

points,  $1.40 \pm 1.08$  points ( $p=0.027$ ) and  $1.00 \pm 0.85$  points ( $p=0.029$ ), the total indicator of social support –  $5, 65 \pm 2.34$  points,  $4.60 \pm 2.20$  points ( $p=0.002$ ) and  $3.42 \pm 1.81$  points ( $p=0.002$ ). Significant ( $p < 0.05$  or less) inverse correlations were found between moderate and weak degrees between indicators of depression and anxiety and indicators of social support, the weakest

– for family support ( $r_s = -0.264$  for depression and  $r_s = -0.262$  for anxiety), stronger – for social support of friends (respectively  $r_s = -0.463$  and  $r_s = -0.399$ ) and social support of significant others (respectively  $r_s = -0.370$  and  $r_s = -0.348$ ).

**Keywords:** depressive disorders, social support

## ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ БОЛЬНЫХ ЭНДОГЕННЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**А.А. Белов**

С целью изучения особенностей социальной поддержки больных депрессивными расстройствами эндогенного характера было клинически обследовано 107 мужчин и 138 женщин, больных депрессивными расстройствами (коды по МКБ-10 F31.3-31.4, F32.0-32.2, F33.0-33.2) с использованием шкал MSPSS, HDRS и HARS. Обнаружены в целом невысокие показатели социальной поддержки, причем у мужчин они были значимо меньше, чем у женщин: социальной поддержки семьи –  $1,40 \pm 0,94$  баллов против  $1,67 \pm 1,05$  баллов ( $p=0,040$ ), друзей –  $1,47 \pm 0,94$  баллов против  $1,89 \pm 1,16$  баллов ( $p=0,004$ ), значимых других –  $1,27 \pm 1,05$  баллов против  $1,59 \pm 1,10$  баллов ( $p=0,023$ ), суммарного показателя социальной поддержки –  $4,14 \pm 2,17$  баллов против  $5,14 \pm 2,35$  баллов ( $p=0,001$ ). Показатели социальной поддержки ухудшаются с возрастом, причем по поддержке со стороны семьи и друзей наиболее выраженное ухудшение наблюдалось в старшей возрастной группе: показатель социальной поддержки семьи в возрастной группе до 30 лет составил  $1,84 \pm 0,99$  баллов, в группе 30–44 лет

–  $1,48 \pm 0,94$  баллов ( $p=0,010$ ), в группе 45 лет и старше –  $1,21 \pm 1,05$  баллов ( $p=0,048$ ), социальной поддержки друзей – соответственно  $2,02 \pm 1,11$  баллов,  $1,71 \pm 1,12$  баллов ( $p=0,043$ ) и  $1,21 \pm 0,82$  баллов ( $p=0,011$ ), социальной поддержки значимых других – соответственно  $1,79 \pm 1,13$  баллов,  $1,40 \pm 1,08$  баллов ( $p=0,027$ ) и  $1,00 \pm 0,85$  баллов ( $p=0,029$ ), суммарного показателя социальной поддержки –  $5,65 \pm 2,34$  баллов,  $4,60 \pm 2,20$  баллов ( $p=0,002$ ) и  $3,42 \pm 1,81$  баллов ( $p=0,002$ ). Выявлены значимые ( $p < 0,05$  и менее) обратные корреляционные связи умеренной и слабой степени между показателями выраженности депрессии и тревоги и показателями социальной поддержки, слабые – для семейной поддержки ( $r_s = -0,264$  для депрессии и  $r_s = -0,262$  для тревоги), более сильные – для социальной поддержки друзей (соответственно  $r_s = -0,463$  и  $r_s = -0,399$ ) и социальной поддержки значимых других (соответствии  $r_s = -0,370$  и  $r_s = -0,348$ ).

**Ключевые слова:** депрессивные расстройства, социальная поддержка

*Прийнято до друку 12.11.2019*

## ВІДМІННОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Українська медична стоматологічна академія м. Полтава

Метою дослідження було вивчення структури психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб з непсихотичними психічними розладами. Досліджено 102 внутрішньо переміщені особи з Донецької, Луганської областей та АР Криму, які мали патологію психічної сфери не психотичного рівня та виявляли ознаки психосоціальної дезадаптації.

