

## КЛІНІЧНА ТА ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

DOI 10.31718/2077-1096.20.1.86

УДК 612.017.2-02:616.8-054.5./73

Гальченко А.В., Кидонь П.В.

### КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ФОРМУВАННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ З РОЗЛАДАМИ АДАПТАЦІЇ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Відбуваються стрімкі соціальні трансформації, які, з одного боку призводять до напруження механізмів адаптації, що відображається на поширеності психічних розладів, передовсім психогенного характеру. З іншого боку, видозмінюються клінічні прояви психогенних розладів, оскільки їх симптоматика завжди тісно пов'язана із характером впливів середовища і до певної міри відображає закономірності соціальних процесів. З цієї точки зору, особливу цікавість викликають клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості розладів адаптації, зокрема, у внутрішньо переміщених осіб. Метою роботи було вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб із розладами адаптації. Обстежено 45 осіб з діагностованими розладами адаптації та клінічно окресленою психосоціальною дезадаптацією. Контрольну групу склали 35 здорових осіб без ознак психосоціальної дезадаптації. Усі обстежені являлися вимушеними переселенцями з Донецької, Луганської областей та Криму. За результатами проведеного дослідження визначено, що провідними факторами психотравми у внутрішньо переміщених осіб з розладами адаптації та психосоціальною дезадаптацією представлені інформаційним та сімейним аспектами. Їх клінічна картина характеризувалась домінуванням тривожно-депресивної симптоматики з різноманітними соматичними проявами. Встановлені закономірності клініко-психопатологічних особливостей у внутрішньо переміщених осіб із ознаками психосоціальної дезадаптації підтверджено при синдромальному аналізі, а саме переважанням змішаного тривожно-депресивного та чистих тривожного і депресивного клінічних варіантів психопатологічних синдромів.

Ключові слова: адаптація, психосоціальна дезадаптація, розлади адаптації, внутрішньо переміщені особи, невротичні розлади.

Робота є фрагментом НДР: «Психосоціальна дезадаптація в осіб із психічними непсихотичними розладами (предиктори формування, клініка, діагностика, реабілітація)», державний реєстраційний номер 0119U102861.

В сучасному світі навіть у індустріально розвинених країнах Європи, США із високим рівнем медицини та соціального захисту, кожен третій дорослий страждає від порушень сну, млявості, депресії чи тривожності [1,2], що свідчить про недосконалість механізмів психічної адаптації, як проблеми, що має глобальне значення для всього людства.

Деякі автори [3, 4, 5] вважають за необхідне для вивчення процесів адаптації-дезадаптації розглядати особливості функціонування особистості на трьох рівнях - біологічному (фізіологічному), психологічному (індивідуально-особистісному) і соціально-психологічному (особистісно-середовищному). Поняття адаптації (дезадаптації) в рамках цієї системної моделі грає роль системоутворюючого фактора. Зокрема, адаптованість особистості ділиться на внутрішню, зовнішню і змішану [6,7]. Внутрішня адаптованість характеризується перебудовою функціональних структур у відповідь на зміни середовища. Зовнішня (поведінкова) адаптованість характеризується відсутністю внутрішньої (змістовної) перебудови, збереженням ідентичності.

Змішана адаптація характеризується частковою модифікацією як внутрішніх структур, так і інструментальною адаптацією [8].

Прорив адаптаційного бар'єру в умовах кризової ситуації може відбуватися на різних рівнях: біологічному (вегето-вісцеральному), психологічному (емоційно-афективному, мотиваційному) чи соціальному, під яким маються на увазі суспільні фактори, що блокують актуальні потреби особистості і перешкоджають досягненню життєвих цілей [9, 10].

