

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ТОЛСТАЯ ТЕТЯНА ЮРІЇВНА

УДК: 616.891.6-036-07-085-054.73(043.3)

**ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ У ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ
(КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ, ДІАГНОСТИКА,
ТЕРАПІЯ)**

22 – охорона здоров'я
222 – медицина, спеціалізація «Психіатрія»

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

Т.Ю. Толстая

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник Кожина Ганна Михайлівна, доктор медичних наук,
професор

Харків – 2023

АНОТАЦІЯ

Толстая Т.Ю. Тривожні розлади у вимушених переселенців (клініко-психопатологічні особливості, діагностика, терапія). – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії в галузі знань 22 «Охорона здоров'я», за спеціальністю 222 «Медицина», спеціалізація «Психіатрія». – Харківський національний медичний університет МОЗ України, Харків, 2023. Захист відбудеться в Харківському національному медичному університеті.

Мета роботи: на основі вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей тривожних розладів у вимушених переселенців, розробити персоніфіковану систему їх комплексної терапії та профілактики та оцінити її ефективність

Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології на базі КНП ХОР «Обласна клінічна психіатрична лікарня №3» та у Центрі ментального здоров'я «Restart» проведено комплексне обстеження 165 хворих на тривожні розлади, обох статей, у віці 20 - 55 років.

Основну групу склали 93 хворих вимушених переселенців (53 жінки та 40 чоловіка), контрольну – 72 хворих (40 жінок та 32 чоловіка), які постійно проживають в м. Харкові та Харківській області.

Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію згідно клінічних протоколів. Основну групу було розподілено на дві підгрупи терапевтичну групу, у яку увійшли пацієнти які приймали участь у терапевтичній програмі, розробленої за результатами власних досліджень - 55 (29 жінок та 26 чоловіків) хворих та групу порівняння – 38 (21 жінка та 17 чоловіків) хворих, які отримували стандартну регламентовану терапію в медичному закладі.

Встановлено, що клінічна структура тривожних розладів у обстежених хворих представлена змішаною тривожно-депресивною реакцією (F43.22) – $28,2 \pm 1,2\%$ обстежених основної та $35,4 \pm 1,3\%$ контрольної групи, панічним розладом (F41.0) – $36,4 \pm 1,3\%$ та $38,2 \pm 1,3\%$ відповідно, генералізованим тривожним розладом (F41.1) – $35,4 \pm 1,3\%$ обстежених основної та $26,4 \pm 1,2\%$ контрольної груп.

Описано феноменологію депресивної симптоматики та соматичних еквівалентів тривоги у структурі тривожних розладів у вимушених переселенців.

Розроблена модель формування тривожних розладів у вимушених переселенців, яка лягла в основу створення комплексної персоніфікованої системи терапії тривожних розладів у вимушених переселенців з диференційованим використанням методів психофармакотерапії, психотерапії та психосвіти.

Доведена ефективність розробленої персоніфікованої системи терапії тривожних розладів у вимушених переселенців. Встановлено, що використання комплексного підходу до терапії тривожних розладів у вимушених переселенців призводить до стійкої позитивної динаміки психічного стану при усіх варіантах тривожних розладів, стабілізації фону настрою, редукції тривожної симптоматики та має позитивний вплив на відчуття психологічного благополуччя, та на загальне сприйняття якості життя

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше на основі системного підходу вивчено специфіку психопатологічної та патопсихологічної симптоматики тривожних розладів у вимушених переселенців.

Проаналізовано психосоціальні тригери розвитку тривожних розладів у вимушених переселенців, рівень тривожної та депресивної симптоматики та рівень соціальної фрустровності вимушених переселенців. тривожних розл

Розроблено модель формування непсихотичних психічних розладів у вимушених переселенців. Каталізатором виникнення тривожних розладів є сам факт вимушеного переселення, невизначеність майбутнього, ситуації втрати,

наслідки бойового стресу, інформаційний стрес, ситуації підвищеної відповідальності. Прогностично значущими у формуванні тривожних розладів є високі рівні тривоги, соматизації, депресії, обсесивно-компульсивних розладів, міжособистісної сенситивності, фобічної тривоги за шкалою SCL-90-R; важкий депресивний та тривожний епізоди за клінічними шкалами тривоги та депресії Гамільтона; високі рівні особистісної та ситуативної тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна та надмірний рівень нервово-психічної напруги.

Фундаментом для формування тривожних розладів у вимушених переселенців є низький рівень резильєнтності, який тягне за собою високий рівень соціальної фрустрованості у цієї когорти населення.

Розроблено комплексну персоніфіковану систему терапії тривожних розладів у вимушених переселенців з диференційованим використанням методів психофармакотерапії, психотерапії та психоосвіти.

Встановлена висока результативність розробленої терапії тривожних розладів у вимушених переселенців в порівнянні з традиційним комплексним лікуванням щодо редукції психопатологічної симптоматики, зниження рівня тривоги та депресії за відповідними шкалами, зниження рівня соціальної фрустрованості, відновлення соціальної активності та підвищення якості життя вимушених переселенців за даними півторарічного катамнестичного дослідження.

Практичне значення одержаних результатів. Практична значущість результатів дисертаційного дослідження полягає у поліпшенні якості надання медичної допомоги вимушеним переселенцям.

Розроблена та апробована комплексна персоніфікована система терапії тривожних розладів у вимушених переселенців з диференційованим використанням методів психофармакотерапії, психотерапії та психосвіти, яка складається з 3 етапів: активної терапії, стабілізуючої та підтримуючої (профілактичної) терапії.

Впровадження розроблених програм персоніфікованої терапії тривожних розладів у вимушених переселенців сприяє зниженню рівня негативних психо-

соціальних наслідків повномасштабного вторгнення на територію України, досягненню швидкої редукції тривожних розладів, підвищенню резилентності та соціально-психологічної адаптації, активної ресоціалізації вимушених переселенців з відповідним підвищенням якості їхнього життя.

Отримані результати дисертаційного дослідження призначені для застосування у роботі психіатрів, медичних психологів, психотерапевтів, сімейних лікарів інших фахівців, діяльність яких пов'язана з наданням лікувально-реабілітаційної допомоги вимушеним переселенцям, а також у навчальній підготовці кваліфікованих кадрів на етапі перед- та післядипломної освіти.

Результати дослідження впроваджено в практику роботи КНП «Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня» ТОР; Центрі психологічно консультування Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського; Національному військово-медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь» МО України; Навчально-науковому медичному комплексі «Університетська клініка» Харківського національного медичного університету; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України»; КНП «Обласна клінічна наркологічна лікарня» ХОР; КНП «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня» ДОР.

Отримані наукові результати використовуються в навчальному процесі на кафедрі психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету МОЗ України та на кафедрі психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету.

Ключові слова: тривожні розлади, вимушене переселення, фармакотерапія, психотерапія, реабілітація.

ANNOTATION

Tolstaya T.Y. Anxiety disorders in internally displaced persons (clinical and psychopathological features, diagnosis, therapy). – Qualifying scientific paper as a manuscript.

Thesis for competition of a scientific degree of Doctor of Philosophy, field of knowledge 22 “Health care”, specialty 222 “Medicine”, specialization “Psychiatry”. – Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, 2023. The defense will be held at the Kharkiv National Medical University.

Aim of research: to develop an integrated personalized system of therapy and prevention of anxiety disorders in internally displaced persons (IDPs) based on the study of clinical, psychopathological and pathopsychological features of anxiety disorders and to evaluate its effectiveness.

A comprehensive examination of 165 patients with anxiety disorders was conducted to achieve this goal with informed consent and in compliance with the principles of bioethics and deontology. Patients were both sexes, aged 20-55 years. The research was performed at the Regional Clinical Psychiatric Hospital No.3 and at the «Restart» Mental Health Center.

The main group consisted of 93 internally displaced persons (53 women and 40 men), and the control group consisted of 72 patients (40 women and 32 men) who permanently reside in Kharkiv and the Kharkiv region.

All patients received regimented psychopharmacotherapy according to clinical protocols. The main group was divided into two subgroups: a therapeutic group, which included patients who participated in a therapeutic program developed on the basis of authors' own research – 55 (29 women and 26 men) patients and a comparison group – 38 (21 women and 17 men) patients who received standard regimented therapy in a medical institution.

It was found that clinical structure of anxiety disorders in the examined patients was represented by a mixed anxiety-depressive reaction (F43.22) - $28.2 \pm 1.2\%$ of the

main group and $35.4 \pm 1.3\%$ of the control group, panic disorder (F41.0) - $36.4 \pm 1.3\%$ and $38.2 \pm 1.3\%$; respectively, generalized anxiety disorder (F41.1) - $35.4 \pm 1.3\%$ of the main group and $26.4 \pm 1.2\%$ of the control group.

The phenomenology of depressive symptoms and somatic equivalents of anxiety in the structure of anxiety disorders in internally displaced persons is described.

A model of the formation of anxiety disorders in internally displaced persons has been developed, which formed the basis for the creation of a comprehensive, personalized system of therapy for anxiety disorders in internally displaced persons with differentiated use of psychopharmacotherapy, psychotherapy and psychoeducation.

It has been established that the usage of an integrated approach to the therapy of anxiety disorders in IDPs leads to a stable positive dynamics of the mental state, stabilization of the mood background, reduction of anxiety symptoms and has a positive effect on the sense of psychological well-being and the overall perception of quality of life in all variants of anxiety disorders.

Scientific novelty of the obtained results. For the first time, the specifics of psychopathological and pathopsychological symptoms of anxiety disorders in IDPs were studied using a systematic approach.

The psychosocial triggers for the development of anxiety disorders in IDPs, level of anxiety & depressive symptoms and level of social frustration of IDPs were analyzed.

A model for the formation of non-psychotic mental disorders in IDPs has been developed. The catalyst for the emergence of anxiety disorders is the very fact of forced resettlement, uncertainty of the future, situations of loss, effects of combat stress, information stress, and situations of increased responsibility. High levels of anxiety, somatization, depression, obsessive-compulsive disorders, interpersonal sensitivity, and phobic anxiety on the SCL-90-R scale are prognostically significant in the formation of anxiety disorders; severe depressive and anxiety episodes according to the Hamilton Anxiety and Hamilton Depression Scale; high levels of

personal and situational anxiety according to the Spielberger-Khanin Scale, excessive levels of neuropsychological stress.

The basis for the formation of anxiety disorders in IDPs is a low level of resilience, which entails a high level of social frustration in this cohort.

An integrated system for the treatment of anxiety disorders in IDPs with differentiated use of psychopharmacotherapy, psychotherapy and psychoeducation methods has been developed.

High effectiveness of the developed therapy for anxiety disorders in IDPs in comparison with traditional complex treatment has been established. Results of the intervention were: reduction of psychopathological symptoms, reduction of anxiety and depression according to the relevant scales, reduction of social frustration, restoration of social activity and improvement of the quality of life of IDPs according to a year and a half cathamnestic study.

Practical significance of the obtained results. The practical significance of the results of the dissertation study is to improve the quality of medical care for internally displaced persons.

A comprehensive personalized system of therapy for anxiety disorders in with differentiated use of psychopharmacotherapy, psychotherapy and psychoeducation methods has been developed and tested, which consists of 3 stages: active therapy, stabilizing and supportive (preventive) therapy.

An integrative personalized system of therapy for anxiety disorders in IDPs, incorporating the distinct application of psychopharmacotherapy, psychotherapy, and psychoeducation techniques, has been devised and validated. Therapeutic program comprises three distinct stages: active therapy, stabilizing therapy, and supportive (preventive) therapy.

The implementation of this invented program of personalized therapy for anxiety disorders in individuals who have been internally displaced aids in mitigating the negative psycho-social consequences of the full-scale invasion in Ukraine, achieving a rapid reduction in anxiety disorders, enhancing resilience with socio-

psychological adaptation, and actively resocializing internally displaced individuals with a corresponding enhancement in their quality of life.

The results of the dissertation research are intended to be utilized by psychiatrists, medical psychologists, psychotherapists, family doctors, and other specialists whose responsibilities involve providing medical aid and rehabilitation assistance to internally displaced individuals, as well as in the training of qualified personnel at the stage of pre- and postgraduate education.

The results of the study have been implemented in the practice of the Municipal Non-Profit Enterprise "Ternopil Regional Communal Clinical Psychoneurological Hospital" of the Ternopil Regional Council; Center for Psychological Counseling of I. Horbachevsky Ternopil National Medical University; National Military Medical Clinical Center "Main Military Clinical Hospital" of the Ministry of Defense of Ukraine; Educational and Scientific Medical Complex "University Clinic" of Kharkiv National Medical University.

The obtained scientific results are used in the educational process at the Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of Kharkiv National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine and at the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Dnipro State Medical University.

Keywords: anxiety disorders, forced resettlement, pharmacotherapy, psychotherapy, rehabilitation.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Клініко-психопатологічні особливості депресивних розладів в осіб, які пережили бойові дії. // Медицина сьогодні і завтра. 2020. №3 (88). С. 83-88. <https://doi.org/10.35339/msz.2020.88.03.10> (авторкою особисто обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано емпіричний матеріал)
2. Кожина Г.М., Зеленська К.О., Красковська Т.Ю., Кожин М.І. Комплексний підхід в терапії розладів адаптації. // Український вісник психоневрології. 2020. Т. 28, № 4 (105). С. 34-39. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is4-2020-6> (дисертанткою запропоновано ідею роботи, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, підготовлено до друку рукопис)
3. Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Біосугестивна терапія в системі лікування стрес асоційованих розладів у вимушено переміщених осіб. // Медицина сьогодні і завтра. 2020. №4 (89). С. 66-73. <https://doi.org/10.35339/msz.2020.89.04.09> (авторкою особисто визначено мету дослідження, проведено систематизацію отриманих емпіричних даних)
4. Красковська Т.Ю. Гендерно орієнтована психотерапія тривожних розладів у вимушених переселенців. // Експериментальна і клінічна медицина. 2020. № 4 (89). С. 53-57. <https://doi.org/10.35339/ekm.2020.89.04.08>
5. Толстая Т.Ю. Клінічна феноменологія тривожних розладів у вимушених переселенців // Український вісник психоневрології. 2021. Т. 29, № 4 (109). С. 33-35. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is4-2021-6>
6. Зборовський О.М., Кожина Г.М., Симонян В.А., Кожин М.І., Сергієнко О.В., Табачнікова В.С., Толстая Т.Ю. Клінічна феноменологія соматоформних розладів та оцінка якості життя пацієнтів зони операції об'єднаних сил та внутрішнього переміщених осіб. // Медицина сьогодні і

завтра. 2021. №4. С. 74-80. <https://doi.org/10.35339/msz.2021.90.4.zks> (авторкою особисто проведена інтерпретація отриманих результатів та сформульовані висновки дослідження, підготовлено до друку рукопис)

7. Зеленська К.О., Толстая Т.Ю. Тривожні розлади у структурі стрес-асоційованих розладів у вимушених переселенців. // Експериментальна і клінічна медицина. 2023. № 3 (90). С. 64-69. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.3.zet> (дисертанткою особисто сформульована гіпотеза роботи, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, оброблено та проаналізовано отриманий емпіричний матеріал)

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

8. Kozhyna H.M., Zelenska K.O., Kraskovska T.Yu. The levels of anxiety in internally displaced persons in modern conditions. // Scientific discoveries: projects, strategies and development : The International Scientific and Practical Conference : collection of scientific papers, Edinburgh, UK, 25 October 2019 / European Scientific Platform. Edinburgh, 2019. Vol. 2. P. 26-27. (авторкою особисто визначено мету і завдання роботи, проведено інтерпретацію отриманих даних у роботі, сформульовані висновки рукопису)

9. Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Психотерапія як основна ланка патогенетичної терапії у вимушених переселенці з тривожними розладами // Психологічне консультування та психотерапія: виклики сучасності : матеріали міжнародної науково-практичної конференції. м. Харків, 15-16 листопада 2019 р.: збірник тез / Харків, 2019. С. 35-38. (дисертанткою особисто обґрунтовано використання необхідного психодіагностичного інструментарію, зібрано та проаналізовано емпіричний матеріал, підготовлено до друку рукопис)

10. Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Комплексна патогенетична терапія у вимушених переселенців з тривожними розладами. // Сучасні психологічні тенденції підтримки та відновлення психічного здоров'я особистості: теорія та практика : матеріали міжнародної міждисциплінарної

науково-практичної конференції, м. Харків, 13-14 грудня 2019 р. : збірник тез / Харків, 2019. С. 31-32. (дисертанткою особисто зібрано, оброблено отриманий емпіричний матеріал)

11. Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Клінічна картина тривожних розладів у вимушених переселенців // Медицина третього тисячоліття : міжвузівська конференція молодих вчених та студентів, Харків, 20–22 січня 2020 р. : збірник тез / ХНМУ. Харків, 2020. С. 401-402. (авторкою особисто проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних)

12. Zelenska K., Kraskovska T., Zelenska H. Clinical-psychopathological peculiarities of post-stress disorders in persons who have been survived the war. // Die wichtigsten vektoren fur die entwicklung der wissenschaft im jahr 2020 : zu den materialien internationalen wissenschaftlich-praktischen Konferenz Luxembourg, Grand Duchy of Luxembourg, 24 Januar 2020 : collection of scientific papers / European Scientific Platform. Luxembourg, 2020. Band 1. S. 90-91. (авторкою особисто сформульована проблема дослідження, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано емпіричний матеріал, підготовлено до друку рукопис)

13. Зеленська К.О., Красковська Т.Ю., Зеленська Г.М. Вплив перенесеної стресової події на вираженість тривожної та депресивної симптоматики у вимушених переселенців. // Les tendances actuelles de la mondialisation de la science mondiale : collection de papiers scientifiques «ΛΟΓΟΣ» avec des matériaux de la conférence scientifique et pratique internationale (Vol. 2), 3 avril, 2020. Monaco, Principauté de Monaco / Plateforme scientifique européenne. Monaco, 2020. Vol. 2. P. 46-47. (авторкою особисто проведено аналіз отриманого у дослідженні матеріалу, написано висновки дослідження)

14. Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Ступінь нервово-психічної напруги та тривожності у вимушених переселенців та мешканців Харківської області. // Від експериментальної та клінічної патофізіології до досягнень сучасної медицини і фармації : збірник тез II Науково-практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю, Харків, 15 травня 2020.

Харків : НАФАУ, 2020. С. 88-89. (дисертанткою особисто було запропоновано ідею роботи, проведено аналіз отриманих даних, підготовлено роботу до друку)

15. Зеленська К.О., Красковська Т.Ю., Зеленська Г.М. Гендерні особливості афективних розладів у вимушених переселенців. // Проблема людини у соціально-гуманітарному та медичному дискурсах : матеріали науково-практичної онлайн конференції з міжнародною участю, Харків, 28 -29 травня 2020. Харків : ХНМУ. С. 44-45. (авторкою особисто сформульована проблема дослідження та подана ідея, проведено аналіз отриманої інформації, підготовлено висновки рукопису)

16. Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Рівні тривожної та депресивної симптоматики у вимушених переселенців в сучасних умовах. // Актуальні питання клінічної медицини : тези за матеріалами XIV Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю (20 листопада 2020 р., м. Запоріжжя). Запоріжжя, 2020. С. 78-79. (авторкою особисто запропоновано мету та завдання роботи, проаналізовано основні аналітичні матеріали)

17. Кожина Г.М., Красковська Т.Ю. Ефективність психотерапії тривожних розладів у вимушених переселенців. // Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки: Збірник тез I Міжнародної наукової конференції присвяченої 35 роковинам аварії на ЧАЕС, 22-23 квітня 2021 р. / Упорядники: А.А. Криськов, В.В. Вишньовський та Н.В. Габрусєва. Тернопіль: ФОП Паляниця В. А., 2021 С. 37-38. (авторкою особисто проаналізовано емпіричний матеріал, підготовлено висновки та роботу до друку)

18. Кожина Г.М., Зеленська К.О., Стрельнікова І.М., Юдін М.А., Толстая Т.Ю. Психотерапія тривожних розладів у вимушених переселенців. // Сучасні психологічні тенденції підтримки та відновлення психічного здоров'я особистості: теорія та практика : II міжнародна міждисциплінарна науково-практична конференція, Харків, 24-25 вересня 2021 р. : збірник тез доповідей.

Харків, 2021. С. 44-45. (дисертанткою особисто здійснено аналіз отриманих даних, підготовлено до друку рукопис)

19. Толстая Т.Ю. Ефективність біосугестивної терапії у лікуванні тривожних розладів у вимушено переміщених осіб // XV Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини», Запоріжжя, 19 листопада 2021 р. : тези за матеріалами. Запоріжжя, 2021. С. 307-308

20. Толстая Т.Ю. Психотерапія, як компонент комплексного лікування тривожних розладів у вимушених переселенців // Медицина третього тисячоліття: міжвузівської конференції молодих вчених та студентів. Харків, 24-26 січня 2022р. : збірник тез. Харків, 2022. С. 366-377.

21. Tolstaia T. Effectiveness of psychotherapy of anxiety disorders in forced migrants depending on gender. // ISIC – 2022 : International Scientific Interdisciplinary Conference, Kharkiv, 23–25th November 2022 : abstract book. KhNMU. Kharkiv, 2022. P. 141-142.

22. Толстая Т.Ю. Психотерапія тривожних розладів у вимушених переселенців. // Медицина третього тисячоліття : Фестиваль молодіжної науки : збірник тез конференції, Харків, 13–15 лютого 2023 / Харківський національний медичний університет. Харків : ХНМУ, 2023. С. 271-272.

Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

23. Tolstaia T.Yu. Pathogenetically substantiated complex therapy program of anxiety disorders in internally displaced persons. // Journal of Education, Health and Sport. 2021. Vol. 11 № 11. P. 188-193.
<https://doi.org/10.12775/JEHS.2021.11.11.017>

24. Кожина Г.М., Терьошина І.Ф., Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Патент на винахід № 122655 (UA), МПК С07С 215/06 Спосіб лікування осіб похилого віку, хворих на генералізований тривожний розлад з переважанням ідеаторного компонента тривоги. // Харківський національний медичний університет;

№ а202002218; заявл. 03.04.2020; опубл. 10.12.2020, бюл. № 23. (авторкою особисто сформульовано гіпотезу роботи, проведено аналіз отриманого матеріалу дослідження)

25. Кожина Г.М., Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Патент на корисну модель № 144223 Україна, МПК А61К 31/40. Спосіб комплексного лікування тривожних розладів у хворих на органічну патологію головного мозку. // Харківський національний медичний університет; № u202002953; заявл. 18.05.2020; опубл. 10.09.2020, бюл. № 17. (дисертанткою особисто сформульована проблема дослідження проведено аналіз отриманих даних)

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	2
ANNOTATION	6
СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА	10
ЗМІСТ	16
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ	18
ВСТУП	19
РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНІ ТА МЕДИКО- СОЦІАЛЬНІ НАСЛІДКИ ВИМУШЕНОГО ПЕРЕСЕЛЕННЯ В РЕАЛІЯХ УКРАЇНСЬКОГО СЬОГОДЕННЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	28
1.1. Вимушене переселення актуальна проблема сучасності	28
1.2. Сучасний погляд на проблему тривожних розладів	35
1.3. Алгоритми надання допомоги хворим на тривожні розлади	42
Висновки до розділу 1	45
РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ХВОРИХ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	47
2.1. Загальна характеристика обстежених хворих	47
2.2. Дизайн дослідження	50
2.3. Методи дослідження	50
Висновки до розділу 2	58
РОЗДІЛ 3 КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ	60
Висновки до розділу 3	67
РОЗДІЛ 4. МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ	70
Висновки до розділу 4	77
РОЗДІЛ 5. КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ТЕРАПІЇ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ В СУЧАСНИХ	79

УМОВАХ	
Висновки до розділу 5	87
РОЗДІЛ 6. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ ТЕРАПІЇ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ	90
Висновки до розділу 6	96
АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	99
ВИСНОВКИ	105
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	108
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	109
ДОДАТОК А	131
ДОДАТОК Б	139

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ,
СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ**

ВПО	Вимушено переміщені особи
ВС	Військовий стрес
ГП	Група порівняння
ГТР	Генералізований тривожний розлад
ЗТДР	Змішана тривожно-депресивна реакція
КГ	Контрольна група
КС	Копінг стратегії
ОГ	Основна група
КПТ	Когнітивно-поведінкова терапія
НПН	Нервово-психічна напруга
ПО	Психоосвіта
ПР	Панічний розлад
ПСР	Психосоціальна реабілітація
СФ	Соціальне функціонування
ТГ	Терапевтична група
ТР	Тривожні розлади
ЯЖ	Якість життя
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HDRS	Hamilton Rating Scale for Depression
SCL-90-R	Symptom Check List-90-Revised

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження

З початком повномасштабного військового вторгнення росії більше 7,7 мільйонів громадян України вимушено стали внутрішньо переміщеними особами. Данні Міжнародної організації з міграції дають наступні дані, частка осіб, що вважаються переселенцями у загальній кількості населення України на зараз становить приблизно 17,5%. Ця цифра говорить про те, що приблизно кожний шостий мешканець України став внутрішньо переміщеною особою [5, 10, 124].

Ситуація воєнного конфлікту та вимушеного переселення є надзвичайним стресом. Проблема внутрішньо переміщених осіб є однією з найгостріших для України. Різка зміна життєвого стереотипу, розрив звичних стосунків, втрата роботи, матеріальні та побутові проблеми викликають розвиток емоційно-психологічних симптомів та перенапруження адаптаційних систем людини. Все це призводить до формування психічних розладів [45, 112].

Особи, які були жертвами локальних збройних конфліктів, зазнали значної психологічної травматизації. На жаль, ця група осіб має специфічні клініко-психологічні характеристики щодо переживання різних кризових ситуацій. Вимушене переселення осіб зазвичай пов'язане зі зміною усієї системи соціально-психологічних відносин, все це зрештою викликає ризик формування психологічного стану максимальної дезінтеграції та дезадаптації [22, 90, 161].

Стресасоційовані розлади, які виникли внаслідок бойових дій, стають одними з провідних внутрішніх бар'єрів в період адаптації до умов мирного життя, яке обумовлене нашаруванням на зазначені причини нових стресів, що пов'язані з існуючою соціальною дезадаптацією на новому місці життя. Бойова психічна травма стає вагомим причиною стресасоційованих розладів майже у 80 % осіб, що постраждали через бойових дії. Серед стресасоційованих розладів

вагоме місто займають тривожні розлади у вимушено переселених осіб [33, 89, 172].

Тривожні розлади в наш час мають значні гендерні відмінності що впливає на клініко-психопатологічну феноменологію та психосоціальну дезадаптацію. Також існують вагомі відмінності механізмів розвитку та трансформації тривожних розладів у жінок та чоловіків, що зумовлює певну специфіку патопсихологічних та клініко-психопатологічних проявів. Цей факт свідчить про необхідність розробки лікувально-діагностичних підходів які б ураховували всі зазначені особливості [28, 75, 90].

В той же час, вирішення питань своєчасної та достатньої за об'ємом психологічної адаптації вимушених переселенців та лікування тривожних розладів, що у них розвинулись. Лікування та адаптація цієї групи стає неможливою без ґрунтовного вивчення закономірностей виникнення зазначених розладів, клінічних особливостей, визначення чинників антиризиків та ризику розвитку розладів адаптації та тривожних розладів, розробки ефективних заходів лікування та реабілітації цієї групи населення [11, 38, 119].

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.
Дисертаційна робота виконана відповідно до плану наукових досліджень кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету МОЗ України за темами: «Розробити систему психосоціальної реабілітації психічно хворих з використанням психоосвітніх програм на первинному рівні надання медичної допомоги» (№ держреєстрації 0118U000948), «Розробити систему профілактики непсихотичних психічних розладів та реабілітації осіб, які постраждали від бойових дій» (№ державної реєстрації 0119U002902)

Об'єкт дослідження – тривожні розлади у вимушених переселенців.

Предмет дослідження – клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості, тривожних розладів у вимушених переселенців, принципи терапії

Мета – на основі вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей тривожних розладів у вимушених переселенців, розробити персоніфіковану систему їх комплексної терапії та профілактики та оцінити її ефективність.

Для досягнення поставленої мети були вирішені наступні **задачі**:

1. Вивчити клініко-психопатологічні особливості тривожних розладів у вимушених переселенців
2. Провести аналіз патопсихологічних особливості тривожних розладів у вимушених переселенців.
3. Вивчити механізми формування тривожних розладів у вимушених переселенців
4. Розробити комплексну програму лікування вимушених переселенців з тривожними розладами, спрямованої на підвищення ефективності надання медичної допомоги цій категорії хворих
5. Вивчити особливості динаміки клінічної картини тривожних розладів у вимушених переселенців під впливом розробленої системи терапії
6. Вивчити особливостей динаміки соціальної фрустрованості та якості життя у вимушених переселенців під впливом розробленої системи терапії

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний та статистичний.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше на основі системного підходу вивчено специфіку психопатологічної та патопсихологічної симптоматики тривожних розладів у вимушених переселенців.

Проаналізовано психосоціальні тригери розвитку тривожних розладів у вимушених переселенців, рівень тривожної та депресивної симптоматики та рівень соціальної фрустрованості вимушених переселенців.

Розроблено модель формування тривожних розладів у вимушених переселенців. Каталізатором виникнення тривожних розладів є сам факт вимушеного переселення, невизначеність майбутнього, ситуації втрати, наслідки бойового стресу, інформаційний стрес, ситуації підвищеної

відповідальності. Прогностично значущими у формуванні тривожних розладів є високі рівні тривоги, соматизації, депресії, obsесивно-компульсивних розладів, міжособистісної сенситивності, фобічної тривоги за шкалою SCL-90-R; важкий депресивний та тривожний епізоди за клінічними шкалами тривоги та депресії Гамільтона; високі рівні особистісної та ситуативної тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна та надмірний рівень нервово-психічної напруги.

Фундаментом для формування тривожних розладів у вимушених переселенців є низький рівень резильєнтності який тягне за собою високий рівень соціальної фрустрованості у цієї когорти населення.

Розроблено комплексну персоніфіковану систему терапії тривожних розладів у вимушених переселенців з диференційованим використанням методів психофармакотерапії, психотерапії та психоосвіти.

Встановлена висока результативність розробленої терапії тривожних розладів у вимушених переселенців в порівнянні з традиційним комплексним лікуванням щодо редукції психопатологічної симптоматики, зниження рівня тривоги та депресії за відповідними шкалами, зниження рівня соціальної фрустрованості, відновлення соціальної активності та підвищення якості життя вимушених переселенців за даними півторарічного катамнестичного дослідження.

Практична значимість одержаних результатів Практична значущість результатів дисертаційного дослідження полягає у поліпшенні якості надання медичної допомоги вимушеним переселенцям, які мають тривожні розлади.

Розроблена та апробована комплексна персоніфікована система терапії тривожних розладів у вимушених переселенців з диференційованим використанням методів психофармакотерапії, психотерапії та психосвіти, яка складається з 3 етапів: активної терапії, стабілізуючої та підтримуючої (профілактичної) терапії.

Впровадження розроблених програм персоніфікованої терапії тривожних розладів у вимушених переселенців сприяє зниженню рівня негативних психо-соціальних наслідків повномасштабного вторгнення на територію України,

досягненню швидкої редукції тривожних розладів, підвищенню резилентності та соціально-психологічної адаптації, активної ресоціалізації вимушених переселенців з відповідним підвищенням якості їхнього життя.

Отримані результати дисертаційного дослідження призначені для застосування у роботі психіатрів, медичних психологів, психотерапевтів, сімейних лікарів інших фахівців, діяльність яких пов'язана з наданням лікувально-реабілітаційної допомоги вимушеним переселенцям, а також у навчальній підготовці кваліфікованих кадрів на етапі перед- та післядипломної освіти.

Результати дослідження впроваджено в практику роботи КНП «Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня» ТОР; Центрі психологічно консультування Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського; Національному військово-медичному клінічному центрі «Головний військовий клінічний госпіталь» МО України; Навчально-науковому медичному комплексі «Університетська клініка» Харківського національного медичного університету; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України»; КНП «Обласна клінічна наркологічна лікарня» ХОР; КНП «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня» ДОР.

Отримані наукові результати використовуються в навчальному процесі на кафедрі психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету МОЗ України та на кафедрі психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету.

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є самостійною науковою працею. Автором одноосібно обґрунтовано, розроблено та практично реалізовано план наукового дослідження, результати якого представлені у рукописі. В процесі інформаційно-патентного пошуку здобувачем самостійно проведено ґрунтовний аналіз сучасних джерел наукової інформації з обраної теми, визначено об'єкт, предмет, мету, завдання дослідження. Дисертанткою

розроблено дизайн дослідження, підбрано психодіагностичний інструментарій, що відповідав критеріям надійності та валідності щодо обраних методик. Самостійно виконано клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження, створена комп'ютерна база одержаних даних, здійснені статистична обробка, системний аналіз і наукова інтерпретація результатів дисертаційного дослідження, сформульовані основні положення та висновки дисертаційної роботи. Авторкою особисто обґрунтовано, розроблено і впроваджено персоніфіковану терапевтичну програму в комплексному лікуванні та реабілітації вимушених переселенців з тривожними розладами.