Проведено комплексне всебічне обстеження із застосуванням клініко-психопатологічного, психодіагностичного, психометричного методів та ретельного і поглибленого вивчення анамнезу життя. Для діагностики різноманітних форм та виразності психосоціальної дезадаптації застосовано «Шкалу психосоціальної дезадаптації» Л.О. Герасименко, А.М. Скрипнікова.

Встановлена кореляція між нозологічними особливостями та профілем психосоціальної дезадаптації. При тривожно-депресивному розладі переважали порушення адаптації в інформаційній сфері середнього та легкого ступеню, а також в економічній сфері, але з переважанням важкого перебігу дезадаптації. Розлади адаптації корелювали з виробничим типом дезадаптації, який виражався переважно середнім ступенем тяжкості, та з інформаційним типом, який протікав у легкому ступені важкості. Соматизований розлад у більшості випадків був представлений виробничим типом дезадаптації, з переважанням важкого перебігу. При ПТСР домінувала кореляція з інформаційним типом дезадаптації, що становив значну більшість всіх пацієнтів з цим розладом, до того ж, у важкому перебігу. Пацієнти з неврастенією мали кореляцію з сімейним типом дезадаптації з переважанням середньої тяжкості. Пролонгована депресивна реакція відповідно корелювала з економічним типом дезадаптації з переважанням важкого перебігу.

Отже, згідно результатів дослідження встановлено, що у внутрішньо переміщених осіб з непсихотичними психічними розладами переважали змішані варіанти психосоціальної дезадаптації, провідне місце серед яких посідав інформаційний тип дезадаптації.

**Ключові слова:** внутрішньо переміщені особи, психосоціальна дезадаптація, тривожно-депресивні розлади, розлади адаптації.

**Вступ.** На сьогоднішній день вимушене внутрішнє переміщення в Україні не полишає своєї актуальності та є значною проблемою для суспільства. Наша країна внаслідок бойових дій на Сході, анексії АР Криму увійшла до переліку країн, де існує значна кількість осіб, які є внутрішньо переміщеними. Міністерство соціальної політики станом на початок 2020 рік зафіксувало 1 млн. 446 тис. вимушених переселенців [1]. Вимушені внутрішньо переміщені особи (ВПО) – це люди переважно працездатного віку, які втратили не лише свої домівки, родичів, зв'язки, а й лишилися роботи, доходу сім'ї. Вимушене переселення є соціальною, економічною та медичною проблемою, яка впливає на суспільство в цілому та потребує вирішення на загальнодержавному рівні [2]. Внутрішнє переміщення є динамічним процесом, що впливає на всі сфери життєдіяльності людини. Вимушене переселення особи є кризовою

ситуацією, яка запускає механізми формування станів дезадаптації та впливає на порушення особистості, формування патологічних станів як соматичного характеру, так і психічної патології [3]. Втрата безпеки, власної домівки, роботи, міжособистісних контактів, а доволі часто і сімейних зв'язків, призводить до постійного напруження, відчуття розгубленості та невпевненості в майбутньому, безпорадності та невизначеності. Надмірне негативне інформаційне навантаження з боку оточення та засобів масової інформації (ЗМІ) проokuє підвищення тривоги, призводить до виникнення хронічної стресової ситуації. Така тенденція є проваючим фактором для виникнення психосоціальної дезадаптації, невротичної патології, депресивних та психосоматичних розладів [4].

**Метою дослідження** є вивчення психосоціальної дезадаптації у ВПО з непсихотичними психічними розладами.

До дослідження залучено внутрішньо переміщені особи з Донецької, Луганської областей та АР Криму, які надали письмову поінформовану згоду та перебували на лікуванні у КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги ПОР» у період 2017–2019 рр. У дослідженні брали участь 102 особи з ознаками психосоціальної дезадаптації та неспсихотичною психічною патологією за МКХ-10 [5]:

- змішаний тривожно-депресивний розлад (F 41.2) – 29 (28,4%),
- розлади адаптації (F 43.2) – 23 (22,5%),
- соматизований розлад (F 45.0) – 17 (16,7%),
- посттравматичний стресовий розлад (F 43.1) – 13 (12,7%),
- неврастенія (F 48) – 12 (11,8%),
- пролонгована депресивна реакція (F 43.21) – 8 (7,8%).

