N. V. Kovalenko

ASSESSMENT OF COMPLAINTS AND POTENTIAL RISK FOR HEALTH OF INTERNALLY DISPLACED PERSONS RELATED WITH SOCIO-ECONOMIC AND PSYCHOSOCIAL CIRCUMSTANCES

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine
natali-ko@ukr.net

Background. 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.

Objective. Explore the range of clinical and psychopathological features of mental disorders and behavior of internally displaced persons (IDPs).

Materials and methods. We screened 60 internally displaced persons in age from 18 to 80 years who gave subject informed consent to the study, 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.

Keywords: forced migration, internally displaced persons, mental health disorders, anxiety, depression, psychosomatic disorders.

УДК 616.89-083.98:355.11+61:355.422

О. О. Крупська[1], А. В. Баца[2,3], М. М. Матяш[4], В. М. Пострелко[4], А. В. Сергієнко[2,3], Т. А. Сергієнко[5], І. Ф. Здорик[7], І. С. Трінька[6], А. С. Фокіна[4], М. Я. Ярмоленко[4]

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОДІАГНОСТИЧНОГО І ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОСОБОВОГО СКЛАДУ ОРГАНІВ І ВІЙСЬК У БОЙОВИХ ПОРЯДКАХ ТА НА ЕТАПАХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ І РЕАБІЛІТАЦІЇ

[1] Медична служба військової частини А-1799
Головного управління розвідки Збройних Сил України
[2] Комітет військових ветеранів Чорнобиля Всеукраїнської асоціації «Афганці Чорнобиля»
[3] Міжнародна спілка ветеранів спеціальних оперативно-психологічних операцій і стратегічних політичних технологій «Bund Ajide Ben Khozar» Глобальної спілки «Вчені за мир» (Global union of scientists for peace)
[4] Київський медичний університет УАНМ
[5] Департамент контррозвідки Служби безпеки України
[6] Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України
[7] Українська військово-медична академія
thalib323@gmail.com

Актуальність. Адаптація особистості до змінених умов життєдіяльності була і залишається провідною проблемою медико-психологічного забезпечення ефективної діяльності військовослужбовця при виконанні професійних завдань. Особливо в наш час і в нашій країні, коли поява великої кількості комбатантів вкрай загострила проблему їх медико-психологічної адаптації до специфічних умов цивільного життя.

Мета: вивчення особливостей психодіагностичного і психофізіологічного забезпечення особового складу органів і військ у бойових порядках зони антитерористичної операції (далі за текстом – АТО) та на етапах медико-психологічної реабілітації.

Матеріали та методи. Вивчено статистично значущу представницьку групу кадрових військовиків і добровольців із застосуванням стандартних методик [Психофизиологический отбор военных специалистов : методическое пособие. – М. : Воениздат, 1973. – 208 с.; Психодиагностические методики оценки профессионально важных качеств личного состава ВМФ : методические рекомендации. – М. : Воениздат, 1991. – 152 с.]. З метою вивчення особливостей нервово-психічних змін у особового складу і цивільного населення безпосередньо у зоні бойових дій, протягом грудня 2014 р. і лютого-березня 2015 р., грудня 2015 р. і лютого-березня 2016 р. здійснено виїзди на волонтерських засадах у Сектор «М» зони АТО. Виїзди здійснювалися за сприяння і підтримки Народного депутата України професора О. В. Богомолець, першого заступника голови СБУ, генерал-лейтенанта, професора В. В. Крутова, Департаменту капеланів Української греко-католицької церкви (о. Любомир Яворський, о. Андрій Зелінський – Орден Єзуїтів РКЦ; о. Богдан Вихор і о. Володимир Ващук) і командування Сектора «М» (генерал-майор «Титул», полковник «Тєтєрєв»; полковник Шидлюх В. В., підполковник Сінько О. Г.). У дослідженнях брали участь науковці Збройних Сил України: підполковник Панін В. В., капітан ІІІ рангу Зембіцький О. О. Відвідувались бойові порядки наступних підрозділів: 18 батальйону 28 бригади («Молния» – вч В2317 / вч А1302); 21 батальйону 28 бригади («Сармат» – вч В2604 / вч А1302); 23 батальйону 28 бригади («Хортиця» – вч В0131 / вч А1302); 37 окремого батальйону («Фарс» – вч В6266);

2 броньової групи 17 окремої танкової бригади; 23 окремого батальйону 93 бригади; 79 аеромобільної бригади («Днепр» – вч А0224); 36 окремої бригади морської піхоти берегової охорони («Маяк» – вч А2802); вч 2323 окремої радіолокаційної роти («Улыбка»); 54 окремого розвідувального батальону «Ольжич»; 4 розвідувальної роти («Ровер»), а також окремі негласні розвідувально-пошукові, оперативно-технічні підрозділи і оперативно-бойові (партизанські) загони МВС-СБУ-ДПС-СЗР-ГУР: «Циклон», «Тінь», «Лаванда», «Омега» тощо. Робота проводилась у групах та індивідуально. Застосовувались методи дебрифінгу та кризової інтервенції, індивідуальної психологічної консультації. Проводилась діагностична робота за низкою методик, які розроблені фахівцями НДЦ ГП ЗС України (вч А2350). Основний напрямок діагностичної роботи – вивчення наявності ознак переживання військовослужбовцями гострої реакції на стрес, бойової втоми, негативних наслідків впливу стресу, який не пов'язаний з виконанням бойових завдань. Під час спілкування з особовим складом підрозділів були задіяні більше 85 % військовослужбовців від наявного особового складу.

Оволодіння військовослужбовцем спеціальністю потребує комплексу психофізіологічних якостей, зокрема: функції слухового, зорового аналізаторів, оперативної і довготривалої пам'яті, ступеня концентрації і вміння переключати увагу, емоційно-вольових якостей, психомоторної реакції, нервово-психічної стійкості і деяких інших факторів.

Результати. Організація психодіагностичного, медичного і реабілітаційного забезпечення особового складу в умовах воєнного і мирного часів, з урахуванням досвіду АТО, має наступні особливості:

1. Окрім стандартних психодіагностичних батарей тестування пропонується застосовувати наступні, апробовані авторами, тести: 1. Контент-аналіз успішності службової діяльності оперативного працівника; 2. 16-факторний особистісний опитувальник Кеттела; 3. Методика особистісного диференціалу за модифікацією науково-дослідного психоневрологічного інституту ім. В.М. Бехтєрєва; 4. Короткий відбірковий тест – КВТ; 5. Статистичний аналіз отриманих даних рекомендовано проводити з застосуванням U-критерію Манна–Уїтні.

2. Оперативні працівники звертаються по допомогу у медичні заклади лише в крайніх випадках; серед них спостерігається феномен прихованої (утаємненої) інвалідності, тому особливо важливі профілактичні заходи, у тому числі шляхом створення пересувних психоневрологічних загонів швидкого реагування.

3. Лікарями оперативно-бойових загонів слід призначати спеціалістів-реаніматологів, які обізнані у практичній екстремальній психотерапії і прикладній психології, або лікарів-психіатрів, які мають додаткову підготовку з реаніматології або за програмою «авіаційно-морська і водолазна медицина». Корисним вважаємо відновлення курсів підготовки за фахом «Лікар-диверсант», «Лікар-рятувальник», «Експедиційний лікар».

4. У програмах навчальних закладів і тренувальних центрів з підготовки офіцерів оперативно-бойових загонів і внутрішньої розвідки розділи з медичної підготовки необхідно доповнити заняттями з аутотренінгу, медитативними практиками за системами Rei-Ki (Учителя доктора Мікао Усуї), Tensegrity (Дона Карлоса Кастанеди) і свастичної-рунічної гімнастики (рунічної йоги) Stathagaldr (за настановами З. А. Кюммера, Ф. Б. Марбі і К. Шписбергера) або рунічних асан слов'янських рез тощо. Перед виконанням складних оперативно-бойових завдань: оперативне впровадження, робота під прикриттям тощо, позитивно себе зарекомендували психоінформаційні (психотронні) і психофармакологічні (каліпсолотерапія та ін.) технології змінених станів свідомості.

Висновки

1. Актуальність застосованих психофізіологічних методик доведена.

2. Перед виконанням особливо важливих професійних завдань необхідне виявлення рівня тривоги та стресостійкості.

3. Особи, які не проходили попередній психофізіологічний відбір, мають низький рівень адаптації до особливих умов діяльності при виконанні завдань і більш тривалий термін реабілітації.

4. Після виконання оперативно-бойових завдань спостерігаються психологічне виснаження і різні варіанти астено-депресивного синдрому з суїцидальними тенденціями, залежність від психоактивних речовин тощо.

Ключові слова: професійні психофізіологічні якості, психофізіологічні методики, надійність персоналу, АТО.

O. O. Krupska[1], A. V. Batsa[2,3], M. M. Matiash[4], V. M. Postrelko, A. V. Serhiienko[2,3], T. A. Serhiienko[5], I. F. Zdoryk[6], I. S. Trinka[7], A. S. Fokina[4], M. Ya. Yarmolenko[4]

PECULIARITIES OF PSYCHODIAGNOSTIC AND PSYCHO-PHYSIOLOGICAL SUPPORT PERSONNEL OF THE AGENCIES AND ARMED FORCES IN COMBAT FORMATIONS AND STAGES OF MEDICAL-PSYCHOLOGICAL REHABILITATION

[1] Medical department of the military unit A-1799 of the Main Directorate of Intelligence of Armed Forces of Ukraine
[2] Committee of War Veterans of Chernobyl All-Ukrainian Association «Afghans of Chernobyl»
[3] International Union of Veterans of Special Operative-Psychological Operations and Strategic Political Technologies «Bund Ajide Ben Khozar» of the Global Union of Scientists for Peace
[4] Kyiv Medical University of UAFM Ukraine
[5] Department of counterintelligence of Security Service of Ukraine
[6] Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine
[7] Ukrainian Military Medical Academy
thalib323@gmail.com

Background. The individual adaptation to the changed conditions of life has been and remains a leading challenge medical and psychological support efficient operation of a soldier in the performance of professional tasks. Especially in our time and in our country, when the appearance of a large number of combatants extremely exacerbated the problem of medical and psychological adaptation to the specific conditions of civil life.

Objective: to study psychophysiological and psychodiagnostic provision of personnel and troops in combat zones orders anti-terrorist operation (hereinafter –ATO) and stage medical and psychological rehabilitation.

Materials and methods. Studied a statistically significant representative group of human soldiers and volunteers using standard techniques.

Results studies show that the organization psychodiagnostic, medical rehabilitation and maintenance personnel in war and peace time, the experience ATO has the following features:

1. In addition to the standard battery of psychodiagnostic testing is proposed to use the following, the authors tested, tests: a). content analysis of successful operational performance management employee; b). Cattell's 16 Personality Factors Test; c). methods for differential personal modification Psychoneurological Research Institute name of V. M. Bekhterev; d). summary preliminary test; e). the statistical analysis of the data obtained is carried out using the Mann-Whitney U-criterion. 2. Operational workers

seek help in medical facilities only in extreme cases; among them there is a hidden phenomenon disability; therefore particularly important preventive measures. 3. Doctors operational and combat units should be given specialist emergency physicians who practice extreme aware of psychotherapy and applied psychology or psychiatrists, who have additional training on resuscitation or under the «air-sea diving and medicine". 4. The programs of schools and training centers to prepare officers operational and military intelligence units and internal parts of medical training to supplement lessons on anger management, practices for systems Rei-Ki (Master Dr. Mikao Usui), Tensegrity (Castaneda's Don Carlos) and svasta-runic gymnastics (runic yoga) Stathagaldr (guidelines for Kyummer, F. Marbach, K. Shpysberher) or asanas Slavic runic cut more.

Conclusions. 1. The actuality of applied psychophysiological methods is proved. 2. Before performing critical tasks necessary to identify the professional level of anxiety and stress. 3. Those, who have not passed the preliminary psychophysiological selection have a low level of adaptation to the specific operating conditions in carrying out the tasks and longer-term rehabilitation. 4. After performing operational-combat tasks there is a psychological exhaustion and various variants of aesthetic and depressive syndrome with suicidal tendencies, dependence on psychoactive substances, etc.

Keywords: professional psycho-physiological qualities, psycho-physiological methods, personnel reliability, ATO

УДК 616.895:616.891.6-053.71

О. І. Масік

ДЕПРЕСИВНИЙ СИНДРОМ У СТРУКТУРІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, м. Вінниця

doctor20000@i.ua

Актуальність. Прояви депресивного синдрому і різноманітність його проявів при, здавалося б, досить чіткій і вивченій симптоматиці створюють дивовижну мозаїку клінічного перебігу з фіксацією на рівні соматики.

У дітей підліткового віку розлади настрою чи дистимія проявляються досить різноманітно або тривалість симптоматики недостатня, щоб діагностувати депресивний стан.

Тому дослідження особливостей симптоматики психосоматичної патології, зокрема депресивного синдрому, стає вельми актуальною проблемою.

Мета роботи – виявлення клінічних психопатологічних особливостей соматизованого депресивного розладу при розвитку психосоматичної патології у підлітків та методи його корекції.

Матеріали та методи. Проведено комплексне клініко-психопатологічне обстеження 127 підлітків з психосоматичними розладами.

Серед обстежених було 65 хлопчиків і 62 дівчинки, розподіл за віком був наступним: молодший підлітковий вік (10–14 років, n=66), середній підлітковий вік (15–16 років, n=42), старший підлітковий вік (17–18 років, n=19).

Залежно від соціального статусу обстежені були розподілені наступним чином: підлітки з повної сім'ї (n=68), підлітки з неповної сім'ї (n=20), підлітки-сироти (n=39).

11 підліткам із психосоматичними розладами проведено лікування з використанням препарату ламотриджин в дозі 1–3 мг/кг/добу впродовж трьох тижнів;

9 осіб отримували ламотриджин у поєднанні з психотерапією (клієнт-центрована терапія).

Для визначення кількісних показників спектра депресивних симптомів використовували методику діагностики рівня депресії CDI (Children Depression's Inventory (M. Kovacs).

Результати. У більшості респондентів рівень депресії був у межах норми (від 43,63±0,21 до 53,97±0,22 балів – середній рівень).

Разом з тим, у групі дітей старшого підліткового віку (обох статей) рівень депресії виявився вищим за середній (від 55,45±0,49 до 61,88±0,53 балів) при ($p<0,00001$), порівняно з групами молодшого і середнього підліткового віку.

Проведений аналіз за шкалами показав, що загальне зниження настрою, постійне очікування неприємностей і підвищений рівень тривожності (шкала A) відзначали 47,37 % підлітків. Агресивна поведінка, високий негативізм та ідентифікація себе з поганим (шкала B) мали місце в 57,89 % осіб. Високий рівень впевненості у своїй неефективності в школі (шкала C) визначено в 52,63 % респондентів. Високий рівень виснаження і почуття самотності (шкала D) виявлено в 47,37 %. Низьку самооцінку і наявність суїцидальних думок (шкала E) відмічали 36,84 % обстежених.

Найвищий відсоток неблагополуччя в групі молодшого підліткового віку було визначено за шкалою B (42,42 %), однакові значення отримані за шкалами CDI загальний, шкалами C, D (по 34,85 %), за шкалою A (25,76 %) та шкалою E (22,73 %).

У групі середнього підліткового віку рівень депресії вище середнього значення (від 50,59±0,20 до 53,11±0,31 балів) встановлено: за шкалою C – у 33,33 %, шкалами D і B – по 28,57 %, шкалою CDI загальний – у 21,43 %, шкалою A – у 19,05 %, шкалою E – у 4,76 % обстежених.

У групі старшого підліткового віку рівень депресії вище середнього значення (від 55,45±0,49 до 61,88±0,53 балів) з високим рівнем достовірності ($p<0,00001$), порівняно з групами молодшого і середнього підліткового віку, виявлено: за шкалою CDI загальний – у 63,16 %, за шкалою B – у 57,89 %, за шкалою C – у 52,63 %, за шкалами A і D – по 47,37 %, за шкалою E – у 36,84 % обстежених.

Найвищі показники рівня депресії отримані в групі сиріт, з високим відсотком за загальним показником CDI, шкалами B, C і D.

У групі дітей з повної сім'ї встановлено низький рівень депресії за всіма шкалами (не перевищує 33 %).