



ХАУСТОВА Олена Олександрівна,

д-р мед. наук, професор,

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

ORCID ID: 0000-0002-8262-5252

ОСУХОВСЬКА Олена Сергіївна,

д-р мед. наук, професор,

ДУ «Інститут судової психіатрії МОЗ України»

ORCID ID: 0000-0003-0358-7786

ОЛІЙНИК Оксана Петрівна,

д-р мед. наук,

старший науковий співробітник,

ДУ «Інститут судової психіатрії МОЗ України»

КОВАЛЕНКО Наталя Володимирівна,

лікар-психіатр,

Комунальне некомерційне підприємство

«Обласна психіатрична лікарня №4 «Одеської

обласної ради», м. Білгород-Дністровський

ЛИХОЛАТ Вікторія Ігорівна,

д-р філософії з медицини,

ДУ «Інститут судової психіатрії МОЗ України»

ORCID ID: 0000-0001-9485-0329

Україна

АНАЛІЗ ЗВ'ЯЗКУ ПСИХОПАТОЛОГІЇ ТА СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ ПРИ НАДАННІ ПРОАКТИВНОЇ КОНСУЛЬТАТИВНО-ЗВ'ЯЗКОВОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Анотація. В даному розділі викладені результати комплексного дослідження внутрішньо переміщених осіб (ВПО) в результаті збройного конфлікту на Сході України, яке включало соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний і статистичний кластери. В свою чергу, психопатологічний кластер складався зі самоопитувальника стану здоров'я RHC; опитувальника оцінки якості життя SF-36; опитувальника вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Статистичний кластер виконаний із застосуванням логіч-

ного аналізу феноменів психічних функцій та розладів, причинно-наслідкових зв'язків між анамнестичними, фізіологічними, соціальними ознаками респондентів та результатами клініко-психопатологічних досліджень; причинно-наслідкових зв'язків між досліджуваними ознаками. Отримані дані дозволили сформуванню пулу ознак, які стали фокус-мішенями в ході розробки в рамках інноваційної моделі проактивної консультативно-зв'язкової психіатричної допомоги пацієнтам багатoproфільних лікарень з коморбідними психічними розладами базових принципів надання спеціалізованої психолого-психіатричної допомоги ВПО.

Ключові слова: внутрішньо переміщені особи, збройний конфлікт, психічні порушення і розлади, інноваційна модель проактивної консультативно-зв'язкової психіатричної допомоги.

Актуальність. Світові геополітичні процеси трансформації держав, напруженість внутрішньо і зовнішньо суспільних відносин, економічні та політичні кризи в багатьох країнах світу, локальні військові дії, збройні конфлікти сприяють прискоренню темпів та збільшенню масштабів міграційних процесів, пов'язаних саме з проблемно-деструктивними, зокрема, військовими, причинами, на відміну від природної соціально-економічної міграції громадян. Україна, як молода європейська країна, не виняток. Становлення української державності, на жаль, супроводжується в останнє десятиріччя системними кризами, одним з проявів яких став довготривалий збройний конфлікт на Сході України (2014-2021 роки), який став повномасштабною війною¹. Вплив війни на державу й громадян є стресовим, багаторівневим, трагічним та надскладним. Руйнування осель, державної інфраструктури, глобальні економічні, медико-соціальні проблеми, реальна загроза життю та безпеці громадян України змусили їх покинути свої домівки, втративши рідних і близьких, зазнавши значних матеріальних збитків, та отримати статус внутрішньо переміщених осіб (ВПО)². Так, до проблем якомога скорішого завершення збройного конфлікту додалися питання, пов'язані з адміністративною, економічною та медико-соціальною підтримкою ВПО³. Зокрема, до медичних проблем зазначених осіб відносяться зниження якості життя, погіршення стану здоров'я

1 Bains M.; Shortall C.; Manzuangani T.; Katona C., Russell K. (2018). Identifying post-traumatic stress disorder in forced migrants. BMJ 2018; 361. URL: doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k1608>

2 SHōrichnii zvit UVKB OON «Globalni tendenciyi», ZHENEVA/KIYIV, 20 chervnya 2019 roku, Agentstvo OON u spravah bizhenciv (UNHCR). URL: <https://www.unhcr.org/ua/15808-uvkb-oon-opublikovalo-shōrichnii-zvit-p.html>

3 Report of the United Nations Special Rapporteur on the human rights of Internally Displaced Persons: visit to Ukraine, UN document A / HRC/29/34/Add.3 (April 2, 2015), pp. 9 and 74.