До дослідження залучено 59 жінок і 43 чоловіка. Вік пацієнтів складав від 18 до 61 року, середній вік становив  $39 \pm 5,1$  років.

Проведено комплексне всебічне обстеження із застосуванням клініко-психопатологічного, психодіагностичного, психометричного методів та ретельного і поглибленого вивчення анамнезу життя. У процесі дослідження для діагностики різноманітних форм та виразності психосоціальної дезадаптації застосовували «Шкалу психосоціальної дезадаптації» Л.О. Герасименко, А.М. Скрипнікова [6].

Згідно отриманих результатів, психосоціальна дезадаптація встановлена в 100% осіб в одній чи декількох сферах життєдіяльності одночасно. У 18 (17,6%) осіб діагностовано дезадаптацію однієї із сфер, а у 84 (82,4%) осіб виявлено змішаний варіант дезадаптації. Змішаний варіант представляв собою комбіноване порушення у декількох сферах одночасно. Результати вивчення психосоціальної дезадаптації у ВПО викладені в табл. 1.

Таблиця 1

Розподіл обстежених ВПО за тяжкістю психосоціальної дезадаптації

Варіант дезадаптації	Легка тяжкість		Середня тяжкість		Тяжкий перебіг		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Інформаційна	29	28,4	34	31,4	19	18,6	80	78,4
Економічна	17	16,7	24	23,5	26	25,5	67	65,7
Виробнича	28	17,6	20	19,6	14	13,7	52	51,0
Сімейна	17	16,7	15	14,7	16	15,7	48	47,1

Як свідчать результати дослідження, питому вагу склав інформаційний варіант дезадаптації, який, у тому чи іншому ступені важкості, спостерігався у 80 (78,4%) осіб, економічний варіант дезадаптації визначався у 67 (65,7%) осіб, виробничий варіант – у 52 (51,0%) осіб, сімейний – у 48 (47,1%) осіб.

Дослідження факторів формування психосоціальної дезадаптації ВПО довело, що розвиток патологічних процесів зумовлено зривом адаптивних механізмів поведінки, вичерпанням енергетичного резерву внаслідок впливу психотравмуючих факторів, які становили суб'єктивну значимість для особи. Психотравмуючі фактори носили як гострий перебіг, так і хронічний. Бойові дії, страх за своє життя та життя рідних, вимушене переселення, виступали як гострі психотравмуючі фактори. На тлі ослаблених адаптивних ресурсів ВПО в подальшому стикалися з наступними суб'єктивно стресовими факторами вже хронічного впливу – зміна соціальних зв'язків, відсутність комунікацій з рідними, друзями, нестабільність

і невизначеність життєвого становища, невпевненість у захисті та належній допомозі з боку держави, відсутність достатньої опори, підтримки у соціумі. Дані фактори створювали підґрунтя для формування психосоціальної дезадаптації та неспсихотичної психічної патології.

Під час проведеного дослідження встановлена кореляція між нозологічними особливостями та профілем психосоціальної дезадаптації. Зокрема, при тривожно-депресивному розладі переважали порушення в інформаційній сфері, які визначалися у 28 ВПО, що становило 96,6% від загального числа осіб з даним діагнозом. По тяжкості перебігу переважали середній у 14 (50%) осіб та легкий ступінь – у 10 (35,7%) осіб. Також встановлена кореляція з економічним типом дезадаптації, що спостерігався у 23 (79,3%) осіб, але в даному випадку переважав тяжкий перебіг у 14 (48,3%) осіб. Розлади адаптації корелювали з виробничим типом дезадаптації у 19 ВПО, що становить 82,6% від усіх осіб з цим діагнозом, а також з інформаційним типом дезадаптації – у 18 (78,3%). По тяжкості

