

Characteristics of the response in patients with major depressive disorder, who have experienced repeated internal displacement, in relation to the change of socio-demographic factors

Iryna Chumakova

Shupyk National Healthcare University of Ukraine

The goal of this work is to identify the components that contribute to increased psychosocial vulnerability, due to their socio-demographic status acquired by repeated internal displacement, among individuals with major depressive disorder.

Between 2024 and 2026, 150 patients suffering with major depressive disorder (MDD) were examined at mental health centers in Luhansk and Rivne; of these, 75 were repeatedly internally displaced (RID) persons, and 75 were patients who had not experienced displacement. Research methods: anamnestic, clinical-psychopathological (using ICD-10 criteria, the M.I.N.I. international neuropsychiatric interview for the assessment of psychotic disorders (Ukrainian version 7.0.2 for DSM-5) and clinical. The study was conducted using semi-structured interviews based on the relevant sections of a patient assessment form that had been developed and tested. These sections covered socio-demographic status (including education, employment, and financial circumstances), family anamnesis, family and social connections' state. Data obtained was processed using analytical statistical methods, including correlation analysis (t-test, χ^2) by "Data analysis" function on Excel.

We carried out a comparative analysis of socio-demographic indicators to identify the social, demographic and economic components of psychosocial vulnerability (PV) associated with the social status of patients with MDD who have experienced RID.

Among the components of PV related to social status in patients with MDD who have been internally displaced more than once, economic and social predictors of increased PV and, consequently, increased distress have been identified. Thus, a significant and statistically significant reduction was found in the level of satisfaction among RID patients with MDD with their current living and financial conditions and leisure activities at the moment of the examination, compared with the control group (1.47-fold and 1.36-fold, respectively, at $p < 0.001$), which constitutes an additional risk factor for the development of affective disorders, as well as a factor contributing to resistance to antidepressant therapy

The results will help us optimize treatment for MDD in people who have been displaced twice, predict treatment's effectiveness, and identify factors that influence it.

Keywords: major depressive disorder, repeated internal displacement, psychosocial vulnerability, distress, resilience, socio-demographic predictors

Вступ

Повномасштабне вторгнення у лютому 2022 року спричинило одну з найшвидше зростаючих гуманітарних катастроф та надзвичайних ситуацій, пов'язаних із переміщенням населення¹. Протягом кількох тижнів мільйони людей – понад чверть населення – залишили свої домівки, щоб знайти притулок за кордоном або в районах України, розташованих подалі від зони військового конфлікту. За даними Управління Верховного комісара ООН у справах біженців (УВКБ ООН) на кінець 2025 року в Україні налічувалось близько 3 млн. 712 тис. внутрішньо переміщених осіб (ВПО)².

Організоване насильство має глибокий і катастрофічний структурний вплив на глобальні наслідки для психічного здоров'я (ПЗ), тобто ризики сильного психологічного стресу, збільшення кількості нейропсихіатричних захворювань або погіршення хронічних психічних розладів, зокрема у ВПО^{2,3,4,5}. Крім того, у даного контингенту ці ризики взаємодіють з іншими факторами навколишнього середовища, які безпосередньо впливають на ПЗ, такими як вимушена евакуація з домівок, розлука з членами сім'ї, міжособистісні конфлікти або втрата можливостей працевлаштування, тобто низка соціально-демографічних чинників.

Наведені дані підтверджуються численними науковими дослідженнями, які вказують на широке поширення після переміщення та збройних конфліктів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), розладів тривожного спектру, депресії, включно рекурентного депресивного розладу (РДР)^{6, 7, 8}. Цей взаємозв'язок частково пояснюється різними психосоціальними вразливостями (ПВ), а також дистресом^{9, 10, 11, 12, 13}. Такі стани проявляються на рівні компенсаторно-приспосувальних процесів організму, зокрема нейгуморальної регуляції, у вигляді дизрегуляції ендокринної системи, пригнічення імунітету, зростання серцево-судинних ризиків, патології ЖКТ, а також у формі психологічних, поведінкових, психосоматичних порушень, – та впливають на розвиток, формування психічних захворювань, сприяють рецидивам вже існуючих психічних розладів, окремо – РДР^{14, 15, 16, 17, 18, 19}.

З іншого боку, такі властивості особистості як стресостійкість, резильєнтність, високі когнітивні здібності та збереження достатнього рівня соціальної адаптації і функціонування є загальновідомими важливими ресурсами психіки, які «протистоять» дистресу та допомагають організму впоратися з стресовими навантаженнями. Серед важливих компонентів подолання емоційного навантаження виділяють задоволеність сімейним, матеріальним, побутовим статусом, працевлаштування, а певними ознаками контролю власного психологічного стану є наявність улюблених занять та духовність^{20, 21, 22, 23, 24}. Визначення рівнів реагування повторно внутрішньо переміщених осіб (ПВПО) з певним психічним розладом, РДР, на дію соціально-демографічних чинників дозволить опосередковано оцінити ступінь загострення психосоціальних вразливостей, наростання дистресу для оптимізації та підвищення ефективності лікування^{25, 26}.

Вищезазначене обумовило **мету роботи** – визначити складові збільшення психосоціальної вразливості, обумовленої соціально-демографічним статусом при повторному внутрішньому переміщенні хворих з рекурентним депресивним розладом.

