

О.О. Хаустова, Н.В. Коваленко

АНАЛІЗ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ У ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ

Український науково-дослідний інститут
соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
natali-ko@ukr.net

Актуальність. Порушення психічного здоров'я у вимушених мігрантів різноманітні і зачіпають практично всі сфери психіки. На фоні астенії формуються різні межові нервово-психічні розлади, найпоширенішими них є психогенна депресія, тривожні і соматоформні розлади.

Мета дослідження. Дослідити спектр та клініко-психопатологічні особливості розладів психіки та поведінки у тимчасово переміщених осіб.

Матеріали і методи. За умови інформованої згоди проведено скринінгове дослідження 60 вимушено переселених осіб у віці від 18 до 80 років, яке включало збір коротких анамнестичних відомостей, актуальних скарг і оцінку психічного стану за допомогою опитувальника стану здоров'я PHQ і міжнародного нейропсихіатричного міні-інтерв'ю (M.I.N.I.).

Результати. За результатами скринінгу стало можливим виділити 3 групи респондентів. Пацієнти з основною соматичною патологією частіше скаржились на зниження настрою, порушення сну, дратівливість, нестриманість, емоційну лабільність, небажання жити, відсутність життєвої перспективи, різке зниження пам'яті, кмітливості, зниження концентрації уваги. У них частіше спостерігали тривожний та депресивний синдроми з високим і середнім ризиком суїциду, розлади адаптації. У пацієнтів з основною психічною патологією різких змін психічного стану не виявлено. У групі «умовно здорових» частіше спостерігали скарги на загальну слабкість, біль у спині, нижніх кінцівках, суглобах, порушення сну, підвищення АТ, біль у ділянці серця, серцебиття, головний біль, запаморочення, шум у вухах, порушення з боку ШКТ, які виникали на фоні зниженого настрою, «внутрішнього напруження». У більшості спостерігали депресивний і тривожний синдроми у поєднанні з вираженими соматичними симптомами, низьким ризиком суїциду і розладами адаптації.

Висновки. Провідна психопатологічна симптоматика у респондентів з різних груп відрізняється і залежить від наявності основної патології та її виду.

Ключові слова:

вимушена міграція,
порушення психічного
здоров'я, тривога,
депресія, психосоматичні
розлади.

Актуальність. Порушення психічного здоров'я у вимушених мігрантів різноманітні і зачіпають практично всі сфери психіки. Відсутність позитивної мотивації до переїзду і фізична неможливість подальшого перебування на батьківщині, травматизація психіки, обумовлена причинами та історією міграції, а також труднощі адаптації на новому місці визначають формування специфічного досвіду вимушених переселенців. На фоні астенії формуються різні межові нервово-психічні розлади, які у ряді випадків набувають затяжного і хронічного перебігу. Найпоширенішими з них є психогенна депресія, тривожні і соматоформні розлади.

Характерним для депресії є знижений загальний фон настрою, пригніченість, усвідомлення «своєї провини», відраза до життя з астенічними проявами, апатією, байдужістю, появою тужливого афекту. Неможливість впо-ратися з проблемами призводить до пасивності, розчару-

вання, зниження самооцінки, відчуття неспроможності. Нічний сон короткочасний, має поверхневий характер з утрудненим засинанням, якому заважає емоційна напруга, занепокоєння, гіперестезія. Ідеаторної загальмованості не спостерігається, вони хоча і зазнають труднощів, але справляються з повсякденними турботами. Нерідко на перший план виступає соматичний дискомфорт – соматичні «маски» депресії. Ризик розвитку депресії у вимушених мігрантів визначається трьома основними факторами: вихідним рівнем депресивності, зростанням числа негативних і небажаних життєвих подій і зниженням соціальної підтримки.

