічне здоров'я» зменшувався з віком (r=-0,290, p=0,03) в осіб, які мали

скарги на свій фізичний стан (r=-0,387, p=0,005) та приймали лікарські препарати (r=-0,507, p<0,01).

Показник «Соціальне функціонування» в ГХСП був вищий у жінок (r=0,282, p=0,033), а в ГХПП – у чоловіків (r=-0,472, p=0,001); зменшувався з віком у ГХСП та ГУЗ (відповідно r=-0,308, p=0,022, r=-0,452, p=0,001), а також у осіб, які скаржились на свій фізичний стан з ГХСП, ГХПП і ГУЗ (відповідно r=-0,363, p=0,008, r=-0,404, p=0,004, r=-0,465, p=0,001), приймали лікарські препарати з ГУЗ (r=-0,401, p=0,003) та при впливі психотравмівної ситуації в ГХСП та ГУЗ (відповідно r=-0,317, p=0,019, r=-0,280, p=0,033).

Показник «Інтенсивність болю» в ГХПП був достовірно нижчим у чоловіків (r=0,270, p=0,04) та у осіб, які мали скарги на свій фізичний стан (r=-0,304, p=0,024); в ГХСП та ГУЗ – у респондентів, які приймали лікарські препарати (відповідно r=-0,266, p=0,042, rs=-0,280, p=0,033). Окремо в ГУЗ цей показник зменшувався з віком (r=-0,615, p<0,01), а в ГХСП – в осіб, які були учасниками/свідками психотравмівної ситуації (r=-0,352, p=0,01).

Критерій «Загальний стан здоров'я» в ГХСП, ГХПП та ГУЗ був достовірно нижчим у ВПО, що мали скарги на свій фізичний стан (відповідно r=-0,304, p=0,024, r=-0,395, p=0,004, r=-0,426, p=0,002); в ГХСП та ГУЗ – респондентів, які приймали лікарські препарати (відповідно r=-0,456, p=0,001, r=-0,331, p=0,014) та були учасниками/свідками психотравмівної ситуації (відповідно r=-0,258, p=0,047, r=-0,257, p=0,046); в ГХПП та ГУЗ – зменшувався з віком (відповідно r=-0,279, p=0,035, r=-0,620, p<0,01); окремо в ГУЗ – достовірно вищим у респондентів, які задоволені своєю роботою (rs=0,783, p=0,033).

Показник «Фізичне здоров’я» в ГХСП, ГХПП та ГУЗ знижувався із віком (відповідно r=-0,387, p=0,005, rs=-0,343, p=0,012, r=-0,567, p<0,01). Окремо у ГУЗ критерій «Фізичне здоров’я» був достовірно нижчим у респондентів, що мали скарги на свій фізичний стан (r=-0,357, p=0,009) та приймали лікарські препарати (r=-0,345, p=0,011).

3.3. Аналіз ступеня емоційного стресу, пов'язаного з соматичним неблагополуччям у внутрішньо переміщених осіб за методикою HADS

Оцінка результатів опитування за HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) показала наявність клінічно вираженої тривоги у 29,3% респондентів по всій вибірці з переважанням у ГУЗ та ГХСП (40,9% і 37,2% відповідно). На субклінічно виражену тривогу припадало 15,0% з переважанням у ГХПП – 20,9%. Найчастішими скаргами були «неспокійні думки», страх/очікування, що має статися щось жахливе, напруженість (без різниці між групами).Клінічно виражена депресія спостерігалася у 26,3% ВПО з переважанням у ГХСП та ГУЗ (39,5% і 34,1% відповідно). На субклінічно виражену депресію припадало 10,5% з домінуванням у ГХСП – 16,3%. Найбільш частими скаргами були відсутність бадьорості, ангедонія, нездатність розсміятися/побачити в тій чи іншій події смішне (без явної різниці між групами). Детальний аналіз вираженості тривоги та депресії за HADS в загальній вибірці і за групам ГХСП, ГХПП і ГУЗ представлений в таблиці 3.9.

Таблиця 3.9

Вираженість тривоги/депресії в досліджуваних групах і загальній вибірці за методикою HADS, %

Вираженість тривоги/депресії	ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)		**Усього (n=130)**	
	n	%	n	%	n	%	n	%
субклінічно виражена тривога	7	16,3	9	20,9	4	9,1	20	15,0
клінічно виражена тривога	16	37,2	5	11,6	18	40,9	39	29,3
субклінічно виражена депресія	7	16,3	4	9,3	3	6,8	14	10,5

								Продовження таблиці 3.9
клінічно виражена депресія	17	39,5	3	7,0	15	34,1	35	26,3

Субклінічно виражена тривога в ГХПП корелювала з віком (r=0,319, p=0,018), частіше спостерігалась у жінок (r=0,321, p=0,018), а також у респондентів, які скаржились на свій фізичний стан (r=0,320, p=0,018) та приймали лікарські препарати (r=0,339, p=0,013). У ГУЗ субклінічно виражена тривога корелювала з тривалістю вимушеного переміщення (r=0,363, p=0,008) – сильний позитивний зв'язок.

Клінічно позначена тривога в ГУЗ та ГХСП зустрічалась достовірно частіше у респондентів, які скаржились на свій фізичний стан (відповідно r=0,373, p=0,006, r=0,330, p=0,015) та приймали лікарські препарати (відповідно r=0,311, p=0,02, rs=0,330, p=0,015). Окремо клінічно виражена тривога в ГХСП співвідносилася з жіночою статтю (r=0,263, p=0,044).

Субклінічно виражена депресія в ГУЗ корелювала з віком (rs=0,270, p=0,4) та тривалістю вимушеного переміщення (r=-0,388, p=0,005) – прояви депресії зменшувались при збільшенні тривалості переміщення.

Клінічно відображена депресія в ГХПП корелювала з віком (r=0,287, p=0,031); в ГХПП та ГХСП – з рівнем освіти (відповідно r=0,320, p=0,018, r=0,310, p=0,021); в ГУЗ та ГХСП – зустрічалась достовірно частіше у респондентів, які приймали лікарські препарати (відповідно r=0,406, p=0,003, r=0,257, p=0,048). Окремо в ГУЗ клінічно виражена депресія діагностувалася частіше у осіб, які скаржились на свій фізичний стан (r=0,322, p=0,016).

3.4. Аналіз вираженості психопатологічної симптоматики у внутрішньо переміщених осіб за шкалою BPRS

Для оцінки вираженості психопатологічної симптоматики, якісної та кількісної її характеристики було застосовано «Коротку психіатричну оціночну шкалу» (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS). Загальний бал за групами

становив: 37,7 балів у ГХПП, 31,8 – у ГХСП і 28,4 бали у ГУЗ. У досліджуваних групах відмічалась наявність психопатологічних порушень лише низького (BPRS < 40) та середнього (BPRS = 40-60) ступенів вираженості. Середній ступінь вираженості психосимптоматики виявлявся у 44,2% ВПО з ГХПП; 7,0% – з ГХСП та 2,3% – ГУЗ (табл. 3.10).

Таблиця 3.10

Рівень психопатологічних порушень та загальний бал
за методикою BPRS в групах

Рівень порушень (бали)	ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)	
	n	%	n	%	n	%
низький (<40 балів)	40	93,0	24	55,8	43	97,7
середній (40-60 балів)	3	7,0	19	44,2	1	2,3
високий (>60 балів)	-	-	-	-	-	-
Загальний бал	**31,8**		**37,7**		**28,4**	

Основним синдромом у всіх групах була тривожна депресія (пункти 1, 2, 5, 9), середній бал складав: 12,4; 10,5 і 9,0 для ГХСП, ГУЗ та ГХПП відповідно. Друге місце займала апатія/загальмованість (пункти 3, 13, 16, 18) середній бал складав 7,5, 5,8 і 5,4 для ГХПП, ГХСП та ГУЗ відповідно. Далі йшли збудження/напруга (пункти 6, 7, 17) для ГХСП (5,3) і ГУЗ (4,5) та підозрілість/ворожість (пункти 10, 11, 14) для ГХПП (7,4). Детальна структура синдромів психічного стану ВПО за групами за методикою BPRS представлена в таблиці 3.11.

Таблиця 3.11

Структура синдромів психічного стану ВПО за методикою BPRS,
середній бал

Синдроми	ГХСП (n=43)	ГХПП (n=43)	ГУЗ (n=44)
Тривожна депресія	12,4	9,0	10,5

			Продовження таблиці 3.11
Порушення мислення	4,0	6,8	4,0
Апатія/загальмованість	5,8	7,5	5,4
Підозрілість/ворожість	4,4	7,4	3,9
Збудження/напруга	5,3	6,9	4,5

Питома вага загальних психопатологічних синдромів (пункти 1, 2, 5, 6, 7, 9, 13, 14, 15, 18 шкали) була найбільшою і складала 22,0 бали для ГХСП, 20,3 бали для ГХПП та 19,2 бали для ГУЗ. Середній бал позитивних (пункти 4, 12, 17, 8, 11, 10 шкали) та негативних синдромів (пункти 16, 3 шкали) був найвищим у ГХПП і становив 13,0 та 4,3 бали відповідно. Детальний розподіл синдромів на позитивні, негативні та загальні психопатологічні у групах наведено в таблиці 3.12.

Таблиця 3.12

Розподіл синдромів на позитивні, негативні та загальні психопатологічні у групах, середній бал

Синдроми	ГХСП (n=43)	ГХПП (n=43)	ГУЗ (n=44)
Позитивні	7,2	13,0	6,4
Негативні	3,0	4,3	2,7
Загальні психопатологічні	22,0	20,3	19,2

Середній бал загальних симптомів в ГУЗ, ГХСП та ГХПП достовірно збільшувався з віком (відповідно rs=0,398, p=0,004 r=0,302, p=0,025, r=0,505, p<0,01), у осіб, які мали скарги на свій фізичний стан (відповідно rs=0,517, p<0,01, r=0,382, p=0,006, r=0,358, p=0,009) та приймали лікарські препарати (відповідно rs=0,478, p=0,001, r=0,444, p=0,001, r=0,634, p<0,01). У ГУЗ та ГХСП середній бал загальних симптомів був достовірно вищим у ВПО, які

були учасниками/свідками психотравмівної ситуації (відповідно rs=0,345, p=0,011, r=0,362, p=0,008).

Середній бал позитивних симптомів в ГУЗ та ГХСП зменшувався з віком (відповідно r=-0,361, p=0,008, r=-0,367, p=0,008); в ГХСП – був достовірно нижче у жінок (r=-0,417, p=0,008); в ГХПП навпаки – збільшувався з віком (r=0,347, p=0,011) та у осіб, які приймали лікарські препарати (r=0,481, p=0,001).

Середній бал негативних симптомів у ГУЗ, ГХСП та ГХПП достовірно зростав з віком (відповідно rs=0,357, p=0,009, r=0,278, p=0,035, r=0,256, p=0,048); в ГУЗ – в осіб, які скаржились на свій фізичний стан (rs=0,347, p=0,01) та приймали лікарські препарати (rs=0,380, p=0,005); в ГХПП – був достовірно вищий у жінок (r=0,390, p=0,005).

Критерій «Тривожна депресія» в ГУЗ, ГХСП та ГХПП збільшувався з віком (відповідно r=0,456, p=0,001, r=0,356, p=0,01, r=0,354, p=0,01), у ВПО, які скаржились на свій фізичний стан (відповідно r=0,451, p=0,001, r=0,394, p=0,004, r=0,402, p=0,004) та приймали лікарські препарати (відповідно r=0,418, p=0,002, r=0,479, p=0,001, r=0,486, p<0,01); в ГУЗ і ГХСП – у тих, хто був учасником/свідком психотравмівної ситуації (r=0,279, p=0,033, r=0,339, p=0,013).

Показник «Апатія, загальмованість» у ГУЗ та ГХСП зростав з віком (відповідно r=0,302, p=0,023, r=0,289, p=0,03); в ГХПП – був достовірно вищим у жінок (r=0,468, p=0,001); у ГУЗ – у осіб, які мали скарги на свій фізичний стан (r=0,315, p=0,019) та приймали лікарські препарати (r=0,337, p=0,013).

Показник «Підозрілість, ворожість» у ГУЗ та ГХСП зменшувався з віком (відповідно r=-0,410, p=0,003, r=-0,455, p=0,001), а в ГХПП – збільшувався (r=0,280, p=0,035); в ГХСП та ГХПП – був достовірно вище у чоловіків (відповідно r=-0,545, p<0,01, r=-0,316, p=0,02); в ГХСП – зростав зі збільшенням тривалості вимушеного переміщення (rs=0,287, p=0,031).

Показник «Збудження – напруга» в ГУЗ та ГХСП був достовірно вищій у осіб, які скаржились на свій фізичний стан (відповідно rs=0,285, p=0,031, r=0,291, p=0,029) та приймали лікарські препарати (rs=0,259, p=0,045, r=0,318, p=0,019); в ГХПП – збільшувався з віком (r=0,302, p=0,024), та у респондентів, які приймали лікарські препарати (r=0,507, p<0,01).

Загальний бал у ГУЗ, ГХСП та ГХПП був достовірно вищим у осіб, які приймали лікарські препарати (відповідно r=0.387, p=0.005, r=0.374, p=0.007, r=0.621, p<0.01); в ГУЗ та ГХСП – у осіб, які скаржились на свій фізичний стан (відповідно r=0.407, p=0.003, r=0.363, p=0.008) та тих, хто був учасником/свідком психотравмуючої ситуації (відповідно r=0.309, p=0.021, r=0.346, p=0.011); в ГУЗ та ГХПП – достовірно підвищувався із віком (відповідно r=0.323, p=0.016, r=0.512, p<0.01).

3.5. Аналіз вираженості симптомів ПТСР у внутрішньо переміщених осіб

Для діагностики ПТСР та оцінки його вираженості був застосований опитувальник вираженості симптомів ПТСР [235]. Серед усіх ВПО лише один респондент (0,8%) з ГУЗ відповідав всім критеріям діагностики ПТСР.

За міжнародною класифікацією DSM-IV в діагностиці ПТСР виділяють 6 критеріїв, які позначають A, B, C, D, E, F. У таблиці 3.13 показано співвідношення виявлених критеріїв серед груп ВПО та у загальній вибірці.

Таблиця 3.13

Критерії діагностики ПТСР серед груп внутрішньо переміщених осіб та у загальній вибірці

Критерії	ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)		**Всього (n=130)**	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A – знаходження під дією травмівної події	43	100	43	100	44	100	130	100

							Продовження таблиці 3.13	
B – повторне переживання	27	62,8	34	79,1	34	77,3	95	73,1
C – уникнення	31	72,1	11	25,6	29	65,9	71	54,6
D – перезбудження	38	88,4	41	95,3	40	90,9	119	91,5
E – тривалість більше 1 місяця	43	100	43	100	44	100	130	100
F – розлад викликає дистрес/ порушення функціонування у соціальній, професійній або інших сферах	1	2,3	-	-	4	9,1	5	3,9

Для задоволення критерію А повинні бути правильними такі твердження: особа пережила (була свідком або учасником) подію, що становила реальну загрозу життю або здоров'ю її чи інших людей і реакцією на неї були страх, безпорадність або жах. У таблиці 3.14 наведено перелік трагічних подій, що сталися з ВПО. 100% респондентів зітнулися з раптовим вимушеним від'їздом, 77,7% при цьому повністю або частково втратили своє майно. 93,8% відчували загрозу життю, 19,2% стали свідками загибелі інших людей, а 8,5% втратили близьких.

Таблиця 3.14

Трагічні події, що сталися з внутрішньо переміщеними особами (n=130)

Перелік подій	**Усього (n=130)**	
	n	%
Загибель близьких	11	8,5
Загроза життю	122	93,8
Свідок загибелі інших людей	25	19,2
Раптовий вимушений від'їзд	130	100
Повна/майже повна втрата майна	101	77,7

Під час дії психотравмівних ситуацій 90,8% респондентів відчували безпорадність, 76,2% – сильний страх або жах, у 41,5% було потрясіння, 34,6% були шоковані, а 7,7% відчували себе приниженими (табл. 3.15).

Таблиця 3.15

Реакції внутрішньо переміщених осіб на психотравмівні події (n=130)

Реакції, що супроводжували перенесені події	**Усього (n=130)**	
	n	%
Сильний страх/жах	99	76,2
Безпорадність	118	90,8
Шоковий стан	45	34,6
Приниження	10	7,7
Потрясіння	54	41,5

Критерію В – повторне переживання (пункти 1, 4, 5, 8, 11 опитувальника) – відповідали 73,1% ВПО (62,8% з ГХСП; 79,1% з ГХПП та 77,3% з ГУЗ). Детальна структура симптомів критерію В показана в таблиці 3.16.

Критерію С – уникнення (пункти 2, 13, 6, 12, 3, 15, 16 опитувальника) – відповідали 54,6% ВПО (72,1% з ГХСП; 25,6% з ГХПП і 65,9% з ГУЗ). Детальна структура симптомів критерія С показана в таблиці 3.17.

