

УДК 616.89:314.72-06»364»

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

## СТРУКТУРА ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

*Н. А. Марута, Т. В. Панько, Г. Ю. Каленская*

### Структура психопатологических проявлений у внутренне перемещенных лиц

*N. O. Maruta, T. V. Panko, G. Yu. Kalenska*

### The structure of psychopathological manifestations in internally displaced persons

З метою вивчення спектра психопатології у внутрішньо переміщених осіб (ВПО), які звернулися за допомогою, були обстежені 68 ВПО з трьома категоріями захворювань: органічні психічні розлади (F06.3, F06.4); афективні розлади (F32.1, F33.1, F34.0); невротичні розлади (F40 — F48).

Встановлено, що серед обстежених ВПО переважають особи молодого, працездатного віку (від 40 до 49 років — 41,18 %, від 30 до 39 років — 23,52 % та від 18 до 29 — 20,59 %); з наявністю у них чималих нерозв'язаних проблем сфері працевлаштування (52,94 % обстежених не працювали). Клінічна картина захворювання, незалежно від розладу, характеризувалася поліморфізмом симптоматики та включала порушення емоційного спектра, вегетативно-соматичні та когнітивні порушення. В структурі психопатологічних проявів при всіх психічних розладах спостерігались окремі симптоми посттравматичного стресового розладу у вигляді нав'язливих тривожних спогадів минулих подій, страху, що ситуація з військовими діями повториться, сновидіннями, що супроводжуються картинками пережитих подій. Особистісні особливості проявлялися у вигляді пасивності, інертності, емоційної лабільності, зниження задоволеності життям та неадекватності самооцінки. Все вище встановлене треба брати до уваги під час постановлення діагнозу, виявлення специфічних мішеней при розробленні терапевтичних та реабілітаційних заходів.

**Ключові слова:** внутрішньо переміщені особи, психічні розлади, особистісні особливості, діагностика та лікування

С целью изучения спектра психопатологии у внутренне перемещенных лиц (ВПЛ), которые обратились за помощью, были обследованы 68 ВПЛ с тремя категориями заболеваний: органические психические расстройства (F06.3, F06.4); аффективные расстройства (F32.1, F33.1, F34.0); невротические расстройства (F40—48).

Установлено, что среди обследованных ВПЛ преобладают лица молодого трудоспособного возраста (от 40 до 49 лет — 41,18 %, от 30 до 39 лет — 23,52 % и от 18 до 29 — 20,59 %); с наличием у них значительных нерешенных проблем в сфере трудоустройства (52,94 % обследованных не работали). Клиническая картина заболевания, независимо от расстройства, характеризовалась полиморфизмом симптоматики и включала нарушения эмоционального спектра, вегетативно-соматические и когнитивные нарушения. В структуре психопатологических проявлений при всех психических расстройствах наблюдались отдельные симптомы посттравматического расстройства в виде навязчивых тревожных воспоминаний прошедших событий, страха, что ситуация с военными действиями повторится, сновидениями, сопровождающимися картинками пережитых событий. Личностные особенности проявлялись в виде пассивности, инертности, эмоциональной лабильности, снижения удовлетворенности жизнью и неадекватности самооценки. Все вышеустановленное следует учитывать при постановке диагноза, выявлении специфических мишеней при разработке терапевтических и реабилитационных мероприятий.

**Ключевые слова:** внутренне перемещенные лица, психические расстройства, личностные особенности, диагностика и лечение

In order to study the spectrum of psychopathology in internally displaced persons (IDPs) who asked for help, 68 IDPs with three categories of diseases were examined: organic mental disorders (F06.3, F06.4); affective disorders (F32.1, F33.1, F34.0); neurotic disorders (F40—48).

