

Список литературы

1. Riecher-Rössler A. Working together for early detection of psychosis // European Psychiatry. 2017. Vol. 41, Suppl. : Abstract of the 25th European Congress of Psychiatry. P. S6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.006>.

2. Reductions in frontal, temporal and parietal volume associated with the onset of psychosis / Stefan J. Borgwardt, Philip K. [et al.] // Schizophrenia Research. October 2008, 106, 108—114.

3. Jukuri T., Kiviniemi V., Veijola J. Cerebellar activity in young people with familial risk for psychosis — The Oulu brain and mind study // European Psychiatry. 2017. Vol. 41, Suppl. : Abstract of the 25th European Congress of Psychiatry. P. S628. URL : <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1019>.

4. Stigma in early detection of psychosis: Subjective experiences of those concerned / M. Uttinger, C. Rapp, E. Studerus, [et al.] // European Psychiatry. 2017. Vol. 41, Suppl. : Abstract of the 25th European Congress of Psychiatry. P. S387. URL : <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.02.429>.

5. Cognitive Functioning in Prodromal Psychosis: meta-analysis / Paolo Fusar-Poli, Giacomo Deste, Renata Smieskova, [et al.] // Arch Gen Psychiatry. 2012; 69(6): 562—571.

6. Galderisi S., Pietrafesa D., Palumbo D. Intervention in early psychosis. Current status and future perspectives // European Psychiatry. 2017. Vol. 41, Suppl. : Abstract of the 25th European Congress of Psychiatry. P. S28. URL : <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.141>.

7. The current European status / [N. Maric, S. Andric, A. Raballo, et al.] // European Psychiatry. 2017. Vol. 41, Suppl. : Abstract of the 25th European Congress of Psychiatry. S27. URL : <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.138>.

Надійшла до редакції 26.10.2017 р.

БЕЛУГИНА Ольга Сергеевна, ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии Белорусского государственного медицинского университета, г. Минск, Республика Белоруссия
BELUGINA Olga, Assistant of Department of psychiatry and medical psychology of Belarusian state medical University, Minsk, Belarus

УДК 616.89:616.895-036.2-061.3

И. А. Франкова

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ — ВЫЗОВ ДЛЯ ПСИХИАТРИИ XXI ВЕКА
 (обзор материалов 25-го Европейского психиатрического конгресса)**

І. А. Франкова

**Психічне здоров'я переселенців — виклик для психіатрії XXI століття
 (огляд матеріалів 25-го Європейського психіатричного конгресу)**

I. A. Frankova

**Refugee mental health — the psychiatric challenge of the 21st century
 (25th European Congress of Psychiatry materials review)**

Травма стала определенной символической категорией, которая вторгается в повседневную жизнь, и эта проблема достигла размеров эпидемии. Травма объясняет не только происхождение проблем со здоровьем, но и последствия воздействия насилия. Растущее количество вынужденно перемещенных людей представляет серьезное испытание для психиатрии в наше время.

Ключевые слова: Европейский психиатрический конгресс, вынужденное перемещение, беженцы, дискриминация, психическое здоровье переселенцев

Травма стала певною символическою категорією, яка вторгається в повсякденне життя, і ця проблема досягла розмірів епідемії. Травма пояснює не тільки походження проблем зі здоров'ям, але і наслідки впливу насильства. Зростаюча кількість вимушено переміщених людей становить серйозну проблему для психіатрії в наш час.

Ключові слова: Європейський психіатричний конгрес, вимушене переміщення, біженці, дискримінація, психічне здоров'я переселенців

Trauma has become a symbolical category that is invasive in everyday life and has reached epidemic proportions. Trauma explain not only the origins of course of health-related problems, but also the consequence of exposure to violence. The growing number of forcibly displaced people constitute a great challenge for psychiatry nowadays.

Keywords: European congress of Psychiatry, forced displacement, migrants, discrimination, mental health of refugees

В своем вступительном слове, посвященном открытию конгресса, Silvana Galderisi, президент Европейской психиатрической ассоциации, обратила внимание общественности на то, что психические расстройства:

— имеют низкий уровень первичной диагностики, следовательно, — лечения;

— широко распространены среди общей популяции (каждый третий на протяжении жизни минимум один раз сталкивается с психическим расстройством);

— могут быть временными, но часто становятся хроническими, в связи с низкой выявляемостью, препятствуют полному развитию потенциала человека и могут сокращать продолжительность жизни. Жизнь людей, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, на 15—20 лет короче (Galderisi, 2017).