з загостренням існуючих хронічних та появою нових соматичних та/або психічних захворювань, формування деструктивних психологічних стигм із невизначеністю майбутнього та можливості скорішого налагодження соціально-побутових умов існування. З огляду на те, що кількість біженців з

України в країні світу складає 6 287 500 осіб⁴, а ВПО в Україні станом на 1 вересня 2023 року в Україні складала 4 965 000 громадян⁵, вирішення зазначених вище проблем стає вельми актуальним для медичної галузі України.

Переселення осіб із зони конфлікту пов'язано з вітально акцентованим стресовим впливом на населення у зоні бойових дій⁶. Багаторівнева психофізіологічна реакція особистості в таких умовах на тлі зриву компенсаторних механізмів, безумовно, призводить до формування дезадаптаційних патернів, розладів психіки та поведінки у ВПО. Порушення психічного здоров'я у вимушених мігрантів різноманітні і зачіпають практично всі сфери психіки. Так, 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 межові нервово-психічні розлади, які у ряді випадків набувають затяжного і хронічного перебігу. Найбільш поширеними з них є психогенні депресія, тривожні і соматоформні порушення⁷. Тому, вивчення питань, пов'язаних зі станом здоров'я ВПО є вельми актуальним для розробки базових принципів психологічної та психіатричної допомоги ВПО та своєчасного її надання. Залишаються актуальними та недостатньо вирішеними питання надання психолого-психіатричних послуг у загальносоматичних відділеннях: від 20% до 40% пацієнтів багатопрофільних лікарень, окрім соматичних захворювань, також страждають на психічні розлади, що суттєво ускладнює перебіг, ефективність терапії та прогноз соматичної патології. Психічні

4 The situation with refugees in Ukraine. URL: https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine#_ga=2.125334026.1875361295.1659978308-%20%20%20%201101540044.1659978308

5 <https://www.msp.gov.ua/timeline/Vnutrishno-peremishcheni-osobi.html>

6 UNHCR annual report "Global Trends", Geneva / Kiev, June 20, 2019, United Nations refugee agency (UNHCR). Access mode: <https://www.unhcr.org/ua/15808-uvkb-oon-opublikovalo-shorichnii-zvit-p.html>

7 Armed conflict in the East of Ukraine: the damage caused to the housing of the civilian population / compiler nataliia melnyk. — Kharkiv: Ilb "Human Rights Publisher", 2019. 82 p. URL: https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/report_on_damage_to_housing_of_the_civilian_population_in_the_eastern_ukraine_eng.pdf

захворювання у таких пацієнтів стають на заваді своєчасної виписки зі стаціонару, обумовлюють більшу кількість додаткових консультацій суміжних спеціалістів та збільшують загальну вартість медичної допомоги.

Інноваційна проактивна модель консультативно-зв'язкової психіатрії (ІПМКЗП) – це новий спосіб надання психіатричних послуг соматичним відділенням, який є проактивним, цілеспрямованим, інтенсивним та інтегрованим у загальну медичну допомогу, успішно застосовується у багатьох країнах з розвиненими послугами у сфері психічного здоров'я, проте в Україні системно не впроваджується, що потребує проведення досліджень ефективності.

Мета. Зробити системний аналіз етіопатогенетичних зв'язків феноменології психопатології та соціально-демографічних характеристик у внутрішньо переміщених осіб в умовах бойових дій при наданні проактивної консультативно-зв'язкової психіатричної допомоги.

