



**Н. О. Марута, Г. Ю. Каленська,
В. Ю. Федченко, Т. В. Панько,
О. С. Марута**

ДУ «ІНПН НАМН України», відділ
пограничної психіатрії, м. Харків

Психологічні фактори ризику виникнення психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб

Вступ. На сучасному етапі відзначається потужний вплив психологічних факторів на суб'єктивне благополуччя особистості, особливо якщо вона переживає кризу адаптації, нестабільну ситуацію свого життя, наприклад, кардинальну зміну в житті, переїзд, міграцію.

Сьогодні міграційні процеси є глобальним явищем у світі, від якого залежить економічне й політичне становище, культурне життя, цілісність території [1, 3, 6–10].

Адаптаційний процес у ситуації міграції, так само як і переживання міграції як життєво важливої події, залежить від обставин міграційного процесу, мотивації і бажаності цієї зміни в житті людини. Під час міграції порушується звична життєдіяльність, що може стати поштовхом до виникнення психічних розладів. Психічні розлади залучають усі основні сфери особистості: емоційну, когнітивну, поведінкову, мотиваційно-потребову, комунікативну [1, 7].

Аналізуючи міграцію та особливості поведінки мігрантів, дослідники відзначають низку проблем, асоційованих із їх включеністю в культурне середовище суспільства, що приймає: взаємодія із корінним населенням, труднощі професійного визначення, житлово-побутова невлаштованість, формування негативних емоційних станів – тривожності, депресії, агресивності, девіантна поведінка мігрантів, безліч протиріч і конфліктів, зумовлених різними цінностями і нормами поведінки, тощо. Перелічені проблеми є наслідком неадаптованості мігрантів до нових для них життєвих умов [3].

Для всіх мігрантів найбільш гострими протиріччями у співвіднесенні цінності й доступності значущих сфер є: невідповідність рівня прагнень і рівня досягнень, потреба в незалежності й необхідність бути залежним, необхідність отримувати допомогу та опіку; невідповідність норм і внутрішніх агресивних тенденцій (неможливість висловити свої почуття) [6, 8]. Аналогічні тенденції виявлялися у внутрішньо переміщених осіб (ВПО).

Тяжкість стресу у ВПО тісно асоціюється з їхньою соціальною захищеністю (гідне фінансове становище, наявність власного житла, родинних і ділових зв'язків, наявність у країні соціальних програм з облаштування мігрантів), комунікативними навичками, лояльністю місцевого населення, індивідуальними особливостями особистості (рівень освіченості, волевільності, світогляд), меншою мірою – культурною адаптивністю (знання і досвід застосування звичаїв і традицій, рівень володіння мовою, подібність культур, терпимість населення до культурних пріоритетів мігранта) [9, 10].

Основна психологічна особливість ВПО полягає в потребі поліпшити своє становище, прагненні до комфорту, як матеріального, так і психологічного. Водночас під час переїзду на нове місце в результаті інтенсивної роботи адаптаційного апарату в психології ВПО можуть відбуватися видимі зміни на особистісному рівні, які своєю чергою асоційовані з набуттям навичок, необхідних для життя і діяльності в середовищі [3, 8]. Викладене вище й обумовило мету цього дослідження.

Мета дослідження. Визначити психологічні фактори ризику виникнення психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб.

Матеріали й методи дослідження. Після отримання письмової згоди на проведення комплексного обстеження відповідно до принципів Гельсінкської декларації прав людини, Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицину, відповідних законів України та міжнародних актів у рандомізований спосіб із попередньою стратифікацією за приналежністю до ВПО, у дослідження залучено 213 осіб (105 жінок (49,29%) і 108 чоловіків (50,71 %) віком від 18 до 69 років), яким у 2018–2019 рр. проведено комплексне

психодіагностичне обстеження (№ держреєстрації 0113U001293) у відділі пограничної психіатрії ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», що включало діагностику копінг-стратегій, домінуючого психічного стану та вираженості показників життєстійкості [2, 4, 5]. Згодом усіх обстежених стратифіковано на три групи порівняння: 94 ВПО (54,25 % жінок і 45,75 % чоловіків віком 18–39 років із загальної популяції увійшли до I групи (без ознак психічних порушень), 68 осіб (47,05 % жінок і 52,94 % чоловіків віком 40–59 років), у яких фіксували деякі симптоми (ознаки) психопатологічних порушень, склали II групу (група ризику) та 51 особа (41,17 % жінок і 58,82 % чоловіків віком 50–69 років), що звернулися за медичною допомогою, увійшли до III групи.