Результати наукових досліджень відображені у наукових публікаціях, які розміщені у фахових виданнях, та самостійно викладені здобувачем у дисертаційній роботі.

Особистий внесок здобувача у роботах, виконаних у співавторстві: у статті за № 1 авторкою особисто обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано емпіричний матеріал; у статті за № 2 дисертанткою запропоновано ідею роботи, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, підготовлено до друку рукопис; у статті за № 3 авторкою особисто визначено мету дослідження, проведено систематизацію отриманих емпіричних даних; у статті за № 6 авторкою особисто проведена інтерпретація отриманих результатів та сформульовані висновки дослідження, підготовлено до друку рукопис; у статті за № 7 дисертанткою особисто сформульована гіпотеза роботи, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, оброблено та проаналізовано отриманий емпіричний матеріал; у роботі за № 8 авторкою особисто визначено мету і завдання роботи, проведено інтерпретацію отриманих даних у роботі, сформульовані висновки рукопису; у роботі за № 9 дисертанткою особисто обґрунтовано використання необхідного психодіагностичного інструментарію, зібрано та проаналізовано емпіричний матеріал, підготовлено до друку рукопис; у роботі за № 10 дисертанткою особисто зібрано, оброблено отриманий емпіричний матеріал; у роботі за № 11

авторкою особисто проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних; у роботі за № 12 авторкою особисто сформульована проблема дослідження, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано емпіричний матеріал, підготовлено до друку рукопис; у роботі за № 13 авторкою особисто проведено аналіз отриманого у дослідженні матеріалу, написано висновки дослідження; у роботі за № 14 дисертанткою особисто було запропоновано ідею роботи, проведено аналіз отриманих даних, підготовлено роботу до друку; у роботі за № 15 авторкою особисто сформульована проблема дослідження та подана ідея, проведено аналіз отриманої інформації, підготовлено висновки рукопису; у роботі за № 16 авторкою особисто запропоновано мету та завдання роботи, проаналізовано основні аналітичні матеріали; у роботі за № 17 авторкою особисто проаналізовано емпіричний матеріал, підготовлено висновки та роботу до друку; у роботі за № 18 дисертанткою особисто здійснено аналіз отриманих даних, підготовлено до друку рукопис; у роботі за № 24 авторкою особисто сформульовано гіпотезу роботи, проведено аналіз отриманого матеріалу дослідження; у роботі за № 21 авторкою особисто оброблено й проаналізовано емпіричний матеріал дослідження; у роботі за № 25 дисертанткою особисто сформульована проблема дослідження проведено аналіз отриманих даних.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційної роботи оприлюднено та обговорено на наступних наукових форумах, конференціях: International Scientific Interdisciplinary Conference (Харків, 18-20.09.2019); міжнародній науково-практичній конференції «Психологічне консультування і психотерапія: виклики сучасності» (Харків, 15-16.11.2019); міжнародній міждисциплінарній науково-практичній конференції «Сучасні психологічні тенденції підтримки та відновлення психічного здоров'я особистості: теорія та практика» (Харків, 13-14.12.2019); науковій сесії та міжвузівській конференції молодих вчених та студентів «Медицина третього тисячоліття» (Харків, 20–22.01.2020); II науково-практичній конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Від експериментальної та

клінічної патофізіології до досягнень сучасної медицини та фармації» (Харків, 15.05.2020); науково-практичній конференції студентів, молодих вчених та лікарів «Kharkiv international annual scientific meeting (KhIASM) 2020» (Харків, 22.05.2020); International Scientific Interdisciplinary Conference (ISIC) – 2020 (Харків, 8-9.10.2020); XIV всеукраїнській науково-практичній конференції молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини» (Дистанційно в ONLINE форматі) (Запоріжжя, 20.11.2020); Міжвузівській конференції молодих вчених та студентів «Медицина третього тисячоліття» (Харків, 18-20.01.2021); Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психіатрія, наркологія, клінічна психологія та загальна медична практика: міждисциплінарні питання сучасності» (Київ – Харків – Дніпро – Полтава – Львів – Вінниця – Бранденбург – Мюнхен – Дюссельдорф – Вашингтон – Лондон 22 – 23.04.2021); Kharkiv international annual scientific meeting (KhIASM'21) (Харків, 12-14.05.2021); Науково-практичній on-line конференції з міжнародною участю «Якість медичних послуг в сфері психічного здоров'я» (Харків, 20-21.05.2021); науково-практичному симпозиумі з міжнародною участю «Персоніфіковані підходи щодо неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги» (Харків, 7-8.10.2021); International Scientific Interdisciplinary Conference (ISIC) – 2021 (Харків, 20-21.10.2021); IV науково-практичній конференції «Психосоматична медицина: наука і практика» (Київ, 5-6.11.2021); II Всеукраїнській науково-практичній конференції «Актуальні проблеми медицини сектору безпеки та оборони. Виклики сьогодення» (Київ, 23-24.12.2021); міжвузівській конференції молодих вчених та студентів «Медицина третього тисячоліття» (Харків, 24-26.01.2022); VI Національному конгресі неврологів, психіатрів та наркологів України «Неврологія, психіатрія та наркологія у сучасному світі: глобальні виклики та шляхи розвитку» (Харків, 6-8.10.2022); III конгресі з міжнародною участю «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» (Київ, 4-6.11.2022); ISIC-2022 : International Scientific Interdisciplinary Conference for medical students and young scientists (Kharkiv, 23 – 24.11.2022); Міжвузівській

конференції молодих вчених та студентів «Медицина третього тисячоліття» (Харків, 13–15.01.2023); V Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика» (Київ, 21-22.04.2023); Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психічні та психологічні розлади під час війни: лікування та реабілітація» (Харків, 24-25.05.2023р.); VI Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика» (Київ, 2-3.11.2023); міжнародній науково-практичній конференції «Освіта і наука в період глобальних криз та конфліктів у XXI столітті» (Київ, 8-9.12.2023).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 25 наукових праць, у тому числі 8 статей, з них 7 – у фахових наукових виданнях України, що індексуються у наукометричних базах даних SCIENCEINDEX, Ulrich's Periodicals Directory і Google Scholar; 1 стаття у фаховому віданні країни Євросоюзу; 15 тез доповідей у матеріалах конференцій міжнародного та державного рівнів, 1 патент України на винахід, 1 патент України на корисну модель.

Обсяг та структура дисертації. Основний текст дисертації викладено на 154 сторінках машинописного тексту. Робота складається з анотацій українською та англійською мовами, вступу, аналітичного огляду літератури, 4 глав власних досліджень, аналізу й узагальнення результатів дослідження, висновків і списку використаних джерел. Матеріали дисертації ілюстровані 17 таблицями й 14 малюнками. Бібліографічний список містить 214 джерел, з них 55% – закордонних.

РОЗДІЛ 1

ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНІ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ НАСЛІДКИ ВИМУШЕНОГО ПЕРЕСЕЛЕННЯ В РЕАЛІЯХ УКРАЇНСЬКОГО СЬОГОДЕННЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

1.1. Вимушене переселення актуальна проблема сучасності

Згідно Закону України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» Внутрішньо переміщена особа (ВПО) – за українським законодавством це особа, яка є громадянином України, іноземцем або особою без громадянства, яка знаходиться на території України маючи на це законні підстави та має право на постійне проживання (знаходження) на території України, однак вона змушена залишити чи покинути своє постійне місце проживання в результаті або з метою уникнення негативних (загрозливих) наслідків збройного конфлікту, окупації, великої кількості проявів насильства на окупованих та прикордонних територіях, що супроводжуються порушеннями прав людини та/або в наслідок розвитку надзвичайних ситуацій техногенного чи природного характеру, а також військових дій на певних територіях України [9, 11, 61, 124].

На жаль, наразі в Україні відсутня перспектива швидкого поновлення контролю українською владою всіх територій України, а це впливає на подальше збільшення масштабів внутрішньої міграції населення країни. Через інтенсивні та руйнівні періодичні бойові дії в різних областях Україна стикається з великою кількістю внутрішньої вимушеної міграції населення [9, 109, 180].

Кожен рік в усьому світі 20 червня святкують Всесвітній день біженців. Втім, на жаль, у новітній історії України проблеми тих, хто був змушений залишити рідну домівку та тікати до безпечніших місць, ніколи не були настільки актуальними, як після 2014-го року [1, 12, 62].

Біженці, і в цілому вимушені переселенці, не є новим явищем для України. Значна кількість українських культурних та політичних діячів,

зокрема протягом останнього століття, змогли врятувати своє життя лише завдяки притулку, який вони отримали в інших країнах. Це явище також продовжувалося і після отримання Україною незалежності [5, 10, 113].

Проте, слово «переселенець» чи «біженець» використовується зараз у повсякденному використанні, насамперед не через тих осіб, котрих законодавство визначає «біженцями» чи «внутрішньо переміщеними особами», а через тих мешканців України, котрі змушені виїжджати з окупованих чи небезпечних територій до більш спокійних регіонів нашої країни. Таким чином за останні майже два роки після початку повномасштабного вторгнення країна зіткнулася з новим явищем – переселенцями з Донбасу і Криму та інших окупованих територій України [2, 13, 63].

Розмежуємо два поняття «переселенець» та «біженець»:

Переселенець (або внутрішньо переміщена особа) – це громадянин України, котрий через певні обставини був змушений покинути своє постійне місце проживання та переїхав жити в іншу місцевість, у межах своєї країни [147-149].

Біженець – це іноземець, який внаслідок певних життєвих обставин покинув свою країну (громадянином якої вважається) і шукає нове місце проживання та захисту [3, 10, 64].

З початку інтервенції Росії в Україні, анексії Криму та війни на Сході, та повномасштабного вторгнення так званих вимушених переселенців стає все більше практично в кожному обласному центрі України, а й у невеликих населених пунктах нашої країни. Однак через велику кількість проблем з якими стикаються ці громадяни, на жаль, ми маємо велику купу питань, які на жаль залишаються невирішеними і люди повертаються у не зовсім безпечні регіони через ці проблеми [7, 14, 114].

Сучасне міжнародне право, на превеликий жаль, не регулює питань вимушених переселенців. Раніше вважалося, що така група осіб з'являється, внаслідок громадянських війн, внутрішніх конфліктів та заворушень, а через це не підпадають під минуле міжнародно-правове регулювання. На сьогодні

питання вимушених переселенців та біженців набули міждержавного характеру, але це ще не засвідчено окремими угодами. [4, 10, 112].

В Україні 15 квітня 2015 року було прийнято Закон України «Про забезпечення прав і свобод громадян та правовий режим на тимчасово окупованій території України». Зазначений Закон є декларативним та не вирішує достатньою мірою всіх проблем захисту внутрішньо переміщених осіб. Також, згодом була прийнята низка нормативних актів, котрі в деякій мірі розв'язують питання щодо вимушених переселенців, до них можна віднести наступні: Постанови Кабінету Міністрів України «Про облік осіб, які переміщуються з тимчасово окупованої території України та районів проведення антитерористичної операції» та «Деякі питання оформлення і видачі довідки про взяття на облік особи, яка переміщується з тимчасово окупованої території України або району проведення антитерористичної операції», а також Закон України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» [65, 146]. Слід зазначити, що названі документи не є повною мірою статичними, до них постійно вносяться зміни, що опісля дозволяє законодавчо врегульовувати нововиявлені запити внутрішньо переміщених осіб. Через повномасштабне вторгнення було проведено ще низку змін та доповнень, однак, незважаючи на це в державі все ще маються прогалини щодо створення відповідної законодавчої бази для забезпечення реалізації прав внутрішньо переміщених осіб в необхідній мірі [54]. Через те, що нормативно-правова база України щодо внутрішньо переміщених осіб є недосконалою та недостатньою, вагомими проблемами цих людей – житло, працевлаштування, реєстрація, захист майна (що залишилося на окупованих територіях та територіях близьких до бойових дій) – досі залишаються вирішеними не повною мірою [5, 10, 115].

Якщо озиратися на роки раніше, починаючи з 2014 року, однією з актуальних проблем України щодо вимушених переселенців стало, фактично, щомісячне зростання кількості осіб які є вимушено переміщеними особами або взагалі біженцями. Станом на 2014 рік, за приблизними підрахунками

Управління Верховного комісара ООН у справах біженців, в Україні проживало 2500 біженців з інших країн [66]. Ще близько 7 тисяч не мали притулку взагалі. А бойові дії на сході України (Донецька та Луганська області) і конфлікт на Кримському півострові змусили залишити свої домівки десятки тисяч громадян України [196]. На території нашої країни налічувалось більше 38000 внутрішньо переміщених осіб з Криму і східних областей України. Серед внутрішньо переміщених осіб більшість це: жінки, діти, люди похилого віку. Ця категорія осіб завжди потребувала та потребує особливої уваги з боку державних органів та суспільства в цілому [5, 116, 145].

А у 2016 році ситуація внутрішньо переміщених осіб різко змінилась. Органами соціального захисту були взяті на облік 1,3 млн внутрішньо переміщених осіб – це понад мільйон родин, кожній з яких потрібна була допомога. Важко не погодитися, що ця цифра на той час була вражаючою. Для порівняння, наприклад, після Чорнобильської катастрофи кількість переселених осіб становила всього 95 тис. громадян [15, 67, 150].

Після початку повномасштабної війни з росією понад 7,7 мільйонів громадян України були вимушені стати внутрішньо переміщеними особами. За даними Міжнародної організації з міграції, частка осіб що змінили постійне місце проживання у загальній кількості населення України зросла до 17,5% – це приблизно кожна шоста людина стала внутрішньо переміщеною особою [117, 192].

Не менш гострим питанням починаючи з 2014 року стало розміщення. Переселенці живуть в пансіонатах та санаторіях, але місць критично не вистачає. На жаль, анонсовані урядом України різні ініціативи, такі як добудова недобудованих житлових будинків або спеціальні програми іпотеки, поки на зараз залишаються лише обіцянками [16, 125, 164].

Ще однією вагомою проблемою для переселенців стає працевлаштування – яка, на жаль, мало кого хвилює і хвилювала в будь-який час – з великої кількості працездатних осіб влаштуватися вдалося не більше 5-7 %. А допомога від держави не дотягує навіть до прожиткового мінімуму [197]. Все це

призводить до значних побутових і фінансових проблем переселенців, до того всього додається інформаційний вплив, переживання щодо близьких, що залишилися вдома через різні причини [5, 68, 144].

Ріст числа внутрішньо переміщених осіб – вагоме випробування для української освіти та медицини. Звичайно, маючи досвід періоду пандемії та переходу надання освітніх послуг на віддалений спосіб навчання та можливість отримати консультацію дистанційно за рахунок відео зв'язку і систем віддаленого надання медичної допомоги (оглядів) [17, 118, 145].

Ще одна проблема – заклади вищої та середньої освіти, що переїхали з підконтрольних територій. Забезпечувати достатній навчальний процес вони не в змозі, адже розміщуються в недостатньо пристосованих приміщеннях, без технічного і лабораторного обладнання (яке могло бути втрачене через активні військові дії). Глобальна проблема житла для викладачів і студентів, їм просто ніде жити – гуртожитків не достатньо, коштів на оренду житла у більшості немає [69, 135, 151].

Україна має свій «внесок» і у процес зростання загальної кількості біженців у всьому світі. За даними Європейського офісу біженців, наша країна є однією з шести країн, з якої їде найбільша кількість біженців в ЄС. Серед прохачів притулку, які прибувають зі Східної Європи, найбільш численну групу становлять саме громадяни України. Починаючи з 24 лютого 2022 року показник кількості біженців значно виріс. На кінець жовтня 2023 року статус тимчасового захисту в країнах ЄС мають приблизно 4,3 млн громадян України, які полишили Україну внаслідок російського повномасштабного вторгнення [18, 119, 144].

Водночас, слід зауважити на тому, що у реаліях теперішнього часу навіть звичайним громадянам час від часу складно розв'язувати буденні прості питання, наприклад, такі, як влаштування дитини до дитсадка чи школи, питання вступу до ЗВО; можливість працевлаштування; отримання медичної допомоги за місцем проживання, але без необхідної реєстрації, і це вже не говорячи про усі бюрократичні перешкоди в отриманні різного роду довідок

тощо [70, 152]. Звичайно, зараз у вік електронних технологій можна отримати деякі документи через застосунок «Дія», однак цей застосунок все одно не може наразі вирішити всі бюрократичні питання у нашій країні. Особливо це стосується великих міст, куди й намагаються, як показала практика, потрапити більшість вимушених переселенців. Зважаючи на всю складність обставин, у яких опинилися внутрішньо переміщені особи в нашій країні, в деяких ситуаціях ці питання стосуються і місцевих жителів певних населених пунктів [5, 120, 143].

Приймаючи до уваги той факт, що Україна перебуває у значному кризовому стані, і тільки розбудовує на шлях реформ і підтримує можливості надання особам-переселенцям мінімальної допомоги та підтримку армії, можна стверджувати, щодо комплексу заходів, які спрямовані на розв'язання проблем переселенців, здійснюється, і є хоча й недостатнім, проте значним видом [153, 195]. Наприклад, проблема житла додатково вирішується встановленням шелтерів у різних населених пунктах та біля них. Використання для житлових потреб гуртожитків, пансіонатів та баз відпочинку по всій країні. При цьому наявність стратегій та програм, у тому числі й усіх міжнародних, котрі спрямовані на допомогу внутрішньо переміщеним особам, а також щодо їх евакуації з небезпечних територій, мають спонукати осіб до більш активних дій з налагодження свого побуту та рутинних справ задля швидшого виведення себе з емоційних проблем [19, 71, 129].

Проблема внутрішньо переміщених осіб є однією з найгостріших для України [72]. Ситуація воєнного конфлікту та вимушеного переселення є надпотужним стресом, котрий в умовах невизначеності термінів розв'язання військового конфлікту стає хронічним. Зміна стереотипного способу життя, розрив звичних стосунків, втрата роботи, матеріальні та побутові питання призводять до навантаження адаптаційних систем організму кожної людини, розвитку емоційно-психологічних порушень та формування психічних розладів [121-123, 198]. Адаптаційний процес в ситуації міграції, так само як і переживання міграції, як життєво важливої події, залежать від обставин

міграційного процесу, бажаності та мотивації таких зміни в житті особи [20, 154]. Під час міграції порушується звична життєдіяльність, що може стати поштовхом для виникнення психічних розладів [73-76, 145, 206]. Психічні розлади охоплюють всі основні сфери особистості: емоційну, когнітивну, поведінкову, мотиваційно-потребову, комунікативну [21-23]. Загалом, для всіх ВПО найбільш гострими суперечностями в сфері співвіднесення цінності та доступності значущих сфер є такі: невідповідність рівня домагань і рівня досягнень; потреба у незалежності та необхідність бути залежним, необхідність в отриманні допомоги й опіки; невідповідність норм і внутрішніх агресивних тенденцій (неможливість висловити свої почуття) [126, 194].

Внаслідок травматичного досвіду емоційно-психологічний стан людини змінюється, людина відчуває нестабільність, втрату контролю над ситуацією, власним життям, порушення ідентичності, розгубленість, відчуття незахищеності, злість та пошук винуватих, або навпаки сором та провину, що можуть проявлятися у вигляді функціональних симптомів, психосоматичних та психічних розладів, адиктивних порушень [77, 137, 155, 10].

За даними досліджень, рівень нервово-психічних розладів серед ВПО є дуже високим та сягає 65-80%. Принаймні у 30% людей виявляють емоційні симптоми, а 15-20% хворіють на психічні розлади, найпоширенішими з яких є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР – 10%), велика депресія (5%) та генералізований тривожний розлад (ГТР – 4%).

У деяких групах поширеність розладів є набагато вищою (62% ПТСР та 51% ГТР) [141]. За даними дослідження «Приховані наслідки конфлікту: проблеми психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб», проведеного 2017 року, 32% вимушених переселенців в Україні хворіють на посттравматичний стресовий розлад [127]. Причиною ПТСР є порушення сімейних зв'язків, соціальних відносин, втрата працездатності та інших функцій [25, 79-80].

У зв'язку з цим особливо актуальним постає питання психокорекції психічних розладів, що виникають у ВПО при вимушеній міграції, а також

попередження їх формування, одним з напрямів вирішення якого є розроблення комплексної програми профілактики психічних порушень [156, 190].

Значною проблемою для працездатного населення, які є вимушеними переселенцями це пошук роботи. Такий пошук має один вагомий недолік – таке працевлаштування за своєю суттю є може бути тимчасовим, оскільки, в основному, працівники внутрішні переселенці намагаються по можливості, повернутися до власного регіону через певний проміжок часу. Це ускладнює прогнозування і бізнес-планування і звичайно подальші очікування прибутків. Через це більшість підприємців відмовляються ризикувати, пропонуючи працю таким робітникам, а точніше вимушеним переселенцям або мігрантам [26-28, 81, 138].

1.2. Сучасний погляд на проблему тривожних розладів

Тривожні розлади є одними з найбільш руйнівних психічних станів, про які відомо на сьогодні. Мільйони людей у всьому світі відважно намагаються контролювати паніку, занепокоєння, страх та відчай [31, 157].

Тривожні розлади – це психогенно обумовлені психічні розлади, що відноситься до невротичного (непсихотичного, прикордонного) регістру. Провідними симптомами цієї групи розладів є патологічна тривога з різними її проявами, частіше всього у вигляді неконтрольованих переживань, ірраціонального страху, стійкого передчуття небезпеки, внутрішнього напруження, що супроводжується плаксивістю [29, 82, 128].

Якщо казати про історичний екскурс щодо поняття тривоги. Зигмунд Фрейд вперше почав говорити про неї у своїй першій теорії, що з'являється приблизно у середині 1890-х років, у якій йдеться саме про тривожність ще до того, як вчений почав використовувати термін «психоаналіз» [200].

На цій ранній стадії Фрейд не вважав, що тривога пов'язана з думками або ідеями, проте бачив тісний зв'язок з сексуальністю. Він визначав її як сексуальне збудження, яке пережило трансформацію [140, 188].

Аргумент Фрейда полягав в тому, що коли шлях до задоволення заблокований, накопичення незадоволеного лібідо набуває токсичного характеру. Це знаходить вихід у тривозі. Як він пізніше висловився, «невротична тривога виникає через лібідо і, таким чином, вона пов'язана з ним, так само як оцет з вином» [83, 130].

Друга теорія З. Фрейда говорить, що «тривога виникає з лібідо в процесі придушення». Погляди Фрейда швидко змінилися, коли він розробив теорію придушення. Вона описує, як ідеї, пов'язані зі статевим потягом, відштовхуються від свідомості, вступаючи в конфлікт з «цивілізованими» соціальними нормами. По іншому кажучи, Фрейд стверджував, що процес становлення людей соціальними істотами вимагає від нас відмови від певних власних сексуальних потягів. Його первинна «токсична теорія» тривоги як трансформованого чи зміненого сексуального збудження була залишена, але дещо модифікована [30, 84, 187].

Третя теорія Фрейда «Его – справжнє місце тривожності».

В кінці 1920-х років Фрейд проголосив нову і зовсім відмінну теорію тривожності, в кінцевому підсумку відмовившись від свого старого погляду на тривогу як на змінене чи трансформоване лібідо. Третя теорія відводить тривозі важливіше місце в роботі психіки. Тепер вона – не просто свого роду побічний ефект витиснення, він говорить про контури мислення з його захистами та симптомами, які направлені на те, щоб уникнути тривожності [132, 205].

В наш час, звичайно дивляться на тривогу як на складний процес, котрий складається з великої кількості складових. До того як переходити до поняття тривога варто розглянути терміни занепокоєння та стрес [138].

Занепокоєння – це процес мислення разом з психічними проявами, що відбувається, в той момент коли наш розум зациклюється на певних негативних думках, незрозумілих результатах або речах, які на думку людини і її розуму можуть піти не по плану [31-33]. Занепокоєння – це важкі повторювані нав'язливі думки, – називає Мелані Грінберг, клінічний психолог з Мілл-Веллі, Каліфорнія, і автор книги *The Stress-Proof Brain*. – Це і є когнітивним

компонентом тривоги. Спрощуючи, занепокоєння відбувається тільки у голові, а не в тілі [85]. Занепокоєння – це спосіб розуму (мозку) вирішувати проблеми, щоб захистити людину від уявних проблем. Тільки коли ми застрягаємо в міркуваннях про проблему, занепокоєння перестає діяти як потрібно і трансформується у патологічний процес [133, 158].

Стрес – це фізіологічна реакція, що пов'язана з зовнішньою подією чи внутрішньою катастрофою (хвороба). Щоб цикл стресу розпочався, повинен бути присутній стресор. Зазвичай, це певні зовнішні ситуації, наприклад, дедлайн на роботі або проблеми зі здоров'ям, які виявили на медичному огляді [201]. Стрес можна визначати, як реакцію на зміни у навколишньому середовищі або впливи, що значно перевищують адаптаційні можливості індивіда. У далекі доісторичні часи, стрес являвся природною реакцією на будь-яку загрозу, наприклад, вид хижака в савані на невеликій відстані [86, 177].

На зараз як і в минулому стрес, у людини викликає поведінкову реакцію, що призводить до активації лімбічної системи при цьому відбувається вивільнення адреналіну та кортизолу, які у свою чергу допомагають активізувати весь організм (тіло та мозок), щоб впоратися з загрозою [136, 186].

Симптоми стресу складаються з:

- поверхневого дихання
- прискореного серцебиття
- липких і вологих долонь та поту на лобі

Хронічний стрес – це стан при якому тіло постійно знаходиться в режимі «захисту» чи «бий або біжи» (зазвичай це відбувається через те, що певну ситуацію не можна вирішити, як у ситуації з фінансовими стресовими факторами або проблемним начальником) [35]. Хронічний стрес, звичайно може проявлятися проблемами соматичного здоров'я: підвищеним ризиком серцевих захворювань, негараздами з травленням та ослабленням імунної системи тощо [87-89, 134, 202].

Якщо вважати занепокоєння і стрес симптомами, тоді тривога це кульмінація цих двох симптомів. Тривога складається з когнітивного елементу

(занепокоєння) та фізіологічної реакції (стрес), все це нам каже про те, що ми відчуваємо та переживаємо тривогу як в голові (психічно), так і в тілі (фізично) [142].

Відтак, можна сказати, що тривога – це те, що відбувається, коли ми маємо справу з великою кількістю занепокоєння та значною кількістю стресу як гострого, так і хронічного [159].

Тривога – це універсальна психофізіологічна реакція нашого організму на стресорний вплив, що є першою стадією циклу стресу в організмі людини. Також є і інші пояснення терміну тривога, ось також дуже змістовний, тривога – тривалий складний емоційний стан, що виникає коли людина міркує, що яка-небудь ситуація з майбутнього або обставини можуть призвести до дистресу, невизначеності та неконтрольованої загрози життєвим інтересам або потребам цієї особистості [36, 90, 161].

При цьому важливо пам'ятати, що тривога завжди більш тривала та стала аніж страх. Однак, на жаль, страх є пусковим для розвитку тривожних станів, тому завжди його покладають в основу усіх тривожних розладів [185].

Фізіологічна тривога пов'язана із загрозовою ситуацією, посилюється адекватно загрози/проблемі, виникає в умовах суб'єктивної значущості вибору саме для певної особистості, та часто може розвиватися в ситуації недостатності інформації або в умовах дефіциту часу на виконання дії. У здорової людини почуття фізіологічної тривоги завжди являється тимчасовим станом [160, 184].

Фізіологічна (адаптаційна) тривога, майже завжди, обмежена певними обставинами й не тривала, по силі – не досягає надмірної вираженості, що спонукає особу до діяльності та розв'язання проблем [172].

Патологічна тривога – емоційний стан при якому людина відчуває передчуття небезпеки, безпідставне невизначене хвилювання, відчуття що насувається загрозна катастрофа, присутнє боязке очікування, постійний стан що супроводжується внутрішньою напругою. Все вище назване не пов'язане з реальною загрозою, деякі люди називають це відчуттям безпредметного

занепокоєння [37, 91]. Патологічна тривога завжди триваліша і значно виражена, вона нас виснажує та призводить до пригнічення адаптаційних можливостей організму людини. Патологічна тривога в організмі людини проявляється різними компонентами: психічними, вегетативними порушеннями, розладами циклу сон-неспанья [163].

До психічних компонентів патологічної тривоги відносять:

- відчуття пригніченості, безпорадності, невпевненості [183];
- відчуття небезпеки;
- напруженість і скутість;
- занепокоєння через дрібниці [203];
- нездатність розслабитися;
- дратівливість і нетерплячість [95];
- відчуття напруженості;
- неможливість сконцентруватися, неуважність;
- швидка стомлюваність;
- страхи [165].

Вегетативні компоненти патологічної тривоги:

- серцево-судинні: порушення серцевого ритму, кардіалгії, коливання артеріального тиску, приливи жару або холоду, підвищена пітливість, вологі та холодні долоні [38];
- дихальні: задишка, відчуття браку повітря [204];
- неврологічні: запаморочення, головний біль, тремор, здригання, парестезії, напруга і біль у м'язах [166];
- шлунково-кишкові: нудота, сухість у роті, диспепсія, порушення апетиту [99];
- сечостатеві: прискорене сечовипускання, зниження лібідо, імпотенція;
- терморегуляторні: безпричинні субфебрилітет і озноб [50].

Компонент патологічної тривоги «порушення циклу сон-неспанья» [207]:

- утруднене засинання
- поверхневий, тривожний сон з частими пробудженнями і жахливими сновидіннями [181]
- ранні пробудження
- сонливість вдень

Наступна важлива складова тривожних розладів – страх – є однією з основних емоцій людини, він виникає автоматично та подає сигнал щодо реальної або ту яку ми сприймаємо (отриманої через наші міркування) безпосередньо у вигляді загрози або небезпеці [38, 92].

Описані вище компоненти у різних варіаціях поєднуються та формують розвиток тривожних розладів. Розглянемо ті, які частіше зустрічаються у вимушено переселених осіб: тривожно-депресивна реакція, панічний розлад та генералізований тривожний розлад [39, 167].

МКХ-10 яка була схвалена на 43 сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я у 1990 році та почала впроваджуватися з 1994 року в державах-членах ВООЗ. МКХ-10 має коди до всіх існуючих на той час хвороб. Ці коди були розроблені Всесвітньою організацією охорони здоров'я та відносяться до публічній власності. Так стани, що були розглянуті у нашій роботі мали такі коди: F 43.22 – Змішана тривожна і депресивна реакція (тривожно-депресивна реакція), F41.0 – Панічний розлад, F41.1 – Генералізований тривожний розлад.

Змішана тривожна і депресивна реакція (F 43.22) проявляється тривожною та депресивною симптоматикою, що не перевищує за інтенсивністю тривожні розлади. Підтвердженням діагнозу є наявність вегетативних компонентів патологічної тривоги [93, 208].

Панічний розлад (F41.0) – тривожний розлад поведінковим та психологічним компонентами при якому виникають повторювані несподівані панічні напади, що супроводжуються яскравими вегетативними компонентами патологічної тривоги у вигляді прискореного серцебиття, тремтіння, задишки, підвищеної пітливості, оніміння які виникають на тлі раптового періодичного сильного страху, або відчуття, що має статися щось жахливе. Гостра частина

панічного розладу зазвичай триває кілька хвилин. Можуть виникати між нападами страху повторення нападу та сильне бажання уникати місць, де виникали ці стани [40-43, 169].

Вагомою ознакою панічного розладу вважають періодичні напади сильної патологічної тривоги (паніки), які частіше за все не спровоковані якоюсь конкретною ситуацією чи сукупністю обставин, і тому вважаються нелогічними [94].

Провідними симптомами панічного розладу називають:

- біль у грудях;
- раптова поява серцебиття;
- запаморочення;
- відчуття задухи;
- відчуття нереальності (дереалізація або/та деперсоналізація);
- вторинний всеосяжний страх смерті;
- страх втрати контроль над своєю свідомістю або відчуття що зараз божеволієш [178].

Панічні напади зазвичай виникають спонтанно без будь-яких провокуючих факторів. У пацієнтів що мають прояви панічного розладу швидко розвивається страх очікування наступних нападів. Під час нападу людина відчуває інтенсивну тривогу і прояви загального нездужання. Напад починається раптово, досягає піка за кілька хвилин і продовжується також кілька хвилин [44, 96].

Приблизно у 20% пацієнтів з панічним розладом намагаються розслабитися за рахунок вживання алкоголю або наркотиків, це стає причиною розвитку у них залежності [209].

Генералізований тривожний розлад (F41.1) спостерігається приблизно у 2-5% населення (частіше у жінок), початок захворювання спостерігається у віці 20-30 років, частіше на тлі тривалих психотравмуючих подій [170].

Пацієнти постійно відчувають внутрішню напругу і тремтіння, мають підвищену заклопотаність щодо питань буденності та рутини, при цьому

допускають міркування з приводу найгіршого результату розвитку подій, а також різні побоювання з приводу повсякденних робочих і побутових справ та подій. Іноді такі особи, виглядають надмірно бадьорими та заклопотаними, проявляючи при цьому нетерплячість та дратівливість. Притаманне внутрішнє тремтіння, часті позиви на сечовипускання та дефекацію з проносами та/або запорами [45-47, 97, 179].

