

Н. О. Марута, Т. В. Панько, Г. Ю. Каленська
ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА МЕХАНІЗМИ ЇХ ФОРМУВАННЯ
У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Н. А. Марута, Т. В. Панько, Г. Ю. Каленская
Особенности нарушений психического здоровья и механизмы их формирования
у внутренне перемещенных лиц

N. A. Maruta, T. V. Panko, G. Yu. Kalenska
Peculiarities of mental health disorders and their mechanisms in internally displaced persons

Було обстежено 213 внутрішньо переміщених осіб, які були поділені на три групи: 94 особи (44,13 %) із загальної кількості обстежених увійшли у I групу, в яких були відсутні будь-які прояви психічних розладів, 68 осіб (31,92 %), в яких були визначені окремі симптоми психічних порушень, становили II групу та 51 особа (23,94 %), що увійшли в III групу, в яких було діагностовано психічні розлади та які отримали спеціалізовану психіатричну допомогу. В результаті дослідження було встановлено, що у II групі структура психоемоційного стану обстежуваних характеризувалась наявністю окремих симптомів, що не досягали клінічної значущості, а в III групі переважали емоційні порушення тривожно-депресивного спектра та розлади, пов'язані з психогенними чинниками. Визначені особливості психічного стану внутрішньо переміщених осіб та доведено, що зниження адекватності використання копінг-стратегій негативно впливає на психічний стан внутрішньо переміщених осіб.

Ключові слова: внутрішньо переміщені особи, психічне здоров'я, механізми адаптації

Было обследовано 213 внутренне перемещенных лиц, которые были разделены на 3 группы: 94 человека (44,13 %) из общего количества обследованных вошли в I группу, у которых отсутствовали какие-либо проявления психических расстройств, 68 человек (31,92 %), у которых были определены отдельные симптомы психических нарушений, составили II группу, и 51 человек (23,94 %), вошедшие в III группу, у которых были диагностированы психические расстройства и которые получили специализированную психиатрическую помощь. В результате исследования было установлено, что во II группе структура психоемоционального состояния обследованных характеризовалась наличием отдельных симптомов, не достигавших уровня клинической значимости, а в III группе преобладали эмоциональные нарушения тревожно-депрессивного спектра и расстройства, связанные с психогенными факторами. Определены особенности психического состояния внутренне перемещенных лиц и доказано, что снижение адекватности использования копинг-стратегий негативно влияет на психическое состояние внутренне перемещенных лиц.

Ключевые слова: внутренне перемещенные лица, психическое здоровье, механизмы адаптации

213 internally displaced persons were examined, which were divided into 3 groups: 94 people (44.13 %) of the total number examined were included in group I, who did not have any manifestations of mental disorders, 68 people (31.92 %), in whom certain symptoms of mental disorders were identified, made up the II group, and 51 people (23.94 %), included in the III group, who were diagnosed with mental disorders and who received specialized psychiatric care. As a result of the study, it was found that in group II the structure of the psychoemotional state of the examined was characterized by the presence of separate symptoms that did not reach the level of clinical significance, and in group III the emotional disturbances of the anxiety-depressive spectrum and disorders associated with psychogenic factors predominated. The features of the mental state of internally displaced persons are determined and it is proved that a decrease in the adequacy of the use of coping strategies negatively affects the mental state of internally displaced persons.

Key words: internally displaced persons, mental health, adaptation mechanisms

Внаслідок військових подій останніх років на Сході України чимала кількість людей залишила місця свого постійного проживання та вимушена була шукати притулку в інших регіонах країни. Для 1 млн 399 тисяч 550 українців, які стали внутрішньо переміщеними особами (ВПО), переселення не було запланованим, а було спричинено ситуаціями, що мали загрозу для життя [1]. Згідно з визначенням, ВПО — це «особи або групи осіб, які були змушені залишити або покинути своє місце проживання, щоб уникнути негативних наслідків збройного конфлікту, ситуацій генералізованого насильства, порушень прав людини, і які перебувають на території власної країни» [2].

Міграція в межах країни належить до складних життєвих ситуацій, вона потребує від людини зусиль, що перебувають на межі адаптивних можливостей, або, навіть, перевершують наявні резерви [3—5]. Процес міграції, без сумніву, можна віднести до екстремальних подій, коли перед особистістю постає необхідність подолання надскладних життєвих обставин, рівносильних проблемі виживання [6]. Будучи соціальним процесом, міграція визначається своїми внутрішніми законами. Зовнішніми стимулами мігра-

ції є важливі перспективи зміни деяких умов життя, а міграційна поведінка повністю визначається особистістю мігранта (особливостями його інтересів, потреб, прагнень, ціннісних орієнтацій) а також статтю, віком, сімейним станом і станом здоров'я. Почуття загрози власному життю, проживанню окремо від сім'ї або соціальної групи спонукає людей покидати звичне середовище та шукати більш безпечні місця для проживання [7—10].