Серед обстежених ВПО I групи переважали особи молодого та зрілого працездатного віку (60,64 %), ті, що мали сім'ю (60,64 %), задовільні умови проживання (65,96 %), працювали за фахом (62,27 %). У II групі ВПО переважали особи середнього віку (61,77 %); більшість не мала повної сім'ї (70,59 %), мала незадовільні умови проживання (79,42 %), низьку професійну зайнятість (42,65 %). Оцінка емоційного стану ВПО II групи свідчить про наявність у них різноманітних емоційних порушень, які не сягали нозологічних ознак, але формували окремі синдроми: астеничний – у 41,18 % випадків, агрипнічний – у 45,59 % обстежених, сомато-вегетативний – у 30,88 %, тривожно-депресивний – у 20,59 %. Серед ВПО III групи переважали особи середнього та похилого віку (29,41 і 23,53 % відповідно), які не мали повної сім'ї – 72,55 %, із нерозв'язаними проблемами з житлом – 76,47 %, мали низький рівень працевлаштування – 37,25 % (працевлаштованими за фахом були тільки 17,65 %). У обстежених ВПО III групи виявлено розлади психічного здоров'я переважно тривожно-депресивного спектра. Так, у 27,45 % спостерігали пролонговану депресивну реакцію (F 43.21), у 17,65 % – післятравматичний стресовий розлад (F 43.1), у 15,69 % – помірний депресивний епізод (P 32.1), у 11,76 % – органічний тривожний розлад (F 06.4), у 11,76 % – розлади адаптації зі змішаними порушеннями емоцій і поведінки, у 7,84 % – органічний афективний (депресивний) розлад (F 06.3), у 3,92 % – рекурентний депресивний розлад (33.1), у 3,92 % – змішану тривожно-депресивну реакцію.

Усі обстежені ВПО пройшли комплексне психодіагностичне дослідження, що включало діагностику копінг-стратегій, домінуючого психічного стану та вираженості показників життєстійкості [2, 4, 5].

Для визначення середніх величин кількісних параметрів, їх стандартних помилок (у форматі $M \pm m$), достовірності відмінностей (критерії Стюдента (В. Госсета) – Р. Фішера [t]), взаємозв'язків між показниками (точний метод Р. Фішера) застосовували методи математичної статистики. Складові й елементи чинників ризику–антиризiku виникнення психічних

розладів у ВПО визначали обчисленням діагностичних коефіцієнтів (ДК) і мір інформативності за методом С. Кульбака (МІ).

Результати дослідження та їх обговорення. Методика для психологічної діагностики копінг-механізмів дала змогу дослідити 26 ситуаційно-специфічних варіантів копінгу відповідно до трьох основних сфер психічної діяльності (когнітивної, емоційної, поведінкової), а також ступеня їх адаптивних можливостей у ВПО.

Усі копінг-стратегії поділено на три групи: адаптивні, відносно адаптивні та неадаптивні (рис. 1).

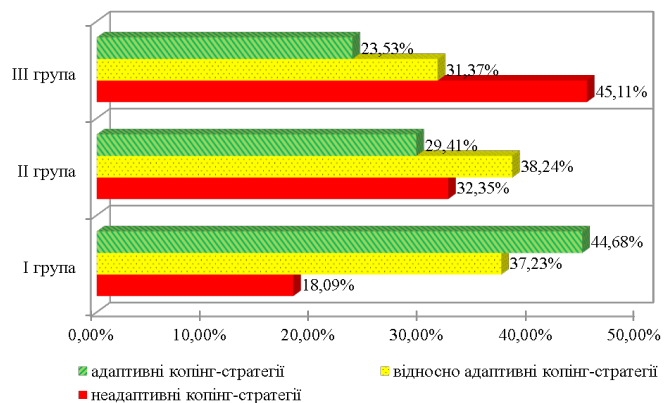


Рис. 1. Провідні копінг-стратегії у ВПО.

Дослідження показали, що 44,68 % здорових ВПО (I група) були схильні використовувати адаптивні копінг-стратегії, 37,23 % – відносно адаптивні, 18,09 % – неадаптивні. У групі ризику (II група) 29,41 % використовували адаптивні копінг-стратегії подолання складних ситуацій, 38,24 % – відносно адаптивні, 32,35 % – неадаптивні. Серед пацієнтів III групи спостерігалась така тенденція: 23,53 % хворих актуалізували адаптивні копінги, 31,37 % – відносно адаптивні, 45,10 % – неадаптивні. Статистичний аналіз результатів продемонстрував, що осіб, які використовували адаптивні копінг-стратегії, було більше у I групі порівняно з II (ДК = 1,82, МІ = 0,14, $p \leq 0,001$) і III групами (ДК = 2,79, МІ = 0,29, $p \leq 0,005$), тоді як неадаптивні копінг-стратегії частіше актуалізувались у III (ДК = 3,97, МІ = 0,54, $p \leq 0,0005$) і II групах (ДК = 2,53, МІ = 0,18, $p \leq 0,01$), ніж у I групі.

Далі проводили більш детальний аналіз копінг-стратегій залежно від когнітивного, емоційного та поведінкового аспектів (рис. 2).