Матеріали та методи

На базах КНП Луганської обласної ради (ОР) «Центр психічного здоров'я», КНП «Рівненський обласний центр психічного здоров'я населення» Рівненської ОР протягом 2024-2026 рр. обстежено 150 хворих на РДР (до основної групи (ОГ) увійшли 75 повторно внутрішньо переміщених осіб (ПВПО), до контрольної (КГ) – 75 пацієнтів з РДР, які не зазнали переміщення.

Дизайн : поперечне (крос-секційне) дослідження.

Критерії включення: 1) інформована згода на участь у дослідженні; 2) РДР середнього ступеня тяжкості; 3) відсутність а) коморбідних психічних розладів, включно ПТСР, б) ознак

психотичних розладів в) важкої соматичної патології, яка істотно впливає на стан сфер психіки; 4) відсутність в анамнезі травматичних подій, які відповідають критеріям ПТСР згідно з МКХ-10 та DSM-5; 5). отримання психіатричної допомоги в умовах амбулаторного лікування.

Відповідність критеріям включення встановлювали за анамнестичним, клініко-психопатологічним (з використанням критеріїв РДР за МКХ-10), клінічним *методами дослідження*, а також за міжнародним нейропсихіатричним інтерв'ю М.І.Н.І. для досліджень психотичних розладів (Ukrainian Translation Version 7.0.2 для DSM-5).

Обстеження виконували за допомогою розробленого та апробованого напівструктурованого інтерв'ю («карта обстеження пацієнта», соціально-демографічні показники [блоки А, В карти]) методом face to face зазвичай протягом 1,5 годин, одноразово. Блок А «Загальні відомості» містив питання щодо статі, віку, проживання до першого, другого внутрішнього переміщення (ВП) та зараз (для осіб ОГ), особливості регіону мешкання (за ступенем близькості до бойових дій [БД], загрозою життю та здоров'ю як причин ВП пацієнтів ОГ), релігійної приналежності та дотримання канону, хобі. Блок В включав визначення особливостей (стосовно хворих ОГ відповідно до всіх ВП, пацієнтів КГ – на момент обстеження) житлових умов, освіти, професії, роду занять, типу роботи, матеріального забезпечення, проблем з працевлаштуванням, а також сімейного анамнезу (включно батьківської родини), сімейного стану, типового проживання, проведення вільного часу, відносин у макро- та мікрооточенні (зокрема проблеми у спілкуванні, конфлікти).

Отримані дані обробляли методами аналітичної статистики з використанням кореляційного аналізу (t-критерій, χ^2) на комп'ютері за допомогою обчислювальних таблиць Excel 2016 (з пакетом «Аналіз даних»).

Результати та обговорення

ПВ це стан зниженої здатності особистості справлятися із соціальними та психологічними стресорами через вплив травм, хронічних хвороб, інвалідності чи кризових подій. Як вже було сказано вище, збільшення психосоціальні вразливості та наростання дистресу у хворих на РДР сприяють рецидивам, знижують ефективність терапії та суттєво погіршують якість життя⁹⁻¹⁹. У ПВПО з РДР реєструються все 3 типи ПВ, це вразливість за: *фізичним станом* (отримання психологічних травм внаслідок воєнних дій), *станом психічного здоров'я* (РДР), *соціальним статусом*, який включає складний соціально-економічний стан²⁷. Проведене дослідження спрямовано на встановлення соціальних, демографічних, економічних складових ПВ, пов'язаної з соціальним статусом, для розробки оптимальної терапії ПВПО з РДР, прогнозування її ефективності, визначення предикторів високої / низької ефективності лікування.

Дослідження впливу соціально-демографічних показників на обстежених дозволило встановити наступне.

Було встановлено, що до 1-го переміщення всі пацієнти ОГ були містянами, і цим вони достовірно ($p < 0,05$) відрізнялись від хворих КГ. Однак в результаті 2-х переміщень, частина із них стали мешканцями селищ міського типу (СМТ) і відмінність структури груп порівняння за ознакою місця помешкання на момент обстеження зникла.

Переселення міняли також і коло осіб, які ділили житло з респондентами із основної групи. При переході від періоду, що передував 1-му переселенню, до стану на момент обстеження, із цього кола повністю зникали батьки зазначених респондентів (13,33%, 1,33% і 0,00% відповідно при $0,001 < p < 0,034$), що є відбиттям болісного процесу розколу родин, коли дорослі діти (рятуючи вже своїх дітей) стають біженцями, а представники старшого покоління, не дивлячись на смертельну небезпеку, відмовляються покинути свої оселі, які опинились в зоні бойових дій.

При цьому, частка самотніх респондентів неухильно скорочувалась (10,67%, 2,67% і 0,00 відповідно при $0,001 < p < 0,049$), оскільки замість членів родини вони були змушені ділити житло з тимчасовими співмешканцями: сусідами по гуртожитку, по орендованій кімнаті тощо, частка яких із кожним новим переселенням неухильно зростала (0,00%, 17,33% та 34,67% відповідно при $p < 0,001$) (рис. 1).