Захворювання може тривати упродовж усього життя людини. Самі пацієнти оцінюють свій наявний стан як прояв якогось соматичного захворювання та приблизно до 70% з них звертаються до інтерністів (лікарів загальної практики), і тільки 30% – до психіатрів [171].

Якщо розглядати ці симптоми через призму обставин з якими стикнулися особи, що вимушено покинули місця свого постійного перебування через збройний конфлікт з росією та повномасштабне вторгнення звичайно можна сказати, що кількість провокуючих факторів в них в рази перевищує середньостатистичні у місцевих жителів, однак якщо дивитися на дослідження щодо осіб емігрантів та реемігрантів, то кількість тригерів буде схожою [48, 98, 110, 131].

1.3 Алгоритми надання допомоги хворим на тривожні розлади

У наш час в Україні діють Настанови на засадах доказової медицини, що створені DUODECIM Medical Publications, Ltd. Спираючись на них, для лікування тривожних розладів, слід використовувати наступні схеми лікування, згідно з настановою 00729 та лікування розладів адаптації згідно з настановою 00733 [49-52].

Принципи лікування при панічному розладі наступні:

- У більшості випадків лікування повинно складатися з комбінації фармакотерапії і психотерапії [211].
- Потрібно кожного разу оцінювати ризик самогубства та пам'ятати про нього [214].

- Використання у монотерапії антидепресанту в комбінації з експозиційною терапією є більш ефективним, аніж інші варіанти короткотривалого лікування задля хворих, у яких панічний розлад асоційований з уникненням агорафобії [100].

- Важливо, щоб лікар забезпечував та підтримував атмосферу заохочення і підтримки. Потрібно допомогти проаналізувати проблему разом із особою та максимально донести нешкідливий характер присутніх фізичних симптомів патологічної тривоги [176].

- Оскільки зловживання алкоголем часто супроводжує тривожні розлади в тому числі й панічний, потрібно спробувати його стимулювати до лікування і цієї проблеми, наприклад, за допомогою короткого втручання. Важливо завжди пам'ятати, що алкоголь погіршує перебіг симптомів панічного розладу [173, 210].

Фармакотерапія з використанням:

- Селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) [доказ D]. Препаратами першої лінії вибору в цій групі є есциталопрам, циталопрам, сертралін і пароксетин. Також за необхідністю рекомендовано використовувати флувоксамін і флуоксетин [53, 101].

Препарати використовуються, так само як і при депресії, але початкова доза має бути меншою у два рази (наприклад, есциталопрам у дозі 10 мг раз на день), через те, що пацієнти з панічними розладами на самому початку лікування можуть бути більш чутливими до можливої активуючої дії СІЗЗС.

У випадку персистуючого перебігу панічного розладу можна розглянути профілактичне лікування тривалістю, більше 12 місяців [191].

- Венлафаксин (Початкова доза 37,5 мг; підтримуюча доза від 75 мг до 225 мг) [54]

- Бензодіазепіни [доказ D] (напр., клоназепам, алпразолам) препарати цієї групи рекомендовано призначати на короткий проміжок в виключних ситуаціях, напр., у початковий період терапії, але важливо уникати довготривалого використання та високих доз цих препаратів [105].

Тривалість фармакотерапії: у терапевтичних дозах тривалістю 8-12 місяців [212].

Психотерапія [доказ В]:

- Групові обговорення та релаксація [55]
- Короткотривала когнітивно-поведінкова психотерапія, як індивідуальна, так і групові варіанти, мають ефективність [124]
- Кататимно-імагінативна психотерапія (символдрама) [174]
- Експозиційна терапія [168].

Принципи лікування генералізованого тривожного розладу вирізняється лише фармакотерапією в порівнянні з панічним розладом [доказ D] [доказ C] [доказ B].

Генералізований тривожний розлад відносять до хронічних станів, що значно порушує функціональні можливості особи, та використання фармакотерапії частіше за все є найбільш обґрунтованим методом лікування. Звичайно треба визначити всі фактори, що знаходяться в основі розладу у даного пацієнта (надмірне споживання кави або лікарських засобів, стрес тощо) [106, 175].

- СИЗС та ІЗСН (інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну; мілнаципран, дулоксетин, венлафаксин) зазначені як група препаратів вибору та вважаються найбільш ефективними аніж бензодіазепіни у випадку довготривалого лікування патологічної тривоги, що знаходиться в основі генералізованого тривожного розладу [56].

- Похідні бензодіазепінів можливо використовувати після початку прийому антидепресантів, призначаючи найменшу з можливих доз впродовж короткого терміну (4-6 тижнів). Припиняти використання бензодіазепінів потрібно дуже обережно, щоби знизити ризик розвитку можливих побічних ефектів. Найпоширенішими побічними ефектами для бензодіазепінів називають: погіршення психомоторних функцій, значна седація, транзиторні порушення мнестичних функцій (пам'яті) [60, 107].

- Буспірон (похідний азапірону). Терапевтичний ефект спостерігається через 1-3 тижні після початку лікування, як і в антидепресантів. Його призначають при хронічних тривожних розладах, коли швидке полегшення симптомів не є терміновою необхідністю [174].

- Прегабалін також рекомендовано використовувати у випадку лікування генералізованого тривожного розладу [132].

Принципи лікування [доказ С] при розладах адаптації, а саме при тривожно-депресивній реакції мають наступні складові:

- Лікувальні заходи при розладах адаптації здійснюються з використанням принципів кризової психотерапії.

- Пацієнту важливо і необхідно, щоб його розуміли та чули. Особа, що надає допомогу, повинна приймати психологічне нездужання пацієнта, яке пов'язане з життєвою ситуацією, і в той самий час спокійно і зважено допомогти пацієнтові побачити, що обставини можуть бути подолані, або що їх можна полегшити хоча б несуттєво [57].

- Частіше за все, кілька візитів полегшують стан, та людина починає бачити, як можна діяти в новій зміненій життєвій ситуації.

- Необхідність у лікарняного коливається від декількох днів до декількох тижнів.

- Важливо пам'ятати, що роль фармакотерапії є вторинною при розладах адаптації [59].

- Особи, що страждають на хімічні залежності та розладами особистості, часто в кінчній картині присутня психосоціальна напруга, що пов'язана з особливостями їх патернів поведінки, що може значно погіршувати стан їх ментального здоров'я [58, 111, 213].

Висновки до розділу 1

Внутрішньо переміщена особа – це громадянин України, котрий через певні обставини був змушений покинути своє постійне місце проживання та переїхав жити в іншу місцевість межах своєї країни. Починаючи з 2014 року

кількість таких осіб зростає неухильно, а з 24 лютого 2022 року збільшилася в кілька разів і продовжує зростати.

Проблема внутрішньо переміщених осіб є однією з найгостріших для України. Ситуація воєнного конфлікту та вимушеного переселення є надпотужним стресом, котрий в умовах невизначеності термінів розв'язання військового конфлікту стає хронічним. Зміна стереотипного способу життя, розрив звичних стосунків, втрата роботи, матеріальні та побутові питання призводять до навантаження адаптаційних систем організму кожної людини, розвитку емоційно-психологічних порушень та формування психічних розладів.

Тривожні розлади є одними з найбільш руйнівних психічних станів, про які відомо на сьогодні. Мільйони людей у всьому світі відважно намагаються контролювати паніку, занепокоєння, страх та відчай.

Тривожні розлади – це психогенно обумовлені психічні розлади, що відноситься до невротичного (непсихотичного, прикордонного) регістру. Провідними симптомами цієї групи розладів є патологічна тривога з різними її проявами, частіше всього у вигляді неконтрольованих переживань, ірраціонального страху, стійкого передчуття небезпеки, внутрішнього напруження, що супроводжується плаксивістю.

В наш час в Україні діють Настанови на засадах доказової медицини, що створені DUODECIM Medical Publications, Ltd. Спираючись на них лікування тривожних розладів слід використовувати наступні схеми лікування, згідно настанови 00729 та лікування розладів адаптації настанова 00733.

Проведений аналіз літературних даних свідчить про актуальність, медичної та соціальної значущості проведення досліджень спрямованих на вирішення поставленої мети дисертаційного на основі вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей тривожних розладів у вимушених переселенців, розробити персоніфіковану систему їх комплексної терапії та профілактики та оцінити її ефективність.

РОЗДІЛ 2

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ ХВОРИХ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Загальна характеристика обстежених хворих

Для досягнення поставленої мети, за умови отримання інформованої згоди від пацієнта з дотриманням принципів біоетики та деонтології на базі Комунального некомерційного підприємства Харківської обласної ради «Обласна клінічна психіатрична лікарня №3» та у Центрі ментального здоров'я «Restart» проведено комплексне обстеження 165 хворих на тривожні розлади у віці 20 - 55 років, обох статей.

Основну групу склали 93 хворих вимушених переселенців (53 жінки та 40 чоловіка), контрольну – 72 хворих (40 жінок та 32 чоловіка), які постійно проживають в м. Харкові та Харківській області.

Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію згідно кліничних протоколів. З метою оцінки ефективності розробленої у ході роботи комплексної програми терапії та реабілітації тривожних розладів у вимушених переселенців основну групу було розподілено на дві підгрупи терапевтичну групу, у яку увійшли пацієнти які приймали участь у терапевтичній програмі, що була розроблена за результатами власних досліджень – 55 (29 жінок та 26 чоловіків) хворих та групу порівняння – 38 (21 жінка та 17 чоловіків) хворих, які отримували стандартну регламентовану терапію в медичному закладі (рис.2.1.).

Дослідження сімейного стану обстежених пацієнтів показало, що у шлюбі перебували 68,2% обстежених основної групи та 64,9% контрольної групи; були розлучені 20,3% та 19,2% обстежених відповідно; ніколи не перебували у шлюбі 11,5% обстежених основної та 15,9% контрольної груп. Дітей мали 39,2% та 44,1% обстежених відповідно (табл. 2.1).

За рівнем освіти обстежені буди розподілені наступним чином 62,3% обстежених основної групи та 58,4% обстежених контрольної групи мали вищу освіту; 32,4% та 36,8% обстежених відповідно мали середню спеціальну освіту та 5,3% обстежених основної та 4,8% контрольної груп мали загальну середню (табл. 2.2.).

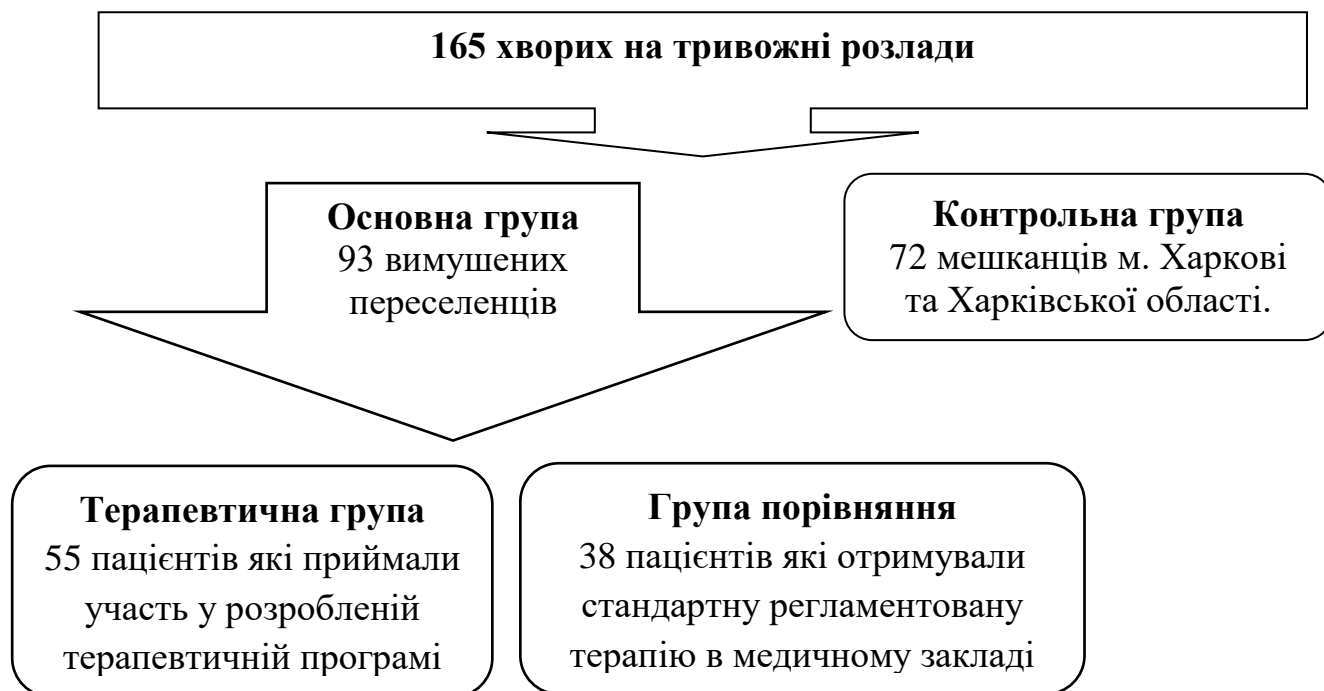


Рисунок 2.1. Групи обстежених

Таблиця 2.1

Розподіл обстежених хворих за сімейним станом (%)

Сімейний стан	Основна група	Контрольна група
У шлюбі	68,2	64,9
Розлучені	20,3	19,2
Самотні	11,5	15,9
Мають дітей	39,2	44,1

Переважає більшість – 68,4% обстежених основної та 62,3% контрольної групи мешкали у великому місті та у задовільних матеріально-побутових умовах (63,5% та 66,3% обстежених відповідно) (табл. 2.3).

Таблиця 2.2

Розподіл обстежених за рівнем освіти (%)

Рівень отриманої освіти	Основна група	Контрольна група
Вища	62,3	58,4
Середня спеціальна	32,2	36,8
Загальна середня	5,3	4,8

Таблиця 2.3

Розподіл обстежених хворих за місцем і умовами проживання (%)

Умови і місце проживання	Основна група	Контрольна група
У великому місті	68,4	62,3
У маленькому місті	26,2	30,4
У сільській місцевості	5,4	7,3
Добрі матеріально – побутові умови	23,1	27,6
Задовільні матеріально – побутові умови	63,5	66,3
Незадовільні матеріально – побутові умови	13,4	11,1

Аналізуючи дані щодо професійної діяльності обстежених пацієнтів – у сфері інтелектуальної праці були задіяні 51,2% обстежених основної та 56,2% контрольної групи; у сфері обслуговування працювали 33,4% та 30,1% обстежених відповідно; фізичною працею були зайняті 10,2 % обстежених основної та 8,6% контрольної груп; 5,2% та 5,1% обстежених відповідно не працювали (табл. 2.4).

Розподіл обстежених за професійною занятістю (%)

	Основна група	Контрольна група
Інтелектуальна праця	51,2	56,2
Сфера обслуговування	33,4	30,1
Зайняті фізичною працею	10,2	8,6
Не працюють	5,2	5,1

2.2. Дизайн дослідження

Дослідження було проведено у чотири етапи (рис.2.2).

Перший етап (комплексної діагностики) складався з комплексного клініко-психопатологічного, клініко-анамнестичного та психодіагностичного обстеження 165 пацієнтів з тривожними розладами у віці 20 - 55 років, обох статей, які отримували лікування у КНП ХОР «Обласна клінічна психіатрична лікарня №3» та у Центрі ментального здоров'я «Restart».

На I етапі проводилися порівняльний аналіз особливостей психопатологічної симптоматики та результатів патопсихологічного обстеження у хворих основної та контрольної групи, відбір ключових мішеней для психотерапевтичних інтервенцій.

Другий етап включав розробку комплексної програми лікування та реабілітації вимушених переселенців з тривожними розладами. Третій етап оцінка ефективності розробленої програми та IV етап впровадження результатів дослідження в заклади охорони здоров'я України.

2.3. Методи дослідження

У роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-психопатологічне дослідження, яке спиралося на загальноприйнятих підходи до психіатричного обстеження шляхом інтерв'ювання та спостереження за

пацієнтом. Опитування спиралося на використання діагностичних критеріїв МКХ-10.



Рисунок 2.2. Етапи дослідження

Клініко-анамнестичний метод включав структуроване інтерв'ю, яке було спрямоване на вивчення впливу соціально-психологічних і біологічних факторів на розвиток тривожних розладів у обстежених пацієнтів.

Психодіагностичний метод проводився з використанням:

Опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики (Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L., 1973).

Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised - SCL-90-R), розроблений L.R. Derogatis і співавт. у 1973 р. та адаптований V. Starcevic і співавт. у 2000 р. Цей опитувальник слід використовувати для оцінки патернів психопатологічних ознак як у людей з психічною патологією, так і здорових людей. Опитувальник має 90 питань. Кожне питання слід оцінювати за 5-ти бальною шкалою (від 0 до 4), де 0 відповідає позиції «зовсім немає», а 4 – «дуже сильно». Відповіді рахуються та інтерпретуються за: основними 9-ма шкалам симптоматичних розладів і узагальненими 3-ма шкалами другого порядку, а саме: PSDI (індекс особистого симптоматичного дистресу), GSI (загальний індекс вираженості симптомів), PST (загальне число позитивних відповідей).

Операціональні визначення шкал опитувальника SCL-90-R:

1. Соматизація (Somatization [SOM]) – порушення, що притаманні проявам дистресу у вигляді відчуття соматичної (тілесної) дисфункції. При інтерпретації результатів слід виключати наявність будь-якої соматичної патології.

2. Обсесивно-компульсивні розлади (Obsessive-Compulsive [O-C]) – розлади, що відповідають симптомам відповідним стандартному визначенню обсесивно-компульсивного синдрому.

3. Міжособистісна сенситивність (Interpersonal Sensitivity [INT]) – відчуття неповноцінності та власної неадекватності, особливо важливо, при порівнянні себе з іншими особами (наприклад, почуття неспокою, ідеї самозвинувачення, виражений дискомфорт, загострений емоційний стан щодо стосується усвідомлення власного «Я», негативні очікування до та під час процесу міжособистісної взаємодії).

4. Депресія (Depression [DEP]) – значне коло симптомів клінічної депресії у вигляді проявів дисфорії та афекту (ознаки нестачі мотивації, відсутності або зниження інтересу до життя, почуття безнадії, втрати життєвої енергії, думки

про суїциді та наявність соматичних та когнітивних корелятів депресивного синдрому).

5. Тривожність (Anxiety [ANX]) – ознаки та симптоми, що клінічно пов'язані з значним рівнем маніфестованої тривожності (напруга, нервозність, тремор, дратівливість, відчуття напруги та занепокоєння, напади паніки, а також когнітивні компоненти, що виражені почуттям небезпеки, побоюваннями і страхами, присутність деяких соматичних корелятів патологічної тривоги).

6. Ворожість (Hostility [HOS]) – феномен, що складається з почуттів, думок і/або дій, які вважаються проявами негативного афективного стану злості/люті (усі ознаки обурення, дратівливості, люті, агресії, гніву).

7. Фобічна тривожність (Phobic Anxiety [PHOB]) – ірраціональна, стійка, неадекватна по відношенню до наявного стимулу реакція страху щодо конкретних осіб, місць, об'єктів чи ситуацій, що супроводжується унікаючою поведінкою. Шкала дозволяє визначити найбільш патогномонічні та руйнівні прояви такої фобічної поведінки. Визначення такого стану є близьким до дефініції агорафобії, а клінічним синонімом її є вказаний синдром фобічної тривожної деперсоналізації, але він може бути застосований і щодо кваліфікації проявів синдрому «уникнення» при посттравматичному стресовому розладі.

8. Паранояльні симптоми (Paranoid Ideation [PAR]) – паранойяльна поведінка як різновид порушень мислення у вигляді значних проявів проєктивних думок у поєднанні з підозрілістю, ворожістю, пихатістю, страхом втрати незалежності та наявністю ілюзій.

9. Психотизм (Psychoticism [PSY]) – ізольований, унікаючий, шизоїдний стиль життя та/або симптоми шизофренії (марення чи/та галюцинації/псевдогалюцинації) у вигляді градуїованого континууму від легкої міжособистісної ізоляції до виражених та очевидних доказів наявності психотизму.

10. Додаткові питання. Сім питань, що входять до опитувальника, однак не потрапляють ні під одне з названих вище визначень симптоматичних розладів; ці симптоми дійсно говорять про наявність деяких розладів, але не відносяться

до жодного з них та не поєднані у окремий розлад, хоча і вважаються клінічно значимими. Їх враховують при загальній обробці опитувальника і використовують «конфігурально». Так, наприклад, високі значення DEP в поєднанні з «поганим апетитом» та «раннім ранковим пробудженням» визначають стан, відмінний від депресії без цих симптомів або з «почуттям власної провини».

Шкала Гамільтона, для оцінки депресії та тривоги (The Hamilton Depression Rating Scale, The Hamilton Anxiety Rating Scale).

Шкала Гамільтона, для оцінки депресії (The Hamilton Depression Rating Scale, HDRS) (Hamilton, 1960) є однією з найбільш розповсюджених квантифікованих шкал, що застосовують для оцінки ступеня вираженості депресивних симптомів. Ця шкала складається з 21 питання, вона дозволяє оцінити такі складові: наявність почуття провини, депресивного настрою, суїцидальних намірів, проявів загальмованості, ступінь безсоння, рівень працездатності та активності, наявність і силу ажитації, рівень соматичної тривоги, психічної тривоги, загально-соматичних та генітальних проявів, симптомів дереалізації та деперсоналізації, іпохондрії, параноїдальних симптомів.

Шкала Гамільтона, для оцінки тривоги (The Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) (Hamilton, 1959) складається з 14 питань, що спрямовані на виявлення внутрішньої напруги, тривожного настрою, передчуття небезпеки, страхів, інсомнії, наявності соматичних (сенсорних, м'язових, серцево-судинних, гастроентерологічних, респіраторних, сечостатевої та вегетативних проявів), а також оцінити поведінку пацієнта під час огляду.

Ступінь вираженості депресії та тривоги за шкалою Гамільтона визначається в балах та застосовується за критеріями МКХ-10 (Пантелєєва Г.В., 1998) має наступні значення: 14 - 17 балів – легка, 18 - 25 балів – помірна, 25 та більше балів – важкого ступеня вираженості симптоматика.

Шкала самооінки рівня тривожності Ч. Д. Спілбергера (в адаптації Ю. Л. Ханина, 1981).

Для вивчення рівня особистісної та ситуативної тривожності нами була використана шкала самооінки тривожності Спілбергера–Ханина яка запропонована Ч.Д. Спілбергером (1966) та пізніше адаптована Ю. Ханіним (1976). За допомогою шкали можна провести оцінювання рівня тривожності розрізняючи тривогу у певний конкретний проміжок часу (так звана ситуативна / реактивна тривожність) та особистісну тривожність (визначається тривожність як характеристика особистості). Шкала має з два розділи, кожний із яких складається з 20 питань, котрі можна оцінити за 4-х бальною шкалою та дозволяють описати поточний, актуальний емоційний стан (ситуативна тривожність), або звичний, притаманний для повсякденності стан (особистісна тривожність). Під час інтерпретації результатів шкали можливі такі варіанти (значення в кордонах від 20 до 80 балів за кожним розділом): 20-30 балів – низький рівень, від 31 до 45 – помірний рівень, більше 45 балів – високий рівень тривожності відповідно.

Опитувальник нервово-психічної напруги (Т.А. Немчин, 1984).

Дослідження рівня нервово-психічної напруги проводилося за допомогою опитувальника нервово-психічної напруги (Т.А. Немчин, 1984). Опитувальник нервово-психічної напруги, був запропонований Т.А. Немчиним та складається з переліку ознак нервово-психічної напруги, він був складений спираючись на дані клініко-психологічного спостереження. Опитувальник має 30 основних характеристик цього стану нервово-психічної напруги, що були розподілені на три ступені вираженості цього стану. Підрахунок набраних балів відбувається шляхом їх сумування. Мінімальна кількість балів, яку може набрати опитуваний, визначається 30 балами, а максимальне значення – 90 балів. Діапазон слабкої (низької, «детензивної») нервово-психічної напруги розташовується у діапазоні від 30 до 50; помірного (середнього,

«інтенсивного») – від 51 до 70; надмірного (занадто високого, «екстенсивного») – від 71 до 90 балів відповідно.

Методика «Діагностика рівня соціальної фрустрованості» (Л.І. Вассерман, в модифікації В.В. Бойко, 2002).

Методика «Діагностика рівня соціальної фрустрованості» була розроблена Л.І. Вассерманом, та модифікована В.В. Бойко. Методика дозволяє дослідити рівень незадоволення особистості своїми соціальними досягненнями в вагомих аспектах життєдіяльності людини. Соціальна фрустрованість як стан зазвичай розглядається як ситуація в якій особистість не має неможливості реалізації своїх актуальних і вагомих саме для неї соціальних потреб. Важливість актуальних потреб для кожної особи індивідуальна, і звичайно залежить від самосвідомості (самосприйняття), індивідуальних здібностей, системи життєвих цінностей та цілей, досвіду вирішення кризових та проблематичних ситуацій. Через ці причини соціальна фрустрованість виникаючи як наслідок дійсної соціальної ситуації, має особистісний характер, зазначаючи стрессогенність соціальних фрустраторів, наприклад, таких як незадоволеність освітою, відносинами в родині та у робочому колективі, соціально-економічним станом, місцем у суспільстві, працевдатністю, психічним та фізичним здоров'ям та ін.

Соціальна фрустрованість визначається рівнем «задоволеності/незадоволеності» у 20 сферах відносин особистості, що виділені експертами як найбільш гіпотетично вагоміші для будь-якого дорослого, важливо, працевдатної особи, життєдіяльність якої відбувається у соціумі. У методиці виділяють 5 основних блоків чи напрямків цієї шкали по 4 позиції в кожному з напрямків: задоволеність взаєминами з рідними і близькими (з дітьми, батьками, чоловіком, дружиною,); задоволеність найближчим соціальним оточенням (друзями, протилежною статтю, начальством, колегами); задоволеність своїм соціальним статусом (сферою професійної діяльності, освітою, рівнем професійної підготовки та роботою в цілому); соціально-

економічним становищем (житлово-побутовими умовами, матеріальним становищем, проведенням вільного часу і варіантами відпочинку, своїм становищем у суспільстві); своїм психічним і фізичним здоров'ям та працездатністю (психоемоційним станом, фізичним здоров'ям, працездатністю, власним способом життя в цілому).

Опитувальник якості життя (Н. Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu&Yoon, 1999 у модифікації Н.О. Марути, 2004).

Дослідження якості життя проводилось за допомогою однойменного опитувальника, розробленого Н. Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu&Yoon, 1999 та модифікованого Н.О. Марутою, 2004.

Метод оцінки інтеграційного показника якості життя включає такі параметри якості життя осіб:

1. Фізичне благополуччя: відсутність болю і фізичних проблем, відчуття енергійності;
2. Психологічне (емоційне) благополуччя: задоволеність собою, гарне самопочуття;
3. Самообслуговування та незалежність дій: прийняття власних рішень, виконання буденних життєвих завдань;
4. Працездатність: можливість виконувати домашні, робочі або професійні обов'язки (завдання);
5. Міжособистісна взаємодія: можливість спілкуватися та підтримувати гарні відносини у родині, з друзями у інших місцях взаємодії за необхідністю;
6. Соціо-емоційна підтримка: наявність осіб, яким пацієнт довіряє та, які можуть запропонувати пацієнтові необхідну допомогу та моральну (емоційну) підтримку;
7. Громадська та службова підтримка: приємні сусіди (друзі), доступ до інформаційних, фінансових та інших необхідних пацієнтові ресурсів;
8. Особистісна реалізація: наявність відчуття рівноваги та впевненості, отримання задоволеності від мистецтва, навчання, відпочинку та ін.);

9. Духовна реалізація: відчуття віри, релігійності та можливість виходу за межі звичайного матеріального життя;

10. Загальне сприйняття життя: відчуття щастя та задоволеності життям в цілому.

Кожну з 10 перерахованих вище шкал (властивостей) паddослідний оцінював за 10-ти бальною системою – від 0 (мала/низька вираженість) до 10 (висока/значна вираженість).

Під час групової інтерпретації загального/інтегративного показника якості життя нами обчислювалося середнє арифметичне значення за кожною шкалою якості життя вимушених переселенців з тривожними розладами.

Катамнестичний метод нами було проведено динамічне спостереження за пацієнтами з тривожними розладами (вимушені переселенці та мешканці м. Харкова та Харківської області) на протязі 2 років.

Методи математичної статистики.

Обробка даних під час проведення статистичного аналізу проводилася з використанням персонального комп'ютера за допомогою ліцензійного офісного пакету Microsoft Excel та пакету прикладних програм Statistica 6.0 (StatSoft Inc., США). Результати були представлені у вигляді середнього значення \pm похибка репрезентативності при рівні вірогідності $p < 0,05$.

Висновки до розділу 2

У ході роботи використовувався комплексний підхід з використанням клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного та статистичного методів дослідження

Таким чином, обраний нами діагностичний інструментарій та контингент дослідження дозволи нам вирішити основні завдання дослідження: вивчити клініко-психопатологічні особливості тривожних розладів у вимушених переселенців; вивчити механізми формування тривожних розладів у

вимушених переселенців; провести аналіз патопсихологічних особливості тривожних розладів у вимушених переселенців; розробити комплексну програму лікування та реабілітації вимушених переселенців з тривожними розладами, спрямованої на підвищення ефективності надання медичної допомоги цій категорії хворих; вивчення особливості динаміки клінічної картини тривожних розладів у вимушених переселенців під впливом розробленої системи терапії та вивчення особливостей динаміки соціальної фрустрованності та якості життя у вимушених переселенців під впливом розробленої системи терапії.

РОЗДІЛ 3

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ

Тривога – невід’ємна складова життя кожної людини, є стандартною емоційною реакцією на стрес, та виконує роль біологічної відповіді на будь-яку загрозу. Тривога дозволяє вберегти індивіда від шкоди і підготуватися до важливих та важких подій, а також виконує функцію попереджувального сигналу до активної діяльності. Коли тривога стає надмірною, супроводжує людину постійно, трансформується у неконтрольовану, стає такою, такою що пригнічує або, коли вона порушує повсякденну діяльність, у такому випадку може сформуватися тривожний розлад у людини.

Патологічна тривога –невизначене безпідставне хвилювання, що може відчуватися як передчуття небезпеки або катастрофи що насувається чи загрожує людині. Людина постійне і тривало відчуває внутрішню напругу з неможливістю розслабитися, коли навіть є велике бажання до розслаблення, що не пов'язана з реальною загрозою та викликає пригнічення (виснаження) фізіологічних адаптаційних можливостей особистості.

Спираючись на отримані у ході роботи данні найбільш часто обстежені пацієнти пред'являли скарги на наступні стани: пригніченість настрою ($83,3 \pm 1,8$ % обстежених основної та $71,2 \pm 1,7$ % контрольної групи), афект туги (нудьга, зневіра, смуток, сум) ($72,3 \pm 1,7$ % обстежених основної та $64,8 \pm 1,6$ % контрольної груп), невмотивоване занепокоєння, надмірну тривогу ($85,1 \pm 1,8$ % та $85,2 \pm 1,8$ % обстежених відповідно), внутрішню напругу із неможливістю розслабитися ($79,2 \pm 1,7$ % та $71,2 \pm 1,7$ %), почуття небезпеки, напруженості і скутості, занепокоєння через дрібниці ($72,1 \pm 1,7$ % обстежених основної та $53,2 \pm 1,5$ % контрольної груп), втрати контролю над ситуацією ($82,2 \pm 1,8$ % хворих основної та $35,6 \pm 1,3$ % контрольної груп) безнадію ($45,8 \pm 1,4$ % та $35,9 \pm 1,3$ % обстежених відповідно), апатію ($44,2 \pm 1,4$ % та $38,2 \pm 1,3$ %), дратівливість і нетерплячість ($65,9 \pm 1,6$ % хворих основної та $69,8 \pm 1,6$ %

контрольної групи), відчуття втрати контролю над своїм життям ($83,4 \pm 1,8$ % та $53,9 \pm 1,5$ % відповідно), відсутність надії та перспектив ($67,9 \pm 1,6$ % обстежених основної та $39,9 \pm 1,3$ % контрольної груп), нав'язливі страхи ($44,6 \pm 1,4$ % та $35,2 \pm 1,3$ % обстежених відповідно), розлади сну ($42,3 \pm 1,4$ % обстежених основної та $43,2 \pm 1,4$ % контрольної груп). Хворі основної групи відчували труднощі до адаптації у новому колі знайомих ($59,2 \pm 1,5$ %), повернення до психотравмуючих спогадів, страхі та надмірна фіксація на наявність суб'єктивно значимої негативної інформації щодо подій на окупованих територіях де вони раніше мешкали та залишилися їх близькі та рідні ($76,5 \pm 1,7$ %). (табл. 3.1.)

Таблиця 3.1.

