

УДК 616.895: 314.72-071

Т. В. Панько, Е. Е. Семікіна, І. А. Явдак
**ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ
 И СТРУКТУРЫ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ВНУТРЕННЕ ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ**

Т. В. Панько, О. Є. Семікіна, І. О. Явдак
**Особливості факторів психічної травматизації та структури клінічних проявів
 у внутрішньо переміщених осіб**

T. V. Panko, O. Ye. Semikina, I. O. Yavdak
Features of factors of mental trauma and structure clinical manifestations of internally displaced persons

В настоящее время установлено, что миграция и связанные с ней социально-экономические и социально-психологические проблемы крайне негативно сказываются на психическом здоровье людей.

Целью исследования явилось изучение состояния психического здоровья у внутренне перемещенных лиц (ВПЛ), обратившихся за медицинской помощью.

Методология исследования сочетала клинико-психопатологический и патопсихологический методы исследования психического здоровья.

В клинику института за медицинской помощью обратились 27 ВПЛ с различными диагнозами.

В результате исследования установлено, что клиническая картина характеризовалась полиморфизмом симптоматики, которая формировала определенные симптомокомплексы — тревожный, депрессивный, фобический, ипохондрический, астенический.

К формированию заболевания привели факторы психической травматизации, которые имели временную динамику. На начальных этапах пациенты констатировали у себя наличие физиологических, психоэмоциональных, социально-психологических, информационных факторов психической травматизации. На момент обследования у женщин достоверно чаще сохранялись социально-психологические факторы психической травматизации (59,25 %), у мужчин — психоэмоциональные (18,52 %).

Все вышеизложенное свидетельствует о необходимости своевременной диагностики эмоциональных нарушений у ВПЛ для оказания им адекватной медицинской помощи.

Ключевые слова: внутренне перемещенные лица, психические расстройства, факторы психической травматизации

На цей час встановлено, що міграція і пов'язані з нею соціально-економічні та соціально-психологічні проблеми вкрай негативно відбиваються на психічному здоров'ї людей.

Метою дослідження було вивчення стану психічного здоров'я у внутрішньо переміщених осіб (ВПО), які звернулися за медичною допомогою.

Методологія дослідження поєднувала клініко-психопатологічний та патопсихологічний методи дослідження психічного здоров'я.

В клініку інституту за медичною допомогою звернулися 27 ВПО з різними діагнозами.

В результаті дослідження встановлено, що клінічна картина характеризувалась поліморфізмом симптоматики, яка формувала певні симптомокомплекси — тривожний, депресивний, фобічний, іпохондричний, астеничний.

До формування захворювання привели фактори психічної травматизації, які мали часову динаміку. На початкових етапах пацієнти констатували у себе наявність фізіологічних, психо-емоційних, соціально-психологічних, інформаційних факторів психічної травматизації. На момент обстеження у жінок достовірно частіше зберігалися соціально-психологічні фактори психічної травматизації (59,25 %), у чоловіків — психоемоційні (18,52 %).

Все вищевикладене свідчить про необхідність своєчасної діагностики емоційних порушень у ВПО для надання їм адекватної медичної допомоги.

Ключові слова: внутрішньо переміщені особи, психічні розлади, фактори психічної травматизації

It has now been established that migration and associated socio-economic and socio-psychological problems have a very negative impact on mental health of peoples.

The purpose of the study was to study the mental health status of internally displaced persons (IDP) who applied for medical care.

The methodology of the study combined clinical-psychopathological and pathopsychological research methods of mental health.

27 IDP with various diagnoses turned to the institute clinic for medical assistance. As a result of the study, it was established that the clinical picture was characterized by a polymorphism of symptoms formation of symptomcomplexes — anxious, depressive, phobic, hypochondriacal, asthenic.

The causes of the disease were formation of the disease, the factors of mental trauma, which had temporary dynamics, resulted. At the initial stages, patients stated that they had physiological, psycho-emotional, socio-psychological, informational factors of mental trauma. At the time of the examination, the socio-psychological factors FPT (59.25 %) was significantly more likely in women, psycho-emotional factors (18.52 %) in men.