It was established that among the surveyed IDPs, young people of working age prevail (from 40 to 49 years old — 41.18 %, from 30 to 39 years old — 23.52 % and from 18 to 29 — 20.59 %); with the presence of significant unsolved problems in the sphere of employment (52.94 % of the surveyed did not work). The clinical picture of the disease, regardless of the disorder, was characterized by polymorphism of symptoms and included a violation of the emotional spectrum, vegetative-somatic and cognitive impairment. In the structure of psychopathological manifestations in all mental disorders, there were isolated symptoms of post-traumatic disorder in the form of obsessive anxious memories of past events, fear that the situation with military actions would repeat, with dreams, accompanied by pictures of experienced events. Personal characteristics were manifested in passivity, inertia, emotional lability, reduced life satisfaction and inadequate self-esteem. All of the above should be considered when making a diagnosis, identifying specific targets in the development of therapeutic and rehabilitation measures.

**Keywords:** internally displaced persons, mental disorders, personality traits, diagnosis and treatment

Стан психічного здоров'я населення є важливою проблемою для всіх країн світу, що зумовлено збільшенням поширеності психічних та поведінкових порушень. За даними колегії нейропсихофармакології (ECNP), кожна третя людина в Європі має ті чи ті порушення психічного здоров'я, а в світі на психічні розлади страждають понад 450 мільйонів осіб. За прогнозами Всесвітньої організації

охорони здоров'я, до 2020 року такі порушення мають всі шанси зайняти п'яте місце серед причин втрати працездатності, стаючи суттєвим тягарем для суспільства та економіки [21, 22]. Ситуація в Україні має аналогічну тенденцію: за даними офіційної статистики, 15 % населення потребує психіатричної допомоги, а протягом життя — кожен третій житель України.

Проблема психічних розладів в сучасних умовах на Україні посилюється наявністю такого важливого

процесу як вимушене переселення, що набуває великого значення у соціальному, економічному, політичному стані нашої країни та впливає на показники здоров'я населення загалом та психічного здоров'я зокрема. Процеси вимушеного переселення вкрай негативно відбиваються на фізичному та психологічному стані людей, їх соціальній та трудовій активності, здатності до адаптації та на якості життя. Ці люди, як зазначено в офіційних документах, належать до особливої категорії населення — внутрішньо переміщені особи (ВПО) [Закон України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб». Редакція від 21.02.2016]. У вітчизняній науковій літературі та засобах масової інформації їх також називають «внутрішніми мігрантами» або «вимушеними переселенцями». Це відповідає міжнародному поняттю «переміщена особа» [10].

Внутрішньо переміщені особи — особи, змушені раптово тікати зі своїх місць проживання в результаті збройного конфлікту, внутрішньої ворожнечі, систематичних порушень прав людини або стихійних лих, і переселяються на територію власної країни [11, 12].

Особи, що стали жертвами локальних збройних конфліктів, зазнали психологічної травматизації, у зв'язку з чим мають специфічні клініко-психологічні характеристики переживання кризових станів. В ситуації загрози життю та здоров'ю і виникає ризик формування психологічного стану максимальної дезінтеграції (на внутрішньопсихічному рівні) і дезадаптації (на соціально-психологічному рівні) особистості, що виражається у втраті основних життєвих орієнтирів (цінностей, базової мотивації, поведінкових паттернів, Я-концепції) [6—10].

Сильне психологічне потрясіння може статися під впливом нових умов, коли сенсорні, вербальні і невербальні системи, що постійно забезпечували нормальне життя на батьківщині, відмовляються адекватно функціонувати. Кризовий стан виникає як результат різких змін в звичному перебігу життя суб'єкта і призводить до девіантної поведінки, нервово-психічних і соматосоматичних розладів, соціально-психологічної дезадаптації.

Відомо, що люди, які постраждали від конфліктів, легко піддаються впливу психотравматичних подій та пов'язаних з військовими діями соціально-економіч-

них стресових факторів, що підвищують ризик розвитку у них психічних розладів [13—15].

Саме тому в сучасних умовах проблема медичної допомоги та реабілітації ВПО із психічними розладами є актуальною. З метою поліпшення адекватної допомоги треба провести ретельний аналіз різних варіантів психічних порушень.