Найчастіші скарги у обстежених хворих (%)

	ОГ	КГ
Пригніченість настрою	$83,3 \pm 1,8$	71,2
Афект туги	$72,3 \pm 1,7$	$64,8 \pm 1,6$
Невмотивоване занепокоєння, тривога	$85,1 \pm 1,8$	$85,2 \pm 1,8$
Внутрішня напруга	$79,2 \pm 1,7$	$71,2 \pm 1,7$
Почуття небезпеки	$72,1 \pm 1,7$	$53,2 \pm 1,5$
Почуття втрати контролю над ситуацією	$82,2 \pm 1,8$	$35,6 \pm 1,3$
Безнадія	$45,8 \pm 1,4$	$35,9 \pm 1,3$
Апатія	$44,2 \pm 1,4$	$38,2 \pm 1,3$
Дратівливість	$65,9 \pm 1,6$	$69,8 \pm 1,6$
Відчуття втрати контролю над своїм життям	$83,4 \pm 1,8$	$53,9 \pm 1,5$
Відсутність надії та перспектив	$67,9 \pm 1,6$	$39,9 \pm 1,3$
Нав'язливі страхи	$44,6 \pm 1,4$	$35,2 \pm 1,3$
Розлади сну	$42,3 \pm 1,4$	$43,2 \pm 1,4$
Труднощі у адаптації	$59,2 \pm 1,5$	0
Психотравмуючі спогади	$76,5 \pm 1,7$	0

У структурі скарг особливе місце займали соматичні ознаки тривоги: серцево-судинні: тахікардія, кардіалгії, коливання артеріального тиску, пітливість, холодні і вологі долоні ($74,2 \pm 1,7$ % обстежених основної та $68,8 \pm 1,6$ % контрольної груп); дихальні: відчуття браку повітря, задуха ($69,5 \pm 1,6$ % та $74,2 \pm 1,7$ % обстежених відповідно); неврологічні: запаморочення, головний біль, тремор, здригання, парестезії, напруга і біль у м'язах ($73,2 \pm 1,7$ % обстежених основної та $58,3 \pm 1,5$ % контрольної груп); шлунково-кишкові: нудота, сухість у роті, диспепсія, порушення апетиту ($78,9 \pm 1,7$ % та $94,1 \pm 1,9$ % обстежених відповідно); сечостатеві: прискорене сечовипускання, зниження лібідо, імпотенція ($64,3 \pm 1,6$ % обстежених основної та $63,7 \pm 1,6$ % контрольної груп) та терморегуляторні: безпричинні субфебрилітет і озноб ($65,9 \pm 1,6$ % обстежених основної та $37,8 \pm 1,3$ % контрольної груп) (рис. 3.1)

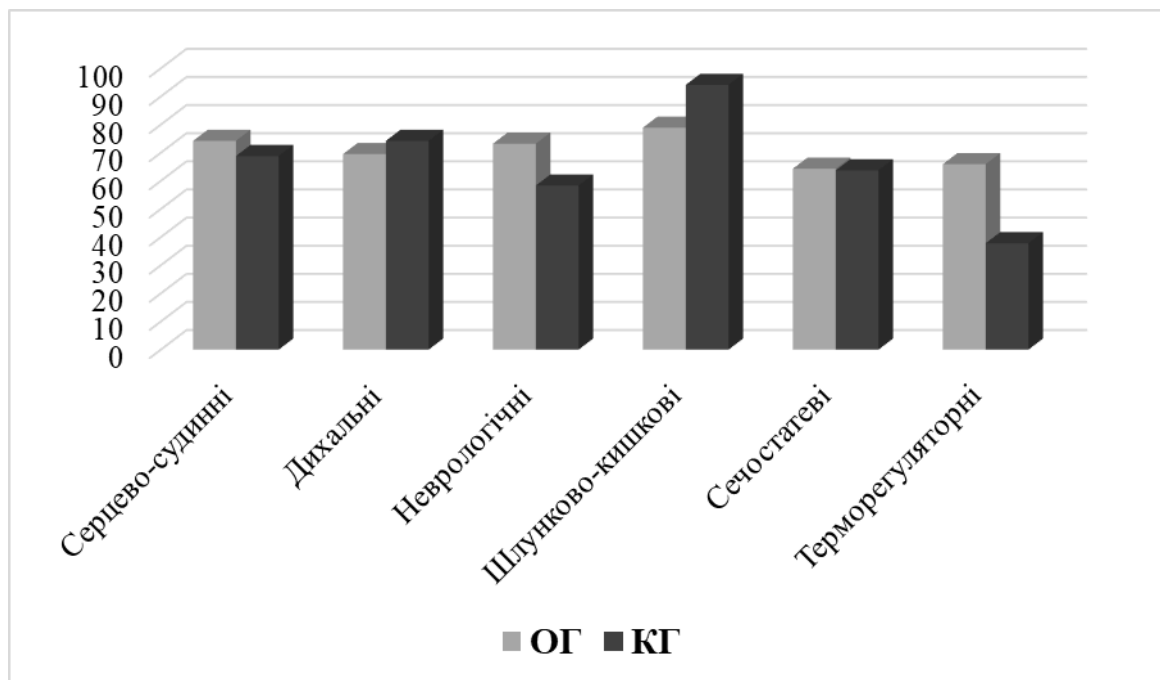


Рисунок 3.1. Структура соматичних ознак тривожних розладів

Як свідчать отримані під час роботи данні у обстежених хворих відзначалися наступні тривожні розлади: змішана тривожно-депресивна реакція (F43.22) – $28,2 \pm 1,2$ % обстежених основної та $35,4 \pm 1,3$ % контрольної групи,

панічний розлад (F41.0) – $36,4 \pm 1,3\%$ та $38,2 \pm 1,3\%$ відповідно, генералізований тривожний розлад (F41.1) – $35,4 \pm 1,3\%$ обстежених основної та $26,4 \pm 1,2\%$ контрольної груп (рис 3.2.)

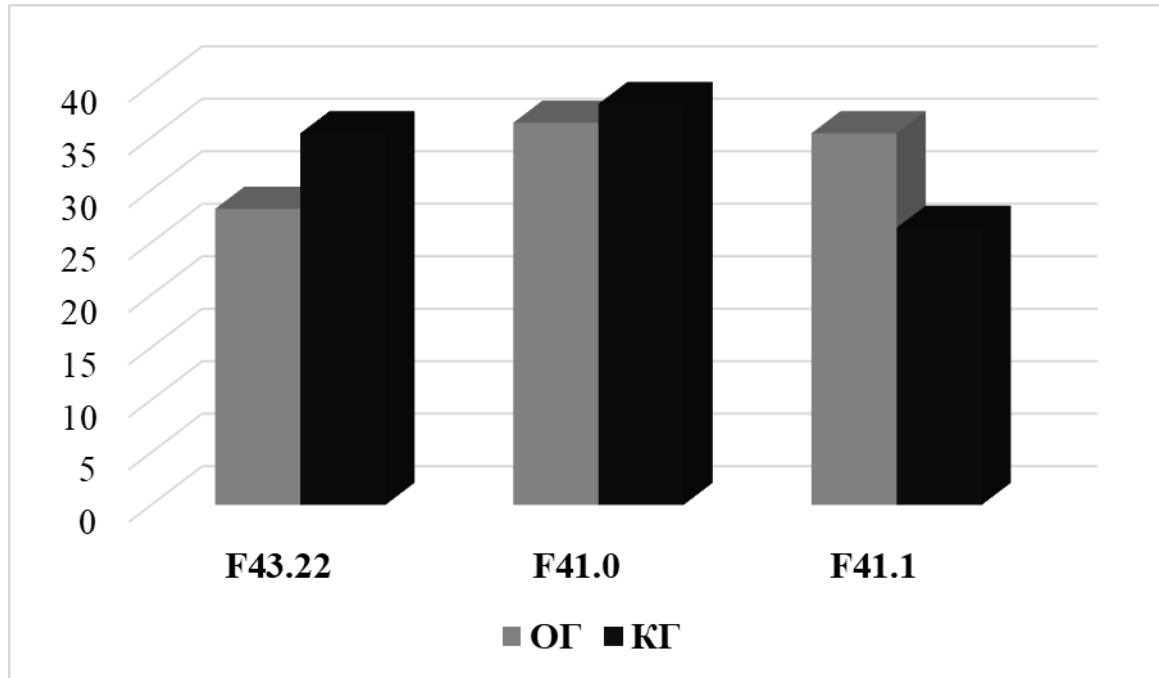


Рисунок 3.2. Клінічна структура тривожних розладів у обстежених хворих (%)

Для хворих з тривожно-депресивною реакцією притаманні: знижене тло настрою ($85,9 \pm 1,8\%$ хворих основної та $68,9 \pm 1,6\%$ контрольної груп), почуття тривоги ($86,8 \pm 1,8\%$ та $87,1 \pm 1,8\%$ відповідно), внутрішнє напруження, немотивоване занепокоєння ($82,2 \pm 1,8\%$ та $79,8 \pm 1,7\%$), негативне емоційне забарвлення переживань ($69,8 \pm 1,6\%$ хворих основної та $52,9 \pm 1,5\%$ контрольної груп), нав'язливі страхи та побоювання ($62,3 \pm 1,6\%$ та $59,8 \pm 1,5\%$ відповідно), сумніви щодо правильності прийнятих рішень та дій ($32,2 \pm 1,3\%$ та $35,1 \pm 1,3\%$), неможливість сконцентруватися, неуважність, швидка стомлюваність ($62,2 \pm 1,6\%$ хворих основної та $58,9 \pm 1,5\%$ контрольної груп).

У обстежених основної групи поряд з пригніченістю настрою та афектом тривоги відмічалися невпевненість у майбутньому ($73,4 \pm 1,7\%$), астеничні прояви ($56,6 \pm 1,5\%$) і вегетативні пароксизми ($49,4 \pm 1,4\%$). (табл.3.2.)

Клінічні прояви тривожно-депресивної реакції у обстежених хворих (%)

	ОГ	КГ
Знижене тло настрою	85,9±1,8	68,9±1,6
Почуття тривоги	86,8±1,8	87,1±1,8
Внутрішнє напруження, немотивоване занепокоєння	82,2±1,8	79,8±1,7
Негативне емоційне забарвлення переживань	69,8±1,6	52,9±1,5
Нав'язливі страхи та побоювання	62,3±1,6	59,8±1,5
Сумніви щодо правильності прийнятих рішень і дій	32,2±1,3	35,1±1,3
Неуважність	62,2±1,6	58,9 ±1,5
Невпевненість у майбутньому	73,4±1,7	0
Астенія	56,6±1,5	0
Вегетативні пароксизми	49,4±1,4	0

Тривожні розлади у обстежених пацієнтів проявлялися немотивованою, постійною, стійкою тривогою або непередбачуваними нападами важкої патологічної тривоги, невинуватим немотивованим занепокоєнням, відчуттям загрози та небезпеки, порушеннями циклу сон-неспанья з переважанням симптомів у вигляді стійкого безсонья.

Для панічного розладу характерні повторювані непередбачувані напади важкої патологічної тривоги (паніки) з яскравими вегетативними проявами (92,6±1,9 % обстежених основної та 92,5±1,9 % контрольної груп) які не обмежуються окремими ситуаціями чи обставинами; почуття надзвичайного надсильного страху (62,8±1,6 % та 61,8±1,6 % відповідно); почуття смертельної загрози (56,2±1,5 % та 48,3±1,4 %); що супроводжуються тахікардією (89,8±1,8 % хворих основної та 81,9±1,8 % контрольної групи); відчуттям браку повітря, задухою (69,8±1,6 % та 72,2±1,7 % відповідно); запамороченням

(49,6±1,4 % хворих основної та 51,2±1,5 % контрольної груп); пітливістю з холодними і вологими долонями (46,8±1,4 % та 47,6±1,4 % відповідно); була присутня сенсibilізація до зовнішніх факторів, особливо у час відходу до сну та під час процесу засинання (41,1±1,4 % хворих основної та 36,2±1,3 % контрольної груп). У пацієнтів напад важкої тривоги (паніки) тривав до години, а між нападами пацієнти надавали данні щодо тривожного очікування повторення нападу. (табл. 3.3.)

Таблиця 3.3.

Клінічні прояви панічного розладу у обстежених хворих (%)

	ОГ	КГ
Напади паніки	92,6±1,9	92,5±1,9
Відчуття надзвичайного страху	62,8±1,6	61,8±1,6
Почуття смертельної загрози	56,2±1,5	48,3±1,4
Тахікардія	89,8±1,8	81,9±1,8
Задуха	69,8±1,6	72,2±1,7
Запаморочення	49,6±1,4	51,2±1,5
Гіпергідроз	46,8±1,4	47,6±1,4
Сенсibilізація до зовнішніх подразників	41,1±1,4	36,2±1,4

Клінічна картина для генералізованого тривожного розладу у обстежених пацієнтів була представлена стійкою важко контрольованою тривогою (96,2±1,9 % обстежених основної та 95,8±1,9 % контрольної груп), постійною напруженістю (89,1±1,8 % на 76,9±1,7 % відповідно), поганими передчуттям (66,8±1,6 % та 42,1±1,4 % відповідно), похливістю, постійним невиправданим занепокоєнням (81,5±1,8 % та 74,5±1,7 %), порушенням сну, особливо засинання, що викликане тривалим "прокручуванням" в думках подій, що сталися за день та які очікуються в майбутньому (59,7±1,5 % хворих основної та 48,5±1,4 % контрольної відповідно), метушливістю, неспокійними рухами (72,2±1,7 % та 72,2±1,7 % відповідно); тремором кінцівок (45,9±1,4 % хворих основної та 42,2±1,4 %); тахікардією (72,2±1,7 % та 73,4±1,7 % відповідно);

напругою і болем у м'язах ($52,6 \pm 1,5$ % хворих основної та $50,5 \pm 1,5$ % контрольної груп); задихою ($61,1 \pm 1,6$ % та $60,9 \pm 1,6$ % відповідно); у пацієнтів спостерігались блідість шкірних покривів обличчя, часті ковтальні рухи ($58,3 \pm 1,5$ % хворих основної та $60,9 \pm 1,6$ % контрольної груп) (табл. 3.4.)

Таблиця 3.4.

Клінічні прояви генералізованого тривожного розладу у обстежених хворих (%)

	ОГ	КГ
Тривога	$96,2 \pm 1,9$	$95,8 \pm 1,9$
Постійна напруженість	$89,1 \pm 1,8$	$76,9 \pm 1,7$
Погані передчуття	$66,8 \pm 1,6$	$42,1 \pm 1,4$
Занепокоєння	$81,5 \pm 1,8$	$74,5 \pm 1,7$
Порушення сну	$59,7 \pm 1,5$	$48,5 \pm 1,4$
Метушливість	$72,2 \pm 1,7$	$72,2 \pm 1,7$
тремором кінцівок	$45,9 \pm 1,4$	$42,2 \pm 1,4$
тахікардія	$72,2 \pm 1,7$	$73,4 \pm 1,7$
напруга і біль у м'язах	$52,6 \pm 1,5$	$50,5 \pm 1,5$
задуха	$61,1 \pm 1,6$	$60,9 \pm 1,6$
блідість обличчя, часті ковтальні рухи	$58,3 \pm 1,5$	$60,9 \pm 1,6$

У хворих основної групи на тлі тривожної симптоматики ми відмічали наявність ізольованих нав'язливих страхів, що тісно пов'язані з тривожними думками щодо відношення до самооцінки в очах навколишніх, короткочасні бурхливі сильні реакції на незначні життєві події, невідповідність сили емоційних проявів ситуації що відбулася.

Отримані у ході роботи данні були покладені в основу розробки комплексної персоніфікованої програми корекції тривожних розладів та реабілітації вимушено перемішених осіб із диференційованим використанням методів психофармакотерапії, психотерапії та психоосвіти.

Висновки до розділу 3

Клінічна структура тривожних розладів у обстежених хворих представлена тривожно-депресивною реакцією (F43.22) – $28,2 \pm 1,2$ % обстежених основної та $35,4 \pm 1,3$ % контрольної групи, панічним розладом (F41.0) – $36,4 \pm 1,3$ % та $38,2 \pm 1,3$ % відповідно, генералізованим тривожним розладом (F41.1) – $35,4 \pm 1,3$ % обстежених основної та $26,4 \pm 1,2$ % контрольної груп.

При цьому в клінічній структурі тривожних розладів у вимушених переселенців наряду з домінуванням тривожної симптоматики відмічається висока виразність депресивних проявів.

Як свідчать отримані у ході роботи вимушені переселенці з тривожними розладами найчастіше у порівнянні з мешканця Харківської області пред'являють скарги на депресивні прояви: пригніченість настрою ($83,3 \pm 1,8$ %), афект туги ($72,3 \pm 1,7$ %), невмотивоване занепокоєння, надмірну тривогу ($85,1 \pm 1,8$ %), внутрішню напругу із неможливістю розслабитися ($79,2 \pm 1,7$ %), почуття небезпеки, ($72,1 \pm 1,7$ %), втрати контролю над ситуацією ($82,2 \pm 1,8$ %) відчуття втрати контролю над своїм життям ($83,4 \pm 1,8$ %), відсутність надії та перспектив ($67,9 \pm 1,6$ %), труднощі до адаптації у новому оточенні ($59,2 \pm 1,5$ %) та психотравмуючі спогади, страхи та фіксація на наявній суб'єктивно значимій негативній інформації щодо подій на окупованих територіях з яких вони виїхали.

В структурі змішаної тривожно-депресивної реакції у вимушених переселенців відмічались однаково чітко виражені тривожні ($86,8 \pm 1,8$ %) та депресивні синдроми ($85,9 \pm 1,8$ %) з домінуванням немотивованого занепокоєння ($82,2 \pm 1,8$ %), негативного емоційного забарвлення переживань ($69,8 \pm 1,6$ %) та невпевненістю у майбутньому ($73,4 \pm 1,7$ %), надмірною астенизацією ($56,6 \pm 1,5$ %).

В структурі панічного розладу у вимушених переселенців домінують напади важкої тривоги ($92,6 \pm 1,9$ %) з відчуттям надзвичайного страху з

нав'язливими спогадами психотравмуючих подій ($62,8 \pm 1,6$ %), відчуттям загрози для життя ($56,2 \pm 1,5$ %), вегетативні пароксизми ($89,8 \pm 1,8$ %) сенсibilізація до зовнішніх факторів, особливо у час відходу до сну і під час процесу засинання ($41,1 \pm 1,4$ %), відчуття відсутності базової безпеки для себе та своєї родини.

У клінічній картині генералізованого тривожного розладу у вимушених переселенців відмічалось переважання постійної всеосяжної важко контрольованої тривоги ($96,2 \pm 1,9$ %), постійної напруженості ($89,1 \pm 1,8$ %), поганих перед чуттів пов'язаних з минулим травматичним досвідом ($66,8 \pm 1,6$ %), порушення сну, особливо засинання, що викликане постійним "прокручуванням" в думках подій, що відбувалися за день чи відбуватимуться в майбутньому ($59,7 \pm 1,5$ %), метушливістю, широким спектром соматичних ознак тривоги ($89,3 \pm 1,8$ %).

В структурі соматичних ознак тривожних розладів у вимушених переселенців, у порівнянні з хворими основної групи відмічалось домінування неврологічних та терморегуляторних проявів.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях автора:

Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Клініко-психопатологічні особливості депресивних розладів в осіб, які пережили бойові дії. // Медицина сьогодні і завтра. 2020. №3 (88). С. 83–88. <https://doi.org/10.35339/msz.2020.88.03.10>

Толстая Т.Ю. Клінічна феноменологія тривожних розладів у вимушених переселенців // Український вісник психоневрології. 2021. Т. 29, № 4 (109). С. 33-35. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is4-2021-6>

Зборовський О.М., Кожина Г.М., Симонян В.А., Кожин М.І., Сергієнко О.В., Табачнікова В.С., Толстая Т.Ю. Клінічна феноменологія соматоформних розладів та оцінка якості життя пацієнтів зони операції об'єднаних сил та внутрішнього переміщених осіб. // Медицина сьогодні і завтра. 2021. №4. С. 74-80. <https://doi.org/10.35339/msz.2021.90.4.zks>

Kozhyna H. M., Zelenska K. O., Kraskovska T. Yu. The levels of anxiety in internally displaced persons in modern conditions. // Scientific discoveries: projects, strategies and development : The International Scientific and Practical Conference : collection of scientific papers, Edinburgh, UK, 25 October 2019 / European Scientific Platform. Edinburgh, 2019. Vol. 2. P. 26–27

Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Клінічна картина тривожних розладів у вимушених переселенців // Медицина третього тисячоліття : міжвузівська конференція молодих вчених та студентів, Харків, 20–22 січня 2020 р. : збірник тез / ХНМУ. Харків, 2020. С. 401–402.

Zelenska K., Kraskovska T., Zelenska H. Clinical-psychopathological peculiarities of post-stress disorders in persons who have been survived the war. // Die wichtigsten vektoren für die entwicklung der wissenschaft im jahr 2020 : zu den materialien internationalen wissenschaftlich-praktischen Konferenz Luxembourg, Grand Duchy of Luxembourg, 24 Januar 2020 : collection of scientific papers / European Scientific Platform. Luxembourg, 2020. Band 1. S. 90–91

РОЗДІЛ 4**МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У
ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ**

Отримані в ході аналізу дослідження дані дозволили нам виділити основні чинники ризику, що призводили до розвитку тривожних розладів у обстежених хворих: порушення життєвих цілей і планів – вимушене переселення ($89,2 \pm 1,8$ % пацієнтів основної групи, 0% контрольної групи); невизначеність майбутнього – ($67,4 \pm 1,6$ % та $55,9 \pm 1,5$ % відповідно); конфлікти у родині ($25,6 \pm 1,2$ % осіб основної, $28,2 \pm 1,2$ % – контрольної); ситуації втрати ($44,3 \pm 1,4$ %, $40,1 \pm 1,4$ % відповідно); руйнування життєвих планів ($38,8 \pm 1,3$ % основної та $26,2 \pm 1,2$ % контрольної групи); ситуації тривалої психічної напруги ($55,6 \pm 1,5$ %, $44,2 \pm 1,4$ % відповідно); вплив бойового стресу ($67,4 \pm 1,6$ % – основної та 0 % – контрольної групи); інформаційний стрес ($68,2 \pm 1,6$ % та $55,4 \pm 1,5$ % відповідно); серйозні фінансові труднощі, майновий крах ($33,2 \pm 1,3$ % та $54,1 \pm 1,5$ % відповідно); крах кар'єри ($37,8 \pm 1,3$ % та $35,6 \pm 1,3$ % відповідно); проблеми та конфлікти на роботі ($22,4 \pm 1,2$ % основної та $47,3 \pm 1,4$ % контрольної груп); конфлікти сексуальних взаємин ($19,8 \pm 1,1$ % та $25,2 \pm 1,2$ % відповідно); ситуації підвищеної відповідальності ($44,3 \pm 1,4$ % основної та $46,7 \pm 1,4$ % контрольної відповідно); ситуації загрози для життя, насильство ($36,7 \pm 1,3$ % та $36,3 \pm 1,3$ % відповідно); несприятливі матеріально-побутові умови ($19,1 \pm 1,1$ % та $14,5 \pm 1,1$ % відповідно); важка хвороба ($22,1 \pm 1,2$ % основної групи та $24,9 \pm 1,2$ % контрольної групи) (табл. 4.1).

За даними психодіагностичного дослідження за результатами вираженості психопатологічної симптоматики за методикою Symptom Check List-90-Revised-SCL-90-R у обстежених хворих відмічаються високі показники по шкалам: тривожності ($87,2 \pm 1,8$ % пацієнтів основної групи та $86,9 \pm 1,8$ % пацієнтів контрольної групи); осебсесивно-компульсивних розладів (О-С) ($77,6 \pm 1,7$ % основної та $74,2 \pm 1,7$ % контрольної, відповідно); фобічної тривоги (РНОВ) ($69,8 \pm 1,6$ % та $67,7 \pm 1,6$ % відповідно); міжособистісної сензитивності (INT)

(66,4±1,6 % пацієнтів основної та 55,2±1,5 % пацієнтів контрольної, відповідно); соматизації (SOM) (55,4±1,5 % та 49,8±1,4 % відповідно) (табл.4.2.).

Таблиця 4.1

Психосоціальні тригери формування тривожних розладів (%)

Психотравмуючі ситуації	Основна група	Контрольна група
Вимушене переселення	89,2±1,8	0
Невизначеність майбутнього	67,4±1,6	55,9±1,5
Конфлікти у родині	25,6±1,2	28,2±1,2
Ситуації втрати	44,3±1,4	40,1±1,4
Руйнування життєвих планів	38,8±1,3	26,2±1,2
Ситуації тривалої психічної напруги	55,6±1,5	44,2±1,4
Вплив бойового стресу	67,4±1,6	0
Інформаційний стрес	68,2±1,6	55,4±1,5
Серйозні фінансові труднощі, майновий крах	33,2±1,3	54,1±1,5
Крах кар'єри	37,8±1,3	35,6±1,3
Проблеми та конфлікти на роботі	22,4±1,2	47,3±1,4
Конфлікти сексуальних взаємин	19,8±1,1	25,2±1,2
Ситуації підвищеної відповідальності	44,3±1,4	46,7±1,4
Ситуації загрози для життя, насильство	36,7±1,3	36,3±1,3
Несприятливі матеріально-побутові умови	19,1±1,1	14,5±1,1
Важка хвороба	22,1±1,2	24,9±1,2

Таблиця 4.2.

Вираженість психопатологічної симптоматики (SCL-90-R) (%)

Шкали	Основна група	Контрольна група
Паранойяльні тенденції (PAR)	15,6±1,1	19,9±1,1
Тривожність (ANX)	87,2±1,8	86,9±1,8

Шкали	Основна група	Контрольна група
Ворожість (HOS)	44,5±1,4	39,2±1,3
Соматизація (SOM)	55,4±1,5	49,8±1,4
Обсесивно-компульсивних розладів (О-С)	77,6±1,7	74,2±1,7
Міжособистісна сензитивність (INT)	66,4±1,6	55,2±1,5
Депресія (DEP)	42,2±1,4	30,3±1,3
Фобічна тривога (PHOB)	69,8±1,6	67,7±1,6
Психотизм (psy)	22,3±1,2	21,8±1,2

Для обстежених хворих притаманні важкий депресивний (41,2±1,4 % обстежених основної групи та 33,8±1,3 % контрольної групи) та тривожний (52,2±1,5 % та 49,3±1,4 % обстежених відповідно) епізоди за клінічними шкалами тривоги (HAM-A) і депресії (HAM-D) Гамільтона, помірний депресивний епізод відмічався у 33,2±1,3 % обстежених основної групи та 24,8±1,2 % контрольної групи, помірний тривожний епізод у 34,3±1,3 % та 37,4±1,3 % обстежених відповідно; легкий депресивний епізод у 22,2±1,2 % обстежених основної групи та 12,4±1,1 % контрольної групи; легкий тривожний епізод у 13,5±1,1 % та 13,3±1,1 % відповідно (табл. 4.3).

Як свідчить аналіз виразності тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна у обстежених спостерігається високі рівні тривожності: ситуативної у 45,7±1,4 % хворих основної та 46,2±1,4 % контрольної групи, особистісної в 53,9±1,5 % та 50,8±1,5 % відповідно; помірні рівні тривожності: ситуативної – в 35,3±1,3 % основної та 36,4±1,3 % контрольної, особистісної – 36,8±1,3 % та 35,4±1,3 % відповідно (табл.4.4.).

Таблиця 4.3.

Вираженість тривоги і депресії у обстежених хворих за шкалою
Гамільтона (%)

Вираженість тривоги і депресії		Основна група	Контрольна група
Відсутність	тривоги	0	0
	депресії	0	0
Легкий епізод	тривоги	13,5±1,1	13,5±1,1
	депресії	22,2±1,2	12,4±1,1
Помірний епізод	тривоги	34,3±1,3	37,4±1,3
	депресії	33,2±1,3	24,8±1,2
Важкий епізод	тривоги	52,2±1,5	49,3±1,4
	депресії	41,2±1,4	33,8±1,3

Таблиця 4.4.

Виразність тривожності за шкалою Спілбергера – Ханина (%)

	Особистісна тривожність		Ситуативна тривожність	
	ОГ	КГ	ОГ	КГ
Високий рівень	53,9±1,5	50,8±1,5	45,7±1,4	46,2±1,4
Помірний рівень	36,8±1,3	35,4±1,3	35,3±1,3	36,4±1,3
Низький рівень	9,3±1,1	13,8±1,3	19,0±1,1	17,4±1,1

Вивчення нервово-психічної напруги за відповідною шкалою Т.А. Немчина показало наявність у більшості обстежених хворих (69,7±1,6 % основної та 68,9±1,6 % контрольної групи) її надмірного рівня, у 24,5±1,2 % та 26,7±1,2 % відповідно вимічався помірний рівень нервово-психічної напруги, у 5,8±1,1 % обстежених основної та 4,4±1,1 % контрольної груп – низький рівень нервово-психічної напруги (табл.4.5).

Вираженість нервово-психічної напруги (%)

Нервово-психічна напруга	Основна група	Контрольна група
Легкий рівень	5,8±1,1	4,4±1,1
Помірний рівень	24,5±1,2	26,7±1,2
Надмірний рівень	69,7±1,6	68,9±1,6

Як свідчать результати психодіагностичного обстеження за методикою «Діагностика рівня соціальної фрустрованості» Л.І. Вассермана, у модифікації В.В. Бойко у 58,9±1,5 % обстежених основної групи та 42,2±1,4 % обстежених контрольної групи відмічена наявність; у 25,6±1,2 % та 19,2±1,1 % обстежених відповідно підвищений рівень соціальної фрустрованості, що обумовлена факторами вимушеного переселення: повітряні тривоги, артилерійські обстріли, руйнування житла, наявність реальної загрози життю, вимушена зміна життєвого стереотипу, проблеми з житлом, роботою, питання благоустрою нового місця проживання, пошук роботи та в ситуації наявності дітей – пошук дитячих садочків, шкіл, невизначеність майбутнього, ситуації втрати, наслідки бойового стресу, інформаційний стрес, ситуації підвищеної відповідальності, страх за близьких, що залишились на старому місці проживання. (табл. 4.6.).

Таблиця 4.6.

Рівень соціальної фрустрованості у обстежених хворих (%)

Рівень	Основна група	Контрольна група
Надвисокий	58,9±1,5	42,2±1,4
Підвищений	26,5±1,2	19,2±1,1
Помірний	10,4±1,1	21,5±1,2
Знижений	4,2±1,1	17,1±1,1
Відсутність	0	0

Як показали результати обстеження у загальній структурі якості життя за однойменною методикою у модифікації Н.А. Марути у обстежених хворих основної групи найбільш низки показники відмічаються у сферах: психологічного благополуччя, міжособистної взаємодії, самореалізації соціо-емоційної та громадської підтримки, у хворих контрольної групи психологічного благополуччя, самореалізації та загального сприйняття життя(табл.4.7.).

Таблиця 4.7.

Показники якості життя обстежених хворих (бали)

	Основна група	Контрольна група
Фізичне благополуччя	6,2±2,4	7,2±2,3
Психологічне (емоційне) благополуччя	2,3±3,4	4,2±2,1
Самообслуговування і незалежність дій	9,1±1,4	9,0±1,2
Працевдатність	7,3±1,3	8,5±1,2
Міжособистісна взаємодія	3,5±2,4	7,3±1,4
Соціо-емоційна підтримка	2,3±1,2	8,1±2,1
Громадська і службова підтримка	2,1±1,2	9,1±1,1
Особистісна реалізація	4,3±2,3	7,1±2,1
Духовна реалізація	6,2±2,2	6,2±2,3
Загальне сприйняття життя	3,1±2,1	5,1±1,2

Базуючись на отриманих у ході роботи даних нами була розроблена багатофакторна модель формування тривожних розладів у вимушених переселенців. (рис 4.1.)



Рисунок 4.1. Багатофакторна модель формування тривожних розладів у вимушених переселенців

Каталізатором виникнення тривожних розладів є сам факт вимушеного переселення, невизначеність майбутнього, ситуації втрати, наслідки бойового стресу, інформаційний стрес, ситуації підвищеної відповідальності.

Прогностично значущими у формуванні тривожних розладів є високі рівні тривоги, соматизації, депресії, obsесивно-компульсивних розладів, міжособистісної сенситивності, фобічної тривоги за шкалою SCL-90-R; важкий депресивний та тривожний епізоди за клінічними шкалами тривоги та депресії Гамільтона; високі рівні особистісної та ситуативної тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна та надмірний рівень нервово-психічної напруги.

Фундаментом для формування тривожних розладів у вимушених переселенців є низький рівень резильєнтності який тягне за собою високий рівень соціальної фрустрації у цієї когорти населення.

Висновки до розділу 4

Провідними чинниками ризику розвитку тривожних розладів у вимушених переселенців стає: сам факт вимушеного переселення, невизначеність майбутнього, ситуації втрати, наслідки бойового стресу, інформаційний стрес, ситуації підвищеної відповідальності.

Результати патопсихологічного дослідження свідчать про наявність у вимушених переселенців високих рівнів соматизації ($55,4 \pm 1,5$ %), депресії ($4,2 \pm 1,1$ %), тривоги ($87,2 \pm 1,8$ %), obsесивно-компульсивних розладів ($77,6 \pm 1,7$ %), міжособистісної сенситивності ($66,4 \pm 1,6$ %), фобічної тривоги ($69,8 \pm 1,6$ %) за шкалою SCL-90-R.