Серед когнітивних копінгів у I групі ВПО найчастіше реєстрували проблемний аналіз (27,66 %), збереження самовладання (20,21 %), відносність (15,96 %) та установку власної цінності (12,77 %), що виявлялось у спробах підвищити самоконтроль, власну цінність, оцінити складні ситуації як відносні, применшуючи їх травматичне значення. У II групі обстежених частіше використовували когнітивні копінг-стратегії: проблемний аналіз (16,18 %), релігійність (16,18 %), ігнорування (13,24 %), збереження самовладання (11,76 %),

смиренність (11,76 %) і розгубленість (10,29 %). Серед пацієнтів III групи переважали розгубленість (27,45 %), смиренність (17,65 %) і релігійність (15,69 %).

Статистичний аналіз результатів показав, що актуалізація когнітивних копінгів проблемний аналіз і установка власної цінності відрізняла здорових ВПО від групи ризику (ДК = 2,33, МІ = 0,13, $p \leq 0,035$ і ДК = 6,38, МІ = 0,31, $p \leq 0,019$ відповідно) та пацієнтів (ДК = 4,50, МІ = 0,40, $p \leq 0,006$ і ДК = 8,14, МІ = 0,44, $p \leq 0,021$ відповідно), які актуалізували копінг-стратегії релігійність (ДК = 11,82, МІ = 0,89, $p \leq 0,0003$ і ДК = 11,69, МІ = 0,85, $p \leq 0,0009$ відповідно) та розгубленість (ДК = 9,86, МІ = 0,45, $p \leq 0,009$ і ДК = 14,12, МІ = 1,86, $p \leq 0,0001$ відповідно). Також визначено, що серед здорових було більше осіб, які використовували копінг збереження самовладання (ДК = 7,12, МІ = 0,58, $p \leq 0,004$), тоді як пацієнти частіше використовували когнітивні копінг-стратегії смиренність і дисимуляцію (ДК = 3,75, МІ = 0,19, $p \leq 0,040$ і ДК = 9,65, МІ = 0,42, $p \leq 0,018$ відповідно).

Група ризику відрізнялась більшою актуалізацією копінгу ігнорування порівняно зі здоровими та пацієнтами (ДК = 6,18, МІ = 0,31, $p \leq 0,014$ і $p \leq 0,005$ відповідно), а пацієнти характеризувались більшою розгубленістю, ніж особи групи ризику (ДК = 4,26, МІ = 0,37, $p \leq 0,010$).

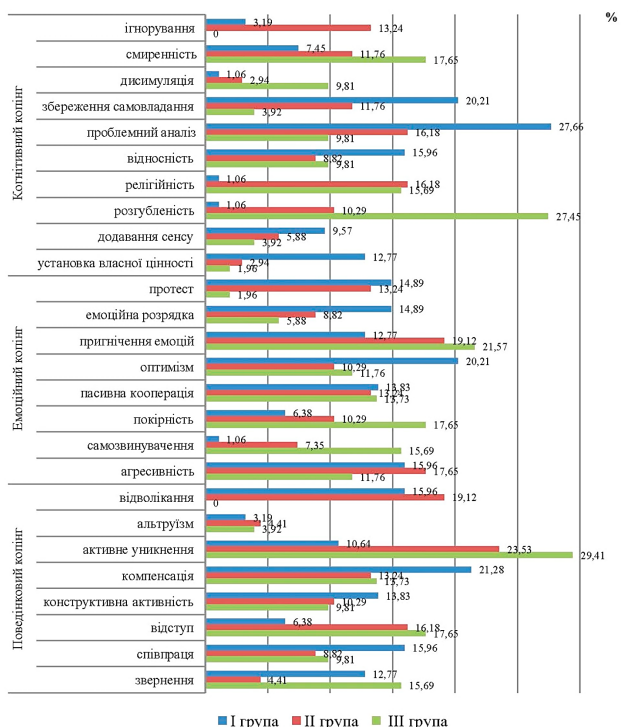


Рис. 2. Провідні копінг-стратегії у ВПО (у відсотках) залежно від когнітивного, емоційного та поведінкового аспектів.

Серед емоційних копінг-стратегій більшість ВПО I групи частіше використовували оптимізм (20,21 %), агресивність (15,96 %), протест (14,89 %), емоційну розрядку (14,89 %) і пасивну кооперацію (13,83 %), що виявлялось у впевненості у спроможності знайти

вихід зі складної ситуації та у схильності відкрито виявляти власні емоції, викликані складною ситуацією. Серед емоційних копінгів у II групі переважали придушення емоцій (19,12 %), агресивність (17,65 %), протест (13,24 %) і пасивна кооперація (13,24 %). У III групі серед емоційних копінгів частіше реєстрували придушення емоцій (21,57 %), покірність (17,65 %), самозвинувачення (15,69 %) та пасивну кооперацію (13,73 %).

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

Серед поведінкових копінг-стратегій у I групі 21,28 % ВПО використовували компенсацію, 15,96 % – співпрацю і відволікання, 13,68 % – конструктивну активність, 12,77 % – звернення, що виявлялось у схильності взаємодіяти з іншими людьми, звертаючись до них за допомогою, та не заціклюватися на труднощах. У II групі ВПО у 23,53 % осіб визначався поведінковий копінг активне уникнення, у 19,12 % – відволікання, у 16,18 % – відступ, що виявлялось у схильності ухилятися від розв'язання проблем, намагаючись відволіктися від труднощів. У III групі ВПО серед поведінкових копінг-стратегій переважали активне уникнення (29,41 %), відступ (17,65 %), звернення (15,69 %) та компенсація (13,73 %).