Відбуваються стрімкі соціальні трансформації, які, з одного боку призводять до напруження механізмів адаптації, що відображається на поширеності психічних розладів, передовсім психогенного характеру. З іншого боку, видозмінюються клінічні прояви психогенних розладів, оскільки їх симптоматика завжди тісно пов'язана із характером впливів середовища і до певної міри відображає закономірності соціальних процесів [11]. З цієї точки зору, особливу цікавість викликають клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості розладів адаптації, зокрема, у внутрішньо переміщених осіб (ВПО).

### **Мета дослідження**

Вивчення клініко-психопатологічних та психологічних особливостей психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб із розладами адаптації.

### **Матеріали та методи дослідження**

Досліджено 45 осіб (26 жінок та 19 чоловіків) з діагностованим за МКХ-10 діагнозом - розлади адаптації (F43.2) та клінічно окресленою психосоціальною дезадаптацією. Контрольну групу склали 35 здорових осіб (21 жінка та 14 чоловіків) без ознак психосоціальної дезадаптації. Усі обстежені являлися вимушеними переселенцями з Донецької, Луганської областей та Криму, які звертались за консультативною допомогою до співробітників кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Української медичної стоматологічної академії. Усі вони надали поінформовані згоди на участь у дослідженні.

Критеріями виключення в науковому дослідженні були:

1. Неповнолітні;
2. Наявність суїцидальних спроб в анамнезі.
3. Розумова відсталість;
4. Гострий психотичний стан;
5. Наявність аддикцій (алкогольної, наркотичної, ігрової та ін.);
6. Не надання письмової згоди на участь у дослідженні.

Всім пацієнтам проведено комплексне всебічне клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження з ретельним вивченням анамнезу життя та соціально-демографічних показників.

Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R), адаптований Н. В. Тарабриною зі співавт., 2001 – застосовувався для оцінки психопатологічного статусу внутрішньо переміщених осіб із розладами адаптації. Дана методика дозволяє оцінити наявність і вираженість у пацієнта спектру психопатологічних проявів і окремих симптомів.

Для дослідження різноманітних аспектів психосоціальної дезадаптації у даного контингенту пацієнтів використано «Стрес шкалу» Т.Н. Holmes і R.H. Rahe (1967) та «Шкалу психосоціальної дезадаптації» Л.О. Герасименко, А.М. Скрипнікова (2016) [12].

Для статистичної обробки даних клінічних, психодіагностичних та соціологічних досліджень використовували наступні методи: описової статистики (визначення середньоарифметичних значень і середньоарифметичних відхилень за кожним із кількісних показників, частоти для якісних параметрів), математичної статистики за таблицями відсотків та помилок, та t-критерій Стьюдента з достовірною імовірністю  $p < 0,05$  –

для обробки результатів дослідження.

### **Результати та обговорення**

Аналіз соціально-демографічних та анамнестичних особливостей пацієнтів основної групи показав, що переважали особи вікової групи  $38,5 \pm 5,3$  роки. Середній вік дебюту невротичного захворювання склала  $34,6 \pm 5,1$  роки. Тривалість актуального невротичного розладу менше 6 місяців у 9 (20%) осіб; від 6 місяців до 1 року – у 21 (46,7%) осіб, від 1 до 2 років – у 15 (33,3%) осіб. Більшість обстежених пацієнтів 28 (62,22%,  $p < 0,05$ ) виховувались у повних родинах. У неповних родинах виховувались – 17 (37,78 %) осіб. Сиріт не було. Вищу освіту мали 14 (31,11%) осіб, але переважали пацієнти із повною середньою освітою – 27 (60%,  $p < 0,01$ ) осіб. Неповну середню освіту мали 4 (8,89%) осіб. Згідно сімейного статусу переважали особи, які на момент обстеження були розлученими - 16 (35,56%), перебували у шлюбі 17 (37,78 %) осіб і ніколи не були у шлюбі 12 (26,66 %) осіб. Одну дитину мали 24 (53,33 %) особи, не мали дітей – 10 (22,22 %) осіб, а у 11 (24,44 %) осіб було двоє і більше власних дітей. Більшість обстежених займалися інтелектуальною працею - 21 (46,67 %,  $p < 0,01$ ), фізично працювали 13 (28,9%) осіб, безробітними були 11 (24,24%) осіб. Власний майновий статус оцінювали як низький 21 (46,67%) особи цієї групи, а 15 (33,33 %) особи вважали його задовільним і лише 9 (20 %) осіб оцінювали рівень власних доходів як високий.