Пережитий біженцями і вимушеними переселенцями досвід фізичного і психологічного насильства, жорстокості, людського зла підбиває довіру до світу. У результаті виникають агресивні і саморуйнівні тенденції – спалахи гніву, прояви насильства, схильність до суїцидів. За-

звичай більш високий ступінь ризику спостерігається у бездітних, людей похилого віку, одиноких, розлучених або тих, що проживають окремо від сім'ї, не мають тісних дружніх зв'язків. Результати досліджень свідчать про надзвичайно високу поширеність суїцидальних намірів серед вимушених мігрантів, особливо серед тих, що страждають на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Серед факторів, що сприяють виникненню суїцидальних намірів у мігрантів, виділяють сам факт міграції, ступінь асиміляції з приймаючою культурою, низький рівень згуртованості у власній етнічній групі, низьке соціально-економічне становище.

Тривожні розлади проявляються різноманітними фобіями, генералізованими тривожним і obsесивно-компульсивним розладами. *Генералізований тривожний розлад* виражається в появі занепокоєння, тривожного напруження, поганих передчуттів, очікування нещастя, «прислуховування до сигналів небезпеки». Ці симптоми супроводжуються нападами серцебиття, м'язовим напруженням, тремтінням верхніх і нижніх кінцівок, відчуттям дискомфорту в шлунку, підвищеною пітливістю долонь, безсонням. Часом тривога може проявлятися нападами паніки – раптовим сильним побоюванням, що може статися щось жахливе. Напади паніки супроводжуються частим поверхневим диханням, відчуттям нестачі повітря, прискореним серцебиттям, тремтінням або ознобом, запамороченням, страхом смерті, божевілля або втрати контролю над собою. У разі «опредметнення» тривоги з'являються *фобії*, що проявляються страхом перед конкретним об'єктом чи ситуацією. Відзначається невпевненість, труднощі у прийнятті навіть простих рішень, сумніви у вірності і правильності власних дій. Як засіб боротьби зі страхом можуть виникати *obsесивно-компульсивні розлади*. Часто спостерігаються близькі до нав'язливості постійні обговорення пережитої ситуації, спогади про минуле життя з його ідеалізацією.

Вимушена міграція є потужним поштовхом до розвитку *психосоматичних розладів*. Найпоширенішими серед них є бронхіальна астма, нейродерміт, гіпертензія, вегетосудинна дистонія, нервова булімія та анорексія, виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки. Найінтенсивніші зрушення функціональної активності вегетативної нервової системи проявляються у вигляді коливань артеріального тиску, лабільності пульсу, гіпергідрозу, ознобу, головного болю, вестибулярних порушень, шлунково-кишкових розладів. На фоні вегетативної дисфункції нерідко спостерігаються загострення психосоматичних захворювань, які були до екстремальної події в стадії компенсації, і поява стійких психосоматичних розладів.

Мета дослідження. Дослідити спектр та клініко-психопатологічні особливості розладів психіки та поведінки у тимчасово переміщених осіб.

Матеріали і методи дослідження

Для здійснення завдань дослідження за умови інформованої згоди ми провели скринінгове дослідження 60 внутрішньо переміщених осіб (ВПО) у віці від 18 до 80 років, які були змушені покинути місце свого постійного проживання у зв'язку з проведенням антитерористичної операції на Сході країни і проживали

в санаторіях Одеської області. Скринінг включав збір коротких анамнестичних відомостей, актуальних скарг і оцінку психічного стану за допомогою опитувальника стану здоров'я PHQ і міжнародного нейропсихіатричного міні-інтерв'ю (M.I.N.I.).

Віковий розподіл досліджуваних за групами був наступним (рис. 1): вік до 20 років – 1,7%, 21–30 років – 6,7%, 31–40 років – 16,7%, 41–50 років – 18,3%, 51–60 років – 15%, 61–70 років – 23,3%, 71–80 років – 18,3%. Із них було 49 жінок (81,7%) і 11 чоловіків (18,3%) (рис. 2); 10% – працювали, 16,7% – не працювали, 31,7% були пенсіонерами, 26,6% мали інвалідність за соматичним захворюванням, 15% мали інвалідність за психічним захворюванням (рис. 3).