Другой известный итальянский психиатр Mario Maj, возглавлявший Всемирную ассоциацию психиатров (2008—2011), в пленарной лекции сказал: «Психические расстройства — это не просто болезнь головного мозга, они на самом деле возникают на стыке между этим сложным органом, доловым мозгом, и еще более сложным

миром межличностных отношений, в который мы все настолько погружены» (Maj, 2017).

Европейский миграционный кризис является одной из самых больших проблем XXI века. Вынужденное переселение затрагивает миллионы человеческих жизней с обеих сторон — одних вынуждает бежать, других — предоставлять убежище и защиту. Психическое здоровье беженцев — это вызов для современной психиатрии. Потребность в психиатрической помощи среди людей, спасающихся от войны и преследований, будет только расти (Graef-Calliess, 2017).

Огромное количество травмированных беженцев нуждается в помощи не только в Европе, но и на Ближнем Востоке, и в Африке, с небольшим количеством психиатров или в районах, слишком опасных для работников, оказывающих помощь (Wasserman, 2017). Специалисты в области психического здоровья по всему миру испытывают серьезные сложности в попытках помочь данной категории пациентов в связи со стигматизацией психических расстройств, языковыми барьерами, дискриминацией и недостатком транскультуральных компетенций.

Статистика

На 25-м Конгрессе Европейской психиатрической ассоциации теме миграции и вынужденного переселения было уделено много внимания со стороны докладчиков и слушателей. В одном из симпозиумов («Вызов для Европы: психическое здоровье беженцев») поделился своими наблюдениями и исследованиями Levent Kuey, руководитель секции транскультуральной психиатрии Всемирной ассоциации психиатров. Миграция была коллективным опытом для человечества на протяжении всей нашей истории. Существовало ли такое общество, которое не сталкивалось бы с миграцией в той или иной форме? Ответ отрицательный, и в настоящее время такого общества нет. Некоторые страны отправили много иммигрантов за границу, другие приняли и разместили их, а третьи — являются транзитными зонами на пути миграции (Kuey, 2017). В целом, миграция определяется как географическое перемещение людей из одного места в другое, но каждый пример миграции уникален, существуют значимые различия между добровольной и вынужденной миграцией. Клиницисты должны учитывать эти факторы при оценке и планировании стратегий вмешательств, в социальном плане.

Глобально, 1 из 122 людей был вынужден покинуть свой дом в 2014 году (около 42 500 индивидуумов в день). С 2010 по 2014 год данная цифра увеличилась в 4 раза. Текущее глобальное вынужденное перемещение достигло наибольших масштабов со времен Второй мировой войны. Только за 2015 год вследствие преследования, военных конфликтов, нарушения прав человека, по подсчетам The United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), в мире насчитывается около 60 миллионов вынужденных переселенцев (59,5 млн в 2014 и 51,2 млн в 2013 годах). Предположительно на данный момент в мире около 300 млн человек, которые относятся к категории насильственно перемещенных. Если этих людей объединить в страну, она бы заняла 24-й номер в мировом списке по своей величине (UNHCR, 2015). Точная статистика варьирует в зависимости от того, как разграничить эту популяцию.

Условно выделяют следующие категории насильственно перемещенных лиц:

— беженцы (*refugees*) — это лица, которые находятся за пределами своей страны гражданства, не могут или не хотят вернуться на родину, в связи с наличием обоснованного страха преследования по причине их расы, религии, национальности, политических убеждений или принадлежности к определенной социальной группе, и не могут получить убежище в родной стране (UNHCR, 2010);

— те, кто просят убежища (*asylum-seekers*) — лица, которые добивались международной защиты, и чья просьба о предоставлении статуса беженца еще не была одобрена, независимо от того, когда она была подана (UNHCR, 2015);

— лица, перемещенные внутри страны (*internally displaced persons*) — вынужденные покинуть свои дома, чтобы избежать военных конфликтов, насилия, нарушений человеческих прав, но не пересекли границ своей страны (UNHCR, 2015);

— лица без гражданства (*stateless persons*);

— лица, которые являются репатриантами (*returnees*);

— экономические мигранты.

Среди всех стран мира, согласно подсчетам, на конец 2015 года наибольшее количество беженцев приютили Турция (2,5 млн), Пакистан (1,5 млн), Ливан (1,1 млн).