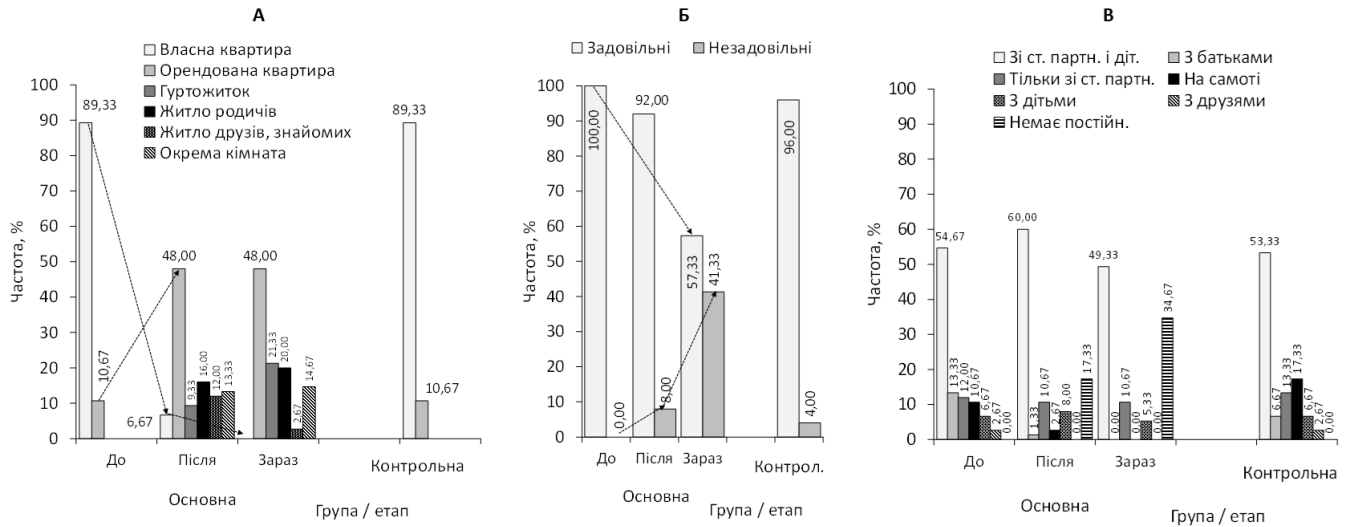


Figure 1. Наявне житло (A) і суб'єктивне сприйняття умов проживання (B) і типові співмешканці (C) респондентів в основній групі (до та після 1-го переміщення і на момент обстеження (після 2-го переміщення)), а також в контрольній групі (на момент обстеження) 1. Тут і далі на малюнках та у таблицях використовуються наступні скорочення: * - "До" - стан до 1-го переміщення, "Після" - стан після 1-го переміщення, "Зараз" - стан на момент обстеження (після 2-го переміщення). 2. Тут і далі на малюнках дані подані в порядку убывання в основній групі на момент до 1-го переміщення.

Із зазначеного випливає, що житлові умови і рівень задоволення ними, до вимушених переміщень хворих ОГ, у представників обох груп порівняння були цілком подібними. Однак, вже після 1-го, а особливо після 2-го переміщення житлові умови ПВПО істотно погіршились через неспроможність придбати власне житло і необхідність жити в орендованих квартирах, у родичів або у гуртожитках. Внаслідок цього 41,33% з них на момент обстеження вважали свої житлові умови незадовільними, в той час як в контрольній групі таких було лише 4,00% ($p < 0,001$).

Відмінності між основною групою (на різних етапах переміщень) і групою контролю за ознакою рівня освіти також виявились мінімальними (рис. 2).

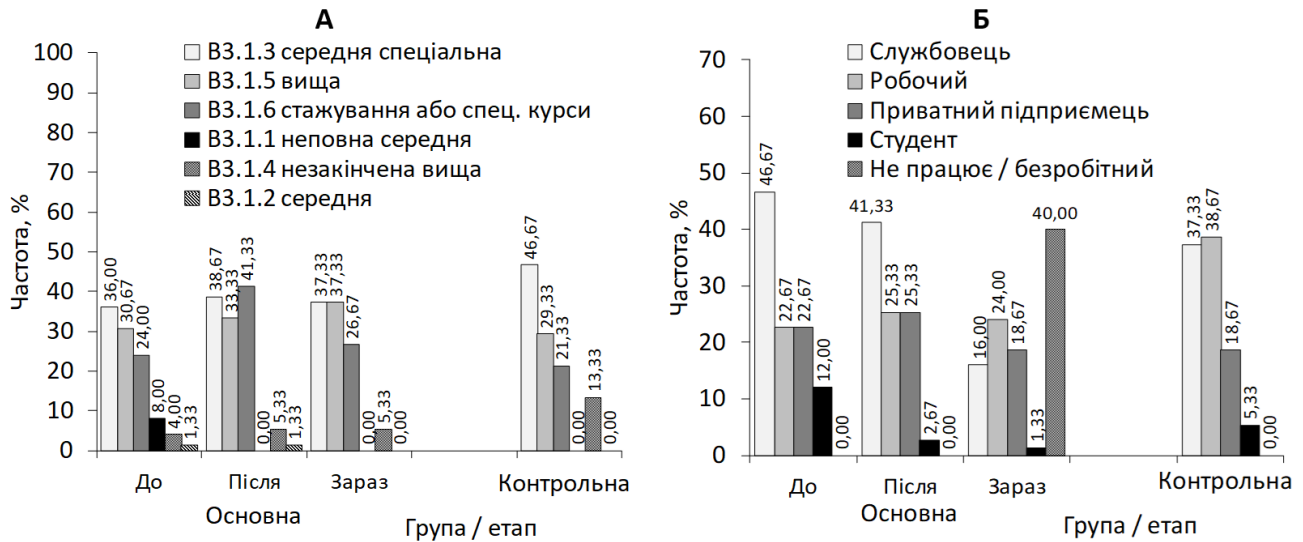


Figure 2. Рівень освіти (А) і звичайний (або останній) рід занять (Б) респондентів в основній групі (до та після 1-го переміщення і на момент обстеження (після 2-го переміщення)), а також в контрольній групі (на момент обстеження)

Встановлено, що вимушений переїзд до нового місця проживання спричинив стрімке зростання рівня безробіття серед ПВПО: з 0,00% на колишньому місці проживання до 40,00% на момент обстеження ($p < 0,001$), при цьому найбільш руйнівний вплив на спроможність зберігати звичайний рід занять справило саме 2-ге переміщення (що може свідчити про виснаження можливостей адаптації), а найбільш уразливою категорією працівників щодо цього впливу виявились службовці, які частіше за інших були змушені міняти професію.

Тривалість періоду, протягом якого хворі на РДР мали проблеми з працевлаштуванням, неухильно зростала після кожного із переміщень. Якщо після першого із них середня тривалість цього періоду складала лише $27,40 \pm 2,48$ днів, то після другого вже $101,80 \pm 8,12$ днів, тобто майже в 3,71 рази більше ($p < 0,001$). Частка ПВПО, що працювали повний робочий день при кожному новому переміщенні неухильно зменшувалась (68,00%, 64,00% і 37,33% відповідно при $p < 0,001$), а частка тих, хто мав лише випадкові заробітки, так само неухильно зростала (00,00%, 13,33% і 16,00% відповідно при $p < 0,001$).

Також кожне нове переміщення супроводжувалось зменшенням частки тих, хто оцінював рівень свого матеріального забезпечення, як високий (16,00%, 4,00% і 0,00% відповідно при $p < 0,001$) або задовільний (76,00%, 84,00% і 37,33% відповідно при $p < 0,001$). І навпаки, кожне нове переміщення збільшувало частку тих, хто оцінював рівень свого матеріального забезпечення, як такий, що забезпечував лише просте виживання (0,00%, 12,00% і 48,00% відповідно при $p < 0,001$), або вважав його цілком незадовільним (0,00%, 0,00% і 17,33% відповідно при $p < 0,001$). При цьому найбільш суттєве погіршення стану матеріального забезпечення за оцінками ПВПО відбувалось саме після 2-го переміщення.

Представники ОГ є ВПО із східних регіонів України, в той час як пацієнти КГ були, переважно, мешканцями західних регіонів нашої держави. Ця обставина зумовила істотні відмінності в конфесійній приналежності груп порівняння. В ОГ домінували православні (77,33%), в той час як в КГ було значно більше прихильників католицизму (28,00%) і Української греко-католицької церкви (22,67%) порівняно з ОГ. Слід, однак, звернути увагу на той факт, що вимушені переміщення не призвели до істотних змін у конфесійній приналежності ПВПО, однак істотно вплинули на частоту відвідувань церкви (частка тих, хто робив це щотижня зросла в 3,00 рази з 6,67% до 20,00% при $p = 0,015$) і на дотримання церковних канонів (частка

тих, хто дотримувався цих канонів суворо зросла в 2,22 рази з 12,00% до 26,67% при $p=0,019$).

Тим не менш, частка осіб, які дотримувались церковних канонів суворо серед членів основної групи, все одно залишалась в 1,70 рази меншою, ніж серед членів групи контрольної (26,67% і 45,33% при $p<0,014$). Отже, можна констатувати, що рівень релігійності ПВПО із східноукраїнських регіонів внаслідок пережитих випробувань істотно зріс, але все одно не досяг рівня релігійності, притаманного місцевому населенню західних регіонів України.

Вимушене переселення пацієнтів з РДР ОГ радикально скоротило їхні можливості займатися хобі (залежно від різновиду в 2,25-5,60 рази при $0,001<p<0,031$). Єдиним винятком із цього правила стало рукоділля, частота захоплення яким серед ВПО зросла в 2,45 рази ($p= 0,003$). Однак, більш детальний аналіз виявив те що це хобі насправді фактично стало новим видом професійної діяльності і додатковим джерелом доходів для тих ВПО, які не змогли знайти роботу за своєю основною професією (табл. 1).

Ознака / градації ознаки	Частоти ознак в групах порівняння*						p**		
	Абсолютні, осіб			Відносні, %			Контрольна		До***
	Основна (n=75)		Контрольна (n=75)	Основна (n=75)		Контрольна (n=75)	До***	Зараз	Зараз
	До***	Зараз		До***	Зараз				
Спорт	25	10	18	33,33	13,33	24,00	0,139	0,071	0,004
Полювання, Риболовля	6	3	8	8,00	4,00	10,67	0,389	0,105	0,302
Мистецтво, Творчість	18	0	10	24,00	0,00	13,33	0,071	0,002	<0,001
Музика, вокал, танці	21	5	11	28,00	6,67	14,67	0,036	0,093	0,001
Рукоділля (арт, хендмейд)	11	27	10	14,67	36,00	13,33	0,500	0,001	0,003
Розведення, догляд за тваринами	18	8	5	24,00	10,67	6,67	0,003	0,281	0,031
Вирощування, догляд за рослинами	19	15	11	25,33	20,00	14,67	0,077	0,259	0,435
Колекціонування	13	4	3	17,33	5,33	4,00	0,009	0,500	0,020
Читання, поезія	27	23	16	36,00	30,67	21,33	0,035	0,132	0,488
Перегляд фільмів, серіалів	30	38	15	40,00	50,67	20,00	0,006	<0,001	0,189
Комп'ютерні гри	5	8	5	6,67	10,67	6,67	0,470	0,281	0,384
Шопінг	28	5	21	37,33	6,67	28,00	0,148	0,001	<0,001
Кулінарія	24	17	16	32,00	22,67	21,33	0,098	0,490	0,200
Зустрічі з друзями	42	10	34	56,00	13,33	45,33	0,126	<0,001	<0,001
Інше	14	3	4	18,67	4,00	5,33	0,012	0,500	0,005
Не маю	0	0	0	0,00	0,00	0,00	-	-	-

Table 1. Частота різних варіантів хобі в основній групі (до 1-го переміщення респондентів і на момент обстеження), а також в контрольній групі (на момент обстеження) 1. * - Сума частот може бути менше чисельності групи (<100%), якщо не всі респонденти відповіли на відповідне запитання, або більше чисельності групи (>100%), якщо існує можливість множинного вибору. 2. ** - Достовірність відмінностей між основною і контрольною групами (p) за критерієм "χ²" (достовірні відмінності (p<0,05) виділені сірим кольором). 3. *** - Стан до 1-го переміщення

Так, захоплення читанням, поезією зустрічались у хворих на РДР ОГ (до переселення) в 1,69 рази частіше ($p=0,035$) ніж у пацієнтів КГ; музикою, вокалом і танцями - в 1,91 рази ($p=0,036$); переглядом фільмів та серіалів - в 2,00 рази ($p=0,006$); іншими більш рідкісними видами хобі - в 3,50 рази ($p=0,012$); розведенням і доглядом за домашніми тваринами - в 3,60 рази ($p=0,003$) і, нарешті, колекціонуванням - в 4,33 рази ($p=0,009$). Однак вимушене переселення представників ОГ значно скоротило їхні можливості займатися переважною більшістю із улюблених ними раніше справ. В результаті, частка тих із них, хто захоплювався розведенням і доглядом за тваринами зменшилась в 2,25 рази ($p=0,031$), спортом - в 2,50 рази ($p=0,004$), колекціонуванням в 3,25 рази ($p=0,02$), музикою, вокалом і танцями - в 4,20 рази ($p=0,001$), зустрічами з друзями - в 4,20 рази ($p<0,001$), іншими більш рідкісними видами хобі - в 4,67 рази ($p=0,005$), шопінгом в 5,60 рази ($p<0,001$), а частка тих, хто захоплювався мистецтвом і творчістю просто зійшла нанівець ($p<0,001$). Зазначене може свідчити про зниження можливостей для компенсації емоційного напруження у зв'язку з внутрішнім переміщенням. Саме наявність творчого хобі дозволяє обрати більш активну стратегію подолання стресової ситуації, а не пасивно реагувати на наявні стресові фактори та погіршення стану. Тобто зменшення у хворих на РДР інтересу або спроможності до творчої продуктивної діяльності призводить до браку дієвого ресурсу копінгу, певного виду поведінкової стратегії впорання зі стресом, резильєнтності.

Була встановлена практично повна відсутність достовірних відмінностей між групами порівняння за складом батьківської родини, типом виховання і рівнем матеріального забезпечення в ній. Представники і основної, і контрольної груп виховувались переважно у повних батьківських родин (72,00% і 80,00% відповідно при $p=0,170$), повідомляли про гармонійний тип виховання (84,00% і 84,00% відповідно при $p=1,000$) і задовільний рівень матеріального забезпечення (90,67% і 90,67% відповідно при $p=1,000$). Єдиним винятком із цих закономірностей стала вища частота випадків високого рівня матеріального забезпечення в батьківських родин представників ОГ порівняно з представниками КГ (6,67% і 0,00% відповідно при $p=0,034$).

Послідовні вимушені переміщення хворих на РДР істотно зменшили коло людей, з якими вони могли підтримувати близькі стосунки (у порівнянні з ними самими до згаданих переміщень), а саме: з братами /сестрами - в 1,37 рази ($p=0,020$); з іншими значущими членами сім'ї - в 1,41 рази ($p=0,007$); з матір'ю - в 1,55 рази ($p<0,001$); з друзями - в 1,68 рази ($p<0,001$); з батьком - в 1,69 рази ($p<0,001$); з колегами по роботі - в 3,21 рази ($p<0,001$) і найбільше з сусідами - в 3,62 рази ($p<0,001$). Крім того, зросла частота серйозних проблем у спілкуванні з представниками їхнього мікросоціального оточення, а саме: з друзями - в 1,86 рази ($p=0,027$); з іншими значущими членами сім'ї - в 2,22 рази ($p=0,023$) і з власними дітьми - в 2,50 рази ($p<0,034$). Це супроводжувалось також збільшенням середньої тривалості конфліктів з членами родини в 2,21 рази (з $3,17 \pm 0,27$ днів до $7,00 \pm 0,53$ днів при $p<0,001$) (табл. 2).

Отже, слід констатувати, що послідовні переміщення амбівалентно впливають на частоту серйозних проблем у ПВПО при спілкуванні з представниками їхнього мікросоціального оточення. Ці переміщення збільшують частоту таких проблем в середині родини ПВПО хворих на РДР і у їхньому спілкуванні з друзями і, навпаки, зменшують її, коли йдеться про колег на роботі і про сусідів. Серйозним проявом проблем у спілкуванні з представниками мікросоціального оточення, є погане поводження (зокрема - словесна зневага) з їхнього боку по відношенню до респондентів.

В результаті проведеного аналізу було встановлено, що члени ОГ (до 1-го переміщення) загалом рідше, ніж КГ, повідомляли про погане поводження з ними з боку представників свого мікросоціального оточення, при чому в тих випадках, коли йшлося про братів або сестер, дітей, інші значущі члени сім'ї (окрім перелічених і батьків), друзів, колег по роботі, сусідів, а також малознайомих або незнайомих осіб ця різниця була статистично значущою (в 2,80-6,49 разів при $0,003<p<0,041$).

Навряд чи така величезна різниця відбиває реальні відмінності. Скоріш за все вона є наслідком ідеалізованих спогадів про відносини в мікросоціальному оточенні у ПВПО до війни і спричинених нею вимушених переміщень. В процесі останніх частота повідомлень пацієнтів з РДР ОГ про погане поводження з ними з боку представників їхнього мікросоціального оточення зросла і стала практично тотожною відповідній частоті в КГ.

Середня тривалість конфліктів, а також середні рівні стурбованості респондентів цими конфліктами також істотно відрізнялись в групах порівняння. Так, у представників ОГ до 1-го переміщення середня тривалість конфліктів (і в родині, і поза її межами), а також середній рівень стурбованості ними були нижчими ніж у представників КГ.

Ознака / градації ознаки	Частоти ознак в групах порівняння								p*					
	Абсолютні величини, осіб				Відносні величини, %				Контрольна			До***		Після**
	Основна (n=75)			Контрольна (n=75)	Основна (n=75)			Контрольна (n=75)	До***	Після**	Зараз**	Після**	Зараз**	Зараз**
	До***	Після**	Зараз**		До***	Після**	Зараз**							
Чи могли би Ви сказати, що у Вашому житті були / або продовжуються близькі та стійкі відносини з:														
Матір'ю	59	50	38	59	78,67	66,67	50,67	78,67	0,480	0,071	<0,001	0,099	<0,001	0,047
Батьком	54	44	32	60	72,00	58,67	42,67	80,00	0,170	0,004	<0,001	0,086	<0,001	0,050
Брати /Сестрами	52	48	38	48	69,33	64,00	50,67	64,00	0,302	0,500	0,069	0,488	0,020	0,099
Статевим партнером / чоловіком (жінкою)	48	51	40	41	64,00	68,00	53,33	54,67	0,159	0,066	0,490	0,605	0,185	0,066
Дітьми	43	56	48	54	57,33	74,67	64,00	72,00	0,044	0,427	0,191	0,025	0,403	0,157
Іншими значущими членами сім'ї	55	51	39	35	73,33	68,00	52,00	46,67	0,001	0,007	0,312	0,473	0,007	0,046
Друзями	62	49	37	50	82,67	65,33	49,33	66,67	0,019	0,480	0,024	0,016	<0,001	0,048
Сусідами	29	14	8	28	38,67	18,67	10,67	37,33	0,520	0,009	<0,001	0,007	<0,001	0,166
Колегами по роботі	45	37	14	40	60,00	49,33	18,67	53,33	0,255	0,372	<0,001	0,189	<0,001	<0,001
Малознайом а / незнайома особа	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-
Чи були у Вас періоди, коли Ви відчували серйозні проблеми у спілкуванні з:														
Матір'ю	14	16	19	21	18,67	21,33	25,33	28,00	0,123	0,224	0,427	0,683	0,324	0,562
Батьком	17	16	17	20	22,67	21,33	22,67	26,67	0,352	0,283	0,352	0,844	1,000	0,844
Брати /Сестрами	10	11	14	20	13,33	14,67	18,67	26,67	0,033	0,053	0,165	0,814	0,373	0,511

Стате вий па ртнеро м / чол овіком (жінко ю)	12	14	19	13	16,00	18,67	25,33	17,33	0,500	0,500	0,159	0,666	0,158	0,324
Дітьм и	6	12	15	12	8,00	16,00	20,00	16,00	0,105	0,500	0,335	0,132	0,034	0,524
Іншим и знач ущими члена ми сім'ї	9	9	20	8	12,00	12,00	26,67	10,67	0,500	0,500	0,011	1,000	0,023	0,023
Друзя ми	14	18	26	12	18,67	24,00	34,67	16,00	0,415	0,154	0,007	0,425	0,027	0,151
Сусіда ми	2	3	5	15	2,67	4,00	6,67	20,00	0,001	0,003	0,015	0,649	0,246	0,467
Колег ами по роботі	7	10	7	15	9,33	13,33	9,33	20,00	0,053	0,190	0,049	0,440	1,000	0,440
Малоз найом а / нез найом а особа	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	-	-	-	-	-	-
Чи поводився хто-небудь з цих людей з Вами погано: в емоційному плані (словесна зневага)?														
Матір	6	11	6	13	8,00	14,67	8,00	17,33	0,070	0,412	0,070	0,198	1,000	0,198
Батьк о	13	19	6	12	17,33	25,33	8,00	16,00	0,500	0,113	0,105	0,232	0,086	0,004
Брати /Сестр и	4	4	9	14	5,33	5,33	12,00	18,67	0,012	0,012	0,182	1,000	0,147	0,147
Стате вий па ртнер / чолові к (жінка)	10	10	8	11	13,33	13,33	10,67	14,67	0,500	0,500	0,312	1,000	0,615	0,615
Діти	0	6	4	8	0,00	8,00	5,33	10,67	0,005	0,389	0,183	0,012	0,043	0,513
Інші з начуші члени сім'ї	0	0	2	5	0,00	0,00	2,67	6,67	0,034	0,034	0,219	-	0,155	0,155
Друзі	3	6	7	10	4,00	8,00	9,33	13,33	0,041	0,214	0,303	0,302	0,190	0,772
Сусіді	2	4	6	13	2,67	5,33	8,00	17,33	0,003	0,020	0,070	0,405	0,146	0,513
Колег и по роботі	5	11	6	14	6,67	14,67	8,00	18,67	0,025	0,331	0,046	0,113	0,754	0,198
Малоз найом а / нез найом а особа	2	4	6	9	2,67	5,33	8,00	12,00	0,030	0,123	0,293	0,405	0,146	0,513

Table 2. Частота наявності близьких відносин та проблем у спілкуванні у мікросоціальному оточенні респондентів, в основній групі (до та після 1-го переміщення респондентів і на момент обстеження), а також в контрольній групі (на момент обстеження) 1. * - Сума частот може бути менше чисельності групи (<100%), якщо не всі респонденти відповіли на відповідне запитання, або більше чисельності групи (>100%), якщо існує можливість множинного вибору. 2. ** - Достовірність відмінностей між основною і контрольною групами (p) за критерієм "χ²" (достовірні відмінності (p<0,05) виділені сірим кольором). 3. *** - Стан до 1-го переміщення

Однак, внаслідок послідовних вимушених переміщень ці рівні зросли і для конфліктів всередині родини перевищили відповідні рівні КГ (в 1,45 і 1,19 рази відповідно при $p=0,001$), а для конфліктів поза межами родини зрівнялись з ними.

Висновки

Отже, в структурі складових психосоціальної вразливості, пов'язаної з соціальним статусом, у повторно внутрішньо переміщених хворих на рекурентний депресивний розлад виділені економічні та соціальні предиктори підвищення ПВ та, відповідно, наростання дистресу.

Серед економічних чинників це незадовільні житлові умови (за оцінкою 41,33 % ПВПО з РДР проти 4,00% у КГ, $p<0,001$); зростання рівня безробіття, особливо внаслідок повторного переміщення (з 0,00 % до 40,00 % осіб), збільшення в 3,71 рази проблем з працевлаштуванням після 2-го переміщення, зменшення частоти праці у повний робочий день та збільшення частки ПВПО з РДР, які мають випадкові заробітки, погіршення, з кожним новим переміщенням, рівню матеріального забезпечення (0,00 % до переміщень проти 48,00 % після повторного переміщення мають матеріальне забезпечення на рівні виживання, а з 0,00 % проти 17,33 % – цілком незадовільне, відповідно).

Соціальними факторами постали підвищення релігійності (збільшення частоти відвідування церкви в 3,00 рази, дотримання канонів, у тч суворо, в 2,22 рази), що можна трактувати як зростання потреби у соціальній підтримці і, вірогідно, її брак з боку громад; радикальне зменшення творчої діяльності у вигляді хобі (залежно від різновиду в 2,25-5,60 рази при $0,001<p<0,031$), окрім рукоділля (зросло у 2,45 рази, $p=0,003$), яке постало новим видом заробітку. Таке зменшення дієвої творчої продуктивності може свідчити про часткову відмову від активних стратегій подолання стресу з переходом на пасивні, зниження резильєнтності, наростання дистресу, рецидивів або погіршення стану хворих на РДР. Наступними соціальними факторами ПВ постали: зменшення кола людей, з якими вони підтримували близькі стосунки (в 1,37-1,69 рази з різними членами родини та в 3,21 рази з колегами по роботі, $p<0,001$, в 3,63 рази – з сусідами, $p<0,001$), зростання частоти серйозних проблем у спілкуванні у мікросоціальному оточенні (з друзями в 1,86 рази, $p=0,027$, з іншими значущими членами сім'ї в 2,22 рази, $p=0,023$, з власними дітьми в 2,50 рази, $p<0,034$), збільшенням середньої тривалості конфліктів з членами родини в 2,21 рази.

Отримані дані свідчать про істотне і достовірне зниження рівня задоволення ПВПО з РДР поточними умовами свого життя і проведенням вільного часу на момент обстеження у порівнянні з членами контрольної групи (в 1,47 рази і в 1,36 рази відповідно при $p<0,001$), що може бути додатковим фактором ризику щодо формування афективних розладів, а також фактором резистентності відносно антидепресивної терапії. Гіпотеза про важливість цих факторів буде перевірена в ході наступних досліджень.

References

1. Morina N, Akhtar A, Barth J, Schnyder U. Psychiatric Disorders in Refugees and Internally Displaced Persons After Forced Displacement: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2018;9:433. doi: 10.3389/fpsy.2018.00433.
2. UNHCR Ukraine. Operational Update. <https://data.unhcr.org/en/country/ukr/751>, <https://data.unhcr.org/en/documents/details/122041>. Published April 14, 2026.
3. Patanè M, Ghane S, Karyotaki E, et al. Prevalence of mental disorders in refugees and asylum seekers: a systematic review and meta-analysis. *Glob Ment Health (Camb)*. 2022;9:250-263. doi: 10.1017/gmh.2022.29.
4. Marquez P.V. (2016) Mental Health Among Displaced People and Refugees. <https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/010d62c3-6f05-5d82-9cbd-afb14ad502a6>. Published December 12, 2019. doi:10.1596/25854

5. Blackmore R., Boyle J.A., Fazel M., et al. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2020;17(9):e1003337. doi: 10.1371/journal.pmed.1003337.
6. Foo SQ, Tam WW, Ho CS, et al. Prevalence of Depression among Migrants: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(9):1986. doi: 10.3390/ijerph15091986.
7. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2019;394(10194):240-248. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30934-1.
8. Global Burden of Disease Study. Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2018;392(10159):1789-1858. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7.
9. Ishii H, Hashimoto T, Sato A, et al. Evaluating psychological distress associated with life events under the traumatic experience threshold in patients with major depressive and bipolar disorder. *Sci Rep.* 2024;14(1):16264. doi: 10.1038/s41598-024-67101-x.
10. Dohrenwend BP. Inventorying stressful life events as risk factors for psychopathology: Toward resolution of the problem of intracategory variability. *Psychol Bull.* 2006;132(3):477-495. doi: 10.1037/0033-2909.132.3.477.
11. Seki R, Hashimoto T, Tanaka M, et al. Identification of psychological features and development of an assessment tool for event-related psychological distress after experiencing non-traumatic stressful events. *PLoS One.* 2021;16(3):e0249126. doi: 10.1371/journal.pone.0249126.
12. Atsushi Kimura, Tasuku Hashimoto, Tomihisa Niitsu, Masaomi Iyo Presence of psychological distress symptoms associated with onset-related life events in patients with treatment-refractory depression. *Journal of Affective Disorders.* 2015; 175:303-309. doi: 10.1016/j.jad.2015.01.027, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032715000312>
13. Koshimizu H, Nogawa S, Asano S, et al. Genome-wide association study identifies a novel locus associated with psychological distress in the Japanese population. *Transl Psychiatry.* 2019;9(1):52. doi: 10.1038/s41398-019-0383-z.
14. Roiser J.P., Sahakian B.J. Hot and cold cognition in depression. *CNS Spectr.* 2013; 18(3): 139-149. doi: 10.1017/S1092852913000072.
15. Caspi A., Sugden K., Moffitt T.E., et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5OHTT gene. *Science.* 2003;301(5631):386-389. doi: 10.1126/science.108396845.
16. Lamers F., Vogelzangs N., Merikangas K.R., de Jonge P., Beekman A.T.F., Penninx B.W.J.H. Evidence for a differential role of HPA-axis function, inflammation and metabolic syndrome in melancholic versus atypical depression. *Mol Psychiatry.* 2013;18(6):692-699. doi: 10.1038/mp.2012.14
17. Spierling S.R., Mattock M., Zorrilla E.P. Modeling hypohedonia following repeated social defeat: Individual vulnerability and dopaminergic involvement. *Physiol Behav Elsevier Inc.* 2017;177:99-106. doi: 10.1016/j.physbeh.2017.04.016
18. Victor T., Furey M., Fromm S. Relationship of emotional processing to masked faces in the amygdala to mood state and treatment in major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67(11):1128-1138. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.144.R
19. Roest AM, de Vries YA, Al-Hamzawi A, et al. WHO World Mental Health Survey collaborators. Previous disorders and depression outcomes in individuals with 12-month major depressive disorder in the World Mental Health surveys. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2021;30:e70. doi: 10.1017/S2045796021000573.
20. L Aslanyan, D Muradyan, Z Sargsyan, et al. Resilience and its determinants among forcibly displaced adults from Nagorno-Karabakh. *European Journal of Public Health.* 2025;35(4):ckaf161.993. doi: 10.1093/eurpub/ckaf161.993.
21. Weitzel EC, Glaesmer H, Hinz A, et al. What Builds Resilience? Sociodemographic and Social Correlates in the Population-Based LIFE-Adult-Study. *Int J Environ Res Public*



- Health. 2022;19(15):9601. doi: 10.3390/ijerph19159601.
22. Abeer Abd AL-Abass Sattar, Sarab Nasr Fadhil The Influence of Sociodemographic Factors on Resilience and Subjective Wellbeing among University Students. *mfm*. 2025;36(8). doi: 10.60110/medforum.360812.
 23. Mcizana T. Sociodemographic and work-related factors associated with psychological resilience in South African healthcare workers. University of Cape Town, Faculty of Health Sciences, Department of Public Health and Family Medicine, 2024. Available from: <http://hdl.handle.net/11427/41070>
 24. Eshel Y, Kimhi S, Marciano H and Adini B. Demographic factors, partial social belonging and psychological resources associated with coping. *Front. Psychol.* 2023;14:1154659. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1154659
 25. NIH NIMH (2019) Transforming the understanding and treatment of mental illnesses. Retrieved March from Available at <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>.
 26. Bremner J.D., Vythilingam M., Vermetten E., Charney D.S. Effects of antidepressant treatment on neural correlates of emotional and neutral declarative verbal memory in depression. *J Affect Disord.* 2007;101(1-3):99-111. doi: 10.1016/j.jad.2006.10.02877.
 27. Ministry of Health of Ukraine. (2022). I know what vulnerability is. Are you sure? USAID Health Reform Support Project. https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%91%D1%96%D0%B1%D0%BB%D1%96%D0%BE%D1%82%D0%B5%D0%BA%D0%B0%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B5%D0%BA%D1%82%D1%96%D0%B2%20USAID/%D0%91%D1%80%D0%BE%D1%88%D1%83%D1%80%D0%B0_%D0%B2%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%BB%D0%B8%D0%B2%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C.pdf