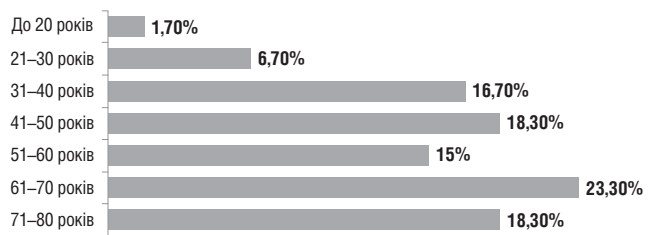


Рис. 1. Співвідношення за віковими групами, %

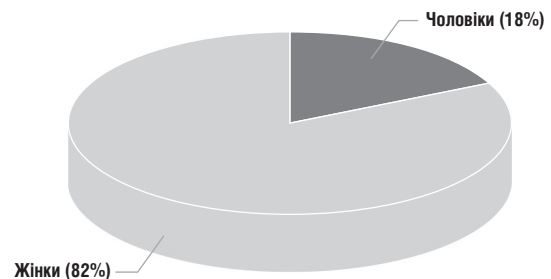


Рис. 2. Співвідношення за статтю, %

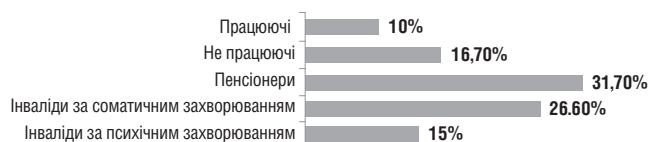


Рис. 3. Співвідношення працездатних/непрацездатних, %

До критеріїв виключення пацієнтів із дослідження відносили виражене інтелектуально-мнестичне зниження; відсутність добровільної усвідомленої згоди на обстеження; вік молодше 18 років.

Результати та їх обговорення

За результатами скринінгу стало можливим виділити 3 групи респондентів: люди пенсійного віку з діагностованими раніше хронічними соматичними захворюваннями або з інвалідністю за соматичним захворюванням; люди з інвалідністю за психічним захворюванням; люди, які не мають тяжких хронічних захворювань чи інвалідності (умовно здорові).

Пацієнти з основною соматичною патологією частіше скаржились на зниження настрою, порушення сну, дратівливість, нестриманість, емоційну лабільність (підвищену сльозливість з будь-якого приводу), небажання жити, відсутність життєвої перспективи, різке зниження

пам'яті, кмітливості, зниження концентрації уваги. У них частіше спостерігали тривожний (51,4%) та депресивний (42,8%) синдроми; 25,7% виявляли суїцидальні думки та наміри (високий і середній ризик суїциду); у 25,7% діагностували окремі симптоми ПТСР, зокрема уникання, перезбудження, емоційне оніміння, які вказували на розлад адаптації (рис. 4).

У пацієнтів з основною психічною патологією, зокрема із шизофренією, не виявлено різких змін психічного стану. Незважаючи на психотравмивні події, які сталися в їхньому житті, тривале вимушене переміщення, що викликало багато незручностей, їх маячна фабула не змінювалася, почастищення екзацербції психічного розладу не спостерігалось. В окремих випадках хворі починали зловживати алкоголем.

У групі «умовно здорових» частіше спостерігали скарги на загальну слабкість, біль у спині, ногах, суглобах, порушення сну, підвищення АТ, біль у ділянці серця, серцебиття, головний біль, запаморочення, шум у вухах, порушення з боку шлунково-кишкового тракту (біль в животі, печія, нудота, запори), що виникали на фоні зниженого настрою, «внутрішнього напруження». У 31,3% спостерігали депресивний, у 25% – тривожний синдроми у поєднанні з більш вираженими соматичними симптомами; 12,5% виявляли суїцидальні думки (низький ризик суїциду); у 18,7% діагностований розлад адаптації (рис. 5).

З огляду на це для подальшого дослідження були відібрані наступні патопсихологічні методики: Самоопитувальник стану здоров'я PHQ, Опитувальник оцінки якості життя SF-36, Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS, Коротка психіатрична оціночна шкала BPRS і Опитувальник вираженості симптомів ПТСР.

