

(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 степен 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.

На ґрунті аналізу клініко-психопатологічного та соціально-демографічного статусу було виокремлено шість основних клінічних груп: емігрантів, хворих на психогенні депресивні розлади (ПДР), реемігрантів, хворих на ПДР, емігрантів, хворих на ендогенні депресивні розлади (ЕПР), реемігрантів, хворих на ЕПР, емігрантів, хворих на депресивні розлади органічного ґенезу (ОДР), реемігрантів, хворих на ОДР; та три контрольні групи: не емігрантів, хворих на ПДР, не емігрантів, хворих на ЕПР та не емігрантів, хворих на ОДР.

В результаті комплексного обстеження пацієнтів нами були виявлені такі фактори міграції, які впливають на розвиток та перебіг афективних порушень у мігрантів та реемігрантів: 1) нелегальний характер міграції; що зумовлює ігнорування прав особи та значне обмеження можливостей для самореалізації, отримання медичної допомоги, освіти тощо; 2) умови праці, що в багатьох випадках супроводжуються тривалим фізичним та психічним навантаженням, виконання низько кваліфікованої роботи при наявності достатньої кваліфікації; 3) мовний бар'єр, що зумовлює порушення адаптативних можливостей особистості; 4) розрив та втрата контактів з значимими близькими людьми, що зумовлює відсутність соціальної підтримки; 5) низький соціально-економічний статус.

Депресивні розлади у мігрантів та реемігрантів мають складний, хронічний перебіг, їх важкість суттєво залежить від психосоціального стресу.

Міграцію і пов'язані з нею психоемоційні навантаження можна розглядати як самостійний етіологічний фактор депресивних розладів.

Трудова міграція громадян України негативно впливає на демографічну ситуацію, ринок праці, розвиток економіки та соціальної сфери, добробут громадян, сімейні відносини і виховання дітей, збільшує рівні бідності та соціального розшарування, має численні психологічні, світоглядні, культурні та інші наслідки.

УДК 616.899-053.2

Штриголь Д. В.

*Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна (м. Харків)*

Особливості психомоторики дітей з психічним недорозвиненням

Незважаючи на велику кількість вітчизняних і зарубіжних публікацій, що стосуються проблем інтелектуальної недостатності, досліджень психомоторних функцій у дітей з цією патологією мало.

У дослідженні взяли участь діти віком 8—9 років: 31 дитина з олігофренією в ступені легкої дебільності, 28 — із затримкою психічного розвитку (ЗПР) і 28 учнів, які не мають порушень інтелекту. Для оцінки психомоторного розвитку використано комплекс тестів на статичну координацію рухів, швидкість руху тіла, на ручну швидкість, на ритмічність рухів, на рухову пам'ять, мимічний тест і методика Рея. Трактуювання рухової недостатності проведено в світлі рівневої теорії організації руху Н. А. Бернштейна. Аналізували вплив психомоторики на шкільну адаптацію, в зв'язку з чим були виокремлені групи дітей з несприятливим перебігом адаптації (виразні тривалі невротичні реакції, почастішання гострих захворювань, поява декількох функціональних розладів або хронічних захворювань).

У тестах на статичну координацію рухів (характеризує руброспінальний рівень організації руху), ручної вмілості (пірамідно-стріарний і кортикальний рівні), на ритміч-

ність рухів і в тесті Рея (кортикальний рівень) виявлено достовірно гірші результати при ЗПР і олігофренії, ніж у контролі.

При олігофренії встановлено порушення динамічної координації, недостатня швидкість і спритність (слабкий розвиток таламо-палідарного і пірамідно-стріарного рівнів просторової організації рухів). Ці діти також значно гірше виконували тест на рухову пам'ять і мимічний тест, що характеризує кортикальний рівень.

Цікавим є зіставлення результатів з даними Н. П. Вайзмана (1976). Цей автор, використовуючи ті ж методи в аналогічній віковій групі, на відміну від нас виявив значущі відмінності між олігофренами та інтелектуально збереженими дітьми лише за показником ручної вмілості. Інші розбіжності починали маніфестувати в старшому віці (з 12—13 років). Очевидно, характерний для сучасних умов більш ранній і різкий прояв відмінностей психомоторного статусу між дітьми з розумовим недорозвиненням і їх здоровими однолітками віддзеркалює патоморфоз інтелектуальної недостатності. Він пов'язаний, імовірно, з почастішанням перинатальних уражень центральної нервової системи і, відповідно, неврологічних порушень.

Аналіз особливостей порушень психомоторики залежно від характеру шкільної адаптації за тестом на статичну координацію рухів у всіх групах дітей не виявив суттєвих відмінностей. Результати мимічного тесту, тестів Рея, швидкості руху тіла і рук, ритмічності рухів, рухової пам'яті у дітей з несприятливим перебігом адаптації виявилися достовірно гіршими.

Отримані результати свідчать про необхідність раннього виявлення та корекції порушень психомоторики. Оскільки для психічного недорозвинення характерна недостатність кортикальної організації моторної функції, мала довільність рухів, найбільш ефективним є навчання за показом, без використання докладної словесної інструкції. Корекція недостатності руброспінального рівня може полягати у формуванні навичок утримання пози в спокої і в русі, які можна ускладнювати одночасними рухами рук. Для корекції пірамідно-стріарного рівня використовують естафети, ігри з м'ячем, метання в ціль, які розвивають силу, швидкість та точність рухів. При недостатності таламо-палідарного рівня корисні музикально-ритмічні, гімнастичні та акробатичні вправи, які спрямовано на розвиток гнучкості, укріплення м'язів тулуба. Головне в проведенні ритмічних вправ — швидке виконання неочікуваних завдань, а не вдосконалення та автоматизація рухів. Корекція коркового рівня здійснюється за допомогою ігор з запам'ятовуванням, зі зміною темпу, промовлянням тексту або співом.

УДК 616.839:616.45-001.1/3

Щеголь М. В.*, **Панченко О. А.****

**ГУ «Научно-практический медицинский
реабилитационно-диагностический центр
МЗ Украины» (г. Константиновка);*

***Национальная медицинская академия
последипломного образования им. П. Л. Шупика (г. Киев)*

Оценка функционального состояния вегетативной нервной системы у лиц с постстрессовыми расстройствами

В настоящее время стресс является неизбежным в повседневной жизни и может иметь пагубное воздействие на психическое и физическое состояние. Оценка состояния здоровья и определение уровня стресса помогают определить индивидуальную реакцию человека на стресс.