В ході дослідження проведено аналіз факторів психотравми за «Стрес шкалою» Т.Н. Holmes і R.H. Rahe та «Шкалою психосоціальної дезадаптації» Л.О. Герасименко, А.М. Скрипнікова, що впливали на внутрішньо переміщених осіб із розладами адаптації. Виявлені фактори для наявності групували за ознакою того, в якій сфері соціальних відносин вони виникали, відповідно впливаючи на соціальне функціонування. Отримані результати при дослідженні обох груп відображені в таблиці 1.

При загальній різноманітності факторів психотравми хворих основної групи домінують впливи інформаційного та сімейного характеру. Для основної групи обстежених характерна наявність чинників хронічної психотравми (74,2 %;  $p < 0,05$ ), обумовлених відчуттям самотності, відсутності стабільності та підтримки родичів та родини, відсутність знайомих та близьких поряд людей, необхідність в спілкуванні з друзями, постійним відчуттям небезпеки за здоров'я та життя земляків (87,1 %;  $p < 0,05$ ), конфліктами у родині (13,9 %;  $p < 0,05$ ).

Таблиця 1.  
Фактори психотравми, виявлені у ВПО обох груп

Психогенні фактори	Основна група (n=45) % ± m %	Контрольна група (n=33) % ± m %
<b>I. Виробничі (службові)</b>		
1. Безробіття	21,4 ± 1,0*	9,0 ± 1,9
2. Зміна місця роботи	13,1 ± 4,1	8,0 ± 4,5
3. Погіршення професійного статусу	15,7 ± 2,8	16,0 ± 4,0
4. Конфлікт із керівництвом	11,8 ± 4,5	11,5 ± 3,1
5. Конфлікт зі співробітниками	18,1 ± 3,1	15,4 ± 4,2
6. Незадоволення професійною діяльністю	18,9 ± 3,9	17,6 ± 3,0
7. Незадоволені професійні амбіції	10,5 ± 4,2	20,1 ± 2,3
<b>II. Сімейні:</b>		
1. Конфлікти з чоловіком/дружиною	29,1 ± 2,5	12,0 ± 4,0
2. Конфлікти з дітьми	19,1 ± 1,3	11,0 ± 4,1
3. Конфлікти з близькими людьми	10,6 ± 3,2	21,0 ± 2,5*
4. Переживання за долю близьких людей	44,1 ± 3,2	19,0 ± 3,3
5. Розлучення	28,1 ± 3,6	9,0 ± 4,2
6. Відчуття самотності	44,2 ± 2,4	28,0 ± 4,0
<b>III. Економічні</b>		
1. Погіршення матеріально-побутових умов	39,1 ± 3,5*	26,0 ± 4,3
2. Зниження доходів	19,9 ± 4,2*	12,0 ± 3,0
3. Невпевненість у майбутньому через економічні причини	38,1 ± 2,5	14,0 ± 2,1
4. Незадоволення станом добробуту	28,3 ± 2,2	10,0 ± 4,0
<b>IV. Інформаційні</b>		
1. Незадоволення загальним інформаційним фоном	19,1 ± 4,4	24,0 ± 3,8*
2. Наявність суб'єктивно значимої негативної інформації	47,2 ± 3,8	18,0 ± 4,4
3. Негативні очікування від інформаційних повідомлень	28,1 ± 4,1*	25,0 ± 4,5
4. Фіксація на певній негативній інформації	58,1 ± 3,5*	21,0 ± 2,5

Умовні позначення: \* - при порівнянні показників в основній групі та групі порівняння відмінності достовірні при  $p < 0,05$ .