Матеріали та методи. Для досягнення мети роботи за умови інформованої згоди із дотриманням принципів біоетики та деонтології за період 2015-2016 рр. було проведено комплексне обстеження 145 ВПО у віці від 18 до 80 років, які були змушені покинути місця свого постійного проживання у зв'язку зі збройним конфліктом на Сході України і тимчасово проживали в санаторіях Одеської області. ВПО були переміщені силами волонтерських організацій, а контингент складали найбільш незахищені шари населення – особи з інвалідністю, люди похилого віку та особи, які здійснювали догляд за ними. З цього контингенту в подальшому і був набраний матеріал дослідження. До переміщення ВПО знаходились в жорстких та вітальнозагрозливих умовах, максимально наближених до повномасштабної війни. Скринінг включав клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний та патопсихологічний методи дослідження. Клініко-психопатологічний метод був реалізований у вигляді напівструктурованого психопатологічного інтерв'ю, основною метою якого була комплексна оцінка психічного статусу пацієнта. Розлади психіки діагностувалися відповідно до критеріїв МКХ-10 розділу V «Психічні розлади». За результатами скрінінгу було відібрано 130 респондентів, з яких 15 ВПО були вилучені з подальшого дослідження. До критеріїв виключення з дослідження відносилися: вік молодше 18 років; відсутність добровільної усвідомленої згоди на обстеження та виражене інтелектуально-мнестичне зниження.

Розподілення обстежених осіб на 3 групи наступне: 1) група хворих з соматичною патологією (ГХСП), в яку увійшло 43 ВПО (33%) – контингент з діагностованими раніше хронічними соматичними захворюваннями або з інвалідністю за соматичним захворюванням; 2) група хворих з психічною патологією (ГХПП), в яку увійшло 43 ВПО (33%) – респонденти з інвалідністю за психічним захворюванням; 3) група умовно здорових (ГУЗ), яку склали 44 ВПО (34%) – люди, які не мали тяжких хронічних захворювань чи інвалідності. В ГХСП увійшло 43 ВПО (33%), які отримали інвалідність за соматичним захворюванням. Розподіл за профілем інвалідності наступний: неврологічний – 23 (53,5%); офтальмологічний – 11 (25,6%); пульмонологічний – 3 (7%); ендокринологічний – 3 (7%); кардіологічний – 2 (4,6%); травматологічний – 1 (2,3%) (рис.1).

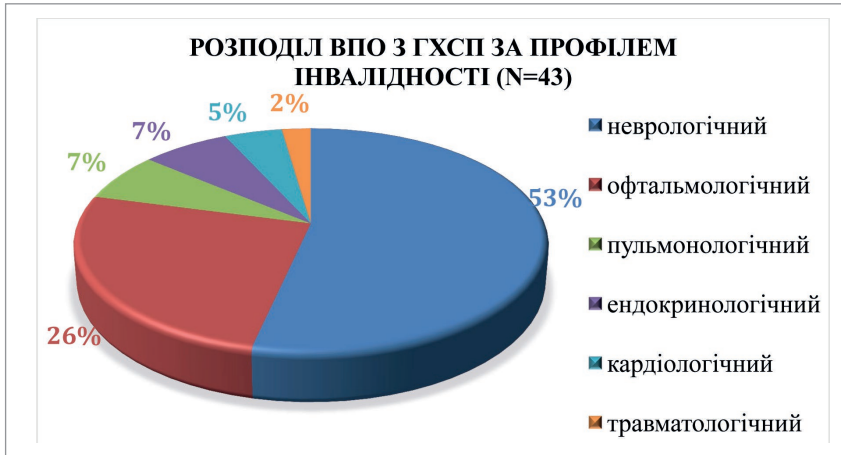


Рис. 1. Розподіл ВПО з ГХСП за профілем інвалідності (n=43)

В ГХПП увійшло 43 ВПО (33%), що мали раніше діагностований тяжкий хронічний психічний розлад або інвалідність за психічним захворюванням. Розподіл за клінічною патологією: шизофренія – 21 (49%); легка розумова відсталість – 15 (35%); органічні розлади особистості – 7 (16%) (рис. 2).

Групу умовно здорових склали 44 ВПО (34%), які не мали раніше діагностованих тяжких хронічних захворювань чи інвалідності.

Серед 130 обстежених внутрішньо переміщених осіб переважали жінки з питомою вагою 69,2% від усіх респондентів. В ГХСП і ГХПП жінки склали по 58,1%, а в ГУЗ – 90,9%.