Аналіз результатів дослідження засвідчив, що серед поведінкових копінгів у здорових ВПО актуалізація копінгу звернення відрізняла їх від групи ризику (ДК = 4,61, МІ = 0,19, $p \leq 0,043$), а копінгу відволікання – від пацієнтів ($p \leq 0,0009$), тоді як для II і III групи обирали активне уникнення (ДК = 3,45, МІ = 0,22, $p \leq 0,015$ і ДК = 4,42, МІ = 0,41, $p \leq 0,018$) і відступ (ДК = 4,04, МІ = 0,20, $p \leq 0,029$ і ДК = 4,42, МІ = 0,25, $p \leq 0,026$ відповідно). Також констатовано, що актуалізація відволікання була більш вираженою у групі ризику ($p \leq 0,0004$), а звернення – серед пацієнтів (ДК = 5,51, МІ = 0,31, $p \leq 0,030$).

Аналіз результатів за методикою визначення домінуючого психічного стану продемонстрував серед здорових ВПО та в групі ризику підвищення оцінки за шкалою «активне/пасивне ставлення до життєвої ситуації» ($58,67 \pm 23,56$ і $55,13 \pm 21,34$ Т-балів відповідно), а в групі пацієнтів – низькі показники за цією шкалою ($39,27 \pm 18,02$ Т-балів), що підтверджувалось статистичним аналізом результатів ($t = 3,384$, $p \leq 0,01$ і $t = 3,061$, $p \leq 0,025$ відповідно) (рис. 3). Тобто здоровим особам і особам групи ризику більш притаманні позитивне ставлення до життєвої

ситуації, готовність до подолання перешкод і віра у власні можливості, тоді як у групі пацієнтів фіксували пасивне ставлення до життєвої ситуації, в оцінюванні багатьох життєвих ситуацій переважали песимізм і зневіра в можливості успішно подолати перешкоди.

За шкалою «тонус: високий/низький» у групі здорових визначався підвищений тонус ($57,36 \pm 26,12$ Т-балів), у групі ризику – середній ($54,76 \pm 21,61$ Т-балів), а серед пацієнтів – низький ($40,11 \pm 19,51$ Т-балів).

Статистичний аналіз результатів продемонстрував, що тонус був вищим у здорових ВПО і в групі 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 в групі ризику – середня активність, стенична реакція на виникаючі труднощі, відчуття внутрішньої зібраності, запасу сил, енергії, тоді як пацієнтів характеризувала втома, незібраність, млявість, інертність, низька працездатність.

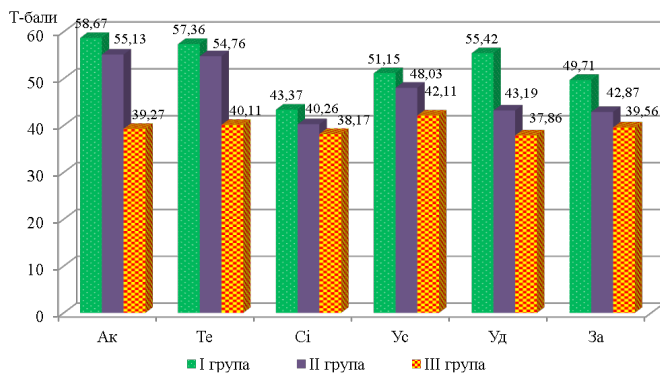


Рис. 3. Особливості домінуючого психічного стану ВПО (за Л. В. Куликовим).

Умовні позначення:

Ак – активне/пасивне ставлення до життєвої ситуації;

Те – тонус: високий/низький;

Сі – спокій/тривога; Ус – стійкість/нестійкість емоційного стану;

Уд – задоволеність/незадоволеність життям;

За – позитивне/негативне ставлення до себе.

За шкалою «спокій/тривога» спостерігались низькі показники спокою у всіх ВПО: в I групі ($43,37 \pm 16,45$ Т-балів), у II групі ($40,26 \pm 17,76$ Т-балів), у III групі ($38,17 \pm 15,43$ Т-балів). Отже, ВПО характеризувались тривожністю, очікуванням подій із несприятливим результатом, передчуттям загрози.

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

Оцінка задоволеності/незадоволеності життям показала, що в групі здорових ВПО були підвищені показники за цією шкалою ($55,42 \pm 23,08$ Т-балів), у групі ризику – знижені ($43,19 \pm 19,39$ Т-балів), у групі пацієнтів – низькі ($37,86 \pm 15,72$ Т-балів). Інакше кажучи, задоволеність життям, його плином, 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 «позитивне/негативне ставлення до себе» продемонстрував, що в I групі визначались переважно середні показники ($49,71 \pm 18,77$ Т-балів), у II групі – знижені ($42,87 \pm 18,57$ Т-балів), у III групі – низькі ($39,56 \pm 17,45$ Т-балів). Тобто ВПО характеризувались адекватною самооцінкою, водночас вірогідних розбіжностей між групами порівняння не зафіксовано.