За результатами проведеного обстеження, встановлено, що в основній групі найпоширенішими факторами були: фіксація на певній негативній інформації (58,1 ± 3,5%); наявність суб'єктивно значимої негативної інформації (47,2 ± 3,8%); переживання за долю близьких людей (44,1 ± 3,2%); конфлікти з чоловіком чи дружиною (29,1 ± 2,5%); відчуття самотності (44,2 ± 2,4%); розлучення (28,1 ± 3,6%); безробіття (21,4 ± 1,0%); погіршення матеріально-побутових умов (39,1 ± 3,5%); невпевненість у майбутньому через економічні причини (38,1 ± 2,5%); незадоволення станом добробуту (28,3 ± 2,2%). У контрольній групі фактори психотравми виглядали наступним чином: відчуття самотності (28,0 ± 4,0%), незадоволеність побутовими умовами (26,0 ± 4,3%), конфлікти із родичами (21,0 ± 2,5%), негативні очікування від інформаційних повідомлень (25,0 ± 4,5%); фіксація на певній негативній інформації (58,1 ± 3,5%); незадоволення загальним інформаційним фоном (24,0 ± 3,8%); незадоволені професійні амбіції (20,1 ± 2,3%).

Встановлено, що поширеність факторів психотравми у контрольній групі є значно меншою, що частково пояснює відсутність у них ознак психосоціальної дезадаптації. Проте, у більшості випадків відмінності не сягали рівня статистичної достовірності. Достовірна відмінність поширеності при порівнянні основної і контрольної груп зафіксована стосовно таких факторів, як безробіття, незадоволення характером побутових умов, соціального та матеріального становища, що частіше зустрічались у осіб основної групи. У контрольній групі достовірно частіше зустрічались конфлікти із близькими людьми, а

також незадоволення загальним інформаційним фоном.

Найбільш важливими і поширеними факторами в обох групах були інформаційна фіксація та фрустрація потреб у сімейному житті. На перший план виступали скарги інформаційного характеру, які стосувалися ситуації в окупованих регіонах, наявності воєнних дій, стану їх життя, житла та функціонування родичів, близьких, сусідів, а також ймовірності розповсюдження окупації на всю територію України. Сімейна форма дезадаптації розвивалась у результаті невідповідності між очікуваннями та реальною ситуацією у сфері сімейних стосунків, неможливості залишатись у поточному стані стосунків та нездатності знайти ефективні шляхи вирішення конфліктів. Родини не завжди мали змогу прожити разом, хтось з подружжя лишався на окупованих територіях через брак коштів, неможливість покинути хворих батьків, житло.

Підводячи підсумок аналізу факторів психотравми у ВПО основної групи можна відзначити їх різноманітність та комплексність, що призвело до формування переважно змішаних варіантів психосоціальної дезадаптації, в структурі якої найбільше були представлені інформаційні та сімейні аспекти.

За результатами обстеження клінічна картина психопатологічних розладів в основній групі представлена наступними симптомами тривожно-депресивного синдромокомплексу: зниження працездатності у 81,9 ± 2,3% осіб; психічна втомированість 79,0 ± 3,8%; зниження настрою 78,7 ± 2,7%; тривога 71,5 ± 2,8%; зниження лібідо у 54,5 ± 3,9%; фізична втомированість – у 51,4 ±

3,4 % осіб. Провідними клінічними ознаками для ВПО основної групи: психічна втомлюваність, зниження працездатності, плаксивість, інсомнія,

головні болі, запаморочення, коливання артеріального тиску, кардіалгії, нудота і блювання, порушення апетиту, зниження лібідо, гіпергідроз.