За віковими групами ВПО розподілилися рівномірно у діапазоні від 21 до 80 років; 1 особа (2,3%) була молодша за 20 років і 1 – старше за 81.



Рис. 2. Розподіл ВПО з ГХПП за клінічною патологією (n=43)

Майже половину ВПО склали особи з середньою спеціальною освітою – 49,2% (з практично однаковою кількістю у ГХСП, ГХПП та ГУЗ); досліджувані з вищою освітою – 26,9%; з середньою – 17,7%; з початковою і неповною середньою освітою загалом – 5,4%; а найменшу питому вагу склали особи з неповною вищою освітою – 0,8%.

За типом зайнятості 100% респондентів з ГХСП і ГХПП становили інваліди. У ГУЗ 54,5% осіб були пенсіонерами; 31,8% – безробітними; доля зайнятих складала 4,6%.

За сімейним станом: 27,7% були розлучені або неодружені, а 14,6% – вдівці (дана категорія ВПО складає пул респондентів з підвищеним ризиком формування розладів психіки та поведінки); 24,6% – одружені; 5,4% – проживали в цивільному шлюбі; 60,5% – неодружені з ГХПП.

Більшість ВПО в період вимушеного переміщення проживали з дітьми – 26,9%; наодинці – 24,6% або з батьками – 20,8%; 13,9% проживали з чоловіком/дружиною; 9,2% – з чоловіком/дружиною та дітьми; по 2,3% обрали відповідь «З чоловіком/дружиною, дітьми і батьками» та «Інше». З ГХСП 44,2% проживали наодинці, а 48,8% ГЗПП – з батьками.

З обстежених осіб 80% скаржилися на самопочуття: 93% з ГХСП; 72,1% – ГХПП і 75% – ГУЗ. Переважна більшість (65,4%) ВПО постійно приймали ліки: 67,4% хворих з ГХСП; 69,8% – ГХПП і 59,1% – ГУЗ. Свідком або учасником психотравмуючих подій були 93,8% респондентів без достовірної різниці між групами. Половина обстежених перебували у вимушеному переміщенні більше 1 року; більше третини (36,1%) – від 6 місяців до 1 року; 8,5% – від 3 до 6 місяців і 5,4% від 1 до 3 місяців.

Для діагностики порушень у психічній та поведінковій сферах застосовували самоопитувальник стану здоров'я PHQ; опитувальник оцінки якості життя SF-36; опитувальник вираженості симптомів ПТСР (Солдатова Г.У., Шайгерова Л.А., Черкасов П.А.)⁸. Статистичний кластер виконаний із застосуванням логічного аналізу феноменів психічних функцій та розладів, причинно-наслідкових зв'язків між анамнестичними, фізіологічними, соціальними ознаками респондентів та результатами клініко-психопатологічних досліджень; причинно-наслідкових зв'язків між досліджуваними ознаками із обчислення коефіцієнта рангової кореляції Spearman – r_s (для визначення тісноти зв'язку між кількісними і якісними ознаками, за умови можливості ранжирування цих ознак за ступенем убування або зростання) та коефіцієнта парної кореляції Pearson – r (для визначення лінійного взаємозв'язку між кількісними і якісними ознаками, за умови можливості ранжирування цих ознак за ступенем убування або зростання).

Результати. При вивченні факторів, які впливають на стан здоров'я ВПО та мають предикторні властивості щодо формування розладів психіки та поведінки, з'ясовано, що 93% респондентів стали жертвами воєнних дій або тероризму, переважна більшість ВПО відмічала відсутність житла, незадовільні житлові умови, низький рівень доходу та соціального страхування, недостатність або недоступність медичної допомоги, соціального страхування, наявність проблем, пов'язаних з адаптацією до зміни способу життя, а половина ВПО скаржилась на відсутність адекватної їжі. Треба відмітити, що ГХПП була найбільш чутлива до факторів відсутності роботи, незадовільних умов житла, низького рівню доходу, а також респонденти ГХПП відрізнялись у найбільшій мірі агресивною та конфліктною поведінкою, вживанням тютюну та алкоголю.