перебігу у випадку виробничого типу переважала середня тяжкість у 14 (60,9%) осіб, при інформаційному типі домінувала легка тяжкість прояву – у 9 (39,1%) осіб. Соматизований розлад мав кореляцію з виробничим типом, який був визначений у 15 осіб, що складає 88,2% досліджуваних з відповідним розладом, з переважанням важкого перебігу – у 8 (47,1%) осіб. При ПТСР домінувала кореляція з інформаційним типом дезадаптації – у 12 осіб, що становить більшість (92,3%) усіх пацієнтів з цим розладом. До того ж, слід відмітити, що при цій

патології переважав тяжкий перебіг інформаційної дезадаптації – у 7 (58,3%) осіб. Пацієнти з неврастенією мали кореляцію з сімейним типом дезадаптації – 10 осіб, тобто 83,3% від числа осіб з даною патологією, з переважанням середньої тяжкості – у 5 (41,6%) осіб. Пролонгована депресивна реакція відповідно корелювала з економічним типом дезадаптації – у 7 (87,5%) осіб, з переважанням важкого перебігу у 4 (50%) осіб. Відсотковий розподіл типів дезадаптації у ВПО відповідно до нозологічних форм представлений на рис. 1.

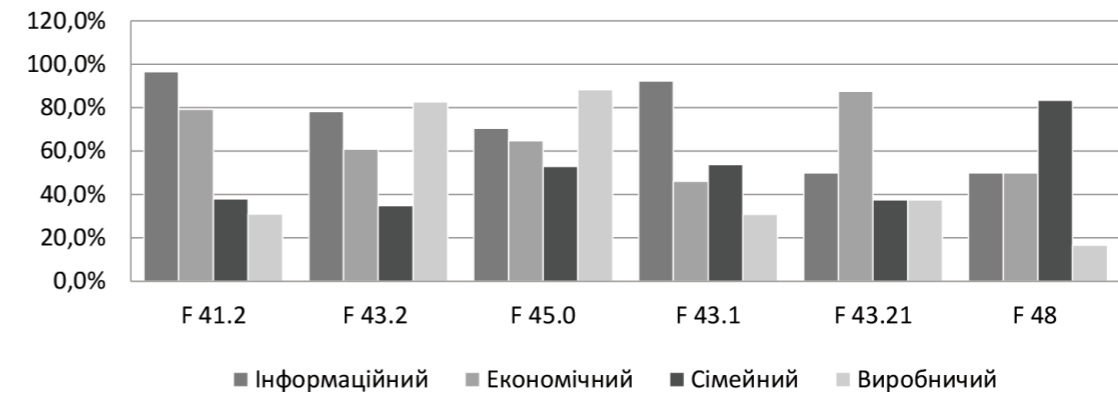


Рис. 1. Структурний розподіл типів психосоціальної дезадаптації по нозологіям у ВПО

Інформаційний тип психосоціальної дезадаптації, який діагностовано у 80 (78,4%) осіб, характеризувався порушенням адаптації індивіда до навколишнього соціального середовища під впливом зовнішніх інформаційних факторів. У ВПО після впливу гострих факторів на фоні збереженого емоційного напруження відбувалася зміна психоемоційного сприйняття у відповідь до нового оточення. Провокуючі інформаційні чинники, які зазвичай не мали б такого значення, сприймалися більш гостро, до рівня психотравмуючих. ВПО намагалися уникати ЗМІ, таких як телепередачі, радіо новини, інтернет-ресурси політичного змісту. Брак, відсутність або суперечлива інформація викликали тривогу, страх, песимізм, відчуття «якоїсь загрози», що «відбудеться щось погане», безпорадність, що обґрунтовує інформаційну психосоціальну дезадаптацію у 28 осіб з тривожно-депресивним розладом, що становить 96,6% ВПО з даним діагнозом. Частина постраждалих (58 осіб або 56,9%) суб'єктивно відчували неналежне ставлення самої держави, недостатнє надання економічних та матеріальних ресурсів, а також певну депривацію та нерозуміння від оточення. Така тенденція сприяла формуванню відчуття самотності, недовіри та відсутності безпеки, що, звичайно, поглиблювало дезадаптивний стан. Із-за суперечності власних суспільно-політичних установок з актуальними суспільними реаліями,

досліджувані значно звужували свій круг спілкування через конфлікт інтересів, відчуття тиску та недовіри від соціуму, комунікативні контакти ставали поверхневими та нетривалими.