Самоопитувальник стану здоров'я PHQ був розроблений Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke та їх колегами і затверджений у якості інструменту ефектвної діагностики п'яти найпоширеніших розладів психіки: депресивних, тривожних, соматоформних, а також розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю і розладами харчової поведінки.

В останнє десятиріччя як PHQ в цілому, так і його кластер, що стосується виявлення депресивних симптомів (який був виділений в окремий опитувальник під назвою PHQ-9), отримали дуже велике поширення в умовах напруженої клінічної практики для скринінгу пацієнтів. Той факт, що PHQ-9 виявився досить вдалим інструментом для оцінки і моніторингу ступеня тяжкості депресії, сприяв появі нової шкали оцінки тривоги, яка містить 7 питань і від самого початку розроблялася для діагностики генералізованого тривожного розладу (звідси її назва GAD-7, ГТР-7). Хоча GAD-7 розроблялася для діагностики ГТР, доведено, що вона також має добру чутливість і специфічність у відношенні панічного розладу, соціальної фобії і посттравматичного стресового розладу. Нарешті, після неодноразових досліджень із PHQ була виділена шкала PHQ-15, яку все частіше використовують для оцінки соматичного статусу пацієнта, його тяжкості і можливої наявності соматизації та соматоформних розладів.

Особливо важливим є питання оцінки ризику самогубства у людей, які відповідають позитивно на 9 питань

PHQ-9. Для відповіді на це питання був розроблений спеціальний скринінг, який містить 4 пункти, проте остаточною відповідь на питання про фактичний ризик членушкодження може дати тільки клінічне інтерв'ю.

Самоопитувальник PHQ може використовуватися як для встановлення попереднього діагнозу, так і для оцінки тяжкості стану. Результат оцінюється в балах; 5 балів означає легкий, 10 – середній, а 15 – тяжкий рівень розладу. Оцінку 10 балів або вище вважають «жовтим прапором» (необхідно звернути увагу на наявність клінічно значущого розладу); оцінка 15 балів або вище – це «червоний прапор» (вказує на те, що виправдано активне лікування).

Опитувальник оцінки якості життя SF-36. З початку 80-х років минулого століття у зарубіжній медичній літературі з'явилися відомості про використання для оцінки результатів лікування показника «якості життя» (Quality of Life, QOL). У 1982 р. Bush J.W. і Kaplan R.M. запропонували термін: «health-related quality of life» або HRQOL (пов'язана зі здоров'ям якість життя), з метою виділення актуальних понять медичного характеру з широкого і загального поняття якості життя. За визначенням ВООЗ «Якість життя – це сприйняття людиною своєї позиції у житті, в тому числі фізичного, психічного та соціального благополуччя, залежно від якості середовища, в якому вона живе, а також ступеня задоволення конкретним рівнем життя та іншими складовими психологічного комфорту». Якість життя – це інтегральна характеристика фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування хворого, заснована на його суб'єктивному сприйнятті. Дослідження якості життя допомагає отримати інформацію, необхідну для глибшого розуміння впливу клінічних проявів соматичного захворювання на загальний (в тому числі психологічний) стан хворих, а також дає можливість оцінити ефективність терапії, що застосовується.

Опитувальник SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item short form health survey) – це неспецифічний опитувальник якості життя, який був розроблений в 1992 році американськими лікарями John E. Ware і Cathy D. Sherbourne і є одним з найпоширеніших методів визначення якості життя, пов'язаного зі здоров'ям. SF-36 використовують у клінічній практиці та наукових дослідженнях для оцінки загального здоров'я населення у віці від 14 років і старше, незалежно від наявного захворювання, статевих, вікових особливостей та специфіки того чи іншого лікування. Опитувальник відображає загальне благополуччя і ступінь задоволеності тими сторонами життєдіяльності людини, на які впливає стан здоров'я. Він дозволяє оцінити суб'єктивну задоволеність хворого своїм фізичним і психічним станом, соціальним функціонуванням, а також відображає самооцінку ступеня вираженості больового синдрому.

