

# Характеристика депресивних розладів у вимушених переселенців внаслідок бойових дій

Вячеслав Мішиєв

Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика

Ірина Чумакова

Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика

Вивчено феноменологію депресивних розладів у 96 переселенців, які були розподілені на дві підгрупи з ознаками рекурентного депресивного розладу (РДР; F 33) – 34 особи та з ознаками розладу адаптації у вигляді пролонгованої депресивної реакції (ПДР; F 43.21) – 62 особи. Проводилося клініко-психопатологічне дослідження із застосуванням структурованого інтерв'ю і психодіагностичне дослідження за допомогою шкали депресії М. Гамільтона (HDRS) та шкали суб'єктивної оцінки вираженості симптомів депресії и А. Т. Бека (BDI).

За аналізом скарг в групах дослідження встановлено, що для осіб з ознаками ПДР були характерні скарги соматичного профілю: погіршення апетиту, сну, працездатності та зниження лібідо. Менш виразними були скарги афективної спрямованості: роздратування та відчуття напруги. Для групи на РДР характерні виражені скарги як афективної, так і соматичної спрямованості.

За даними психодіагностичного дослідження встановлено, що хворі на ПДР 81,08% (54 особи) мають легкі прояви депресії та у 17,57% (7 осіб) – відсутні депресивні прояви. Для групи з ознаками РДР характерні достовірно більш високі показники депресії - у 37,5% (14 осіб) – середні показники та 62,5% легкі (20 осіб). У 77,03% з ознаками ПДР депресивні прояви акцентуються на порушеннях сну, відчуття напруги, зниження працездатності, необґрунтованого відчуття тривоги при невілюванні загрози психічного стану свого здоров'я.

Для переселенців з ознаками РДР прояви депресії супроводжуються не тільки фізіологічним дискомфортом та змінами у фізичному стані (загальмованість, напруженість, відсутність сну, зниження лібідо, загальносоматичні симптоми та соматична тривога), а і психоемоційним перевантаженням від почуття провини із суїцидальними думками як мірою відчуття провини і самозвинувачення. За результатами самооцінювання особи з ПДР відмічають у 51,35% легкі прояви депресивної симптоматики, а 14,87% взагалі відсутність дискомфорту емоційного стану, і лише 33,78% - зазначають прояви депресії помірного рівня. Тоді як, особи з РДР більш негативно оцінюють свій стан та 50,00% мають скарги помірного рівня депресії і 33,33% - виразні прояви депресії. За результатами опитувальника шкали депресії Бека маємо достовірне розмежування категорій скарг, які утворюють фабулу депресивної симптоматики. Для групи з ПДР - це соматичні прояви за самооцінюванням, а для групи з ознаками РДР - це афективно-когнітивна сфера.

---

## Актуальність теми

В останні роки бойові дії справляють вельми негативний вплив на психічне здоров'я української популяції [1]. Мільйони українців становляться біженцями, змушеними шукати безпеку та відносну стабільність в різних регіонах країни. Досить велика кількість країн також стикаються з подібними проблемами [2]. Війна та конфлікти на території країни часто призводять до того, що багато людей змушені залишити свій будинок і переїхати в інші регіони [3]. Такі люди називаються внутрішньо переміщеними особами, або переселенцями. Вони стикаються з різними проблемами, такими як втрата будинку та майна, розрив зв'язків із рідними та близькими, необхідність починати все спочатку, зіткнення з новою середою, а також проблеми, пов'язані з психологічним станом [4,5]. Встановлено, що через два роки від початку повномасштабної війни вимушені переселенці в Польщі страждають від ознак ПТСР, високого рівня депресії, середньої тривожності, ригідності та агресивності [6]. Оскільки переселення саме по собі - це стресова подія, вимушені переселенці (ВП) з зони бойових дій є однією з найбільш вразливих груп населення, яка безумовно зіткнулася з повторним психотравматичним досвідом (загрозою для власного життя та життя родичів й близьких, втратою житла, погіршенням або руйнуванням сімейних зв'язків, загостренням вже наявних фізичних та психічних проблем, погіршенням соціальної підтримки, фінансовою нестабільністю тощо) [7]. Депресивні розлади (ДР) є одними з найбільш важких і тривалих розладів афективного спектру, які для переселенців з зони бойових дій набуває особливого значення. Описана в сучасній літературі клінічна характеристика ДР обмежується лише операціональною діагностикою та клініко-статистичними характеристиками ознак цього розладу у цивільних осіб. Допомога ВП з ДР передбачає призначення складної комплексної програми медичних, психологічних та соціальних заходів [8,9]. Принципово важливим для цього є своєчасна об'єктивна диференційована діагностика депресивних розладів [10]. Для надання диференційованої допомоги необхідна мультиаксіальна характеристика хвороби, що об'єднує клініко-психопатологічні, операціонально-діагностичні, патопсихологічні показники.