Аналіз життєстійкості дозволив визначити загальний рівень цього показника: у здорових ВПО високий рівень життєстійкості фіксували у 37,23 % осіб, середній – у 51,06 %, низький – у 11,70 %. У групі ризику у 13,24 % осіб реєстрували високий рівень життєстійкості, у 50,00 % – середній, у 36,76 % – низький. У ВПО, що звернулись за медичною допомогою, низький рівень життєстійкості був у 66,67, середній – у 25,49 %, високий – у 7,84 % (рис. 4).

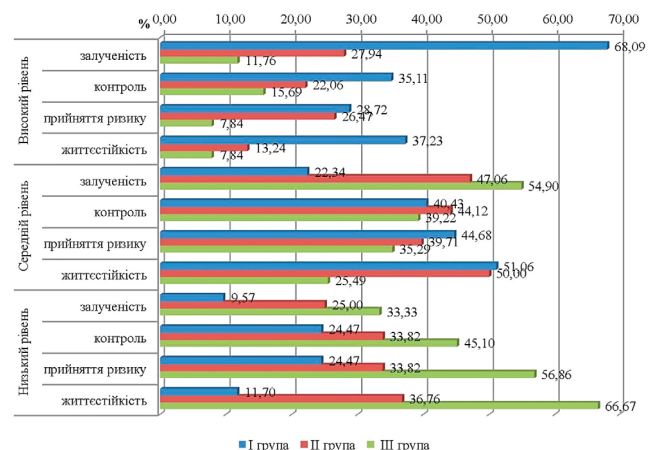


Рис. 4. Вираженість показників життєстійкості у ВПО.

Серед здорових було більше осіб із високим та середнім (ДК = 4,49, МІ = 0,54, $p < 0,0003$ і ДК = 6,76, МІ = 0,99, $p < 0,0001$ відповідно) рівнем життєстійкості порівняно з групою ризику та ВПО, що звернулись за допомогою, серед яких було більше осіб із низьким рівнем життєстійкості (ДК = 4,97, МІ = 0,62, $p < 0,0001$ та ДК = 7,56, МІ = 2,08, $p < 0,0001$ відповідно).

Водночас осіб із середнім рівнем життєстійкості було більше у групі ризику, ніж серед пацієнтів, що звернулись за допомогою (ДК = 2,93, МІ = 0,36, $p < 0,003$ відповідно), у яких переважав низький рівень життєстійкості (ДК = 2,58, МІ = 0,39, $p < 0,0008$).

Отримана інформація свідчить, що ВПО, які мають психічні розлади, та з групи ризику (ті, що мають

окремі симптоми розладів у психічній сфері) відрізняються зниженням життєстійкості, що може бути вагомим складовою мішенню для психотерапевтичного втручання з метою підвищення життєстійкості цих осіб.

Для більш детального вивчення проаналізовано складові, що входять у поняття життєстійкості: залученість, контроль і прийняття ризику. Вираженість цих компонентів і життєстійкості загалом перешкоджає виникненню у людини внутрішньої напруги в стресових ситуаціях. У цьому випадку залученість визначається як «упевненість у тому, що залученість до того, що відбувається, дає максимальний шанс знайти щось цікаве й цінне для особистості».

У здорових високий рівень залученості визначено у 68,09 % осіб, середній – у 11,70 %, низький – у 9,57 %. У групі ризику у 27,94 % осіб фіксували високий рівень залученості, у 47,06 % – середній, у 25,00 % – низький. У ВПО, що звернулись за медичною допомогою, у 33,33 % був високий рівень залученості, у 54,90 % – середній, у 11,76 % – низький. Статистичний аналіз результатів показав, що високий і середній рівень залученості відрізняв здорових осіб від пацієнтів ($DK = 7,62$, $MI = 2,15$, $p < 0,0001$ і $DK = 6,71$, $MI = 1,45$, $p < 0,0001$ відповідно) та осіб групи ризику ($DK = 3,87$, $MI = 0,78$, $p < 0,0001$ і $DK = 6,04$, $MI = 1,07$, $p < 0,0001$ відповідно), у яких був більш виражений низький рівень залученості до життя ($DK = 5,42$, $MI = 0,64$, $p < 0,0004$ і $DK = 4,17$, $MI = 0,32$, $p < 0,005$ відповідно). Водночас визначено, що кількість осіб із високим рівнем залученості була більшою у групі ризику, ніж серед пацієнтів ($DK = 3,76$, $MI = 0,30$, $p < 0,018$).