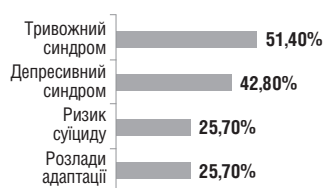


Рис. 4. Провідні порушення у осіб з основною соматичною патологією

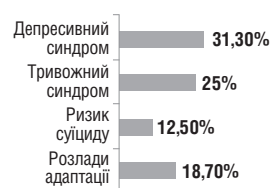


Рис. 5. Провідні розлади в «умовно здорових» осіб

36 пунктів опитувальника згруповані у вісім шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесний біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я. Показники кожної шкали варіюють від 0 до 100, де 100 відповідає повному здоров'ю, всі шкали формують два показники: душевне і фізичне благополуччя. Результати представляються у вигляді оцінок у балах за 8-ма шкалами, складеними таким чином, що вища оцінка вказує на вищий рівень якості життя.

Шкали групуються у два показники «фізичний компонент здоров'я» (Physical health – PH) і «психологічний компонент здоров'я» (Mental Health – MH). Складові шкали фізичного компонента здоров'я – фізичне функціонування, рольове функціонування, обумовлене фізичним станом, інтенсивність болю і загальний стан здоров'я. Складові шкали психологічного компонента здоров'я – психічне здоров'я, рольове функціонування, обумовлене емоційним станом, соціальне функціонування і життєва активність.

Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) призначена для визначення ступеня емоційного стресу, пов'язаного з проявом соматичного неблагополуччя (емоційна модальність реагування). A.S. Zigmond і R.P. Snaith у 1983 р. розробили її для виявлення і оцінки тяжкості депресії та тривоги в умовах загальномедичної практики. Відрізняється ця шкала простотою застосування і обробки (заповнення шкали не вимагає тривалого часу і не викликає труднощів у пацієнта), що дозволяє використовувати її в загальномедичній практиці для первинного виявлення тривоги і депресії у пацієнтів (скрінінгу). Опитувальник має високу дискримінантну валідність щодо двох розладів: тривоги і депресії. При формуванні шкали автори виключили симптоми тривоги і депресії, які можуть бути інтерпретовані як прояв соматичного захворювання (наприклад запаморочення, головний біль тощо). Пункти субшкали депресії відібрані зі списку скарг і симптомів, які найчастіше зустрічаються і відображають переважно ангедонічний компонент депресивного розладу. Пункти субшкали тривоги складені на основі відповідної секції стандартизованого клінічного інтерв'ю (Present State Examination) і відображають переважно психологічні прояви тривоги.

Опитувальник складається з 2 шкал (відповідно виявляють невротичні тривогу і депресію), які містять 14 питань – по 7 на кожну. Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповідей, що відображають ступінь наростання симптоматики, від 0 балів (відсутність ознаки) до 4 (максимальна її вираженість). Бланк шкали видають пацієнту для самостійного заповнення. При інтерпретації даних враховують сумарний показник за кожною підшкалою (Г і D), при цьому виділяють 3 групи значень: 0–7 балів – норма; 8–10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія; 11 балів і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

Коротка психіатрична оціночна шкала BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) – клінічна психіатрична шкала для оцінки ступеня вираженості продуктивної психопатологічної симптоматики, розроблена Drs. John Overall і Donald Gorham у 1962 році. Шкалу широко використо-

вують для оцінки позитивної, негативної і афективної симптоматики у осіб, що мають психотичні розлади, особливо для діагностики стану осіб з діагнозом шизофренії. Первинний варіант шкали містив 16 пунктів, 2 додаткові елементи (збудження і дезорієнтація) були додані у 1972 році. Отже 18-пунктовий варіант BPRS є найпоширенішою версією. Шкалою повинен користуватися лікар, який добре знайомий з психотичними розладами і вміє інтерпретувати конструкції, які використовуються в цій шкалі для оцінки. Проводять оцінку стану пацієнта, який безпосередньо спостерігає лікар, та його поведінки протягом 2–3 днів, що передували контакту з лікарем, інформацію про це слід отримати у людей, які оточували пацієнта в цей період (сім'я, родичі, товариші по роботі тощо).