С 2015 по 2016 год более 1,4 миллиона человек подало заявки на получение убежища в Европе. Наибольшее количество заявок получили Германия (641 535), Швеция (142 560), Венгрия (130 695), Италия (102 480) и Австрия (83 080) (Abbott, 2016). Популяция беженцев в Европе возросла до 3,1 млн, в частности переселенцами из Сирийской Арабской республики (1,7 млн), Украины (234 600) и Ирака (132 200). Первый крупномасштабный вооруженный конфликт на территории Европы (Украина) с момента окончания балканских войн стал еще одним серьезным фактором вынужденного перемещения по всему региону. В результате боевых действий на Востоке Украины в 2014 году были вынуждены покинуть свои дома и мигрировать в пределах страны более 800 тыс. человек, а общее количество беженцев в Российской Федерации увеличилось до 271 200 человек (к примеру, в 2013 году количество заявок о предоставлении статуса беженца составило 3,4 тыс.) Украинцы составили 98 % всех беженцев в Российской Федерации (UNHCR, 2015).

Levent Key в своем выдающемся докладе задал вопрос аудитории, который остался без ответа. Если на минуту представить себя на месте человека в сердце вооруженного конфликта, когда подходящее время бросить все и бежать? Когда вы услышали о войне по телевизору? Когда вы слышите взрывы бомб над соседним городом? Может быть, когда вы видите военные действия на вашей улице? Либо, когда умирает родной человек на ваших глазах? Люди оказываются в безвыходной ситуации под названием «беги или умри». А те, кто решился на побег, на чью помощь они могут рассчитывать? Насколько могут/хотят помочь чиновники, вооруженные силы, друзья, соседи, гражданское общество, общественные некоммерческие организации, торговцы людьми, контрабандисты? Возможно, рассчитывать не на кого?

К примеру, вследствие сирийского конфликта, который по праву считается наихудшим миграционным кризисом нашего поколения, 7 млн 600 тыс. людей были вынуждены покинуть свои дома и мигрировать в пределах своей страны, сотни тысяч находятся в лагерях для переселенцев. Более 200 тыс. умерли, 4 млн сирийцев бежали из страны. В 2015 году из этой страны по Средиземному морю бежало 219 тыс. людей, в результате чего более 2 800 мигрантов умерли или пропали без вести.

Стресс-факторы, риск-факторы

В последнее время в изучение темы психического здоровья переселенцев вовлечены многие ведущие психиатры, президент Всемирной психиатрической ассоциации Dinesh Bhugra не стал исключением. На протяжении конгресса он представил несколько докладов. В докладе «Транскультуральная адаптация после миграции», в том числе, делился личным опытом, так как является иммигрантом второго поколения. Миграция — это риск-фактор возникновения психических расстройств. Dinesh Bhugra в своих исследованиях сообщает о множественных и очень сложных стрессорах, с которыми часто сталкиваются беженцы. Стресс-факторы не только подвергают психическое здоровье серьезному риску, но и продолжительно воздействуют на него (Bhugra, 2017). Это может быть опыт травматизации до, во время и после фактического перемещения (миграции). Если беженцам удалось покинуть зону конфликта, то поиск безопасности часто становится длинным и изнуряющим, в дороге их могут поджидать и другие травматические события (голод, физическое, сексуальное насилие, смерть, похищение документов, торговля людьми) (табл. 1).

Таблиця 1. Етапи міграції і ризик-фактори

Етапи міграції	Фактори ризику психічних розладів на різних етапах міграції
Підготовка до міграції: переслідування, економічні труднощі, пошук ресурсів	Фізичний вред, небезпечні для життя умови, сепарація
Фізичний процес міграції	«Беги або умри»
Пост-міграція: зіткнення з новою середою, культурою, устрій життя	Неопределенність, перебування в таборах, дискримінація, ворождебність, зниження можливості соціальної інтеграції

Не всі переселенці мають однаковий ризик психічних захворювань. В більшій ступені підвержені ризику:

- жінки, особливо в сім'ях з матриархальним укладом;
- підлітки;
- пожилі люди;
- ті, хто втратив свої документи особистості;
- особи з інвалідністю або з раніше діагностованими проблемами в сфері психічного здоров'я;
- жертви насильства;
- ті, хто знаходиться в крайній біді.

В результаті міграції багато втрачають або вимушені покинути чоловіків, жінок, партнерів, втрачають друзів і стосунки, що призводить до порушення можливості в подальшому будувати довготривалі, близькі і інтимні стосунки. Травма залежить не тільки від природи травматичного події, але також від особистого стосунку і соціальної інтерпретації, включаючи реакції жертв, їх сімей, спільнот і суспільства в цілому.