Цивільні особи, які постраждали від війни, мають більший ризик розвитку проблем із психічним здоров'ям, аніж учасники бойових дій. Ці стани можуть призвести до проблем із психічним здоров'ям, а також вплинути на адаптацію до нових умов життя. Оскільки вивчення емоційного стану біженців та переселенців є важливим кроком у наданні їм підтримки та допомоги.

## **Мета роботи**

Провести порівняльний аналіз феноменології депресивних станів у вимушених переселенців і виділити найбільш значущі діагностичні ознаки.

## **Матеріали та методи дослідження**

В дослідження увійшли 96 переселенців, які були розподілені на дві групи за показниками вираженості стресового реагування з ознаками рекурентного депресивного розладу (РДР; F 33) - 34 особи та з ознаками розладу адаптації у вигляді пролонгованої депресивної реакції (ПДР; F 43.21) - 62 особи.

В ході роботи: досліджено клініко-психопатологічну феноменологію порушень психічної сфери депресивного спектру у переселенців; - визначені особливості стресового реагування; оцінено їх психоемоційний стан. Типологізовані індивідуально-психологічні особливості депресивних станів у переселенців, що дало змогу виділити певні їх складові, які визначені нами як превентори та предиктори порушень психологічної адаптації.

Структуроване інтерв'ю проводилось з метою визначення: провідних скарг, які обумовлювали формування емоційних порушень у структурі дезадаптивних розладів у переселенців; провідних скарг, які обумовлювали формування емоційних порушень у переселенців; невротичних реакцій на умови перебування в умовах тимчасового перебування.

Для визначення рівня депресії у обстежених хворих застосовувалися відповідні шкали: шкала депресії М. Гамільтона (Hamilton, HDRS, 1967) [11], для об'єктивної оцінки вираженості депресії; шкала А. Т. Бека (BDI, в 1961 р) [12], для виявлення суб'єктивної оцінки вираженості симптомів депресії.

## Результати та їх обговорення

В ході проведеного дослідження були отримані наступні результати.

За аналізом скарг в групах дослідження встановлено, що для осіб з ознаками ПДР найбільш характерними були скарги соматичного профілю, а саме: погіршення апетиту, сну, працездатності та зниження лібідо. Щодо скарг афективної спрямованості, то найбільш виразними були роздратування та відчуття емоційної напруги. Для групи з ознаками РДР характерними були скарги як афективної, так і соматичної спрямованості. Хворі описували втрату апетиту, зниження ваги, диссомнічні прояви. На цьому фоні спостерігалися скарги на втрату потягу до будь якої активності, ангедонію, поганий настрій з характерною добовою динамікою, безперспективність існування.

При проведенні психодіагностичного дослідження за шкалою HDRS були отримані результати, представлені в таблиці №1.

Рівень	Загальна кількість, n=96				Критерій Фішера Ф <sub>эмп</sub>
	Особи з ознаками ПДР, n=62		Особи з ознаками РДР n=34		
	Абс. число	%	Абс. число	%	
Тяжка (19-22 балів)	0	0,00	0	0,00	**
Середня (14-18 балів)	1	1,35	14	37,5	*
Легка (8-13 балів)	54	81,08	20	62,5	-
Відсутність (≤7 балів)	7	17,57	0	0,00	-

**Table 1. Співставлення показників об'єктивної оцінки депресії в групах дослідження (за даними методики оцінки депресії Гамільтона, HDRS)** \* - різниця показників групи 1 від показників групи 2 за критерієм  $\phi$  - кутове перетворення Фішера достовірне ( $\rho_\phi < 0,05$ ) \*\* - різниця показників групи 1 від показників групи 2 за критерієм  $\phi$  - кутове перетворення Фішера достовірне ( $\rho_\phi < 0,01$ ).

Як видно із таблиці, в групі з ознаками ПДР 81,08% (54 особи) мають прояви депресії та у 17,57% (7 осіб) - відсутні депресивні прояви. Для переселенців з ознаками РДР характерні достовірно більш вищі показники депресії : у 37,5% (14 осіб) - середні показники та у 62,5% легкі (20 осіб), що загально відображає більш негативний стан емоційної сфери у цієї групи. Отримані результати щодо розподілу рівня депресії групах переселенців вказують на певну тяжкість емоційних порушень та гальмування загального процесу адаптації внаслідок цього.

В таблиці №2 представлена феноменологія оціночних складових депресивних проявів за даними методики оцінки депресії Гамільтона (HDRS).