Контроль дає впевненість у тому, що боротьба дозволяє впливати на результат того, що відбувається. У здорових високий рівень контролю був визначений у 35,11 % осіб, середній – у 40,43 %, низький – у 24,47 %. У групі ризику у 22,06 % осіб фіксували високий рівень контролю, у 44,12 % – середній, у 33,82 % – низький. Серед ВПО, що звернулись за медичною допомогою, у 15,69 % був високий рівень контролю, у 39,22 % – середній, у 45,10 % – низький. Здорові відрізнялись переважанням високого рівня контролю порівняно з хворими та групою ризику ($DK = 3,50$, $MI = 0,34$, $p < 0,006$, $DK = 2,02$, $MI = 0,13$, $p < 0,028$ відповідно), тоді як серед пацієнтів було більше осіб із низьким рівнем контролю ($DK = 2,66$, $MI = 0,27$, $p < 0,006$).

Прийняття ризику характеризується впевненістю особистості у тому, що все, що відбувається, сприяє нагромадженню досвіду. Серед здорових високий рівень прийняття ризику був визначений у 28,72 % осіб, середній – у 44,68 %, низький – у 24,47 %. У групі ризику у 26,47 % осіб визначався високий рівень прийняття ризику, у 39,71 % – середній, у 33,82 % – низький. Серед ВПО, що звернулись за медичною допомогою, у 7,84 % фіксували високий рівень прийняття ризику, у 35,89 % – середній, у 56,86 % – низький. Серед здорових і в групі ризику

було більше осіб із високим рівнем прийняття ризику ($DK = 5,64$, $MI = 0,59$, $p < 0,001$ і $DK = 5,28$, $MI = 0,49$, $p < 0,006$ відповідно), ніж серед хворих, де переважали особи з низьким рівнем ($DK = 3,66$, $MI = 0,59$, $p < 0,0001$ і $DK = 2,26$, $MI = 0,26$, $p < 0,006$ відповідно).

Висновки. Група внутрішньо переміщених осіб є неоднорідною, і серед них необхідно виділяти три категорії: I група (44,13 %) – ті, що не мають ознак психічних порушень (умовно здорові), II група (31,92 %) – ті, що мають деякі симптоми психічних порушень (група ризику), III група (23,95 %) – ті, що мають психічні розлади.

Здорові внутрішньо переміщені особи схильні використовувати адаптивні копінг-стратегії (44,68 %): проблемний аналіз, установка власної цінності, оптимізм, протест, звернення та відволікання; у групі ризику переважають відносно адаптивні (38,24 %) і неадаптивні (32,35 %) копінг-стратегії: релігійність, ігнорування, самозвинувачення, протест, активне уникнення та відволікання; серед пацієнтів переважають неадаптивні копінг-стратегії (45,10 %): розгубленість, смиренність, самозвинувачення, покірність, активне уникання і звернення.

Внутрішньо переміщені особи мають особливості психічного стану: здорові характеризуються підвищеними показниками активного ставлення до життєвої ситуації (58,67 %), підвищеним тонусом (57,36 %), середніми показниками емоційної стабільності (51,15 %) та задоволеністю життям (55,42%); у групі ризику переважають підвищені показники активного ставлення до життєвої ситуації (55,13 %), середні показники емоційної стійкості (48,03 %), зниження тонусу (54,76 %); пацієнтам притаманні пасивність (39,17 %), інертність (40,11 %), емоційна нестабільність (38,17 %) та незадоволеність життям (37,86 %).

Психологічними факторами ризику виникнення психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб є: актуалізація переважно неадаптивних копінг-стратегій ($DK = 3,97$), пасивна життєва позиція ($t = 3,384$), знижений рівень життєстійкості ($DK = 4,97$), емоційна лабільність ($t = 2,689$) та незадоволеність життям ($t = 3,683$).

Адаптаційний механізм, що визначає психічне здоров'я внутрішньо переміщених осіб, асоційований із особливостями актуалізації адаптивних копінг-стратегій, емоційною стабільністю й активною життєвою позицією, що може розглядатися як мета психокоригувального втручання у разі порушень адаптації.

Внутрішньо переміщені особи потребують оцінки стану психіки з метою надання необхідної медичної допомоги хворим і психологічної підтримки особам із групи ризику, щоб запобігти виникненню у них психічних розладів.