Проведене дослідження феноменологічного аналізу розладів психіки та поведінки у ВПО за допомогою психодіагностичних опитувальників та шкал показало, що на фоні комплексу психічних реакцій та станів, пов'язаних з дією психотравмуючих чинників (пряма загроза життю, здоров'ю, вимушене переміщення, соціокультурна та побутова адаптація до нових умов існування та життя, проблеми з працевлаштуванням, погіршення стану здоров'я у зв'язку із загостренням існуючих і появою нових захворювань і розладів, невизначеність майбутнього

8 Кі'ї'кі'ст' zareyestrovanih VPO stanom na 13.04.2020. [Elektronnij resurs]. Cited May 20, 2021. URL: <https://minre.gov.ua/page/kilkist-zareyestrovanyh-vpo-stanom-na-13-kvitnya-2020-r>.

тощо), які стали тригером для формування психопатологічних процесів, домінуючими психічними розладами у респондентів є адаптаційні, депресія і тривога, посттравматичний стресовий розлад, а також зловживання алкоголем, панічний синдром. У той же час, різна ступінь прояву психічних та поведінкових порушень у групах з соматичною, психічною патологією і групі умовно здорових переселенців дозволила виявити ефективні маркери цілеспрямованого впливу для вимушених переселенців при розробці базових засад надання психологічної та психіатричної допомоги ВПО.

Виявлені достовірні кореляційні зв'язки між психічними розладами за самоопитувальником PHQ, ступенем їх важкості та соціально-демографічними показниками (табл. 1, табл. 2). Так, соматоформний розлад позитивно корелював з рівнем освіти в ГУЗ ($r=0.287$, $p=0.03$) та з прийомом лікарських препаратів в ГХСП ($r=0.306$, $p=0.023$), бо більш освічені ВПО сприяють психотравмуючу ситуацію у більшій кількості площин (військовій, економічній, історичній, соціальній, медичній тощо) з усвідомленням відповідних наслідків ситуації, що склалася та, в підсумку більш виражених порушень адаптації с появою соматоформних розладів.

Великий депресивний синдром в ГХПП частіше зустрічався у жінок ($r=0.308$, $p=0.022$) та підвищувався з віком ($r_s=0.261$, $p=0.045$); в ГУЗ – у ВПО, які скаржились на фізичний стан ($r=0.290$, $p=0.028$) та приймали медикаменти ($r=0.353$, $p=0.009$), що може бути потенційовано інволюційними, зокрема, гормональними, змінами у жінок. Депресивні розлади в ГХСП залежали від віку ($r=0.314$, $p=0.020$) та сімейного стану ($r=0.452$, $p=0.001$) – частіше спостерігалися у осіб, які мали сім'ю зараз або в минулому та підвищувались з віком, що пов'язано з наявністю збільшення з віком відповідальності перед родиною зрілої особистості з акумульованим життєвим досвідом.

Панічний синдром в ГХСП частіше зустрічався у жінок ($r=0.308$, $p=0.022$). Інші тривожні синдроми корелювали зі статтю ($r=0.263$, $p=0.044$) та віком ($r=0.287$, $p=0.031$) – частіше зустрічались у жінок, немолодих осіб, та осіб, які мали скарги на свій фізичний стан ($r=0.268$, $p=0.041$), приймали лікарські препарати ($r=0.381$, $p=0.006$). В ГУЗ тривожний синдром корелював з віком ($r=0.335$, $p=0.013$), зайнятістю ($r=0.283$, $p=0.032$), частіше діагностувався в осіб, які мали скарги на свій фізичний стан ($r=0.356$, $p=0.009$) та приймали медикаменти ($r=0.282$,

$p=0.032$). Частота тривожного синдрому в ГХПП підвищувалась з віком ($r_s=0.259$, $p=0.047$), рівнем освіти ($r=0.536$, $p<0.01$) та у осіб, які приймали лікарські препарати ($r=0.386$, $p=0.005$). Бо тривога, як одна з первинних захисних психічних реакцій особистості швидше виникає саме у найбільш чутливої та свідомої когорти ВПО.

Переїдання в ГХПП частіше спостерігалось у ВПО, які мали сім'ю зараз або в минулому ($r=0.311$, $p=0.021$), корелювало з чоловічою статтю ($r=-0.260$, $p=0.046$), віком ($r=0.288$, $p=0.031$) і підвищувалось з кількістю осіб, що проживають разом ($r_s=0.267$, $p=0.042$).