Виходячи з вище викладеного, метою проведеного дослідження було визначення особливостей психопатологічної специфіки клінічних проявів при різних психічних розладах для поліпшення їх діагностики у внутрішньо переміщених осіб.

Для реалізації поставленої мети використовували клініко-психопатологічний метод, доповнений методикою визначення домінуючого стану (Куликов Л. В., 2003), що спрямована на визначення характеристик настрою та деяких інших характеристик особистісного рівня психічних станів за допомогою суб'єктивних оцінок обстежуваного, математико-статистичний метод.

В процесі виконання дослідження обстежено 68 ВПО. Під час обстеження хворим було встановлено діагнози, що належать до трьох категорій:

— психічні розлади, спричинені ураженням чи дисфункцією головного мозку або внаслідок соматичної хвороби (F06): Органічний афективний (депресивний) розлад (F06.3) — 23,53 % та Органічний тривожний розлад (F06.4) — 17,65 %;

— розлади настрою (афективні розлади) (F30—F39): Помірний депресивний епізод (F32.1) — 20,58 %; Рекурентний депресивний розлад (F33.1) — 8,82 % та Циклотимія (F34.0) — 2,94 %;

— невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40—F48): Посттравматичний стресовий розлад (F43.2) — 5,88 %; Пролонгована депресивна реакція (F43.2) — 5,88 %; Соматоформна вегетативна дисфункція серцево-судинної системи (F45.3) — 14,70 %.

За гендерним розподілом обстежених (табл. 1) серед хворих на органічний афективний (депресивний) розлад (F06.3) переважали жінки — 30,00 %, чоловіків було 14,29 %; серед хворих на органічний тривожний розлад (F06.4) чоловіків та жінок було порівну в абсолютних значеннях, в процентному вираженні чоловіків було 21,43 %, жінок — 15,00 %.

Таблиця 1. Структура психічних розладів у ВПО залежно від статі

Діагноз під час обстеження	Чоловіки (n = 28)		Жінки (n = 40)	
	n	% ± m%	n	% ± m%
Органічний афективний (депресивний) розлад	4	14,29 ± 4,90	12	30,00 ± 6,44
Органічний тривожний розлад	6	21,43 ± 7,03	6	15,00 ± 3,55
Помірний депресивний епізод	4	14,29 ± 4,90	10	25,00 ± 5,55
Рекурентний депресивний розлад	4	14,29 ± 4,90	2	5,00 ± 1,25
Циклотимія	0	—	2	5,00 ± 1,25
Посттравматичний стресовий розлад	2	7,14 ± 2,55	2	5,00 ± 1,25
Пролонгована депресивна реакція	2	7,14 ± 2,55	2	5,00 ± 1,25
Соматоформна вегетативна дисфункція серцево-судинної системи	6	21,43 ± 7,03	4	10,00 ± 2,43

Серед хворих на помірний депресивний епізод (F32.1) переважали жінки — 25,00 %, чоловіків було 14,29 %; рекурентний депресивний розлад (F33.1) спостерігався у 14,29 % чоловіків та у 5,00 % жінок; циклотимія (F34.0) була визначена у 5,00 % жінок, у чоловіків цей діагноз встановлено не було.

Посттравматичний стресовий розлад (F43.2) спостерігався у 7,14 % чоловіків та у 5,00 % жінок; пролонгована депресивна реакція (F43.2) зареєстрована у 7,14 % чоловіків та у 5,00 % жінок; соматоформна вегетативна дисфункція серцево-судинної системи (F45.3) — у 21,43 % чоловіків та у 10,00 % жінок.

Демографічну характеристику обстежених внутрішньо переміщених осіб наведено в таблиці 2.