Існують ризики, але в протилежності їм виділяють визначені фактори стійкості (рис. 1). Коли у біженця проявляється психічне розлад, фактори постміграції мають вирішальне значення в тому, стане ли захворювання (в частині, депресивне розлад) хронічним, і наскільки легко пройде процес інтеграції в нове суспільство (Vogic, et al., 2015).



Рис. 1. Фактори ризику і стійкості

Що ж відбувається з людиною після того, як він потрапив в нове суспільство? Dinesh Bhugra виділив наступні можливі реакції на вимушене переселення (рис. 2).

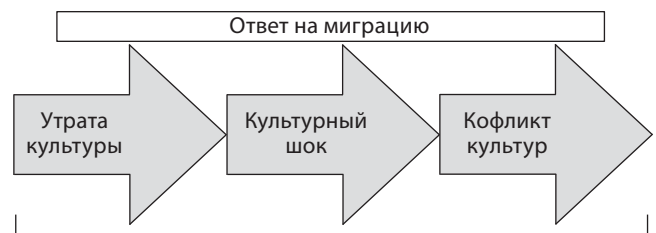


Рис. 2. Реакції на міграцію

Давайте розглянемо їх більш детально. Культурна втрата відбувається в зв'язі з втратою соціальних структур, культурних цінностей, культурної самобитності і характеризується майже неестественною прив'язаністю до минулого (ідеалізація минулого). В боротьбі з культурними втратами багато залежить від особистості індивідуума, незалежно від того, буде ли він мігрувати в самотність або з родиною. Виразом горя грає важливу роль в подоланні культурної втрати.

Культурний шок — емоційний або фізичний дискомфорт, дезорієнтація індивіда, викликана потраплянням в іншу культурну середу, зіткненням з іншою культурою, незнайомим місцем. Цей термін використовують для пояснення шоку, пережитого мігрантами після переходу до нової культури (Oberg, 1960). Шок затрагує різні аспекти функціонування людини, пов'язаний з втратою і наступним стресом, викликає відчуження від нової культури, приводячи до тривоги, почуття безпорадності і безсилля. Нова культура не тільки дивно відрізняється, але також неприємна і чужда. Таке відчуження призводить до серйозних складнощів в подальшій адаптації.

Культурний конфлікт — це афективний і когнітивний дисонанс в результаті спроби асимілювати цінності нової культури (більш широку культуру) і відображає дилемми, які переживають люди в спробі інтегрувати два протилежних погляди. Процес асиміляції в новій середі і культурі можливий завдяки вивченню нового мови, ритуалів, особливих паттернів поведінки і стосунків, а також можливості пережити втрату минулої культурної середі і, в певній мірі, відмовитися від неї.

Перераховане вище підтверджує, що на переселенців впливає велика кількість факторів одночасно, підвищуючи ризик виникнення психічних розладів. Крім цього, існує обмежена можливість надати їм належну допомогу. Наприклад, в Німеччині біженці можуть розраховувати на допомогу тільки при гострих психічних або загрозливих життю симптомах. В більшості країн існують серйозні лінгвістичні бар'єри, а культурні відмінності викликають значительні труднощі в діагностиці і лікуванні. Іншими серйозними перешкодами

являются дискриминация, мотивированная расизмом, с неблагоприятными последствиями для физического и, особенно, психического здоровья (Киев, 2017).

К вопросу о дискриминации

Различные человеческие социальные группы обычно рассматриваются как «иные» членами других групп. Мы, люди, должны создавать социальные связи с нашими товарищами для существования и выживания, что неизбежно создает основу для формирования социальных групп и, в свою очередь, рождает такие категории как «внутри группы» и «вне группы», «я» и «другие», «мы» и «они». Этими словами начал свой доклад, посвященный вопросам растущего расизма и дискриминации в отношении переселенцев, Levent Kuey. Чтобы понять травмирующий эффект стигмы и дискриминации в отношении иммигрантов, вопрос «иных» должен быть пересмотрен, так как расизм и дискриминация отрицательно влияют на психическое здоровье.

С давнего времени существуют теории так называемого «научного расизма», которые постулируют, что некоторые расы уступают другим, и поэтому дифференцированное отношение к расам оправдано. Расовые, этнические, гендерные и религиозные системы, основанные на предрассудках и дискриминации, привели к огромным человеческим страданиям по всему миру. Многие человеческие бедствия, акты массового насилия были совершены во имя таких групповых различий, во имя «национальной, этнической или религиозной идентичности» (Киев, 2017).