Таблиця 3.16

Структура симптомів, що відповідають критерію В

Симптоми	ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)		**Усього (n=130)**	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Періодичні, мимовільні, болісні спогади про подію	16	37,2	10	23,3	22	50,0	48	36,9
Періодичні, тривожні сни про подію	1	2,3	2	4,7	9	20,5	12	9,2
Дисоціативні реакції (флеш-беки), у яких людина почувається/діє так, ніби подія відбувається знову	1	2,3	1	2,3	2	4,5	4	3,1
Інтенсивне/тривале психологічне страждання через вплив внутрішніх/зовнішніх сигналів, що нагадують про подію	26	60,5	33	76,7	32	72,7	91	83,6
Виражені фізіологічні реакції на внутрішні/зовнішні сигнали, що нагадують про подію	2	4,7	1	2,3	5	11,4	8	6,2

Таблиця 3.17

Структура симптомів, що відповідають критерію С

Симптоми	ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)		**Усього (n=130)**	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Уникання болісних спогадів/думок про подію	24	55,8	19	44,2	43	97,7	86	66,2

Продовження таблиці 3.17								
Уникання зовнішніх нагадувань, що викликають болісні спогади про подію	9	20,9	5	11,6	17	38,6	31	23,9
Нездатність згадати важливий аспект травматичної події (дисоціативна амнезія)	3	7,0	2	4,7	9	20,5	14	10,8
Помітне зменшення інтересу до важливих заходів	29	67,4	10	23,3	26	59,1	65	50,0
Почуття відокремленості/ відчуженості щодо інших	18	41,9	8	18,6	18	40,9	44	33,9
Звуження діапазону афективних реакцій	23	53,5	9	20,9	23	52,3	55	42,3
Відчуття укороченого майбутнього, відсутність довготривалої життєвої перспективи	36	87,7	8	18,6	40	90,9	84	64,6

Критерію D – перезбудження (пункти 9, 10, 7, 14, 17 опитувальника) – відповідали 91,5% ВПО (88,4% з ГХСП; 95,3% з ГХПП і 90,9% з ГУЗ). Детальна структура симптомів критерія D наведена в таблиці 3.18.

Таблиця 3.18

Структура симптомів, що відповідають критерію D

Симптоми	ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)		**Усього (n=130)**	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Порушення сну: - труднощі із засинанням	37	86,0	41	95,3	39	88,6	117	90,0
- неміцний/неспокійний сон	17	39,5	34	79,1	35	79,5	86	66,2

Продовження таблиці 3.18								
Дратівлива поведінка та спалахи гніву, що проявляється як словесна/фізична агресія	31	72,1	38	88,4	26	59,1	95	73,1
Проблеми із зосередженістю	32	74,4	39	90,7	32	72,7	103	79,2
Перебільшена реакція здригання	15	34,9	13	30,2	28	63,6	56	43,1

Для задоволення критерію Е тривалість описаних вище симптомів (для критеріїв B, C, D) повинна становити більше 1 місяця – цьому відповідало 100% ВПО. Окремо відзначалися форми розладу: гострий (тривалість симптомів менше 3-х місяців) – 1,5% ВПО та хронічний (симптоми зберігаються протягом 3-х місяців і більше) – 98,5% ВПО (табл. 3.19).

Таблиця 3.19

Тривалість симптомів критеріїв B, C, D

Тривалість розладу	ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)		**Усього (n=130)**	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1-3 місяці	1	2,3	1	2,3	-	-	2	1,5
Більше 3-х місяців	42	97,7	42	97,7	44	100	128	98,5

Для задоволення критерію F розлад психіки та поведінки повинен викликати клінічно значущий дистрес або порушення в соціальній, трудовій чи інших важливих сферах життєдіяльності. Так, 11,4% ВПО з ГУЗ (3,8% зі всієї вибірки) 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 проблеми у відносинах з іншими людьми (32,5% з ГХСП; 16,3% з ГХПП і 25,0% з ГУЗ). У таблиці 3.20 показано розподіл

порушень життєдіяльності серед груп ВПО та в загальній вибірці, що викликані порушеннями адаптації.

Таблиця 3.20

Вираженість порушень життєдіяльності внутрішньо переміщених осіб

Сфери життєдіяльності/ вираженість порушень		ГХСП (n=43)		ГХПП (n=43)		ГУЗ (n=44)		**Усього (n=130)**	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Робота	Не заважають зовсім	39	90,7	42	97,7	17	38,6	98	75,4
	Заважають не сильно, іноді	4	9,3	1	2,3	22	50,0	27	20,8
	Заважають сильно	-	-	-	-	5	11,4	5	3,8
	Заважають дуже сильно	-	-	-	-	-	-	-	-
Сімейні стосунки	Не заважають зовсім	24	55,8	30	69,8	15	34,1	69	53,1
	Заважають не сильно, іноді	17	39,5	13	30,2	16	36,4	46	35,3
	Заважають сильно	2	4,7	-	-	12	27,3	14	10,8
	Заважають дуже сильно	-	-	-	-	1	2,3	1	0,8
Відносини з іншими людьми	Не заважають зовсім	8	18,6	8	18,6	17	38,6	33	25,4
	Заважають не сильно, іноді	21	48,8	28	65,1	16	36,4	65	50,0
	Заважають сильно	13	30,2	7	16,3	8	18,2	28	21,5
	Заважають дуже сильно	1	2,3	-	-	3	6,8	4	3,1

Отже, тяжкість симптомів ПТСР в ГУЗ була достовірно вища у осіб, які скаржились на свій фізичний стан (r=0,394, p=0,004), приймали лікарські

препарати (r=0,369, p=0,007) та при збільшенні тривалості переміщення (r=0,305, p=0,022).

Висновки до розділу 3

При вивченні факторів, які впливають на стан здоров'я ВПО та мають предикторні властивості щодо формування ПППіР, з'ясовано, що 93% респондентів вважали себе жертвами воєнних дій або тероризму. Переважна більшість ВПО відмічала відсутність житла, незадовільні житлові умови, низький рівень доходу та соціального страхування, недостатність або недоступність медичної допомоги, наявність проблем, пов'язаних з адаптацією до зміни способу життя тощо. Слід підкреслити, що ГХПП була найбільш чутлива до факторів незадовільних умов житла, низького рівню доходу, а також вони відрізнялись здебільшого агресивною та конфліктною поведінкою, вживанням тютюну і алкоголю. Таким чином, переважна більшість ВПО сприймала своє життя як проблемне та знаходилась в стані певної дезадаптації, що негативно впливало на стан їх психічного здоров'я.

ПППіР в дослідженні представлені 6 нозологічними одиницями: депресивне порушення, генералізований тривожний розлад, змішане тривожно-депресивне порушення, ПТСР, адаптаційні порушення та розлади харчування, які діагностувалися відповідно до критеріїв МКХ-10 розділу V «Психічні розлади». Окремо за критеріями DSM-IV діагностувалось зловживання алкоголем.

Аналіз спектру ПППіР виявив тривожний і великий депресивний синдроми – 37,7% та 23,8% відповідно (з переважанням в ГХСП і ГУЗ), що найбільш питому вагу у загальній вибірці склали адаптаційні порушення – 25,4%, зловживання алкоголем – 16,2% тощо. На частку розладів харчування та депресивних порушень припало 6,2% та 4,6% відповідно. За групами (ГХСП, ГХПП, ГУЗ) порушення психіки та поведінки розподілились нерівномірно: в ГХСП та ГУЗ переважали адаптаційні та тривожні порушення, далі йшли зловживання алкоголем та депресивні порушення. Останнє місце займали

розлади харчування. У ГХПП на першому місці було зловживання алкоголем. Такі розлади, як ПТСР та нервова булімія зустрічалися лише у респондентів ГУЗ. Також одна особа з цієї групи на тлі змішаного тривожно-депресивного порушення та ПТСР скоїла завершений суїцид.

Основні наукові публікації:

1. 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*)

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. (дисертанткою проведено набір статистичного матеріалу, здійснено аналіз отриманих даних)

3. 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*).

4. 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 (*дисертантткою проведено набір статистичного матеріалу, здійснено аналіз отриманих даних*).

4.

5 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. (дисертанткою проведено набір статистичного матеріалу, здійснено аналіз отриманих даних)*.

РОЗДІЛ 4
ПСИХОПРОФІЛАКТИКА ТА ОПТИМІЗАЦІЯ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИМ ОСОБАМ З ПСИХІЧНИМИ ТА ПОВЕДІНКОВИМИ ПОРУШЕННЯМИ І РОЗЛАДАМИ, ЇЇ ЕФЕКТИВНІСТЬ

4.1. Структурна характеристика та обґрунтування системи психопрофілактичних і лікувальних заходів у внутрішньо переміщених осіб

Аналіз отриманих даних цього дослідження щодо основних науково доведених причинно-наслідкових патогенетичних, предикторно-обумовлювальних, клініко-психопатологічних, психосоціальних зв'язків у феноменологічній картині формування психічних та поведінкових порушень і розладів у ВПО дозволив розробити комплексну багаторівневу диференційовану поетапну систему психопрофілактики та оптимізації надання спеціалізованої психіатричної допомоги (СПД) з метою удосконалення існуючих діагностичних, психопрофілактичних та лікувальних заходів підтримки ВПО (рис. 4.1).

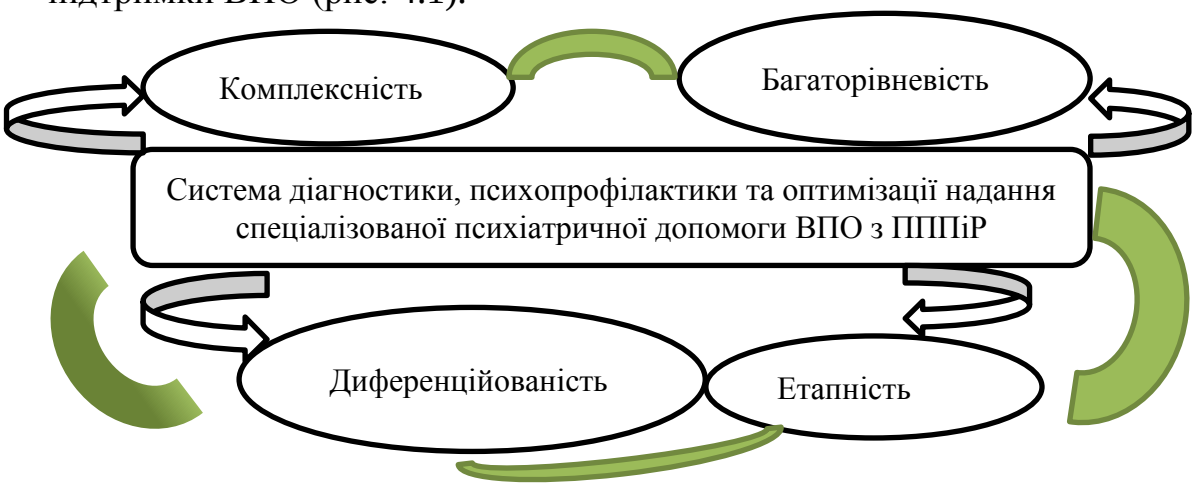

Рис. 4.1. Структурні особливості системи діагностики, психопрофілактики та оптимізації надання спеціалізованої психіатричної допомоги внутрішньо переміщеним особам з психічними та поведінковими порушеннями і розладами

При проведенні первинної, вторинної та третинної психопрофілактики ПППіР у ВПО, які забезпечують психічне здоров'я, комфорт, найбільш оптимальну працездатність переселенців та перешкоджають розвитку психічних і психосоматичних захворювань, використовували наступні заходи:

- психосоціальну підтримку;
- медико-психологічне обстеження внутрішніх мігрантів;
- аналіз даних клініко-анамнестичного, соціально-демографічного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного і статистичного досліджень ВПО з ПППіР, а також предикторних факторів формування психопатологічних станів переселенців;
- ранню діагностику ПППіР;
- психоосвітні роз’яснювальні бесіди;
- надання спеціалізованої психіатричної допомоги.

Відповідно до завдань психопрофілактики нами проводилось:

- запобігання негативної дії на організм і особистість ВПО патогенетичних факторів;
- попередження розвитку ПППіР шляхом їх ранньої діагностики та лікування;
- перешкоджання формуванню як рецидивів ПППіР, так і переходу їх в хронічні форми.

Тобто, кожен з етапів впровадженої системи містив психопрофілактичні заходи, які в залежності від рівнів впливу та етапу мали первинний, вторинний, або третинний характер (табл. 4.1).

При розробці вказаних вище заходів, безумовно, враховувались фактори, які впливали на стан здоров’я ВПО.

Таблиця 4.1

Система психопрофілактичних заходів у ВПО

ПРОВЕДЕННЯ ПСИХОПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ			
Види психопро-філакти-ки / **Локація**	**Первинна психопрофілактика**	**Вторинна психопрофілактика**	**Третинна психопрофілактика**
Рівні впливу	соціальний, психологічний	біологічний	біологічний
Етапи СПД	II, III, IV	I, II, III	IV

Ураховуючи багатокомпонентний вплив психотравмівної ситуації на переселенців та, відповідно, пролонговані негативні його наслідки на психічний і фізичний стан ВПО, при впровадженні системи використовували соціальні, психологічні й фізіологічні інтервенції.

Багаторівневість забезпечувалась виконанням програм державного, регіонального та локального рівнів.

Диференційованість враховувала специфічні для різних за наявністю або відсутністю хронічних патологічних станів респондентів програми мультидисциплінарної допомоги.

Етапність даних засад дала змогу найбільш ефективно втручатись і проводити необхідну підтримку та супровід на різних етапах переміщення та вимушеного перебування ВПО.

Комплексність розробленої системи дозволила використовувати соціальні, психологічні, медичні заходи у відповідності до рівнів профілактики й проведення СПД ВПО з ПППіР: соціального, психологічного, біологічного (рис. 4.2).

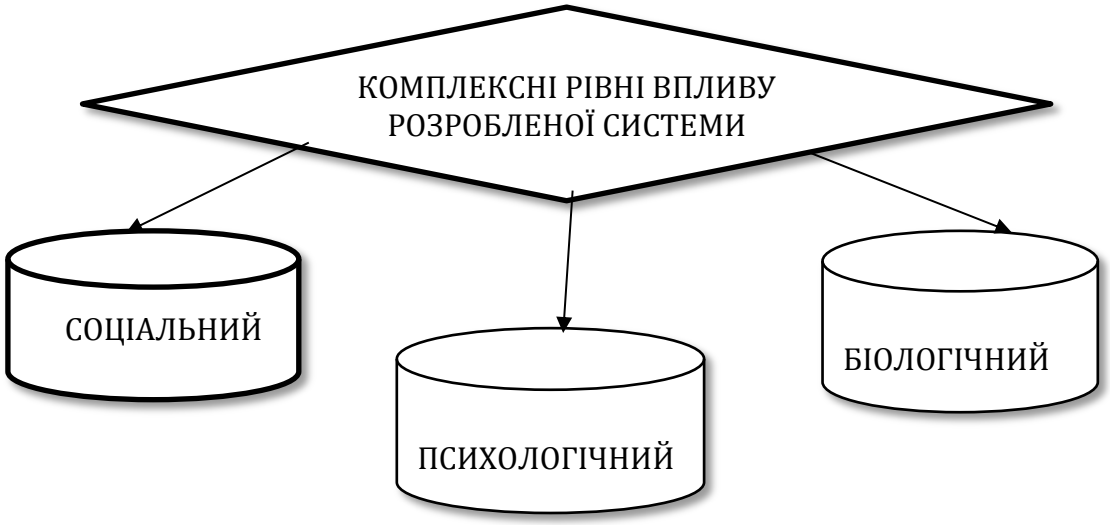

Рис. 4.2. Комплексна складова системи діагностики, психопрофілактики та оптимізації надання спеціалізованої психіатричної допомоги ВПО з ПППіР

В свою чергу, *соціальний рівень* включав адміністративну, правову, консультативну допомогу переселенцям відповідними відділами соціального захисту органів місцевого самоврядування, пенсійного фонду, волонтерських організацій для надання соціальних, фінансових державних гарантій отримання статусу «постраждалої від збройного конфлікту», «внутрішньо переміщеної особи» з комплексом пільг, субсидій, а також здійснення можливості:

- реєстрації у центрах зайнятості;
- пріоритетного працевлаштування, отримання житла;
- надання банківської підтримки для фінансового забезпечення мінімального прожиткового мінімуму;
- інтеграції у суспільно-культурне та релігійне середовище у місці перебування через доступ до повної інформації про відповідні суспільні, культурні групи, осередки тощо.

Психологічний рівень містив такі заходи, як первинна психологічна допомога з виявленням психологічних проблем; інформування ВПО про найбільш поширені патопсихологічні стани внаслідок впливу на особистість психотравмівних подій для своєчасного звернення по психологічну/медичну допомогу (первинна психопрофілактика з проведенням роз'яснювальних бесід); консультації щодо здорового способу життя (первинна психопрофілактика зловживання ПАР), з психологічних питань та проблем упродовж вимушеного переміщення.

Біологічний рівень впливу, власне, як найпотужніший з діагностично-лікувальним та психопрофілактичним компонентами, складався з таких елементів:

• скринінговий профілактичний огляд в амбулаторіях за місцем розташування ВПО, реєстрація та взяття на облік осіб з хронічними захворюваннями, інвалідністю;

• виявлення гострих станів, пов'язаних з посттравматичним стресовим розладом, адаптаційними, тривожними, депресивними, іншими психічними, поведінковими порушеннями і розладами, хімічними та нехімічними адикціями для надання своєчасної спеціалізованої медичної допомоги;

• безпосереднє надання первинної медичної та невідкладної допомоги переселенцям;

• оцінка індивідуальних ризиків виникнення та консультування з питань профілактики ПППіР;

• підготовка медичної документації для направлення осіб з ознаками стійкої втрати працездатності на медико-соціальну експертизу та реабілітацію;

• оформлення довідок, форм, листків непрацездатності тощо;

• консультування та лікування ВПО з ПППіР у лікаря-психіатра;

• ведення хворих сімейним лікарем, з урахуванням рекомендацій лікаря-психіатра.

Для лікування ВПО з найбільш типовими ППТіР внаслідок впливу психотравмівної ситуації в рамках засад психопрофілактики та надання СПД переселенцям нами було розроблено алгоритм дій, який також відрізняється етапністю, комплексністю та диференціацією (рис. 4.3).