Проблема внутрішнього переміщення є вкрай актуальною для сучасної України. Військові події останніх років на території східних регіонів, ситуація в Криму та складне політико-економічне становище в країні змушують чималу кількість людей залишати місця свого звичного проживання та переселятися до чужого середовища [11]. Це негативно відбивається на різних аспектах існування: фізичному та психологічному стані, соціальній та трудовій активності, здатності до адаптації та якості життя. Відомо, що постраждали від конфліктів легко піддаються впливу психотравматичних чинників та пов'язаних з військовими діями соціально-економічних стресових факторів, що підвищує ризик розвитку у них психічних розладів. Останні здатні завдавати неабияких страждань і знижувати спроможність особистості до повноцінного функціонування,

що негативно відбивається не тільки на самих постраждалих, але й на їхніх родинах та спільноті [12—15].

У науковій літературі є дослідження, присвячені вивченню мігрантів, особливостей їх адаптації та взаємодії із населенням країни, що приймає. Однак маловивченими залишаються питання про психічне здоров'я осіб, змушених покинути середовище свого існування. Із ситуацією збільшення кількості біженців Україна стикнулася вперше за роки незалежності після Чорнобильської катастрофи, тому багато аспектів, що стосуються вимушених переселенців, на цьому етапі залишаються ще невивченими [13, 14].

Мета дослідження: визначити ступінь порушення психічного здоров'я та їх механізми у внутрішньо переміщених осіб.

Дослідження проводили у відділі пограничної психіатрії ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України».

Об'єктом дослідження було вивчення стану психічного здоров'я у ВПО. В процесі дослідження було обстежено 213 ВПО. В дослідженні використовували комплексний підхід, що реалізовували за допомогою таких методів: клініко-психопатологічного, психодіагностичного та математико-статистичного. Психодіагностичний метод реалізовували за допомогою методики визначення домінуючого стану (Куликов Л. В., 2003) та методики визначення копінг-стратегій Е. Нейм (адаптація Л. І. Вассермана, 2003) [14, 15]. Математико-статистичний метод використовували для підтвердження/спростування репрезентативності даних, вірогідності розбіжностей між групами порівняння. Вірогідності розбіжностей між отриманими емпіричними розподілами визначали за критерієм Стьюдента (t), точним методом Фішера.

В процесі комплексного дослідження усі 213 ВПО були поділені на три групи: 94 особи (44,13 %) із загальної кількості обстежених увійшли у I групу, у яких були відсутні будь-які прояви психічних розладів, 68 осіб (31,92 %), в яких були визначені окремі симптоми психічних порушень, становили II групу та 51 особа (23,94 %), що увійшли в III групу, в яких було діагностовано психічні розлади та які отримали спеціалізовану психіатричну допомогу.

Особливу увагу приділяли обстеженим з встановленими психічними розладами та групі осіб з окремими психічними симптомами (група ризику).

Під час дослідження в усіх обстежуваних оцінювали клініко-психопатологічні особливості психоемоційного стану. Зокрема, у обстежених ВПО II групи структура психоемоційного стану характеризувалась наявністю окремих симптомів (табл. 1) та певних клініко-психопатологічних порушень. Наприклад, в емоційному спектрі частіше реєструвалися навіязливі тривожні спогади пережитих подій (54,41 %), страх перед майбутнім (54,41 %), також страх, що ситуація з воєнними подіями повториться (47,06 %), загальне відчуття тривоги (17,65 %), песимістичні думки (33,82 %), безпричинні коливання настрою (13,24 %).

Структура вегетативно-соматичних порушень характеризувалась порушеннями нічного сну (22,06 %), сновидіннями, що супроводжуються картинами пережитих подій (20,59 %) та втомлюваністю (17,65 %).

Структура когнітивних порушень характеризувалась порушеннями виконавських функцій (29,41 %), зниженням концентрації уваги (25,00 %), ідеями малоцінності (20,58 %). Хоча у обстежених і спостерігались

різноманітні клініко-психопатологічні порушення, але вони не набували рівня клінічної значущості та, на думку обстежених, не впливали на їхній стан загалом, не спричиняли у них почуття хвороби та не оцінювались як загрозові.

Таблиця 1. Характеристика клініко-психопатологічних особливостей психічних проявів у внутрішньо переміщених осіб II групи