№ п/п	Пункти шкали	Загальна кількість, n=96		За критерієм t-Стьюдента
		Група з ознаками ПДР, n=62	Група з ознаками РДР, n=34	
		M±m	M±m	
1.	Депресивний настрій	1,41	3,09	<b>2,75**</b>
2.	Відчуття провини	1,39	3,34	<b>2,81**</b>
3.	Суїцидальність	0,78	2,59	<b>1,75**</b>
4.	Труднощі засинання	3,36	3,24	0,39
5.	Переривчатий сон	1,78	3,19	<b>1,93*</b>

6.	Раннє пробудження	3,11	2,04	1,21
7.	Робота діяльність	2,01	3,47	1,26
8.	Загальмованість	1,42	2,74	1,08
9.	Напруга	3,16	3,65	0,18
10.	Психічна тривога	3,72	1,74	<b>2,59*</b>
11.	Соматична тривога	1,29	3,58	<b>2,68**</b>
12.	Зниження апетиту	1,08	2,86	1,47
13.	Загальносоматичні симптоми	1,12	3,26	<b>2,73**</b>
14.	Зниження лібідо	1,49	3,17	<b>2,08*</b>
15.	Іпохондрія	0,78	1,24	0,45
16.	Зниження ваги	1,03	1,46	0,27
17.	Критика до стану	2,79	2,48	0,36

**Table 2. Співставлення складових депресії в групах дослідження**(за даними методики оцінки депресії Гамільтона, HDRS) \*- різниця показників в групах дослідження за критерієм t - Стьюдента ( $p < 0,05$ ); \*\* - різниця показників в групах дослідження за критерієм t - Стьюдента ( $p < 0,01$ ).

Як видно з таблиці, у осіб з ознаками ПДР депресивні прояви акцентуються на порушеннях сну, відчуття напруги, зниження працездатності, необґрунтованого відчуття тривоги при невілюванні загрози психічного стану свого здоров'я.

Для переселенців з ознаками РДР прояви депресії супроводжуються не тільки фізіологічним дискомфортом та змінами у фізичному стані (загальмованість, напруженість, відсутність сну, зниження лібідо, загальносоматичні симптоми та соматична тривога), а і психоемоційним перевантаженням від почуття провини із суїцидальними думками як мірою відчуття провини і самозвинувачення.

Показники самооцінки депресивного стану у обстежених за даними методики А. Бека представлені в таблиці №3.

Рівень	Загальна кількість, n=96				Критерій Фішера $\Phi_{\text{emp}}$
	Особи з ознаками ПДР, n=62		Особи з ознаками РДР, n=34		
	Абс. число	%	Абс. число	%	
Виразна (19-22 балів)	0	0,00	12	33,33	-
Помірна (16-19 балів)	21	33,78	16	50,00	**
Легка (10-15 балів)	32	51,35	6	16,67	**
Відсутність ( $\leq 9$ балів)	9	14,87	0	0,00	-

**Table 3. Співставлення показників суб'єктивної оцінки депресії в групах дослідження**(за даними методики тест-опитувальник депресії А. Бека) \*- різниця показників групи 1 від показників групи 2 за критерієм  $\phi$  - кутове перетворення Фішера достовірне ( $p < 0,05$ ); \*\* - різниця показників групи 1 від показників групи 2 за критерієм  $\phi$  - кутове перетворення Фішера достовірне ( $p < 0,01$ ).

За результатами самооцінювання особи з ПДР відмічають у 51,35% легкі прояви депресивної симптоматики, а 14,87% взагалі відсутність дискомфорту емоційного стану, і лише 33,78% - зазначають прояви депресії помірного рівня. Особи з РДР суттєвіше більш негативно оцінюють свій стан; відповідно 50,00% мають скарги помірного рівня депресії і 33,33% - виразні прояви депресії.

## Обговорення та висновки

За аналізом скарг в групах дослідження встановлено, що для осіб з ознаками ПДР більш

характерними є скарги соматичного профілю, а саме: погіршення апетиту, сну, працездатності та зниження лібідо, найбільш виразними скаргами афективно-когнітивного профілю є: роздратування та відчуття напруги. Для групи з ознаками РДР характерні скарги як афективно-когнітивного профілю, так і соматичних проявів. Найбільш виражені скарги щодо розчарування, засмученості, втрата інтересів та неможливість прийняти рішення. При цьому особливу увагу звертають на себе скарги на відчуття провини і самозвинувачування, з відсутністю відчуття перспектив у майбутньому. Також мають місце скарги соматичного профілю: погіршення апетиту, сну та зниження лібідо.

За результатами опитувальника шкали депресії Бека отримано достовірне розмежування категорій скарг, які утворюють фабулу депресивної симптоматики. Для групи з ПДР – це соматичні прояви за самооцінюванням, а для групи з ознаками РДР – це афективно-когнітивна сфера.