Дискриминация определяется как негативное отношение, предвзятость, насилие, несправедливость и лишение определенных прав людей по причине принадлежности их к определенной социальной группе. Дискриминационное поведение имеет много форм, но все они связаны с какой-либо формой исключения или отвержения. Одним из факторов, усиливающих стрессовое воздействие любого биопсихосоциального фактора на психическое заболевание, является степень дискриминации. Индивидуальная и институциональная дискриминация, а также стигма неполноценности отрицательно влияют на здоровье, ограничивая социально-экономические возможности и мобильность. Отмечают, что бедность, низкие санитарно-экономические условия, дискриминация и психическое здоровье имеют сильную корреляцию. Реакции на дискриминацию представлены в трех формах, обычно люди показывают комбинацию из них (рис. 3).



Рис. 3. Реакции на дискриминацию

Многие из тех, кто сталкиваются с дискриминацией в свой адрес, впоследствии интернализируют ее и подвергают себя самодискриминации. Примерами внутренней самодискриминации являются:

— стереотипы в отношении собственного «Я», они отражают когнитивный аспект социальной категоризации (я — член дискриминируемой группы);

— самоосуждения — отражают эмоциональный аспект дифференциации (я отвергаем, следовательно, заслуживаю то, что со мной происходит);

— самодискриминация — относится к усвоенным паттернам беспомощного поведения (я не имею равных прав; не могут делать то, что делают они).

Продолжая свой доклад, Levent Kuey призвал перестать описывать людей в соответствии с их корнями и идентифицировать с их родиной и национальностью, что было характерным для духа нашего времени ранее. «Корни не только кормят дерево, но одновременно фиксируют его на земле. Как следствие, невозможно одновременно принадлежать к разным землям/странам. Мы устали от этих деревьев. Мы должны отказаться от веры в деревья и корни. Они были причиной серьезных человеческих страданий. Дискриминация, от которой мы страдаем, не является ни фатальной, ни неизбежной. Будущее непредсказуемо, но полно возможностей и может быть построено» (Киев, 2017).

Скринировать или не скринировать? И другие особенности ПТСР среди переселенцев

Возвращаясь к теме психических расстройств среди переселенцев, многие докладчики приводили примеры эпидемиологических исследований. Из данных мета-анализа следует, что уровень психических заболеваний в два раза выше среди беженцев и тех, кто просит убежища, по сравнению с теми, кто мигрировал по экономическим причинам (40 % к 21 %) (Lindert, et al., 2009).

Распространенность психических расстройств и проблем с физическим здоровьем увеличивается пропорционально длительности процедуры предоставления убежища, соответственно, качество жизни снижается. Похоже, что ресурсы переселенцев не активированы, у них нет доступа к здравоохранению, преобладает низкое качество жизни, высокий уровень стигматизации, рабочие места для них отсутствуют (Laban, et al., 2004).

Как уже упоминалось выше, беженцы часто имеют опыт множественных травм, связанных с миграцией, миграцией и при адаптации в новых условиях. Большинство людей, страдающих от психической травмы, в социально безопасной ситуации восстанавливаются самостоятельно. Чтобы идентифицировать пациентов, действительно нуждающихся в помощи, важно помнить, что симптомы посттравматического стресса могут варьировать и сочетаться с другой психической и соматической сопутствующей патологией. Травматический опыт переселенца может приводить не только к посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР), но и к тревоге, депрессии, соматоформным расстройствам, хроническим болям, инсомнии, соматическим синдромам (слабость, звон в ушах, жалобы со стороны нескольких систем организма, таких как сердечно-сосудистая, дыхательная, мышечный аппарат и опорно-двигательная, иммунная, неврологическая, гастроинтестинальная, эндокринная (Lindert et al., 2009; Hansson et al., 2012; Gupta, 2013)). Стоит понимать, что пациент с такого рода жалобами скорее обратится к врачам общей практики, проходя многочисленные обследования и, возможно, лечение, но безуспешно. Важной задачей является информирование общесоматических врачей о существующей проблеме сложности выявления соматизированной тревоги и депрессии вследствие психической травмы.

Травматический опыт может приводить к развитию специфических фобий, расстройств личности, диссоциативных расстройств (Foa et al., 2000). Это вызывает

обеспокоенность врачей, в связи с данными состояниями психики снижаются когнитивные возможности, уровень энергии, мотивация, способность обучаться и принимать решения (Schouler-Ocak, 2015).