Показник, що оцінювали	Кількість	
	абс., осіб ($n = 68$)	відносна, % $\pm m$ %
Порушення емоційного спектра		
Знижений настрій	5	7,35 \pm 3,17
Безпричинні коливання настрою	9	13,24 \pm 4,11
Зниження кола зацікавленості	4	5,88 \pm 2,85
Загальне відчуття тривоги	12	17,65 \pm 4,62
Ситуативна тривога	6	8,82 \pm 3,44
Хвилювання	8	11,76 \pm 3,91
Відчуття внутрішнього дискомфорту	5	7,35 \pm 3,17
Напруження	7	10,29 \pm 3,69
Постійні тривожні думки щодо різних ситуацій	4	5,88 \pm 2,85
Тривожні очікування та побоювання	8	11,76 \pm 3,91
Навіязливі тривожні спогади пережитих подій	37	54,41 \pm 6,04
Песимістичні думки	23	33,82 \pm 5,74
Страх за стан свого здоров'я	7	10,29 \pm 3,69
Страх перед майбутнім	37	54,41 \pm 6,04
Немотивований страх	—	—
Страх, що ситуація з воєнними подіями повториться	32	47,06 \pm 6,05
Вегетативно-соматичні порушення		
Перманентні симпатико-тонічні стани	3	4,41 \pm 2,49
Прояви вегетативного дисбалансу	5	7,35 \pm 3,17
Пароксизмальні вегетосудинні порушення	4	5,88 \pm 2,85
Змішані вегетосудинні порушення	4	5,88 \pm 2,85
Головний біль	6	8,82 \pm 3,44
Больові відчуття в ділянці серця	3	4,41 \pm 2,49
Порушення апетиту	4	5,88 \pm 2,85
Зниження маси тіла	1	1,47 \pm 1,46
Підвищення маси тіла	2	2,96 \pm 2,05
Порушення нічного сну	15	22,06 \pm 5,03
Сновидіння, що супроводжуються картинами пережитих подій	14	20,59 \pm 4,90
Втомлюваність	12	17,65 \pm 4,62
Когнітивні порушення		
Порушення пам'яті	8	11,76 \pm 3,91
Порушення концентрації уваги	17	25,00 \pm 5,25
Ідеї малоцінності	14	20,58 \pm 4,90
Порушення виконавських функцій	20	29,41 \pm 5,53

Клініко-психопатологічні особливості психічних проявів у обстежених ВПО III групи наведені в таблиці 2.

Таблиця 2. Клініко-психопатологічні особливості психічних проявів у обстежених внутрішньо переміщених осіб III групи

Показник, що оцінювали	n = 51	% ± m %
Порушення емоційного спектра		
Знижений настрій	41	80,39 ± 5,56
Зниження кола зацікавленості	37	72,55 ± 6,25
Загальне відчуття тривоги	42	82,35 ± 5,34
Ситуативна тривога	7	13,73 ± 4,82
Хвилювання	24	47,06 ± 6,99
Відчуття внутрішнього дискомфорту	31	60,78 ± 6,84
Напруження	41	80,39 ± 5,56
Постійні тривожні думки щодо різних ситуацій	39	76,47 ± 5,94
Тривожні очікування та побоювання	14	27,45 ± 6,25
Нав'язливі тривожні спогади пережитих подій	29	56,86 ± 6,94
Песимістичні думки	42	82,35 ± 5,34
Страх за стан свого здоров'я	21	41,18 ± 6,89
Страх перед майбутнім	19	37,25 ± 6,77
Немотивований страх	7	13,73 ± 4,82
Страх, що ситуація з воєнними подіями повториться	43	84,31 ± 5,09
Вегетативно-соматичні порушення		
Перманентні симпатико-тонічні стани	21	41,18 ± 6,89
Прояви вегетативного дисбалансу	24	47,06 ± 6,99
Пароксизмальні вегетосудинні порушення	11	21,57 ± 5,76
Змішані вегетосудинні порушення	17	33,33 ± 6,60
Головний біль	17	33,33 ± 6,60
Больові відчуття в ділянці серця	18	35,29 ± 6,69
Порушення апетиту	9	17,65 ± 5,34
Зниження маси тіла	4	7,84 ± 3,76
Підвищення маси тіла	2	3,92 ± 2,72
Порушення нічного сну	19	37,25 ± 6,77
Сновидіння, що супроводжуються картинками пережитих подій	18	35,29 ± 6,69
Втомлюваність	11	21,57 ± 5,76
Когнітивні порушення		
Порушення пам'яті	22	43,14 ± 6,94
Порушення концентрації уваги	44	86,27 ± 4,82
Ідеї малоцінності	26	50,98 ± 7,00
Підвищена стомлюваність під час розумової діяльності, праці на комп'ютері, читання	34	66,67 ± 6,60
Важкість переключення уваги, особливо з переживань, пов'язаних з психотравматичними подіями	25	49,02 ± 7,00
Підвищена відволікаємість уваги	7	13,72 ± 4,82

Як видно з таблиці 2, емоційні порушення в III групі характеризуються наявністю зниженого настрою та напруження (80,39 %), песимістичними думками (82,35 %), страху, що ситуація з військовими діями повториться (84,31 %), зниженням кола зацікавленості (72,55 %), загальним відчуттям тривоги (82,35 %), внутрішнього дискомфорту (60,78 %), постійними тривожними думками щодо різних ситуацій (76,47 %), нав'язливими тривожними спогадами пережитих подій (56,86 %), страхом за стан свого здоров'я (41,18 %), страхом перед майбутнім (37,25 %). Тобто у обстежених цієї групи переважали емоційні порушення тривожно-депресивного спектра.

Соматовегетативні порушення проявлялись у вигляді перманентних симпатико-тонічних станів (41,18 %), проявів вегетативного дисбалансу (47,06 %), змішаних вегетосудинних порушень (33,33 %), головного болю (33,33 %), больових відчуттів в ділянці серця (35,29 %), порушень нічного сну (37,25 %), сновидінь, що супроводжуються картинками пережитих подій (35,29 %), втомою (21,57 %).

