

## ПОКАЗНИКИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АДАПТАЦІЇ ІЗ РОДИН ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**Вивчено показники психологічного захисту у дітей із розладами адаптації, які виховуються в родині вимушених переселенців із зони бойових дій на сході України. Обґрунтовано актуальність цієї теми. Наведено дані про патогенетичний механізм стресового впливу та основні етіологічні моменти розвитку розладів адаптації, що мають ураховуватися при розробці комплексу психокорекційних заходів у цієї категорії пацієнтів.**

*Ключові слова:* розлади адаптації, стресові фактори, вимушені переселенці, діти.

Поняття «розлади адаптації» (РА) почало широко використовуватися у психіатрії в останні десятиліття [1]. Цю нозологічну одиницю було вперше введено у третій редакції DSM-III, однак більш чітко та докладно розроблено у наступних класифікаціях хвороб (зокрема, у МКХ-10 та DSM-IV, де РА виділено в окрему рубрику) [2, 3]. Сьогодні вивчення РА в Україні є дуже актуальною темою, особливо для сімей вимушених переселенців зі сходу країни, де продовжується збройний конфлікт [4, 5].

Із патогенетичної точки зору, під стресовим впливом в організмі особи розвивається фізіологічний процес у вигляді виділення з гіпоталамусу кортикотропін-релізінг фактора, який стимулює передню частку гіпофіза до посиленого синтезування адренкортикотропного гормону (АКТГ), який зумовлює вивільнення глюкокортикоїдів із кори наднирників. При цьому за рахунок активування симпатичної нервової системи з мозкової речовини надниркових залоз у кров виділяється адреналін, що є активним стимулятором секреції АКТГ гіпофізом, який підсилює дію інших механізмів, за рахунок чого відбувається активація функції гіпофіза при стресі. У нормі зазначені процеси незабаром припиняються через механізми зворотного зв'язку. Натомість стресові впливи хронічного характеру (навіть незначні) на фоні наявних у пацієнта особистісних особливостей, хронічної перевтоми, попередньої психосоціальної травматизації та інших причин спричиняють тривалу АКТГ-стимуляцію і «злам» зворотного механізму гальмування секреції глюкокортикоїдів, у результаті чого виникає виражена картина вегетативної дисфункції та психічних порушень із виснаженням кори надниркових залоз [6, 7].

Багато дослідників установили основні етіологічні моменти розвитку РА. Так, було доведено,

що їх прояви значно посилюються при одночасній комплексній дії кількох стресів. Констатовано, що тяжкість діючих стресових агентів не завжди корелює з тяжкістю РА, оскільки особистісні особливості та культурні чи громадські загальноприйнятні норми і цінності завжди роблять свій внесок у перебіг реакції на стрес. Тому можна зазначити, що тяжкість РА завжди залежить від комплексної взаємодії ступеня, кількості, тривалості, оборотності стресових чинників та особистісних особливостей і стану системи психологічного захисту [8, 9].

Мета цієї роботи — вивчити показники психологічного захисту у дітей із РА із родин вимушених переселенців.

У нашому дослідженні взяли участь 66 дітей і підлітків віком від 7 до 18 років (середній вік  $10,32 \pm 0,09$  року) з ознаками РА із родин вимушених переселенців (основна група). Дослідження було проведено на базі диспансерного відділення Обласної психіатричної лікарні м. Лисичанська у період 2014–2016 рр. Також було обстежено 29 осіб із ознаками РА контрольної групи, які виховувалися у звичайних сім'ях та мешкали у Харкові та Харківській області. Для вивчення показників психологічного захисту використовувалася методика «Індекс життєвого стилю» (в адаптації Л. І. Вассермана та ін., 1999), що була створена на основі психоеволюційної теорії Р. Плутчика та структурної теорії особистості Х. Келлермана і є найбільш вдалим засобом для діагностики цілісної системи механізмів психологічного захисту (МПЗ). Діагностика МПЗ проводиться за допомогою опитувальника, який складається з 92 стверджень, що мають варіанти відповідей за типом «правильно — неправильно». При цьому проводиться вимірювання восьми видів психологічних захисних механізмів особистості: витіснення, заперечення, заміщення, компенсація,

реактивне утворення, проекція, інтелектуалізація (раціоналізація) і регресія, кожному з яких надано від 10 до 14 тверджень, що описують особистісні реакції людини при різних ситуаціях. На основі відповідей формується особистісний профіль захисної структури [10].