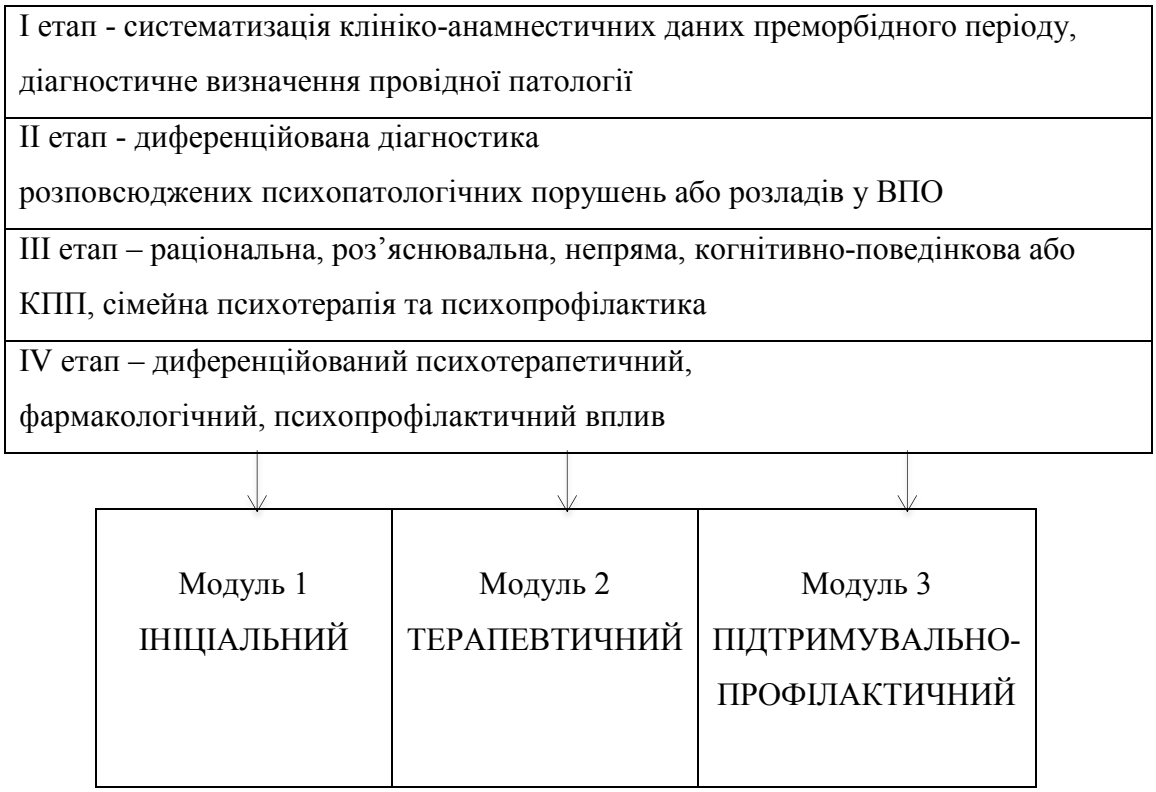

Рис. 4.3. Етапно-модульна структура системи спеціалізованої психіатричної допомоги внутрішньо переміщеним особам з психічними та поведінковими порушеннями і розладами

4.2. Особливості системи діагностики, психопрофілактики та оптимізації надання спеціалізованої психіатричної допомоги внутрішньо переміщеним особам з ППТіР

Психопрофілактика та оптимізація надання СПД ВПО будувались з урахуванням ранжованого впливу на емоційно-вольову, комунікативну, ціннісно-смислову й моральну складові особистості внутрішніх мігрантів, з ППТіР зокрема.

СПД ВПО надавалась відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», Програми медичних гарантій, уніфікованих клінічних протоколів первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

На *першому етапі* спеціалізованої психіатричної допомоги ВПО систематизувались дані щодо наявності/відсутності у преморбіді (до збройного конфлікту) хронічних захворювань та інвалідності за психічними, психосоматичними розладами (табл. 4.2).

Таблиця 4.2

Етапи надання спеціалізованої психіатричної допомоги внутрішньо переміщеним особам з психічними та поведінковими порушеннями і розладами

Етапи	Змістовне наповнення
1	2
I	Систематизація даних щодо наявності/відсутності у ВПО психічних, психосоматичних захворювань та інвалідності з діагностичним визначенням провідної патології
II	Диференційована діагностика розповсюджених феноменів у ВПО після переміщення, психодіагностичне дослідження із застосуванням методик HADS та PHQ (зокрема, шкал PHQ-9, GAD-7, скринінгу суїцидальності – P4)
III	Проведення раціональної, непрямої, сімейної психотерапії з хворими, членами їх родин з роз’ясненням питань етіпатогенезу та основних проявів патопсихологічних реакцій і станів стресового генезу, методів їх діагностики, лікування та профілактики, зловживання ПАР

Продовження таблиці 4.2

IV	Диференційований психотерапевтичний та психофармакологічний вплив на пацієнтів згідно з низкою послідовних модулів із залученням разом з хворими членів їх родин: 1-й модуль, ініціальний: встановлення психотерапевтичного контакту між ВПО з ПППіР та лікарем-психіатром, проведення психологічного інтерв'ювання, визначення особливостей соціального функціонування, життєвих установок, якості життя, адаптаційних порушень і розладів, виявлення ефективних фокус-мішеней 2-й модуль, терапевтичний: реалізація комплексу психофармакологічного та психотерапевтичного впливів на ВПО з ПППіР 3-й модуль, підтримувально-профілактичний: профілактичні терапевтичні заходи у вигляді підтримувальної психотерапії, профілактичних оглядів та консультувань пацієнтів з наданням актуальних рекомендацій

Другий етап містив диференційовану діагностику ПППіР із застосуванням методик PHQ та HADS (зокрема, шкал PHQ-9, GAD-7, скринінгу суїцидальності – P4), які виявили найбільшу чутливість до розповсюджених психопатологічних феноменів у ВПО після їх внутрішньої міграції. На *третьому етапі* проводили роз'яснювальну, раціональну, сімейну, непряму і когнітивно-поведінкову, емоційно-стресову психотерапію, аутогенне тренування як з хворими, так і з членами їх родин щодо основних проявів патопсихологічних реакцій і станів стресового генезу, методів їх лікування, причому особливу увагу приділяли питанням шкідливих наслідків вживання

психоактивних речовин, засобам формування особистісних захисних установок, їх змістового наповнення для запобігання вживання ПАР.

Четвертий етап складався з диференційованого психотерапевтичного та психофармакологічного впливу на пацієнтів, побудованого з низки послідовних терапевтичних модулів.

Перший модуль четвертого етапу СПД у ВПО з ПППіР, *ініціальний,* включав заходи щодо встановлення психотерапевтичного контакту лікаря-психіатра з ВПО, проведення психологічного інтерв'ювання, визначення особливостей соціального функціонування, життєвих установок, якості життя, адаптаційних порушень і розладів, найбільш характерних для переселенців (драматичних спогадів психотравмівного досвіду, фрустраційних, трагічних, тривожних і депресивних думок, почуттів безпорадності, жаху, приниження, перезбудження, потрясіння, уникнення, які розглядались як ефективні фокус-мішені).

Другий модуль, власне *терапевтичний,* містив комплекс фармакологічного та психотерапевтичного впливів на пацієнтів, обсяг і тривалість яких, в першу чергу, залежали від переважаючої клінічної симптоматики та типу перебігу ПППіР. Необхідним елементом цього модулю стала психосоціальна підтримка ВПО, без якої ефективність лікувальних заходів була б нижчою.

Психофармакотерапію призначали з урахуванням медикаментозних стратегій лікування супутніх захворювань. Основним показанням для антидепресантів було переважання в клінічній картині тривожно-депресивних, депресивних або адаптаційних порушень, а критерієм вибору – сприятливий профіль переносимості, особливо за наявності коморбідної психосоматичної патології. Ефективними були антидепресанти групи селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну і селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну і норадреналіну. З метою купіювання гострої тривоги застосовували бензодіазепінові транквілізатори. Іноді за призначенням

використовували комбіновані препарати, які містять барбітурати (корвалол, валокордин). Перевагою бензодіазепінів є виразний і швидкий позитивний ефект при тривозі різної інтенсивності, ефективність зняття м'язової напруги. Анксіолітики небензодіазепінового ряду (афобазол та ін.) також були препаратами вибору в терапії порушень адаптації, доповнюючи психотерапевтичні втручання, особливо при тривожних станах легкої та помірної важкості.

Із методів психотерапії застосовували:

- раціональну (за П. Дюбуа), роз'яснювальну психотерапію (за І.З. Вельвовським);
- навчання самоконтролю (самоспостереження, самостійна релаксація), аутогенне тренування (за А.Т. Філатовим) в комплексі з аутосугестією;
- емоційно-вольове тренування (за С.І. Табачніковим) для ВПО, які страждають на зловживання алкоголем зі шкідливими наслідками;
- когнітивно-поведінкову терапію;
- терапію вирішення проблем – визначення ключових проблемних питань з формуванням керованих покрокових завдань для їх вирішення;
- міжособистісну (інтерперсональну) психотерапію;
- сімейну психотерапію з хворими і членами родини.

Психотерапевтичні заходи проводились як в індивідуальному, так і груповому форматі, в тому числі, із застосуванням дистанційних засобів комунікації.

В першу чергу, психотерапія другого модулю була спрямована на катарсичну переробку негативних емоцій і поглиблення ступеня усвідомлення внутрішньоособистісних конфліктів, які перешкоджають адаптації до існуючої дійсності. Тому, необхідними елементами роботи стала зміна відносини ВПО до стресової ситуації й прийняття її, як частини життєвого досвіду; реконструкція всієї системи відносин особистості зі зміною ієрархії ціннісно-смислових орієнтацій. Протягом психотерапевтичного впливу розширювали

спектр навичок поведінки пацієнта з подальшою реалізацією їх в житті, підвищувалась його здатність до асиміляції й регулювання негативних емоцій, виробляли нові стратегії поведінки в стресовій ситуації, і, у підсумку, підвищували стресостійкість (рис. 4.4).

Рис. 4.4. Задачі психотерапевтичного втручання у внутрішньо переміщених осіб з психічними та поведінковими порушеннями і розладами

Тривожні, панічні реакції, порушення та розлади були терапевтичними мішенями когнітивно-поведінкової терапії, яку відрізняла наступна послідовність транзакцій: психотерапевтичний альянс → роз'яснювальна, психоосвітня бесіда (у складі психопрофілактичних заходів) → формування самоконтролю патологічної симптоматики → когнітивна реструктуризація деструктивних патологічних думок, образів, патернів (із застосуванням вербальних та поведінкових конструкцій) (2-3 сеанси на тиждень) → блокуючий вплив на сигнали тривоги, фобічних і панічних почуттів та думок → формування позитивного, здорового способу думок та поведінкових моделей, копінг-стратегій → уникання патологічних патернів → повторення в

домашніх умовах прийомів КПТ. Ефективним також було використання програми м’язової релаксації, діафрагмального дихання.

Депресивні, тривожно-депресивні реакції, порушення та розлади, пов’язані з психотравмуючим впливом, потребували наступних втручань в можливій комбінації з психофармакологічними препаратами:

- когнітивно-поведінкова психотерапія, структурована за аналогом такої при тривожних і панічних реакціях, порушеннях та розладах з виявленням, аналізом й блокуючими діями;
- терапія вирішення проблем, за якою визначались вузлові проблемні конструкції й способи їх заміщення на перспективні та позитивні;
- міжособистісна (інтерперсональна) психотерапія із залученням рольових ігор, аналізу спілкування, підтримувального слухання;
- сімейна психотерапія з хворими і членами родини для усунення деструктивних форм реагування на психотравмівну ситуацію, встановлення підтримувальних, уважних, доброзичливих, об’єднуючих сімейних взаємостосунків з готовністю сумісного вирішення проблемних питань, зміцнення орієнтації на здоровий спосіб життя;
- короткострокова психодинамічна психотерапія з метою аналізу свідомих й несвідомих конфліктів та їх проекція на актуальні ситуації, міжособистісні стосунки;
- групова та індивідуальна арт-терапія.

Третій модуль четвертого етапу надання СПД ВПО, *підтримувально-профілактичний,* містив профілактичні заходи у вигляді підтримувальної психотерапії, профілактичних оглядів та консультувань пацієнтів з наданням відповідних рекомендацій.

4.3. Впровадження і оцінка ефективності системи діагностики, психопрофілактики та оптимізації надання спеціалізованої психіатричної допомоги внутрішньо переміщеним особам з ПППіР

Для впровадження та оцінки ефективності запропонованої системи психопрофілактики і оптимізації надання СПД ВПО з ПППіР респонденти з ГХСП і ГУЗ були рандомізовані на основну (n=43) та порівняльну (n=43) групи 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.

Основній групі респондентів проводили розроблену нами систему, а в ПГ лікарі-психіатри призначали тільки стандартні лікувально-профілактичні заходи.

При повторному обстеженні ВПО обох груп за шкалою HADS достовірно визначено ($p<0,05$). Таким чином, в ОГ рівень тривоги знизився на 27,2% більше, ніж у ПГ, а депресії – на 26,9% відповідно (табл. 4.3).

Таблиця 4.3

Показники тривоги та депресії у внутрішньо переміщених осіб за шкалою HADS до і після впровадження системи, середній бал, %

Показники HADS	Групи порівняння	Бал до лікування	Бал після лікування	Різниця	Покращення, %
Тривога	ОГ	8,01	4,47	3,54	44,2
	ПГ		6,65	1,36	17,0
Депресія	ОГ	12,63	7,57	5,06	40,1
	ПГ		10,96	1,67	13,2

Результат дослідження за опитувальником SF-36 достовірно ($p<0,05$) 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% (табл. 4.4).

Таблиця 4.4

Показники якості життя у ВПО з психічними та поведінковими порушеннями і розладами за опитувальником SF-36 до і після впровадження системи, середній бал

Показники SF-36	Групи порівнян-ня	Бал до лікування	Бал після лікування	Різниця	Покращення, %
Фізичне функціонування	ОГ	63,2	67,24	4,04	6,4
	ПГ		63,71	0,51	0,8
Рольове функціонування	ОГ	54,95	66,1	11,15	20,3
	ПГ		59,24	4,29	7,8
Інтенсивність болю	ОГ	55,7	58,49	2,79	5,0
	ПГ		57,48	1,78	3,2
Загальний стан здоров'я	ОГ	49,8	60,16	10,36	20,8
	ПГ		53,88	4,08	8,2
Життєва активність	ОГ	33,5	47,8	14,3	42,7
	ПГ		39,97	6,47	19,3
Соціальне функціонування	ОГ	58,6	93,23	34,63	59,1
	ПГ		79,93	21,33	36,4
Емоційне функціонування	ОГ	50,6	74,23	23,63	46,7
	ПГ		64,21	13,61	26,9
Психічне здоров'я	ОГ	39,5	70,94	31,44	79,6
	ПГ		52,3	12,8	32,4

Тобто, в ОГ показники тривоги й депресії достовірно більше знизились, а якість життя – стали значно вищою, ніж у ПГ, що підтвердило ефективність розробленої нами системи діагностики, психопрофілактики і СПД ВПО з ПППіР та дозволила покращити як якість життя, так і стан здоров'я наших громадян, сприяючи якомога швидшій їх інтеграції у суспільство.

Висновки до розділу 4

У четвертому розділі представлені результати розробки, впровадження й оцінки системи діагностики, психопрофілактики та оптимізації надання спеціалізованої психіатричної допомоги внутрішньо переміщеним особам з ПППіР ґрунтувались на аналізі отриманих даних нашого дослідження щодо клініко-психопатологічних особливостей ПППіР у переселенців, основних причинно-наслідкових патогенетичних, предикторно-обумовлюючих, клініко-психопатологічних, психосоціальних зв'язків у феноменологічній картині їх формування у ВПО.

Ураховуючи багатокомпонентний вплив психотравмівної ситуації на внутрішніх мігрантів та, відповідно, його багаторівневі пролонговані негативні наслідки на психічний і фізичний стан ВПО, при впровадженні системи використовували соціальні, психологічні й фізіологічні інтервенції.

Багаторівневість забезпечувалась програмами державного, регіонального та локального рівнів.

Диференційованість враховувала специфічні для різних за наявністю або відсутністю хронічних патологічних станів респондентів програми мультидисциплінарної допомоги.

Поетапність цих заходів дозволила найбільш ефективно втручатись, надаючи необхідну підтримку та супровід, на різних етапах переміщення внутрішніх мігрантів.

Кожен з етапів впровадженої системи містив психопрофілактичні заходи, які в залежності від рівнів впливу та етапу мали первинний, вторинний або третинний характер.

Для ведення ВПО в рамках базових засад надання СПД переселенцям нами розроблено алгоритм дій, який також відрізнявся етапністю, комплексністю та диференціацією.

І етап – систематизація даних щодо наявності у преморбіді хронічних захворювань з діагностичним визначенням провідної патології.

ІІ етап – диференційована діагностика розповсюджених феноменів у ВПО після їх переміщення, дослідження із застосуванням методик HADS або PHQ (зокрема, шкал PHQ-9, GAD-7 та P 4 скринінгу суїцидальності), SF-36.

ІІІ етап – раціональна психотерапія з хворими, членами їх родин щодо основних проявів психопатологічних реакцій і станів стресового генезу, методів їх лікування, профілактики.