Спектр когнітивних проявів характеризувався наявністю порушень концентрації уваги (86,27 %), підвищеною стомлюваністю під час розумової діяльності, праці на комп'ютері, читання (66,67 %), ідеями малоцінності (50,98 %), важкістю переключення уваги, особливо з переживань, пов'язаних з психотравматичними подіями (49,02 %), порушеннями пам'яті (43,14 %), підвищеною відволікаємістю уваги (13,72 %).

На ґрунті комплексного аналізу результатів обстеження ВПО III групи їм були встановлені діагнози, що наведені в таблиці 3.

Таблиця 3. Діагнози у обстежених внутрішньо переміщених осіб III групи

Діагноз	n = 51	% ± m %
Органічний афективний (депресивний) розлад	5	9,80 ± 4,16
Органічний тривожний розлад	6	11,76 ± 4,51
Помірний депресивний епізод	5	9,80 ± 4,16
Рекурентний депресивний розлад	2	3,92 ± 2,72
Циклотимія	2	3,92 ± 2,72
Розлади адаптації	7	13,73 ± 4,82
Змішаний тривожно-депресивний розлад	5	9,80 ± 4,16
Посттравматичний стресовий розлад	8	15,69 ± 5,09
Пролонгована депресивна реакція	7	13,73 ± 4,82
Соматоформна вегетативна дисфункція серцево-судинної системи	4	7,84 ± 3,76

Як свідчать отримані дані, під час обстеження у ВПО III групи встановлені такі діагнози: органічний афективний (депресивний) розлад (9,80 %), органічний тривожний розлад (11,76 %), помірний депресивний епізод (9,80 %), рекурентний депресивний розлад (3,92 %), циклотимія (3,92 %), розлади адаптації (13,73 %), змішаний тривожно-депресивний розлад (9,80 %), посттравматичний стресовий розлад (15,69 %), пролонгована депресивна реакція (13,73 %) та соматоформна вегетативна дисфункція серцево-судинної системи (7,84 %). Тобто у цих обстежених переважали розлади, пов'язані з психогенними чинниками: посттравматичні стресові розлади, пролонгована депресивна реакція, розлади адаптації.

Для вивчення механізмів адаптації у ВПО було проведено оцінювання їхніх копінг-стратегій.

Методика для психологічної діагностики копінг-механізмів дозволила дослідити у ВПО 26 ситуаційно-специфічних варіантів копінгу відповідно до трьох основних сфер психічної діяльності (когнітивної, емоційної, поведінкової), а також ступінь їх адаптивних можливостей. Усі копінг-стратегії були поділені на три групи: адаптивні, відносно адаптивні та неадаптивні (рис. 1).

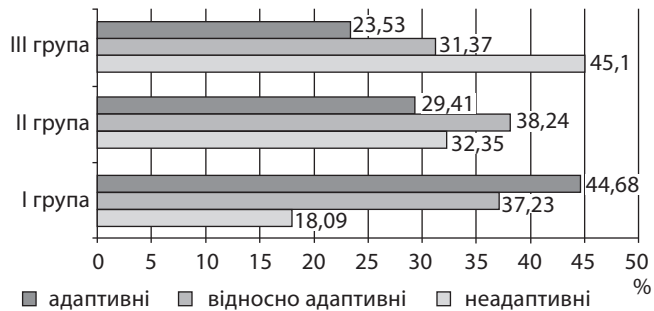


Рис. 1. Провідні копінг-стратегії у внутрішньо переміщених осіб

Проведені дослідження показали, що здорові ВПО, що входили у I групу, у 44,68 % схильні були використовувати адаптивні копінг-стратегії, 37,23 % — відносно адаптивні та 18,09 % — неадаптивні копінг-стратегії. В групі ризику (II група) 29,41 % осіб використовували адаптивні копінг-стратегії, 38,24 % — відносно-адаптивні копінг-стратегії та 32,35 % — неадаптивні копінг-стратегії подолання складних ситуацій. Серед пацієнтів, які становили III групу обстежених, спостерігалась така тенденція: 23,53 % хворих актуалізували адаптивні копінги, 31,37 % — відносно адаптивні та 45,10 % — неадаптивні. Статистичний аналіз результатів продемонстрував, що особи, що використовували адаптивні копінг-стратегії, переважали серед здорових осіб порівняно з групою ризику ($p \leq 0,01$, ДК = 1,82, MI = 0,14) та пацієнтами ($p \leq 0,005$, ДК = 2,79, MI = 0,29), тимчасом як неадаптивні копінг-стратегії частіше актуалізувались у пацієнтів ($p \leq 0,0005$, ДК = 3,97, MI = 0,54) та в групі ризику ($p \leq 0,01$, ДК = 2,53, MI = 0,18), ніж у здорових.

В подальшому проведений більш докладний аналіз копінг-стратегій залежно від когнітивного, емоційного та поведінкового аспекту (табл. 4).