Таблиця 2. Демографічна характеристика обстежених

Показник, що оцінювався	Кількість обстежених	
	абсолютна (n = 68)	відносна (% ± m %)
<b>Стать</b>		
— чоловіки	28	41,18 ± 4,71
— жінки	40	58,82 ± 5,63
<b>Вік, роки</b>		
— від 18 до 29	14	20,59 ± 2,74
— від 30 до 39	16	23,53 ± 3,07
— від 40 до 49	28	41,18 ± 4,71
— старше ніж 50	10	14,71 ± 2,03
<b>Освіта</b>		
— середня	6	8,82 ± 1,26
— середня спеціальна	20	29,41 ± 3,69
— незакінчена вища	4	5,88 ± 0,85
— вища	38	55,88 ± 5,54
<b>Місце проживання до переселення</b>		
— місто	32	47,06 ± 5,11
— сільська місцевість	36	52,94 ± 5,42
<b>Місце проживання після переселення</b>		
— місто	46	67,65 ± 5,74
— сільська місцевість	22	32,35 ± 3,97
<b>Соціальна активність до переселення</b>		
— працювали	40	58,82 ± 5,63
— не працювали	16	23,53 ± 3,07
— пенсіонери за віком	4	5,88 ± 0,85
— пенсіонери по інвалідності	6	8,82 ± 1,26
— відпустка для догляду за дитиною	2	2,94 ± 0,43
<b>Соціальна активність після переселення</b>		
— працюють	20	29,41 ± 3,69
— не працюють	36	52,94 ± 5,42
— пенсіонери за віком	4	5,88 ± 0,85
— пенсіонери по інвалідності	6	8,82 ± 1,26
— відпустка для догляду за дитиною	2	2,94 ± 0,43
<b>Сімейний стан</b>		
— сімейні	36	52,94 ± 5,42
— одинокі	16	23,53 ± 3,07
— розлучені	12	17,65 ± 2,39
— вдівці	4	5,88 ± 0,85
<b>Рівень добробуту до переїзду</b>		
— високий	18	26,47 ± 3,39
— середній	46	67,65 ± 5,74
— низький	4	5,88 ± 0,85
<b>Рівень добробуту після переїзду</b>		
— високий	4	5,88 ± 0,85
— середній	14	20,59 ± 2,74
— низький	50	73,53 ± 5,65

Як свідчать отримані дані, серед обстежених, переважали жінки — 58,82 %; чоловіків було 41,18 %. Оцінка вікового аспекту свідчить про переважання осіб віком від 40 до 49 років — 41,18 %; пацієнтів віком від 30 до 39 років було 23,53 %; віком від 18 до 29 років — 20,59 %; старших за 50 років — 14,71 %.

Аналізуючи рівень освіти обстежених, ми встановили, що більша частина з них мали вищу освіту — 55,88 % пацієнтів, середню спеціальну освіту — 29,41 %; середню — 8,82 %; незакінчену вищу — 5,88 % обстежених.

Проведене оцінення місця проживання до і після переселення показало певні відмінності. Зокрема, до переселення 52,94 % пацієнтів проживали в сільській місцевості, в місті проживали 47,06 % обстежених. Після переселення ситуація вірогідно змінилася — в місті проживає більша кількість обстежених — 67,65 %, в сільській місцевості проживає 32,35 % ( $p < 0,05$ ). Тобто, після переселення вірогідно збільшилася кількість обстежених, що проживають в місті.

Оцінювання соціальної зайнятості показало, що в групі обстежених до переселення переважали особи, що мали роботу — 58,82 %; особи, що не працювали, становили 23,53 %; пенсіонери по інвалідності становили 8,82 %; пенсіонери за віком — 5,88 %; у відпустці для догляду за дитиною було 2,94 %. Після переселення відсоток тих, хто працював, вірогідно знизився і склав 29,41 % ( $p < 0,05$ ); вірогідно збільшилася кількість осіб, що не працювали — 52,94 % ( $p < 0,05$ ).

Сімейний статус обстежених не змінився з моменту переїзду і свідчила, що серед них переважали сімейні особи — 52,94 %, самотні особи становили 23,53 %, розлучених було 17,65 %, вдів/вдівців — 5,88 %.