All of the foregoing testifies to the need for timely diagnosis of emotional disturbances in IDP to provide them with adequate medical care.

Keywords: internally displaced persons, mental disorders, factors of psychological trauma

В настоящее время установлено, что миграция и связанные с ней социально-экономические и социально-

психологические проблемы крайне негативно сказываются на психическом здоровье людей. Миграционный фактор тесно связан с психологической травмой вследствие войны и конфликтных ситуаций и является серьез-

ной проблемой общественного здравоохранения во всем мире [1]. Оказание медико-психосоциальной помощи этой категории граждан является одной из ключевых проблем общественного здравоохранения [2]. В ряде документов по международному праву изложены основные положения, права указанных лиц, заявлено о необходимости предоставления им материальной помощи, подчеркиваются психологические и медицинские аспекты проблемы [3—6].

В последние годы в докладах международных организаций особое внимание уделяется вопросам психического здоровья внутренне перемещенных лиц (ВПЛ) и оказания им своевременной медицинской помощи. В имеющейся литературе указывается, что внутреннее перемещение тесно связано с ухудшением психического здоровья среди ВПЛ, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода. Однако исследования по вопросам психического здоровья у данного контингента на сегодняшний день ограничены, в имеющейся литературе не освещены особенности клинических проявлений эмоциональных и психических расстройств у данных лиц, их динамика как в аспекте социализации, так и во временном аспекте [7, 8].

Имеющиеся работы посвящены преимущественно расстройствам эмоциональной сферы у эмигрантов. Вместе с тем, эмигранты и ВПЛ отличаются не только изменением места (страны) проживания, но часто — мотивацией переезда, экстремальностью событий, приводящих к переселению.

В имеющейся литературе указывается, что выявление проблем психического здоровья и проведение надлежащего лечения среди мигрантов и беженцев в структурах первичной медицинской помощи является сложной задачей из-за ряда факторов (специфика стресса, культуральные, языковые различия и т. д.). Также указывается, что особенности психического здоровья мигрантов и ВПЛ зависят от причин миграции и того, какие проблемы были пережиты ими до, во время и после переселения.

В Украине есть небольшое количество работ, посвященных внутренне перемещенным лицам, которые касаются в большей степени юридических, социальных аспектов, и значительно меньше работ посвящены вопросам их психического здоровья. Несвоевременная оценка психического здоровья ВПЛ способствует развитию психической патологии, ее затяжному течению, хронизации имеющихся расстройств, формированию расстройств личности, психосоматических заболеваний, инвалидизации. Все это ведет к значительным экономическим, социальным потерям и тяжелым бременем ложится на общество [9, 10].

Для оказания адекватной медико-психосоциальной помощи необходима максимально полная информация о состоянии здоровья контингента ВПЛ. В частности, по всей Украине в период с марта по май 2016 г. был проведен опрос 2203 ВПЛ в возрасте от 18 лет и старше. В результате исследования было установлено наличие симптомов посттравматического расстройства (ПТСР) у 32 % от всех опрошенных (у 22 % мужчин и 36 % женщин), симптомов депрессии — у 22 % (у 16 % мужчин и 25 % женщин), а симптомов тревожности — у 17 % (у 13 % мужчин и 20 % женщин). Также наблюдался высокий уровень коморбидности между ПТСР, тревожными и депрессивными расстройствами. Было установлено, что психические расстройства приводят к негативному влиянию на внутрисемейные отношения обследован-

ных, снижению работоспособности и способности к выполнению элементарных действий. В ходе исследования было выявлено, что наличие психических расстройств в значительной степени обусловлено такими основными факторами, как принадлежность к женскому полу и более старшим возрастным группам, кумулятивный характер пережитых травмирующих событий, сравнительно короткий срок, прошедший с момента перемещения, а также низкий уровень семейного достатка. Также наблюдался значительный терапевтический пробел — 74 % обследованных, нуждавшихся в психологической помощи, за 12 месяцев, предшествовавших опросу, не получили ее [11].