Таблиця 4. Провідні копінг-стратегії у внутрішньо переміщених осіб (% $\pm m$ %)

Найменування копінг-стратегій		I група (n = 94)	II група (n = 68)	III група (n = 51)
Когнітивні копінг-стратегії	ігнорування	3,19 \pm 0,34	13,24 \pm 1,84	0
	смиріння	7,45 \pm 0,77	11,76 \pm 1,65	17,65 \pm 3,20
	дисимуляція	1,06 \pm 0,11	2,94 \pm 0,43	9,80 \pm 1,86
	збереження самовладання	20,21 \pm 1,94	11,76 \pm 1,65	3,92 \pm 0,77
	проблемний аналіз	27,66 \pm 2,53	16,18 \pm 2,21	9,80 \pm 1,86
	відносність	15,96 \pm 1,57	8,82 \pm 1,26	9,80 \pm 1,86
	релігійність	1,06 \pm 0,11	16,18 \pm 2,21	15,69 \pm 2,88
	розгубленість	1,06 \pm 0,11	10,29 \pm 1,46	27,45 \pm 4,68
	додавання сенсу	9,57 \pm 0,98	5,88 \pm 0,85	3,92 \pm 0,77
	настанова власної цінності	12,77 \pm 1,28	2,94 \pm 0,43	1,96 \pm 0,39
Емоційні копінг-стратегії	протест	14,89 \pm 1,48	13,24 \pm 1,84	1,96 \pm 0,39
	емоційна розрядка	14,89 \pm 1,48	8,82 \pm 1,26	5,88 \pm 1,14
	придушення емоцій	12,77 \pm 1,28	19,12 \pm 2,57	21,57 \pm 3,82
	оптимізм	20,21 \pm 1,94	10,29 \pm 1,46	11,76 \pm 2,21
	пасивна кооперація	13,83 \pm 1,38	13,24 \pm 1,84	13,73 \pm 2,55
	покірність	6,38 \pm 0,66	10,29 \pm 1,46	17,65 \pm 3,20
	самозвинувачення	1,06 \pm 0,11	7,35 \pm 1,06	15,69 \pm 2,88
	агресивність	15,96 \pm 1,57	17,65 \pm 2,39	11,76 \pm 2,21
Поведінкові копінг-стратегії	відволікання	15,96 \pm 1,57	19,12 \pm 2,57	0,00 \pm 00,00
	альтруїзм	3,19 \pm 0,34	4,41 \pm 0,64	3,92 \pm 0,77
	активне уникнення	10,64 \pm 1,08	23,53 \pm 3,07	29,41 \pm 4,94
	компенсація	21,28 \pm 2,03	13,24 \pm 1,84	13,73 \pm 2,55
	конструктивна активність	13,83 \pm 1,38	10,29 \pm 1,46	9,80 \pm 1,86
	відступ	6,38 \pm 0,66	16,18 \pm 2,21	17,65 \pm 3,20
	співпраця	15,96 \pm 1,57	8,82 \pm 1,26	9,80 \pm 1,86
	звернення	12,77 \pm 1,28	4,41 \pm 0,64	15,69 \pm 2,88

Зокрема, було встановлено, що серед когнітивних копінгів в I групі ВПО найбільш застосовуваними були «проблемний аналіз» ($27,66 \pm 2,53$ %), «збереження самовладання» ($20,21 \pm 1,94$ %), «відносність» ($15,96 \pm 1,57$ %) та «настанова власної цінності» ($12,77 \pm 1,28$ %), що проявлялось у спробах підвищити самоконтроль, власну цінність, оцінити складні ситуації як відносні, знижуючи їх травматичне значення. В II групі обстежених найбільш вагомими когнітивними копінг-стратегіями були «проблемний аналіз» ($16,18 \pm 2,21$ %), «релігійність» ($16,18 \pm 2,21$ %), «ігнорування» ($13,24 \pm 1,84$ %), «збереження самовладання» ($11,76 \pm 1,65$ %), «смирнення» ($11,76 \pm 1,65$ %) та «розгубленість» ($10,29 \pm 1,46$ %). Серед пацієнтів III групи переважали «розгубленість» ($27,45 \pm 4,68$ %), «смирнення» ($17,65 \pm 3,20$ %) та «релігійність» ($15,69 \pm 2,88$ %).

Статистичний аналіз результатів дозволив встановити, що актуалізація когнітивних копінгів «проблемний аналіз» та «настанова власної цінності» відрізняла здорових ВПО від групи ризику ($p \leq 0,035$, ДК = 2,33, MI = 0,13 та $p \leq 0,019$, ДК = 6,38, MI = 0,31 відповідно) та пацієнтів ($p \leq 0,006$, ДК = 4,50, MI = 0,40 та $p \leq 0,021$, ДК = 8,14, MI = 0,44 відповідно), які так само актуалізували копінг-стратегії «релігійність» ($p \leq 0,0003$, ДК = 11,82, MI = 0,89 та $p \leq 0,0009$, ДК = 11,69, MI = 0,85 відповідно) та «розгубленість» ($p \leq 0,009$, ДК = 9,86, MI = 0,45 та $p \leq 0,0001$, ДК = 14,12, MI = 1,86 відповідно). Також було визначено, що здорові відрізнялись від пацієнтів більшою кількістю осіб, що використовували копінг «збереження самовладання» ($p \leq 0,004$, ДК = 7,12, MI = 0,58), тимчасом як пацієнти частіше використовували когнітивні копінг-стратегії «смирнення» та «дисимуляцію» ($p \leq 0,040$, ДК = 3,75, MI = 0,19 та $p \leq 0,018$, ДК = 9,65, MI = 0,42 відповідно). Група ризику відрізнялась більшою актуалізацією копінгу «ігнорування» порівняно зі здоровими та пацієнтами ($p \leq 0,014$, ДК = 6,18, MI = 0,31 та $p \leq 0,005$ відповідно), а пацієнти характеризувались більшою розгубленістю, ніж особи групи ризику ($p \leq 0,010$, ДК = 4,26, MI = 0,37).