IV етап – диференційований терапевтичний, психотерапевтичний та психофармакологічний вплив на пацієнтів із залученням членів їх родин. *Перший,* ініціальний, *модуль,* цього етапу включав заходи по встановленню психотерапевтичного контакту між ВПО та лікарем-психіатром, проведення психологічного інтерв'ювання, визначення особливостей соціального функціонування, життєвих установок, якості життя, які розглядались, як ефективні фокус-мішені психотерапії. *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 ПППіР.

Третій модуль IV етапу – підтримувально-профілактичний складався з проведення профілактичних терапевтичних заходів у вигляді підтримувальної психотерапії, профілактичних оглядів та консультувань пацієнтів з наданням відповідних рекомендацій.

Для впровадження та оцінки ефективності запропонованої системи психопрофілактики і оптимізації надання СПД ВПО з ПППіР респонденти з ГУЗ і ГХСП були рандомізовані на основну (n=43) та порівняльну (n=43) групи 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. Основній групі проводили розроблену нами систему, а в ПГ лікарі-психіатри призначали тільки стандартні лікувально-профілактичні заходи. При повторному обстеженні ВПО обох груп за шкалою HADS достовірно визначено ($p<0,05$), що в ОГ (4,47 бали) рівень тривоги знизився на 27,2% більше, ніж у ПГ, а депресії – на 26,9% відповідно. Результат дослідження за опитувальником SF-36 достовірно виявив ($p<0,05$), 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, в ОГ показники тривоги й депресії достовірно більше знизились, а якості життя – 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.

Таким чином, розроблена система діагностики, психопрофілактики та оптимізації надання спеціалізованої психіатричної допомоги ВПО з ПППіР в Україні дозволила покращити якість життя та стан здоров'я наших громадян, сприяти якомога швидшій їх інтеграції у суспільні процеси.

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

1. 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).*

2. 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. (дисертанткою проведено набір статистичного матеріалу, здійснено аналіз отриманих даних, зроблено висновки дослідження).

3. 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*. (*дисертанткою проведено набір статистичного матеріалу, здійснено аналіз отриманих даних, зроблено висновки дослідження).*

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведений нами аналіз даних вітчизняної та зарубіжної літератури свідчить, що незважаючи на те, що психічні та поведінкові порушення і розлади у внутрішніх й зовнішніх мігрантів є предметом вивчення багатьох авторів, однак єдиної системи їх діагностики, психопрофілактики та лікування поки що немає. Особливо це стосується ВПО, які у зв'язку зі збройною агресією з боку РФ на сході України, були вимушені переїхати в різні регіони нашої країни.

Відповідно до мети і завдань дослідження за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології обстежено 245 пацієнтів, які звертались із скаргами щодо психічних та поведінкових порушень і розладів до дослідника (лікаря-психіатра), з яких за допомогою критеріїв включення/виключення відібрано 130 тематичних хворих. Вік досліджених (чоловіків та жінок) коливався від 20 до 60 років. Контингент хворих був достатньо складним із обтяженим анамнезом. Наукові вишукування в рамках дисертаційної роботи проводились в 4 етапи, які включали: збір матеріалу, обробку та аналіз отриманих даних, розробку, апробацію, впровадження й оцінку ефективності системи діагностики, психопрофілактики та оптимізації надання спеціалізованої психіатричної допомоги ВПО з психічними та поведінковими порушеннями і розладами. Хворим проводили обстеження (на початку та наприкінці лікування) згідно з розробленим інструментарієм дослідження (Уніфікованою картою), на базі 4-х санаторіїв Одеської області (смт Сергіївка – «Сенетатя», «Сперанці», «Плай») і м. Одеса – «Куяльник», що складалось з розширеного клініко-психопатологічного інтерв'ювання, в якому особливу увагу приділяли скаргам пацієнтів і психодіагностичному дослідженню.

Перший етап (2014-2015 рр.) було 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) скринінгову діагностику ПППіР у ВПО.

Скринінг здійснювали за допомогою клініко-анамнестичного, соціально-демографічного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного методів дослідження. Клініко-психопатологічний метод реалізований у вигляді напівструктурованого клінічного інтерв'ю, основною метою якого була комплексна оцінка психічного статусу пацієнта.

Психічні та поведінкові порушення діагностувалися відповідно до критеріїв МКХ-10 розділу V «Психічні розлади»; провідний психопатологічний синдром визначався за глосарієм психопатологічних симптомів. Психодіагностичний метод був задіяний із використанням самоопитувальника стану здоров'я PHQ; опитувальника оцінки якості життя SF-36; госпітальної шкали тривоги і депресії HADS; короткої психіатричної оціночної шкали BPRS; опитувальника вираженості симптомів ПТСР.

На третьому етапі дисертаційної роботи (2017–2018 рр.) проводилось клініко-психопатологічне і психодіагностичне дослідження відібраного контингенту ВПО, статистична обробка та аналітична інтерпретація отриманих результатів. Всі респонденти за ознакою провідної патології або її відсутності умовно поділились на 3 групи: перша група хворих з соматичною патологією (ГХСП), до якої увійшло 43 ВПО (33%) – пацієнти з діагностованими раніше хронічними соматичними захворюваннями; друга група хворих з психічною патологією (ГХПП), до якої долучились 43 ВПО (33%) – респонденти з інвалідністю за психічним профілем; третя група «умовно» здорових (ГУЗ), яку склали 44 ВПО (34%) – пацієнти, які не мали тяжких хронічних захворювань чи інвалідності, або 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 вимушеної внутрішньої міграції. Так, в «умовно» здорових респондентів

виявили ПППіР широкого спектру та різного ступеня вираженості. У переселенців з наявною соматичною патологією відсоток виявлених ПППіР (до 72,0%) був вищим, ніж поширеність останніх при коморбідних соматичних захворюваннях у первинній ланці та загальній медичній практиці (до 48,0-52,0%), а фабула емоційних проявів відповідала змісту пережитих психотравмівних подій, що свідчить про появу психічних та поведінкових порушень і розладів, пов'язаних саме з психотравмівним предиспозиційним фактором збройного конфлікту та вимушеним переміщенням, як основним. 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 – 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 (відповідно) у співвідношенні 1:1 з урахуванням віку, статі та наявності/відсутності соматичної патології із забезпеченням репрезентативності за цими показниками. Основна група чисельністю 43 особи (33,0%), 1 особа (0,8%) вибула з групи «умовно» здорових, 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 тільки стандартні лікувально-профілактичні заходи.

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

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

На підставі аналізу наукової інформації, системного прогнозування, вивчення ПППіР у ВПО, умов існування в місці переміщення нами розроблена робоча дослідницька гіпотеза щодо теоретичної моделі принципів формування патогенезу ПППіР у переселенців, яка відображає багатофакторну етіологічну зумовленість виникнення психопатологічних феноменів.

Припущено, 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 мігрантів.

Соціально-демографічна характеристика показала, що за ґендерною ознакою серед усіх обстежених ВПО переважали жінки з питомою вагою 69,2%. ГХСП і ГХПП стали репрезентативними за рівномірним ґендерним розподілом (по 58,1% жінок у ГХСП і ГХПП), в той час, як до ГУЗ увійшли значною більшістю жінки (90,9%). За віком всі переселенці (n=130) розподілилися рівномірно у діапазоні від 20 до 60 років (середній вік – 46,7 років).

Майже половина респондентів були особи із середньою спеціальною освітою – 49,2% (без достовірної різниці між групами); вищою − 26,9%; середньою – 17,7%; з початковою і неповною середньою загалом − 5,4%; неповною вищою освітою – 0,8%. За типом зайнятості 100% респондентів з ГХПП становили особи з інвалідністю. У ГУЗ 54,5% осіб були пенсіонерами; 13,7% − безробітними; зайнятих на роботах – 31,8 %.

За сімейним станом: 27,7% ВПО були розлучені, 27,4% − неодружені; 14,6% − вдівці; 24,6% − одружені; 5,4% − проживали в цивільному шлюбі. За сумісним проживанням виявлено, що більшість ВПО в період вимушеного переміщення проживали з дітьми – 26,9%; наодинці – 24,6% або з батьками – 20,8%; 13,9% – з чоловіком/дружиною; 9,2% − з чоловіком/дружиною та дітьми; 4,6% – інші варіанти проживання. З ГХСП 44,2% ВПО мешкали наодинці, а 48,8% ГХПП – з батьками, що свідчило про складнощі при створенні родини (у хворих ГХСП і ГХПП) та потребу у догляді (у ВПО з ГХПП); 7,0% − не визначились.

ВПО оцінювали своє матеріальне становище як погане – 43% (55,8% − у ГХСП; 65,1% − ГХПП і 9,1% − ГУЗ) і середнє – 36,2% (27,9% – в ГХСП, 32,6% – ГХПП і 47,7% – ГУЗ); крайні варіанти обрали 14,6% − «дуже добре» і 6,2% − «дуже погане». З обстежених осіб 80% скаржилися на самопочуття: 93% з ГХСП, 72,1% − ГХПП і 75% − ГУЗ. Більшість ВПО (65,4%) постійно приймали ліки: 67,4% – з ГХСП; 69,8% − ГХПП і 59,1% − ГУЗ.

Свідком або учасником психотравмівних подій стали 93,8% респондентів без достовірної різниці між групами, 100% ВПО відчували загрозу власному життю, перебуваючи у зоні конфлікту. Факт участі у психотравмівній ситуації у ГУЗ мав помірний позитивний зв’язок зі збільшенням загального середнього балу за шкалою BPRS (rs=0.309), середнього балу синдрому тривожної депресії (rs=0.331) та загальних психопатологічних синдромів (rs=0.345), а також таких проявів тривожного синдрому, як підвищена нервозність/переживання (rs=0.357), астенія (rs=0.268), складнощі з концентрацією уваги (rs=0.342), відчуття внутрішньої напруги/тремтіння (rs=0.254), що свідчить про нервово-психічну напруженість, формування ініціальних реактогенних психопатологічних процесів та певну виснаженість психофізіологічних компенсаторних механізмів.

Половина обстежених перебували у вимушеному переміщенні триваліше за один рік (51,2% з ГХСП; 69,8% − ГХПП і 29,5% − ГУЗ); більше третини

(36,1%) – від 6 місяців до 1 року (37,2% з ГХСП; 27,9% − ГХПП і 43,2% − ГУЗ); 8,5% − від 3 до 6 місяців і 5,4% від 1 до 3 місяців. Тривалість вимушеного переміщення у ГУЗ мала помірний позитивний зв'язок з тяжкістю депресивної (rs=0.334) та тривожної (rs=0.298) симптоматики, а також з такими складовими депресивного синдрому, як апатія (rs=0.276), гіпотимія (rs=0.263), астенія (rs=0.290), знижений апетит/переїдання (rs=0.265), негативні думки про себе/розчарування (rs=0.253), складнощі з концентрацією уваги (rs=0.308), відчуття безнадійності майбутнього (rs=0.268), суїцидальні думки (rs=0.272); сильні позитивні зв'язки з проявами тривожного синдрому: біль/стиснення за грудиною (rs=0.355), очікування негативних подій (rs=0.257), відчуття скорої смерті (rs=0.350), нервозність/переживання (rs=0.357); та помірні позитивні зв'язки з тахікардією (rs=0.253), астенією (rs=0.268), погіршенням концентрації уваги (rs=0.342). Зазначені результати кореляційного аналізу підтверджують висунуту нами на початку дослідження гіпотезу про те, що зі зростанням тривалості переміщення збільшується негативний вплив на психічний стан ВПО.

Вивчення предикторів формування ПППіР у ВПО щодо проблем зі здоров'ям до вимушеного переміщення виявило, що найбільшу питому вагу в ГУЗ склали неврози (25,0%), доброякісні новоутворення (20,0%), хвороби органів чуття (17,2%), хвороби нервової системи (18,1%), розлади харчування (13,6%) та зловживання алкоголем (6,1%). Наявність даних біологічних факторів знижує поріг для ініціації розвитку ПППіР, погіршуючи їх динаміку.

Так, нами проаналізовано фактори, які впливали на стан здоров'я в усіх групах ВПО: на відсутність роботи вказували 43% респондентів, житла – 74,6%; 74,4% – були незадоволені житловими умовами у переміщенні; 36,2% – відмічали напружені стосунки з сусідами, у зв'язку з високою щільністю поселення, а також різницею у соціально-економічному статусі, рівні освіти, морально-етичних нормах; близько 85% ВПО скаржились на низький рівень доходу; 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% – скаржились 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; у надмірній кількості вживали їжу – 4,6%; власну агресивну поведінку підкреслювали 22,3% респондентів. Тобто, більше 2\3 переселенців зіткнулись із значними психосоціальними, матеріальними та соціально-економічними труднощами, які значною мірою зачіпали задоволення навіть базових потреб для повноцінного функціонування особистості, що, безумовно, вплинуло на формування ПППіР на тлі хронічного стресового підґрунтя.

Стан усіх ВПО відповідав рубрикам МКХ-10: Z65.5 – жертва стихійного лиха, військових та інших ворожих подій; Z60.3 – труднощі, пов’язані з прийняттям іншої культури (міграція, зміни в соціальному статусі) тощо.

ПППіР у ВПО за МКХ-10 в ГХСП та ГУЗ було представлено так: адаптаційні порушення – у 64,4%, генералізований тривожний розлад – у 3,5%, змішані тривожні та депресивні порушення – 9,2%, інше змішане тривожне порушення – 8,1%; депресивні епізоди легкого – 4,6% та помірного – 8,0% ступенів; розлади психіки та поведінки внаслідок вживання речовин (алкоголю), пов'язане зі шкодою для здоров'я – 13,8%; розлади харчування: переїдання, пов'язане з іншими психогенними порушеннями – 6,9%, ПТСР – 2,2% в ГУЗ; одна людина на тлі ПТСР скоїла завершений суїцид шляхом утоплення – X71 (0,8%).

В структуру адаптаційних порушень увійшли: пролонгована депресивна реакція – 18,4%, змішана тривожно-депресивна реакція – 36,8% та адаптаційний розлад з переважанням інших емоцій – 9,2%.

У клінічній картині депресивних епізодів були наявні такі симптоми (в ГХСП та ГУЗ відповідно): гіпотимія (90,7% і 84,1%), втрата інтересів та

задоволення (по 35,6%), зниження енергійності (86,0% і 70,5%), підвищена втомлюваність та невисока активність (90,7% і 79,5%); знижена здатність до концентрації уваги (67,4% і 54,5%), самооцінки з ідеями самозвинувачення (44,2% і 40,9%), песимістичне бачення майбутнього (90,7% і 84,1%), суїцидальні думки/дії (32,6% і 29,5%), порушення сну (90,7% і 75,0%) та погіршення апетиту (27,9% і 36,4%).

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

У структуру адаптаційних порушень ВПО (загалом, ГХСП та ГУЗ відповідно) увійшли: пролонгована депресивна реакція – 18,4% (25,6% і 11,4%), змішана тривожно-депресивна реакція – 36,8% (32,6% і 41,8%) та адаптаційні порушення з переважанням інших емоцій – 9,2% (4,6% і 13,6%).

Клініко-психопатологічний аналіз особливостей ПППіР виявив, що (в ГХСП та ГУЗ відповідно): 43,7% ВПО не могли позбавитись нав'язливих болісних спогадів про екстремальну подію (37,2% і 50,0% відповідно); 64,4% – намагались не думати і ні з ким не говорити про пережите (55,8% і 72,7%); 41,4% – наголошували на відчутті відстороненості від навколишніх, а 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%); 87,4% – мали складнощі при засинанні, а 59,8% ВПО відзначали поверхневий сон з частими пробудженнями (39,5% і 79,5%); 65,5% – легко дратувались та відчували гнів (72,1% і 59,1%); апатія спостерігалась у 63,2% переселенців (67,4% та 59,1%), ангедонія – у 52,9% (без достовірної

різниці між групами); 87,4% – не планували своє майбутнє (83,7% і 90,9%); у 49,4% осіб були здригування при несподіваних звуках, дотиках (34,9% і 63,6%).

Отже, ступінь нервово-психічної виснаженості та поріг реактогенності на зовнішні біологічні, психологічні та соціальні подразники у ГХСП були вищими, ніж у ГУЗ.

Психодіагностичне дослідження за методикою PHQ показало, що серед серед ПППіР домінували тривожний s великий депресивний синдроми – 37,7% та 23,8% відповідно (з переважанням в ГХСП і ГУЗ), а також адаптаційні порушення – 25,4%. Зловживання алкоголем було 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), неврози, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади – 6,9% (з переважанням в ГХСП). Останні місця займали розлади переїдання та нервова булімія (5,4% і 0,8% відповідно). Аналіз тяжкості соматичної симптоматики показав переважання показників середнього (27,6%) і вираженого ступеня (55,2%) в обох групах, більшість респондентів які скаржилась на головний біль (75,9%), біль в суглобах (77,0%), попереку (70,1%), запаморочення (59,8%) без достовірної різниці у групах.

Проаналізувавши тяжкість депресивної симптоматики, встановлено домінування легкої (34,5%) та важкої (21,8%) депресії. Найпоширенішими скаргами були: знижений настрій з пригніченням та відчуттям безвиході (87,4%); втомлюваність (85,1%); апатія (78,2%); проблеми зі сном (82,8%) та концентрацією уваги (60,9%).

Симптомокомплекс тривоги був виражений помірним (32,2%) і середнім (41,4%) ступенями загалом у ГХСП та ГУЗ. Більшість ВПО скаржилися на підвищену нервозність (88,5%), втомлюваність (71,3%), проблеми зі сном (81,6%) і концентрацією уваги (57,5%), роздратованість (69,0%), відчуття внутрішнього напруження (57,5%). Аналіз ризику самогубства показав домінування мінімального (11,5%) і низького (10,3%) ступенів загалом.