Не менее тревожным стало сообщение, что риск развития шизофрении и других не аффективных психозов среди беженцев — выше. Исследование, в которое вошло 1,3 миллиона человек, включало три категории людей: рожденные в Швеции — 88,4 % (оба родителя — шведы); 24 тыс. переселенцев (1,8 %) и экономические мигранты, которые не были вынуждены бежать из своей страны вследствие угрозы жизни (9,8 %). Риск возникновения психозов среди беженцев был выше, не только в сопоставлении со шведами, но и в сравнении с экономическими мигрантами, даже если они происходили из одной и той же страны. После коррекции данных в соответствии с полом, возрастом, социально-экономическим статусом разница в присутствии повышенного риска возникновения шизофрении и не аффективных психозов среди беженцев и детей первого поколения беженцев сохранилась (Hollander, et al., 2016).

Различные исследования указывают на то, что частота посттравматического стрессового расстройства примерно в десять раз выше среди беженцев и лиц, ищущих убежище, чем среди населения в стране пребывания в целом (Fazel et al., 2005; Crumlish et al., 2010).

Немаловажным является вопрос различия подходов к диагностике ПТСР в международной статистической классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10, Всемирная организация здоровья, 1992 год) в сравнении с критериями в диагностическом статистическом руководстве психических расстройств 5-го пересмотра (DSM-5), опубликованного в 2013 году. Данную дискуссию на конгрессе инициировал итальянский психиатр

Maio Maj. Во-первых, за 20 лет (разница во времени изданий) многое в медицине изменилось, начиная от расширенных диагностических возможностей, до подходов в лечении, а главное, в предотвращении заболеваний. МКБ-10 включает все нозологии, тогда как DSM-5 — только психические расстройства, МКБ написана для врачей общей практики, соответственно содержит упрощенную информацию, а DSM написана психиатрами — для психиатров (Maj, 2017). ПТСР официально вошло в классификацию психических расстройств (DSM-III) в начале 80-х, а в МКБ-10 — в 1992 году (МКБ-9 включала «острую реакцию на стресс» и «расстройство адаптации»). МКБ-10 содержит критерий относительно времени после воздействия травматического события, в течение которого могут возникнуть симптомы ПТСР, это максимум шесть месяцев. В то же время, исследования показывают, что среди переселенцев под действием социально-экономических факторов часто наблюдается отсроченное начало первых симптомов посттравматического расстройства, чаще — в условиях ассимиляции к новой среде, когда отсутствует реальная угроза жизни (Bogic et al., 2015). В DSM-5 от этого временного ограничения отказались. В последнем издании были пересмотрены и другие диагностические критерии.

Частота и интенсивность ПТСР зависят от типа травматического воздействия. Травматические переживания вследствие изнасилования, пренебрежения в детстве, физического насилия, пыток, сексуального домогательства, войны и угрозы жизни с оружием, похищения или задержания в заложниках коррелируют с повышенным уровнем возникновения ПТСР (Kessler, et al., 1995). Наиболее серьезные последствия наблюдаются вследствие травм второго типа, нанесенных другими людьми (табл. 2).

Таблица 2. Травмы первого и второго типа

	Травма в результате несчастного случая	Межличностная травма / нанесенная человеком
Травма первого типа (I) <i>единичный, неожиданный случай острой угрозы жизни</i>	Дорожная авария Производственная травма (полиция, пожарные) Несчастный случай на работе Непродолжительные природные катастрофы (ураган, удар молнией)	Криминальное преступление и физическое насилие Сексуальное насилие Вооруженное нападение
Травма второго типа (II) <i>повторяющееся, продолжительное, непредсказуемое течение</i>	Продолжительные стихийные бедствия (наводнение, землетрясение) Техногенные катастрофы (утечка ядовитого газа, выброс радиоактивных веществ)	Сексуальное и физическое насилие в детстве Взятие в плен, заложники Пытки и политическое тюремное заключение Холокост (заключение в концентрационный лагерь)

При исследовании вопроса коморбидности при ПТСР было обнаружено, что лица с предмиграционной травмой будут страдать более чем одним психическим расстройством. Об этом сообщает исследование, посвященное изучению выраженности и коморбидности ПТСР среди переселенцев, которые прибыли в Германию. В центре приема беженцев в период с 2012 по 2015 год социальными работниками при помощи скрининговой шкалы PROTECT было опрошено 22 942 человека. В результате скрининга 182 переселенца были направлены в клинический центр экспертизы, а 85 были включены в исследование. Далее их психическое состояние оценивалось при помощи следующих диагностических методик: опросник выявления ранней травмы (Early trauma inventory, ETI) самоопросник психопатологических симптомов (Screening checklist-90-revised, SCL-90-R) и шкала депрессии Бэка (Beck depression inventory II, BDI II). В результате

у 93,3 % респондентов было выявлено психическое расстройство; 88,2 % имеют диагноз большого или рекуррентного депрессивного расстройства; 81,2 % — ПТСР. 96,5 % респондентов сталкивались с травматическими событиями, среди них 91,5 % — с множественными травмами, все нанесены человеком. Вероятность коморбидности ПТСР с депрессивным эпизодом составила 78,8 % случаев (Belz et al., 2017, in print).