Зловживали алкоголем в ГХСП корелювало з чоловічою статтю ($r=-0.321$, $p=0.018$), віком ($r=-0.324$, $p=0.017$) та рівнем освіти ($r=-0.288$, $p=0.030$) (чоловіки були більш схильні до зняття напруги та стресу через вживання алкоголю, більш молоді, зокрема); в ГХПП – з чоловічою статтю ($r=-0.490$, $p<0.01$) та сумісним проживанням ($r_s=0.267$, $p=0.042$).

Рівень суїцидальності в ГХПП корелював зі статтю ($r=0.274$, $p=0.038$) та рівнем освіти ($r=0.524$, $p<0.01$) – був вищий у жінок та більш освічених осіб. В ГУЗ суїцидальність корелювала з віком ($r=0.276$, $p=0.035$), збільшувалась при наявності скарг на фізичний стан ($r=0.256$, $p=0.047$) та прийомі медикаментів ($r=0.300$, $p=0.024$), бо в ситуації дуже високої стресогенності у респондентів на тлі значних порушень адаптації, соматоформних, тривожних, депресивних розладів, загострення існуючих та появи нових хвороб в умовах несподіваного лиха та безнадії була деструктурована вітальна програма.

Важкість соматичної симптоматики (PHQ-15) в ГХПП, ГХСП та ГУЗ посилювалась з віком (відповідно $r_s=0.283$, $p=0.033$, $r=0.276$, $p=0.037$, $r=0.449$, $p=0.001$), при наявності скарг на фізичний стан (відповідно $r=0.533$, $p<0.01$, $r=0.329$, $p=0.016$, $r=0.407$, $p=0.003$) та прийомі лікарських препаратів (відповідно $r=0.506$, $p<0.01$, $r=0.435$, $p=0.002$, $r=0.363$, $p=0.008$). Окремо в ГХСП важкість соматичної симптоматики корелювала зі статтю ($r_s=0.286$, $p=0.032$), та з тим, чи був респондент учасником/свідком психотравмівної ситуації ($r=0.329$, $p=0.016$).

Важкість депресивної симптоматики (PHQ-9) в ГХПП, ГХСП та ГУЗ посилювалась віком (відповідно $r=0.468$, $p=0.001$, $r=0.262$, $p=0.045$, $r=0.269$, $p=0.039$), при наявності скарг на фізичний стан (відповідно $r=0.414$, $p=0.003$, $r=0.264$, $p=0.044$, $r=0.312$, $p=0.02$) та прийомі лікарських препаратів (відповідно $r=0.615$, $p<0.01$, $r=0.309$, $p=0.022$, $r=0.397$, $p=0.004$). Окремо важкість депресивної симптоматики в ГХПП і ГХСП посилювалась з рівнем освіти

(відповідно $r=0.361$, $p=0.009$, $r=0.318$, $p=0.019$); в ГХСП – з тим, чи був респондент учасником/свідком психотравмівної ситуації ($r=0.280$, $p=0.034$), а в ГУЗ – з тривалістю вимушеного переміщення ($r=0.264$, $p=0.042$), та зменшувалась при задоволенні теперішньої роботою ($r_s=-0.772$, $p=0.036$), що вказує на акумуляцію соціально-психологічних та медичних проблем у переміщенні та важливість наявності працевлаштування та соціально-економічної підтримки ВПО.

Важкість тривожної симптоматики (GAD-7) в ГХПП, ГХСП та ГУЗ була вище в осіб, які мали скарги на свій фізичний стан (відповідно $r=0.257$, $p=0.048$, $r=0.293$, $p=0.028$, $r=0.390$, $p=0.004$) та приймали медикаменти (відповідно $r=0.593$, $p<0.01$, $r=0.434$, $p=0.002$, $r=0.451$, $p=0.001$). Окремо важкість тривожної симптоматики в ГХПП і ГХСП корелювала з віком (відповідно $r=0.265$, $p=0.043$, $r=0.256$, $p=0.047$); в ГХСП – з тим, чи був респондент учасником/свідком психотравмуючої ситуації ($r=0.321$, $p=0.018$), а в ГУЗ – з тривалістю вимушеного переміщення ($r_s=0.298$, $p=0.025$).