Представлені у дослідженні основні групи взаємопов'язаних факторів і механізмів формування інформаційного типу дезадаптації були присутні у 12 осіб з посттравматичним стресовим розладом, що становить 92,3% ВПО з таким діагнозом. У постраждалих спостерігалася картина «замкненого кола»: порушення дезадаптивних механізмів чинили патопластичний вплив на розвиток симптоматики невротичного генезу, яка у той же час суттєво ускладнювала перебіг психосоціальної дезадаптації. До того ж, зважаючи, що інформаційний тип дезадаптації визначався в абсолютній більшості досліджуваних, але переважно середньої та легкої важкості, можна припустити, що дезадаптація ВПО в інформаційній сфері сприяла розвитку психосоціальної дезадаптації в інших сферах життєдіяльності.

Економічна форма дезадаптації, в рамках вивчення психосоціальної дезадаптації у ВПО домінувала при тривожно-депресивних розладах у 28 (96,6%) осіб та пролонгованій депресивній реакції – у 7 (87,5%) осіб. Доволі часто пацієнти відзначали втрату своєї соціальної значимості через раптовий вимушений переїзд. Людям довелося змінити звичне місце проживання, роботу,



зник звичний рівень доходів, а інколи внутрішньо переміщені особи залишилися взагалі без матеріальних статків, житла та засобів існування. Відсутність домівки, зміна особистого житла на орендоване, пониження кар'єрного ступеню чи взагалі відсутність робочого місця, мінімальна заробітна плата, відсутність матеріальної підтримки з боку держави та перспективи на майбутнє – впливали на погіршення економічного статусу осіб в цілому. ВПО найчастіше відзначали незадоволеність станом свого матеріального становища, наявність фінансових проблем та неможливість вирішення їх найближчим часом, постійні думки навколо даних питань призводили до дискомфорту в соціальних групах, уникання обговорення фінансових питань у колі друзів, колег, емоційного напруження та нестійкості, порушення сну, виснажливості, відчуття безпорадності та безвиході, зниження настрою, тривоги. Дана категорія пацієнтів відзначала також прискорене серцебиття, тремор, пітливість, закрепи, коливання артеріального тиску, рухову загальмованість.

Виробнича або службова дезадаптація спостерігалася переважно при розладах адаптації (у 19 (82,6%) осіб) та соматизованому розладі (у 15 (88,2%) осіб). Значний вплив для її виникнення створювали зовнішні соціальні фактори, адже переїзд призвів до зміни місця роботи. ВПО доволі часто були понижені у своїх службових посадах, кар'єрний ріст перервано, багатьом людям, що зазнали вимушеного переселення, доводилося змінювати рід діяльності, шукати некваліфіковану роботу, триматися за будь-яку можливість працювати. ВПО втрачали приватний бізнес, стабільне місце роботи, змінювали вид діяльності з інтелектуального на фізичний, зникало відчуття впевненості необхідності як спеціаліста, фахового працівника з наявністю досвіду та гарної кваліфікації. Як результат, з'являлося відчуття власної неповноцінності, непотрібності та приниження, які поглиблювали наявні явища професійної дезадаптації. Постійно виникали думки про пошук шляхів для вирішення матеріальних питань, досягнення побутової забезпеченості, роздуми про професійні невдачі та мінімальну оплату праці. Подібна тенденція провокувала появу сомато-вегетативних симптомів у виді мігрень, підвищення артеріального тиску, гастралгії, нудоти, запаморочення. Набутий травматичний досвід та відчуття певної «прірви між двома реальностями» утруднювали комунікативні відносини з колективом та керівництвом. Інколи від навколишнього оточення внутрішньо переміщені особи, обґрунтовано чи надумано, відчували недобррозичливість, осуд