Оцінка рівня добробуту до переїзду свідчить про те, що рівень свого добробуту обстежених здебільшого оцінювали як середній — 67,65 %, 26,47 % оцінювали як високий і лише 5,88 % — як низький. Після переселення картина вірогідно змінилася в бік зниження рівня добробуту. Зокрема, 73,53 % обстежених оцінюють рівень добробуту як низький, 20,59 % — як середній і лише 5,88 % — як високий ( $p < 0,01$ ).

Середній термін, що минув з моменту переселення, склав 43 ± 2 місяці.

Усім обстеженим було проведено детальне оцінювання психопатологічних проявів.

У хворих на органічний депресивний розлад (F06.3) в клінічній картині переважали емоційні порушення у вигляді зниженого настрою (100,00 %); звуження кола зацікавленості (93,75 %), страх перед майбутнім (93,75 %); страх, що ситуація з військовими діями повториться (93,75 %); нав'язливі тривожні спогади пережитих подій (87,50 %); песимістичні думки (87,50 %); тривожні очікування та побоювання (56,25 %).

В структурі вегетативно-соматичних порушень у хворих цієї групи переважали сновидіння, що супроводжуються картинками пережитих подій (56,25 %); порушення нічного сну (43,75 %); прояви вегетативного дисбалансу (18,75 %).

Структура когнітивних порушень характеризувалась переважанням схильності до негативної оцінки пережитих подій (100,00 %); порушеннями концентрації уваги (43,75 %).

У хворих на органічний тривожний розлад (F06.4) в структурі емоційних порушень переважали відчуття загальної тривоги (100,00 %), нав'язливі тривожні спогади пережитих подій (91,67 %), тривожні очікування та побоювання (83,33 %), страх, що ситуація з військовими діями повториться (75,00 %), напруження (75,00 %), ситуативна тривога переважно за стан свого здоров'я (66,67 %), хвилювання (66,67 %).

Структура вегетативно-соматичних порушень характеризувалась проявами вегетативного дисбалансу (75,00 %), головним болем (75,00 %); сновидіннями, що супроводжуються картинками пережитих подій (75,00 %); більшовими відчуттями в ділянці серця (66,67 %).

В структурі когнітивних порушень переважали порушення концентрації уваги (58,33 %), схильність до переоцінювання важкості свого стану (58,33 %).

У хворих на ендогенні депресивні розлади в структурі емоційних порушень переважали знижений настрій (у 100,00 %); звуження кола зацікавленості (у 85,71 % хворих на помірний депресивний епізод та у 66,67 % хворих на рекурентний депресивний розлад); нав'язливі тривожні спогади пережитих подій (у 85,71 % хворих на помірний депресивний епізод, у 83,33 % хворих на рекурентний депресивний розлад та у 100,00 % хворих на дистимію); страх, що ситуація з військовими діями повториться (у 78,57 % хворих на помірний депресивний епізод, у 83,33 % хворих на рекурентний депресивний розлад та у 10,000 % хворих на дистимію).

Структура вегетативно-соматичних порушень характеризувалась різноманітними проявами, серед яких переважали сновидіння, що супроводжуються картинами пережитих подій (при помірному депресивному епізоді — у 85,71 % випадків, при рекурентному депресивному розладі — у 83,33 %, при дистимії — у 100,00 % випадків); порушеннями нічного сну (при помірному депресивному епізоді — у 57,14 % випадків, при рекурентному депресивному розладі — у 83,33 %, при дистимії — у 100,00 % випадків).