Отже, нами виявлені достовірні кореляційні зв'язки між психічними порушеннями і розладами за самоопитувальником PHQ, ступенем їх важкості та соціально-демографічними показниками. Так, у ГУЗ неврози, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади позитивно корелював з рівнем освіти (rs=0.287), а тривога – з віком (rs=0.335), оскільки літні та освічені ВПО сприяють психотравмівну ситуацію у значній кількості площин (збройній, економічній, історичній, соціальній, медичній тощо) з усвідомленням відповідних наслідків ситуації, яка склалася, та, в підсумку, з більш вираженими порушеннями адаптації, появою соматоформних розладів і тривожних порушень.

Великий депресивний та тривожні синдроми частіше зустрічались в осіб, які мали скарги на свій фізичний стан (rs=0.305 та rs=0.356 відповідно) та приймали ліки (rs=0.377 та rs=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 (rs=0.322), за наявністю скарг на фізичний стан (rs=0.300) та при прийомі медикаментів (rs=0.364), бо в ситуації дуже високої стресогенності у респондентів на тлі значних тривожних, депресивних, адаптаційних порушень і соматоформних розладів, загострення існуючих й появі 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 rs=0.298 відповідно), а окремо депресії – зменшувалась при задоволені теперішньої роботою (rs=-0.772), що вказує на акумуляцію психосоціальних, медичних проблем у переміщенні та важливість адекватного працевлаштування і соціально-економічної підтримки ВПО.

Якість життя у ВПО оцінювалась за опитувальником SF-36. Встановлено, що в ГХСП та ГУЗ найнижчі показники середнього балу отримані за шкалою «Життєва активність» (34,5 – ГХСП і 32,5 – ГУЗ); далі – показники за шкалами «Загальний стан здоров'я» (39,4 – ГХСП; 57,3 – ГХПП і 60,1 – ГУЗ) та «Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом» (45,0 – ГХСП; 55,8 – ГХПП і 56,1 – ГУЗ), «Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом» (37,2 – ГХСП; 80,2 – ГХПП і 72,7 – ГУЗ) і «Інтенсивність болю» (50,70 – ГХСП; 72,4 – ГХПП і 60,7 – ГУЗ). Найвищі показники у ВПО за SF-36 отримані за шкалами «Соціальне функціонування» (60,1) та «Фізичне функціонування» (69,9), що свідчить про активність переселенців в процесах інтеграції в осередки переміщення.

Критерії «Психологічний компонент здоров'я» і «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» виявлено, що більшість респондентів оцінювали рівень свого психічного здоров'я як низький (28,7%) та середній (27,6%), а фізичне здоров'я як середнє (57,5%).

Показники «Фізичне функціонування», «Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом» та «Рольове функціонування, обумовлене 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 rs =-0.309, rs =-0.271, r=-0.449). Показники «Життєва активність» та «Психічне здоров'я» зменшувалися за наявністю скарг на фізичний стан (відповідно r=-0.383, r=-0.398), прийомі лікарських препаратів (відповідно r=-0.496, r=-0.443); окремо показник «Психічне здоров'я» зменшувався зі збільшенням тривалості переміщення (rs=-0.290). Показник «Соціальне функціонування» зменшувався з віком (r=-0.452), за наявністю скарг на фізичний стан (r=-0.465), прийомі лікарських препаратів

(r=-0.401) та внаслідок впливу 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 (rs=-0.496). Показники «Загальний стан здоров'я» і «Фізичне здоров’я» знижувався з віком (відповідно r=-0.620, r=-0.567), був нижчім у респондентів, які мали скарги на свій фізичний стан (відповідно r=-0.426, r=-0.357), що природньо відбиває фізіологічні процеси, пов’язані зі старінням організму; показник «Загальний стан здоров'я» був нижчим у респондентів – учасників/свідків психотравмівної ситуації (r=-0.257) і достовірно вищім у респондентів, задоволених своєю роботою (rs=0.783).

Загалом, даний аналіз підтверджує нашу 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 із соматичним неблагополуччям, оцінювався та аналізувався за шкалою HADS. Виявлено, що клінічно виражена тривога мала місце у 37,2% респондентів ГХСП та 11,6% у ГУЗ, а її субклінічний варіант – 16,3% (ГХСП) і 9,1% (ГУЗ). Найчастішими скаргами були «неспокійні думки», страх/очікування, що має статися щось жахливе, напруженість (без достовірної 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 явної 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 внаслідок впливу як біологічних, психологічних предиспозиційних чинників, так і тривалого перебування в переміщенні.

При аналізі вираженості психопатологічної симптоматики за шкалою BPRS» було встановлено ступені вираженості психопатологічної симптоматики у ВПО, що дозволило додатково об'єктивізувати дані напівструктурованного клінічного інтерв'ю в групах внутрішніх мігрантів.

Загальний бал за групами був таким: 31,8 – у ГХСП; 28,4 – у ГУЗ; 37,7 – у ГХПП, при чому відмічалась наявність психопатологічних феноменів лише низького та середнього ступенів 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 (rs=0.398, r=0.456, r=0.323 відповідно) і у тих, хто був учасником/свідком збройного конфлікту (rs=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 збройного конфлікту на психічний стан особистості.

Щодо аналізу вираженості симптомів ПТСР у ВПО нами представлений спектр виявлених критеріїв ПТСР серед груп ВПО та у загальній вибірці. Так, критерію А (знаходження під дією травмівної події) – відповідали більше 90% ВПО: 100% респондентів зітнулися з раптовим вимушеним від'їздом, 77,7% при цьому – повністю або частково втратили своє майно; 93,8% – відчували загрозу життю; 19,2% – стали свідками загибелі інших людей, а 8,5% – втратили близьких. Під час знаходження в зоні збройного конфлікту 90,8% респондентів відчували безпорадність, 76,2% – сильний страх або жах, у 41,5% – потрясіння, 34,6% – були шоковані, а 7,7% – відчували себе приниженими.

Критерію B (повторне переживання) відповідали 70,5% ВПО (62,8% з ГХСП та 77,3% з ГУЗ). Критерію C (уникнення) задовольняли 69,0% ВПО (72,1% з ГХСП і 65,9% з ГУЗ). Симптоми критерію D (перезбудження) діагностувались у 89,7% ВПО (88,4% з ГХСП і 90,9% з ГУЗ). Для задоволення критерію E тривалість описаних вище симптомів повинна становити більше одного місяця – цьому відповідало 100% ВПО. Окремо відзначалися форми розладу: гострий – 1,5% ВПО та хронічний – 98,5%. Для задоволення критерія 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% вказували на проблеми у сімейних стосунках (4,7% з ГХСП і 29,6% з ГУЗ); 24,6% наголошували на проблеми 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 гіпотезу про негативний вплив тривалості вимушеного переміщення на психічне здоров’я внутрішніх мігрантів.

На основі результатів власних клініко-анамнестичних, соціально-демографічних, клініко-психопатологічних, психодіагностичних та статистичних методів дослідження, нами було розроблено комплексну диференційовану систему діагностики, психопрофілактики та надання спеціалізованої психіатричної допомоги ВПО з ПППіР.

Так, 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 надання первинної психологічної допомоги. 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 надання 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 програмою 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 і супровід, на різних етапах переміщення та вимушеного перебування.

Для ведення ВПО в рамках базових засад надання СПД переселенцям було розроблено алгоритм дій, який також відрізняється етапністю, комплексністю та диференціацією.

І етап – систематизація даних щодо наявності у преморбіді хронічних захворювань з діагностичним визначенням провідної патології.

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

ІІІ етап – раціональна, непряма, когнітивно-поведінкова, сімейна психотерапія з хворими, членами їх родин, особами, які за ними доглядають, щодо етіології, патогенезу та основних проявів психопатологічних реакцій і станів стресового генезу, методів їх лікування, профілактики.

IV етап – диференційований терапевтичний, психотерапевтичний та фармакологічний вплив на пацієнтів із залученням членів їх родин. Перший, ініціальний, модуль, цього етапу включав заходи щодо встановлення

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 та типу перебігу розладів психіки та поведінки. Необхідним елементом цього модулю стала наявність психосоціальної підтримки ВПО, без якої ефективність лікувальних заходів буде значно нижчою.

Психотерапевтична патогенетично орієнтована стратегія була представлена такими втручаннями: раціональна (за П. Дюбуа), роз'яснювальна психотерапія (за І.З. Вельвовським); навчання самоконтролю (самоспостереження, самостійна релаксація), аутогенне тренування в комплексі з аутосугестією (за А.Т. Філатовим); емоційно-вольове тренування (за С.І. Табачніковим) для ВПО, які страждають на зловживання алкоголем.

Тривожні, панічні реакції та розлади – терапевтичні мішені КПТ з такою послідовністю 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.

Депресивні, тривожно-депресивні реакції, ПППіР потребували наступних втручань: раціональна, непряма, гіпносугестивна, когнітивно-поведінкова, міжособистісна, сімейна, короткострокова психодинамічна психотерапія; групова арт-терапія, аутогенне тренування.

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

Третій модуль IV етапу – підтримувально-профілактичний: проведення профілактичних терапевтичних заходів у вигляді підтримувальної психотерапії, профілактичних оглядів та консультувань пацієнтів з наданням відповідних рекомендацій.

Для впровадження та 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 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. Основна група хворих (ГУЗ) взяла участь у впровадженні розробленої нами системи, а в ПГ (ГХСП) лікарі-психіатри проводили тільки стандартні лікувально-профілактичні заходи.

При повторному обстеженні ВПО обох груп за шкалою HADS визначено ($p<0,05$), що в ОГ рівень тривоги знизився на 27,2% більше, ніж у ПГ, а депресії – на 26,9%.

Результат дослідження 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% (в ОГ – 60,16, а ПГ – 53,88 бали), 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 ВПО, 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 рефлексами (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 (rs=0.322) і за наявністю скарг на фізичний стан (rs=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%), астенією (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 (rs=-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 (rs=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.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Owoaje E. T., Uchendu O. C., Ajayi T. O., & Cadmus E. O. (2016). A review of the health problems of the internally displaced persons in Africa. *The Nigerian postgraduate medical journal*, *23*(4), 161-171. https://doi.org/10.4103/1117-1936.196242

2. Lagos-Gallego M., Gutierrez-Segura J.C., Lagos-Grisales G.J., Rodriguez-Morales A.J. (2017). Post-traumatic stress disorder in internally displaced people of Colombia: An ecological study. *Travel Med Infect Dis.* 16, 41-45. doi: 10.1016/j.tmaid.2017.02.008.

3. Ukraine IDP Figures Analysis, Internal Displacement Monitoring Centre (IDMC) [Electronic resourse]. https://www.internal-displacement.org/countries/ukraine

4. Kapitonenko M. Guidelines for Managing the Conflict in Donbas. *Ukraine Analytica*, Issue 1 (3), 2016 http://ukraineanalytica.org/wpcontent/uploads/Kapitonenko1_3.pdf

5. Офіційний сайт Міністерства соціальної політики України. Режим доступу: https://www.msp.gov.ua/timeline/Vnutrishno-peremishcheni-osobi.html.

6. Global report on internal displacement. Retrieved on July 17, 2019, from: http://www.internaldisplacement.org/sites/default/files/publications/documents/201805-final-GRID-2018_0.pdf

7. Мельник Н. М. (2019). Збройний конфлікт на сході України: шкода, завдана житлу цивільного населення. *Харків: ТОВ «Видавництво «Права людини»»,*
86 с.

8. І. Д. Спіріна, С. В. Рокутов, А. В. Шорніков, & Є. С. Феденко (2017). Непсихотичні психічні розлади у внутрішньо переміщених осіб. *Український вісник психоневрології*, *25*(3), 63-66.

9. Г. М. Кожина, В. І. Коростій, К. О. Зеленська, & О. Б. Платинюк (2017). Патогенетично обґрунтована система психопрофілактики суїцидальної поведінки при депресивних розладах у внутрішньо переміщених осіб. *Медична психологія*, 12(2), 59-61.

10. М. В. Маркова, О. В. Піонтковська, & А. Г. Соловйова (2018). Медико-психологічна допомога дітям-вимушеним переселенцям: концептуальні засади психологічної підтримки, реадаптації та соціалізації. *Український вісник психоневрології*, 26(2), 62-67.

11. П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова [та ін.] (2014). Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : метод. рекоменд. Харків. ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». 67 с.

12. Н. Коваленко, О. Осуховська, О. Хаустова, & А. Качалка (2021). Соціально-демографічні показники та предиктори розладів психіки та поведінки у внутрішньо переміщених осіб. *Психосоматична медицина та загальна практика*, *6*(1), e0601296. https://doi.org/10.26766/pmgp.v6i1.296

13. Лашин О. І. (2019). Особливості формування ПТСР в умовах сучасних воєнних конфліктів та організації заходів з їх профілактики та лікування. *Ukrainian Journal of Military Medicine*, *19*(4), 94-106.

14. Musau J. N., Omondi M., & Khasakhala L. (2018). The Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) among Internally Displaced Persons (IDPs) in Maai Mahiu Camp in Nakuru County, Kenya. *Journal of Internal Displacement*, *8*(1), 20-33.

15. Diker E. Post-traumatic stress disorder among displaced populations. [Electronic resourse] https://healthandmigration.org/post-traumatic-stress-disorder-among-displaced-populations/

16. Н. О. Марута, І. О. Явдак, С. П. Колядко, В. Ю. Федченко, О. С. Чередникова, В. І. Заворотний (2019). Особливості психічного стану

внутрішньо переміщених осіб (структура та вираженість психопатологічних порушень). *Медична психологія*, № 3, 40-44.

17. Г. М. Кожина, М. В. Маркова, О. Л. Товажнянська, К. О. Зеленська, & О. І. Каук (2020). Особливості первинного гіпотиреозу у вимушено переміщених осіб як базис формування когнітивних та тривожно-депресивних розладів. *Проблеми ендокринної патології*, № 3(73), 25-32.

18. AlShawi A. F. (2018). Prevalence of posttraumatic stress disorders among sample of internally displaced persons in Iraq, a preliminary study. *J Community Med Health Educ*, *8*(599), 2161-0711.

19. Aluh D.O., Okoro R.N. and Zimboh A. (2020), "The prevalence of depression and post-traumatic stress disorder among internally displaced persons in Maiduguri, Nigeria", *Journal of Public Mental Health*, Vol. 19 No. 2, pp. 159-168. https://doi.org/10.1108/JPMH-07-2019-0071

20. С. І. Табачніков, Є. М. Харченко, Осуховська О. С., Синіцька Т. В., Чепурна А. М., & Болтоносов С. В. (2017). Особливості феноменологічної характеристики осіб, тимчасово переміщених з зони АТО, які страждають на посттравматичні психічні порушення, коморбідні із вживанням психоактивних речовин. *Український вісник психоневрології*, 25(1), 157-157.

21. Хаустова, О. О., & Коваленко, Н. В. (2015). Актуальні проблеми життя і порушення психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб. *Архів психіатрії*, 21(2), 42-46.

22. Марута Н. О., Панько Т. В., Семікіна О. Є., Каленська Г. Ю. (2020). Особливості клініко-психопатологічного стану внутрішньо переміщених осіб з психічними розладами. *Вісник проблем біології і медицини*, 1(155), 156-162.

23. Н. І. Тищенко, Б. Ю. Піроцький (2014). Внутрішньо переміщені особи в Україні як проблема сьогодення. *Молодий вчений*, 10 (13), 124 – 125.

24. Bains M.; Shortall C.; Manzuangani T.; Katona C., Russell K. (2018). Identifying post-traumatic stress disorder in forced migrants. *BMJ* 2018; 361 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.k1608

25. Щорічний звіт УВКБ ООН «Глобальні тенденції», ЖЕНЕВА/КИЇВ, 20 червня 2019 року, Агентство ООН у справах біженців (UNHCR). Режим доступу: https://www.unhcr.org/ua/15808-увкб-оон-опублікувало-щорічний-звіт-п.html

26. Global Trends [Електронний ресурс] // UNHCR (2019). – Режим доступу до ресурсу: https://www.unhcr.org/5ee200e37/.

27. Конвенция о статусе беженцев [Електронний ресурс] // ООН (1951). – Режим доступу до ресурсу: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/refugees.shtml.

28. Внутрішньо переміщені особи. UNHCR (2014). – Режим доступу до ресурсу: https://www.unhcr.org/ua.

29. Тенденції внутрішнього переміщення 2014-2015.UNHCR (2015). – Режим доступу до ресурсу: https://www.refworld.org.ru/type,MAP,,,,,0.html#SRTop21.

30. Облік внутрішньо переміщених осіб [Електронний ресурс] // Міністерство соціальної політики (2020). – Режим доступу до ресурсу: https://www.msp.gov.ua/timeline/Vnutrishno-peremishcheni-osobi.html.

31. Тенденції внутрішнього переміщення від 25.09.2015 р. UNHCR (2015). Режим доступу до ресурсу: https://www.refworld.org.ru/type,MAP,,,561529364,0.html.

32. Звіт національної системи моніторингу ситуації з ВПО. Вересень 2018 р. Режим доступу до ресурсу: www.iom.org.ua/sites/default/files/nms_round_11_ukr_press.pdf.

33. Доповідь Спеціального доповідача Організації Об'єднаних Націй з питань про права людини внутрішньо переміщених осіб: Поїздка до України, Документ ООН A/HRC/29/34/Add.3 (2 квітня 2015 р.), пп. 9 і 74.

34. Кхасраві О. З. (2016). Співвідношення понять мігрант, біженець, переселенець, внутрішньо переміщена особа. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія: Юриспруденція*, (20), 73-76.

35. Закон України Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб. Верховна рада України (2015). Режим доступу до ресурсу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1706-18#Text.