чи ворожість, що викликало негативні емоції та реакції. Їх спілкування з колегами обмежувалося суто формальними відносинами, що сприяло напруженості та настороженості у колективі. Результатом були байдужість до виконання своїх службових обов'язків, небажання росту, песимізм, що знижувало працездатність та посилювало невдоволеність керівництва. Вирішення конфліктів шляхом уникання або, навпаки, конфронтації однаково деструктивно впливало на внутрішній емоційний стан внутрішньо переміщених осіб, порушуючи їх соціальне функціонування. Однак, за нашими даними, частина переміщених осіб, які були переведені чи отримали місце роботи за своєю кваліфікацією, навпроти, були більш відповідальними та старанними працівниками, з ретельністю та педантичністю виконували свою роботу. Дані особи доволі часто брали понаднормову роботу, щоб догодити керівництву, відзначитися в колективі своїми професійними навичками, втриматися на призначений посаді, мати постійний дохід та робоче місце. Подібна тенденція також негативно впливала на стосунки в колективі, відзначалося з боку оточення небажання мати «здорову конкуренцію», «тримати завжди професійну форму» та вдосконалювати свої професійні навички.

Сімейна дезадаптація зустрічалася в 52 (51%) осіб у структурі змішаних варіантів дезадаптації, а також переважала у внутрішньо переміщених осіб з неврастенією. Провідними скаргами були: дистимія, зниження працездатності, астения, поява соматовегетативних симптомів у виді мігрень, кардіалгій, порушення сну та зниження лібідо, які виникали у відповідь не вирішеним сімейним конфліктам. В обстежених пацієнтів стереотипно спливали думки над причинами невдалого шлюбу, можливе розлучення, пошуком причин конфліктів. ВПО відзначали, що відсутність підтримки, взаєморозуміння, конфлікти у сімейному колі породжують емоційну ізоляцію, недовіру та невпевненість до свого партнера. Вимушене переселення – кризовий фактор, який став випробовуванням для кожної сім'ї. Для внутрішньо переміщених сімей виникало порушення економічного стану, соціального статусу, впевненість у майбутньому, зміна виду професійної діяльності. Слід зауважити, що в 27% випадків сім'ї ставали неповними, деякі члени родини залишилися вдома через брак коштів, неможливість полишити хворих батьків чи родичів, в подібних випадках були порушені фундаментальні потреби кожного члена сім'ї, потреби у захисті та безпеці, підтримці. Емоційна навантаженість, нестійкість, невпевненість, відсутність

моральної підтримки членів сім'ї, розлука, конфлікти є факторами сімейної дезадаптації, які були притаманні внутрішньо переміщеним особам з неврастенією.

Отже, згідно результатів проведеного дослідження встановлено, що у ВПО з неpsychoticними психічними розладами та психосоціальною дезадаптацією переважають змішані варіанти психосоціальної дезадаптації, провідне місце серед яких посідає інформаційний тип дезадаптації. Отримані дані можуть бути використаними як мішень для психотерапевтичного впливу та психосоціального супроводу ВПО, направлених на підтримку їх адаптаційного ресурсу та покращення якості життя.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ministerstvo sotsial'noyi polityky Ukrainy. Ofitsiyyny veb-portal [Internet]. Kyiv: Ofitsiyyny veb-portal MSPU;2020 [updated 2020 January]. Available from: <https://www.msp.gov.ua/timeline/Vnutrishno-peremishcheni-osobi.html>
2. Maruta NO, Yavdak IO, Koliadko SP. (2019). Osoblyvosti psikhichnoho stanu vnutrishno peremishchenykh osib (struktura ta vyrazhenist' psikhopatolohichnykh porushen') [Features of the

### DIFFERENCES IN PSYCHOSOCIAL MALADAPTATION IN INTERNALLY DISPLACED PERSONS WITH NEUROTIC DISORDERS

#### A. Halchenko

The aim of the study was to study the structure of psychosocial maladaptation in internally displaced persons in the presence of non-psychotic mental disorders. 102 internally displaced persons from Donetsk, Luhansk oblasts and the Crimea who suffered from non-psychotic mental pathology and showed signs of psychosocial maladaptation were studied.

A comprehensive examination with the use of clinical-psychopathological, psychodiagnostic, psychometric methods and a thorough and in-depth study of life history. For the diagnosis of various forms and severity of psychosocial maladaptation used «Scale of psychosocial maladaptation» L. Herasymenko, A. Skripnikov.