Серед емоційних копінг-стратегій у ВПО I групи найбільшого переважали «оптимізм» ($20,21 \pm 1,94$ %), «агресивність» ($15,96 \pm 1,57$ %), «протест» ($14,89 \pm 1,48$ %), «емоційна розрядка» ($14,89 \pm 1,48$ %) та «пасивна кооперація» ($13,83 \pm 1,38$ %), що проявлялось у впевненості в наявності виходу із складної ситуації та в схильності відкрито проявляти власні емоції, що їх спричинила складна ситуація. Серед емоційних копінгів в II групі переважали «придушення емоцій» ($19,12 \pm 2,57$ %), «агресивність» ($17,65 \pm 2,39$ %), «протест» ($13,24 \pm 1,84$ %) та «пасивна кооперація» ($13,24 \pm 1,84$ %). В III групі пацієнтів серед емоційних копінгів були більш виражені «придушення емоцій» ($21,57 \pm 3,82$ %), «покірність» ($17,65 \pm 3,20$ %), «самозвинувачення» ($15,69 \pm 2,88$ %) та «пасивна кооперація» ($13,73 \pm 2,55$ %).

Аналіз результатів дослідження дозволив встановити, що актуалізація емоційних копінгів «оптимізм» відрізняла здорових ВПО від групи ризику ($p \leq 0,041$, ДК = 2,93, MI = 0,15) та «протест» — від пацієнтів ($p \leq 0,009$, ДК = 8,81, MI = 0,57). Також було визначено, що група ризику відрізнялась від здорових більшою актуалізацією копінгу «самозвинувачення» ($p \leq 0,042$, ДК = 8,40, MI = 0,26), а від пацієнтів — більшою актуалізацією копінгу «протест» ($p \leq 0,023$, ДК = 8,29, MI = 0,47). Пацієнти відрізнялись від здорових ВПО більшою актуалізацією копінгів «самозвинувачення» ($p \leq 0,0009$, ДК = 11,69, MI = 0,85) та «покірність» ($p \leq 0,026$, ДК = 4,42, MI = 0,41).

Серед поведінкових копінг-стратегій в I групі 21,28 % ВПО використовували «компенсацію», 15,96 % — «співпрацю» і «відволікання», 13,68 % — «конструктивну активність» та 12,77 % — «звернення», що проявлялось у схильності взаємодіяти з іншими людьми, звертаючись до них за допомогою та не фіксуватися на труднощах. В II групі ВПО у 23,53 % осіб визначався поведінковий копінг «активне уникнення», у 19,12 % «відволікання» та у 16,18 % — «відступ», що проявлялось у схильності ухилитися від розв'язання проблем, намагаючись відволіктися від труднощів. В III групі ВПО серед поведінкових копінг-стратегій переважали «активне уникнення» ($29,41 \pm 4,94$ %), «відступ» ($17,65 \pm 3,20$ %), «звернення» ($15,69 \pm 2,88$ %) та «компенсація» ($13,73 \pm 2,55$ %).

Проведений аналіз результатів дослідження дозволив встановити, що серед поведінкових копінгів у здорових ВПО актуалізація копінгу «звернення» відрізняла їх від групи ризику ($p \leq 0,043$, ДК = 4,61, MI = 0,19), а актуалізація копінгу «відволікання» відрізняла їх від пацієнтів ($p \leq 0,0009$), тимчасом як для II та III груп було більш характерним «активне уникнення» ($p \leq 0,015$, ДК = 3,45, MI = 0,22 та $p \leq 0,003$, ДК = 4,42, MI = 0,41 відповідно) та «відступ» ($p \leq 0,029$, ДК = 4,04, MI = 0,20 та $p \leq 0,026$, ДК = 4,42, MI = 0,25 відповідно). Також було визначено, що актуалізація копінгу «відволікання» була більш вираженою в групі ризику ($p \leq 0,0004$), а копінгу «звернення» — серед пацієнтів ($p \leq 0,030$, ДК = 5,51, MI = 0,31).

Аналіз результатів за методикою визначення домінуючого психічного стану продемонстрував серед здорових ВПО та в групі ризику наявність підвищених оцінок за шкалою «Активне/пасивне ставлення до життєвої ситуації» ($58,67 \pm 23,56$ та $55,13 \pm 21,34$ Т-балів відповідно), а в групі пацієнтів — низькі показники за цією шкалою ($39,27 \pm 18,02$ Т-балів), що підтверджувалось статистичним аналізом результатів ($t = 3,384$, $p \leq 0,01$ та $t = 3,061$, $p \leq 0,025$ відповідно) (рис. 2). Тобто, для здорових осіб та осіб групи ризику було більш характерно позитивне ставлення до життєвої ситуації, готовність до подолання перешкод та віра у свої можливості, тимчасом як у пацієнтів фіксувалось пасивне ставлення до життєвої ситуації, в оцінюванні багатьох життєвих ситуацій переважала песимістична позиція та невіра в можливість успішного подолання перешкод.