36. Вдосконалення національного законодавства України стосовно захисту прав людини внутрішньо переміщених осіб. Базовий аналіз. Київ, 2016. С. 212–213.

37. UNHCR (2018). UNHCR Global Trends. Forced Displacement in 2018. Retrieved from: https://www.unhcr.org/5d08d7ee7.pdf

38. Закон України «Про біженців та осіб, які потребують додаткового або тимчасового захисту. Верховна рада України (2012). Режим доступу до ресурсу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3671-17#Text.

39. Внутрішньо переміщені особи (Internally displaced persons). The UN Refugee Agency. Regime to access: http://unhcr.org.ua/uk/novini/novyny/1293-vnutrishno-peremishcheni-osobi

40. Внутрішньо переміщені особи / УВКБ ООН (The UN Refugee Agency) Режим доступу: http://unhcr.org.ua/uk/novini/novyny/1293-vnutrishno-peremishcheni-osobi

41. Хаустова О. О., & Коваленко Н. В. (2016). Аналіз психопатологічних особливостей розладів психіки та поведінки у вимушених переселенців. *Архів психіатрії*, 22(1), 17-21.

42. Михлюк Е. І., & Кукоба Н. С. (2016). Аналіз проблеми впливу особистісних якостей психолога на діяльність в екстремальній ситуації. *Проблеми екстремальної та кризової психології*, 20, 150-158.

43. Михайлов Б.В. (2015). Розлади психіки і поведінки екстремальнопсихологічного походження. *Психічне здоров'я*, 2 (47), 9-18.

44. Психологічна допомога вимушеним переселенцям: Методичні рекомендації (2014). Національний університет цивільного захисту України. URL: rda.hm.ua/files/4136_9730.doc

45. Л. Гридковець, Т. Вебер, Н. Журавльова, О. Запорожець та співавт. (2018). Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3, 236 с.

46. Vervliet M., Meyer Demott M. A., Jakobsen M., [et al.] (2014). The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scandinavian Journal of Psychology*. Vol. 55 (1), 33-37.

47. Shahin, W., Stupans, I., & Kennedy, G. (2021). Health beliefs and chronic illnesses of refugees: a systematic review. *Ethnicity & health*, *26*(5), 756-768.

48. Bahar, D., Özgüzel, C., Hauptmann, A., & Rapoport, H. (2019). Migration and post-conflict reconstruction: The effect of returning refugees on export performance in the former Yugoslavia.

49. Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC international health and human rights*, *15*(1), 1-41.

50. Allansson M., Melander E., Themnér L. (2017). Organized violence, 1989-2016 *Journal of Peace Research.* 54(4), 574-587. DOI: 10.1177/0022343317718773.

51. А. Бочі, Л. Кудіна, І. Івашко. за керівництвом В. Маковій (2017). Оцінка проблем психологічної, соціально−економічної адаптації та інтеграції жінок з числа ВПО у нові громади (Вінницька, Львівська та Київська області). Громадська організація «Молодіжна альтернатива» за підтримки Координатора проектів ОБСЄ в Україні, 39 с.

52. О. А. Панченко, И. И. Кутько, Н. А. Зайцева (2014). Социально-стрессовые расстройства: мирное население в эпицентре военных действий. *Новости медицины и фармации в Украине.* 15 (509). 6 с. URL: http://www.mif-ua.com/archive/article/39159.

53. Юрьева Л. Н. (2015). Расстройства адаптации при психосоциальных стрессах: диагностика, профилактика и коррекция. *Семейная медицина*. № 4, 89-92. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2015_4_23.

54. Л. М. Юр’єва, Т. Й. Шустерман, Є. О. Ліхолетов (2019).Непсихотичні психічні розлади в осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту. Медичні перспективи. 24(4), 112-120. DOI: https://doi.org/10.26641/2307-0404.2019.4.189601.

55. T. L. Sheikh, M. Abdulaziz, S. Agunbiade [et al.] (2015). Correlates of depression among internally displaced persons after post-election violence in Kaduna, North Western Nigeria. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 170, 46-51.

56. M. Fazel, J. Wheeler, J. Danesh (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*. 1309-1314. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)61027-641.

57. McFadyen, M. G. (2020). *Refugees in Britain: Practices of Hospitality and Labelling*. Edinburgh University Press.

58. Марута, Н. О., Панько, Т. В., & Каленська, Г. Ю. (2019). Структура психопатологічних проявів у внутрішньо переміщених осіб. *Український вісник психоневрології*, 27(2), 33-37.

59. Вербицький Є. Ю., Євтушенко Ю. О. (2016) Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості реактивної депресії в структурі непсихотичних психічних стрес-асоційованих розладів у вимушених переселенців із зони антитерористичної операції в Луганській області. *Архів психіатрії.* Т. 22, 2 (85). С. 16-19. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_2_5.

60. Giacco D. Evidence on mental health care for forcibly displaced migrants: A review in collaboration with WHO Europe (2018). Abstracts of the 26th European Congress of Psychiatry. Vol. 48. pp. S1—S766. W0048.

61. Пінчук І.Я., Бабова К.Д., Гоженка (2014). Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах: метод. посіб. *ТОВ «Видавничий дім «Калита»,* 92 с.

62. N. Tamayo Martínez, C. J. Rincón Rodríguez, C. de Santacruz [et al.] (2016). Mental problems, mood and anxiety disorders in the population

displaced by violence in Colombia; results of the national mental health survey 2015. *Revista Colombiana De Psiquiatria*. Vol. 45 Suppl 1. P. 113-118.

63. Спирина И. Д., Рокутов С. В., Казаков В. Е. (2016). Психические расстройства у лиц, перемещенных из зоны боевых действий. Вплив науково-технічного прогресу на розвиток медичної науки та практики: реалії сьогодення: збірник тез наук. робіт учасників міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 8-9 липня 2016 р.). Київ: Київський медичний науковий центр. С. 81-82.

64. Fedorenko O. (2019). Socio-psychological mechanisms of adaptation and integration of internal transmitted persons in the community. *Humanitarium, 41*(1), 135-143.

65. Б.В. Михайлов, В.В. Чугунов, В.О. Курило, С.Н. Саржевський (2014). Посттравматичні стресові розлади: Навчальний посібник. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. 285 с.

66. B. Roberts, N. Makhashvili, D. Dzhavakhishvili. (2017). The Hidden Consequences of Conflict: Mental Health Issues and Access to Services for Internally Displaced Persons in Ukraine. *International Alert.* URL: http://international-alert.org/publications/hidden-burdens-of-conflict-en

67. Панько Т.В., Семікіна О. Є., Явдак І. О., (2018). Особенности факторов психической травматизации и структуры клинических проявлений у внутренне перемещенных лиц. *Український вісник психоневрології*, Т. 26, 3(96), 50-55.

68. Гальченко, А. В., Гальченко, А. В., Кидонь, П. В., & Кидонь, П. В. (2020). Клініко-психопатологічні та патопсихологічні закономірності формування психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб з розладами адаптації.

69. Г. М. Кожина, М. В. Маркова, В. Б. Михайлов, Д. А. Фельдман (2015). Клінічні особливості невротичних розладів у внутрішньо переміщених осіб. *Український вісник психоневрології.*. Т. 23, вип. 3 (84), 129.

70. Марута, Н. О., Явдак, І. О., Панько, Т. В., Колядко, С. П., Федченко, В. Ф., Семікіна, О. Є., ... & Линська, К. Л. К. (2018). Особенности психического здоровья у внутренне перемещенных лиц. *Експериментальна і клінічна медицина*, *79*(2–3), 103-110.

71. Leth I., Niclasen J., Ryding E., [et al.] (2014). Psychological Difficulties among Children and Adolescents with Ethnic Danish, Immigrant, and Refugee Backgrounds. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology.* Vol. 2 (1), 29-37.

72. Корольчук, О. Л. (2016). Охорона психічного здоров'я в умовах ведення АТО. *Інвестиції: практика та досвід*, (18), 96-102.

73. 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. Архів психіатрії. Т.23, 2(89), 150-152.

74. Miller A., Hess J. M., Bybee D., & Goodkind J. R. (2018). Understanding the mental health consequences of family separation for refugees: Implications for policy and practice. *The American journal of orthopsychiatry*, *88*(1), 26–37.

75. Morina N., Akhtar A., Barth J., & Schnyder U. (2018). Psychiatric Disorders in Refugees and Internally Displaced Persons After Forced Displacement: A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry*, *9*, 433.

76. Ameel Farooq AlShawi (2018). Prevalence of posttraumatic stress disorders among sample of internally displaced persons in Iraq, a preliminary study. *J Community Med Health Educ*, *8*(599), 2161-0711.

77. Satinsky E.; Fuhr DC.; Woodward A.; Sondorp E.; Roberts B. (2019) Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. Health Policy. 2019 Sep;123(9):851-863.

78. Silove D. , Ventevogel P. and Rees S. (2017), The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. World Psychiatry, 16: 130-139.

79. Maruta. N. O., Panko. T. V., Kalenska G. Y., Kolyadko S. P., Yavdak I. O., & Volkova, S. O. (2020). Фактори психічної травматизації у внутрішньо переміщених осіб: їх структура та динаміка у часі. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*, (1), 120–127. https://doi.org/10.11603/1811-2471.2020.v.i1.11079

80. Герасименко Л. О., & Герасименко Л. А. (2017). *Фактори психотравми у жінок з посттравматичним стресовим розладом* (Doctoral dissertation, Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України).

81. Кердивар В. В. (2021). *Проблема психологічної безпеки особистості внутрішньо переміщених осіб в умовах надзвичайної ситуації воєнного характеру* (Doctoral dissertation).

82. Блинова О. Є. (2016). Соціально-психологічна адаптація вимушених мігрантів: підходи і проблеми вивчення феномена акультурації. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*, (3 (1)), 111-117.

83. Блинова О. Є. (2016). Соціально-психологічні засади дослідження кризи професійної ідентичності вимушених мігрантів. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*, (6 (2)), 116-121.

84. Гальченко А. В., Погорілко О. В., Волошин В. А., Гринь К. В., Лук'янченко О. В., Гальченко А. В., ... & Лукъянченко О. В. (2019). Вимушена міграція як фактор виникнення психосоціальної дезадаптації та невротичних розладів.

85. З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Царенко Л. Г. (2015). Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник. *ТОВ «Видавництво «Логос»*. – 207 с.

86. Roberts Bayard, Makhashvili Nino, Javakhishvili Jana (2017). The burden of mental disorders and access to services among internally displaced persons in Ukraine. *The International Alert; GIP, Tbilisi; London School of Hygiene and Tropical Medicine. Mentioned in the International Medical Corps «Mental Health in Transition»*, 2017.

87. D. Bhugra, S. Gupta, M. Schouler-Ocak, I. Graeff-Calliess et al. (2014). EPA Guidance mental health care of migrants. *European Psychiatry*. Vol. 29, 107–115.

88. Conflict in Ukraine: socio-economic impacts of internal displacement and veteran return – summary report May 2017 (English). Washington, D.C. : World Bank Group. http://documents.worldbank.org/curated/en/571011497962214803/Conflict-in-Ukraine-socio-economic-impacts-of-internal-displacement-and-veteran-return-summary-report-May-2017

89. Марута, Н. О., Каленська, Г. Ю., Явдак, І. О., & Малюта, Л. В. (2018). Розлади психічного здоров'я у внутрішньо переміщених осіб. *Український вісник психоневрології*, 26(2), 68-71.

90. Чередникова О. (2019). Психоосвіта у профілактиці психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб. *Медична психологія,* 4, 27-30

91. Б. Робертс, Н. Махашвили, Д. Джавахишвили (2017). Скрытые последствия конфликта. Проблемы психического здоровья внутренне перемещённых лиц и доступность психологической помощи в Украине. С. 31.

92. T. L. Sheikh, A. Mohammed, S. Agunbiade [et al.] (2014). Psycho-trauma, psychosocial adjustment, and symptomatic post-traumatic stress disorder among internally displaced persons in Kaduna, Northwestern Nigeria. *Frontiers in Psychiatry.* Vol. 5. P. 127.

93. V. Korostiy, H. Kozhyna, K. Melamud, O. Platyniuk (2016).Clinical features of neurotic disorders in internally displaced persons. *European Psychiatry*. 33, 196-197.

94. Odusanya, O. O. (2016). The health of internally displaced persons. *Nigerian postgraduate medical journal*, *23*(4), 159.

95. Всемирная Организация здравоохранения. (1998). Психическое здоровье беженцев. К. : Сфера, 1998. 64 с.

96. Л. М. Юр'єва, Л. В. Крячкова, Т. Й. Шустерман, Є. О. Ліхолетов (2021). Психометричне дослідження цивільних осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту. *Український вісник психоневрології*. Том 29, випуск 1 (106), 42-47.

97. International Society for Traumatic Stress Studies. (2017). Trauma and Mental Health in Forcibly Displaced Populations. An International Society for Traumatic Stress Studies Briefing Paper. Retrieved from: http://www.istss.org/education-research/trauma-and-mental-health-in-forcibly-displaced-pop.aspx

98. Morina N., Akhtar A., Barth J., Schnyder U. Psychiatric Disorders in Refugees and Internally Displaced Persons After Forced Displacement: A Systematic Review // Front Psychiatry. 2018 Sep 21; 9: 433. DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00433.

99. LeMaster J. W., Broadbridge C. L., Lumley M. A. (2018). Acculturation and post-migration psychological symptoms among Iraqi refugees: A path analysis. *Am J Orthopsychiatry*. 88(1): 38-47. DOI: 10.1037/ort0000240.

100. Henkelmann J. R., de Best S., Deckers C., Jensen K., Shahab M., Elzinga B., & Molendijk M. (2020). Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in refugees resettling in high-income countries: systematic review and meta-analysis. *BJPsych open*, *6*(4).

101. El Baba R., & Colucci E. (2018). Post-traumatic stress disorders, depression, and anxiety in unaccompanied refugee minors exposed to war-related trauma: a systematic review. *International journal of culture and mental health*, *11*(2), 194-207.

102. Шкробот С. І., Венгер О. П., Смашна О. Є., Мисула Ю. І., Сас Л. М., Білоус В. С., & Костіна О. О. (2017). Вплив фактору міграції на перебіг

депресивних розладів у мігрантів та реемігранті. *Український вісник психоневрології*, 25(1), 162-163.

103. Б.В. Михайлов, О.М. Зінченко, Б.С. Федак, І.М. Сарвір (2014). Медико-психологічний супровід осіб з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження (методичні рекомендації), 23 с.

104. Taha P. H., Taib N. I., & Sulaiman H. M. (2021). Posttraumatic stress disorder correlates among internally displaced Yazidi population following Islamic state of Iraq and Syria attacks in Iraq. *BMC psychiatry*, *21*(1), 1-8.

105. Taha P. H., Taib N. I., & Sulaiman H. M. (2021). Posttraumatic stress disorder correlates among Iraqi internally displaced persons in Duhok, Iraqi Kurdistan.

106. Позиція Європейської Психіатричної Асоціації щодо психіатричної допомоги біженцям у Європі. *Український вісник психоневрології.* 2015. Т. 23, 4 (85), 134-136.

107. T. Ayazi, L. Lien, A. Eide et al. (2014). Association between exposure to traumatic events and anxiety disorders in a post-conflict setting: a cross-sectional community study in South Sudan. *BMC psychiatry*. Vol. 14. P. 6.

108. Council NR, Grid I. Global report on internal displacement (2016). Available from: http://www internal-displacement org/publications/2016/2016-global-report-on-internal-displacement-grid-2016.

109. Semikina, O. Y., Fedchenko, V. Y., Yavdak, I. O., Cheredniakova, O. S., & Volkova, S. O. (2020). Особливості емоційного стану у внутрішньо переміщених осіб. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*, (13). https://doi.org/10.26565/2312-5675-2020-13-03

110. Chukwuorji JB. C., Ifeagwazi C.M., Eze J.E.. (2019). Event centrality influences posttraumatic stress disorder symptoms via core beliefs in internally displaced older adults. *Aging Ment Health*. 2019;23:113-121.

111. Ishchuk O. V., & Lukasevich O. A. (2019). Соціально-психологічні особливості адаптації внутрішньо переміщених осіб з тимчасово окупованих територій України. *Problems of Modern Psychology*, (1), 53-59.

112. Hebebrand J., Anagnostopoulos D., Eliez S., Linse H., Pejovic-Milovancevic M., & Klasen H. (2016). A first assessment of the needs of young refugees arriving in Europe: what mental health professionals need to know.

113. Nosè M., Turrini G., Imoli M., Ballette F., Ostuzzi G., Cucchi F., ... & Barbui C. (2018). Prevalence and correlates of psychological distress and psychiatric disorders in asylum seekers and refugees resettled in an Italian catchment area. *Journal of immigrant and minority health*, *20*(2), 263-270.

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

115. І.Я. Пінчук, О.О. Хаустова, Н.М. Степанова та ін. (2014). Методичні рекомендації щодо надання першої психологічної допомоги переміщеним особам. Київ, 44 с.

116. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад». Наказ Міністерства охорони здоров'я України, 23.02.2016 № 121. 57 с. URL:
http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_121_PTSR/2016_121_YKPMD_PTSR.pdf.

117. Lindert J., von Ehrenstein O. S., Priebe S., Mielck A., & Brähler E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees–a systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine*, *69*(2), 246-257.

118. Steel Z., Chey T., Silove D., Marnane C., Bryant R. A., & Van Ommeren M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, *302*(5), 537-549.

119. Iacopino V., Frank M. W., Bauer H. M., Keller A. S., Fink S. L., Ford D., ... & Waldman R. (2001). A population-based assessment of human rights abuses committed against ethnic Albanian refugees from Kosovo. *American Journal of Public Health*, *91*(12), 2013-2018.