Таблиця 2  
Клініко-психопатологічні прояви у ВПО з розладами адаптації

Клінічна ознака	Основна група, (n=45) % ± m %	Контрольна група, (n=33) % ± m %
1. Фізична втомлюваність	51,4 ± 3,4	38,2 ± 2,4
2. Психічна втомлюваність	79,0 ± 3,8	25,5 ± 2,1
3. Зниження працездатності	81,9 ± 2,3	51,1 ± 3,2
4. Дратівливість	28,8 ± 4,9	18,4 ± 2,7
5. Плаксивість	36,5 ± 2,7	16,9 ± 4,1
6. Інсомнія	29,3 ± 4,1	15,6 ± 5,5
7. Розладипам'яті	13,3 ± 2,4	10,2 ± 3,7
8. Порушення уваги	26,1 ± 1,0	8,7 ± 2,6
9. Зниження настрою	78,7 ± 2,7	19,5 ± 3,0
10. Знижена самооцінка	34,6 ± 3,3	11,7 ± 2,5
11. Загальмованість	10,0 ± 4,0	7,1 ± 4,2
12. Емоційна лабільність	31,9 ± 2,7	11,5 ± 2,0
13. Тривога	71,5 ± 2,8	22,6 ± 3,7
14. Обсесії	5,7 ± 1,1	2,0 ± 1,7
15. Метеочутливість	8,5 ± 2,3	7,8 ± 3,8
16. Агравация	9,1 ± 2,0	2,5 ± 4,1
17. Іпохондричність	45,2 ± 2,1	31,4 ± 2,8
18. Парестезії	29 ± 3,5	7 ± 3,2
19. Ідеаторна загальмованість	15,1 ± 2,6	4,0 ± 1,3
20. Головні болі	45,3 ± 4,5	22,3 ± 2,6
21. Запаморочення	28,8 ± 1,7	15,3 ± 2,3
22. Кардіалгії	29,7 ± 1,7	3,1 ± 2,0
23. Коливання АТ:	33,5 ± 4,0	17,6 ± 3,4
24. Задуха	14,9 ± 2,9	6,5 ± 3,8
25. Нудота, блювання	21,5 ± 2,1	7,7 ± 2,2
26. Порушення апетиту	20,6 ± 3,2	10,7 ± 3,1
27. Диспепсія	20,8 ± 2,9	3,6 ± 1,8
28. Дизурія	10,1 ± 1,5	2,3 ± 1,0
29. Гіпергідроз	33,9 ± 3,8	11,9 ± 2,3
30. Вегето-судинні пароксизми	45,2 ± 2,5	23,7 ± 2,4
31. Зниження лібідо	54,5 ± 3,9	8,0 ± 3,6

Умовні позначки: \* - при порівнянні показників в основній групі та групі порівняння відмінності достовірні при  $p < 0,05$ .

Таблиця 3  
Психопатологічні синдроми у ВПО з розладами адаптації

Синдроми	Основна група (n=45) % ± m %
1. Тривожно-депресивний	41,6 ± 4,7
2. Астено-депресивний	12,7 ± 4,1
3. Тривожний	25,3 ± 3,8
4. Депресивний	23,1 ± 3,7
5. Агрипнічний	18,1 ± 3,4

Умовні позначки: \* - при порівнянні показників в основній групі та групі порівняння відмінності достовірні при  $p < 0,05$ .

В цілому, клінічна картина розладів адаптації у обстежених основної групи характеризувалась домінуванням тривожно-депресивної симптоматики з різноманітними соматичними проявами.

Встановлені закономірності клініко-психопатологічних особливостей у внутрішньо переміщених осіб із ознаками психосоціальної дезадаптації підтверджено при синдромальному аналізі, що відображено в таблиці 3.

Синдромальна структура клінічної картини характеризується переважанням змішаного тривожно-депресивного (41,5 ± 4,7 %) та чистих тривожного (25,3 ± 3,8 %) і депресивного (23,1 ± 3,7 %) клінічних варіантів психопатологічних синдромів.

Результати клінічного обстеження підтвердились висновками, отриманими при використанні опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R). У структурі тривожних розладів переважали фобічна тривожність (61,3 %), соматизація (38,7 %) з наявністю дистресу (у 77,4 %), що свідчить про домінування в структурі симптоматики тривожних і депресивних проявів у змішаному та ізольованих варіантах.