Для обстежених хворих притаманні важкий депресивний ($41,2 \pm 1,4$ % обстежених основної групи та $33,8 \pm 1,3$ % контрольної групи) та тривожний ($52,2 \pm 1,5$ % та $49,3 \pm 1,4$ % обстежених відповідно) епізоди за клінічними шкалами тривоги та депресії Гамільтона; високі рівні ситуативної ($45,7 \pm 1,4$ %) та особистісної ($53,9 \pm 1,5$ %) тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна; надмірний рівень нервово-психічної напруги ($69,7 \pm 1,6$ %) за методикою Т.А. Немчина та надвисокий рівень соціальної фрустрованності ($58,9 \pm 1,5$ %) за методикою .

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях автора:

Зеленська К.О., Толстая Т.Ю. Тривожні розлади у структурі стрес-асоційованих розладів у вимушених переселенців. // Експериментальна і клінічна медицина. 2023. № 3 (90). С. 64-69.
<https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.3.zet>

Зеленська К.О., Красковська Т.Ю., Зеленська Г.М. Вплив перенесеної стресової події на вираженість тривожної та депресивної симптоматики у вимушених переселенців. // Les tendances actuelles de la mondialisation de la science mondiale : collection de papiers scientifiques «ΛΟΓΟΣ» avec des matériaux de la conférence scientifique et pratique internationale (Vol. 2), 3 avril, 2020.

Monaco, Principauté de Monaco / Plateforme scientifique européenne. Monaco, 2020. Vol. 2. P. 46-47.

Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Ступінь нервово-психічної напруги та тривожності у вимушених переселенців та мешканців Харківської області. // Від експериментальної та клінічної патофізіології до досягнень сучасної медицини і фармації : збірник тез II Науково-практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю, Харків, 15 травня 2020. Харків : НАФАУ, 2020. С. 88-89.

Зеленська К.О., Красковська Т.Ю., Зеленська Г.М. Гендерні особливості афективних розладів у вимушених переселенців. // Проблема людини у соціально-гуманітарному та медичному дискурсах : матеріали науково-практичної онлайн конференції з міжнародною участю, Харків, 28 -29 травня 2020. Харків : ХНМУ. С. 44-45.

Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Рівні тривожної та депресивної симптоматики у вимушених переселенців в сучасних умовах. // Актуальні питання клінічної медицини : тези за матеріалами XIV Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю (20 листопада 2020 р., м. Запоріжжя). Запоріжжя, 2020. С. 78-79.

РОЗДІЛ 5**КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ТЕРАПІЇ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У
ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ**

Базуючись на отриманих в ході роботи даних про клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості тривожних розладів нами була розроблена та апробована комплексна персоніфікована система терапії тривожних розладів у вимушених переселенців з диференційованим використанням методів психофармакотерапії, психотерапії та психосвіти.

Терапевтичний процес складався з 3 етапів:

I. Активної терапії – 6 тижнів

II. Стабілізуючої терапії – 6 місяців

III. Підтримуючої (профілактичної терапії) – до 1 року

Фармакотерапевтична складова розробленої програми ґрунтувалась на клінічних рекомендаціях: Американської психіатричної асоціації (APA), Національного інституту здоров'я та клінічної якості Сполученого Королівства (NICE), Всесвітньої Федерації Співтовариств Біологічної психіатрії (WFSBP), Міжнародного суспільства досліджень травматичного стресу (ISTSS) та мало диференційоване, таргетне використання анксиолітиків (гідроксизин, фабомотизол, темгіколурил, буспірон), транквілізаторів (гідазепам), селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну (сертралін, пароксетин, есциталопрам) та комбінованих інгібіторів зворотного захвату серотоніну та норадреналіну (венлафаксин, міртазапін). (рис 5.1.)



Рисунок 5.1. Персоніфікована система фармакотерапії

На підставі отриманих у ході роботи даних було розроблено та апробовано патогенетично обґрунтовану персоніфіковану програму психотерапевтичної корекції тривожних розладів у обстежених хворих (рис 5.2.)



Рисунок 5.2. Система психотерапевтичної корекції

Психотерапевтична програма базувалася на багатовимірній моделі подолання стресу та пошуку внутрішньої стабільності «BASIC Ph» (Мулі Лахад, 1999). Ця модель ґрунтується на визнанні здатності особистості протистояти кризам, зберігати власне психічне здоров'я в екстремальних ситуаціях. Модель

складається з шести провідних параметрів (ресурсних каналів), що складають основу стилю поведінки індивіда під час перебування в несприятливих подіях. Кожна літера з назви моделі BASIC Ph означає якийсь з ресурсів:

Belief – Віра. Це певна система переконань, смислів та цінностей, потреба у самовираженні та самореалізації.

Affect and emotions – Афект, почуття, емоції. Цей канал впливає на подолання кризи та вимагає насамперед проявів різних емоцій та почуттів та їх ідентифікації особою, що потрапила у несприятливі обставини.

Social – Соціальна підтримка. Цьому ресурсному каналу властиве прагнення до спілкування, перебування поруч з іншою людиною. Здебільшого тут йдеться про сімейну підтримку, підтримку друзів, знайомих, колег чи однодумців.

Imagination – Уява, творчість. Названий ресурсний канал подолання кризи базується на певних творчих здібностях особистості, що стикнулася з нею.

Cognition – Когніція, пізнання. Ресурсний канал щодо подолання кризи через актуалізацію наявних ментальних здібностей, вміння особи критично і логічно міркувати, вміння оцінювати ситуацію, розрізняти та генерувати нові ідеї, навчатися, планувати, збирати та обробляти отриману інформацію, аналізувати виникаючі проблеми та раціонально їх вирішувати, вміння встановлювати пріоритетність задач під час виконання справ, навчання та роботи.

Physiological activity – Фізіологія. Фізична, чуттєва модальність та діяльність, робота у взаємодії зі своїм тілом. Зазначений ресурсний канал пов'язаний із такими можливостями нашого тіла, як здатність відчувати себе завдяки дотику, зору, слуху, нюху, смаку, орієнтації на місцевості, відчуттю холоду і тепла, задоволення і болю, відчуття внутрішнього розслаблення чи напруги. (рис. 5.3.)



Рисунок 5.3. Структура моделі BASIC Ph

Психотерапевтична програма при змішаній тривожно-депресивній реакції тривала 3–7 тижнів та включала використання індивідуальної кризової психотерапії, психотерапії з використанням метафорічних карт, біосугесивної терапії О. Стражного.

Психотерапевтична програма була спрямована на формування резильєнтності у ситуації наявності соціально-психологічної фрустрації; формування у пацієнтів адаптивних соціальних та комунікативних навичок; когнітивну і емоційну переоцінку наявного травматичного досвіду; підвищення відчуття цінності та гідності власної особистості; корекцію присутніх помилкових висновків та когнітивних спотворень, що пов'язані з травмою вимушеного переселення.

Психотерапевтична програма при панічному розладі тривала 10–12 тижнів та включала використання: когнітивно-поведінкової терапії, терапії прийняття та прихильності (Acceptance and Commitment Therapy), біосугесивної терапії О. Стражного, арт-терапії.

Психотерапевтична програма передбачала трансформацію неконструктивних поведінкових патернів, пов'язаних з вимушеним

переселенням, конструктивну переоцінку травматичного досвіду, вироблення навичок оволодіння панікою,

При генералізованому тривожному розладі тривала 10–12 тижнів та включала використання: когнітивно-поведінкової терапії, тілесно-орієнтованої психотерапії, біосугесивної терапії О. Стражного, арт-терапії.

Психотерапевтичне втручання було спрямоване на переоцінку травматичного досвіду вимушеного переселення, виробку адаптивних форм реагування на проблемні соціально-психологічні ситуації, зниження рівня тривоги, виробку навичок управління своїм психофізіологічним та афективним станом.

Індивідуальна кризова психотерапія включала в себе пошук та тренінг невикористаних пацієнтом способів копіngu актуального у цей момент переживання кризи, який підвищує рівень соціально-психологічної адаптації, забезпечує особистісний ріст, підвищення рівня можливої фрустраційної толерантності. Терапія проходила у три етапи: кризова підтримка, кризове втручання і підвищення рівня адаптації, необхідного для вирішення травматичної ситуації. Та включала у себе 9 сеансів 2 раз на добу.

Психотерапія з використанням метафорічних карт (МАК психотерапія) –цей вид психотерапії відносять до варіанту проєктивних методик, за допомогою якого можна підіймати з глибини нашої підсвідомості несвідомі переживання, які частіше за все визначають нашу реакцію на ті чи інші життєві ситуації, що з нами відбуваються. В основі МАК-терапії лежить 2 основних процеси:

- Проєкція – це психологічний механізм, з використанням якого власні емоції, риси, відносини особи приписуються комусь іншому (предмету, явищу, особі, що зображений на картці).
- Метафора – вираз чи слово, яке вживає клієнт/пацієнт у переносному значенні під час використання проєкції.

Когнітивно-поведінкова терапія була використана за для корекції емоційних та поведінкових форм реагування, що були обумовлені неусвідомленим психологічним захистом у вигляді «регресії» (повернення до зразків поведінки,

що притаманні більш ранніми стадіями психофізіологічного розвитку особистості), ці стани зазвичай викликають посилення тривожного настрою.

Терапія прийняття та прихильності (АСТ) – це такий тип психотерапевтичного втручання, при якому ми працюємо над розвитком повної психологічної гнучкостю та можливості пристосовуватись. Сама назва методу передбачає, що є два основних аналога цієї методики:

- Відповідальність за власну можливість змінюватися на краще та слідувати правильному та раціональному ланцюжку дій.
- Прийняття невдач, нещастя, і недуг, як частини власного життя.

Тілесно-орієнтована психотерапія – є одним з провідних напрямків сучасної психотерапії, в основі цього психотерапевтичного методу лежить принцип зцілення людини через роботу з тілом цієї особистості. Для тілесно-орієнтованої психотерапії притаманний цілісний підхід до особи, тобто особа розглядається як єдине ціле, що складається з трьох складових: Тіло, Душа, Розум. Наше тіло пам'ятає все: наші переживання, почуття, важливі події, причому з самого першого моменту появи тіла. Розуміючи це, психотерапевт через цей метод працюючи з тілом, розкриває можливості до доступу щодо більш глибоких рівнів несвідомого особистості, що представлено у тілі. Воно дозволяє вийти на більш глибокі а істинні причини проблем, як психологічних, так і тілесних.

Метод біосугестивної терапії (О. Стражний, 1996) є легким, психотерапевтичним методом, що спрямований на позбавлення особи від психічних розладів, покращення психологічного комфорту та гарного самопочуття. Зазначений метод включає в себе використання елементів вербального і невербального навіювання в стані легкого трансу у людини. Використання у назві префіксу «біо» підказує про те, що використовується не тільки сугестія, а й інші методи впливу: певна постановка голосу, контакт долоні терапевта з клієнтом, у варіанті групової терапії – індукція клієнта членами цієї групи. Психотерапевтичний метод біосугестивної терапії використовувався нами у закритих групах з кількістю осіб у групі не більше 6

учасників, було проведено 8 сеансів з кожною групою з частотою 1 сеанс через 1 добу.

Важливою складовою терапевтичної програми є психоосвіта, що спрямована на формування у вимушених переселенців з тривожними розладами раціональної системи уявлень про наслідки пережитого вимушеного переселення та особливості перебігу адаптаційних реакцій при зміні життєвого стереотипу у людини; навчанню навичкам оволодіння наслідками психічної травми внаслідок вимушеного переселення, оволодіння базовими техніками самопомоги під час виникнення тривожних пароксизмів, інтрузивних спогадів, навичкам саморегуляції та самоуправління своїм емоційним та фізичним станом.

Психоосвітні тренінги проводилися в сформованих в залежності від важкості психоемоційного стану, закритих групах з кількістю учасників 8–10 осіб, тривалість зустрічей складала 1,5 години з кратністю 2 рази на тиждень. Тривалість психоосвітніх програми становила 12–15 тижнів.

Психоосвітня програма складалася обов'язково з використання інформаційного тренінгу, тренінгів «Відновлення», «Психологічний баланс», «Рух вперед» та тренінгів самоконтролю власного емоційного стану та асертивності.

Кожне заняття складалося за певною схемою та мало такі частини: вступна частина, основна частина, обговорення. Вступна частина завжди починалася з привітання учасників групи, обговорювалися організаційні моменти, мета і завдання зустрічі. Далі обговорювалися загальні правила робочої групи, які фіксувалися на аркушах паперу. Кожне наступне заняття починалося, з повторення і обговорення матеріалу попередньої зустрічі. Окрім цього, заохочувалися співвіднесення отриманої інформації з власним досвідом пацієнтів та їх переживаннями, постійно акцентувалася увага пацієнтів на необхідності корекції когнітивних спотворень щодо неправильно зрозумілої інформації, наявних дезадаптивних установок і патернів поведінки.

Таким чином терапія тривожних розладів у вимушених переселенців повинна будуватися за принципами комплексності та персоніфікованості та включала в себе використання методів фармакотерапії, психотерапії та психоосвіти.

Висновки до розділу 5

Комплексна програма терапії тривожних розладів у вимушених переселенців повинна включати диференційоване використання методів фармакологічних, психотерапевтичних та психоосвітніх інтервенцій.

Фармакотерапія включала диференційоване, таргетне використання анксиолітиків, транквілізаторів, селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну та комбінованих інгібіторів зворотного захвату серотоніну та норадреналіну. А саме при змішаній тривожно-депресивній реакції: сертраліну, гідроксизіну або фабомотизолу або темгіколурилу або буспірону та симптоматично гідазепаму.

При панічному розладі: сертраліну або пароксетину або есциталопраму, буспірону та симптоматично гідазепаму.

При генералізованому тривожному розладі: пароксетину або есциталопраму або венлафаксіну або міртазапіну, буспірону та симптоматично гідазепаму.

Психотерапевтична програма при змішаній тривожно-депресивній реакції тривала 3–7 тижнів та включала використання: індивідуальної кризової психотерапії, психотерапії з використанням метафорічних карт, біосугесивної терапії О. Стражного та психоосвіту.

Психотерапевтична програма при панічному розладі тривала 10–12 тижнів та включала використання: когнітивно-поведінкової терапії, терапії прийняття та прихильності (Acceptance and Commitment Therapy), біосугесивної терапії О. Стражного, арт-терапію та психоосвіту.

При генералізованому тривожному розладі тривала 10–12 тижнів та включала використання: когнітивно-поведінкової терапії, тілесно-орієнтованої психотерапії, біосугесивної терапії О. Стражного, арт-терапію та психоосвіту

Важливою складовою терапевтичної програми є психоосвіта, що спрямована на формування у вимушених переселенців з тривожними розладами раціональної системи уявлень про наслідки пережитого вимушеного переселення та особливості перебігу адаптаційних реакцій при зміні життєвого стереотипу у людини; навчанню навичкам оволодіння наслідками психічної травми внаслідок вимушеного переселення, оволодіння базовими техніками самопомоги під час виникнення тривожних пароксизмів, інтрузивних спогадів, навичкам саморегуляції та самоуправління своїм емоційним та фізичним станом.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях автора:

Кожина Г.М., Зеленська К.О., Красковська Т.Ю., Кожин М.І. Комплексний підхід в терапії розладів адаптації. // Український вісник психоневрології. 2020. Т. 28, № 4 (105). С. 34–39. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is4-2020-6>

Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Біосугесивна терапія в системі лікування стрес асоційованих розладів у вимушено переміщених осіб. // Медицина сьогодні і завтра. 2020. №4 (89). С. 66-73. <https://doi.org/10.35339/msz.2020.89.04.09>

26. Красковська Т.Ю. Гендерно орієнтована психотерапія тривожних розладів у вимушених переселенців. // Експериментальна і клінічна медицина. 2020. № 4 (89). С. 53-57. <https://doi.org/10.35339/ekm.2020.89.04.08>

Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Психотерапія як основна ланка патогенетичної терапії у вимушених переселенці з тривожними розладами // Психологічне консультування та психотерапія: виклики сучасності : матеріали міжнародної науково-практичної конференції. м. Харків, 15-16 листопада 2019 р.: збірник тез / Харків, 2019. С. 35–38.

Кожина Г.М., Терьошина І.Ф., Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Патент на винахід № 122655 (UA), МПК С07С 215/06 Спосіб лікування осіб похилого віку, хворих на генералізований тривожний розлад з переважанням ідеаторного компонента тривоги. // Харківський національний медичний університет; № а202002218; заявл. 03.04.2020; опубл. 10.12.2020, бюл. № 23.

Кожина Г.М., Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Патент на корисну модель № 144223 Україна, МПК А61К 31/40. Спосіб комплексного лікування тривожних розладів у хворих на органічну патологію головного мозку. // Харківський національний медичний університет; № u202002953; заявл. 18.05.2020; опубл. 10.09.2020, бюл. № 17.

РОЗДІЛ 6

**ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ ТЕРАПІЇ ТРИВОЖНИХ
РОЗЛАДІВ У ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ.**

Використовуючи розроблену програму нами було відмічено позитивну динаміку психічного стану, невинну редукцію афективної (тривожної, тривожно-депресивної) симптоматики у хворих терапевтичної групи (86,9±1,8 % обстежених), у порівнянні із незначними позитивними змінами психічного стану пацієнтів групи порівняння (37,8±1,3 %,.) (табл. 6.1.).

Таблиця 6.1.

Динаміка психопатологічної симптоматики на тлі комплексної терапії у
обстежених хворих (%)

	ТГ	ГП
Пригніченість настрою	22,4±1,2	43,6±1,4
Афект туги	23,5±1,2	44,5±1,4
Невмотивоване занепокоєння, тривога	30,1±1,3	41,2±1,4
Внутрішня напруга	33,4±1,3	40,1±1,4
Почуття небезпеки	19,1±1,1	35,8±1,3
Почуття втрати контролю над ситуацією	16,2±1,1	40,8±1,4
Безнадія	17,1±1,1	42,1±1,4
Апатія	15,8±1,1	38,6±1,3
Дратівливість	15,6±1,1	38,6±1,3
Відчуття втрати контролю над своїм життям	20,1±1,2	39,6±1,3
Відсутність надії та перспектив	19,6±1,1	41,4±1,4
Нав'язливі страхи	20,1±1,2	37,6±1,3
Розлади сну	19,3±1,1	39,2±1,3
Труднощі у адаптації	19,5±1,2	34,8±1,3
Психотравмуючі спогади	22,4±1,2	36,6±1,3

У хворих терапевтичної групи на тлі лікування практично нівелювалися соматичні прояви патологічної тривоги (рис. 6.1).

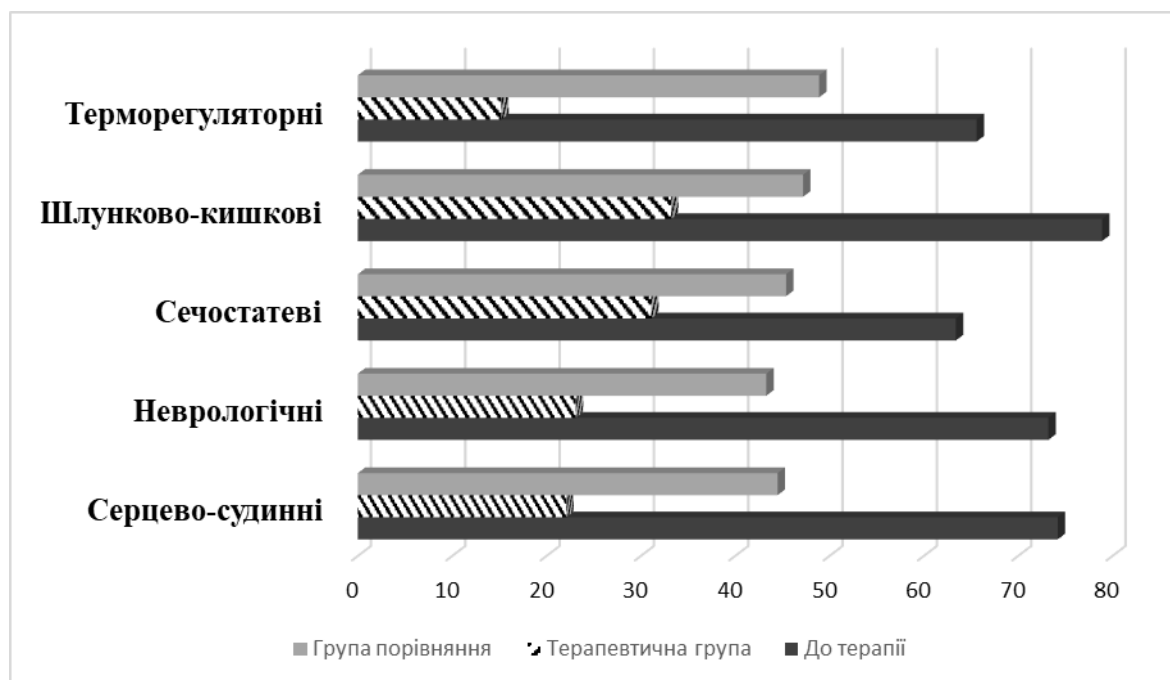


Рисунок 6.1. Динаміка соматичних ознак тривоги на тлі терапевтичної програми

Отримані данні підтверджуються результатами психоіагностичного дослідження – у хворих терапевтичної групи спостерігалась позитивна динаміка психопатологічного стану за шкалою Symptom Check List-90-Revised (рис 6.2).

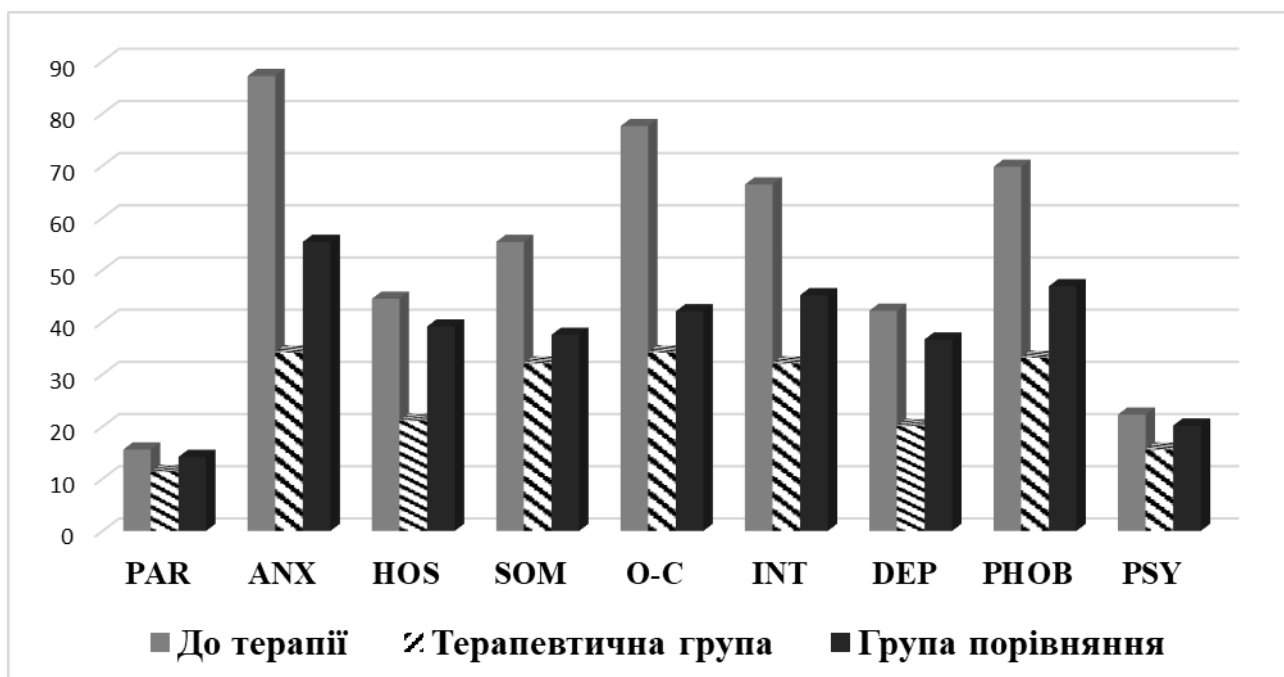


Рисунок 6.2 Динаміка психопатологічного стану за шкалою SCL-90-R (%)

У $83,6 \pm 1,8$ % хворих терапевтичної групи відмічене достовірне зниження показників тривоги та у $73,2 \pm 1,7$ % зниження показників тривоги за шкалою тривоги та депресії Гамільтона, у порівнянні з $33,1 \pm 1,3$ % та $23,9 \pm 1,2$ % хворих групи порівняння (табл. 6.2.).

Таблиця 6.2.

Динаміка тривоги і депресії за шкалою Гамільтона у обстежених хворих після проведення терапевтичної програми (%)

Вираженість тривоги і депресії		Терапевтична група	Група порівняння
Відсутність	Тривоги	$36,7 \pm 1,3$	$21,1 \pm 1,2$
	Депресії	$41,1 \pm 1,4$	$24,2 \pm 1,2$
Легкий епізод	Тривоги	$42,2 \pm 1,4$	$31,1 \pm 1,3$
	Депресії	$44,3 \pm 1,4$	$30,9 \pm 1,3$
Помірний епізод	Тривоги	$19,3 \pm 1,1$	$34,1 \pm 1,3$
	Депресії	$12,2 \pm 1,1$	$35,9 \pm 1,3$
Важкий епізод	Тривоги	$1,8 \pm 1,1$	$13,7 \pm 1,1$
	Депресії	$2,4 \pm 1,1$	$9,0 \pm 1,1$

Як свідчить аналіз виразності тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна на тлі отримання лікування за запропонованою нами програмою у обстежених терапевтичної групи відмічалось достовірне зниження показників як особистісної ($74,3 \pm 1,7$ % хворих) так і ситуаційної ($76,3 \pm 1,7$ %) тривоги у порівнянні з незначною динамікою цих показників у хворих групи порівняння (рис. 6.3).

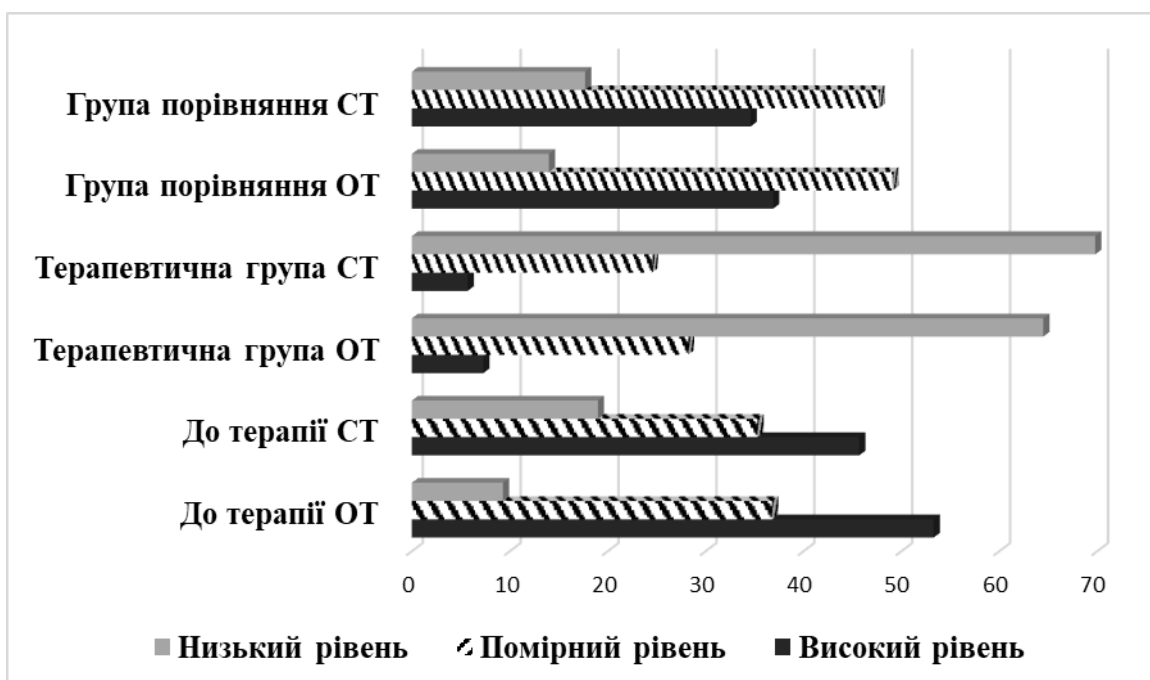


Рисунок 6.3. Динамика показників ситуаційної та особистісної тривоги у обстежених хворих на тлі комплексної терапевтичної програми.

Вивчення динаміки нервово-психічної напруги показало наявність у $72,4 \pm 1,7\%$ обстежених терапевтичної групи низького рівня, у $16,4 \pm 1,1\%$ помірною рівня та лише у $11,2 \pm 1,1\%$ високого рівня нервово психічної напруги, у порівнянні з недодастньою динамікою цих показників у хворих групи порівняння ($34,1 \pm 1,3\%$, $44,3 \pm 1,4\%$ та $21,6 \pm 1,2\%$ обстежених відповідно) (рис.6.4).

Оцінка динаміки соціальної фрустрованості у обстежених хворих показала підвищення резильєнтності та зніження рівнів фрустрованості у хворих терапевтичної групи – у $33,4 \pm 1,3\%$ обстежених хворих відмічалась відсутність фрустрованості, у $36,2 \pm 1,3\%$ її зніжений рівень, у порівнянні з $9,1 \pm 1,1\%$ та $19,6 \pm 1,1\%$ у хворих групи порівняння (рис 6.5).