120. Cardozo B. L., Vergara A., Agani F., & Gotway C. A. (2000). Mental health, social functioning, and attitudes of Kosovar Albanians following the war in Kosovo. *Jama*, *284*(5), 569-577.

121. Thapa S. B., & Hauff E. (2005). Psychological distress among displaced persons during an armed conflict in Nepal. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *40*(8), 672-679.

122. Азарных Н. А. (2014). Психологические проблемы в условиях преднамеренной миграции. Этнічная, моўная і культурная разнастайнасць у сучасным грамадстве : Зборнік навуковых прац удзельнікаў міжнар. навук. практ. канф., 29—30 мая 2014 u., Магілёў / уклад. І. А. Пушкін ; рэдкал.: Ю. М. Бубнаў (адк. рэд.) [та ін.]. Магілёў : МДУХ, с. 256-258.

123. Шпильовий Я. В. (2017). Клінічний зміст і вираженість депресивних і тривожних феноменів в структурі невротичних тривожно-депресивних розладів різного психогенезу у жінок (вимушених переселенців та дружин військовослужбовців — учасників АТО). *Український вісник психоневрології.* 25 (91), 88-91. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2017_25_2_24.

124. І. О. Григоренко, Н. М. Савельєва. (2017). Соціальна робота з внутрішньо переміщеними особами в сучасних умовах: навч. посіб. [для студ. і магістр. спец-тей «Соц. робота» і «Соц. педагогіка»]. Полтава : ПНПУ, 100 с.

125. Бедина И. А., Шпорт С. В. (2014). Особенности формирования психических расстройств у беженцев. Вопросы клинической психологии :

Интернет-конференция с международным участием : материалы конф. (Казань, 30 октября 2014). Казань: ИП Синяев Д. Н., с. 14-17.

126. Sanhori Z., Hauff E., Eide A. H., Mdala I., Abdelrahman A., Brunborg C., & Lien L. (2020). Changes in prevalence of mental disorders among internally displaced persons in central Sudan: a 1-year follow-up study. Global Mental Health, 7.

127. Damen R. E. C., Dagevos J., & Huijnk W. (2021). Refugee Reception Re-examined: a Quantitative Study on the Impact of the Reception Period for Mental Health and Host Country Language Proficiency Among Syrian Refugees in the Netherlands. *Journal of international migration and integration*, 1-21.

128. Schweitzer R., & Steel Z. (2008). Researching refugees: Methodological and ethical considerations. In *Doing cross-cultural research* (pp. 87-101). Springer, Dordrecht.

129. Sijbrandij M., Acarturk C., Bird M., Bryant R. A., Burchert S., Carswell K., ... & Cuijpers P. (2017). Strengthening mental health care systems for Syrian refugees in Europe and the Middle East: integrating scalable psychological interventions in eight countries. *European Journal of Psychotraumatology*, *8*(sup2), 1388102.

130. Borho A., Morawa E., Schmitt G. M., & Erim Y. (2021). Somatic distress among Syrian refugees with residence permission in Germany: analysis of a cross-sectional register-based study. *BMC public health*, *21*(1), 1-13.

131. Заюков І. В. (2016). Тенденції сучасного ринку праці та його вплив на стан здоров'я зайнятого населення України. *Економіка: реалії часу*, *4*, 40-49.

132. Хмиз Н. В. (2014). Трудова зайнятість як фактор психологічного здоров'я людини. Дипломна робота на здобуття наукового ступеня магістр з спеціальності 8.03010201 – психологія; Тернопільський національний технічний університет імені Івана Пулюя. – Тернопіль: ТНТУ.

133. Грицюта О. Ф. (2016). Психолого-педагогічні особливості подолання стресу, психічної травми та посттравматичного синдрому в постраждалих від

військових дій. *Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти*, (13 (1)), 110-113.

134. Буковська О.О. Гірченко О.Л. (2018). Сучасні напрями психологічної реабілітації кризових станів викликаних екстремальними ситуаціями. *Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка. Екологічна психологія.* 7(45), 19-27.

135. Лазос Г. П. (2017). Психотерапія постраждалих внаслідок тортур: огляд сучасних досліджень та психотерапевтичних моделей. *Актуальні проблеми психології. Консультативна психологія та психотерапія*, *13*(3), 8-46.

136. Маркова, М. В., Піонтковська, О. В., & Соловйова, А. Г. (2017). Вплив вимушеного переміщення на психоемоційн у сферу дитини. *Український вісник психоневрології*, (25, вип. 4), 41-48.

137. Unterhitzenberger J., Eberle-Sejari R., Rassenhofer M., Sukale T., Rosner R., & Goldbeck L. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy with unaccompanied refugee minors: a case series. *BMC psychiatry*, *15*(1), 1-9.

138. Kananian S., Soltani Y., Hinton D., & Stangier U. (2020). Culturally Adapted Cognitive Behavioral Therapy Plus Problem Management (CA-CBT+) With Afghan Refugees: A Randomized Controlled Pilot Study. *Journal of Traumatic Stress*, *33*(6), 928-938.

139. Buhmann C., Andersen I., Mortensen E. L., Ryberg J., Nordentoft M., & Ekstrøm M. (2015). Cognitive behavioral psychotherapeutic treatment at a psychiatric trauma clinic for refugees: description and evaluation. *Torture Journal*, *25*(1), 16-16.

140. Hijazi A. M., Lumley M. A., Ziadni M. S., Haddad L., Rapport L. J., & Arnetz B. B. (2014). Brief narrative exposure therapy for posttraumatic stress in Iraqi refugees: a preliminary randomized clinical trial. *Journal of traumatic stress*, *27*(3), 314-322.

141. Jacobs S. F. (2018). Collective narrative practice with unaccompanied refugee minors: «The Tree of Life» as a response to hardship. *Clinical child psychology and psychiatry*, *23*(2), 279-293.

142. Gerritsen A. A., Devillé W., Van der Linden F. A., Bramsen I., van Willigen L. H., Hovens J. E., & van der Ploeg H. M. (2006). Mental and physical health problems of, and the use of healthcare by, Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, *150*(36), 1983-1989

143. Mugisha J, Muyinda H, Wandiembe P, Kinyanda E. (2015). Prevalence and factors associated with posttraumatic stress disorder seven years after the conflict in three districts in northern Uganda (The Wayo-Nero Study). *BMC Psychiatry*. 15(1):170. doi:10.1186/s12888-015-0551-5

144. Getanda E. M., Papadopoulos C., & Evans H. (2015). The mental health, quality of life and life satisfaction of internally displaced persons living in Nakuru County, Kenya. *BMC Public Health*, *15*(1), 1-9.

145. Robjant K., Hassan R., & Katona C. (2009). Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review. *The british journal of psychiatry*, *194*(4), 306-312.

146. Bartlett R., Sarnyai Z., Momartin S., Ooi L., Schwab S. G., & Matosin N. (2020). Understanding the pathology of psychiatric disorders in refugees. *Psychiatry Research*, 113661.

147. Hameed S., Sadiq A., & Din A. U. (2018). The increased vulnerability of refugee population to mental health disorders. *Kansas journal of medicine*, *11*(1), 20.

148. Frankova I. (2017). Prevalence of mental disorders among refugees: 25th European Psychiatric Association Congress materials short review. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, *2*(3), e020371-e020371.

149. Bäärnhielm S., Laban K., Schouler-Ocak M., Rousseau C., & Kirmayer L. J. (2017). Mental health for refugees, asylum seekers and displaced persons: A call for a humanitarian agenda.

150. Morina N., Akhtar A., Barth J., & Schnyder U. (2018). Psychiatric disorders in refugees and internally displaced persons after forced displacement: a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, *9*, 433.

151. Венгер О. П., Смашна О. Є., Мисула Ю. І., Білоус В. С., Сас Л. М., Люта О. О., ... & Гусєва Т. П. (2018). Психопатологічна феноменологія депресивних розладів з урахуванням фактора міграції. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*, (4), 58-63.

152. Getnet B., Medhin G., & Alem A. (2019). Symptoms of post-traumatic stress disorder and depression among Eritrean refugees in Ethiopia: identifying direct, meditating and moderating predictors from path analysis. *BMJ open*, *9*(1), e021142.

153. Duko B., Toma A., Abraham Y., & Kebble P. (2020). Post-traumatic stress disorder and its correlates among people living with HIV in southern Ethiopia, an institutionally based cross-sectional study. *Psychiatric Quarterly*, *91*(3), 783-791.

154. Madoro D., Kerebih H., & Habtamu Y. (2020). Post-Traumatic Stress Disorder and Associated Factors Among Internally Displaced People in South Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *16*, 2317.

155. Golja E. A., Labata B. G., Mekonen G. F., & Dedefo M. G. (2020). Post-Traumatic Stress Disorder and Associated Factors Among Traumatic Patients Attended in Four Government Hospitals, West Ethiopia. *The Open Public Health Journal*, *13*(1).

156. Çetrez Ö. A., DeMarinis V., Sundvall M., Fernandez-Gonzalez M., Borisova L., & Titelman D. (2021). A Public Mental Health Study Among Iraqi Refugees in Sweden: Social Determinants, Resilience, Gender, and Cultural Context. *Frontiers in sociology*, *6*.

157. Carisius Kastrup M. (2018). Problems faced by women refugees. An overview / M. Carisius Kastrup //Abstracts of the 26th European Congress of Psychiatry. – March 2018. – Vol. 48. – P. S1–S766. – S0058.

158. Сьомкіна І. С. (2015). Соціально-педагогічна робота з сім'ями вимушених переселенців: стан та перспективи. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. № 11, 102-105.

159. З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук (2015). (Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам (на прикладі роботи з переселенцями з Криму)// Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник. *ТОВ "Видавництво "Логос"*. 206 с. , с. 26-46. https://neurocorrection.com.ua/publikatsii/item/66-psikhologichna-dopomoga-vnutrishno-peremishchenim-osobam-na-prikladi-roboti-z-pereselentsyami-z-krimu

160. Напрєєнко О. К., & Марценковський Д. І. (2019). Депресії при посттравматичному стресовому розладі у дітей та підлітків. *Неврологія, Психіатрія, Психотерапія.* 1 (48). Режим доступу: http://www.health-ua.com/article/42493-depres-priposttravmatichnomu-stresovomu-rozlad-udtej-tapdltkv

161. Мигашко Є. М. (2015). Соціально-педагогічна робота з біженцями у громадських об'єднаннях. *Наукові здобутки студентів Інституту людини*, (1 (3)).

162. Salama E., Niemelä S., Suvisaari J., Laatikainen T., Koponen P., & Castaneda A. E. (2018). The prevalence of substance use among Russian, Somali and Kurdish migrants in Finland: a population-based study. *BMC Public Health*, *18*(1), 1-13.

163. Salama E. S., Castaneda A. E., Lilja E., Suvisaari J., Rask S., Laatikainen T., & Niemelä S. (2020). Pre-migration traumatic experiences, post-migration perceived discrimination and substance use among Russian and Kurdish migrants—a population-based study. *Addiction*, *115*(6), 1160-1171.

164. Ibrahim H., Ertl V., Catani C., Ismail A.A., Neuner F. (2018). The validity of posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5) as screening instrument with Kurdish and Arab displaced populations living in the Kurdistan region of Iraq. *BMC Psychiatry*.18(1):259. doi:10.1186/s12888-018-1839-z

165. B. Roberts, A. Murphy, I. Chikovani et al. (2014). Individual and community level risk-factors for alcohol use disorder among conflict-affected persons in Georgia. *PLoS ONE. 2014.* Vol. 9, № 5. P. e98299.

166. Brendler-Lindqvist M., Norredam M., & Hjern A. (2014). Duration of residence and psychotropic drug use in recently settled refugees in Sweden-a register-based study. *International journal for equity in health*, *13*(1), 1-9.

167. Nosè M., Turrini G., & Barbui C. (2015). Access to mental health services and psychotropic drug use in refugees and asylum seekers hosted in high-income countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *24*(5), 379-381.

168. Kane J. C., Ventevogel P., Spiegel P., Bass J. K., Van Ommeren M., & Tol W. A. (2014). Mental, neurological, and substance use problems among refugees in primary health care: analysis of the Health Information System in 90 refugee camps. *BMC medicine*, *12*(1), 1-11.

169. Harris S., Dykxhoorn J., Hollander A. C., Dalman C., & Kirkbride J. B. (2019). Substance use disorders in refugee and migrant groups in Sweden: A nationwide cohort study of 1.2 million people. *PLoS medicine*, *16*(11), e1002944.

170. Vinck P., Pham P. N., Stover E., & Weinstein H. M. (2007). Exposure to war crimes and implications for peace building in northern Uganda. *Jama*, *298*(5), 543-554.

171. Winkler N., Ruf-Leuschner M., Ertl V., Pfeiffer A., Schalinski I., Ovuga E., ... & Elbert T. (2015). From war to classroom: PTSD and depression in formerly abducted youth in Uganda. *Frontiers in psychiatry*, *6*, 2.

172. Meyer S. R., Meyer E., Bangirana C., Mangen P. O., & Stark L. (2019). Protection and well-being of adolescent refugees in the context of a humanitarian

crisis: Perceptions from South Sudanese refugees in Uganda. *Social Science & Medicine*, *221*, 79-86.

173. Adaku A., Okello J., Lowry B., Kane J. C., Alderman S., Musisi S., & Tol W. A. (2016). Mental health and psychosocial support for South Sudanese refugees in northern Uganda: a needs and resource assessment. *Conflict and Health*, *10*(1), 1-10.

174. Amone-P'Olak K., Elklit A., & Dokkedahl S. B. (2018). PTSD, mental illness, and care among survivors of sexual violence in Northern Uganda: Findings from the WAYS study. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, *10*(3), 282.

175. Amone-P'Olak K., & Elklit A. (2018). Interpersonal sensitivity as mediator of the relations between war experiences and mental illness in war-affected youth in northern Uganda: Findings from the WAYS study. *Traumatology*, *24*(3), 200.

176. Lamsma J., Cahn W., & Fazel S. (2020). Use of illicit substances and violent behaviour in psychotic disorders: two nationwide case-control studies and meta-analyses. *Psychological medicine*, *50*(12), 2028-2033.

177. Словська І. (2020). Посттравматичний синдром жінок, які зазнали насильства. *Юридична психологія*, *27*(2), 48-53.

178. Карковська Р. І. (2017). Деструктивні позиції осіб з близького соціального оточення щодо вдів загиблих учасників АТО. *Психологія: реальність і перспективи*, (8), 96-100.

179. Матейко Н. М. (2021). Психологічні чинники гендерно зумволеного насильства в родинах внутрішньо переміщених осіб. *Editorial board*, 944.

180. Самойлова О. В., & Міщенко О. М. (2018). Історичні, клінічні та психологічні особливості формування посттравматичних стресових розладів. *Актуальні проблеми сучасної медицини*, (2), 62-71.

181. Михайлова О. І. (2020). Вплив психотравмуючих факторів на особистість. *Редакційна колегія*, 348.

182. Nesterko Y., Jäckle D., Friedrich M., Holzapfel L., & Glaesmer H. (2020). Factors predicting symptoms of somatization, depression, anxiety, post-traumatic stress disorder, self-rated mental and physical health among recently arrived refugees in Germany. *Conflict and health*, *14*(1), 1-12.

183. Morina N., Kuenburg A., Schnyder U., Bryant R. A., Nickerson A., & Schick M. (2018). The Association of Post-traumatic and Postmigration Stress with pain and other somatic symptoms: an explorative analysis in traumatized refugees and asylum seekers. *Pain Medicine*, *19*(1), 50-59.

184. Patel S. S., Zvinchuk O., & Erickson T. B. (2020). The Conflict in East Ukraine: A Growing Need for Addiction Research and Substance Use Intervention for Vulnerable Populations. *Forensic science & addiction research*, *5*(3), 406.

185. Hanna F. B. (2017). Alcohol and substance use in humanitarian and post-conflict situations. *Eastern Mediterranean health journal*, *23*(3), 231.

186. Kozhyna H., Gaponov K., & Markova M. (2019). Specifics of clinical manifestations of alcohol addiction in people with different psychotraumatic experiences and levels of psychosocial stress.

187. Doty S. B., Haroz E. E., Singh N. S., Bogdanov S., Bass J. K., Murray L. K., ... & Bolton P. A. (2018). Adaptation and testing of an assessment for mental health and alcohol use problems among conflict-affected adults in Ukraine. *Conflict and health*, *12*(1), 1-13.

188. Singh N. S., Bogdanov S., Doty B., Haroz E., Girnyk A., Chernobrovkina V., ... & Bolton P. A. (2021). Experiences of mental health and functioning among conflict-affected populations: A qualitative study with military veterans and displaced persons in Ukraine. *American Journal of Orthopsychiatry*.

189. Manhica H., Gauffin K., Almquist Y. B., Rostila M., Berg L., de Cortázar A. R. G., & Hjern A. (2017). Hospital admissions due to alcohol related disorders among young adult refugees who arrived in Sweden as teenagers–a national cohort study. *BMC public health*, *17*(1), 1-8.

190. McCleary J. S. (2017). Applying a collective resilience framework to refugees' perceptions of recovery from harmful alcohol use. *Traumatology, 23*(1), 82.

191. Luitel N. P., Jordans M., Murphy A., Roberts B., & McCambridge J. (2013). Prevalence and patterns of hazardous and harmful alcohol consumption assessed using the AUDIT among Bhutanese refugees in Nepal. *Alcohol and alcoholism, 48*(3), 349-355.