### Висновки

1. Провідними факторами психотравми у внутрішньо переміщених осіб з розладами адаптації та клінічно окресленими проявами психо-

соціальної дезадаптації представлені інформаційним та сімейним аспектами;

2. Клінічна картина розладів адаптації внутрішньо переміщених осіб з клінічно окресленими проявами психосоціальної дезадаптації характеризувалась домінуванням тривожно-депресивної симптоматики з різноманітними соматичними проявами.

3. Встановлені закономірності клініко-психопатологічних особливостей у внутрішньо переміщених осіб із ознаками психосоціальної дезадаптації підтверджено при синдромальному аналізі (переважанням змішаного тривожно-депресивного та чистих тривожного і депресивного клінічних варіантів психопатологічних синдромів).

### Література

1. Goldberger L. Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects. N.Y.: The Free Press; 2012. 804p.
2. Ministerstvo sotsial'noyi polityky Ukrainy. Ofitsiyyny veb-portal [Internet]. Kyiv: Ofitsiyyny veb-portal MSPU; 2019 [updated 2019 September]. Available from: <https://www.msp.gov.ua/news/17459.html>
3. Yudina TI. O sotsiologicheskoy analize migratsionnykh protsessov [On the sociological analysis of migration processes]. Sotsiologicheskiye issledovaniya. 2002; 10: 102-8. (Russian).
4. Skrypnikov AM, Herasymenko LA, Isakov RI. Diahnostychnyy protses u psykhiatriyi [Diagnostic process in the psychiatry]. Poltava: ASMI; 2012. 128p. (Ukrainian).

5. Lavrenko AV, Kaydashev IP. Metabolichnyy syndrom: aktual'ni s'ohodni [Metabolic syndrome: Topical Today]. Aktual'ni problemy suchasnoyi medytsyny: Visn. Ukr. med. stomat. akad. 2009; 9(4, ch.2): 244-7. (Ukrainian).
6. Shlyagina Yel, Bardina PV, Shaygerova LA, Shcherbakova AB. Vozmozhnosti etnopsikhologii lichnosti v reshenii prob lem vynuuzhdennoy migratsii [Possibilities of personality ethnopsychology in solving the problem of forced migration]. Etnicheskaya psikhologiya i obshchestvo. 1997; 2: 340-6.
7. Herasymenko LA. Psykhosotsial'na dezadaptatsiya (suchasni kontseptual'ni modeli). [Psychosocial maladjustment (modern conceptual models)]. Ukrainy's'kyi visnyk psykhonevrolohiyi. 2018; 1: 62-5. (Ukrainian).
8. Skrypnikov AM, Herasymenko LA, Isakov RI. Psykhosotsial'na dezadaptatsiya pri postravmatychnomu stresovomu rozladi u zhinkov [Psychosocial maladjustment in post-traumatic stress disorder in women]. Poltava: TOV «ASMI»; 2016. 168p. (Ukrainian).
9. Maruta NO, Panko TV, Kalenska GY. Osoblyvosti porushen' psykhnichnoho zdorov'ya ta mekhanizmy yikh formuvannya u vnutrishn'o peremishchenykh osob [Features of mental health disorders and mechanisms of their formation in internally displaced persons]. Ukrainy's'kyi visnyk psykhonevrolohiyi. 2019; 27; 4 (101): 45-6. (Ukrainian).
10. Herasymenko LA. Psykhosotsial'na dezadaptatsiya (suchasni kontseptual'ni modeli). [Psychosocial maladjustment (modern conceptual models)]. Ukrainy's'kyi visnyk psykhonevrolohiyi. 2018; 1: 62-5. (Ukrainian).
11. Chaban OS, Khaustova OO. Dezadaptatsiya lyudyny v umovakh suspiil'noyi kryzy: novi syndromy ta napryamky yikh podolannya [Disadaptation of a person in the conditions of social crisis: new syndromes and directions of their overcoming]. Zhurnal psykhiatriyi ta medychnoyi psykholohiyi. 2009; 3: 13-8. (Ukrainian).
12. Herasymenko LA. Nova metodyka diahnozyky psykhosotsial'noyi dezadaptatsiyi [A new method of diagnosis of psychosocial maladjustment]. Likars'ka sprava. 2018; 1(2): 82-8. (Ukrainian).