The correlation between nosological features and the profile of psychosocial maladaptation is established. Anxiety-depressive disorder was dominated by adaptive disorders in the information sphere, in the medium and mild degree, as well as in the economic sphere, but with a predominance of severe maladaptation. Adaptation disorders correlated with the production type of maladaptation, which was expressed mainly in moderate

mental state of internally displaced persons (structure and severity of psychopathological disorders)]. *Medychna psykholohiya*;3:14: 40–4. (Ua).

3. Chaban OS. (2017). Novyy zapyt do sotsial'noyi psykhiatriyi v Ukraini: rozlady, pov'yazani zi stresom i PTSR. Chy my hotovi? [A new demand for social psychiatry in Ukraine: stress-related disorders and PTSD. Are we ready?]. *Psykhosomatychna medytsyna ta zahal'na praktyka* [Internet]. [cited 2019 Dec 6]. 2(2). Available from: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/30>

4. Markova MV, Savina MV. (2019). Suchasni kontseptsii i pohlyady na problemu dezadaptatsiyi [Modern concepts and views on the problem of maladaptation]. *Medychna psykholohiya*. 3:14: 3–5. (Ua).

5. Skrypnikov AM, Herasymenko LA, Isakov RI. (2012). Diahnostychnyy protses u psykhiatriyi [Diagnostic process in the psychiatry]. – Poltava: ASMI. 128 p. [in Ukrainian]. (Ua).

6. Herasymenko LA. (2018). Nova metodyka diahnozyky psykhosotsial'noyi dezadaptatsiyi [A new method of diagnosis of psychosocial maladjustment]. *Likars'ka sprava*.1:2: 82–8. (Ua).

severity, and with the information type, which was mostly in mild degree. Somatized disorder in most cases was represented by the production type of maladaptation, with a predominance of severe degree. PTSD was dominated by a correlation with the informational type of maladaptation, which accounted for the vast majority of all patients with this disorder, moreover, in the severe degree. Patients with neurasthenia correlated with a familial type of maladaptation with a predominance of moderate severity. Prolonged depressive reaction, respectively, correlated with the economic type of maladaptation with a predominance of severe degree.

Thus, according to the results of the study, it was found that internally displaced persons with non-psychotic mental disorders were dominated by mixed variants of psychosocial maladaptation, the leading place among which was occupied by the information type of maladaptation.

**Key words:** internally displaced persons, psychosocial maladjustment, anxiety and depression disorders, adjustment disorders.

## РАЗЛИЧИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ВНУТРЕННЕ ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А.В. Гальченко

Целью исследования было изучение структуры психосоциальной дезадаптации во внутренне перемещенных лиц при наличии непсихотических психических расстройств. Исследовано 102 у внутренне перемещенных лиц с непсихотическими психическими расстройствами из Донецкой, Луганской областей и АР Крыма, у которых была патология психической сферы непсихотического уровня и признаки психосоциальной дезадаптации.

Проведено комплексное всестороннее обследование с применением клинико-психопатологического, психодиагностического, психометрического методов и тщательного изучения анамнеза жизни. Для диагностики различных форм и выраженности психосоциальной дезадаптации применена «Шкала психосоциальной дезадаптации» Л.А. Герасименко, А.М. Скрипникова.

Установлена корреляция между нозологическими особенностями и профилем психосоциальной дезадаптации. При тревожно-депрессивном расстройстве преобладали адаптационные нарушения в информационной сфере средней и легкой степени, а также в экономической сфере, но с преобладанием тяжелого течения дезадаптации. Расстройства адаптации коррелировали с производственным типом дезадаптации,

который проявлялся преимущественно средней степенью тяжести, и с информационным типом, который протекал в легкой степени. Соматизированное расстройство в большинстве случаев было представлено производственным типом дезадаптации, с преобладанием тяжелого течения. При ПТСР доминировала корреляция с информационным типом дезадаптации, который составил значительное большинство всех пациентов с этим расстройством, к тому же, в тяжелом течении. Пациенты с неврастенией имели корреляцию с семейным типом дезадаптации, с преобладанием средней тяжести. Пролонгированная депрессивная реакция коррелировала с экономическим типом дезадаптации, с преобладанием тяжелого течения.