192. Lo J., Patel P., Shultz J. M., Ezard N., & Roberts B. (2017). A systematic review on harmful alcohol use among civilian populations affected by armed conflict in low-and middle-income countries. *Substance use & misuse, 52*(11), 1494-1510.

193. Sabin M., Cardozo B. L., Nackerud L., Kaiser R., & Varese L. (2003). Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict. *Jama*, *290*(5), 635-642.

194. Maršanić V. B., Franić T., & Ćurković K. D. (2017). Mental health issues of refugee children: lessons from Croatia. *European child & adolescent psychiatry*, *26*(3), 377-381.

195. Comellas R. M., Makhashvili N., Chikovani I., Patel V., McKee M., Bisson J., & Roberts B. (2015). Patterns of somatic distress among conflict-affected persons in the Republic of Georgia. *Journal of psychosomatic research*, *78*(5), 466-471.

196. Roberts B., Makhashvili N., Javakhishvili J., Karachevskyy A., Kharchenko N., Shpiker M., & Richardson E. (2019). Mental health care utilisation among internally displaced persons in Ukraine: results from a nation-wide survey. *Epidemiology and psychiatric sciences*, *28*(1), 100-111.

197. Murphy A., Chikovani I., Uchaneishvili M., Makhashvili N., & Roberts B. (2018). Barriers to mental health care utilization among internally displaced persons in the republic of Georgia: a rapid appraisal study. *BMC health services research*, *18*(1), 1-11.

198. Saxon L., Makhashvili N., Chikovani I., Seguin M., McKee M., Patel V., ... & Roberts B. (2017). Coping strategies and mental health outcomes of conflict-

affected persons in the Republic of Georgia. *Epidemiology and psychiatric sciences*, *26*(3), 276-286.

199. Makhashvili N., Chikovani I., McKee M., Bisson J., Patel V., & Roberts B. (2014). Mental disorders and their association with disability among internally displaced persons and returnees in Georgia. *Journal of traumatic stress*, *27*(5), 509–518. https://doi.org/10.1002/jts.21949

200. Кузнєцова І., Міхеєва О., Катлінг Й., Раунд Д., Бабенко С. (2019). Психічне здоров'я внутрішньо переміщених осіб та населення України: результати національного опитування та інтерв'ю з фахівцями. Короткий опис та підсумки. DOI: 10.5281/zenodo.2585511

201. Юр'єва Л. М., Носов С. Г., Мамчур О. Й., Ніколенко А. Є., Огоренко В. В., Шустерман Т. Й., & Єрчкова Н. О. (2017). Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика. К.: Видавництво ТОВ «Галерея Принт», 174 с.

202. National Institute for Health and Care Excellence (2018) Post-traumatic stress disorder. NICE guidelines [NG116], Dec. 5.

203. Н.О. Дзеружинська, О.Г. Сиропятов (2014). Посттравматическое стрессовое расстройство. Пособие для самоподготовки. Киев: Украинская военно-медицинская академия, 61 с. ISBN 5457669092, 9785457669093.

204. Lowery-Gionta E.G, May M.D., Taylor R.M., Bergman E.M, Etuma M.T.,
Jeong I.H, et al. (2019). "Modeling trauma to develop treatments for posttraumatic stress". *Translational Issues in Psychological Science*. **5** (3): 243–275. doi:10.1037/tps0000199

205. Forman-Hoffman V., Middleton JC, Feltner C., Gaynes B.N., Weber R.P., Bann C., et al. (May 2018). "Psychological and Pharmacological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review Update". *AHRQ Comparative Effectiveness Review*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). doi:10.23970/ahrqepccer207. PMID 30204376.

206. Ehlers A., Wild J. (2015). Cognitive Therapy for PTSD: Updating Memories and Meanings of Trauma. In Schnyder U, Cloitre M (eds.). *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders*. Cham: Springer International Publishing. pp. 161–187. doi:10.1007/978-3-319-07109-1_9. ISBN 978-3-319-07108-4.

207. Niles B.L., Mori D.L., Polizzi C., Pless Kaiser A., Weinstein E.S., Gershkovich M., Wang C. (September 2018). "A systematic review of randomized trials of mind-body interventions for PTSD". *Journal of Clinical Psychology*. **74** (9): 1485–1508. doi:10.1002/jclp.22634. PMC 6508087. PMID 29745422.

208. Courtois C.A., Sonis J., Brown L.S., Cook J., Fairbank J.A., Friedman M., Schulz P. (2017). "Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults" (PDF). Washington, D.C.: American Psychological Association.

209. Belsher B.E., Beech E., Evatt D., Smolenski D.J., Shea M.T., Otto J.L., et al. (November 2019). "Present-centered therapy (PCT) for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults". The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019 (11). doi:10.1002/14651858.CD012898.pub2. PMC 6863089. PMID 31742672.

210. Buhmann C. B. (2014). Traumatized refugees: morbidity, treatment and predictors of outcome. *Danish medical journal*, *61*(8), B4871.

211. Динаміка стану психічного здоров'я населення та організації психіатричної та наркологічної допомоги в Україні (аналітично-статистичний довідник за 2009-2013 рр. у графіках і таблицях). (2014. УкрНДІ ССПН МОЗ України, ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», 664 с.

212. Психічне здоров'я населення України (аналітично-статистичний довідник 2014-2016 рр.) (2018). УкрНДІ ССПН МОЗ України, ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», 86 с.

213. В. Заіка (2018). Гендерний аспект соціально-психологічної адаптації учасників антитерористичної операції до умов мирного життя. *Психологічні виміри культури, економіки, управління: науковий журнал*, *12*, 6-16.

214. О. А. Панченко, А. В. Стасюк & В. М. Березовський. ПТСР у осіб, які проживають в зоні АТО. *ББК 88.3 я3*, 80.

215. В. В. Горбунова (2015). Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у межах когнітивно-поведінкової терапії. *Рекомендовано до друку вченою радою Інституту соціальної та політичної психології НАПН України (протокол № 6/15 від 26 травня 2015 р.)*, 26.

216. О. С. Антипова (2012). Расстройства адаптации: современные подходы к диагностике и терапии. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 14(6), 22-27.

217. О. С. Юрценюк & С. С. Ротар (2015). Непсихотичні психічні розлади в осіб, які брали участь в збройному протистоянні на сході України. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*, (4), 85-87.

218. О. К. Напрєєнко & Н. Ю. Напрєєнко (2015). Комплексна психологічна, психіатрична та наркологічна допомога постраждалим у збройних конфліктах, при мирних протестах і вимушеним переселенцям. *Український терапевтичний журнал*, (3), 80-85.

219. С. Г. Бурчинський (2018). Роль та місце бензодіазепінів у фармакотерапії посттравматичного стресового розладу. *Міжнародний неврологічний журнал*, (4.98), 68-74.

220. Л. Н. Юрьева (2015). Особенности ведения пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством в практике семейного врача. *Семейная медицина*, (5), 69-72.

221. Л. В. Животовська, Д. І. Бойко, А. А. Сокіл, О. В. Погорілко, В. А. Волошин (2019). Сучасні підходи до фармакотерапії посттравматичного стресового розладу.

222. С.А. Ніколаєнко (2018). *Проблема короткострокових методів в психотерапії емоційних травм* (Doctoral dissertation, Донецький державний університет управління).

223. С.А. Николаенко (2016). Разновидности когнитивного взаимопереплетения в структуре стандартной процедуры десенсибилизации и переработки движениями глаз. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*, 3(2), 147-154.

224. О. Пузанова, Є. Гоженко, О. Янчук & В. Жуков (2015). Актуальні питання медико-психологічної реабілітації посттравматичного стресового розладу. Issues of medical and psychological rehabilitation post traumatic stress disorder. *Journal of Education, Health and Sport*, *5*(9), 273-282.

225. В. Ю. Слабинский, Н. М. Воищева & А. Е. Шарт (2017). Психотерапия посттравматического стрессового расстройства, осложнённого приёмом алкоголя. *Вестник психотерапии*, (64), 106-114.

226. Р. Кадиров, З. Кісарчук, В. Климчук, Г. Лазос, Л. Литвиненко & Л. Шестопалова (2020). Особливості використання інтегративної моделі психотерапії у лікуванні посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Напрям 1. Загальна психологія та психологія особистості, 42.

227. Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О.Бородавко & Ю. С. Бучок (2016). Клініко-психологічні прояви постстресових розладів у цівільних осіб, тимчасово переміщених із зони АТО. *Медична психологія*, 11(4), 3-6.

228. М. М. Денисенко (2017). Мультиморбідний аддиктивний потенціал при невротичних розладах (структура, клінічні прояви, діагностика). *Український вісник психоневрології*, 25(3), 29-33.

229. Українське видання: Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я. Десятий перегляд (2001). Київ, «Здоров'я», 817 с.

230. Г.М. Кожина, Г.О. Самардакова, В.І. Коростій, В.М. Сінайко, Л.М. Гайчук, А.А. Костоусов, О.О. Кришталь (2012). «Словник-довідник психіатричних термінів», 161 с.

231. Spitzer R.L, Kroenke K., Williams J.B.W. (1999). Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD - The PHQ Primary Care Study. JAMA; 282(18): 1737-44

232. Ware John & Sherbourne Cathy. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*. 30. 473-483.

233. Zigmond A.S, Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale (1983). Acta Psychiatr Scand. 1983 Jun;67(6):361-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x. PMID: 6880820.

234. Overall J. E., & Gorham D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, *10*(3), 799–812. https://doi.org/10.2466/pr0.1962.10.3.799

235. Г. У. Солдатова, Л. А. Шейгерова (2008). Психодиагностика толерантности личности. – М.: Смысл, 2008. 172 с.

236. Kaplan R. M., & Bush J. W. (1982). Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology*, *1*(1), 61-80. https://doi.org/10.1037/0278-6133.1.1.61

237. О.П. Мельниченко, І.Л. Якименко, Р.Л. Шевченко. (2006). Статистична обробка експериментальних даних: Навчальний посібник. Біла Церква, 34 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

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. (*дисертант брав 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. *(дисертантом 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/pmgp.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 (*дисертантом 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 (*дисертантом 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 (*дисертантом 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 симпозіуму 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.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Завідувач
кафедри медичної психології,
психосоматичної медицини
та психотерапії Національного медичного
університету ім. О.О. Богомольця
_____ Чабан О.С.
«18» грудня 2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції щодо впровадження**: Оптимізація діагностичних заходів у внутрішньо переміщених осіб з порушеннями психіки та поведінки.
2. **Установа-розробник, її адреса, виконавці**: УкрНДІ ССПН, 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103, Коваленко Н.В.
3. **Джерело інформації**:
   - Коваленко Н.В. Актуальні проблеми життя і порушення психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб / О.О. Хаустова, Н.В. Коваленко //Архів психіатрії. - 2015. - Т. 21, № 2. - С. 42-46.
   - Коваленко Н.В. Аналіз психопатологічних особливостей розладів психіки та поведінки у вимушених переселенців / О.О. Хаустова, Н.В. Коваленко //Архів психіатрії. - 2016. - Т. 22, № 1. - С. 17-21.
   - Коваленко Н.В. Соціально-демографічні показники та предиктори розладів психіки та поведінки у внутрішньо переміщених осіб /Коваленко Н.В., Осуховська О.С., Хаустова О.О., Качалка А.В. //Психосоматична медицина та загальна практика. - 2021. - Т. 6, № 1. DOI: 10.26766/pmgp.v6i1.296
4. **Укладено**: Коваленко Н.В.
5. **Установа, в якій здійснено впровадження**: впроваджено в педагогічний процес кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії.
6. **Термін впровадження**: грудень 2018 р. – грудень 2019 р.
7. **Результати впровадження**: впроваджено в навчальний процес кафедри в ході підготовки студентів лікувального факультету, в структурі циклів тематичного удосконалення лікарів з метою підвищення ефективності та якості навчання.
8. **Зауваження, пропозиції**: не було.
9. **Висновок:** впровадження в навчальний процес даних щодо запропонованих діагностичних заходів покращує підготовку студентів лікувального факультету стосовно надання кваліфікованої допомоги в частині ефективної діагностики внутрішньо переміщеним особам з порушеннями психіки та поведінки.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
в.о. генерального директора
КНП «Обласна психіатрична лікарня
№2 «Одеської обласної ради»
Михайлюкович О.К.
«25» березня 2021 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо). Оптимізація діагностики психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб.

2. Ким запропоновано: Коваленко Наталя Володимирівна.

3. Джерело інформації: Матеріали дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія «Клініко-психопатологічні особливості розладів психіки та поведінки у тимчасово переміщених осіб».

4. Де та коли впроваджено: В лікувально-діагностичний процес психіатричної лікарні с. Олександрівка.

5. Термін впровадження: вересень 2020 р. - березень 2021 р.

6. Ефективність впровадження: Застосування запропонованих діагностичних заходів сприяло впровадженню чутливих методів діагностики розладів психіки у внутрішньо переміщених осіб.

7. Зауваження, пропозиції: планується подальше застосування запропонованих діагностичних методів.

Відповідальний за впровадження Михайлюкович О.К.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
т.в.о. генерального директора
КНП «Обласна психіатрична лікарня
№4 «Одеської обласної ради»
_____ Качалка А.В.
«22» березня 2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо).** Діагностика розладів психіки та поведінки у внутрішньо переміщених осіб у зв'язку з проведенням антитерористичної операції на Сході країни із застосуванням Самоопитувальнику стану здоров'я PHQ, Опитувальнику SF-36 (оцінки якості життя).

2. Ким запропоновано: Коваленко Наталя Володимирівна.

3. **Джерело інформації:** Матеріали дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія «Клініко-психопатологічні особливості розладів психіки та поведінки у тимчасово переміщених осіб».

4. **Де та коли впроваджено:** В лікувально-діагностичний процес психіатричної лікарні м. Білгород-Дністровський.

5. Термін впровадження: лютий 2016 – березень 2019.

6. **Ефективність впровадження:** Використання запропонованих методів діагностики розладів психіки та поведінки у внутрішньо переміщених осіб сприяло поліпшенню діагностичного процесу, виявлення таких розладів та надання медичної допомоги у КНП «Обласна психіатрична лікарня №4 «Одеської обласної ради».

7. **Зауваження, пропозиції:** зауважень немає, продовжити застосування.

Відповідальний за впровадження _____Качалка А.В.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
генеральний директор
КНП «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» Одеської обласної ради»
_____ Волощук А.Є.
«14» лютого 2018 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо). Діагностика психічних та поведінкових розладів у внутрішньо переміщених осіб у зв'язку з проведенням антитерористичної операції на Сході країни із застосуванням Госпітальної шкали тривоги і депресії HADS, Короткої психіатричної оціночної шкали BPRS.

2. Ким запропоновано: Коваленко Наталя Володимирівна.

3. Джерело інформації: Матеріали дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія «Клініко-психопатологічні особливості розладів психіки та поведінки у тимчасово переміщених осіб».

4. Де та коли впроваджено: В лікувально-діагностичний процес обласного медичного центру психічного здоров'я м. Одеса.

5. Термін впровадження: березень 2016 – лютий 2018.

6. Ефективність впровадження: Застосування методів діагностики психічних та поведінкових розладів у внутрішньо переміщених осіб сприяло підвищенню ефективності виявлення зазначених розладів та надання спеціалізованої медичної допомоги у КНП «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» Одеської обласної ради».

7. Зауваження, пропозиції: зауважень немає, продовжити застосування.

Відповідальний за впровадження _____ Волощук А.Є.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
КНП «Психіатрична лікарня м.Маріуполь»
_____ Калугін І.В.
«28» березня 2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо).** Впровадити систему ранньої діагностики та оптимізації надання спеціалізованої психіатричної допомоги внутрішньо переміщеним особам з психічними та поведінковими порушеннями.

2. **Ким запропоновано**: Коваленко Наталя Володимирівна.

3. **Джерело інформації** Матеріали дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія «Клініко-психопатологічні особливості психічних та поведінкових порушень у тимчасово переміщених осіб (діагностика, клініка, психопрофілактика, лікування)».

4. **Де та коли впроваджено.** В лікувально-діагностичний процес КНП «Психіатрична лікарня м.Маріуполь» .

5. **Термін впровадження**: лютий 2018 – березень 2019

6. **Ефективність впровадження:** Використання запропонованих методів діагностики розладів психіки та поведінки у внутрішньо переміщених осіб сприяло поліпшенню діагностичного процесу, виявлення таких розладів та надання медичної допомоги у КНП «Психіатрична лікарня м.Маріуполь».

7. **Зауваження, пропозиції**: зауважень немає, продовжити застосування.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
генеральний директор
КНП «Білгород-Дністровська міська багатопрофільна лікарня» Білгород-Дністровської міської ради»
_____ Десятник І.П.
«27» березня 2019 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо). Оптимізація спеціалізованої психіатричної допомоги при психічних та поведінкових порушеннях у внутрішньо переміщених осіб.

2. Ким запропоновано: Коваленко Наталя Володимирівна.

3. Джерело інформації: Матеріали дисертаційної роботи на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія «Клініко-епідеміологічні особливості розладів психіки та поведінки у тимчасово переміщених осіб».

4. Де та коли впроваджено: В лікувально-діагностичний процес Білгород-Дністровської міської багатопрофільної лікарні м. Білгород-Дністровський.

5. Термін впровадження: квітень 2018 – березень 2019.

6. Ефективність впровадження: Використання запропонованих методів надання спеціалізованої психіатричної допомоги при психічних та поведінкових порушеннях у внутрішньо переміщених осіб сприяло поліпшенню лікувального процесу у КНП «Білгород-Дністровська міська багатопрофільна лікарня» Білгород-Дністровської міської ради».

7. Зауваження, пропозиції: зауважень немає, продовжити застосування.