

(дефекту), стані ремісії різної якості, причому під впливом комплексу психотравмуючих чинників до моменту огляду можна було кваліфікувати розвинення загострення шизофренічного процесу. Слід також відзначити різні вимоги до ступеня збереження психічного потенціалу випробуваного, оскільки у потерпілого, порівняно зі свідком, зумовлюється більш широкий діапазон процесуальних функцій. що визначає можливість виникнення безлічі поєднань експертних висновків стосовно різному характеру юридично значимої діяльності у однієї особи.

Досвід показує, що виключення хворих на шизофренію з слідства не повинно бути облігатним і порушувати їх права на реалізацію своїх процесуальних функцій, бути строго аргументованим і мати точні границі, причому вирішальними під час експертного доведення є не стільки тривалість і синдромологічна притаманність, скільки вираженість наявних розладів психічної діяльності.

Назріла необхідність перегляду підходів до оцінки психічного потенціалу хворих на шизофренію, розширення кола хворих, що допускаються до участі в судовому процесі, а також розробки і запровадження чіткого переліку умов втрати і обмеження кримінально-процесуальної дієздатності в даному виді експертиз, що диктується не тільки методологічними і теоретичними міркуваннями, а й наявними практичними потребами.

УДК 159.96:616.45-001.1/3-003.96

Шестопалова Л. Ф., Кожевнікова В. А., Бородавко О. О.
 ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
 НАМН України» (м. Харків)

Дослідження трансформації індивідуально-психологічних особливостей комбатантів, які перебували у зоні АТО

Переживання людиною життєво небезпечних подій неминуче призводить до різноманітних негативних медико-психологічних та соціально-психологічних наслідків. Найбільш важкий психотравмуючий вплив на психічне здоров'я людини, якість життя та психологічне благополуччя здійснюють бойові дії, терористичні акти та насилля проти особистості. Значна кількість комбатантів не можуть повною мірою адаптуватись до мирного життя, зокрема з причини наявних у них психічних порушень, проявів гетеро- та аутоагресії тощо.

Метою дослідження було — визначити трансформацію індивідуально-психологічних особливостей військовослужбовців, які перебували в зоні АТО, залежно від наявності постстресових психічних розладів. Було обстежено 63 комбатанти у віці від 23 до 54 років (середній вік — 36,7 ± 7,8 роки), що перебували на лікуванні та реабілітації в різних лікувальних закладах міста Харкова.

У дослідженні застосовували методи спостереження, бесіди, психодіагностичний (використовували Міссісіпську шкалу (військовий варіант), методику SCL-90-R Derogatis (Derogatis L. R. et al., 1975); «Шкалу базисних переконань» (Р. Янов-Бульман, 1998), в адаптації М. А. Падун, А. В. Котельникової, 2008) та математико-статистичний.

Результати дослідження показали, що у військовослужбовців з постстресовими психічними розладами (посттравматичним стресовим розладом та розладами адаптації) переважають ознаки соматизації (1,67 ± 0,55), що відображають як суб'єктивні переживання щодо стану здоров'я, так і наявність об'єктивних соматичних проблем. Також їм притаманні міжособистісна сенситивність (1,26 ± 0,75), прояви агресивності (1,25 ± 0,43)

та підозрливості (1,31 ± 0,55), риси ригідності (0,95 ± 0,70) та виражені тривожно-депресивні переживання (1,21 ± 0,64 та 1,20 ± 0,48 бали відповідно). Для цих комбатантів характерними є уявлення про власну невдачливість (4,3 ± 2,4), неспроможність контролювати події власного життя (4,2 ± 2,1), що значною мірою пов'язано зі ступенем депресивних переживань ($r_s = 0,53$; $p \leq 0,01$), перш за все, з ознаками можливої аутоагресії ($r_s = 0,55$; $p \leq 0,01$).

У комбатантів без ознак психопатологічних порушень мали місце прояви соматизації (0,64 ± 0,43), тривожно-депресивні переживання (0,50 ± 0,36; 0,70 ± 0,44), прояви ригідності (0,63 ± 0,79), агресивності (0,71 ± 0,37) та підозрливості (0,80 ± 0,35). У них, на відміну від військовослужбовців з ПТСР, в структурі базових переконань домінує висока оцінка цінності власного «Я» (7,3 ± 2,2 та 7,1 ± 2,1 стень відповідно). Вони дещо нижче оцінюють власну удачливість (6,3 ± 2,3 та 5,8 ± 2,5), спроможність контролювати події довколишнього світу (5,7 ± 2,1 та 5,2 ± 2,3), а також його доброзичливість (5,8 ± 1,3 та 5,4 ± 1,4) та справедливість (5,6 ± 2,6 та 5,3 ± 2,8). Отже, в структурі базисних переконань військовослужбовців, перш за все, трансформуються настанови щодо довколишнього світу та власної взаємодії з ним.

Отже, у комбатантів, що перебували у зоні АТО, виникають різні за структурою та ступенем вираженості емоційні розлади, загострення рис особистості, поведінкові порушення, трансформація системи базисних переконань. У комбатантів з постстресовими психічними розладами індивідуально-особистісні зміни корелюють з рівнем тяжкості психопатологічних порушень.

УДК 616.89-008.19/.441-054.72

*Шкробот С. І., Венгер О. П., Смашина О. Є.,
 Мисула Ю. І., Сас Л. М., Білоус В. С., Костіна О. О.*
 ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
 ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України (м. Тернопіль)

Вплив фактору міграції на перебіг депресивних розладів у мігрантів та реемігрантів

Проблема еміграції та рееміграції в Україні є однією з найбільш актуальних державних та суспільних проблем. Багато сучасних дослідників повідомляють про більший ризик великого депресивного розладу протягом життя у трудових мігрантів. Також виявлені кореляції вираженості депресивних проявів з характеристиками соціального ресурсу, зокрема, соціальних контактів та емоційної підтримки; автори наголошують, що втручання, які сприяють адаптації мігрантів, є ефективним засобом зменшення депресивної симптоматики.

Мета дослідження: на ґрунті комплексного обстеження виокремити та специфікувати фактори міграції, що впливають на формування, розвиток та перебіг депресивних розладів у мігрантів та реемігрантів.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, психометричний, психодіагностичний, статистичний.

Об'єкт дослідження: мігранти та реемігранти з встановленим депресивним розладом (коди за МКХ-10 — F43.21, F43.22, F31.3, F31.4, F32.1, F32.2, F33.1, F33.2, F06.3), відповідно до критеріїв МКХ-10.

Відповідно до мети і завдань дослідження з дотриманням принципів біомедичної етики нами було досліджено 185 хворих на різні форми депресивних розладів, які перебували на лікуванні у Тернопільській обласній психоневрологічній лікарні за період 2014—2017 років. Усіх пацієнтів було поділено на 3 групи: 1) емігранти — 66 осіб; 2) реемігранти — 61 осіб; 3) не емігранти (група порівняння) — 58 осіб.