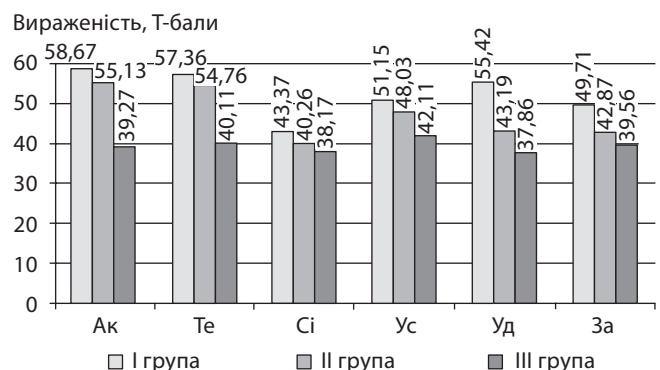


Рис. 2. Особливості домінуючого психічного стану ВПО (за Куликовим Л. В.)

Умовні позначення шкал: Ак — активне/пасивне ставлення до життєвої ситуації; Те — тонус: високий/низький; Сі — спокій/тривога; Ус — стійкість/нестійкість емоційного стану; Уд — задоволеність/незадоволеність життям загалом; За — позитивний/негативний образ себе

За шкалою «Те» в групі здорових визначався підвищений рівень тону (57,36 ± 26,12 Т-балів), в групі ризику — середній (54,76 ± 21,61 Т-балів) та серед пацієнтів — низький (40,11 ± 19,51 Т-балів). Статистичний аналіз результатів продемонстрував, що тонус був вищим у здорових ВПО та осіб групи ризику, ніж у пацієнтів ($t = 4,109, p \leq 0,001$ та $t = 3,472, p \leq 0,01$ відповідно). Тобто для здорових ВПО характерна висока, а осіб групи ризику — середня активність, стійка реакція на труднощі, що виникають, відчуття внутрішньої зібраності, запасу сил, енергії, тимчасом як для пацієнтів була більш характерною втома, незібраність, млявість, інертність, низька працездатність.

За шкалою «Сі» спостерігались низькі показники спокою у всіх ВПО: в I групі (43,37 ± 16,45 Т-балів), II групі (40,26 ± 17,76 Т-балів) та в III групі (38,17 ± 15,43 Т-балів). Отже, ВПО характеризувались тривожністю, очікуванням подій з несприятливим результатом, передчуттям майбутньої загрози.

Аналіз шкали «стійкість/нестійкість емоційного стану» продемонстрував переважання середніх показників серед здорових ВПО та в групі ризику (51,15 ± 22,43 та 48,03 ± 20,05 Т-балів відповідно) та знижені показники в групі пацієнтів (42,11 ± 19,56 Т-балів). Загалом, у здорових ВПО та в групі ризику переважає рівний емоційний тон, в стані емоційного збудження зберігається адекватність і ефективність психічної саморегуляції, поведінки і діяльності. Знижені показники у пацієнтів свідчили про емоційну нестійкість, мінливий настрій, підвищену дратівливість. Статистичний аналіз результатів продемонстрував більшу емоційну стійкість серед здорових ВПО, ніж у пацієнтів ($t = 2,689, p \leq 0,05$).

Оцінення задоволеності/незадоволеності життям загалом продемонструвало, що в групі здорових ВПО були встановлені підвищені показники за цією шкалою (55,42 ± 23,08 Т-балів), в групі ризику — знижені показники (43,19 ± 19,39 Т-балів), в групі пацієнтів — низькі показники (37,86 ± 15,72 Т-балів). Інакше кажучи, задоволеність життям загалом, її ходом, самореалізацією більшою мірою була притаманна здоровим ВПО, ніж пацієнтам ($t = 3,683, p \leq 0,01$) та особам групи ризику ($t = 3,186, p \leq 0,025$).

Аналіз шкали «позитивний/негативний образ самого себе» продемонстрував, що в I групі визначались переважно середні показники (49,71 ± 18,77 Т-балів), в II групі — знижені показники (42,87 ± 18,57 Т-балів), в III групі — низькі показники (39,56 ± 17,45 Т-балів). Тобто, ВПО характеризувались адекватною самооцінкою, водночас вірогідних розбіжностей між групами порівняння визначено не було.

В процесі комплексного дослідження внутрішньо переміщених осіб встановлено, що у 94 осіб (44,13 %) із загальної кількості обстежених були відсутні будь-які прояви психічних розладів, у 68 осіб (31,92 %) визначено окремі симптоми психічних порушень та у 51 особи (23,94 %) було діагностовано психічні розлади.