Шкала BPRS складається з 18 конструкцій, що відносяться до різних симптомів психічних розладів: ставлення до соматичного стану, тривога, емоційне відсторонення, розпад розумових процесів, відчуття провини, напруженість, манірність, химерність поведінки, ідеї величності, депресивний настрій, ворожість, підозріливість, галюцинації, рухова загальмованість, зниження установки на співпрацю з лікарем, химерність мислення, афективне сплюснення, збудження і дезорієнтація. Безпосередньо інтерв'ю з виставленням оцінок займає, як правило, не більше 30 хвилин. Лікар оцінює вираженість того чи іншого симптому в даний момент за семибальною шкалою, де 1 – відсутність симптому, а 7 – його крайня вираженість; 0 (нуль) виставляється якщо симптомом не оцінювався. При утрудненні проведення оцінки звертаються до опису градацій відповідних симптомів у «Шкалі позитивних і негативних синдромів» – PANSS. Проводиться оцінка балів за всіма 18 симптомами, суму вписують в графу «загальний бал».

На основі BPRS можливо визначити шляхом факторного аналізу питому вагу синдромів психічного стану хворого. J. Overall виділяє 5 таких синдромів (факторів), які об'єднують окремі основні ознаки BPRS: тривожна депресія, порушення мислення, апатія, загальмованість, підозріливість, ворожість, збудження – напруга. Оцінка стану проводиться за сумою балів всіх ознак всередині кожного фактора, низьким рівнем порушень вважають загальний бал до 40, середнім – 40–60 балів, високим – понад 60 балів. Шкала дає надійні результати тільки при грубому відмежуванні афективних (переважно депресивних) станів від шизофренічних з божевільною і гебефренічною симптоматикою.

Опитувальник вираженості симптомів ПТСР був розроблений у 2000 році колективом авторів (Солдатова Г.У., Шайгерова Л.А., Черкасов П.А.) на основі ряду методик, пов'язаних з діагностикою ПТСР, і критеріїв DSM-IV для оцінки вираженості симптомів ПТСР у людей, яким довелося залишити місця колишнього проживання внаслідок війн, конфліктів, стихійного лиха. Даний опитувальник застосовується зокрема для дослідження рівня ПТСР у біженців і вимушених переселенців. Результати дослідження, проведеного за допомогою даного опитувальника в 6 регіонах Росії за Програмою Російського Товариства Червоного Хреста «Міграція населення», дозволили оцінити схильність до посттравматичних симптомів різних груп вимушених переселенців

залежно від статі, віку, подій, що передували міграції і умов на новому місці проживання.

Опитувальник складається з 5 пунктів. Перші два пункти виявляють відповідність дії і реакції респондента на подію – відповідають критерію А ПТСП за міжнародною класифікацією DSM-IV. У третьому пункті виявляється наявність і кількість симптомів, які відповідають критеріям В, С, D ПТСП за DSM-IV. У четвертому пункті – тривалість симптомів – «від одного до трьох місяців» і «понад три місяці», що відповідає критерію Е. У п'ятому пункті на запропонованих шкалах потрібно відмітити, наскільки сильно наявні симптоми заважають пацієнту в житті, діапазон від «не заважають зовсім» до «дуже сильно заважають», що відповідає критерію F.

Окремо відзначають форми розладу: гострий – тривалість симптомів менше 3 місяців; хронічний – симптоми зберігаються протягом 3 місяців і більше. Також виділяють ПТСП з відстроченим початком – симптоми почали проявлятися щонайменше через 6 місяців після впливу стресора.