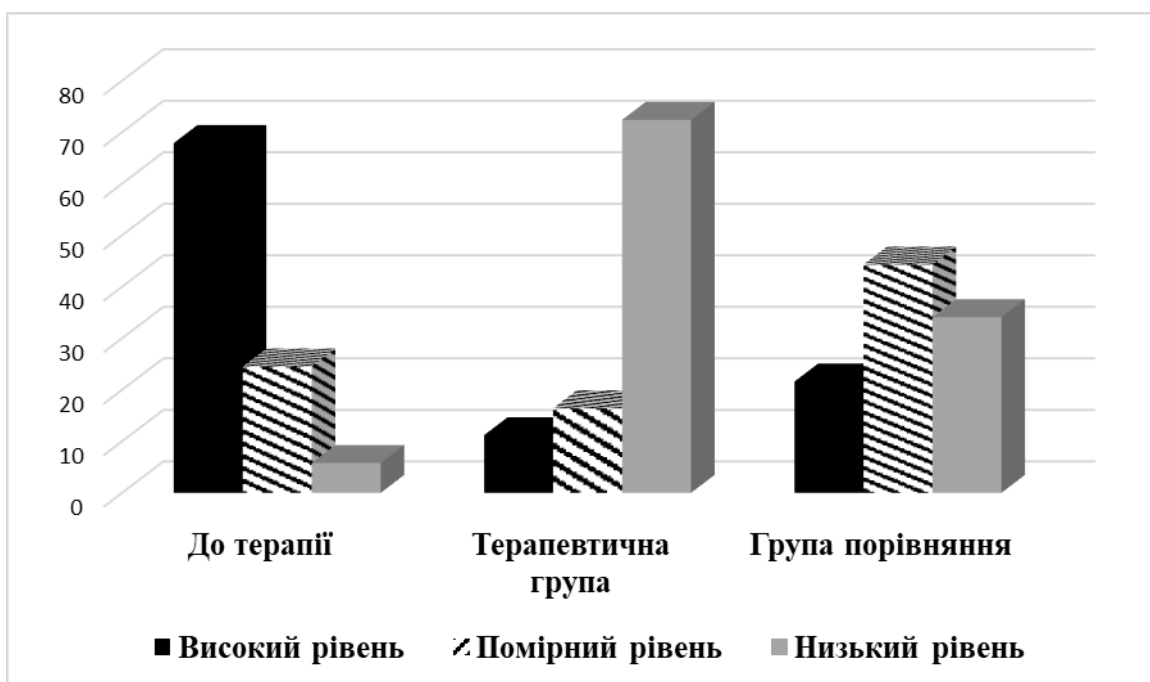


Рисунок 6.4. Динаміка показників нервово-психічної напруги у обстежених хворих

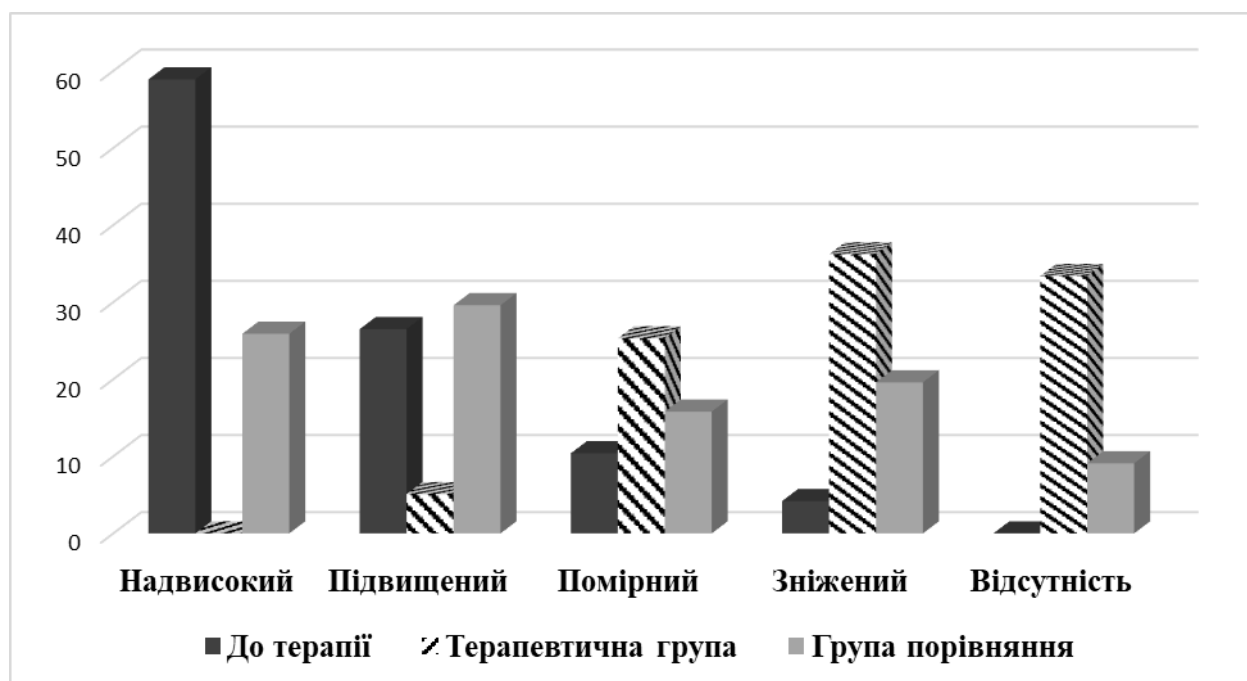
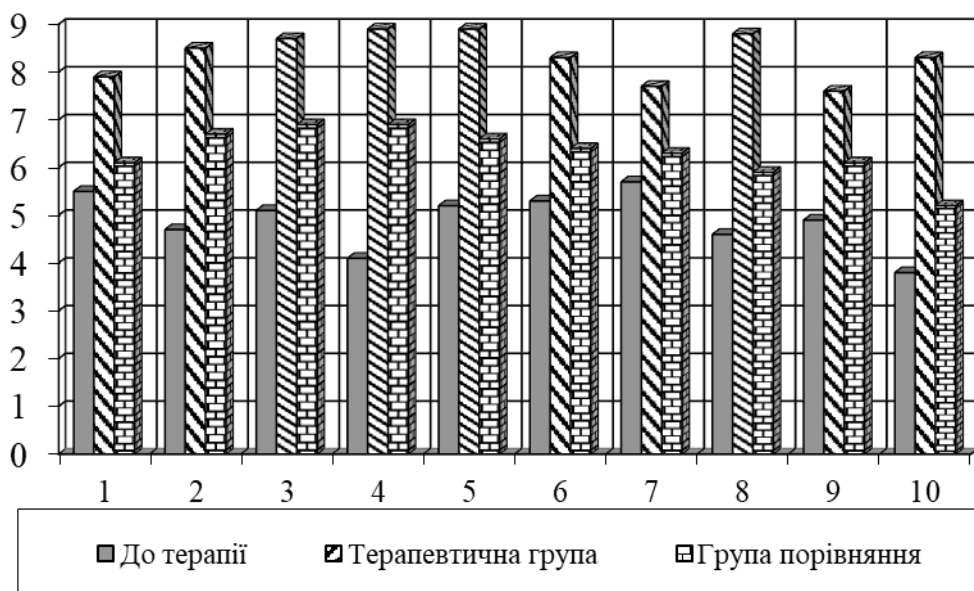


Рисунок 6.5 Динаміка рівня соціальної фрустрації у обстежених хворих (%).

Після проведення терапевтичної програми показник якості життя в терапевтичній групі значно підвищився за усіма шкалами у порівнянні з групою порівняння. Так, було встановлено, що поліпшення сприйняття фізичного стану

в терапевтичній групі збільшилася на $31,2 \pm 1,3$ % обстежених, в групі порівняння – на $18,2 \pm 1,1$ %; відчуття незалежності дій підвищилося до $61,3 \pm 1,6$ % і $39,5 \pm 1,3$ % відповідно; задоволеність кращою працездатністю на $55,1 \pm 1,5$ % в терапевтичній групі та на $31,3 \pm 1,3$ % в групі порівняння; відчуття духовної реалізації – $68,2 \pm 1,6$ % і $18,1 \pm 1,1$ % відповідно (рис. 6.6.)



Примітка: 1 – фізичне благополуччя; 2 – психологічне благополуччя; 3 – самообслуговування і незалежність дій; 4 – працездатність; 5 – міжособистісна взаємодія; 6 – соціо-емоційна підтримка; 7 – громадська та службова підтримка; 8 – особистісна реалізація; 9 – духовна реалізація; 10 – загальне сприйняття якості життя.

Рисунок 6.6. Динаміка рівня якості життя у хворих на тлі проведення комплексної терапевтичної програми.

Таким чином, використання запропонованої нами комплексної терапії у лікуванні вимушених переселенців з тривожними розладами сприяє швидкої редукції психопатологічної симптоматики, зниження рівнів тривоги, депресії та нервово-психічної напруги, надає позитивний вплив на сприйняття психологічного (емоційного) благополуччя, поліпшення наявних міжособистісних відносин, що, в свою чергу, відбивається на загальному сприйнятті якості життя.

Проведене дворічне катамнестичне дослідження підтвердило ефективність розробленої персоніфікованої системи терапії тривожних розладів у вимушених переселенців. У $67,2 \pm 1,6$ % обстежених терапевтичної групи та $27,9 \pm 1,2$ % групи порівняння встановлена стійка позитивна динаміка психічного стану (повна редукція патологічної тривоги, депресивних феноменів, розладів адаптації), стабілізація фону настрою та покращення ефективності соціальної адаптації до вимушених умов життя.

Висновки до розділу 6

Використання комплексного підходу до терапії тривожних розладів у вимушених переселенців з диференційованим використанням методів психофармакотерапії, психотерапії та психоосвіти має позитивний вплив на відчуття психологічного (емоційного) благополуччя, посилення почуття особистісної реалізованості та причетності, поліпшення проблемних міжособистісних відносин, відчуття підтримки від соціуму та близьких, що, в свою чергу, впливає на загальне сприйняття якості життя.

Відмічалася стійка позитивна динаміка психічного стану при усіх варіантах тривожних розладів, стабілізація фону настрою, редукція тривожної симптоматики у $86,9 \pm 1,8$ % обстежених терапевтичної групи, у порівнянні із $37,8 \pm 1,3$ % хворих групи порівняння, позитивна динаміка психопатологічного стану за усіма показниками шкали Symptom Check List-90-Revised.

Зменшення виразності соматичних складових тривоги: серцево-судинні ознаки спостерігалися $22,1 \pm 1,2$ % обстежених терапевтичної групи та у $44,5 \pm 1,4$ % групи порівняння; неврологічні у $23,1 \pm 1,2$ % та $43,3 \pm 1,4$ % обстежених відповідно; сечостатевої у $31,1 \pm 1,3$ % хворих терапевтичної групи та у $45,4 \pm 1,4$ % хворих групи порівняння; шлунково-кишкові у $33,2 \pm 1,3$ % обстежених терапевтичної групи та $47,2 \pm 1,4$ % групи порівняння; терморегуляторні у $15,2 \pm 1,1$ % та $48,9 \pm 1,4$ % обстежених відповідно.

На тлі проведення терапії спостерігалась достовірне зниження показників тривоги та депресії у пацієнтів терапевтичної групи ($83,6 \pm 1,8$ % та $73,2 \pm 1,7$ %),

у порівнянні з $33,1 \pm 1,3$ % та $23,9 \pm 1,2$ % хворих групи порівняння; ситуаційної та особистісної тривоги у хворих терапевтичної групи ($74,3 \pm 1,7$ % та $76,3 \pm 1,7$ % відповідно) у порівнянні з $14,0 \pm 1,1$ % та $17,7 \pm 1,1$ % хворих групи порівняння відповідно

Відмічалось зніження рівня нервово психічної напруги до її низького рівня у $72,4 \pm 1,7$ % обстежених терапевтичної групи низького рівня, у порівнянні з $34,1 \pm 1,3$ % групи порівняння.

Після проведення терапевтичного курсу у $33,4 \pm 1,3$ % хворих терапевтичної групи та $9,1 \pm 1,1$ % хворих групи порівняння відмічалась відсутність соціально психологічної фрустрованості та підвищення якості життя.

Результати, викладені в даному розділі, опубліковані в наступних наукових працях автора:

Tolstaia T.Yu. Pathogenetically substantiated complex therapy program of anxiety disorders in internally displaced persons. // Journal of Education, Health and Sport. 2021. Vol. 11 № 11. P. 188-193. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2021.11.11.017>

Зеленська К.О., Красковська Т. Ю. Комплексна патогенетична терапія у вимушених переселенців з тривожними розладами. // Сучасні психологічні тенденції підтримки та відновлення психічного здоров'я особистості: теорія та практика : матеріали міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції, м. Харків, 13-14 грудня 2019 р. : збірник тез / Харків, 2019. С. 31–32.

Кожина Г.М., Красковська Т.Ю. Ефективність психотерапії тривожних розладів у вимушених переселенців. // Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки: Збірник тез I Міжнародної наукової конференції присвяченої 35 роковинам аварії на ЧАЕС, 22-23 квітня 2021 р. / Упорядники: А.А. Криськов, В.В. Вишньовський та Н.В. Габрусєва. Тернопіль: ФОП Паляниця В. А., 2021 С. 37–38.

Кожина Г.М., Зеленська К.О., Стрельнікова І.М., Юдін М.А., Толстая Т.Ю. Психотерапія тривожних розладів у вимушених переселенців. // Сучасні психологічні тенденції підтримки та відновлення психічного здоров'я особистості: теорія та практика : II міжнародна міждисциплінарна науково-практична конференція, Харків, 24–25 вересня 2021 р. : збірник тез доповідей. Харків, 2021. С. 44–45

Толстая Т.Ю. Ефективність біосугестивної терапії у лікуванні тривожних розладів у вимушено переміщених осіб // XV Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини», Запоріжжя, 19 листопада 2021 р. : тези за матеріалами. Запоріжжя, 2021. С. 307-308

Толстая Т.Ю. Психотерапія, як компонент комплексного лікування тривожних розладів у вимушених переселенців // Медицина третього тисячоліття: міжвузівської конференції молодих вчених та студентів. Харків, 24-26 січня 2022р. : збірник тез. Харків, 2022. С. 366-377.

Tolstaia T. Effectiveness of psychotherapy of anxiety disorders in forced migrants depending on gender. // ISIC – 2022 : International Scientific Interdisciplinary Conference, Kharkiv, 23–25th November 2022 : abstract book. KhNMU. Kharkiv, 2022. P. 141–142.

Толстая Т. Ю. Психотерапія тривожних розладів у вимушених переселенців. // Медицина третього тисячоліття : Фестиваль молодіжної науки : збірник тез конференції, Харків, 13–15 лютого 2023 / Харківський національний медичний університет. Харків : ХНМУ, 2023. С. 271–272.

АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Мета роботи:– на основі вивчення клініко-психопатологічних та пато психологічних особливостей тривожних розладів у вимушених переселенців, розробити персоніфіковану систему їх комплексної терапії та профілактики та оцінити її ефективність.

Для досягнення поставленої мети, за умови отримання інформованої згоди від пацієнта з дотриманням принципів біоетики та деонтології на базі Комунального некомерційного підприємства Харківської обласної ради «Обласна клінічна психіатрична лікарня №3» та у Центрі ментального здоров'я «Restart» проведено комплексне обстеження 165 хворих на тривожні розлади у віці 20 - 55 років, обох статей.

Основну групу склали 93 хворих вимушених переселенців (53 жінки та 40 чоловіка), контрольну – 72 хворих (40 жінок та 32 чоловіка), які постійно проживають в м. Харкові та Харківської області.

Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію згідно клінічних протоколів. З метою оцінки ефективності розробленої у ході роботи комплексної програми терапії та реабілітації тривожних розладів у вимушених переселенців основну групу було розподілено на дві підгрупи терапевтичну групу, у яку увійшли пацієнти які приймали участь у терапевтичній програмі, що була розроблена за результатами власних досліджень – 55 (29 жінок та 26 чоловіків) хворих та групу порівняння – 38 (21 жінка та 17 чоловіків) хворих, які отримували стандартну регламентовану терапію в медичному закладі.

Клінічна структура тривожних розладів у обстежених хворих представлена тривожно-депресивною реакцією (F43.22) – $28,2 \pm 1,2\%$ обстежених основної та $35,4 \pm 1,3\%$ контрольної групи, панічним розладом (F41.0) – $36,4 \pm 1,3\%$ та $38,2 \pm 1,3\%$ відповідно, генералізованим тривожним розладом (F41.1) – $35,4 \pm 1,3\%$ обстежених основної та $26,4 \pm 1,2\%$ контрольної груп.

При цьому в клінічній структурі тривожних розладів у вимушених переселенців наряду з домінуванням тривожної симптоматики відмічається висока виразність депресивних проявів.

Як свідчать отримані у ході роботи вимушені переселенці з тривожними розладами найчастіше у порівнянні з мешканця Харківської області пред'являють скарги на депресивні прояви: пригніченість настрою ($83,3 \pm 1,8$ %), афект туги ($72,3 \pm 1,7$ %), невмотивоване занепокоєння, надмірну тривогу ($85,1 \pm 1,8$ %), внутрішню напругу із неможливістю розслабитися ($79,2 \pm 1,7$ %), почуття небезпеки, ($72,1 \pm 1,7$ %), втрати контролю над ситуацією ($82,2 \pm 1,8$ %) відчуття втрати контролю над своїм життям ($83,4 \pm 1,8$ %), відсутність надії та перспектив ($67,9 \pm 1,6$ %), труднощі до адаптації у новому оточенні ($59,2 \pm 1,5$ %) та психотравмуючі спогади, страхи та фіксація на наявній суб'єктивно значимій негативній інформації щодо подій на окупованих територіях з яких вони виїхали.

В структурі змішаної тривожно-депресивної реакції у вимушених переселенців відмічались однаково чітко виражені тривожні ($86,8 \pm 1,8$ %) та депресивні синдроми ($85,9 \pm 1,8$ %) з домінуванням немотивованого занепокоєння ($82,2 \pm 1,8$ %), негативного емоційного забарвлення переживань ($69,8 \pm 1,6$ %) та невпевненістю у майбутньому ($73,4 \pm 1,7$ %), надмірною астенизацією ($56,6 \pm 1,5$ %).

В структурі панічного розладу у вимушених переселенців домінують напади важкої тривоги ($92,6 \pm 1,9$ %) з відчуттям надзвичайного страху з нав'язливими спогадами психотравмуючих подій ($62,8 \pm 1,6$ %), відчуттям загрози для життя ($56,2 \pm 1,5$ %), вегетативні пароксизми ($89,8 \pm 1,8$ %) сенсibiliзація до зовнішніх факторів, особливо у час відходу до сну і під час процесу засинання ($41,1 \pm 1,4$ %), відчуття відсутності базової безпеки для себе та своєї родини.

У клінічній картині генералізованого тривожного розладу у вимушених переселенців відмічалось переважання постійної всеосяжної важко контрольованої тривоги ($96,2 \pm 1,9$ %), постійної напруженості ($89,1 \pm 1,8$ %),

поганих перед чуттів пов'язаних з минулим травматичним досвідом ($66,8 \pm 1,6$ %), порушення сну, особливо засинання, що викликане постійним "прокручуванням" в думках подій, що відбувалися за день чи відбуватимуться в майбутньому ($59,7 \pm 1,5$ %), метушливістю, широким спектром соматичних ознак тривоги ($89,3 \pm 1,8$ %).

В структурі соматичних ознак тривожних розладів у вимушених переселенців, у порівнянні з хворими основної групи відмічалось домінування неврологічних та терморегуляторних проявів.

Провідними чинниками ризику розвитку тривожних розладів у вимушених переселенців стає: сам факт вимушеного переселення, невизначеність майбутнього, ситуації втрати, наслідки бойового стресу, інформаційний стрес, ситуації підвищеної відповідальності.

Результати патопсихологічного дослідження свідчать про наявність у вимушених переселенців високих рівнів соматизації ($55,4 \pm 1,5$ %), депресії ($4,2 \pm 1,1$ %), тривоги ($87,2 \pm 1,8$ %), obsесивно-компульсивних розладів ($77,6 \pm 1,7$ %), міжособистісної сенситивності ($66,4 \pm 1,6$ %), фобічної тривоги ($69,8 \pm 1,6$ %) за шкалою SCL-90-R.

Для обстежених хворих притаманні важкий депресивний ($41,2 \pm 1,4$ % обстежених основної групи та $33,8 \pm 1,3$ % контрольної групи) та тривожний ($52,2 \pm 1,5$ % та $49,3 \pm 1,4$ % обстежених відповідно) епізоди за клінічними шкалами тривоги та депресії Гамільтона; високі рівні ситуативної ($45,7 \pm 1,4$ %) та особистісної ($53,9 \pm 1,5$ %) тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна; надмірний рівень нервово-психічної напруги ($69,7 \pm 1,6$ %) за методикою Т.А. Немчина та надвисокий рівень соціальної фрустрованності ($58,9 \pm 1,5$ %) за методикою .

Базуючись на отриманих у ході роботи даних нами була розроблена багатофакторна модель формування тривожних розладів у вимушених переселенців Каталізатором виникнення тривожних розладів є сам факт вимушеного переселення, невизначеність майбутнього, ситуації втрати,

наслідки бойового стресу, інформаційний стрес, ситуації підвищеної відповідальності.

Прогностично значущими у формуванні тривожних розладів є високі рівні тривоги, соматизації, депресії, obsесивно-компульсивних розладів, міжособистісної сенситивності, фобічної тривоги за шкалою SCL-90-R; важкий депресивний та тривожний епізоди за клінічними шкалами тривоги та депресії Гамільтона; високі рівні особистісної та ситуативної тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна та надмірний рівень нервово-психічної напруги.

Фундаментом для формування тривожних розладів у вимушених переселенців є низький рівень резильєнтності який тягне за собою високий рівень соціальної фрустрованості у цієї когорти населення.

Комплексна програма терапії тривожних розладів у вимушених переселенців повинна включати диференційоване використання методів фармакологічних, психотерапевтичних та психоосвітніх інтервенцій.

Фармакотерапія включала диференційоване, таргетне використання анксиолітиків, транквілізаторів, селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну та комбінованих інгібіторів зворотного захвату серотоніну та норадреналіну. А саме при змішаній тривожно-депресивній реакції: сертраліну, гідроксизіну або фабомотизолу або темгіколурилу або буспірону та симптоматично гідазепаму.

При панічному розладі: сертраліну або пароксетину або есциталопраму, буспірону та симптоматично гідазепаму.

При генералізованому тривожному розладі: пароксетину або есциталопраму або венлафаксіну або міртазапіну, буспірону та симптоматично гідазепаму.

Психотерапевтична програма при змішаній тривожно-депресивній реакції тривала 3–7 тижнів та включала використання: індивідуальної кризової психотерапії, психотерапії з використанням метафорічних карт, біосугесивної терапії О. Стражного та психоосвіту.

Психотерапевтична програма при панічному розладі тривала 10–12 тижнів та включала використання: когнітивно-поведінкової терапії, терапії прийняття та прихильності (Acceptance and Commitment Therapy), біосугесивної терапії О. Стражного, арт-терапію та психоосвіту.

При генералізованому тривожному розладі тривала 10–12 тижнів та включала використання: когнітивно-поведінкової терапії, тілесно-орієнтованої психотерапії, біосугесивної терапії О. Стражного, арт-терапію та психоосвіту.

Важливою складовою терапевтичної програми є психоосвіта, що спрямована на формування у вимушених переселенців з тривожними розладами раціональної системи уявлень про наслідки пережитого вимушеного переселення та особливості перебігу адаптаційних реакцій при зміні життєвого стереотипу у людини; навчанню навичкам оволодіння наслідками психічної травми внаслідок вимушеного переселення, оволодіння базовими техніками самопомоги під час виникнення тривожних пароксизмів, інтрузивних спогадів, навичкам саморегуляції та самоуправління своїм емоційним та фізичним станом.

Використання комплексного підходу до терапії тривожних розладів у вимушених переселенців з диференційованим використанням методів психофармакотерапії, психотерапії та психоосвіти має позитивний вплив на відчуття психологічного (емоційного) благополуччя, посилення почуття особистісної реалізованості та причетності, поліпшення проблемних міжособистісних відносин, відчуття підтримки від соціуму та близьких, що, в свою чергу, впливає на загальне сприйняття якості життя.

Відмічалася стійка позитивна динаміка психічного стану при усіх варіантах тривожних розладів, стабілізація фону настрою, редукція тривожної симптоматики у $86,9 \pm 1,8$ % обстежених терапевтичної групи, у порівнянні із $37,8 \pm 1,3$ % хворих групи порівняння, позитивна динаміка психопатологічного стану за усіма показниками шкали Symptom Check List-90-Revised.

Зменшення виразності соматичних складових тривоги: серцево-судинні ознаки спостерігалися $22,1 \pm 1,2$ % обстежених терапевтичної групи та у

44,5±1,4 % групи порівняння; неврологічні у 23,1±1,2 % та 43,3±1,4 % обстежених відповідно; сечостатевої у 31,1±1,3 % хворих терапевтичної групи та у 45,4±1,4 % хворих групи порівняння; шлунково-кишкові у 33,2±1,3 % обстежених терапевтичної групи та 47,2±1,4 % групи порівняння; терморегуляторні у 15,2±1,1 % та 48,9±1,4 % обстежених відповідно.

На тлі проведення терапії спостерігалась достовірне зниження показників тривоги та депресії у пацієнтів терапевтичної групи (83,6±1,8 % та 73,2±1,7 %), у порівнянні з 33,1±1,3 % та 23,9±1,2 % хворих групи порівняння; ситуаційної та особистісної тривоги у хворих терапевтичної групи (74,3±1,7 % та 76,3±1,7 % відповідно) у порівнянні з 14,0±1,1% та 17,7±1,1 % хворих групи порівняння відповідно

Відмічалось зніження рівня нервово психічної напруги до її низького рівня у 72,4±1,7% обстежених терапевтичної групи низького рівня, у порівнянні з 34,1±1,3 % групи порівняння.

Після проведення терапевтичного курсу у 33,4±1,3 % хворих терапевтичної групи та 9,1±1,1 % хворих групи порівняння відмічалась відсутність соціально психологічної фрустрованості та підвищення якості життя.

Проведене дворічне катамнестичне дослідження підтвердило ефективність розробленої персоніфікованої системи терапії тривожних розладів у вимушених переселенців. У 67,2±1,6 % обстежених терапевтичної групи та 27,9±1,2 % групи порівняння встановлена стійка позитивна динаміка психічного стану (повна редукція патологічної тривоги, депресивних феноменів, розладів адаптації), стабілізація фону настрою та покращення ефективності соціальної адаптації до вимушених умов життя.

ВИСНОВКИ

1. У дисертаційному дослідженні здійснене теоретичне узагальнення та наведене нове вирішення актуальної наукової задачі на основі вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей тривожних розладів у вимушених переселенців, розробити персоніфіковану систему їх комплексної терапії та профілактики та оцінити її ефективність

2. Клінічна структура тривожних розладів у обстежених хворих представлена тривожно-депресивною реакцією) – $28,2 \pm 1,2$ % обстежених основної та $35,4 \pm 1,3$ % контрольної групи, панічним розладом – $36,4 \pm 1,3$ % та $38,2 \pm 1,3$ % відповідно, генералізованим тривожним розладом – $35,4 \pm 1,3$ % обстежених основної та $26,4 \pm 1,2$ % контрольної груп. При цьому в клінічній структурі тривожних розладів у вимушених переселенців наряду з домінуванням тривожної симптоматики відмічається висока виразність депресивних проявів. В структурі соматичних ознак тривожних розладів у вимушених переселенців, у порівнянні з хворими основної групи відмічалось домінування неврологічних та терморегуляторних проявів.

3. Для вимушених переселенців с тривожними розладами притаманні високі рівні соматизації ($55,4 \pm 1,5$ %), депресії ($4,2 \pm 1,1$ %), тривоги ($87,2 \pm 1,8$ %), obsесивно-компульсивних розладів ($77,6 \pm 1,7$ %), міжособистісної сенситивності ($66,4 \pm 1,6$ %) та фобічної тривоги ($69,8 \pm 1,6$ %) за шкалою SCL-90-R; важкий депресивний ($41,2 \pm 1,4$ % обстежених основної групи та $33,8 \pm 1,3$ % контрольної групи) та тривожний ($52,2 \pm 1,5$ % та $49,3 \pm 1,4$ % обстежених відповідно) епізоди за клінічними шкалами тривоги та депресії Гамільтона; високі рівні ситуативної ($45,7 \pm 1,4$ %) та особистісної ($53,9 \pm 1,5$ %) тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна; надмірний рівень нервово-психічної напруги ($69,7 \pm 1,6$ %) та надвисокий рівень соціальної фрустрованості ($58,9 \pm 1,5$ %).

4. Каталізатором виникнення тривожних розладів є сам факт вимушеного переселення, невизначеність майбутнього, ситуації втрати,

наслідки бойового стресу, інформаційний стрес, ситуації підвищеної відповідальності.

Прогностично значущими у формуванні тривожних розладів є високі рівні тривоги, соматизації, депресії, obsесивно-компульсивних розладів, міжособистісної сенситивності, фобічної тривоги за шкалою SCL-90-R; важкий депресивний та тривожний епізоди за клінічними шкалами тривоги та депресії Гамільтона; високі рівні особистісної та ситуативної тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна та надмірний рівень нервово-психічної напруги.

Фундаментом для формування тривожних розладів у вимушених переселенців є низький рівень резильєнтності який тягне за собою високий рівень соціальної фрустрованості у цієї когорти населення.

5. Розроблена та апробована комплексна персоніфікована система терапії тривожних розладів у вимушених переселенців з диференційованим використанням методів психофармакотерапії, психотерапії та психосвіти.

Фармакотерапія включала диференційоване, таргетне використання анксиолітиків (гідроксизін, фабомотизол, темгіколурил, буспірон), транквілізаторів (гідазепам), селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну (сертралін, пароксетин, есциталопрам) та комбінованих інгібіторів зворотного захвату серотоніну та норадреналіну (венлафаксин, міртазапін).

Психотерапевтична програма при змішаній тривожно-депресивній реакції тривала 3–7 тижнів та включала використання індивідуальної кризової психотерапії, психотерапії з використанням метафорічних карт, біосугесивної терапії О. Стражного та психосвіту

Психотерапевтична програма при панічному розладі тривала 10–12 тижнів та включала використання: когнітивно-поведінкової терапії, терапії прийняття та прихильності (Acceptance and Commitment Therapy), біосугесивної терапії О. Стражного, арт-терапії та психосвіти

При генералізованому тривожному розладі тривала 10–12 тижнів та включала використання: когнітивно-поведінкової терапії, тілесно-орієнтованої психотерапії, біосугесивної терапії О. Стражного, арт-терапії та психосвіти

6. На тлі використання розробленої програми відмічене було відмічено позитивну динаміку психічного стану, невинну редукцію афективної (тривожної, тривожно-депресивної) симптоматики у хворих терапевтичної групи ($86,9 \pm 1,8$ % обстежених), у порівнянні із незначними позитивними змінами психічного стану пацієнтів групи порівняння ($37,8 \pm 1,3$ %). Достовірне зниження показників тривоги та у $73,2 \pm 1,7$ % зниження показників тривоги за шкалою тривоги та депресії Гамільтона, у порівнянні з $33,1 \pm 1,3$ % та $23,9 \pm 1,2$ % хворих групи порівняння; зниження показників як особистісної ($74,3 \pm 1,7$ % хворих) так і ситуаційної ($76,3 \pm 1,7$ %) тривоги у порівнянні з незначною динамікою цих показників у хворих групи порівняння за шкалою Спілбергера-Ханіна; зніження рівня нервово-психічної напруги - наявність у $72,4 \pm 1,7$ % обстежених терапевтичної групи низького рівня, у $16,4 \pm 1,1$ % помірного рівня та лише у $11,2 \pm 1,1$ % високого рівня нервово психічної напруги, у порівнянні з недодастньою динамікою цих показників у хворих групи порівняння ($34,1 \pm 1,3$ %, $44,3 \pm 1,4$ % та $21,6 \pm 1,2$ % обстежених відповідно)

7. Оцінка динаміки соціальної фрустрованості у обстежених хворих показала підвищення резильєнтності та зніження рівнів фрустрованості у хворих терапевтичної групи – у $33,4 \pm 1,3$ % обстежених хворих відмічалась відсутність фрустрованості, у $36,2 \pm 1,3$ % її зніжений рівень, у порівнянні з $9,1 \pm 1,1$ % та $19,6 \pm 1,1$ % у хворих групи порівняння. На тлі проведення терапевтичної програми показник якості життя в терапевтичній групі значно підвищився за усіма шкалами у порівнянні з групою порівняння.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Важливою складовою терапевтичної програми є психоосвіта, що спрямована на формування у вимушених переселенців з тривожними розладами раціональної системи уявлень про наслідки пережитого вимушеного переселення та особливості перебігу адаптаційних реакцій при зміні життєвого стереотипу у людини; навчанню навичкам оволодіння наслідками психічної травми внаслідок вимушеного переселення, оволодіння базовими техніками самопомоги під час виникнення тривожних пароксизмів, інтрузивних спогадів, навичкам саморегуляції та самоуправління своїм емоційним та фізичним станом.

Психоосвітня програма складалася обов'язково з використання інформаційного тренінгу, тренінгів «Відновлення», «Психологічний баланс», «Рух вперед» та тренінгів самоконтролю власного емоційного стану та асертивності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Амоша О.І., Антонюк В.П., Новікова О.Ф. Внутрішньо переміщені особи: від подолання перешкод до стратегії успіху. Монографія. НАН України. Інститут економіки промисловості. Київ. 2016. С. 448.
2. Балабанова Л.М. Психологічні особливості рефлексії вимушених переселенців. // Проблеми екстремальної та кризової психології. 2017. №22. С.51-58.
3. Борисенко В., Кидонь П., Казаков А., Шиндер В., Гринь К., Фисун Ю., Исаков Р., Герасименко Л. Психосоциальная дезадаптация в условиях тревожно-депрессивных расстройств в условиях социально-стрессовых событий в Украине. // Азербайджанский медицинский журнал (2023). № 3. Р. 90-95. <https://doi.org/10.34921/amj.2023.3.015>
4. Васильєва О.В. Специфіка психологічної дезадаптації іноземних студентів англomовної форми навчання. // Медицина сьогодні і завтра. 2020. №4 (89). С. 59-65.
5. Венгер О.П., Іваніцька Т.І. Використання біосугестивної терапії для покращення психологічних процесів внутрішньо переміщених осіб під час війни в Україні. // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2023. (4). С. 63-69.
6. Венгер О.П., Мисула Ю.І. Психопатологічна симптоматика у емігрантів та реемігрантів. // Здобутки клінічної та експериментальної медицини. 2023. № 1. С. 60-67.
7. Венгер О.П., Сас Л.М., Мисула Ю.І., Смашна О.Є., Білоус В.С., Люта О.О., Гусєва Т.П., Коваль М.Є., Пастушак В.О. Можливості адаптаційних ресурсів емігрантів та реемігрантів відповідно до їх особистісних особливостей. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020. №3 (85). С. 56-62.

8. Вербицкий Е.Ю. Гендерные особенности распространенности и клинико-психопатологические проявления нозологических форм непсихотических психических, связанных со стрессом расстройств у вынужденных переселенцев из зоны антитеррористической операции в Луганской области. // Психиатрия, Психотерапия и клиническая психология. 2016. Т. 7. № 3. С. 323-328.

9. Вербицкий Є.Ю., Євтушенко Ю.О. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості реактивної депресії в структурі непсихотичних психічних стрес-асоційованих розладів у вимушених переселенців із зони АТО. // Архів психіатрії. 2016. Т. 22. № 2 (85). С. 16-19.

10. Волошин П.В. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація. // Методичні рекомендації. Харків. 2009. С. 45-47.

11. Волошин П.В., Марута Н.О. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика). // Колективна монографія. Харків. 2016. 335 с.

12. Волошин П.В., Марута Н.О. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України сучасні можливості та перешкоди. // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23. № 1 (82). С. 5-11.

13. Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації. Харків. 2014. 67 с.

14. Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф., Лінський І.В. Принципи медико-психологічної реабілітації осіб, які постраждали під час виконання службових обов'язків в Україні. // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23. № 2 (83). С. 105.