Список літератури

1. Константинов ВВ. Специфика проживания мигрантов и социально-психологические факторы субъективного благополучия представителей принимающего сообщества. Общество: социология, психология, педагогика. 2015;6:67–70 (Konstantinov VV. The specifics of migrant living and socio-psychological factors of the subjective well-being of representatives of the host community. Society: Sociology, Psychology, Pedagogy. 2015;6:67-70) (Russian)
2. Куликов ЛВ. Руководство к методикам диагностики психических состояний, настроений и сферы чувств. Описание методик, инструкции по применению. Прохорова АО, ред. 2004; с. 32–62 (Kulikov LV. Guide to the methods of diagnosis of mental states, moods and the sphere of feelings. Description of Methods, Instructions for use. Prokhorov AO, editor. 2004; p. 32-62) (Russian)
3. Моросанова ВИ, Нестерова АА., Суслова ТФ. Факторы позитивной адаптации мигрантов: анализ теоретических подходов. Психологический журнал. 2015;36(5):98–109 (Morosanova VI, Nesterova AA, Suslova TF. Factors of the positive adaptation of migrants: an analysis of theoretical approaches. Psychological Journal. 2015;36(5):98-109) (Russian)
4. Райгородский ДЯ, ред. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Самара: Бахрах-М; 2001. 672 с. (Raygorodsky DY, editor. Practical psychodiagnostics. Methods and tests. Samara: Bakhrah-M; 2001. 672 p.) (Russian)
5. Рассказова ЕИ, Леонтьев ДА. Жизнестойкость как составляющая личностного потенциала. Личностный потенциал: структура и диагностика. Леонтьев ДА, ред. Москва: Смысл; 2011;178–209 (Rasskazova EI, Leontiev DA. Resilience as a component of personal potential. Personalpotential: structureanddiagnosis. Leontiev DA, editor. Moscow: Meaning; 2011;178-209) (Russian)
6. Рыбаковский ЛЛ, Маевский ДП, Кожевникова НИ. Миграционная подвижность населения и её измерение. Народонаселение. 2019;2:4–16 (Rybakovsky LL, Maevsky DP, Kozhevnikova NI. Migration mobility of the population and its measurement. Population. 2019;2:4-16) (Russian)
7. Суслова ТФ. Социальное самочувствие личности в условиях миграции. Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. 2016;4:89–100 (Suslova TF. Social well-being of a person in conditions of migration. Bulletin of Moscow State Regional University. Series: Psychological Sciences. 2016;4:89-100) (Russian) <https://doi.org/10.18384/2310-7235-2016-4-89-100>
8. Хрусталева НС. Психология миграционных процессов. Психология кризисных и экстремальных ситуаций: психическая травматизация и ее последствия. Хрусталева НС, ред. СПб: Изд-во СПбГУ; 2014;325–349 (Khrustaleva NS. Psychology of migration processes. Psychology of crisis and extreme situations: mental trauma and its consequences. Khrustaleva NS, editor. St Petersburg: Publication St Petersburg University; 2014;325-349) (Russian)
9. Berry JW. Global psychology: implications for cross-cultural research and management. Cross Cultural Management. 2015;22(3):342-355. <https://doi.org/10.1108/CCM-03-2015-0031>
10. Kuo B. Coping, acculturation, and psychological adaptation among migrants: a theoretical and empirical review and synthesis of the literature. Health Psychology and Behavioral Medicine. 2014;2(1):16-33. <https://doi.org/10.1080/21642850.2013.843459>

Стаття надійшла до редакції журналу 10.01.2020 р.

Психологічні фактори ризику виникнення психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб

Н. О. Марута, Г. Ю. Каленська, В. Ю. Федченко,
Т. В. Панько, О. С. Марута

Вступ. Проблема внутрішньо переміщених осіб сьогодні є однією з найгостріших для України. Внаслідок довготривалого воєнного конфлікту на Донбасі, окупації частин Донецької і Луганської областей, анексії Криму близько 1,5 млн українців були змушені покинути власні домівки. На сучасному етапі відзначається потужний вплив психологічних факторів на суб'єктивне благополуччя особистості, особливо якщо вона переживає кризу адаптації, нестабільну ситуацію в своєму житті, наприклад, кардинальну зміну в житті, переїзд, міграцію. Адаптаційний процес у ситуації міграції, як і переживання міграції як життєво важливої події, залежать від обставин міграційного процесу, мотивації і бажаності цієї зміни в житті людини. Під час міграції порушується звична життєдіяльність, що може стати поштовхом до виникнення психічних розладів.

Мета. Визначити психологічні фактори ризику виникнення психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб.

Матеріали й методи. У дослідження залучено 213 осіб (105 жінок (49,29 %) і 108 чоловіків (50,71 %) віком від 18 до 69 років), яким проведено комплексне психодіагностичне обстеження, що включало діагностику копінг-стратегій, домінуючого психічного стану та вираженості показників життєстійкості.

Усіх обстежених поділено на три групи порівняння. 94 внутрішньо переміщені особи із загальної популяції увійшли до I групи (без ознак психічних порушень) (54,25 % жінок, 45,75 % чоловіків, вік 18–39 років), 68 осіб (47,05 % жінок, 52,94 % чоловіків, вік 40–59 років), у яких були визначені окремі симптоми (ознаки) психопатологічних порушень, склали II групу (група ризику) та 51 особа (41,17 % жінок, 58,82 % чоловіків, вік 50–69 років), що звернулися за медичною допомогою, увійшли до III групи.