### Реферат

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ВО ВНУТРЕННЕ ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ  
Гальченко А.В., Кидонь П.В.

Ключевые слова: адаптация, психосоциальная дезадаптация, расстройства адаптации, внутренне перемещенные лица, невротические расстройства.

Происходят стремительные социальные трансформации, которые, с одной стороны приводят к напряжению механизмов адаптации, отражается на распространённости психических расстройств, прежде психогенного характера. С другой стороны, видоизменяются клинические проявления психогенных расстройств, поскольку их симптоматика всегда тесно связана с характером воздействий среды и в определенной мере отражает закономерности социальных процессов. С этой точки зрения, особый интерес вызывают клиничко-психопатологические и патопсихологические особенности расстройств адаптации, в частности, внутренне перемещенных лиц. Целью работы было изучение клиничко-психопатологических и патопсихологических особенностей психосоциальной дезадаптации во внутренне перемещенных лиц с расстройствами адаптации. Обследовано 45 человек с диагностированными расстройствами адаптации и клиниччески очерченной психосоциальной дезадаптацией. Контрольную группу составили 35 здоровых лиц без признаков психосоциальной дезадаптации. Все обследованные являлись вынужденными переселенцами из Донецкой, Луганской областей и Крыма. По результатам проведенного исследования установлено, что ведущими факторами психотравмы во внутренне перемещенных лиц с расстройствами адаптации и психосоциальной дезадаптацией представлены информационным и семейным аспектами. Их клиничческая картина характеризовалась доминированием тревожно-депрессивной симптоматики с различными соматическими проявлениями. Установлены закономерности клиничко-психопатологических особенностей у внутренне перемещенных лиц с признаками психосоциальной дезадаптации подтверждено при синдромальном анализе, а именно преобладанием смешанного тревожно-депрессивного и чистых тревожного и депрессивного клиничческих вариантов психопатологических синдромов.

### Summary

CLINICAL PSYCHOPATHOLOGICAL AND PATHOPSYCHOLOGICAL PATTERNS OF THE DEVELOPMENT OF PSYCHOSOCIAL MALADAPTATION IN INTERNALLY DISPLACED PERSONS WITH ADJUSTMENT DISORDERS

Halchenko A., Kydon P.

Key words: adaptation, psychosocial maladaptation, adjustment disorders, internally displaced persons, neurotic disorder.

Rapid social transformations occurring worldwide, on the one hand, lead to the tension of adaptation mechanisms that is reflected through the prevalence of mental disorders, primarily of a psychogenic nature. On the other hand, clinical manifestations of psychogenic disorders are altering as their symptoms are always closely related to the nature of surrounding influences and to some extent reflect the patterns of social

processes. From this point of view, clinical, psychopathological and pathopsychological features of adjustment disorders, and in particular in internally displaced persons, are of clinical and social importance. The purpose of the study was to explore the clinical psychopathological and pathopsychological features of psychosocial maladaptation in internally displaced persons with adjustment disorders. 45 people were diagnosed with adjustment disorders and clinically defined psychosocial maladaptation. The control group consisted of 35 healthy individuals with no signs of psychosocial maladjustment. All the participants were internally displaced from Donetsk, Luhansk and Crimea. According to the results of the research, we have found out that the leading factors resulting in psychotraumas in internally displaced persons with adjustment disorders and psychosocial maladaptation include media coverage of information and family aspects. The clinical picture was characterized by the dominance of anxiety-depressive symptoms with various somatic manifestations. We have established patterns of clinical and psychopathological features typical for internally displaced people with signs of psychosocial maladaptation.