Таблиця 1

**Кореляції найпоширеніших психічних розладів за
самоопитувальником PHQ з соціально-демографічними
факторами в ГХПП (n=43)**

Соціально-демографічні характеристики	Великий депресивний с-дром	Інший тривожний с-дром	Переїдання	Зловживання алкоголем	Суїцидальність
1	2	3	4	5	6
Стать	$r_s=0.308^*$ $p=0.022$		$r_s=-0.260^*$ $p=0.046$	$r_s=-0.490^{**}$ $p<0,01$	$r_s=-0.274^*$ $p=0.038$
Вік	$r_s=0.261^*$ $p=0.045$	$r_s=0.259^*$ $p=0.047$	$r_s=0.264^*$ $p=0.044$		
Освіта		$r_s=0.527^{**}$ $p<0,01$			$r_s=0.465^{**}$ $p=0.001$
Сімейний стан	$r_s=0.470^{**}$ $p=0.001$		$r_s=0.274^*$ $p=0.038$		
Кількість шлюбів	$r_s=0.371^{**}$ $p=0.007$		$r_s=0.421^{**}$ $p=0.002$		
Проживання			$r_s=0.267^*$ $p=0.042$	$r_s=-0.385^{**}$ $p=0.005$	
Прийом препаратів		$r_s=0.386^{**}$ $p=0.005$			

Продовження табл. 1

1	2	3	4	5	6
Учасник/ свідок пси- хотравмівної ситуації				rs=-0.322* p=0.019	
Тривалість переміщення			rs=-0.323* p=0.017		

Таблиця 2

**Кореляції найпоширеніших психічних розладів за
самоопитувальником PHQ з соціально-демографічними
факторами в ГХСП (n=43)**

Соціально- демогра- фічні ха- рак- теристики	Сомато- формний розлад	Великий депре- сивний с-дром	Інший депре- сивний розлад	Панічний с-дром	Інший тривожний с-дром	Зловжи- вання алкоголем
Стать				rs=0.308* p=0.022	rs=0.263* p=0.044	rs=-0.321* p=0.018
Вік			rs=0.335* p=0.014		rs=0.261* p=0.045	rs=-0.353* p=0.010
Освіта		r=0.276* p=0.037			r=0.273* p=0.039	rs=0.317* p=0.019
Сімейний стан			rs=0.455** p=0.001			
Оцінка матеріаль- ного стану			rs=0.308* p=0.022			
Скарги					rs=0.268* p=0.041	
Прийом препаратів	rs=0.306* p=0.023	rs=0.349* p=0.011			rs=0.381** p=0.006	

Після проведеного в рамках ІПМКЗП скрінінгового дослідження, виявлення психічних порушень та розладів, фокусних маркерів впливу, вивчення потреб, обґрунтованих обсягів надання медичної допомоги на ранньому етапі перебування ВПО у стаціонарі була розроблена система надання спеціалізованої психолого-психіатричної допомоги переселенцям, яка включала як психотерапію, так і психофармакотерапію. Лікувальна робота психолого-психіатричної бригади проводилась при систематичних контактах, спільних консультаціях з лікарями ВПО соматичного профілю. Психотерапевтичні заходи проводились як в

індивідуальному (найбільш ефективному), так і груповому форматі, в тому числі, із застосуванням дистанційних засобів. У психотерапевтичній групі робота відбувалася відразу з декількома пацієнтами зі схожими проблемами, причому потрібний ефект досягався в тому числі за рахунок взаємодії і взаємовпливу людей один на одного. В будь-якому випадку психотерапевт залишався ключовою фігурою лікувального процесу, відповідальною за сприятливий прогноз та/або одужання.