Результати. З'ясовано, що адаптивні копінг-стратегії переважали у I групі порівняно з II групою (ДК = 1,82) і III групою (ДК = 2,79), де частіше актуалізувались неадаптивні копінг-стратегії (ДК = 2,53) і (ДК = 3,97). I група відрізнялась підвищеними показниками активного ставлення до життєвої ситуації (58,67 %), підвищеним тонусом (57,36 %), середніми показниками емоційної стабільності (51,15 %) і задоволеністю життям (55,42 %). У групі ризику визначались середні показники емоційної стійкості (48,03 %), зниження тонусу (54,76 %). Пацієнтам були притаманні пасивність (39,17 %), інертність (40,11 %), емоційна нестабільність (38,17 %) і незадоволеність життям (37,86 %). Серед здорових було більше осіб із високим (ДК = 4,49) і середнім (ДК = 6,76) рівнем життєстійкості порівняно з II і III групами, у яких було більше осіб із низьким рівнем життєстійкості (ДК = 4,97) і (ДК = 7,56).

Висновки. Визначено психологічні фактори ризику виникнення психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб: актуалізація переважно неадаптивних копінг-стратегій, пасивна життєва позиція, знижений рівень життєстійкості, емоційна лабільність і незадоволеність життям.

Ключові слова: психологічні фактори ризику, внутрішньо переміщені особи, психопатологічні психічні розлади.

Psychological Risk Factors for Mental Disorders Development in Internally Displaced Persons

N. Maruta, H. Kalens'ka, V. Fedchenko, T. Pan'ko, O. Maruta

Introduction. Today, the problem of internally displaced persons is one of the most acute for Ukraine. Due to the prolonged military conflict in the Donbass, the occupation of parts of the Donetsk and Lugansk regions and the annexation of Crimea, about 1 500 000 Ukrainians were forced to leave their homes and move to other cities. At the present stage, a powerful influence of psychological factors on the subjective well-being of a person is noted, especially if he/she is undergoing a crisis of adaptation, an unstable situation in his/her life, for example, a cardinal change in life, moving, migration. The adaptation process in a migration situation, as well as experiences of migration as a vital event, depends on the circumstances of the migration process, the motivation and desirability of this change in human life. During migration, habitual activity is disrupted, which can be an impetus for the occurrence of mental disorders.

The aim of the study. To identify psychological risk factors for mental disorders in internally displaced persons.

Materials and methods. The study involved 213 internally displaced persons (105 women (49.29 %) and 108 men (50.71 %) aged 18 to 69 years) who took part in comprehensive psycho-diagnostic examination, which included the diagnosis of copy-strategies, the dominant mental state and severity viability indicators. All the examined were divided into 3 comparison groups: 94 internally displaced persons from the general population were included in I group (without signs of mental disorders) (54.25 % of women, 45.75 % of men aged 18-39), 68 people (47.05 % of women, 52.94 % of men aged 40-59 years), in whom certain symptoms (signs) of psychopathological disorders were identified, were included in II group (risk groups) and 51 people (41.17 % of women, 58.82 % of men aged 50-69) who sought medical help were included in III group.

Results. It was established that the internally displaced persons is heterogeneous and 3 categories of people should be distinguished among them: the first group of internally displaced persons that do not have signs of mental disorders (44.13 %), the second group of internally displaced persons that have individual symptoms of mental disorders (risk group) (31.92 %) and group III of internally displaced persons with established mental disorders (23.95 %).

Healthy internally displaced persons were inclined to use adaptive coping strategies (44.68 %): problem analysis, setting one's own value, optimism, protest, appeal and distraction; relatively adaptive (38.24 %) and non-adaptive (32.35 %) coping strategies prevailed in the risk group: religiosity, ignoring, self-blaming, protest, active avoidance and distraction; non-adaptive coping strategies prevailed among patients (45.10 %): confusion, humility, self-accusations, active avoidance and treatment.

The characteristics of the mental state of internally displaced persons were determined: healthy internally displaced persons were characterized by increased indicators of an active attitude to life situations (58.67 %), increased tone (57.36 %), average indicators of emotional stability (51.15 %) and life satisfaction (55.42 %). An

increase in indicators of an active attitude to a life situation (55.13 %), average indicators of emotional stability (48.03 %), and a decreased tone (54.76 %) were determined in the risk group. Passivity (39.17 %), inertia (40.11 %), emotional instability (38.17 %), and dissatisfaction with life in general (37.86 %) were observed among the patients.

The psychological risk factors for the occurrence of mental disorders in internally displaced persons were determined, which included the updating of mainly non-adaptive coping strategies ($DK = 3.97$), passive life position ($t = 3.384$), reduced level of vitality ($DK = 4.97$), emotional lability ($t = 2.689$) and dissatisfaction with life ($t = 3.683$).

It has been established that the adaptation mechanism that determines the mental health of internally displaced persons is associated with the peculiarities of updating adaptive coping strategies, emotional stability and an active lifestyle, which can be considered as goals of psychocorrection intervention in case of violations of the adaptation process in malware.

Conclusions. The psychological risk factors for the occurrence of mental disorders in internally displaced persons were determined, which included updating mainly non-adaptive coping strategies, passive life position, reduced level of vitality, emotional lability and dissatisfaction with life.

Keywords: psychological risk factors, internally displaced persons, psychopathological mental disorders.