15. Герасименко Л.О, Гальченко А.В. Комплексна та персоніфікована система реабілітації внутрішньо переміщених осіб за наявності психосоціальної дезадаптації та невротичного розладу // Вісник проблем біології і медицини. 2021. № 1 (159). С. 35-39.

16. Гожда К.Є., Рекотова О.П. Генезис понятия «внутрішньо переміщених осіб». // Молодий вчений. 2018. №4(2). С. 659-662.

17. Горбулін В.П., Власюка О.С., Лібанової Е.М., Ляшенко О.М. Донбас і Крим: ціна повернення. Монографія. НІСД. Київ. 2015. С. 22.
18. Горбулін В.П., Лібанова Е.М., Пирожков С.І. Політика інтеграції українського суспільства в контексті викликів та загроз подій на Донбасі. // Національна доповідь. НАН України. Київ. 2015. С. 363.
19. Гриневич Є.Г., Маркова М.В., Кожина Г.М., Перший В.С. Маркери-мішені та принципи психокорекції різних форм тривожних розладів. // Медична психологія. 2013. № 1 (29). С. 76-82.
20. Даник Ю.Г., Друзь О.В., Черненко І.О. Система класифікації стресасоційованих та посттравматичних стресових розладів та її обґрунтування. // Journal of Education, Health and Sport. 2016. № 7 (6). С. 65-79.
21. Діброва В. Особистісне майбутнє внутрішньо переміщених осіб: стратегії конструювання. // Проблеми політичної психології. 2023. №13(27). С.65-76. DOI: 10.33120/porp-Vol13-Year2023-130.
22. Друзь О.В., Гриневич Ю.Г., Черненко І.О. Комплекс методів, процедури та алгоритм психотерапії в структурі диференційованих програм психосоціальної реабілітації станів дезадаптації у учасників локальних бойових дій. // European multi science journal. 2018. № 22. С. 5-11.
23. Друзь О.В., Черненко І.О. Напрямки медико-психологічної профілактики постстресових психічних розладів у учасників локальних бойових дій. // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25. № 1 (90). С.45-48.
24. Жванія Т.В. Сучасна вимушена міграція: соціально-політичні аспекти. // Сучасне суспільство. 2015. №2(2) С. 46-56. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/cuc_2015_2%282%29_7.
25. Знедолені? Нездоланні! // Інститут демократії імені Пилипа Орлика. URL: <http://idpo.org.ua/wp-content/uploads/2017/book-2.pdf>.
26. Карамушка Л. Психічне здоров'я: сутність, основні детермінанти, стратегії та програми забезпечення. // Psychological Journal. 2022. №7(5). С. 26-37. DOI: 10.31108/1.2.7.5.3

27. Карамушка Л., Карамушка Т. Емпіричне дослідження особливостей психічного здоров'я вимушених «внутрішніх» переселенців в умовах війни. // Організаційна психологія. Економічна психологія. 2022. №2(26). С. 48-59. DOI: [10.31108/2.2022.2.26.6](https://doi.org/10.31108/2.2022.2.26.6)

28. Карамушка Л., Креденцер О., Терещенко К., Івкін В., Лагодзінська В., Ковальчук О. Особливості психічного здоров'я персоналу освітніх та наукових організацій в умовах війни. // Організаційна психологія. Економічна психологія. 2022. №1(25). С. 62-74. DOI: 10.31108/2.2022.1.25.7

29. Коваленко Н., Осуховська О., Хаустова О., Качалка А. Соціально-демографічні показники та предиктори розладів психіки та поведінки у внутрішньо переміщених осіб. // Психосоматична медицина та загальна практика. Том 6 № 1 (2021). <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v6i1.296>

30. Кожина Г.М., Зеленська К.О., Маркова М.В., ТОВАЖНЯНЬСЬКА О.Л., КАУК О.І. Особливості первинного гіпотиреозу у вимушено переміщених осіб як базис формування когнітивних та тривожно-депресивних розладів. // Проблеми ендокринної патології. 2020. №3 (73). С. 25-32.

31. Кокун О.М., Мороз В.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Теорія і практика управління страхом в умовах бойових дій. // Методичний посібник. 2022. Київ-Одеса. Фенікс. <https://lib.iitta.gov.ua/730971>

32. Кутько І.І. Посттравматическое стрессовое расстройство у перенесших вооруженный конфликт. Клиническая динамика, диагностика, лечение и реабилитация. // Український медичний часопис. 2016. № 1. С. 24-27.

33. Кутько І.І., Панченко О.А., Линева А.Н. Посттравматическое стрессовое расстройство у перенесших вооруженный конфликт. Клиническая динамика, диагностика, лечение и реабилитация. // Український медичний часопис. 2016. № 1 (111). С. 24-27.

34. Лазос Г.П. Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам (на прикладі роботи з переселенцями з Криму). Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій. // Методичний посібник за редакцією З. Г. Кісарчук. Київ. ТОВ Видавництво «Логос». 2015. С. 36-45.

35. Лазур Я.В., Булеца С.Б., Котляр О.І. Механізм забезпечення прав внутрішньо переміщених осіб: національний та міжнародний аспекти. Монографія. Ужгород.2017. 348 с.

36. Линский И.В., Кузьминов В.Н., Позднякова Н.В., Онищук С.В., Шестопалова Л.Ф., Гриневич Е.Г. Расстройства адаптации среди гражданского населения, пережившего боевые действия, спустя месяц после их прекращения. // Украинский вестник психоневрологии. 2014. Т. 22. № 3. С.5-12

37. Линский И.В., Минко А.И., Бараненко А.В. Взаимосвязь между употреблением алкоголя и психическими расстройствами у участников антитеррористической операции. // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2019. Т.10, № 1. С. 78-86.

38. Малиха М.І. До проблеми сутності поняття «внутрішньо переміщені особи». // Державна політика та регіональна практика. Грані. 2015. №8. С. 6-11.

39. Марков А.Р. Індивідуально-психологічні особливості й поведінкові патерни як мішені психологічної корекції дезадаптивних станів у цивільного населення в умовах консцієнтальної війни. // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». 2016. Т. 2. № 6. С. 182-193.

40. Марков А.Р. Клінічна варіативність дезадаптивних станів у цивільного населення в умовах інформаційно-психологічної війни. // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2016. № 2 (6). С. 98-105.

41. Маркова М.В. Порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців – учасників АТО: психопатологічний, психологічний, психосоціальний і сімейний виміри проблеми. // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26. № 1. С. 78-82.

42. Маркова М.В., Абдрыхімов Р.А. Порівняльний аналіз психопатологічних проявів дезадаптації і посттравматичного синдрому у учасників бойових дій з травмою очей і частковою втратою зору. // Український вісник психоневрології. 2019. Том 27, № 2 (99). С. 23-27.

43. Маркова М.В., Козира П.В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми. // Медична психологія. 2015. № 1 (37). С.8-13.
44. Маркова М.В., Піонтковська О.В., Соловйова А.Г. Медико-психологічна допомога дітям – вимушеним переселенцям: концептуальні засади психологічної підтримки, реадaptaції та соціалізації. // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26. № 2 (95). С.62-67.
45. Маркова М.В., Росінський Г.С. Порушення здоров'я родини в учасників бойових дій у світлі концепції постстресової психологічної дезадаптації: клініко-психологічні прояви, механізми формування, засади психокорекції. // Проблеми безперервної медичної науки та освіти. 2019. № 3 (35). С. 5-9. DOI: 10.31071/promedosvity2019.03.005
46. Маркова М.В., Росінський Г.С. Порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців – учасників АТО. // Архів психіатрії. 2019. № 1 (94). С. 80-85.
47. Марута Н.А., Лінська Є.І. Діагностичне значення відповіді на питання у пацієнтів з депресією при використанні шкали. // Видавниче приватне унітарне підприємство "Професійні видання". Психіатрія, психотерапія та клінічна психологія. 2019.Т.10. № 2. С.199-215.
48. Марута Н.О., Заворотний В.І. Принципи реабілітації військовослужбовців із різними варіантами посттравматичного стресового розладу. // Український вісник психоневрології. 2018.Т. 26. № 3. С.33-38.
49. Марута Н.О., Каленська Г.Ю., Панько Т.В. Комплексна програма психокорекції психічних порушень у внутрішньо переміщених осіб. // Український вісник психоневрології. 2020. Т. 28. № 2 (103). С. 30-35.
50. Марута Н.О., Каленська Г.Ю., Федченко В.Ю. Психологічні фактори ризику виникнення психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб. // Львівський клінічний вісник. 2020. №1 (29). С. 21-28. DOI:10.25040/lkv2020.01.021.

51. Марута Н.О., Каленська Г.Ю., Явдак І.О., Малюта Л.В. Розлади психічного здоров'я у внутрішньо переміщених осіб. // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26. № 2 (95). С. 68-71.

52. Марута Н.О., Маркова М.В. Інформаційно-психологічна війна як новий виклик сучасності: стан проблеми та напрямки її подолання. // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23. № 3 (84). С. 21-28.

53. Марута Н.О., Панько Т.В., Каленська Г.Ю. Особливості порушень психічного здоров'я та механізми їх формування у внутрішньо переміщених осіб. // Український вісник психоневрології. 2019. Т. 27. № 4 (101). С. 45-51.

54. Марута Н.О., Панько Т.В., Каленська Г.Ю. Структура психопатологічних проявів у внутрішньо переміщених осіб. // Український вісник психоневрології. 2019. Т. 27. № 2 (99). С. 33-37.

55. Марута Н.О., Панько Т.В., Каленська Г.Я., Колядко С.П., Явдак І.О. Фактори психічної травматизації у внутрішньопереміщених осіб: їх структура та динаміка у часі. // Тернопільський державний медичний університет. 2020. №5 (6).

56. Марута Н.О., Федченко В.Ю. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні прогностичні фактори перебігу рекурентних депресивних розладів. // Психіатрія, психотерапія та клінічна психологія. 2019. Т.10. № 1. С.120-134.

57. Марута Н.О., Федченко В.Ю. Тревожно-депресивные нарушения в структуре расстройств адаптации (клиника, диагностика, терапия). // ООО «Професіонал-івент» Сімейна медицина. 2020. № 5-6. С. 23-30.

58. Марута Н.О., Явдак І.О., Колядко С.П. Особливості психічного стану внутрішньо переміщених осіб (структура та вираженість психопатологічних порушень). // Медична психологія. 2019. № 3. С. 40-44.

59. Матяш М.Н., Худенко Л.І. Психотерапевтичні стратегії лікування невротичних розладів в учасників сучасних бойових дій. // Міжнародний неврологічний журнал. 2016. № 6. С. 58-64.

60. Матяш М.Н., Худенко Л.І. Соціально-стресові розлади у структурі українського синдрому. // Український медичний часопис. 2016. № 3 (113). С.118-121.

61. Михайлов Б.В., Лупей-Ткач С.І., Зінченко О.М. Психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції в закладах охорони здоров'я (методичні рекомендації). Харків. 2018. 32 с.

62. Надрага В.І. Проблеми вимушеної внутрішньої міграції населення в контексті концепції «суспільства ризику». // Український соціум. 2015. №1 (52). С. 134-141.

63. Наказ Міністерства соціальної політики України від 01.06.2018 р. № 810 «Про затвердження Стандарту психологічної діагностики та форм документів з організації психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності». <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0723-18>

64. Наливайко Л.Р., Орешкова А.Ф. Внутрішньо переміщені особи: визначення поняття. // Право і суспільство. 2018. №1(1). С. 34-39.

65. Напрєєнко О.К., Сиропятов О.Г., Друзь О.В. Психолого-психіатрична допомога постраждалим у збройних конфліктах: методичні рекомендації. // Національний. Медичний університет ім. О.О. Богомольця. 2014. 26 с.

66. Ніжарадзе О. Вибірчі права внутрішньо переміщених осіб: міжнародна практика, можливі варіанти для України та рекомендації. // ВГО ГМ Опора. 2015. С. 29 URL: <https://www.oporaua.org/vybory/mistsevi-vybory-2015/41916-problemniaspekty-vyborivv-ukraini-pohliad-zzovni-ta-zseredyny>

67. Огоренко В.В., Ніколенко А.Є., Шустерман Т.Й., Кокашинський В.О. Комплекс освітніх тренінгів з першої психологічної допомоги особам у кризових ситуаціях. Навчальне видання. 2023. С.258.

68. Огоренко В.В., Шустерман Т. Психосоматичний стан цивільних осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного. // Psychosomatic Medicine and General Practice. 2022. Т. 7. №2. DOI: 10.26766/PMGP.V7I2.370

69. Охорона психічного здоров'я в умовах війни. // У двох томах. Переклад з англійської. «Наш формат». Київ. 2017. Т-1. 579 с.

70. Панько Т.В., Семікіна О.Є., Явдак І.О. Особливості факторів психічної травматизації та структури клінічних проявів у внутрішньо переміщених осіб. // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26. № 3 (96). С. 50-55.

71. Погуляйло Т.О. Проблеми внутрішньо переміщених осіб: трансформаційні зміни. Габітус. 2019. №10. С. 77-83.

72. Про забезпечення прав і свобод громадян та правовий режим на тимчасово окупованій території України. // Закон України. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1207-18>.

73. Про захист прав і свобод внутрішньо переміщених осіб. Закон України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1706-18>.

74. Путінцев А.В., Пашенко Ю.Є. Адаптація внутрішньо переміщених осіб в регіонах України: сутність, поняття, підходи. // Економіка. Фінанси. Менеджмент: актуальні питання науки і практики. 2018. №9. С. 110-121.

75. Скрипніков А.М., Герасименко Л.О., Ісаков Р.І. Діагностика психосоціальної дезадаптації у жінок з депресивними розладами. // Світ медицини та біології. 2019. № 1 (67). С. 34-38.

76. Скрипніков А.М., Герасименко Л.О., Ісаков Р.І., Фисун Ю.О., Кидонь П.В. Комплексна та персоніфікована система реабілітації внутрішньо переміщених осіб за наявності психосоціальної дезадаптації та психогенних психічних розладів. // Український вісник психоневрології. 2022. Т. 30. Випуск 3 (112). С.88-89.

77. Скрипніков А.М., Гринь К.В., Гринь Е.В. Спосіб лікування посттравматичних стресових розладів. // Заявник та патентовласник ВДНЗУ «УМСА». № 9. <http://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/8511>.

78. Скрипніков А.М., Животовська Л.В., Сокіл А.А., Бойко Д.І. Афективні порушення при віддалених наслідках посттравматичного стресу. // Вісник проблем біології і медицини. 2019. Т. 1. №1(148). С.32-36.

79. Тітар І.О. Поняття та критерії адаптації й інтеграції внутрішньо переміщених осіб і умови скасування статусу переселенця. // Український соціум. 2016. №4(59). С. 57-68.

80. Хаустова О. О. Психосоматичні маски тривоги // Український медичний часопис. 2019. № 4(1). С. 53-60. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.132.160744

81. Хаустова О.О., Лещук І.В. Понад рік війни та втрат: відродження з попелу горя для творення нового життя. // Укр. мед. Часопис. 1 (153) Т. 2 Спецвипуск I/II 2023. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.153.239914

82. Хачатурян Ю.Р. Теоретичний аналіз проблеми соціальної адаптації дітей вимушених мігрантів. // Український психологічний журнал. 2017. №1(3). С.177-191.

83. Чабан О.С., Хаустова О.О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? //Укр. мед. часопис. 20224 (150) VII/VIII. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.150.232297

84. Черенько Л.М. Нові форми бідності в Україні: основні прояви та оцінка масштабів явища. // Демографія та соціальна економіка. 2015. № 1. С. 11–21. URL: <http://www.refworld.org.ru/idps.html>.

85. Юр'єва Л.М. Кризові стани в сучасних умовах. // Діагностика, корекція та профілактика. Київ. Видавництво «Галерея Принт». 2017. 174 с.

86. Юр'єва Л.М., Шустерман Т.Й., Ліхолетов Є.О. Непсихотичні психічні розлади в осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту. // Медичні перспективи. 2019. Т. 24. № 4. С. 112–120.

87. Юрьева Л.Н. Диагностика, коррекция и профилактика кризисных состояний у участников военных конфликтов: учебное пособие. // Новая идеология. Днепр. 2017. 204 с.

88. Albor Y.C., Benjet C., Méndez E., Medina-Mora M.E. Persistence of specific phobia from adolescence to early adulthood: longitudinal followup of the

Mexican Adolescent Mental Health Survey. // *J Clin Psychiatry*. 2017. №78. P. 340-346.

89. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). // *Am J Psychiatry*. 2002. №159(4). P. 1-50.

90. American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. // *Am J Psychiatry*. 2004. № 161(11). P. 3-31,

91. American Psychiatric Association: Practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder. // 3rd Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association. 2010. 152.

92. Andreasen N.C., Hoenk P.R. The predictive value of adjustment disorders: a follow-up study. // *Am J Psychiatry*. 1982. №139. P. 584-590.

93. Andreasen N.C., Wasek P. Adjustment disorders in adolescents and adults. // *Arch Gen Psychiatry*. 1980. № 37. P. 1166-1170.

94. Arciniegas D.B., Coffey C.E., Cummings J.L. Neurobiological bases of cognition, emotion, and behavior, in *The American Psychiatric Association Textbook of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, Sixth Edition*. // American Psychiatric Association Publishing. 2018. P 1-45.

95. Baldwin D., Bobes J., Stein D.J. Paroxetine in social phobia/social anxiety disorder: randomised, double-blind, placebo-controlled study. Paroxetine Study Group. // *Br J Psychiatry*. 1999. №175. P. 120-126.

96. Bandelow B., Michaelis S., Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. // *Dialogues Clin Neurosci*. 2017. № 19. P. 93-106.

97. Bartram D. Forced Migration and "Rejected Alternatives" a Conceptual Refinement. // *Journal of Immigrant & Refugee Studies*. 2015. №13(4). P. 439-456. DOI:10.1080/15562948.2015.1030489

98. Bateman A., Fonagy P. Borderline personality disorder, in *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington DC, American Psychiatric Publishing. 2012. P. 273-288.

99. Baum W. Understanding Behaviorism: Behavior, Culture, and Evolution. Oxford, UK, Blackwell. 2005. 320 p.
100. Beck A.T., Alford B.A. Depression: Causes and Treatment. 2nd Edition. Philadelphia, PA, University of Pennsylvania Press. 2008. 432 p.
101. Beck U. World at risk. Cambridge. UK. Polity. 2009. 127 p.
102. Beck U. World risk society. Malden, MA, Polity Press. 1999. 231 p.
103. Beiser M., Hyman I. Refugees time perspective and mental health. // American Journal of Psychiatry. 1997. №154(7). P. 996-1002. DOI:10.1176/ajp.154.7.996
104. Black D.W., Grant J.E. DSM-5 Guidebook: The Essential Companion to Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. // The British Journal of Psychiatry. 2012. №200(3). P. 216-223.
105. Bogic M., Njoku A., Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. // BMC International Health and Human Rights. 2015. P. 15-29.
106. Border R., Johnson E.C., Evans L.M. No support for historical candidate genes or candidate gene-by-interaction hypotheses for major depression across multiple large samples. // Am J Psychiatry. 2019. №176. P. 376-387.
107. Bryant R.A., Sackville T., Dang S.T. Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. // Am J Psychiatry. 1999. № 156. P. 1780-1786.
108. Burns L.E., Thorpe G.L. The epidemiology of fears and phobias (with particular reference to the National Survey of Agoraphobics). // J Int Med Res 5 (suppl). 1977. P. 1-7.
109. Carstensen L.L. The Influence of a Sense of Time on Human Development. // Science. 2006. №312(5782). P. 1913-1915. DOI:10.1126/science.1127488

110. Chase E. Security and subjective wellbeing: the experiences of unaccompanied young people seeking asylum in the UK. // *Sociol Health Illn.* 2013. № 35(6). P. 858–872. DOI:10.1111/j.1467-9566.2012.01541.x
111. Collins F.L. Desire as a theory for migration studies: temporality, assemblage and becoming in the narratives of migrants. // *Journal of Ethnic and Migration Studies.* 2017. №44(6). P. 964-980. DOI:10.1080/1369183X.2017.1384147
112. Coryell W, Young E.A. Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder. // *J Clin Psychiatry.* 2005. № 66. P. 412-417.
113. Cristea I.A., Gentili C., Cotet C.D. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. // *JAMA Psychiatry.* 2017. №74. P. 319-328.
114. Decker H: *The Making of DSM-III: A Diagnostic Manual's Conquest of American Psychiatry.* New York, Oxford University Press. 2013. 176 p.
115. Deineko O. *War in Ukraine: a sociological study.* Oslo, Norwegian Institute for Urban and Regional Research, Metropolitan University. 2022. DOI:10.1192/bjp.bp.110.084764.
116. Dziuba T., Karamushka L., Halushko I. Mental health of teachers in Ukrainian educational organizations. // *Wiadomości Lekarskie.* 2021. Vol. 74. P. 11. [URL:https://wiadlek.pl/11-2021/](https://wiadlek.pl/11-2021/).
117. Eastmond M. Stories as lived experience: narratives in forced migration research. // *Journal of Refugee Studies.* 2007. №20(2), P. 248-264. DOI:10.1093/jrs/fem007
118. Emery R.E. *Marriage, Divorce, and Children's Adjustment.* // 2nd Edition. London, UK, Sage. 1999. №57. 195 p.
119. Fenichel O. *The Psychoanalytic Theory of Neurosis.* // New York, WW Norton. 1945. №48. P.53-54.
120. Freud A. *The Ego and the Mechanisms of Defense.* // New York, International Universities Press. 1965. №79. P.86-87.

121. Freud S. On beginning the treatment in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. // Translated and edited by Strachey J. London, UK, Hogarth Press. 1983. Vol 12. 1958. P. 121-144.
122. Freud S. The dynamics of transference in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. // Translated and edited by Strachey J. London, UK, Hogarth Press. 1958. Vol 12. P. 97-108.
123. Gabbard G.O. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. // 5th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Publishing. 2014. 206 p.
124. Gabbard G.O. Textbook of Psychotherapeutic Treatments. // Washington, DC, American Psychiatric Publishing. 2009. 198 p.
125. Gabriel M., Sharma V. Antidepressant discontinuation syndrome. // CMAJ. 2017. № 189. P. 747.
126. Glick I.D., Berman E.M., Clarkin J.F., Rait D.S. Marital and Family Therapy, 4th Edition. Arlington, VA, // American Psychiatric Publishing. 2000. 346 p.
127. Golden R.N., Goynes B.N., Ekstrom R.D. The efficacy of light therapy in the treatment of mood disorder: a review and meta-analysis of the evidence. // Am J Psychiatry. 2005. № 162. P. 656-662.
128. Gurman A.S., Messer S.B. Essential Psychotherapies: Theory and Practice. // New York, Guilford. 1995. P. 296-297.
129. Habermas T., Bluck S. Getting a life: The development of the life story in adolescence. // Psychological Bulletin. 2000. №126. P. 748-769. DOI:10.1037/0033-2909.126.5.748
130. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. // Br J Med Psychol. 1959. Vol. 32. P. 50-55.
131. Hamilton M.A. Rating scale for depression. // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 1960. Vol. 23. P. 563-62. PMID 14399272.
132. Hayes S., Strosahl K., Wilson K. Acceptance and Commitment Therapy: An Experimental Approach to Behavior Change. // New York, Guilford. 1999. №14. P.175-177.

133. Herasymenko L.O., Isakov R.I., Halchenko A.V., Kydon P.V. Clinical features of adaptation disorders in internally displaced women // *Wiadomości Lekarskie*, June 2020. V. LXXIII, ISSUE 6, P. 1154-1158.

134. Hettema J.M., Prescott C.A., Myers J.M. The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. // *Arch Gen Psychiatry*. 2005. №62. P. 182-189.

135. Holman E.A., Silver R.C. Getting "stuck" in the past: Temporal orientation and coping with trauma. // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998. №74(5). P. 1146-1163. DOI:10.1037/0022-3514.74.5.1146

136. Hopko D.R., Lejuez C.W., Ruggiero K.J. Contemporary behavioral activation treatments for depression: procedures, principles, and progress. // *Clin Psychol Rev*. 2004. №23. P. 699-717.

137. Isakov R.I., Skrypnikov A.M., Herasymenko L.O. [et al.] Clinical and psychopathological features of internally displaced women with adjustment disorders. // *World of medicine and biology*. 2021. № 1 (75). C. 64-68. DOI: 10.26724/2079-8334-2021-1-75-64-68

138. Jannesari S., Molyneaux E., Lawrence V. What affects the mental health of people seeking asylum in the UK? A narrative analysis of migration stories. // *Qualitative Research in Psychology*. 2022. №19(2). P.295-315. DOI:10.1080/14780887.2019.1581311

139. Jones E. *Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Therapy*. // New York, Jason Aronson. 2000. P.354.

140. Jones R., Yates W.R., Zhou H.H. Readmission rates for adjustment disorder with depressed mood: comparison with other mood disorders. // *J Affect Disord*. 2002. №71. P. 199-203.

141. Kahneman D., Tversky A. *Choices, values, and frames*. New York: Russell sage Foundation. 2000. 860 p.

142. Kandel E.R. Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry. // *Am J Psychiatry*. 1999. № 156. P. 505-524.

143. Keitner G.I., Heru A.M., Glick I.D. Clinical Manual of Couples and Family Therapy. Washington DC. American Psychiatric Publishing. 2010. 461 p.
144. Kennedy J.L., Farrer L.A., Andreasen N.C. The genetics of adult-onset neuropsychiatric disease: complexities and conundra? 2003. №302. P. 822-826.
145. Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. // Arch Gen Psychiatry. 2005. № 62. P. 617-627.
146. Klein D.F. False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions: an integrative hypothesis. // Arch Gen Psychiatry 1993. № 50. P. 306-317.
147. Klein D.N. Schwartz J.E., Rose S. Five-year course and outcome of dysthymic disorder: a prospective naturalistic follow-up study. // Am J Psychiatry. 2000. №157.P. 931-939.
148. Klerman G.L., Weissman M.M., Rounsaville B.J. Interpersonal Psychotherapy of Depression. // New York, Basic Books.1984. №6. P.34-37.
149. Koval M., Venger O., Mysula Y. Features of affective symptoms in combatants with non-psychotic mental disorders that have suffered from COVID-19. // Wiadomosci Lekarskie. 2023. № 76(9). P. 1936-1942 DOI: 10.36740/wlek202309106 PMID: 37898928
150. Krishnan K.R. Monoamine oxidase inhibitors, in The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology, // 4th Edition. Edited by Schatzberg AF, Nemeroff CB. Washington, DC, American Psychiatric Publishing. 2009. P 389-401.
151. Kulischer E.M. Displaced Persons in the Modern World. Reappraising Our Immigration Policy. // The Annals of the American Academy of Political and Social Science. 1949. Vol. 262. P. 166-177.
152. Lee M.A., Flegel P., Greden J.F. Anxiogenic effects of caffeine on panic and depressed patients. // Am J Psychiatry. 1988. №145. P.632-635.

153. Li X., Frye M.A., Shelton R.C. Review of pharmacological treatment in mood disorders and future directions for drug development. // *Neuropsychopharmacology*. 2012. №37. P. 77-101.

154. Liebowitz M.R., Gelenberg A.J., Munjack D. Venlafaxine extended releasevs placebo and paroxetine in social anxiety disorder. // *Arch Gen Psychiatry*. 2005. №62. P. 190-198.

155. Linehan M.M. Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder. // New York. Guilford. 1993. №17. P. 168-169.

156. Manicavasagar V.C., Marnane C., Pini S. Adult separation anxietydisorder: a disorder comes of age. // *Curr Psychiatry Rep*. 2010. №12. P. 290-297.

157. Marakushin D., Vasyleva O., Chernobay L., Morozov O.V., Korobchanskij P.O. Brain integrated activity in conditions of adaptation to psychoemotional stress in medical students. // *Geordian Medical News*. 2019. № 3 (288). P.135-139.

158. Marakushin D., Vasyleva O., Melnychenko O., Chernobay L. та інші The level of organism functioning as an indicator of premorbid conditions. // *Inter Collegas*. 2019. Vol 6, № 4. P. 232-242.

159. Marczak M., Sorokowski P., Sobol M. Balanced time perspective as a facilitator of immigrants' psychological adaptation: A study among Ukrainian immigrants in Poland. // *Transcultural Psychiatry*. 2020. Vol. 58. DOI:10.1177/1363461520949673

160. Markova M.V., Savina M.V. Modern concepts and views on the problem of maladaptation. // *Медична психологія*. 2019. № 3 (55). С. 3-8. doi.org/10.31071/mps2019.03.003

161. Martell C., Addis M., Jacobson N. Depression in Context: Strategies for Guided Action. // New York, WW Norton. 2001. №45. P.183-187.

162. McLean K.C. The Emergence of Narrative Identity. *Social and Personality // Psychology Compass* 2008. №2(4), P. 1685-1702. DOI:10.1111/j.1751-9004.2008.00124.x

163. McWilliams N. *Psychoanalytic Psychotherapy: A Practitioner's Guide*. // New York, Guilford. 2004.
164. Mendelson W.B. Огляд доказів безпеки та ефективності тразодону при лікуванні безсоння. // *J Clin Psychiatry*. 2005. № 66. P. 469-476.
165. *Mental Disorders*. // 5th Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association. 2013. 427 p.
166. Miller K.E., Rasmussen A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. // *Social Science and Medicine*. 2010. №70. P. 7-16. DOI:10.1016/j.socscimed.2009.09.029
167. Mollica R.F., Poole C., Son L. Effects of war trauma on Cambodian refugee adolescents' functional health and mental health status. // *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*. 1997. №36. P. 106. DOI:10.1097/00004583-199708000-00017
168. Mooney E. The Concept of Internal Displacement and the Case for Internally Displaced Persons as a Category of Concern. // *Refugee Survey Quarterly*. 2005. №24(3). P. 9-26.
169. Moore B.E., Fine B.D. *Psychoanalysis: The Major Concepts*. // New Haven, CT, Yale University Press. 1999. №21. P.51-53.
170. Murthy R.S., Lakshminarayana R. Mental health consequences of war: a brief review of research findings. // *World Psychiatry*. 2006. №5(1). P. 25-30.
171. Nikolajchuk M. The constituent elements of the mechanism of regulation of migration processes of the rural population. // *Regional economy*. 2005. №3(37). P.105-112.
172. Noyes R., Clancy J., Garvey M.J. Is agoraphobia a variant of panic disorder or a separate illness? // *J Affect Disord*. 1987. № 1. P 3-13.
173. Noyes R., Clarkson C., Crowe R. A family study of generalized anxiety disorder. // *Am J Psychiatry*. 1987. № 144. P. 119-124.

174. O'Donnell M.L., Alkemade N., Creamer M. A longitudinal study of adjustment disorder after trauma exposure. // *Am J Psychiatry*. 2016. № 173. P.1231-1238.
175. O'Reardon J.P., Thase M.E., Papacostas G.I. Pharmacologic and therapeutic strategies in treatment-resistant depression. // *CNS Spectr* . 2009. №4. P.1-16.
176. Oxman T.E., Barrett J.E., Freeman D.H. Frequency and correlates of adjustment disorder related to cardiac surgery in older patients. // *Psychosomatics* 1994. № 35. P. 557-568.
177. Papadopoulos R. Refugees, home and trauma. *Therapeutic Care for Refugees. No Place Like Home*. // London: Karnac. 2002. 345 p.
178. Papastamatelou J., Unger A., Zachariadis A. Time Perspectives and Proneness to PTSD Among Syrian Refugees in Greece. // *Journal of Loss and Trauma*. 2020. P. 1-14. DOI:10.1080/15325024.2020.1793552
179. Pelkonen M., Marttunen M., Henricksson M. Adolescent adjustment disorder: precipitant stressors and distress symptoms in 89 outpatients. // *Eur Psychiatry*. 2007. № 22. P. 288-295.
180. Peterson M.J., Rumble M.E., Benca R.M. Insomnia and psychiatric disorders. // *Psychiatr Ann*. 2008. № 38. P. 597-605.
181. Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. // *American Psychiatric Association: second edition. Am J Psychiatry*. 2009. №166. P. 5–68.
182. Prib H.A., Beheza L.E., Raievska Y.M., Lapinska T.V., Markov A.R., Markova M.V. Psycho-Emotional Burnout of the Personality in the Conditions of War. // *Journal of Intellectual Disability Diagnosis and Treatment*. 2023. Vol. 11 No. 1 (2023). <https://doi.org/10.6000/2292-2598.2023.11.01.5>
183. Priebe S., Bogic M., Ajdukovic D. Mental disorders following war in the Balkans: a study in 5 countries. // *Archives of General Psychiatry*. 2010. № 67. P.28. DOI:10.1001/archgenpsychiatry.2010.37

184. Raskind M.A., Peskind E.R., Chow B. Trial of prazosin for posttraumatic stress disorder in military veterans. // *N Engl J Med*. 2018. №378. P. 507-517.
185. Ravindran L.N., Stein M.B. The pharmacologic treatment of anxiety disorders: a review of progress. // *J Clin Psychiatry*. 2010. №71. P. 839- 854.
186. Richards P.S., Bergin A.E. Handbook of Psychotherapy and Religious Diversity. // Washington, DC, American Psychological Association. 2000. №4 241 p.
187. Richardson G.S. The human circadian system in normal and disordered sleep. // *J Clin Psychiatry*. 2005. № 66(9). P. 3-9.
188. Roberson-Nay R.L., Eaves L.J., Hettema J.M. Childhood separation anxiety disorder and adult onset panic attacks share a common genetic diathesis. // *Depress Anxiet*. 2012. № 29. P. 320-327.
189. Rosa M.A., Lisanby S.H. Somatic treatments for mood disorders. // *Neuropsychopharmacology*. 2012. №37. P102-116.
190. Rothschild A.J. The Evidence-Based Guide to Antidepressant Medications. // Washington, DC, American Psychiatric Publishing. 2012. №4. P.214.
191. Schatzberg A.F., DeBattista C. Manual of Clinical Psychopharmacology, 9th Edition. // Washington, DC, American Psychiatric Association Publishing. 2019. P.156
192. Schlaepfer T.E., Nemeroff C.B. Neurobiology of Psychiatric Disorders. // New York. Elsevier. 2012.
193. Schumacher J., Kristensen A.S., Wendland J.R. The genetics of panic disorder. // *J Med Genet*. 2011. №48. P.361-368.
194. Seddon K., Nutt D. Pharmacologic treatment of panic disorder. // *Psychiatry*. 2007. №6. P. 198-203.
195. Simon R.I. Preventing Patient Suicide: Clinical Assessment and Management. Washington, DC. // American Psychiatric Publishing. 2011. №6. P.43-48.
196. Smoller J.W., Andreassen O.A., Edenberg H.J. Psychiatric genetics and the structure of psychopathology. // *Mol Psychiatry*. 2019. № 24. P. 409-420.