Структура когнітивних порушень включала низку проявів, переважали при помірному депресивному епізоді схильність до негативної оцінки пережитих подій (83,33 %); відчуття безперспективності майбутнього (78,51 %); ідеї малоцінності (57,14 %); при рекурентному депресивному розладі — схильність до негативної оцінки пережитих подій (85,71 %); відчуття безперспективності майбутнього (83,33 %); ідеї малоцінності (83,33 %); при циклотимії переважали порушення концентрації уваги (100,00 %), відчуття безперспективності майбутнього (100,00 %)

У хворих на невротичні розлади (F40 — F48) в структурі емоційних порушень переважали знижений настрій: при посттравматичних стресових розладах (ПТСР) — у 100,00 % хворих, при пролонгованій депресивній реакції — у 100,00 %, при соматоформній вегетативній дисфункції серцево-судинної системи — у 60,00 %; нав'язливі тривожні спогади пережитих подій (при ПТСР — у 100,00 % хворих, при пролонгованій депресивній реакції — у 100,00 %, при соматоформній вегетативній дисфункції серцево-судинної системи — у 80,00 %); страх, що ситуація з військовими діями повториться (при ПТСР — у 100,00 % хворих, при пролонгованій депресивній реакції — у 100,00 %, при соматоформній вегетативній дисфункції серцево-судинної системи — у 90,00 %); загальне відчуття тривоги (при ПТСР — у 75,00 % хворих, при пролонгованій депресивній реакції — у 75,00 %, при соматоформній вегетативній дисфункції серцево-судинної системи — у 60,00 %); відчуття внутрішнього дискомфорту (при ПТСР — у 100,00 % хворих, при пролонгованій депресивній реакції — у 50,00 %, при соматоформній вегетативній дисфункції серцево-судинної системи — у 60,00 %); песимістичні думки (при ПТСР — у 50,00 % хворих, при пролонгованій депресивній реакції — у 75,00 %, при соматоформній вегетативній дисфункції серцево-судинної системи — у 70,00 %);

Структура вегетативно-соматичних порушень характеризувалась різноманітними проявами, серед яких переважали порушення нічного сну (при ПТСР — у 75,00 % хворих, при пролонгованій депресивній реакції — у 75,00 %, при соматоформній вегетативній дисфункції серцево-судинної системи — у 80,00 %); сновидіння, що супроводжуються картинами пережитих подій (при ПТСР — у 75,00 % хворих, при пролонгованій депресивній реакції — у 75,00 %, при соматоформній вегетативній дисфункції серцево-судинної системи — у 80,00 %); больові відчуття в ділянці

серця (при ПТСР — у 50,00 % хворих, при соматоформній вегетативній дисфункції серцево-судинної системи — у 50,00 %); порушення апетиту (при пролонгованій депресивній реакції — у 75,00 %); втомлюваність (при ПТСР — у 50,00 % хворих, при пролонгованій депресивній реакції — у 75,00 %, при соматоформній вегетативній дисфункції серцево-судинної системи — у 70,00 %); при соматоформній вегетативній дисфункції серцево-судинної системи переважали перманентні симпатикотонічні стани (60,00 %); змішані вегетосудинні порушення (70,00 %); пароксизмальні вегетосудинні порушення (60,00 %); прояви вегетативного дисбалансу (50,00 %).

Структура когнітивних порушень включала низку проявів, переважали при помірному депресивному епізоді схильність до негативної оцінки пережитих подій (83,33 %); відчуття безперспективності майбутнього (78,51 %); ідеї малоцінності (57,14 %); при рекурентному депресивному розладі — схильність до негативної оцінки пережитих подій (85,71 %); відчуття безперспективності майбутнього (83,33 %); ідеї малоцінності (83,33 %); при циклотимії переважали порушення концентрації уваги (100,00 %), відчуття безперспективності майбутнього (100,00 %).

З огляду на особливості клінічних проявів було проведено оцінювання вираженості показників психічного стану, що дозволило визначити особливості особистісного рівня психічних станів за допомогою суб'єктивних оцінок обстежуваних.

Аналіз домінуючого стану дозволив визначити особливості вираженості особистісного рівня психічних станів за допомогою суб'єктивних оцінок обстежуваного (рисунок).