Учитывая вышеизложенное, целью данного исследования явилось изучение состояния психического здоровья у внутренне перемещенных лиц, обратившихся за медицинской помощью.

Методология исследования сочетала клинико-психопатологический и патопсихологический методы исследования психического здоровья для выявления нарушений психического состояния и различных форм психической патологии и причин их формирования у ВПЛ.

В клинику института за медицинской помощью обратились 27 внутренне перемещенных лиц с различными диагнозами. 14 пациентов были направлены с диагнозом дисциркуляторная энцефалопатия II стадии сосудистого генеза с астено-депрессивным синдромом, 2 пациента с диагнозом вегетососудистая дистония, 5 — с диагнозом депрессивный синдром, 1 — с диагнозом циклотимия, 2 — с посттравматическим стрессовым расстройством, 3 — с пролонгированной депрессивной реакцией. Из 27 обратившихся за помощью ранее к психиатру обращались 11 пациентов, 16 пациентов никогда ранее к психиатру не обращались.

Демографическая характеристика обследованных внутренне перемещенных лиц представлена в таблице 1.

Таблица 1. Демографические характеристики обследованных

Показатель, который оценивался	Контингент обследованных	
	абсолютное число (n = 27)	% ± m %
Пол:		
— мужчины	8	29,63 ± 9,56
— женщины	19	70,37 ± 14,73
Возраст, лет		
— от 18 до 29	4	14,81 ± 5,26
— от 30 до 39	6	22,22 ± 7,54
— от 40 до 49	14	51,85 ± 13,84
— старше 50	3	11,11 ± 4,03
Образование:		
— среднее	—	—
— среднее специальное	10	37,04 ± 11,30
— неоконченное высшее	1	3,70 ± 1,40
— высшее	16	59,26 ± 14,55
Место проживания прежде:		
— город	16	59,26 ± 14,55
— сельская местность	11	40,74 ± 12,06
Место проживания настоящее:		
— город	23	85,19 ± 12,61
— сельская местность	4	14,81 ± 5,26

Продолжение табл. 1

Показатель, который оценивался	Контингент обследованных	
	абсолютное число (n = 27)	% ± m %
Социальная активность ранее:		
— работающие	20	74,07 ± 14,51
— не работающие	3	11,11 ± 4,03
— пенсионеры по возрасту	—	—
— пенсионеры по инвалидности	3	11,11 ± 4,03
— отпуск по уходу за ребенком	1	3,70 ± 1,40
Социальная активность текущая:		
— работающие	8	29,63 ± 9,56
— не работающие	14	51,85 ± 13,84
— пенсионеры по возрасту	1	3,70 ± 1,40
— пенсионеры по инвалидности	3	11,11 ± 4,03
— отпуск по уходу за ребенком	1	3,70 ± 1,40
Семейное положение:		
— семейные	16	59,26 ± 14,55
— одинокие	6	22,22 ± 7,54
— в разводе	3	11,11 ± 4,03
— вдовы	2	7,41 ± 2,74
Уровень благосостояния до переезда:		
высокий	7	25,93 ± 8,58
средний	19	70,37 ± 14,73
низкий	1	3,70 ± 1,40
Уровень благосостояния текущий:		
высокий	1	3,70 ± 1,40
средний	4	14,81 ± 5,26
низкий	22	81,48 ± 13,49

Как свидетельствуют полученные данные, среди обследованных, обратившихся за помощью в клинику ГУ ИНПН НАМН Украины, преобладали женщины — 70,37 %; мужчин было 29,63 %. Оценка возрастного аспекта свидетельствует о преобладании лиц в возрасте от 40 до 49 лет — 51,85 %; пациентов в возрасте от 30 до 39 лет было 22,22 %; в возрасте от 18 до 29 лет — 14,82 %; старше 50 лет — 11,11 %.

Анализируя уровень образования обследованных, мы установили, что большинство из них имели высшее образование — 59,25 % пациентов, среднее специальное образование было у 37,03 %, неоконченное высшее — у 3,70 %.

Проведенная оценка места проживания до и после переселения показала определенные отличия. Так, до и после переселения большинство пациентов проживали в городе — 59,25 % и 85,18 %, в сельской местности проживали соответственно 40,75 % и 14,82 %. То есть после переселения достоверно увеличилось число проживающих в городе.

Оценка социальной занятости показывает, что в группе обследованных до переселения преобладали лица, имевшие работу — 74,07 %, не работающие составляли 11,11 %, пенсионеры по инвалидности — 11,11 %, отпуск по уходу за ребенком был у 3,70 % лиц. После переселения процент работающих достоверно снизился и составил 29,63 %, достоверно увеличилось количество не работающих — 51,85 %, пенсионеры по инвалидности составляли 11,11 %, отпуск по уходу за ребенком был у 3,70 % и пенсионеры по возрасту — 3,70 %.

Оценка семейного статуса обследованных не изменилась с момента переезда и показала, что среди них преобладали семейные лица — 59,25 %, одинокие лица

составляли 22,22 %, в разводе было 11,11 %, вдовы — 7,40 %.

Оценка уровня благосостояния до переезда свидетельствует о том, что уровень своего благосостояния обследованные в большинстве случаев оценивали как средний — 70,37 %, 25,93 % оценивали как высокий и лишь 3,70 % — как низкий. После переселения картина достоверно изменилась в сторону снижения уровня благосостояния — так, 81,48 % обследованных оценивают уровень благосостояния как низкий, 14,82 % — как средний и лишь 3,70 % — как высокий.

Средний срок, прошедший с момента перемещения, составил 42 месяца.

У всех обследованных больных была проведена оценка факторов психической травматизации, которая показала наличие физиологических, психоэмоциональных, социально-психологических и информационно-психологических факторов. К физиологическим факторам, которые отмечались преимущественно во время нахождения в зоне военных действий, пациенты относили звуки стрельбы, взрывов, свист пуль и осколков снарядов, звуки рушащихся домов, постоянное напряжение с готовностью бежать в укрытие, недостаточный сон, отсутствие полноценного режима еды и питья, отсутствие привычных условий жизни (перебои со светом, подачей газа, воды). Психоэмоциональные факторы характеризовались ощущением реальной угрозы для своей жизни и жизни близких, страх получить ранение или травму, страх и тревога перед каждым часом жизни в зоне военных действий, гибель окружающих (военных и гражданских лиц). Структура социально-психологических факторов характеризовалась непониманием происходящего, непониманием причин боевых действий, отсутствием контактов с родственниками, которые проживали в других районах боевых действий, потерей социального статуса — работы, жилища, растерянность и невозможность изменить происходящее. В качестве информационных факторов пациенты отмечали отсутствие информации, ее противоречивость.

Динамика факторов психической травматизации у ВПЛ представлена в таблице 2.

Оценка факторов психической травматизации отражает определенную их динамику. Так, все обследованные, независимо от пола, возраста, социального статуса, ретроспективно констатировали у себя наличие физиологических, психоэмоциональных, социально-психологических, информационных факторов психической травматизации, что пациенты связывали со сверхсильной стрессовой ситуацией, к которой никто из них не был готов.

Через 12 месяцев у женщин достоверно чаще регистрировались психоэмоциональные (51,85 %), информационные (55,55) и социально-психологические (62,96) факторы психической травматизации (ФПТ); у мужчин преобладали информационные ФПТ (25,93 %).

Через 24 месяца у женщин достоверно чаще отмечались психоэмоциональные (55,55 %) и социально-психологические (51,85 %) ФПТ, у мужчин — психоэмоциональные (22,22 %).

На момент обследования у женщин достоверно чаще отмечались социально-психологические ФПТ (59,25 %). Характеристика жалоб, которые предъявляли пациенты, представлена в таблице 3.

Как свидетельствуют полученные результаты, жалобы характеризуются сочетанием эмоциональных, вегетативно-соматических и когнитивных симптомов.

Таблиця 2. Факторы психической травматизации у внутренне перемещенных лиц (%)

Факторы психической травматизации	Во время нахождения в зоне АТО		Через 12 месяцев		Через 24 месяца		На момент обследования	
	мужчины (n = 8)	женщины (n = 19)	мужчины (n = 8)	женщины (n = 19)	мужчины (n = 8)	женщины (n = 19)	мужчины (n = 8)	женщины (n = 19)
Физиологические	29,63	70,37	11,11	44,44	7,41	29,63	14,82	18,52
Психоэмоциональные	29,63	70,37	22,22	51,85	22,22	55,55	18,52	14,82
Социально-психологические	29,63	70,37	18,52	62,96	18,52	51,85	11,11	59,25
Информационные	29,63	70,37	25,93	55,55	7,41	14,81	11,11	14,81

Таблиця 3. Характеристика жалоб, которые предъявляли пациенты

Показатель, который оценивается	Мужчины (n = 8)	Женщины (n = 19)
Нарушения эмоционального спектра		
Снижение настроения	37,50 ± 42,35	73,68 ± 21,00
Сужение круга интересов	25,00 ± 30,93	31,58 ± 14,51
Общее чувство тревоги	37,50 ± 42,35	57,89 ± 20,87
Ситуативная тревога	25,00 ± 30,93	47,37 ± 19,09
Волнение	25,00 ± 30,93	78,95 ± 20,12
Чувство внутреннего беспокойства	37,00 ± 41,95	68,42 ± 21,36
Напряжение	50,00 ± 50,51	57,89 ± 20,87
Постоянные тревожные мысли в отношении какой-либо ситуации	12,50 ± 16,70	78,95 ± 20,12
Тревожные ожидания и опасения	25,00 ± 30,93	68,42 ± 21,36
Навязчивые тревожные воспоминания прошлых событий	25,00 ± 30,93	57,89 ± 20,87
Пессимистические мысли	50,00 ± 50,51	73,68 ± 21,00
Страх за состояние своего здоровья	12,50 ± 16,70	31,58 ± 14,51
Страх перед будущим	50,00 ± 50,51	57,89 ± 20,87
Немотивированный страх	—	21,05 ± 10,39
Страх, что ситуация с военными действиями повторится	50,00 ± 50,51	52,63 ± 20,12
Вегетативно-соматические нарушения		
Перманентные симпатико-тонические состояния	12,50 ± 16,70	47,37 ± 19,09
Проявления вегетативного дисбаланса	50,00 ± 50,51	42,11 ± 17,80
Пароксизмальные вегетососудистые нарушения	12,50 ± 16,70	57,89 ± 20,87
Смешанные вегетососудистые нарушения	12,50 ± 16,70	36,84 ± 16,27
Головные боли	—	42,11 ± 17,80
Болевые ощущения в области сердца	12,50 ± 16,70	57,89 ± 20,87
Нарушения аппетита	12,50 ± 16,70	31,58 ± 14,51
Снижение массы тела	—	15,79 ± 8,05
Прибавка массы тела	—	10,52 ± 5,53
Нарушение ночного сна	62,50 ± 54,68	73,68 ± 21,00
Сновидения, сопровождающиеся картинками пережитых событий	37,50 ± 42,35	68,42 ± 21,36
Усталость	50,00 ± 50,51	73,68 ± 21,00
Когнитивные нарушения		
Нарушения памяти	12,50 ± 16,70	36,84 ± 16,27
Нарушения концентрации внимания	50,00 ± 50,51	57,89 ± 20,87
Идеи малоценности	—	36,84 ± 16,27
Склонность к переоценке тяжести своего состояния	—	31,58 ± 14,51
Склонность к негативной оценке пережитых событий	100,00	100,00
Чувство бесперспективности будущего	12,50 ± 16,70	57,89 ± 20,87
Суицидальные мысли или высказывания	—	21,05 ± 10,39

Эмоциональные проявления характеризуются наличием сниженного настроения, сужением круга интересов, наличием общего чувства тревоги, ситуативной тревоги, волнения, чувства внутреннего беспокойства, напряжения, постоянных тревожных мыслей в отношении какой-либо ситуации, тревожных ожиданий и опасений, навязчивых тревожных воспоминаний прошлых событий, пессимистических мыслей, страха за состояние своего здоровья, страха перед будущим, немотивированного страха, страха, что ситуация с военными действиями повторится. Жалобы соматовегетативного спектра проявлялись в виде перманентных симпатико-тонических состояний, проявлений вегетативного дисбаланса, пароксизмальных вегетососудистых нарушений, смешанных вегетососудистых нарушений, головных болей, болевых ощущений в области сердца, нарушения аппетита, снижения или увеличения массы тела, нарушений ночного сна, усталости.

Спектр когнитивных нарушений характеризовался нарушениями памяти, концентрации внимания, идеями малоценности, склонностью к переоценке тяжести своего состояния, склонностью к негативной оценке пережитых событий, чувством бесперспективности будущего, суицидальными мыслями или высказываниями.

Структуру жалоб можно объединить в определенные симптомокомплексы — тревожный, депрессивный, фобический, ипохондрический, астенический.

Так, тревожный симптомокомплекс характеризовался наличием общего чувства тревоги, ситуативной тревоги, волнения, чувства внутреннего беспокойства, напряжения, постоянных тревожных мыслей в отношении какой-либо ситуации, тревожных ожиданий и опасений, навязчивых тревожных воспоминаний прошлых событий, пессимистических мыслей, нарушениями ночного сна, сновидениями, сопровождающимися картинами пережитых событий, усталостью.

Структура депрессивного симптомокомплекса характеризовалась наличием сниженного фона настроения, сужением круга интересов, ситуативной тревогой, чувством внутреннего беспокойства, напряжения, постоянными тревожными мыслями в отношении какой-либо ситуации, пессимистическими мыслями, страхом перед будущим, страхом, что ситуация с военными действиями повторится, наличием болевых ощущений в области сердца, нарушением аппетита, колебаниями массы тела, нарушением ночного сна, усталостью, нарушениями памяти, концентрации внимания, идеями малоценности, склонностью к негативной оценке пережитых событий, чувством бесперспективности будущего, суицидальными мыслями или высказываниями.

Фобический симптомокомплекс включал общее чувство тревоги, чувство внутреннего беспокойства и напряжения, навязчивые тревожные воспоминания прошлых событий, страх перед будущим; немотивированный страх; страх, что ситуация с военными действиями повторится, перманентные симпатико-тонические состояния, головные боли, болевые ощущения в области сердца, нарушения ночного сна, сновидения, сопровождающиеся картинами пережитых событий, нарушения концентрации внимания, склонность к негативной оценке пережитых событий, чувство бесперспективности будущего.

При ипохондрическом симптомокомплексе отмечались сниженное настроение, ситуативная тревога, волнение, страх за состояние своего здоровья, страх перед будущим, перманентные симпатико-тонические состояния, проявления вегетативного дисбаланса, пароксизмальные вегетососудистые нарушения, болевые ощущения в области сердца, нарушение аппетита, нару-

шение ночного сна, нарушения концентрации внимания, склонность к переоценке тяжести своего состояния, чувство бесперспективности будущего.

В структуре астенического состояния имели место снижение настроения, чувство внутреннего беспокойства, напряжение, постоянные тревожные мысли в отношении какой-либо ситуации, пессимистические мысли, страх перед будущим, смешанные вегетососудистые нарушения, головные боли, болевые ощущения в области сердца, нарушения ночного сна, усталость, нарушения памяти, нарушения концентрации внимания, идеи малоценности.

Детальная оценка состояния больного с уточненной клинической картиной позволила пересмотреть диагноза, с которыми пациенты были направлены из поликлиник по месту жительства. Так, было установлено, что из 27 пациентов у 3 было диагностировано посттравматическое стрессовое расстройство. Еще у 5 больных был поставлен диагноз пролонгированная депрессивная реакция. У 2 больных была диагностирована соматоформная вегетативная дисфункция сердечно-сосудистой системы и у 1 больного — соматоформная вегетативная дисфункция желудочно-кишечного тракта. Диагноз циклотимия был поставлен у 1 пациента. У 3 больных диагностировано тревожное расстройство органического генеза, а у 2 — депрессивное расстройство органического генеза. Лишь у 10 больных был поставлен неврологический диагноз — дисциркуляторная энцефалопатия.

Таким образом, результаты обследования свидетельствуют о том, что в структуре психических нарушений у ВПЛ преобладают эмоциональные нарушения, которые не были своевременно диагностированы.

В результате исследования установлено, что клиническая картина характеризовалась полиморфизмом симптоматики, которая формировала определенные симптомокомплексы — тревожный, депрессивный, фобический, ипохондрический, астенический

К формированию заболевания привели факторы психической травматизации, которые имели временную динамику. На начальных этапах пациенты констатировали у себя наличие физиологических, психоэмоциональных, социально-психологических, информационных факторов психической травматизации. На момент обследования у женщин достоверно чаще сохранялись социально-психологические ФПТ (59,25 %), у мужчин — психоэмоциональные (18,52 %).

Все вышеизложенное свидетельствует о необходимости своевременной диагностики эмоциональных нарушений у внутренне перемещенных лиц для оказания им адекватной медицинской помощи.

Список литературы

1. Working for health and growth: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. WHO. 2016. URL : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf;jsessionid=254F4ADD729F54446E4595C72F2C89B6?sequence=1>
2. Розлади психічного здоров'я у внутрішньо переміщених осіб / Марута Н. О., Каленська Г. Ю., Явдак І. О., Малюта Л. В. // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, вип. 2 (95). С. 68—71.
3. Психиатрия войн и катастроф : учебное пособие / В. К. Смирнов, В. К. Шамрей, В. В. Нечипоренко [и др.]. СПб.: СпецЛит, 2015. 431 с.
4. International Organization for Migration. Migration in the world. Имеется на веб-сайте: <https://www.iom.sk/en/migration/migration-in-the-world.html> (по состоянию на 28 ноября 2016 г.).
5. Нью-Йоркская декларация о беженцах и мигрантах, принятая Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций в резолюции 71/1 от 19.09.2016. URL : http://search.igazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MU16045.html.

6. Содействие укреплению здоровья мигрантов / Всемирная организация здравоохранения. Сто сороковая сессия EB140/24 12 декабря 2016 г. 11 с. URL : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_24-ru.pdf.

7. Міністерство соціальної політики України офіційний веб-портал : <https://www.msp.gov.ua/news/15672.html>. Дата звернення: 30 липня 2018.

8. OECD International Migration Outlook 2015. OECD Publishing, Paris. 2016. URL : <https://www.oecd.org/els/mig/IMO-2016-chap4.pdf>.

9. Вербицький Є. Ю., Євтушенко Ю. О. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості реактивної депресії в структурі неспихотичних психічних стрес-асоційованих розладів у вимушених переселенців із зони антитерористичної операції в Луганській області // Архів психіатрії. 2016. Т. 22, № 2 (85). С. 16—19. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_2_5.

10. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : методичні рекомендації / Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Л. Ф. [та ін.]. Харків, 2014. 67 с.

11. Скрытые последствия конфликта. Проблемы психического здоровья внутренне перемещенных лиц и доступность психологической помощи в Украине / Байард Робертс, Нино Махашвили, Джана Джавахишвили ; International Alert/GIP-Tbilisi/ Лондонская школа гигиены и тропической медицины. 2017. 32 с. URL : https://www.international-alert.org/sites/default/files/Ukraine_hiddenBurdensConflictIDPs_RU_2017.pdf.

Надійшла до редакції 27.05.2018 р.

ПАНЬКО Тамара Васильевна, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела пограничной психиатрии Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины» (ГУ «ИНПН НАМН Украины»), г. Харьков, Украина; e-mail: tamarapanko@ukr.net

СЕМИКИНА Елена Евгеньевна, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела пограничной психиатрии ГУ «ИНПН НАМН Украины», г. Харьков, Украина

ЯВДАК Ирина Александровна, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела пограничной психиатрии ГУ «ИНПН НАМН Украины», г. Харьков, Украина; e-mail: iyavdak@ukr.net

PANKO Tamara, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry of the 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: tamarapanko@ukr.net

SEMIKINA Olena, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

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