Если после миграции и всех ее перипетий человек попадает в безопасные и поддерживающие условия, высок шанс того, что последствия травматических событий уйдут бесследно, произойдет «естественное самоисцеление». В своем докладе Iris Tatjana Graef-Calliess предоставила рекомендации от канадского объединения здоровья иммигрантов и беженцев, которые призывают не подталкивать к обсуждению деталей травматического события людей, которые функционируют и справляются

хорошо (Graef-Calliess, 2017). Рекомендована особая бдительность в отношении следующих симптомов: неожиданные соматические симптомы, нарушение сна, депрессия, панические атаки; проводить клиническую оценку выраженности симптомов стоит в соответствии с нарушением функционирования (в профессиональной сфере, выполнении домашних обязанностей и качестве общения с близкими и друзьями), к которому данные симптомы приводят. Короткие скрининговые инструменты переоценивают уровень выраженности болезни, так как фокусируются исключительно на симптомах. Активный расспрос, просьба припомнить детали травматических событий, раскрытие сложных для переживания воспоминаний может серьезно навредить, вызывая переход травматической памяти из краткосрочной в долгосрочную и повышая риск возникновения ПТСР. Не существует клинических исследований, демонстрирующих пользу от использования рутинного скрининга ПТСР. Рекомендации придают больше значения предотвращению возможного вреда от использования рутинных скрининговых процедур при отсутствии четких доказательств их пользы (Pottie et al., 2011).

Danuta Wasserman отдельное внимание в своем докладе уделила теме исследования уровня суицидальности среди переселенцев (Wasserman, 2017). Многие исследователи выявили высокий уровень суицидаль-

ности (91,7 %) среди переселенцев (Altunoz et al., 2016). Количество обращений за психиатрической помощью при этом находится на очень низком уровне. Например, время, которое необходимо чтобы получить доступ к психиатрической помощи в Германии после того, как первые симптомы психического заболевания возникли, составляет в среднем 15,2 месяца ($\pm 11,7$). Такие задержки связаны с серьезными затруднениями в организации специализированной помощи данной категории пациентов.

Смертность вследствие суицида выше среди переселенцев в сравнении с населением страны, куда они вынуждены были бежать, и даже выше в сравнении с населением страны, из которой они бежали. Наблюдается закономерное повышение и уровня попыток суицида. Danuta Wasserman подчеркнула, что количество исследований в направлении суицидологии среди беженцев ограничено, в то же время в них существует высокая потребность.

Cornelius J. Laban, эксперт в теме превенции суицидов, в своем докладе о суицидальном поведении среди переселенцев (на примере Нидерландов) отдельное значение уделил риск-факторам суицидальности (Laban, 2017). Условно их можно разделить на биопсихологические, социокультурные и факторы, связанные с окружающей средой (табл. 3).

Таблица 3. Риск факторы суицидальности

Биопсихологические	Социокультурные	Средовые
Психиатрический диагноз (шизофрения, тревожные и некоторые расстройства личности) Зависимость от алкоголя, психоактивных веществ Чувство безнадежности Импульсивные/агрессивные тенденции Травма или жестокое обращение в анамнезе Серьезные соматические болезни Попытка суицида в прошлом Суицид в семье	Недостаток социальной поддержки и чувство отчужденности Новости в СМИ о тех, кто покончил жизнь самоубийством Преграды в доступе к психиатрической помощи или лечению зависимости Социальные убеждения (суицид — благородный способ избавиться от проблем) Стигматизация поведения, ассоциированного с поиском помощи	Утрата работы и финансовой стабильности Утрата отношений или социального окружения Легкий доступ к летальным веществам Групповые суициды, оказывающие контактное воздействие

Беженцы сталкиваются с большим количеством риск-факторов и часто имеют слишком мало защитных факторов в своем арсенале (рис. 4).