Встановлено, що здорові ВПО схильні були використовувати адаптивні копінг-стратегії: проблемний аналіз, настанова власної цінності, оптимізм, протест, звернення та відволікання; в групі ризику переважали неадаптивні копінг-стратегії: релігійність, ігнорування, самозвинувачення, протест, активне уникнення та відволікання; серед пацієнтів переважали неадаптивні копінг-стратегії: розгубленість, смирення,

самозвинувачення, покірність, активне уникнення та звернення.

У групі обстежених з окремими клініко-психопатологічними психічними проявами виявлені порушення не досягали рівня клінічної значущості та, на думку обстежених, не впливали на їх стан загалом, не спричиняли у них почуття хвороби та не оцінювались як загрозливі.

Визначені особливості психічного стану ВПО: здорові ВПО характеризувались підвищеними показниками активного ставлення до життєвої ситуації, підвищеним тонусом, середніми показниками емоційної стабільності та задоволеності життям; в групі ризику визначались підвищені показники активного ставлення до життєвої ситуації, середні показники емоційної стійкості, знижений тонус; серед пацієнтів спостерігались пасивність, інертність, емоційна нестабільність та незадоволеність життям загалом.

Встановлено, що адаптаційний механізм, який визначає психічне здоров'я ВПО, пов'язаний з особливостями актуалізації адаптивних копінг-стратегій, емоційною стабільністю та активною життєвою позицією, що можна розглядати як цілі психокорекційного втручання при порушеннях процесу адаптації у ВПО.

Отже, отримані дані слід брати до уваги під час проведення діагностики та корекції психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб.

Список літератури

1. Повідомлення Міністерства соціальної політики України, 12 серпня 2019 року. URL: <https://www.msp.gov.ua/news/17459.html>.
2. Global Overview 2015: People Internally Displaced by Conflict and Violence. URL: <http://www.internal-displacement.org/sites/default/files/inline-files/20150506-global-overview-2015-en.pdf>.
3. Allansson M., Melander E., Themnér L. Organized violence, 1989—2016 // *Journal of Peace Research*. 2017; 54(4): 574—87. DOI: 10.1177/0022343317718773.
4. Morin 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/fpsy.2018.00433.
5. Acculturation and post-migration psychological symptoms among Iraqi refugees: A path analysis / LeMaster J. W., Broadbridge C. L., Lumley M. A. [et al.] // *Am J Orthopsychiatry*. 2018; 88(1): 38—47. DOI: 10.1037/ort0000240.
6. Вербицький Є. Ю., Євтушенко Ю. О. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості реактивної депресії в структурі несприятливих психічних стрес-асоційованих розладів у вимушених переселенців із зони АТО // *Архів психіатрії*. 2016. Т. 22, № 2 (85). С. 16—19. URL: <http://nbuv.gov.ua/UJRN/>.
7. Кржечковский А. Ю. Психические расстройства в экстремальных условиях и их медико-психологическая коррекция // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн*. 2011. № 3. URL: http://www.mprj.ru/archiv_global/2011_3_8/nomer/nomer04.php.
8. Юдина Т. И. О социологическом анализе миграционных процессов // *Социологические исследования*. 2002. № 10. С. 102—109.
9. 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 / Z. Steel, T. Chey, D. Silove [et al.] // *JAMA*. 2009. No. 302 (5). P. 537—549. DOI: 10.1001/jama.2009.1132.
10. Miller K. E., Rasmussen A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial

frameworks // Social Science and Medicine. 2009. No. 70 (2010). P. 7—16. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.09.029.

11. Солдатов Г. У., Шайгерова Л. А., Черкасов П. А. Проблемы адаптации вынужденных мигрантов в России // Психологи о мигрантах и миграции в России: Информационно-аналитический бюллетень Российского общества Красного креста. 2000. № 1. С. 9—26.

12. Возможности этнопсихологии личности в решении проблем вынужденной миграции / [Шлягина Е. И., Бардина П. В., Шайгерова Л. А., Щербакова А. Б.] / Этническая психология и общество. М., 1997. С. 340—346.

13. Асмолов А. Г. Как встроить мигранта в общество: кризис утраты смысла существования // Психологи о мигрантах и миграции в России: Информационно-аналитический бюллетень Российского общества Красного креста. 2001. № 2. С. 12—20.

14. Куликов Л. В. Руководство к методикам диагностики психических состояний, настроений и сферы чувств. Описание методик, инструкции по применению. СПб. : СПбГУ, 2003.

15. Набиуллина Р. Р., Тухтарова И. В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция) : учебное пособие. Казань, 2003. С. 23—29.

Надійшла до редакції 18.09.2019 р.

МАРУТА Наталія Олександрівна, доктор медичних наук, професор, заступник директора з науково-дослідної роботи Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків, Україна; e-mail: mscience@ukr.net

ПАНЬКО Тамара Василівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: tamarapanko@ukr.net

КАЛЕНСЬКА Галина Юріївна, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник відділу пограничної психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна

MARUTA Nataliya, Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director on Scientific Work of State Institution "Institute of Neurology Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv, Ukraine; e-mail: mscience@ukr.net

PANKO Tamara, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: tamarapanko@ukr.net

KALENSKA Galyna, PhD in Psychological Sciences, Senior Researcher of the Department of Borderline Psychiatry of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine