

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНОГО СТАНУ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

tamarapanko@ukr.net

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота є фрагментом НДР «Дослідити стан психічного здоров'я у внутрішньо переміщених осіб (спектр психічних розладів, чинники формування, діагностика, реабілітація)» (№ державної реєстрації 0113U001293).

Вступ. Міграція є значущим чинником порушень психічного здоров'я [1-3].

Спостереження за станом психічного здоров'я популяції мігрантів показало, що найбільш поширеними формами психічної патології являються різноманітні реакції на стрес, посттравматичні стресові розлади, депресивні розлади. Велика увага також приділяється можливо не найбільш поширеним, але дуже важким формам психопатології, таким як психотичні розлади. «Амок» чи «Мата елап» – психотичний стан з руйнівною поведінкою з намаганням до вбивства без провокуючого чинника. «Boufée delirante» чи важкий психоз – психотичний стан з психомоторним збудженням, агресивною поведінкою та сплутаністю свідомості; дисоціативна психотична реакція. Також у мігрантів спостерігалися дисоціативні розлади, а саме раптовий колапс, відчуття сліпоты, нездатність говорити або рухатися; оволодіння духами предків; страх генітального втягування; раптовий терор, що супроводжується екосимптомами та змінами свідомості; втома, депресія або плутанина слідом за ним руйнівна поведінка; оволодіння духом та ін.

Починаючи з 2014 року в Україні набувала великого значення проблема внутрішньої міграції. За даними ВООЗ кількість внутрішньо переміщених осіб (ВПО) в країні сягає 1 500 000. Профілактика психічних порушень і вивчення особливостей психічного стану у ВПО є важливим медико-соціальним завданням [4-7].

Виходячи з вищевикладеного, необхідність своєчасної діагностики та надання допомоги ВПО є вкрай важливим.

Метою дослідження було вивчення спектру клініко-психопатологічних порушень у ВПО.

Об'єкт і методи дослідження. Було обстежено 51 внутрішньо переміщену особу: 37 (72,55 ± 6,25) % жінок та 14 (27,45 ± 6,25) % чоловіків. Обстеження проводилось у відділі пограничної психіатрії Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України».

Для вирішення поставлених мети і завдань в НДР використовувався комплекс методів дослідження: інформаційно-теоретичний, вербально-комунікативний, психометричний та математико-статистичний.

Інформаційно-теоретичний метод дослідження реалізовувався за допомогою теоретико-методологічного аналізу: проводилось дослідження теоретичних положень і експериментальних досліджень внутрішньо переміщених осіб на території України та за її межами, що дозволило встановити сучасний

стан проблеми психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб, проаналізувати існуючі уявлення щодо специфіки та складових компонентів психічного здоров'я, проблем детермінації процесів адаптивності та відновлення особистості при переміщенні на інше місце проживання.

Вербально-комунікативний метод дослідження використовувався для збору відомостей від внутрішньо переміщених осіб, який був доповнений напівструктурованим інтерв'ю для визначення соціально-демографічних, анамнестичних та адаптаційних характеристик внутрішньо переміщених осіб.

Напівструктуроване інтерв'ю було розроблено у відділі пограничної психіатрії для збору даних про внутрішньо переміщених осіб, виявлення групи ризику та осіб, що потребують медичної допомоги, ступеня задоволеності різними аспектами свого життя, оцінки впливу зміни місця проживання на життєдіяльність пацієнта, що давало, таким чином, додаткову інформацію про адаптаційні можливості внутрішньо переміщених осіб. Інтерв'ю являє собою напівзакритий варіант анкетування, в якому є як закриті питання і наведені до них чітко структуровані варіанти відповідей, так і відкриті питання і спонтанні коментарі. Обробка отриманих результатів проводилася як кількісно, так і якісно, що дозволяло отримати більш повну інформацію про життя внутрішньо переміщених осіб. На підставі отриманих даних будувалися таблиці, що відображали соціально-демографічні, анамнестичні та адаптаційні характеристики внутрішньо переміщених осіб.

Психометричний метод дослідження використовувався для оцінки актуального психічного стану внутрішньо переміщених осіб та був реалізований за допомогою наступних шкал: шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) (М. Гамільтон, 1960) – використовується для кількісної оцінки стану депресії у внутрішньо переміщених осіб [8]; шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HARS) (М. Гамільтон, 1960) – використовувалась для кількісної оцінки стану тривоги у внутрішньо переміщених осіб [9].

Математико-статистичний метод використовувався для підтвердження або спростування репрезентативності даних, вірогідності розбіжностей між групами порівняння. В процесі роботи усі отримані дані в цифровій формі вносилися в спеціально створену базу даних. Формування зведених таблиць проводили за допомогою програми MS Excel v.8.0.3. Обробку одержаних даних здійснювали за допомогою дисперсійного, кореляційного та факторного аналізу на персональному комп'ютері за допомогою програм SPSS 15.0 та MS Excel v.8.0.3. Вірогідності розходжень між отриманими емпіричними розподілами визначали за критерієм Стьюдента (t), точним методом Фішера (ТМФ). Перевірку наявності

взаємозв'язків між показниками здійснювали методом кореляційного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення. Загальна характеристика обстежених ВПО представлена в таблиці.

Згідно з представленими в таблиці даними, більшість обстежених ВПО склали особи від 50 років до 59 років – (29,41 ± 6,38) % та від 60 років до 69 років – (23,53 ± 5,94) %. Тобто, серед обстежених ВПО переважали особи старшого та середнього віку.

За сімейним станом обстежені розподілилися наступним чином: не заміжніх (не одружених) було 12 осіб ((23,53 ± 5,94) %), сімейних – 14 осіб ((27,45 ± 6,252) %), вдів/вдівців – 8 осіб ((15,69 ± 5,09) %), розлучених – 17 осіб ((33,33 ± 6,60) %), що свідчить про переважання серед обстежених осіб, які не мають повної сім'ї.

Серед обстежених переважали особи, що мали дітей. Переважна більшість серед них мала 1 або 2 дитини ((35,29 ± 6,69) % та (25,49 ± 6,10) % відповідно), трьох дітей мали (3,92 ± 2,72) %, не мали дітей (35,29 ± 6,69) % обстежених ВПО.

Оцінка умови проживання, свідчить, що більшість з обстежених ВПО проживали в гуртожитку ((52,94 ± 6,99) %) та мали соціальне житло ((23,53 ± 5,94) %). Власне житло мали лише (7,84 ± 3,76) %, можливість винаймати житло була у (7,84 ± 3,76) %, державне житло мали (3,92 ± 2,72) % та така ж кількість обстежених проживали в сім'ях близьких і (3,92 ± 2,72) %. Наведені дані демонструють наявність невирішених проблем в житловій сфері у ВПО.

Оцінка освіти обстежених свідчить, що більшість з них мали середньо-спеціальну освіту (41,18 ± 6,89) %, середню освіту – (21,57 ± 5,76) %, вищу освіту – (15,69 ± 5,09) %, незакінчену вищу освіту – (11,76 ± 4,51) %, та (9,80 ± 4,16) % обстежених мали неповну середню освіту. Отримані дані віддзеркалюють переважання серед обстежених осіб, які мають середній рівень освіти.

Характеризуючи професійну зайнятість ВПО під час обстеження, слід відзначити, що тільки менша частина з них підтвердила наявність роботи (37,25 ± 6,77) %, не були працевлаштовані (62,75 ± 6,77) %. Важливим є той факт, що з осіб, які мали роботу, працевлаштовані за фахом були лише (17,65 ± 5,34) %, тоді як решта працювала не за фахом. Отримані дані демонструють низькі показники працевлаштування та професійної реалізованості серед ВПО цієї групи.

Оцінка соціальної активності ВПО до та після переселення також відбиває зміни, що відбулися у обстежених. Так, до переселення більшість обстежених мали роботу (72,55 ± 6,25) %, невелика кількість обстежених не працювали (9,80 ± 4,16) %, пенсіонерів за віком було (13,73 ± 4,82) %, пенсіонерів по інвалідності – (3,92 ± 2,72) %. Після переселення суттєві зміни відбулися у групах працюючих та не працюючих. Тобто, внаслідок переселення суттєво знизилась кількість працюючих до (37,25 ± 6,77) % та збільшилась кількість не працюючих до (43,14 ± 6,94) %.

Оцінка міста проживання до та після переміщення свідчить, що до переселення у сільській місцевості проживало (47,06 ± 6,99) %, а у місті (52,94 ± 6,99) %. Після переселення ця ситуація змінилася: достовірно більша частина обстежених мешкала – у місті (68,63 ± 6,50) %, менша – у сільській місцевості (31,37 ± 6,50)

Таблиця – Загальна характеристика обстежених ВПО

Показник, що оцінювався	Внутрішньо переміщені особи	
	абсолютна кількість (n = 51)	% ± m %
Стать		
- жінки	37	72,55 ± 6,25
- чоловіки	14	27,45 ± 6,25
Вік		
- 18-29	6	11,76 ± 4,51
- 30-39	7	13,73 ± 4,82
- 40-49	10	19,61 ± 5,56
- 50-59	15	29,41 ± 6,38
- 60-69	12	23,53 ± 5,94
- 70-88	1	1,96 ± 1,94
Умови проживання		
- державне житло	2	3,92 ± 2,72
- власне житло	4	7,84 ± 3,76
- гуртожиток	27	52,94 ± 6,99
- в сім'ї близьких	2	3,92 ± 2,72
- соціальне житло	12	23,53 ± 5,94
- винаймають житло	4	7,84 ± 3,76
Сімейний стан:		
- не заміжні (не одружені)	12	23,53 ± 5,94
- сімейні	14	27,45 ± 6,25
- вдови (вдівці)	8	15,69 ± 5,09
- розлучені	17	33,33 ± 6,60
Кількість дітей		
- 1 дитина	18	35,29 ± 6,69
- 2 дитини	13	25,49 ± 6,10
- 3 дитини	2	3,92 ± 2,72
- 4 дитини	-	-
- 5 дітей	-	-
- більш 5 дітей	-	-
- не мали дітей	18	35,29 ± 6,69
Освіта		
- неповна середня	5	9,80 ± 4,16
- середня	11	21,57 ± 5,76
- середня спеціальна	21	41,18 ± 6,89
- незакінчена вища	6	11,76 ± 4,51
- вища	8	15,69 ± 5,09
Наявність роботи		
- так	19	37,25 ± 6,77
- ні	32	62,75 ± 6,77
За спеціальністю		
- так	9	17,65 ± 5,34
- ні	10	19,61 ± 5,56
Місце проживання до переселення		
- місто	27	52,94 ± 6,99
- сільська місцевість	24	47,06 ± 6,99
Місце проживання після переселення		
- місто	35	68,63 ± 6,50
- сільська місцевість	16	31,37 ± 6,50
Соціальна активність до переселення		
- працюючи	37	72,55 ± 6,25
- не працюючи	5	9,80 ± 4,16
- пенсіонери за віком	7	13,73 ± 4,82
- пенсіонери по інвалідності	2	3,92 ± 2,72
- відпустка по уходу за дитиною	-	-
Соціальна активність після переселення		
- працюючи	19	37,25 ± 6,77
- не працюючи	22	43,14 ± 6,94
- пенсіонери за віком	7	13,73 ± 4,82
- пенсіонери по інвалідності	2	3,92 ± 2,72
- відпустка по уходу за дитиною	1	1,96 ± 1,94
Рівень добробуту до переїзду		
- високий	14	27,45 ± 6,25
- середній	32	62,75 ± 6,77
- низький	5	9,80 ± 4,16
Рівень добробуту після переїзду		
- високий	2	3,92 ± 2,72
- середній	15	29,41 ± 6,38
- низький	34	66,67 ± 6,60

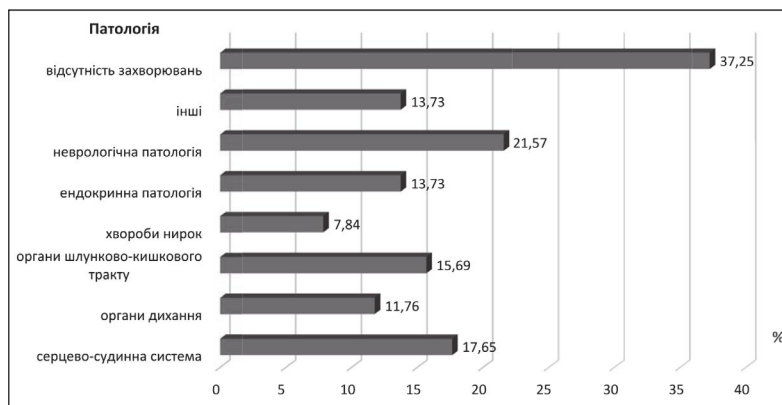


Рисунок 1 – Наявність супутньої патології захворювань у обстежених ВПО.

%. Тобто, у частини обстежених спостерігалася зміна стереотипного образу життя.

Оцінка рівня добробуту свідчить, що до переселення переважна кількість обстежених оцінювала рівень свого добробуту як середній ($62,75 \pm 6,77$), ($27,45 \pm 6,25$) % – як високий, ($9,80 \pm 4,16$) % – як низький. Після переселення картина змінилася: ($66,67 \pm 6,60$) % обстежених оцінювали рівень свого добробуту як низький, ($29,41 \pm 6,38$) % – як середній та ($3,92 \pm 2,72$) % як високий

Оцінка наявності інтеркурентної патології, потреби в медичній допомозі, частоти звернень за медичною допомогою до різних спеціалістів та факторів, що сприяють або заважають адаптації у ВПО представлена на **рисунку 1**.

Як видно з **рисунку 1**, більшість обстежених ВПО вказували на наявність у себе супутньої сомато-неврологічної патології: у вигляді неврологічних роз-

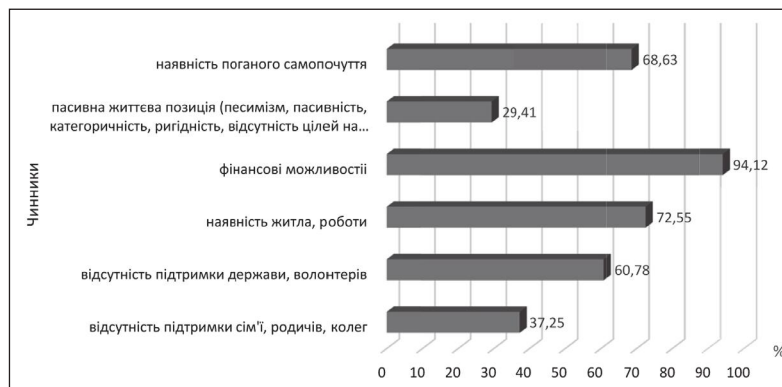


Рисунок 2 – Чинники, що посилюють стрес в ситуації, що змінилася.

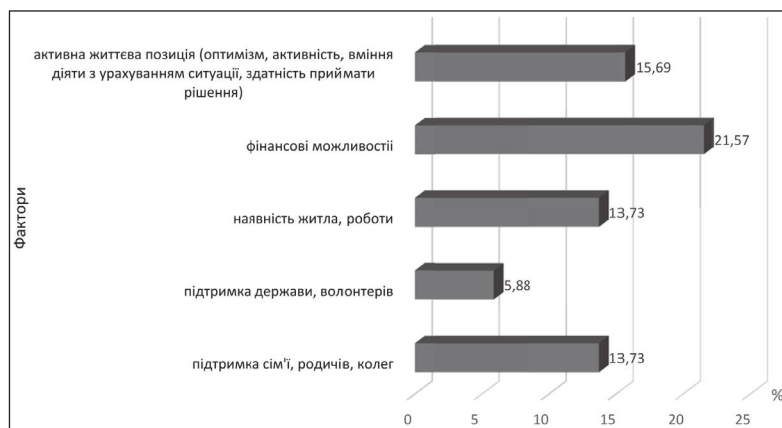


Рисунок 3 – Антистресові чинники в ситуації, що змінилася.

ладів у ($21,57 \pm 5,76$) % випадків, захворювань серцево-судинної системи – у ($17,65 \pm 5,34$) %, органів шлунково-кишкового тракту – ($15,69 \pm 5,09$) %, патології з боку ендокринної системи ($13,73 \pm 4,82$) %, органів дихання ($11,76 \pm 4,51$) %, хвороби нирок ($7,84 \pm 3,76$) %. ($37,25 \pm 6,77$) % обстежених вказували на відсутність супутніх захворювань.

Оцінюючи частоту звернення до лікарів, ВПО підтвердили, що звертаються до лікарів різних спеціальностей часто у ($68,63 \pm 6,50$) % випадків, не часто – у ($31,37 \pm 6,50$) %.

Серед фахівців, допомога яких їм була необхідна, обстежені ВПО виділяли, насамперед, терапевта ($33,33 \pm 6,60$) %, невропатолога – ($35,29 \pm 6,69$) %, дещо рідше вони наголошували на потребі в консультації кардіолога ($23,53 \pm 5,94$) %, гастроентеролога ($17,65 \pm 5,34$) %, ендокринолога ($19,61 \pm 5,56$) %, інших спеціалістів (проктолога, гінеколога, нефролога) ($11,76 \pm 4,51$) % та хірурга ($5,88 \pm 3,2$) %.

В процесі обстеження проводилася оцінка антистресових чинників та чинників, що посилюють стрес в ситуації внутрішнього переміщення (**рис. 2, 3**).

Серед чинників, що посилюють стрес у ВПО в ситуації, що змінилася, достовірно частіше виявлялися такі фактори, як фінансові труднощі ($94,12 \pm 3,29$) %, наявність поганого самопочуття ($68,63 \pm 6,50$) %, відсутність житла, роботи ($72,55 \pm 6,25$) %, відсутність підтримки держави, волонтерів ($60,78 \pm 6,84$) %, сім'ї, родичів, колег ($37,25 \pm 6,77$), пасивна життєва позиція (песимізм, пасивність, категоричність, ригідність, відсутність цілей на майбутнє) ($29,41 \pm 6,38$) %. Зрідка спостерігався прийом речовин, що знижують напругу (ліки, алкоголь, сигарети) ($5,88 \pm 3,29$) %.

Як свідчать дані **рисунку 3**, серед антистресових чинників в ситуації, що змінилася, більшість обстежених виділяли фінансові можливості ($21,57 \pm 5,76$) %, активну життєву позицію (оптимізм, активність, вміння діяти з урахуванням ситуації, здатність приймати рішення) ($15,69 \pm 5,09$) %, підтримку сім'ї, родичів, колег ($13,73 \pm 4,82$) %, наявність житла, роботи ($13,73 \pm 4,82$) %, підтримку держави, волонтерів ($5,88 \pm 3,29$) %.

Під час обстеження хворих на психічні розлади ВПО були проаналізовані симптоми, які, незалежно від розладу були, об'єднані за сферами порушень. Характеристика симптомів представлена на **рис. 4, 5, 6**.

Структура емоційних проявів характеризувалась наявністю симптомів переважно депресивного та тривожного спектрів з переважанням зниженого настрою ($56,86 \pm 6,94$) %, звуженого кола інтересів ($74,51 \pm 6,10$) %, напруги ($70,59 \pm 6,38$) %, песимістичних думок ($82,35 \pm 5,34$) %. Тривожні прояви про-

являлись у вигляді нав'язливих тривожних спогадів пережитих подій ($94,12 \pm 3,29$ %), хвилювання ($86,27 \pm 4,82$ %), відчуття внутрішнього дискомфорту ($76,47 \pm 5,94$ %), страху перед майбутнім ($68,63 \pm 6,50$ %), постійних тривожних думок по відношенню до різних ситуацій ($62,75 \pm 6,77$ %), загального відчуття тривоги ($56,86 \pm 6,94$ %), тривожних очікувань та побоювань ($54,90 \pm 6,97$ %), страху, що ситуація з воєнними подіями може повторитися ($50,98 \pm 7,00$ %), ситуативна тривога ($37,25 \pm 6,77$ %), страх за стан свого здоров'я ($37,25 \pm 6,77$ %), немотивований страх ($21,57 \pm 5,76$ %).

Симптоми сомато-вегетативного спектру проявлялися у вигляді втомлюваності ($88,24 \pm 4,51$ %), порушень нічного сну ($74,51 \pm 6,10$ %), больових відчуттів в області серця ($70,59 \pm 6,38$ %), проявів вегетативного дисбалансу ($58,82 \pm 6,89$ %), порушень апетиту ($52,94 \pm 6,99$ %), змішаних вегето-судинних порушень ($47,06 \pm 6,99$ %), пароксизмальних вегето-судинних порушень ($41,18 \pm 6,89$ %), сновидінь, що супроводжуються картинками пережитих подій ($41,18 \pm 6,89$ %), перманентних симпатико-тонічних станів ($37,25 \pm 6,77$ %), головного болю ($37,25 \pm 6,77$ %), зниження ваги ($13,73 \pm 4,82$ %).

Когнітивні порушення у обстежених характеризувалися схильністю до негативної оцінки пережитих подій ($94,12 \pm 3,29$ %), порушеннями концентрації уваги ($86,27 \pm 4,82$ %), порушеннями пам'яті ($82,35 \pm 5,34$ %), відчуттям безперспективності майбутнього ($56,86 \pm 6,94$ %), ідей малоцінності ($37,25 \pm 6,77$ %), схильністю до переоцінки важкості свого стану ($17,65 \pm 5,34$ %), суїцидальними думками та висловлюваннями ($15,69 \pm 5,09$ %).

Клінічна картина у обстежених характеризувалася поєднанням емоційних, вегетативно-соматичних і когнітивних симптомів з переважанням симптомів тривожно-депресивного спектру.

Аналіз діагностичних категорій, виявлених у обстежених відображений на **рис. 7**.

Як видно з **рисунок 7**, під час обстеження були встановлені наступні діагнози, за МКБ-10: органічний афективний (депресивний) розлад (F06.3) у ($7,84 \pm 3,76$ %); органічний тривожний розлад (F06.4) у ($11,76 \pm 4,51$ %); помірний депресивний епізод (F32.1) у ($15,69 \pm 5,09$ %); рекурентний депресивний розлад (F33.1) у ($3,92 \pm 2,72$ %); післятравматичний стресовий розлад (F43.2) у ($17,65 \pm 5,34$ %); пролонгована депресивна реакція (F43.2) у ($27,45 \pm 6,25$ %); розлади адаптації у ($11,76 \pm 4,51$ % та змішаний тривожно-депресивний розлад у ($3,92 \pm 2,72$ %) обстежених.

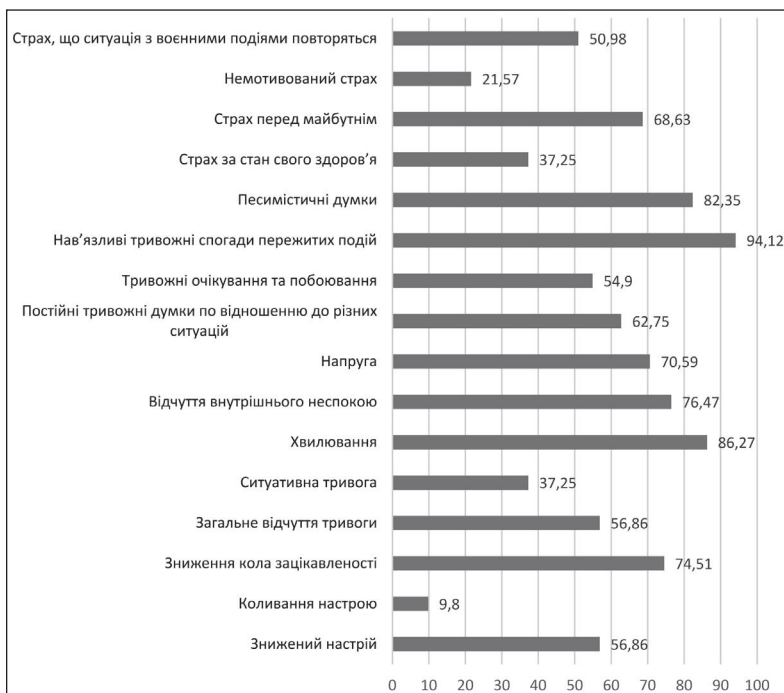


Рисунок 4 – Структура порушень емоційного спектру.

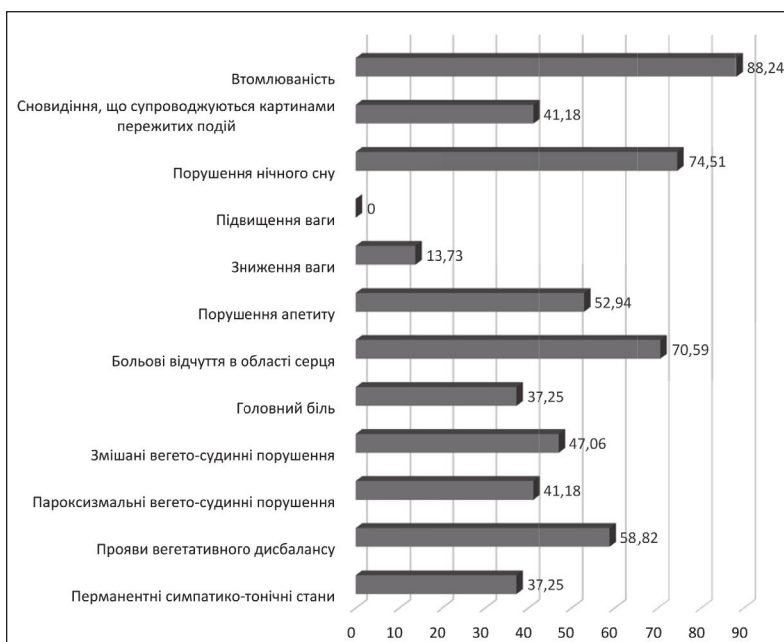


Рисунок 5 – Структура вегетативно-соматичних порушень.

Тобто, у більшості пацієнтів ($60,76$ %) виявлялися патологія з рубрики «Реакція на тяжкий стрес і розлади адаптації».

Також всім хворим була проведена оцінка рівня депресії та тривоги за шкалою Гамільтона (**рис. 8 та 9**).

Всі обстежені за рівнем депресії були поділені на 2 групи: у 34 обстежених депресивні розлади мали помірний рівень (показники депресії коливались від 14 до 18 балів), у 17 обстежених показники відповідали важкому рівню депресії з показниками від 19 до 22 балів (**рис. 8**).

Як свідчать отримані дані, у всіх обстежених рівень тривоги був симптоматично значущим і сягав 21-28 балів (**рис. 9**).

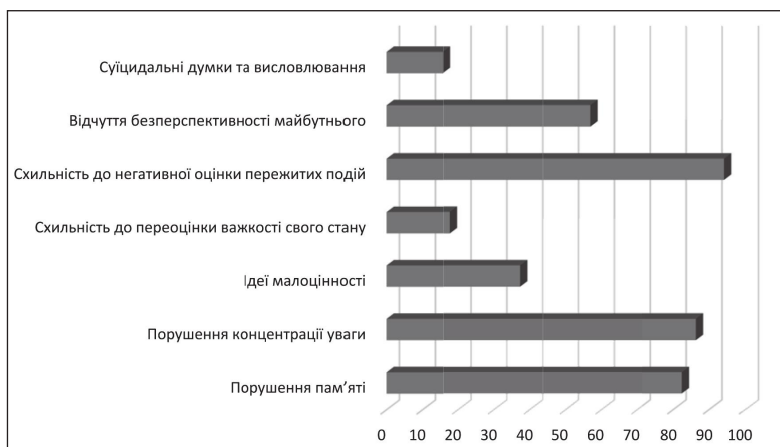


Рисунок 6 – Структура когнітивних порушень.

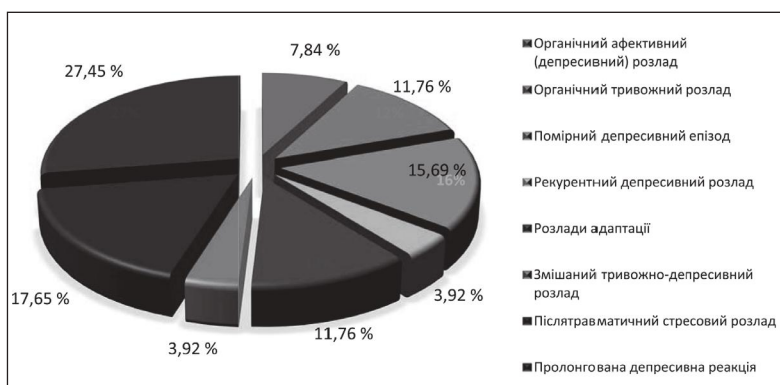


Рисунок 7 – Діагнози за МКХ-10 у ВПО, що звернулися за допомогою.

Таким чином, у ВПО клінічна картина психічних порушень включала наявність емоційних, вегетативно-соматичних та когнітивних розладів. Структура емоційних порушень характеризувалась переважанням симптомів тривожно-депресивного спектру. Незважаючи на наявність психічних розладів, лише 19,54 % хворих вважали, що у них є психічні розлади, 80,46 % не вважали, що у них є психічні розлади. Наявність симптомів тривожно-депресивного спектру підтверджувалась оцінками депресії та тривоги за шкалою Гамільтона.

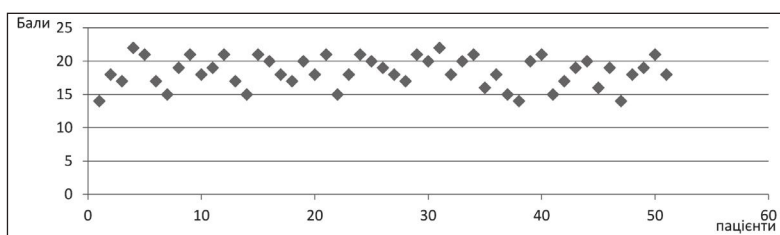


Рисунок 8 – Показники депресії у ВПО.

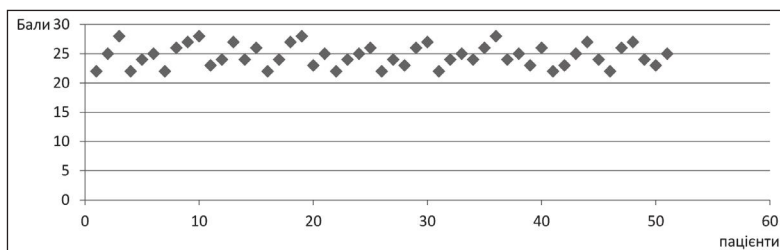


Рисунок 9 – Показники тривоги у ВПО.

Висновки

1. Серед ВПО з психічними розладами переважали особи старшого та середнього віку: від 50 років до 59 років – 29,41 %, від 60 років до 69 років – 23,53 %, особи, що не мали повної сім'ї – 72,55 %; з невіршеними проблемами в житловій сфері – 76,47 %, мали низький рівень працевлаштування – 37,25 % (працевлаштованими за фахом були тільки 17,65 %).

2. У обстежених ВПО визначений широкий спектр психічних розладів, до якого входили. Так, у 27,45 % спостерігалася пролонгована депресивна реакція (F43.21); у 17,65 % – післятравматичний стресовий розлад (F 43.1), у 15,69 % – помірний депресивний епізод (P32.1), у 11,76 % – органічний тривожний розлад (F 06.4), у 11,76 % – розлади адаптації зі змішаними порушеннями емоцій та поведінки; у 7,84 % – органічний афективний (депресивний) розлад (F 06.3); у 3,92 % – рекурентний депресивний розлад (33.1) та у 3,92 % – змішана тривожно-депресивна реакція. У більшості пацієнтів (60,76 %) виявлялася патологія, що належить до рубрики «Реакція на тяжкий стрес і розлади адаптації» і проявляється переважно розладами тривожно-депресивного спектру.

3. Дані опитування показали, що серед антистресових факторів обстежені виділяли: фінансові можливості (21,57 %); активну життєву позицію (оптимізм, активність, вміння діяти з урахуванням ситуації, здатність приймати рішення) (15,69 %); підтримку сім'ї, родичів, колег (13,73 %); наявність житла, роботи (13,73 %). До факторів, що заважають адаптації, в ситуації, що змінилась відносяться фінансові труднощі (94,12 %); відсутність підтримки держави, волонтерів (60,78 %), пасивна життєва позиція (песимізм, пасивність, категоричність, ригідність, відсутність цілей на майбутнє) (29,41 %).

4. Виділені фактори ризику розвитку психічних порушень у ВПО – старший вік від 50 років до 59 років (ДК = 2,08) та середній – від 40 років до 49 років (ДК = 2,82); відсутність повної сім'ї (ДК = 4,13), відсутність роботи (ДК = 3,87), низький рівень соціальної зайнятості (ДК = 2,11), відсутність задовільних умов житла (ДК = 2,07), актуальність факторів психічної травмизації (ДК = 2,04), наявність окремих донозологічних синдромів (ДК = 1,98).

Перспективи подальших досліджень. Встановлені особливості в подальшому слід враховувати для надання ефективної допомоги внутрішньо переміщеним особам.

Література

1. Rynhach NO. Mhtratsiya ta hromads'ke zdorov'ya: mizhnarodne bachennya i Ukrayin'ski realiyi u konteksti natsional'noyi bezpeky. Naukovyy chasopys Akademiyi natsional'noyi bezpeky. 2018;3-4(19-20):111-26. [in Ukrainian].
2. Orban-Lembryk LE. Vplyv mhratsiynykh protsesiv na povedinkovi proyavy osobystosti. Zbirnyk naukovykh prats': filosofiya, sotsiologiya, psykholohiya. Ivano-Frankivs'k: VDV TSIT. 2008;13(1):3-15. [in Ukrainian].
3. Popova OA. Klassifikatsionnyy analiz vyznuzhdennoy vnutrenney migratsii v Ukraine. Naukovo-teoretichnyy al'manakh «Grani». 2017;20(7(147)):65-71. DOI: 10.15421/171797 [in Russian].
4. Mikheyeva O, Sreda V. Sovremennyye ukrainskiye vnutrenne peremeshchennyye litsa: osnovnyye prichiny strategii pereseleniya i problemy adaptatsii. Sotsiologicheskoye issledovaniye. Posol'stvo Velikoy Britanii. [Internet]. Dostupno: <http://www.ostrovok.lg.ua/sociology/nauka/oksana-miheieva-viktoria-sereda-sociologichne-doslidzhennya-suchasni-ukrayinski-vnutrishno> [in Russian].
5. Venher OP. Osoblyvosti klinichnoyi symptomatyky depresyynykh rozladiv u emhrantiv ta reemhrantiv. Psykhichne zdorov'ya. 2015;2(47):3-8. [in Ukrainian].
6. Migration and psychopathology – Patricia Delgado. RíosAnuario de Psicología Clínica y de la Salud. Annuary of Clinical and Health Psychology. 2008;4:15-25.
7. Tarricone I, Braca M, Mazzi F, Berardi D. Psychopathology and migration. European Psychiatry. 2015 March 28-31;30(1):1942. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)31482-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)31482-6)
8. Hamilton M. A rating scale for depression. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 1960;23:56-62.
9. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol. 1959;32:50-5.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНОГО СТАНУ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Марута Н. О., Панько Т. В., Семікіна О. Є., Каленська Г. Ю.

Резюме. Метою дослідження було вивчення спектру клініко-психопатологічних порушень у внутрішньо переміщених осіб (ВПО). Було обстежено 51 ВПО: 72,55 % жінок та 27,45 % чоловіків.

У обстежених ВПО визначений широкий спектр психічних розладів, до якого входили: пролонгована депресивна реакція (F43.21); у 17,65 % – післятравматичний стресовий розлад (F 43.1), у 15,69 % – помірний депресивний епізод (P32.1), у 11,76 % – органічний тривожний розлад (F 06.4), у 11,76 % – розлади адаптації зі змішаними порушеннями емоцій та поведінки; у 7,84 % – органічний афективний (депресивний) розлад (F 06.3); у 3,92 % – рекурентний депресивний розлад (33.1) та у 3,92 % – змішана тривожно-депресивна реакція. Виділені антистресові фактори: фінансові можливості (21,57 %); активну життєву позицію (оптимізм, активність, вміння діяти з урахуванням ситуації, здатність приймати рішення) (15,69 %); підтримку сім'ї, родичів, колег (13,73 %); наявність житла, роботи (13,73 %) та фактори, що заважають адаптації, в ситуації, що змінилась (фінансові труднощі (94,12 %); відсутність підтримки держави, волонтерів (60,78 %), пасивна життєва позиція (песимізм, пасивність, категоричність, ригідність, відсутність цілей на майбутнє) (29,41 %)).

Ключові слова: внутрішньо переміщені особи (ВПО), психічні розлади, клініко-психопатологічні особливості.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ВНУТРЕННЕ ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Марута Н. А., Панько Т. В., Семикина Е. Е., Каленская Г. Ю.

Резюме. Целью исследования было изучение спектра клинико-психопатологических нарушений у внутренне перемещенных лиц (ВПЛ). Было обследовано 51 пациент из группы ВПЛ: 72,55 % женщин и 27,45 % мужчин.

У обследованных ВПЛ выявлен широкий спектр психических расстройств, в который входили: пролонгированная депрессивная реакция (F43.21) в 17,65 % – посттравматическое стрессовое расстройство (F 43.1), в 15,69 % – умеренный депрессивный эпизод (P32.1), в 11,76 % – органическое тревожное расстройство (F 06.4), в 11,76 % – расстройство адаптации со смешанными нарушениями эмоциями и поведения; в 7,84 % – органическое аффективное (депрессивное) расстройство (F 06.3), у 3,92 % – рекуррентное депрессивное расстройство (33.1) и у 3,92 % – смешанная тревожно-депрессивная реакция. Выделены антистрессовые факторы (финансовые возможности (21,57 %); активная жизненная позиция (оптимизм, активность, умение действовать с учетом ситуации, способность принимать решения) (15,69 %); поддержка семьи, родственников, коллег (13,73 %); наличие жилья, работы (13,73 %) и факторы, мешающие адаптации, в изменившейся ситуации (финансовые трудности (94,12 %), отсутствие поддержки государства, волонтеров (60,78 %), пассивная жизненная позиция (пессимизм, пассивность, категоричность, ригидность, отсутствие целей на будущее) (29,41 %)).

Ключевые слова: внутри перемещенные лица (ВПЛ), психические расстройства, клинико-психопатологические особенности.

FEATURES OF CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CONDITIONS IN INTERNALLY DISPLACED PERSONS WITH PSYCHIC DISORDERS

Maruta N. O., Panko T. V., Semikina O. Ye., Kalenska G. Yu.

Abstract. The aim of the study was to study the spectrum of clinical and psychopathological disorders in internally displaced persons. 51 patients from the group of internally displaced persons were examined: 72.55 % of women and 27.45 % of men.

Research methods: information-theoretical, verbal-communicative, psychometric and mathematical-statistical.

The information-theoretical research method took into account the theoretical provisions of research on internally displaced persons in Ukraine and abroad, which made it possible to establish the current state of mental

health problems of internally displaced persons. The verbal-communicative research method was used to collect information from internally displaced persons, which was supplemented by a semi-structured interview to determine the socio-demographic, anamnestic and adaptive characteristics of internally displaced persons. A semi-structured interview was developed in the Department of Borderline Psychiatry of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" to collect data on internally displaced persons, identify risk groups and people in need of medical care, degree of satisfaction with various aspects of their lives, assessments the impact of a change of residence on the life of the patient, which gave, thus, additional information about the adaptive capabilities of the internally displaced persons. The interview is a semi-closed version of the questionnaire, in which there are both closed questions and clearly structured answers are given to them, as well as open questions and spontaneous comments. The psychometric research method was used to assess the current mental state of internally displaced people and was implemented using the following scales: Hamilton's scale for assessing depression (HDRS) (M. Hamilton, 1960) and the Hamilton's scale for assessing anxiety (HARS). The examined internally displaced persons revealed a wide range of mental disorders, which included: prolonged depressive reaction (F43.21) in 17.65 % – post-traumatic stress disorder (F 43.1), in 15.69 % – moderate depressive episode (P32.1), in 11.76 % – organic anxiety disorder (F 06.4), in 11.76 % – adaptation disorders with mixed disorders of emotions and behavior; in 7.84 % – organic affective (depressive) disorder (F 06.3), in 3.92 % – recurrent depressive disorder (33.1) and in 3.92 % – a mixed anxiety-depressive reaction. Anti-stress factors (financial opportunities (21.57 %); active life position (optimism, activity, ability to act according to the situation, ability to make decisions) (15.69 %); support for family, relatives, colleagues (13.73 %) were identified; availability of housing, work (13.73 %) and factors hindering adaptation in a changed situation (financial difficulties (94.12 %), lack of support from the state, volunteers (60.78 %), passive attitude (pessimism, passivity, categorically, rigidity, lack of goals for the future) (29.41 %)).

Key words: internally displaced persons, mental disorders, clinical and psychopathological features.

Рецензент – проф. Скрипников А. М.

Стаття надійшла 10.01.2020 року

DOI 10.29254/2077-4214-2020-1-155-162-167

УДК 616.895.7-009.884:616.831-008.46

¹Марута Н. О., ²Шевченко-Бітенський К. В.

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГАЛЮЦИНАТОРНО-ПАРАНОЇДНИМИ РОЗЛАДАМИ ПРИ СУДИННИХ ДЕМЕНЦІЯХ ПОМІРНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

¹ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

²ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології
МОЗ України» (м. Одеса)

mscience@ukr.net

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота є фрагментом НДР «Розробити диференційовані підходи щодо реабілітації пацієнтів з різними церебральними органічними та соматичними захворюваннями, коморбідними з психопатологічними розладами» (№ державної реєстрації 0117U004309).

Вступ. Останнім часом деменції визнаються однією з провідних причин стійкої інвалідизації і смертності хворих [1]. За останніми даними, майже у 8 мільйонів осіб в світі розвивається деменція щороку, що відповідає новому випадку захворювання кожні чотири секунди. У 2015 р. деменція була діагностована більш, ніж у 47 мільйонів осіб по всьому світу, при цьому очікується, що цей показник виросте до 76 мільйонів 2030 року і 145 мільйонів до 2050 року [1,2].

Деменція являється великим тягарем в суспільстві. Економічні втрати, пов'язані з деменцією у осіб похилого та старечого віку становлять, згідно з даними Національного інституту здоров'я США, 90 млрд. доларів на рік [3,4]. Крім того, що деменція є значною проблемою з точки зору розповсюженості патології і пов'язаних з нею витрат, вона надає надзвичайно сильний вплив на людей, які страждають нею, на їх

сім'ї і на тих, хто здійснює догляд за пацієнтами, – в медичному, психологічному та емоційному відношенні. Поведінкові і психологічні симптоми деменції мають величезний вплив на якість життя хворих і тих, хто здійснює догляд за ними (карегіверам) [2,5-7].

У зв'язку з цим, дослідження особливостей клініко-психопатологічної структури і соціального функціонування (СФ) пацієнтів з судиною деменцією і їх родичів є актуальним, оскільки дає можливість удосконалити реабілітаційні заходи, спрямовані на допомогу хворим з деменцією і особам, які надають догляд [8,9].

Мета дослідження. Вивчити клініко-психопатологічні особливості та специфіку соціального функціонування пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами (ГПР) при судинних деменціях (СД) помірного ступеня тяжкості.

Об'єкт і методи дослідження. Вивчення особливостей СФ та клініко-психопатологічної структури хворих з СД помірного ступеню тяжкості (ПСТ) було проведено на вибірці 41-го пацієнта зі змішаною корково-підкірковою дисфункцією з галюцинаторно-параноїдними симптомами – F01.3 (1-2) (основна група). В якості контрольної групи в дослідженні