Методика «Індекс життєвого стилю» була застосована для діагностики прихованих емоційних порушень, розробки індивідуальних механізмів боротьби зі стресом та використання різних видів механізмів психологічного захисту. За твердженням деяких учених, найбільш конструктивними психологічними захистами є компенсація і раціоналізація, а найбільш деструктивними — проекція і витіснення. Використання конструктивних захистів значно знижує ризик виникнення конфлікту або його загострення.

В основній групі дітей із родин вимушених переселенців з РА майже усі показники захисних механізмів перевищували нормативні значення на відміну від контрольної групи (табл. 1, 2).

Так, за механізмом «заперечення» встановлено, що в основній групі він досягав  $73,48 \pm 0,46$  бала; що значно вище показника у дітей контрольної групи —  $30,43 \pm 0,53$  бала. Це свідчить про наявність у дітей-переселенців проявів заперечення обставин, що спричиняють у них тривогу (заперечення тих аспектів навколишнього середовища та зовнішньої реальності, які викликають нагадування про пережиту психотравмуючу ситуацію). В основній групі визначено схильність до залучення уваги оточуючих будь-якими засобами, неприйняття адекватної критики й негативних аспектів життя, самозакоханість, зависокий рівень самооцінки з проявами свідомого ігнорування усього, що не подобається. У хлопців такі прояви фіксувалися дещо частіше ( $73,86 \pm 0,58$ ), ніж у дівчат ( $73,00 \pm 0,75$ ); у дітей 7–10 та 11–14 років (відповідно  $75,02 \pm 0,55$  і  $75,49 \pm 0,55$ ) так само порівняно з підлітками 15–18 років ( $74,12 \pm 0,56$ ); сільські діти також мали більшу схильність до цього ( $75,97 \pm 0,42$ ) порівняно з міськими ( $73,91 \pm 0,48$ ).

Механізм «витіснення» в основній групі ( $57,09 \pm 0,46$  бала) також перевищував результати, отримані в контрольній групі ( $38,85 \pm 0,59$ ), та перебував на позначках, які перевищували нормативні показники. Це вказує на те, що в групі дітей-переселенців із РА неприйнятні бажання, думки та почуття, що спроможні викликати почуття тривожності, переходять за межі свідомості та стають підсвідомими. Але витіснені імпульси, не маючи проявів у поведінкових реакціях, зберігають свої емоційні та психовегетативні компоненти, що спроможні виникати у невротичних й психофізіологічних реакціях. У пацієнтів із основної групи частіше трапляються прояви придушення

почуття страху шляхом заперечення і забування обставин психотравмуючої дії. Такі діти частіше бувають з ознаками занепокоєння, побоювання, відзначають складність у формуванні нових знайомств. Рівень витіснення у хлопців ( $57,29 \pm 0,63$ ) був вищим за такий у дівчат ( $56,84 \pm 0,69$ ); так само як у підлітків 15–18 років ( $57,32 \pm 0,49$ ) й мешканців сільської місцевості ( $57,32 \pm 0,49$  (у міських жителів —  $56,38 \pm 0,46$ )).

Рівень регресії, на відміну від інших захисних механізмів, у дітей-підлітків з РА ( $61,75 \pm 0,50$  бала) практично не відрізнявся від такого показника в контрольній групі ( $62,42 \pm 0,53$ ). Це свідчить про високий рівень потягу до дитячих стереотипностей поведінкових реакцій (впертість, підвищена дратівливість та подразливість, примхливість, безпричинне занепокоєння, агресія й почуття злості через будь-які дрібниці), які спроможні стримувати невпевненість та страх невдачі із залученням оточуючих до вирішення своїх проблем і перекладання на них усієї відповідальності за прийняті рішення. Регресія найменш виражена серед дівчат ( $56,84 \pm 0,75$  бала), трохи вища в осіб-переселенців старшої вікової групи — 15–18 років ( $62,04 \pm 0,72$ ) та жителів сільської місцевості ( $62,19 \pm 0,51$ ).

Рівень компенсації в основній групі ( $32,8 \pm 0,30$  бала) значно нижчий за нормативні показники та рівні компенсації у дітей контрольної групи ( $74,93 \pm 0,43$ ), що свідчить про наявність у дітей-переселенців із РА вираженого почуття неповноцінності від будь-яких втрат та недоліків. Ці особи не схильні до доведення всім оточуючим своєї значущості. Рівень компенсації серед обстежених дітей-переселенців із РА не має різких відмінностей, але він трохи вищий у дівчат ( $33,10 \pm 0,49$ ) і в молодшій віковій групі 7–10 років ( $33,29 \pm 0,36$ ).

Проекція в основній ( $42,76 \pm 0,39$ ) та контрольній ( $41,78 \pm 0,34$ ) групах не мала істотної різниці та перебувала у межах «соціальних» нормативів. Це характеризувало обстежених дітей як осіб, які не схильні «перекладати» на оточуючих свої негативні якості для підвищення власної самооцінки. Вони неспроможні локалізувати зовні неприйнятні для особистості почуття і думки, а переносять їх у собі. За віко-статевими показниками рівень проекції незначно вище серед дівчат ( $42,96 \pm 0,56$  бала) порівняно з хлопцями ( $42,61 \pm 0,54$ ), у підлітків 15–18 років ( $43,24 \pm 0,55$ ), ніж у дітей 7–10 ( $42,97 \pm 0,41$ ) та 11–14 ( $42,37 \pm 0,44$ ) років і мешканців села ( $42,91 \pm 0,37$ ).

Механізм «заміщення» в основній групі перевищував нормативні показники ( $67,77 \pm 0,26$  бала) порівняно з дітьми контрольної групи ( $41,02 \pm 0,40$ ). Ці показники підтверджуються проявами «розрядки» негативних пригнічених емоцій шляхом перенесення агресії на об'єкти, що значно

Таблиця 1

Вираженість захисних механізмів за методикою дослідження індексу життєвого стилю у дітей основної групи ( $X \pm m$ )

Пацієнти з РА	Абс. ч.	Заперечення		Витіснення		Регресія		Компенсація		Проекція		Заміщення		Інтелектуалізація		Реактивні утворення	
		$R \pm m$	$P \pm m$	$R \pm m$	$P \pm m$	$R \pm m$	$P \pm m$	$R \pm m$	$P \pm m$	$R \pm m$	$P \pm m$	$R \pm m$	$P \pm m$	$R \pm m$	$P \pm m$		
Хлопці	31	73,86±0,58	57,29±0,63	61,78±0,68	32,56±0,39	42,61±0,54	67,84±0,34	37,84±0,31	68,48±0,24								
Дівчата	35	73,00±0,75	56,84±0,69	56,84±0,75	33,10±0,49	42,96±0,56	67,69±0,41	37,44±0,32	68,22±0,28								
Діти 7–10 років	25	75,02±0,55	56,97±0,55	61,48±0,62	33,29±0,36	42,97±0,41	67,84±0,30	38,03±0,25	68,46±0,22								
Діти 11–14 років	24	75,49±0,55	56,19±0,58	61,91±0,60	32,57±0,34	42,37±0,44	68,18±0,30	37,93±0,25	68,54±0,21								
Підлітки 15–18 років	17	74,12±0,56	57,67±0,63	62,04±0,72	32,72±0,44	43,24±0,55	67,99±0,36	37,58±0,29	68,96±0,25								
Сільські діти	34	75,97±0,42	57,32±0,49	62,19±0,51	32,96±0,30	42,91±0,37	68,02±0,26	37,91±0,20	68,77±0,18								
Міські діти	32	73,91±0,48	56,38±0,46	61,37±0,53	32,79±0,30	42,73±0,39	67,99±0,26	37,84±0,23	68,45±0,19								
Загалом	66	73,48±0,46	57,09±0,46	61,75±0,50	32,80±0,30	42,76±0,39	67,77±0,26	37,66±0,22	68,37±0,18								

Таблиця 2

Вираженість захисних механізмів за методикою дослідження індексу життєвого стилю у дітей із групи контролю ( $X \pm m$ )

Пацієнти з РА	Абс. ч.	Заперечення		Витіснення		Регресія		Компенсація		Проекція		Заміщення		Інтелектуалізація		Реактивні утворення	
		$R \pm m$	$P \pm m$	$R \pm m$	$P \pm m$	$R \pm m$	$P \pm m$	$R \pm m$	$P \pm m$	$R \pm m$	$P \pm m$	$R \pm m$	$P \pm m$	$R \pm m$	$P \pm m$		
Хлопці	14	31,03±0,70	37,77±0,77	62,80±0,68	74,43±0,72	41,07±0,47	41,23±0,57	67,93±0,44	56,97±0,46								
Дівчата	15	29,83±0,79	39,93±0,87	62,03±0,82	75,43±0,48	42,50±0,47	40,80±0,58	68,63±0,45	58,03±0,44								
Діти 7–10 років	10	30,00±0,83	37,75±1,12	62,55±1,02	76,10±0,59	42,35±0,50	39,75±0,48	68,50±0,53	56,80±0,60								
Діти 11–14 років	10	30,25±0,86	38,35±1,02	62,60±0,93	74,35±0,75	41,35±0,60	42,35±0,77	68,75±0,54	57,95±0,52								
Підлітки 15–18 років	9	31,05±1,07	40,45±0,88	62,10±0,86	74,35±0,86	41,65±0,68	40,95±0,73	67,60±0,56	57,75±0,57								
Сільські діти	15	31,07±0,74	38,63±0,82	62,47±0,77	74,40±0,67	41,73±0,50	41,33±0,64	68,40±0,42	57,80±0,48								
Міські діти	14	29,80±0,75	39,07±0,87	62,37±0,75	75,47±0,55	41,83±0,48	40,70±0,50	68,17±0,47	57,20±0,43								
Загалом	29	30,43±0,53	38,85±0,59	62,42±0,53	74,93±0,43	41,78±0,34	41,02±0,40	68,28±0,31	57,50±0,32								

слабкіші за обстежених осіб і становлять меншу небезпеку. При цьому відзначаються часті прояви дратівливості та злості на весь оточуючий світ, схильності до суїциду. Заміщення більшою мірою виражене у дітей 11–14 років ( $68,18 \pm 0,30$  бала), ніж у молодшій групі 7–10 років ( $67,84 \pm 0,30$ ) та підлітків 15–18 років ( $67,99 \pm 0,36$ ). Деяко вищий показник заміщення серед жителів сільської місцевості ( $68,02 \pm 0,26$  бала) порівняно з міськими ( $67,99 \pm 0,26$ ). Серед осіб чоловічої та жіночої статі рівні заміщення були майже однаковими (хлопці —  $67,84 \pm 0,34$  бала, дівчата —  $67,69 \pm 0,41$ ).

Показники механізму «інтелектуалізації» в основній групі дітей-переселенців із РА перебували в межах «соціальної» норми ( $37,66 \pm 0,22$  бала), що значно нижче, ніж у контролі ( $68,28 \pm 0,31$ ), де ці показники перевищували нормативні. Такі рівні характеризують дітей-переселенців із РА як таких, що не схильні до схематизації й раціоналізації подій, які відбуваються, задля відчуття спокою й контролю над ситуацією. Відзначаються відсутність раціональних міркувань та осмислення конфлікту, наявність постійних проявів занепокоєння і тривожності, емоційна нестійкість й відсутність духовної рівноваги за будь-яких обставин. Визначено нелогічний і необґрунтований спосіб подолання конфліктної або фруструючої ситуації. Інтелектуалізація серед різних груп визначається у середньому на одному рівні, вона трохи вища у хлопців —  $37,84 \pm 0,31$  бала, у дівчат —  $37,44 \pm 0,32$ ; дітей молодшої вікової групи 7–10 років —  $38,03 \pm 0,25$  (11–14 років —  $37,93 \pm 0,25$ ; 15–18 років —  $37,58 \pm 0,29$ ) та сільських мешканців —  $37,91 \pm 0,20$  (міські —  $37,84 \pm 0,23$ ).

Реактивні утворення у групі дітей-переселенців із РА ( $68,37 \pm 0,18$  бала) незначно відрізняються від контрольної групи ( $57,50 \pm 0,32$ ). Цей рівень у постраждалих дітей із РА характеризує наявність запобігання будь-якому висловленню неприємних і неприйнятних для них думок, почуттів або вчинків із трансформацією внутрішніх імпульсів у суб'єктивно протилежні. У них відзначаються прояви пуританства, дисморфоманії та дисморфофобії. Реактивні утворення в обстежених не мають особливих відмінностей (від  $68,22 \pm 0,28$  бала у хлопців до  $68,96 \pm 0,25$  у підлітків 15–18 років).

Після завершення дослідження можна зробити такі висновки.

Установлено, що в групі дітей із РА з родин вимушених переселенців майже всі показники захисних механізмів перевищували нормативні значення на відміну від контрольної групи. Діти-переселенці виявляли неприйняття адекватної критики та заперечення аспектів зовнішньої реальності, які викликали у них нагадування психотравмуючої ситуації (механізм «заперечення» —  $73,48 \pm 0,46$  бала);

мали прояви підсвідомих неприйнятних бажань, думок та почуттів, що спроможні викликати відчуття тривожності зі збереженням їх емоційних та психофізіологічних компонентів (занепокоєння, побоювання, складність у формуванні нових знайомих, механізм «витіснення» —  $57,09 \pm 0,46$  бала); демонстрували потяг до стереотипності поведінкових реакцій із впертістю, дратівливістю, подразливістю, примхливістю, безпричинним занепокоєнням, агресією й почуттям злості через будь-які дрібниці, схильності до суїциду (рівень регресії —  $61,75 \pm 0,50$  бала; механізм «заміщення» —  $67,77 \pm 0,26$ ).

В обстежених дітей із РА з родин вимушених переселенців констатовано схильність до «переживання» негативних почуттів і думок у собі, без «винесення» їх назовні (проекція —  $42,76 \pm 0,39$  бала); відсутність схематизації, раціональних міркувань та осмислення конфлікту, наявність постійних проявів занепокоєння і тривожності, нелогічний і необґрунтований спосіб подолання конфліктної або фруструючої ситуації (механізм «інтелектуалізації» —  $37,66 \pm 0,22$  бала) із проявами пуританства, дисморфоманії та дисморфофобії (реактивні утворення —  $68,37 \pm 0,18$  бала).

Отримані дані слід урахувувати під час розробки комплексу психокорекційних заходів у цієї категорії пацієнтів.

#### Список літератури

1. Антипова О. С. Расстройства адаптации: современные подходы к диагностике и терапии / О. С. Антипова // Психиатрия и психофармакотерапия.— 2012.— Т. 14, № 6.— С. 22–27.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клиническое описание и указания по диагностике; под. ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина.— К.: Факт, 1999.— 259 с.
3. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10.— М.: Смысл; СПб.: Речь, 2003.— 407 с.
4. Анамат К. Є. Соціально-психологічна допомога дітям з числа внутрішньо переміщених осіб у середній школі / К. Є. Анамат // Психосоціальна підтримка осіб з травмою війни: міжнародний досвід та українські реалії: зб. матер., доп. Всеукраїнської наук.-практ. конф., м. Маріуполь, 28 лютого 2018 р.— Маріуполь: ДонДУУ, 2018.— С. 175–177.
5. Герасименко Л. О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі) / Л. О. Герасименко // Укр. вісн. психоневрології.— 2018.— № 1.— С. 62–65.

6. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: метод. рек. / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова [та ін.].— Харків, 2014.— 67 с.
7. Иммуные комплексы как индикаторы хронического воспаления, сопутствующего посттравматическому стрессовому расстройству / Л. П. Оганесян, А. С. Бояджян, Г. М. Мкртчян [и др.] // Медицинская иммунология.— 2012.— Т. 14, № 6.— С. 545—548.
8. Михайлов Б. В. Психогенно обусловленные нарушения психической сферы в условиях чрезвычайных ситуаций / Б. В. Михайлов // Укр. вісн. психоневрології.— 2015.— Т. 23, вип. 2 (83).— С. 71—75.
9. Психологічні особливості віддалених наслідків стресогенних впливів: моногр.; за ред. М. С. Корольчука / М. С. Корольчук, В. М. Корольчук, С. М. Миронець [та ін.].— К.: Київ. нац. торг.-екон. ун-т, 2014.— 276 с.
10. Лучшие психологические тесты: пер. с англ. Е. А. Дружининой.— Харьков: Фолио, 1994.— 320 с.

### ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ ИЗ СЕМЕЙ ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ

Е. В. САМОЙЛОВА, В. И. ПОНОМАРЕВ

**Изучены показатели психологической защиты у детей с расстройствами адаптации, которые воспитываются в семьях вынужденных переселенцев из зоны боевых действий на востоке Украины. Обоснована актуальность указанной темы. Приведены данные о патогенетическом механизме стрессового воздействия и основных этиологических моментах развития расстройств адаптации, которые должны учитываться при разработке комплекса психокоррекционных мероприятий у этой категории пациентов.**

*Ключевые слова: расстройства адаптации, стрессовые факторы, вынужденные переселенцы, дети.*

### INDICATORS OF PERSONAL PROTECTION IN CHILDREN WITH DISORDERS OF ADAPTATION FROM FAMILIES OF FORCED MIGRANTS

O. V. SAMOILOVA, V. I. PONOMAROV

**The indices of psychological protection in children with adaptation disorders studied in families of forced migrants from the war zone in the east of Ukraine were studied. The relevance of this topic is substantiated. Data on the pathogenetic mechanism of stress and the main etiological factors of the development of adaptation disorders are given, which should be taken into account when developing a complex of psycho-corrective measures in this category of patients.**

*Key words: adaptation disorders, stress factors, forced migrants, children.*

*Надійшла 30.03.2018*