Итак, согласно результатам исследования установлено, что у внутренне перемещенных лиц из непсихотическими психическими расстройствами преобладали смешанные варианты психосоциальной дезадаптации, ведущее место среди которых занимал информационный тип дезадаптации.

**Ключевые слова:** внутренне перемещенные лица, психосоциальная дезадаптация, тревожно-депрессивные расстройства, расстройства адаптации.

*Принято до друку 20.02.2020 р.*

## МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ И ПРЕОДОЛЕНИЯ ПАНИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Восточноевропейская ассоциация психологов и психиатров м. Харків

Приведено описание авторского подхода к пониманию психологических механизмов и возможностей терапии панического расстройства. Предложено рассмотреть структурные элементы, которые составляют основу данного заболевания. Первым элементом является придание какому-либо событию резко выраженного негативного значения в отношении личности, здоровья, жизни. Вторым элементом является готовность к произвольному значительному повышению эмоционального напряжения. Третьим элементом является концентрация внимания на определенных физических ощущениях и функциях собственного организма. По своей сути паническая атака рассматривается как один из вариантов адаптивных реакций. Ее особенностью является избегание нежелательного действия. Фактически речь идет о создании условий для обоснованного отказа от активной реализации своих потребностей. В основу терапии положена возможность создания более эффективной модели поведения за счет развития навыков саморегуляции и формирования осознанного отношения к индивидуальным реакциям избегания.

**Ключевые слова:** паническое расстройство, психологические механизмы, терапия.

В МКБ-10 указано как самостоятельная нозологическая единица Паническое расстройство, шифр F 41.0, которое относится к группе Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. Клиническое развитие панического эпизода оценивается как неконтролируемый человеком, спонтанно разворачивающийся процесс, имеющий отчетливую тенденцию к рецидивированию и хроническому течению. Речь идет о том, что пациент, столкнувшийся с данным расстройством, фактически вынужден смириться с неизбежностью повторного возникновения панических состояний, существенно изменить жизненный стереотип, претерпеть значительное снижение качества жизни. Само ожидание последующего панического эпизода становится тягостным душевным переживанием, не покидающим пациента и лишаящим возможности полноценного социального функционирования. В состоянии «предчувствия» очередного приступа такой человек не в силах полноценно выполнять свои профессиональные и иные социальные обязанности, получать радость от естественных обстоятельств жизни, всегда дававших для этого основание. Данное ограничение свободы, произвольности принятия решений и планирования своих действий переживается как объективная невозможность преодолеть болезненное состояние. Ожидание проявлений болезни заполняет значительное временное пространство, существенно превышающее время самих приступов. Формируется своеобразный психопатологический симптомокомплекс с переживанием обреченности,

подавленности, тягостного ожидания, волнообразно возникающей напряженности и вовлеченности в размышления по поводу переосмысления своей жизни на фоне возникшего недуга [1, 2, 3].

При этом, для окружающих не является очевидным наличие болезни, так как помимо жалоб и демонстрации потребности в посторонней помощи, как правило, отсутствуют убедительные объективные признаки болезни. Речь может идти о комплексе вегето-сосудистых проявлений в структуре приступа. Часто сам приступ носит характерную, стереотипно повторяющуюся структуру. Узнается пациентом, что называется «по первым нотам». После завершения панического приступа не выявляются какие-либо существенные соматические нарушения. Накопленная статистика позволяет утверждать, что данные пароксизмальные состояния не несут опасности для жизни. Хотя субъективно переживаемые пациентами ощущения вызывают у них уверенность в катастрофических для жизни и здоровья последствиях. Данное различие в оценке субъективных и объективных показателей Панического расстройства может служить причиной конфликтов в семье пациента. Родственники, не видя понятного для себя объяснения болезни, устают от необходимости постоянно проявлять поддержку, обсуждать неочевидные для себя проявления расстройства, жертвовать своими интересами в угоду представлениям и запросам пациента. Последний тяжело переживает подобное отношение к своей ситуации, что может сопровождаться претензией