197. Steel Z., Chey T., Silove D. Association of torture and other potentially traumatic events with Mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and Displacement. // JAMA. 2009.P.302:537.
198. Stein D.J., Hollander E., Rothbaum B.O. Textbook of Anxiety Disorders, 2nd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Publishing. 2010. 754 p.
199. Stein D.J., Hollander E., Rothbaum B.O. Textbook of Anxiety Disorders, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Publishing. 2014. 822 p.
200. Stone M.H. Violent crimes and their relationship to personality disorders. // Personality and Mental Health. 2007. № 1. P. 138-153.
201. Sudak D. Cognitive Behavioral Therapy for Clinicians. // Baltimore, MD, Lippincott Williams, Wilkins. 2006. №7. P. 61-62.
202. the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. // Washington DC, American Psychiatric Publishing. 2014. №15. P.137-138.
203. Tytarenko T., Hapon N.P., Hrabovska S.L., Hrebin N.V. Person's life changing after trauma: a narrative analysis. Personality in society: psychological mechanisms of activity. // Lviv-Toruń: Liha-Pres. 2020. P. 139–154.
204. Vaillant G.E., Bond M., Vaillant C.O. An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. // Arch Gen Psychiatry. 1986. № 43. P. 786-794.
205. Venher O.P., Mysula Yu.I., Mysula M.S. Social and psychiatric aspects of the problem of emigration in Ukraine. // J Med Life. 2020. №13(3). C. 273-277. DOI: 10.25122/jml-2019-0122
206. Weissman A.A., Levy B.T., Hartz A.J. Pooled analysis of Antidepressant levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants. // Am J Psychiatry. 2004. № 161. P. 1066-1078.
207. Winston A., Rosenthal R.N., Pinsker H. Learning Supportive Psychotherapy: An Illustrated Guide. // Washington, DC, American Psychiatric Publishing. 2012. №24. P.135-136.
208. Wong S.T., Yoo G.J., Stewart A.L. An empirical evaluation of social support and psychological well-being in older Chinese and Korean immigrants. // Ethnicity and Health. 2007. №12. P. 43-67. DOI:10.1080/13557850600824104

209. Yalom I.D., Leszcz M. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. 5th Edition. New York, Basic Books. 2005.149 p.

210. Yates W.R. Phenomenology and epidemiology of panic disorder. // Ann Clin Psychiatry. 2009. № 21. P. 95-102.

211. Yonkers K.A., Gilstad-Hayden K., Forray A., Lipkind H.S. Association of panic disorder, generalized anxiety disorder, and benzodiazepine treatment during pregnancy with risk of adverse birth outcomes. // JAMA Psychiatry. 2017. № 74. P. 1145-1152.

212. Zeanah C.H., Chesher T., Boris N.W. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI): Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder. // J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2016. № 55. P. 990-1003.

213. Zięba M., Wiecheć K., Biegańska-Banaś J., Mielezczenko-Kowszewicz W. Coexistence of post-traumatic growth and post-traumatic depreciation in the aftermath of trauma: Qualitative and quantitative narrative analysis. // Frontiers in Psychology. 2019. № 687. DOI:10.3389/fpsyg.2019.00687.

214. Zimbardo P., Boyd J. The time paradox: The new psychology of time that will change your life. // Free Press. 2008. P. 321-326.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації**

1. Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Клініко-психопатологічні особливості депресивних розладів в осіб, які пережили бойові дії. // Медицина сьогодні і завтра. 2020. №3 (88). С. 83-88. <https://doi.org/10.35339/msz.2020.88.03.10> (авторкою особисто обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано емпіричний матеріал)
2. Кожина Г.М., Зеленська К.О., Красковська Т.Ю., Кожин М.І. Комплексний підхід в терапії розладів адаптації. // Український вісник психоневрології. 2020. Т. 28, № 4 (105). С. 34-39. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is4-2020-6> (дисертанткою запропоновано ідею роботи, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, підготовлено до друку рукопис)
3. Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Біосугестивна терапія в системі лікування стрес асоційованих розладів у вимушено переміщених осіб. // Медицина сьогодні і завтра. 2020. №4 (89). С. 66-73. <https://doi.org/10.35339/msz.2020.89.04.09> (авторкою особисто визначено мету дослідження, проведено систематизацію отриманих емпіричних даних)
4. Красковська Т.Ю. Гендерно орієнтована психотерапія тривожних розладів у вимушених переселенців. // Експериментальна і клінічна медицина. 2020. № 4 (89). С. 53-57. <https://doi.org/10.35339/ekm.2020.89.04.08>
5. Толстая Т.Ю. Клінічна феноменологія тривожних розладів у вимушених переселенців // Український вісник психоневрології. 2021. Т. 29, № 4 (109). С. 33-35. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is4-2021-6>
6. Зборовський О.М., Кожина Г.М., Симонян В.А., Кожин М.І., Сергієнко О.В., Табачнікова В.С., Толстая Т.Ю. Клінічна феноменологія соматоформних розладів та оцінка якості життя пацієнтів зони операції

об'єднаних сил та внутрішнього переміщених осіб. // Медицина сьогодні і завтра. 2021. №4. С. 74-80. <https://doi.org/10.35339/msz.2021.90.4.zks> (авторкою особисто проведена інтерпретація отриманих результатів та сформульовані висновки дослідження, підготовлено до друку рукопис)

7. Зеленська К.О., Толстая Т.Ю. Тривожні розлади у структурі стрес-асоційованих розладів у вимушених переселенців. // Експериментальна і клінічна медицина. 2023. № 3 (90). С. 64-69. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.3.zet> (дисертанткою особисто сформульована гіпотеза роботи, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, оброблено та проаналізовано отриманий емпіричний матеріал)

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

8. Kozhyna H.M., Zelenska K.O., Kraskovska T.Yu. The levels of anxiety in internally displaced persons in modern conditions. // Scientific discoveries: projects, strategies and development : The International Scientific and Practical Conference : collection of scientific papers, Edinburgh, UK, 25 October 2019 / European Scientific Platform. Edinburgh, 2019. Vol. 2. P. 26-27. (авторкою особисто визначено мету і завдання роботи, проведено інтерпретацію отриманих даних у роботі, сформульовані висновки рукопису)

9. Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Психотерапія як основна ланка патогенетичної терапії у вимушених переселенці з тривожними розладами // Психологічне консультування та психотерапія: виклики сучасності : матеріали міжнародної науково-практичної конференції. м. Харків, 15-16 листопада 2019 р.: збірник тез / Харків, 2019. С. 35-38. (дисертанткою особисто обґрунтовано використання необхідного психодіагностичного інструментарію, зібрано та проаналізовано емпіричний матеріал, підготовлено до друку рукопис)

10. Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Комплексна патогенетична терапія у вимушених переселенців з тривожними розладами. // Сучасні психологічні тенденції підтримки та відновлення психічного здоров'я

особистості: теорія та практика : матеріали міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції, м. Харків, 13-14 грудня 2019 р. : збірник тез / Харків, 2019. С. 31-32. (дисертанткою особисто зібрано, оброблено отриманий емпіричний матеріал)

11. Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Клінічна картина тривожних розладів у вимушених переселенців // Медицина третього тисячоліття : міжвузівська конференція молодих вчених та студентів, Харків, 20–22 січня 2020 р. : збірник тез / ХНМУ. Харків, 2020. С. 401-402. (авторкою особисто проведено систематизацію та інтерпретацію отриманих даних)

12. Zelenska K., Kraskovska T., Zelenska H. Clinical-psychopathological peculiarities of post-stress disorders in persons who have been survived the war. // Die wichtigsten vektoren für die entwicklung der wissenschaft im jahr 2020 : zu den materialien internationalen wissenschaftlich-praktischen Konferenz Luxembourg, Grand Duchy of Luxembourg, 24 Januar 2020 : collection of scientific papers / European Scientific Platform. Luxembourg, 2020. Band 1. S. 90-91. (авторкою особисто сформульована проблема дослідження, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, зібрано емпіричний матеріал, підготовлено до друку рукопис)

13. Зеленська К.О., Красковська Т.Ю., Зеленська Г.М. Вплив перенесеної стресової події на вираженість тривожної та депресивної симптоматики у вимушених переселенців. // Les tendances actuelles de la mondialisation de la science mondiale : collection de papiers scientifiques «ΛΟΓΟΣ» avec des matériaux de la conférence scientifique et pratique internationale (Vol. 2), 3 avril, 2020. Monaco, Principauté de Monaco / Plateforme scientifique européenne. Monaco, 2020. Vol. 2. P. 46-47. (авторкою особисто проведено аналіз отриманого у дослідженні матеріалу, написано висновки дослідження)

14. Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Ступінь нервово-психічної напруги та тривожності у вимушених переселенців та мешканців Харківської області. // Від експериментальної та клінічної патофізіології до досягнень сучасної медицини і фармації : збірник тез II Науково-практичної конференції

студентів та молодих вчених з міжнародною участю, Харків, 15 травня 2020. Харків : НАФАУ, 2020. С. 88-89. (дисертанткою особисто було запропоновано ідею роботи, проведено аналіз отриманих даних, підготовлено роботу до друку)

15. Зеленська К.О., Красковська Т.Ю., Зеленська Г.М. Гендерні особливості афективних розладів у вимушених переселенців. // Проблема людини у соціально-гуманітарному та медичному дискурсах : матеріали науково-практичної онлайн конференції з міжнародною участю, Харків, 28 -29 травня 2020. Харків : ХНМУ. С. 44-45. (авторкою особисто сформульована проблема дослідження та подана ідея, проведено аналіз отриманої інформації, підготовлено висновки рукопису)

16. Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Рівні тривожної та депресивної симптоматики у вимушених переселенців в сучасних умовах. // Актуальні питання клінічної медицини : тези за матеріалами XIV Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю (20 листопада 2020 р., м. Запоріжжя). Запоріжжя, 2020. С. 78-79. (авторкою особисто запропоновано мету та завдання роботи, проаналізовано основні аналітичні матеріали)

17. Кожина Г.М., Красковська Т.Ю. Ефективність психотерапії тривожних розладів у вимушених переселенців. // Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: історичні та психологічні наслідки: Збірник тез І Міжнародної наукової конференції присвяченої 35 роковинам аварії на ЧАЕС, 22-23 квітня 2021 р. / Упорядники: А.А. Криськов, В.В. Вишньовський та Н.В. Габрусєва. Тернопіль: ФОП Паляниця В. А., 2021 С. 37-38. (авторкою особисто проаналізовано емпіричний матеріал, підготовлено висновки та роботу до друку)

18. Кожина Г.М., Зеленська К.О., Стрельнікова І.М., Юдін М.А., Толстая Т.Ю. Психотерапія тривожних розладів у вимушених переселенців. // Сучасні психологічні тенденції підтримки та відновлення психічного здоров'я особистості: теорія та практика : II міжнародна міждисциплінарна науково-практична конференція, Харків, 24-25 вересня 2021 р. : збірник тез доповідей.

Харків, 2021. С. 44-45. (дисертанткою особисто здійснено аналіз отриманих даних, підготовлено до друку рукопис)

19. Толстая Т.Ю. Ефективність біосугестивної терапії у лікуванні тривожних розладів у вимушено переміщених осіб // XV Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини», Запоріжжя, 19 листопада 2021 р. : тези за матеріалами. Запоріжжя, 2021. С. 307-308

20. Толстая Т.Ю. Психотерапія, як компонент комплексного лікування тривожних розладів у вимушених переселенців // Медицина третього тисячоліття: міжвузівської конференції молодих вчених та студентів. Харків, 24-26 січня 2022р. : збірник тез. Харків, 2022. С. 366-377.

21. Tolstaia T. Effectiveness of psychotherapy of anxiety disorders in forced migrants depending on gender. // ISIC – 2022 : International Scientific Interdisciplinary Conference, Kharkiv, 23–25th November 2022 : abstract book. KhNMU. Kharkiv, 2022. P. 141-142.

22. Толстая Т.Ю. Психотерапія тривожних розладів у вимушених переселенців. // Медицина третього тисячоліття : Фестиваль молодіжної науки : збірник тез конференції, Харків, 13–15 лютого 2023 / Харківський національний медичний університет. Харків : ХНМУ, 2023. С. 271-272.

Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

23. Tolstaia T.Yu. Pathogenetically substantiated complex therapy program of anxiety disorders in internally displaced persons. // Journal of Education, Health and Sport. 2021. Vol. 11 № 11. P. 188-193. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2021.11.11.017>

24. Кожина Г.М., Терьошина І.Ф., Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Патент на винахід № 122655 (UA), МПК С07С 215/06 Спосіб лікування осіб похилого віку, хворих на генералізований тривожний розлад з переважанням ідеаторного компонента тривоги. // Харківський національний медичний університет;

№ а202002218; заявл. 03.04.2020; опубл. 10.12.2020, бюл. № 23. (авторкою особисто сформульовано гіпотезу роботи, проведено аналіз отриманого матеріалу дослідження)

25. Кожина Г.М., Зеленська К.О., Красковська Т.Ю. Патент на корисну модель № 144223 Україна, МПК А61К 31/40. Спосіб комплексного лікування тривожних розладів у хворих на органічну патологію головного мозку. // Харківський національний медичний університет; № u202002953; заявл. 18.05.2020; опубл. 10.09.2020, бюл. № 17. (дисертанткою особисто сформульована проблема дослідження проведено аналіз отриманих даних)

Апробація результатів дисертації.

Основні положення дисертаційної роботи оприлюднено та обговорено на наступних наукових форумах, конференціях: International Scientific Interdisciplinary Conference (Харків, 18-20.09.2019); міжнародній науково-практичній конференції «Психологічне консультування і психотерапія: виклики сучасності» (Харків, 15-16.11.2019); міжнародній міждисциплінарній науково-практичній конференції «Сучасні психологічні тенденції підтримки та відновлення психічного здоров'я особистості: теорія та практика» (Харків, 13-14.12.2019); науковій сесії та міжвузівській конференції молодих вчених та студентів «Медицина третього тисячоліття» (Харків, 20–22.01.2020); II науково-практичній конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Від експериментальної та клінічної патофізіології до досягнень сучасної медицини та фармації» (Харків, 15.05.2020); науково-практичній конференції студентів, молодих вчених та лікарів «Kharkiv international annual scientific meeting (KhIASM) 2020» (Харків, 22.05.2020); International Scientific Interdisciplinary Conference (ISIC) – 2020 (Харків, 8-9.10.2020); XIV всеукраїнській науково-практичній конференції молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини» (Дистанційно в ONLINE форматі) (Запоріжжя, 20.11.2020); Міжвузівській конференції молодих вчених та студентів «Медицина третього тисячоліття» (Харків, 18-20.01.2021); Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психіатрія, наркологія, клінічна психологія та загальна медична практика: міждисциплінарні питання сучасності» (Київ – Харків – Дніпро – Полтава – Львів – Вінниця – Бранденбург – Мюнхен – Дюссельдорф – Вашингтон – Лондон 22 – 23.04.2021); Kharkiv international annual scientific meeting (KhIASM'21) (Харків, 12-14.05.2021); Науково-практичній on-line конференції з міжнародною участю «Якість медичних послуг в сфері психічного здоров'я» (Харків, 20-21.05.2021); науково-практичному симпозіумі з міжнародною участю «Персоніфіковані підходи щодо неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги» (Харків, 7-8.10.2021); International Scientific

Interdisciplinary Conference (ISIC) – 2021 (Харків, 20-21.10.2021); IV науково-практичній конференції «Психосоматична медицина: наука і практика» (Київ, 5-6.11.2021); II Всеукраїнській науково-практичній конференції «Актуальні проблеми медицини сектору безпеки та оборони. Виклики сьогодення» (Київ, 23-24.12.2021); міжвузівській конференції молодих вчених та студентів «Медицина третього тисячоліття» (Харків, 24-26.01.2022); VI Національному конгресі неврологів, психіатрів та наркологів України «Неврологія, психіатрія та наркологія у сучасному світі: глобальні виклики та шляхи розвитку» (Харків, 6-8.10.2022); III конгресі з міжнародною участю «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» (Київ, 4-6.11.2022); ISIC-2022 : International Scientific Interdisciplinary Conference for medical students and young scientists (Kharkiv, 23 – 24.11.2022); Міжвузівській конференції молодих вчених та студентів «Медицина третього тисячоліття» (Харків, 13–15.01.2023); V Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика» (Київ, 21-22.04.2023); Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психічні та психологічні розлади під час війни: лікування та реабілітація» (Харків, 24-25.05.2023р.); VI Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Психосоматична медицина: наука та практика» (Київ, 2-3.11.2023); міжнародній науково-практичній конференції «Освіта і наука в період глобальних криз та конфліктів у XXI столітті» (Київ, 8-9.12.2023).

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Начальник Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь»
полковник медичної служби
Олег КОПІСНИК

«20 23 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод гендерно орієнтованої психотерапії тривожних розладів у вимушених переселенців.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2021 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): / **Красковська Т.Ю. Гендерно орієнтована психотерапія тривожних розладів у вимушених переселенців // Експериментальна і клінічна медицина. 2020. № 4 (89). С. 53-57.**
4. Де і коли впроваджено: **Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь».**
5. Результати застосування методу за період **2021-2023 рр.**
Покращення лікування вимушених переселенців з тривожними розладами за рахунок психотерапії в залежності від статі пацієнта.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікування тривожних розладів у вимушених переселенців в залежності від статі.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження _____

Начальник клініки психіатричної (з палатами для наркологічних хворих) НВМКЦ «ГВКГ»
полковник медичної служби


Олег ДРУЗЬ

_____ (дата)

_____ (підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»



Начальник Національного військово-медичного клінічного центру
«Головний військовий клінічний госпіталь»
полковник медичної служби
Олег КОЛІСНИК

2023 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод діагностики тривожних розладів у вимушених переселенців.**
 2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2021 р.**
 3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): / **Толстая Т.Ю. Клінічна феноменологія тривожних розладів у вимушених переселенців // Український вісник психоневрології. 2021. Т. 29, № 4 (109). С. 33-35.**
 4. Де і коли введено: **Національний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь».**
 5. Результати застосування методу за період **2021-2023 рр.**
Покращення діагностики тривожних розладів у вимушених переселенців.
 6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості надання комплексної допомоги на етапі встановлення діагнозу з групи тривожних розладів у вимушених переселенців.**
 7. Зауваження, пропозиції: **немає.**
- Відповідальний(і) за впровадження** _____

Начальник клініки психіатричної (з палатами для наркологічних хворих)
НВМКЦ «ГВКГ»
полковник медичної служби

Олег ДРУЗЬ

(дата) _____

(підпис)



ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Ректор
 Дніпровський державний медичний університет
 Перцева Т.О.
 «12» 2023 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод гендерно орієнтованої психотерапії тривожних розладів у вимушених переселенців.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2021 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): / **Красковська Т.Ю. Гендерно орієнтована психотерапія тривожних розладів у вимушених переселенців // Експериментальна і клінічна медицина. 2020. № 4 (89). С. 53-57.**
4. Де і коли впроваджено: **кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровський державний медичний університет.**
5. Результати застосування методу за період **2021-2023 рр.**
Покращення лікування вимушених переселенців з тривожними розладами за рахунок психотерапії в залежності від статі пацієнта.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікування тривожних розладів у вимушених переселенців в залежності від статі.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

Верішаном, мед. психології В.В. Верішаном

01.12.23

(дата)

(підпис)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Директор
Комунального некомерційного підприємства
«Дніпропетровська клінічна
психіатрична лікарня»
Дніпропетровської обласної ради

Мороз С.М.

С.М. Мороз 12 2023 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод гендерно орієнтованої психотерапії тривожних розладів у вимушених переселенців.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2021 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): / **Красковська Т.Ю. Гендерно орієнтована психотерапія тривожних розладів у вимушених переселенців // Експериментальна і клінічна медицина. 2020. № 4 (89). С. 53-57.**
4. Де і коли введено: **КНП «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня» ДОР.**
5. Результати застосування методу за період **2021-2023 рр.**
Покращення лікування вимушених переселенців з тривожними розладами за рахунок психотерапії в залежності від статі пацієнта.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікування тривожних розладів у вимушених переселенців в залежності від статі.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

Коресей Марієт Тригоровська
05.12.2023

(дата)

(підпис)


«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Директор
 Комунального некомерційного підприємства
 «Дніпропетровська клінічна
 психіатрична лікарня»
 Дніпропетровської обласної ради
 Мороз С.М.
 «04» 12 2023 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод діагностики тривожних розладів у вимушених переселенців.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2021 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): / **Толстая Т.Ю. Клінічна феноменологія тривожних розладів у вимушених переселенців // Український вісник психоневрології. 2021. Т. 29, № 4 (109). С. 33-35.**
4. Де і коли введено КНП «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня» ДОР.
5. Результати застосування методу за період **2021-2023 рр.**
Покращення діагностики тривожних розладів у вимушених переселенців.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) підвищення якості надання комплексної допомоги на етапі встановлення діагнозу з групи тривожних розладів у вимушених переселенців.
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

Корсєв Андрій Сергійович

05.12.2023р

(дата)

(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
Комунального некомерційного підприємства
Харківської обласної ради
«Обласна клінічна наркологічна лікарня»

Слюсар В.В.
« 21 » 08 20 2023 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод гендерно орієнтованої психотерапії тривожних розладів у вимушених переселенців.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2021 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): / **Красковська Т.Ю. Гендерно орієнтована психотерапія тривожних розладів у вимушених переселенців // Експериментальна і клінічна медицина. 2020. № 4 (89). С. 53-57.**
4. Де і коли впроваджено: **КНП ХОР «Обласна клінічна наркологічна лікарня».**
5. Результати застосування методу за період **2021-2023 рр.**
Покращення лікування вимушених переселенців з тривожними розладами за рахунок психотерапії в залежності від статі пацієнта.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікування тривожних розладів у вимушених переселенців в залежності від статі.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження лікар-психіатр
Зеленська Т.С.

21.08.2023 р.
(дата)

ЗВ
(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
 Комунального некомерційного підприємства
 Харківської обласної ради
 «Обласна клінічна наркологічна лікарня»

Слюсар В.В.
 « 25 » 08 20 2023 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод діагностики тривожних розладів у вимушених переселенців.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2021 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): / **Толстая Т.Ю. Клінічна феноменологія тривожних розладів у вимушених переселенців // Український вісник психоневрології. 2021. Т. 29, № 4 (109). С. 33-35.**
4. Де і коли введено КНП ХОР «Обласна клінічна наркологічна лікарня».
5. Результати застосування методу за період **2021-2023 рр.**
Покращення діагностики тривожних розладів у вимушених переселенців.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості надання комплексної допомоги на етапі встановлення діагнозу з групи тривожних розладів у вимушених переселенців.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження лікар-психіатр
Землецька Т.С.

25.08.2023 р.
 (дата)

Зв
 (підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
Державна установа«Інститут неврології, психіатрії та
наркології Національної академії
медичних наук України»

Лінський І.В.

«15» 08 2023 р.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод діагностики тривожних розладів у вимушених переселенців.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2021 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): / Толстая Т.Ю. Клінічна феноменологія тривожних розладів у вимушених переселенців // Український вісник психоневрології. 2021. Т. 29, № 4 (109). С. 33-35.
4. Де і коли введено ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України».
5. Результати застосування методу за період **2021-2023 рр.**
Покращення діагностики тривожних розладів у вимушених переселенців.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) підвищення якості надання комплексної допомоги на етапі встановлення діагнозу з групи тривожних розладів у вимушених переселенців.
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження зав. відділу, к.мед. н.Заворотний В.І.15.08.2023р.
(дата)

(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
Державна установа
«Інститут неврології, психіатрії та
наркології Національної академії
медичних наук України»
Лінський І.В.



«22» 08 2023 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод гендерно орієнтованої психотерапії тривожних розладів у вимушених переселенців.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2021 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): / **Красковська Т.Ю. Гендерно орієнтована психотерапія тривожних розладів у вимушених переселенців // Експериментальна і клінічна медицина. 2020. № 4 (89). С. 53-57.**
4. Де і коли впроваджено: **ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України».**
5. Результати застосування методу за період **2021-2023 рр.**
Покращення лікування вимушених переселенців з тривожними розладами за рахунок психотерапії в залежності від статі пацієнта.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікування тривожних розладів у вимушених переселенців в залежності від статі.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження зав. відділ. к. мед. н.

Зіверський В.І.

22.08.2023р.

(дата)

(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи
Тернопільського національного медичного
університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

проф. Запорожан С.Й.

«17» 11 2023 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод гендерно орієнтованої психотерапії тривожних розладів у вимушених переселенців.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2021 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): / **Красковська Т.Ю. Гендерно орієнтована психотерапія тривожних розладів у вимушених переселенців // Експериментальна і клінічна медицина. 2020. № 4 (89). С. 53-57.**
4. Де і коли впроваджено: **центр психологічного консультування Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського.**
5. Результати застосування методу за період **2021-2023 рр.**
Покращення лікування вимушених переселенців з тривожними розладами за рахунок психотерапії в залежності від статі пацієнта.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікування тривожних розладів у вимушених переселенців в залежності від статі.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження *завідувач кафедри психіатрії, наркології та мед. психології Запорожан С.Й.*

17.11.2023
(дата)

(підпис)

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з науково-педагогічної та лікувальної роботи
Тернопільського національного медичного
університету імені І.Я. Горбачевського МОЗ України
проф. Запорожан С.Й.



11 2023 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод діагностики тривожних розладів у вимушених переселенців.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2021 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): / Толстая Т.Ю. Клінічна феноменологія тривожних розладів у вимушених переселенців // Український вісник психоневрології. 2021. Т. 29, № 4 (109). С. 33-35.
4. Де і коли впроваджено: **центр психологічного консультування Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського.**
5. Результати застосування методу за період **2021-2023 рр.**
Покращення діагностики тривожних розладів у вимушених переселенців.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості надання комплексної допомоги на етапі встановлення діагнозу з групи тривожних розладів у вимушених переселенців.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження Завідувач кафедри психіатрії, наркології та мед. психології: Запорожан С.Й.

17.11.2023
(дата)


(підпис)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Генеральний директор
 Комунального некомерційного підприємства
 «Тернопільська обласна
 клінічна психоневрологічна лікарня»
 Тернопільської обласної ради
 Шкробот В.В.

«__» _____ 20__ р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод гендерно орієнтованої психотерапії тривожних розладів у вимушених переселенців.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2021 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): / **Красковська Т.Ю. Гендерно орієнтована психотерапія тривожних розладів у вимушених переселенців // Експериментальна і клінічна медицина. 2020. № 4 (89). С. 53-57.**
4. Де і коли впроваджено: **КНП «Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня» ТОВ.**
5. Результати застосування методу за період **2021-2023 рр.**
Покращення лікування вимушених переселенців з тривожними розладами за рахунок психотерапії в залежності від статі пацієнта.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікування тривожних розладів у вимушених переселенців в залежності від статі.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження Шершун О.С., завідувач Ю. Шершун

9. 11. 2023
 (дата)

[Підпис]
 (підпис)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Генеральний директор
Комунального некомерційного підприємства
«Тернопільська обласна
клінічна психоневрологічна лікарня»
Тернопільської обласної ради
Шкробот В.В.
 «__» _____ 20__ р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод діагностики тривожних розладів у вимушених переселенців.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2021 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): / **Толстая Т.Ю. Клінічна феноменологія тривожних розладів у вимушених переселенців // Український вісник психоневрології. 2021. Т. 29, № 4 (109). С. 33-35.**
4. Де і коли введено **КНП «Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня» ТОР.**
5. Результати застосування методу за період **2021-2023 рр.**
Покращення діагностики тривожних розладів у вимушених переселенців.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості надання комплексної допомоги на етапі встановлення діагнозу з групи тривожних розладів у вимушених переселенців.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження

Метод *ведісеу* *завдувач* *Ю. М. Шкробот*
Метод *ведісеу* *Метод* *ведісеу* *0. 4*

4. 11. 2025
(дата)

Шкробот
(підпис)



Директор
Навчально-наукового медичного комплексу
«Університетська клініка»
Мальцев А.В.

«29» 08. 2023 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод гендерно орієнтованої психотерапії тривожних розладів у вимушених переселенців.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2021 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): / **Красковська Т.Ю. Гендерно орієнтована психотерапія тривожних розладів у вимушених переселенців // Експериментальна і клінічна медицина. 2020. № 4 (89). С. 53-57.**
4. Де і коли впроваджено: **Навчально-науковий медичний комплекс «Університетська клініка».**
5. Результати застосування методу за період **2021-2023 рр.**
Покращення лікування вимушених переселенців з тривожними розладами за рахунок психотерапії в залежності від статі пацієнта.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) **підвищення якості лікування тривожних розладів у вимушених переселенців в залежності від статі.**
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження Керівник Центру психічного здоров'я Коростій В.І.

29.08.2023р.
(дата)

Ваш
(підпис)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

**Директор
Навчально-наукового медичного комплексу
«Університетська клініка»**

Мальцев А.В.

«07» 09 2023 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції (метод профілактики, діагностики, лікування, пристрій, форма організаційної роботи та ін.): **Метод діагностики тривожних розладів у вимушених переселенців.**
2. Ким і коли запропонований: **Харківський національний медичний університет, м. Харків, пр. Науки 4, 2021 р.**
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертація, монографія, з'їзди, конференції, семінари та ін.): / Толстая Т.Ю. Клінічна феноменологія тривожних розладів у вимушених переселенців // Український вісник психоневрології. 2021. Т. 29, № 4 (109). С. 33-35.
4. Де і коли введено: **Навчально-науковий медичний комплекс «Університетська клініка».**
5. Результати застосування методу за період **2021-2023 рр.**
Покращення діагностики тривожних розладів у вимушених переселенців.
6. Ефективність впровадження за критеріями, висловленими в джерелі інформації (п.3) підвищення якості надання комплексної допомоги на етапі встановлення діагнозу з групи тривожних розладів у вимушених переселенців.
7. Зауваження, пропозиції: **немає.**

Відповідальний(і) за впровадження Керівник Центру психічного здоров'я Жорстий В.Т.

07.09.2023р.
(дата)

Баш
(підпис)

Онлайн сервіс створення та перевірки кваліфікованого та удосконаленого електронного підпису

ПРОТОКОЛ
створення та перевірки кваліфікованого та удосконаленого електронного підпису

Дата та час: 23:23:00 19.12.2023

Назва файлу з підписом: Дисертація_Толстая фінал.pdf.p7s
Розмір файлу з підписом: 6.5 МБ

Перевірені файли:
Назва файлу без підпису: Дисертація_Толстая фінал.pdf
Розмір файлу без підпису: 6.5 МБ

Результат перевірки підпису: Підпис створено та перевірено успішно. Цілісність даних підтверджено

Підписувач: ТОЛСТАЯ ТЕТЯНА ЮРІЇВНА
П.І.Б.: ТОЛСТАЯ ТЕТЯНА ЮРІЇВНА
Країна: Україна
РНОКПП: 3318703345
Організація (установа): ФІЗИЧНА ОСОБА
Час підпису (підтверджено кваліфікованою позначкою часу для підпису від Надавача): 23:22:58
19.12.2023
Сертифікат виданий: КНЕДП АЦСК АТ КБ "ПРИВАТБАНК"
Серійний номер: 5E984D526F82F38F0400000049FA3001FCDB9404
Алгоритм підпису: ДСТУ-4145
Тип підпису: Удосконалений
Тип контейнера: Підпис та дані в CMS-файлі (CAdES)
Формат підпису: З повними даними ЦСК для перевірки (CAdES-X Long)
Сертифікат: Кваліфікований