DOI 10.31718/2077-1096.20.1.91

УДК 616.34-008:616.839-053.2

**Зубаренко О.В., Лузан В.В., Кравченко Т.Ю., Копійка Г.К., Мартюк В.І.**

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА**

Одеський національний медичний університет

*Функціональні шлунково-кишкові розлади розглядають як клінічний варіант взаємодії психосоціальних чинників і фізіології шлунково – кишкового тракту через вісь «мозок — кишечник». Мета дослідження стало вивчення психологічних особливостей у дітей з синдромом подразненого кишечника. Були обстежені 68 дітей у віці від 14 до 18 років з синдромом подразненого кишечника. Для визначення типу акцентуації характеру використовувався тест-опитувальник Шмішека-Леонгарда (дитячий варіант). Для визначення психоемоційних порушень був використаний тест-опитувальник SCL-90-R (за методом Л.Дерогатіс). В результаті дослідження було визначено, що у більшості пацієнтів були присутні порушення психоемоційного статусу. У групі дітей з синдромом подразненого кишечника, котрий протікає з закрепом, зустрічається частіше емотивний тип акцентуації характеру та соматизований та депресивний тип психологічних розладів. Хворі на синдром подразненого кишечника з діареєю мали циклоїдний та демонстративний типи акцентуації характеру та демонстрували тривожний тип згідно до опитувальника. Пацієнти зі змішаними ритмами дефекації демонстрували риси циклоїдного, емотивного та педантичного типу акцентуації характеру. Із психологічних розладів реєструвалися депресивний, тривожний, соматизований тип.*

Ключові слова: синдром подразненого кишечника, діти, шлунково – кишковий тракт, психологічні особливості, психоемоційні порушення.

### **Вступ**

У структурі патології органів шлунково-кишкового тракту функціональні захворювання посідають значне місце, починаючи з дітей раннього віку [2,4]. За оцінками фахівців, частота функціональних захворювань в світі становить 5-15% загальної кількості дитячого населення [12]. Функціональні шлунково-кишкові розлади розглядають як клінічний варіант взаємодії психосоціальних чинників і фізіології ШКТ через вісь «мозок - кишечник» [4].

Одним із найпоширеніших ФЗ травної системи є синдром подразненого кишечника. Актуальність функціональної патології кишечника (ФПК) у структурі гастроентерологічних захворювань визначається її достатньо високою розповсюдженістю у дитячому віці [5]. В Україні поширеність СПК серед дітей різних вікових груп практично однакова і становить від 19,4% до 21,2% [7]. Актуальність проблеми СПК обумовлена широким розповсюдженням діагностичних помилок і неадекватним обсягом терапії. Поява функціонального порушення, в тому числі СПК, має значний вплив на якість життя хворих, в то-

му числі заважають їх нормальній життєдіяльності [1,13]. Яскраві та різноманітні симптоми СПК мають єдиний механізм розвитку — порушення вісцеральної чутливості, яке виявляється зниженням порогу сприйняття болю, порушенням моторики кишечника і транспорту газів, які виникають під впливом різних факторів, таких як генетична схильність і порушення психоемоційної сфери, перенесені кишкові інфекції і як наслідок — зміна проникності кишкової стінки, зміна кишкової мікрофлори, харчова гіперчутливість, дисбаланс вегетативної нервової системи, нейрогуморальної регуляції і відхилення в системі гомеостазу шлунково-кишкового тракту, неадекватне харчування внаслідок впливу екологічних і економічних факторів [4, 6, 9, 10,14]. Тобто, це захворювання є біопсихосоціальним розладом. Доведена пряма залежність виникнення СПК від наявності стресових ситуацій у житті дитини. При цьому психотравмуюча ситуація може бути перенесена задовго до початку розвитку захворювання, за декілька тижнів або місяців, та навіть мати персистуючий характер [3].