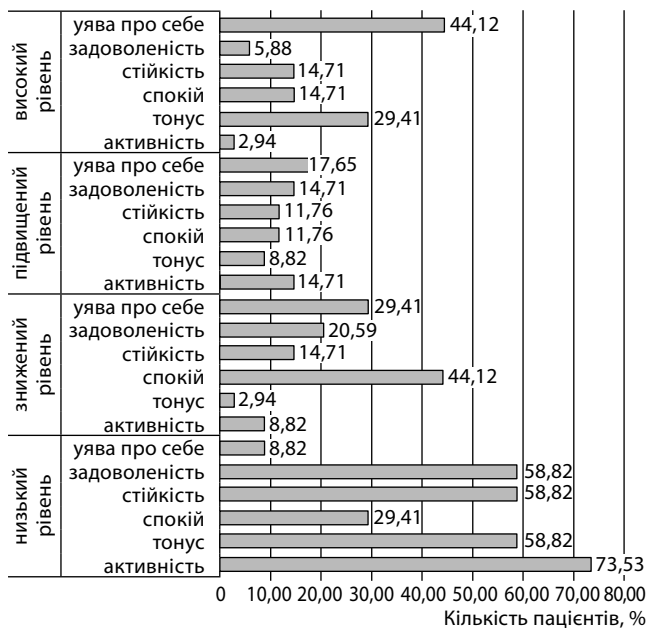
У більшій частині ВПО, що звернулись за медичною допомогою, визначався низький рівень активності (73,53 ± 11,46) %, що свідчило про пасивне ставлення до життя, переважання в оцінці багатьох життєвих ситуацій песимістичної позиції, невіри в можливість успішного подолання перешкод.

Також у більшій частині ВПО визначався низький рівень за шкалою «тонус» (58,82 ± 11,44) %, що свідчив про наявність втоми, незібраності, млявості, інертності, низької працездатності. У 29,41 % осіб визначався високий рівень тону, що свідчить про наявність стеничної реакції на труднощі, що виникають.

За шкалою «спокій» було визначено, що у 14,71 % ВПО був встановлений високий рівень тривоги, у 11,76 % — підвищений, у 44,12 % осіб — знижений та у 29,41 % — низький рівень тривоги. У психічному стані переживання тривоги має визначальне значення для формування інших психопатологічних феноменів. Саме тривога підсилює «звучання» емоційних подразників різної сили, зокрема і невеликих, збільшуючи інтенсивність негативних емоцій, посилюючи їх негативний вплив на свідомість, поведінку і діяльність. Отже, у більшій частині осіб, що звернулись за медичною допомогою, наявна схильність відчувати занепокоєння в широкому колі життєвих ситуацій, бачити загрозу престижу, благополуччю, незалежно від того, наскільки реальними є причини.

У більшій частині ВПО визначався низький рівень за шкалою «стійкість» — (58,82 ± 11,44) %, що свідчить про емоційну лабільність, мінливість настрою, підвищену дратівливість, переважання негативного емоційного тону.

Схожа тенденція спостерігалась і за шкалою «задоволеність»: у чималій кількості ВПО реєструвався низький рівень задоволеності — (58,82 ± 11,44) %, що віддзеркалює незадоволеність життям загалом, процесом само-реалізації і тим, як саме в цей час відбуваються основні життєві події.



Виразеність показників психічного стану у ВПО

Шкала «уява про себе» була контрольною та оцінювала позитивний/негативний образ самого себе. Ця шкала дозволяла визначити критичність та адекватність самооцінювання: чим більш позитивний образ самого себе, тим менше людина бачить в собі негативних рис. Отже, висока критичність в оцінюванні себе і негативне ставлення до себе було визначено у 8,82 % осіб, підвищена критичність та незадоволеність собою була встановлена у 29,41 % осіб, 17,65 % осіб адекватно сприймали себе. У більшій частині осіб визначалась низька критичність в самооцінюванні та недостатня адекватність самооцінки (44,12 % ± 9,99) %.