В групі з ознаками ПДР за об'єктивною оцінкою наявності депресивної симптоматики у 77,03% отримана середнього рівня виразності, але при самооцінюванні (суб'єктивна оцінка) відмічається різке зниження показників, за рахунок невілювання змін у психоемоційному стані. Не сприймання сигналів погіршення емоційного стану, відсутність підтримки у сімейному колі – звуження комунікативної взаємодії, і вербалізації своїх почуттів, призводить до дезадаптивних проявів. Роздратування, спалахи агресії, порушення сну і зниження працездатності інтерпретуються як зовнішня перешкода до відновлення. Тобто свої емоційні прояви сприймаються як реакція на зовнішні подразники з боку ближнього кола оточуючих, або соціального оточення, при небажанні критично оцінити джерело погіршення стану. Патопсихологічний механізм цього – скривлення раціонального усвідомлення причинно-наслідкових зв'язків.

В групі з ознаками РДР отримана інша картина прояву та усвідомлення свого стану депресивної симптоматики. За об'єктивною оцінкою і самооцінюванням особи з ознаками РДР мають високі прояви депресивної симптоматики. В цій групі наявне зміщення на глобальне відчуття провини та доцільне покарання таке як, погіршення соматичного стану. Патопсихологічним механізмом цього є глобалізація відчуття провини і неможливості пошуку нових варіантів вирішення минулих подій, і як наслідок відсутність таргетних планів на майбутнє.

## **Заключення**

Процес формування депресивних станів у вимушених переселенців як наслідок впливу стресогенних чинників, перш за все, відображається на їх соматичному стані та емоційних проявах. Спираючись на теорію А. Бека «когнітивного викривлення», можна визначити, що думки негативного спектру становляться автоматичними, що знімає з них усвідомлений контроль і робить оціночними зі зниженням розуміння характеру оцінки свого стану після дії стресогенного чинника.

Таке розуміння може послужити теоретичним підґрунтям до подальшого вивчення проблеми депресивних розладів у переселенців під час військових дій.

На підставі вивчення клінічних проявів та механізмів формування порушення психологічної адаптації мають бути розроблені принципи медико-психологічної реабілітації переселенців на різних етапах з урахуванням варіантів стресового реагування, тяжкості і особливостей депресивних проявів.

Реалізація програми дасть змогу сформуванню найоптимальніший вихід хворих з депресивного стану, оптимізувати рівень їх соціального функціонування і якості життя.

## Посилання

1. Волошин ПВ, Марута НО, Шестопалова ЛФ, та ін. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах (методичні рекомендації). Харків; 2014:79 с.
2. World Health Organization. World report on the health of refugees and migrants: summary. 2022. Accessed June 11, 2025. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>
3. Johnson RJ, Antonaccio O, Botchkovar E. War trauma and PTSD in Ukraine's civilian population: comparing urban-dwelling to internally displaced persons. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34596712>
4. Максименко Ю, Морозова-Йоханнессен О. Психологічні особливості особистісних змін переселенців в умовах іншої країни (на прикладі Норвегії). *Вісник Національного університету оборони України. Питання психології*. 2022;(5):90-97. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2022-69-5-90-97>
5. Педоренко ВМ. Особливості психоемоційного стану переселенців в умовах іншої країни (на прикладі Німеччини). *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2022;(5):5-10. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.5.1>
6. Kurapov A, Kalaitzaki A, Keller V. The mental health impact of the ongoing Russian-Ukrainian war 6 months after the Russian invasion of Ukraine. *Front Psychiatry*. 2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37575573/>
7. Мішиєв ВД, Михайлов БВ, Гриневич ЄГ, Омелянович ВЮ. Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій: навчальний посібник. Київ: ВСВ «Медицина»; 2023:127 с.
8. Oviedo L, Seryczyńska B, Torralba J. Coping and resilience strategies among Ukraine war refugees. *Int J Environ Res Public Health*. 2022. <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/20/13094>
9. Salam Z, Gajaria A, Wahoush O, Nouvet E. Coping with stressors by drawing on social supports: the experiences of adolescent Syrian refugees in Canada. *Canada's Journal on Refugees*. 2022. <https://doi.org/10.25071/1920-7336.40887>
10. Марута НО, Панько ТВ, Федченко ВЮ, Семікіна ОЄ, Каленська ГЮ, Теренковський ДІ. Діагностичні критерії депресивних розладів на етапах надання медичної допомоги. *Український вісник психоневрології*. 2017;25(1):135. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp\\_2017\\_25\\_1\\_135](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2017_25_1_135)
11. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23(1):56-62.
12. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561-571.