Висновки

Хоча відмічено, що респонденти різних груп по різному реагують на ситуацію вимушеного переселення, проведений скринінг не дав змоги у повному обсязі оцінити стан психічного здоров'я вимушених переселенців і вирішити завдання дослідження. Тому для подальшого дослідження з метою отримання статистично вагомих даних і створення більш репрезентативної вибірки необхідне обстеження більшої кількості ВПО з використанням клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного та патофизиологічного методів дослідження.

Список використаної літератури

1. Психологическая помощь мигрантам. Травма, смена культуры, кризис идентичности: учебное пособие / Г. В. Солдатова, Л. А. Шайгерова, В. К. Калинин, О. А. Кравцова. – М.: Смысл, 2002. – 479 с.
2. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях: справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 960 с.

3. Психогении в экстремальных условиях / Ю. А. Александровский, О. С. Лобастов, Л. И. Спивак, Б. П. Щукин. – М.: Медицина, 1991. – 97 с.
4. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 302 с.
5. Spitzer R. L. For the Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study / R. L. Spitzer, K. Kroenke, J. B. W. Williams // JAMA. – 1999. – № 282. – P. 1737–1744.
6. Validity and utility of the Patient Health Questionnaire in assessment of 3000 obstetrics-gynecologic patients / R. L. Spitzer, J. B. W. Williams, K. Kroenke [et al.] // Am. J. Obstet Gynecol. – 2000. – № 183. – P. 759–769
7. Kroenke K. Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure / K. Kroenke, R. L. Spitzer // J. Gen. Intern. Med. – 2001. – № 16. – P. 606–613.
8. Kroenke K. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure / K. Kroenke, R. L. Spitzer // Psychiatric Annals. – 2002. – № 32. – P. 509–521.
9. Monitoring depression treatment outcomes with the Patient Health Questionnaire-9 / B. Löwe, J. Unutzer, C. M. Callahan [et al.] // Med Care. – 2004. – № 42. – P. 1194–1201.
10. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7 / R. L. Spitzer, K. Kroenke, J. B. W. Williams, B. Löwe // Arch. Intern. Med. – 2006. – № 166. – P. 1092–1097.
11. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection / K. Kroenke, R. L. Spitzer, J. B. W. Williams [et al.] // Ann. Intern. Med. – 2007. – № 146. – P. 317–325.
12. Kroenke K. The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating somatic symptom severity / K. Kroenke, R. L. Spitzer, J. B. W. Williams // Psychosom. Med. – 2002. – № 64. – P. 258–266.
13. The P4 screener: a brief measure for assessing potential suicidal risk / P. Dube, K. Kroenke, M. J. Bair [et al.] // J. Clin. Psychiatry Primary Care Companion, 2010 (in press).
14. Overall J. E. The Brief Psychiatric Rating Scale / J. E. Overall, D. R. Gorham // Psychological Reports. – 1962. – № 10. – P. 790–812.
15. Kay S. R. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia / S. R. Kay, A. Fiszbein // Schizophrenia Bulletin. – 1987. – № 13. – P. 261–275.
16. Hedlund J. L. The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): a comprehensive review / J. L. Hedlund, B. W. Vieweg // Journal of Operational Psychiatry. – 1980. – № 11. – P. 48–65.
17. Beusterien K. M. Usefulness of the SF-36® Health Survey in measuring health outcomes in the depressed elderly / K. M. Beusterien, B. Steinwald, J. E. Ware // J. Geriatr Psychiatry Neurol. – 1996. – № 9.
18. Validating the SF-36® Health Survey Questionnaire: new outcome measure for primary care / J. E. Brazier, R. Harper, N. M. B. Jones [et al.] // British Medical Journal. – 1992. – № 305. – P. 160–164.
19. Jenkinson C. Short Form 36 (SF-36®) Health Survey Questionnaire: normative data for adults of working age // C. Jenkinson, A. Oulter, L. Wright // British Medical Journal. – 1993. – № 306. – P. 1437–40.
20. McHorney C. A. Construction and validation of an alternate form general mental health scale for the Medical Outcomes Study Short Form 36-Item Health Survey / C. A. McHorney, J. E. Ware // Med. Care. – 1995. – № 33 (1) – P. 15–28.