Препарати фармакотерапії психічних порушень і розладів призначались з урахуванням медикаментозних стратегій лікування основних захворювань. Вибір фармпрепаратів завжди був індивідуальний (з урахуванням призначень фармпрепаратів лікарями соматичного профілю) і доповнював психотерапевтичну роботу. З огляду на найбільш поширені розлади психіки та поведінки, які були нами діагностовані у ВПО, зазначимо, що основним показанням до призначення антидепресантів є переважання в клінічній картині адаптаційних розладів тривожно-депресивних або власне депресивних симптомів. Ряд клінічних ознак дозволяв уточнити показання до призначення антидепресантів: затяжний перебіг адаптаційного розладу з депресивною симптоматикою; поглиблення депресивної симптоматики з появою в клінічній картині дисфорії, явищ соматизації афекту, посиленням мотиваційно-вольових і афектогенних когнітивних порушень.

Основним критерієм вибору антидепресанту є сприятливий профіль переносимості⁹, особливо за наявності коморбідної соматичної патології¹⁰. Найбільш часто застосовують антидепресанти групи селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну (циталопрам, пароксетин, флуоксетин, флувоксамін, сертралін) і селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (дулоксетин, венлафаксин, мілнаципран).

С метою купіювання гострої тривоги доцільно застосовувати бензодіазепінові транквілізатори (діазепам, феназепам, клоназепам, тофизопам, альпразолам, оксазепам). Іноді використовувати комбіновані препарати, які містять барбітурати (корвалол, валокордин, валосердін)¹¹.

Для курації ВПО з найбільш типовими психічними розладами внаслідок впливу психотравмуючої ситуації в рамках базових засад надання

9 Практична психосоматика: депресія : навчальний посібник / За заг. ред. О.С. Чабана, О.О. Хаустової. К.: Видавничий дім Медкнига, 2020. 216 с. ISBN 978-966-1597-77-7.

10 Hameed U, Schwartz TL, Malhotra K et al. Antidepressant treatment in the primary care office: outcomes for adjustment disorders vs major depression. *Ann Clin Psychiat* 2005; 17: 77–81.

11 Коваленко Н.В. Базові засади психологічної та психіатричної допомоги внутрішньо переміщеним особам / Осуховська О.С., Коваленко Н.В. // *Norwegian Journal of development of the International Science*. 2021. № 62. С. 23-29. DOI: 10.24412/3453-9875-2021-62-1-23-29

психологічної та психіатричної допомоги нами було розроблено алгоритм дій, який відрізнявся етапністю, комплексністю та диференціацією, а також дозволив оптимізувати принципи надання спеціалізованої допомоги таким респондентам.

Висновки. При вивченні факторів, які впливають на стан здоров'я ВПО та мають предиктори формування психічних порушень і розладів, виявлено, що 93% респондентів стали жертвами бойових дій чи тероризму, переважна більшість ВПО відзначили відсутність житла, незадовільні житлові умови, низькі доходи та соціальне страхування, недостатнє або недоступне медичне обслуговування, соціальне страхування, наявність проблем, пов'язаних із адаптацією до зміни способу життя, а половина ВПО скаржилися на відсутність належного харчування. Слід зазначити, що ВПО ГХСП найбільш чутливі до факторів відсутності роботи, незадовільних житлових умов, низького доходу, а для респондентів ГХПП найбільше характерні агресивна та конфліктна поведінка, вживання тютюну та алкоголю.

Таким чином, отримані дані щодо феноменології психічних розладів та їх етіопатогенетичних зв'язків із соціально-демографічними характеристиками ВПО, різним ступенем вираженості ВПО у групах із соматичною, психічною патологією та групі умовно здорових мігрантів дозволили виділити ефективні маркери та сформувати з них пул ознак, які стали основними цілями при розробці клінічних маршрутів лікування, основних принципів надання спеціалізованої психіатричної та реабілітаційної допомоги ВПО в рамках ІПМКЗП.

Розроблені базові засади надання психолого-психіатричної допомоги внутрішньо переміщеним особам в Україні дозволили покращити якість життя та стан здоров'я наших громадян, сприяти якомога швидшій інтеграції таких осіб у суспільні процеси, а також продовжити вивчення взаємозв'язку психопатологічних феноменів ВПО з іншими соціально-демографічними показниками ВПО, що впливають на якість їхнього життя, з метою вдосконалення лікувально-реабілітаційних заходів у цих респондентів в процесі впровадження ІПМКЗП.