Як свідчать отримані результати, незалежно від розладу, психопатологічні прояви характеризуються поєднанням емоційних, вегетативно-соматичних і когнітивних симптомів.

Емоційні прояви характеризуються наявністю зниженого настрою, звуженням кола інтересів, наявністю загального почуття тривоги, ситуативної тривоги, хвилювання, почуття внутрішнього неспокою, напруження, постійних тривожних думок стосовно будь-якої ситуації, тривожних очікувань і побоювань, нав'язливих тривожних спогадів минулих подій, песимістичних думок, страху за стан свого здоров'я, страху перед майбутнім, невмотивованого страху, страху, що ситуація з військовими діями повториться.

Прояви соматовегетативного спектра проявлялися у вигляді перманентних симпатико-тонічних станів, вегетативного дисбалансу, пароксизмальних вегетативно-судинних порушень, головного болю, больових відчуттів в ділянці серця, порушення апетиту, зниження або збільшення маси тіла, порушень нічного сну.

Спектр когнітивних розладів характеризувався порушеннями пам'яті, концентрації уваги, ідеями малоцінності, схильністю до переоцінки важкості свого стану, схильністю до негативної оцінки пережитих подій, почуттям безперспективності майбутнього.

Також слід зазначити, що в структурі психопатологічних проявів спостерігались окремі симптоми ПТСР у вигляді нав'язливих тривожних спогадів минулих подій, страху, що ситуація з військовими діями повториться, сновидіннями, що супроводжуються картинками пережитих подій.

Структура психопатологічних проявів поєднувалася з патопсихологічними особливостями, серед яких переважали пасивність, інертність, емоційна лабільність та неадекватність самооцінки.

Виявлені особливості треба брати до уваги під час діагностики та терапії психічних розладів ВПО.

**Список літератури**

- Berry J.W. Immigration, acculturation and adaptation // Applied Psychology: An international review. 1997. Vol. 46 (1). P. 5—34.
- Робертс Б., Махашвили Н., Джавахишвили Д. Скрытые последствия конфликта. Проблемы психического здоровья внутренне перемещённых лиц и доступность психологической помощи в Украине. 2017. С. 31.
- Юдина Т. И. О социологическом анализе миграционных процессов // Социологические исследования. 2002. № 10. С. 102—109.
- Тищенко Н. І., Піроцький Б. Ю. Внутрішньо переміщені особи в Україні як проблема сьогодення // Молодий вчений. 2014. № 10 (13). С. 124—125.
- Отчет об оценке потребностей целевых групп социальных программ, осуществляемых общественной организацией «Союз Самаритян Украины. Киевское Объединение». 7 октября 2017 года. 24 с. URL: <http://www.ssu.kiev.ua/>.
- Карпова Н. Л. Основы личностно-направленной логотерапии. М. : Флинта, 1997. 160 с.
- Посохова С. Т. Личностная регуляция адаптации в изменяющейся социальной среде // Психологические проблемы самореализации личности. Вып. 5 / под ред. Г. С. Никифорова, Л. А. Коростылевой. СПб. : Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2001. С. 111—120.
- Амбрумова А.Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика // Психологический журнал. 2005. Т. 6, № 6. С. 107—115.
- Бассин Ф. В., Бурлакова Г. Н., Волков В. Н. Проблема психологической защиты / Там же. 1988. Т. 9. № 9. С. 78—86.
- Ощепкова В. С. Особенности социально-психологической адаптации вынужденных мигрантов из Украины / Гуманитарные научные исследования. 2017. № 12. С. 23—33.
- Закон України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб». Редакція від 21.02.2016.
- Assessing mental health and psychosocial needs and resources: Toolkit for humanitarian settings / World Health Organization (WHO) and United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Geneva: WHO, 2012. 82 с.
- 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.

Надійшла до редакції 12.03.2019 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](mailto: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](mailto:tamarapanko@ukr.net)

**КАЛЕНСЬКА Галина Юрївна**, 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](mailto: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](mailto: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