АНАЛИЗ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ РАССТРОЙСТВ ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ Е.А. Хаустова, Н.В. Коваленко

Актуальность. Расстройства психического здоровья у вынужденных мигрантов разнообразны и затрагивают практически все сферы психики. На фоне астении формируются различные пограничные нервно-психические заболевания, наиболее распространенными из них являются психогенные депрессия, тревожные и соматоформные расстройства.

Цель. Исследовать спектр и клинико-психопатологические особенности расстройств психики и поведения у временно перемещенных лиц.

Материалы и методы. При условии информированного согласия проведен скрининг 60 временно перемещенных лиц в возрасте от 18 до 80 лет, который включал в себя сбор коротких анамнестических сведений, актуальных жалоб и оценку психического статуса с помощью опросника состояния здоровья PHQ и международного нейропсихиатрического мини-интервью (MINI).

Результаты. По результатам скрининга стало возможным выделить 3 группы респондентов. Пациенты с основной соматической патологией чаще жаловались на снижение настроения, нарушения сна, раздражительность, несдержанность, эмоциональную лабильность, нежелание жить, отсутствие жизненной перспективы, резкое снижение памяти, сообразительности, снижение концентрации внимания. У них чаще наблюдались тревожный и депрессивный синдромы с высоким и средним риском суицида, расстройства адаптации. У пациентов с основной психической патологией резких изменений психического состояния не обнаружено. В группе «условно здоровых» чаще наблюдались жалобы на общую слабость, боль в спине, нижних конечностях, суставах, нарушение сна, повышение АД, боль в области сердца, сердцебиение, головную боль, головокружение, шум в ушах, нарушения со стороны ЖКТ, возникавшие на фоне пониженного настроения, «внутреннего напряжения». У большинства наблюдались депрессивный и тревожный синдромы в сочетании с выраженными соматическими симптомами, низким риском суицида и расстройствами адаптации.

Выводы. Ведущая психопатологическая симптоматика у респондентов из разных групп различна и зависит от наличия и типа основной патологии.

Ключевые слова: вынужденная миграция, расстройства психического здоровья, тревога, депрессия, психосоматические расстройства.

ANALYSIS PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF MENTAL AND BEHAVIOR DISORDERS IN DISPLACED PERSONS O. Khaustova, N. Kovalenko

Objectives. Mental health disorders in the forced migrants are diverse and affect almost all areas of the psyche. Against the background of fatigue formed various border nervous and mental diseases, the common of these are psychogenic depression, anxiety and somatoform disorders.

Purpose. Explore the range of clinical and psychopathological features of mental disorders and behavior of displaced persons.

Materials and methods. Subject informed consent screened 60 IPDs in age from 18 to 80 years, which included a collection of short medical history information, current complaints and an assessment of mental status using health status questionnaire PHQ and international neuropsychiatric mini interview (MINI).

Results. According to the results of screening it became possible to distinguish three groups of respondents. Patients with primary somatic pathology often complained of depressed mood, sleep disturbances, irritability, incontinence, emotional incontinence, unwillingness to live, lack of life perspective, the sharp decline of memory, intelligence, decreased concentration. They were more common anxiety and depressive syndromes with high and medium risk of suicide, adjustment disorder. In patients with major mental disorders sudden changes in mental state were found. In group «apparently healthy» were more common complaints of general weakness, pain in the back, legs, joints, insomnia, increased blood pressure, chest pain, palpitations, headache, dizziness, tinnitus, disorders of the gastrointestinal tract that occurred at background of depressed mood, «internal tension». Most observed depressive and anxiety syndromes in combination with severe somatic symptoms, low risk of suicide and adaptation disorders.

Conclusions. Leading psychiatric symptoms among respondents from different groups varies and depends on the presence and type of the underlying pathology.

Key words: forced migration, mental health disorders, anxiety, depression, psychosomatic disorders.