Факторы защиты от суицида

- Крепкие семейные связи и поддержка окружения
- Рабочий альянс, помощь специалистов в области психического здоровья
- Эффективное лечение психических, физических заболеваний и зависимостей
- Навыки решения проблем, конфликтов и споров (без жестокости)
- Культурные и религиозные верования, которые препятствуют суициду
- Цели в жизни

Рис. 4. Факторы защиты от суицида

Доклад носил практический характер и Cornelius J. Laban тут же представил возможные пути решения и рекомендации по предотвращению суицидального поведения (рис. 5).

Превенция суицида в клинической практике

- На первой встрече исследуйте жалобы, степень ранимости, личностную устойчивость и степень социальной поддержки
- Спросите о желании умереть, суицидальных мыслях и планах
- Спросите как он/она поступали в сложных ситуациях в прошлом
- Спросите о мотивах жить дальше, стараясь преодолеть трудности
- Инвестируйте в рабочий альянс

Рис. 5. Превенция суицида в клинической практике

Программа предотвращения суицидального поведения должна учитывать наличие в команде хорошо подготовленных специалистов (которые могут предложить эффективные терапевтические программы и стратегии), сотрудничество с общесоматическими и психиатрическими больницами, атмосферу коллегиальности, активной поддержки и текущей интервизии или супервизии.

Доступ к системе здравоохранения для переселенцев сильно различается между странами. Давление

и стресс, с которыми сталкиваются беженцы, вызывают трудности и замедляют выздоровление. Ограничение доступа к здравоохранению способствует дальнейшему ухудшению общего состояния здоровья и, особенно, нарушению психического здоровья среди беженцев. В вопросе организации помощи до сих пор не найдено единого решения.

«Предотвращение — лучшее лечение»

Переселенец — это человек, который потерял свое прошлое и имеет неопределенное будущее. Следовательно, лечение должно начинаться с установления доверия. Прошлый опыт стал для беженцев серьезным испытанием всех их базовых принципов и убеждений, в том числе, что «людям можно доверять». Ключевыми клиническими элементами процесса выздоровления являются эмпатия, утешение, активная поддержка (Graef-Calliess, 2017).

Iris Tatjana Graef-Calliess в докладе, посвященном работе с иммигрантами, страдающими ПТСР, говорила о высокой эффективности травма-фокусированных психотерапевтических подходов, что было доказано многими исследователями (Palic, Elkft, 2011; Nickerson et al., 2011) и описано в систематических мета-анализах (Heide, et al., 2016). Спикер отметила особую эффективность нарративной экспозиционной терапии (NET) и культурально адаптированной когнитивно-поведенческой психотерапии (CA-CBT). Всем переселенцам, наряду с другими рекомендациями лечения ПТСР, следует пройти курс травма-фокусированной психотерапии. В ходе терапии стоит обратить внимание на выявление сопутствующих симптомов депрессии, жестокого обращения в детстве, насилия со стороны партнера. Эти диагностические интервенции усилят терапевтический альянс, приверженность терапии и улучшат исход болезни.

Фармакотерапевтические рекомендации, в соответствии с руководством Национального института здоровья и совершенствования помощи Объединённого Королевства (NICE), представлены на рисунке 6.

Фармакотерапевтические рекомендации

- СИОЗС (Escitalopram, Sertraline) или СИОЗН (Venlafaxine) — препараты первой линии выбора (в Германии — Paroxetine)
- в случае отсутствия эффекта от СИОЗС: Olanzapine, Risperidone (Pae et al., 2008)
- при нарушении сна: седативные антидепрессанты (Trittico, Agomelatine)
- при напряжении: Quetiapine, Promethazine
- при острых диссоциативных симптомах: Lamotrigine
- следует избегать назначения бензодиазепинов, так как они вызывают зависимость и ухудшают диссоциативную симптоматику (Flatten et al., 2001; Schellong, 2015)

Рис. 6. Фармакотерапевтические рекомендации NICE при ПТСР у переселенцев

Общие рекомендации по организации помощи переселенцам содержат несколько важных пунктов. Во-первых, поддержание социальной интеграции при помощи предоставления жилья, образования, трудоустройства. Во-вторых, необходимы дополнительные сервисы, которые бы оказывали помощь переселенцам, необходима координация работы различных служб

в этом секторе, интеграция получения соматических и психиатрических консультаций. Остро стоит вопрос отсутствия или ограниченного количества информации о службах и сервисах, оказывающих квалифицированную помощь, как для тех, кто в ней нуждается, так и для профессионалов других специальностей. В-третьих, необходим тренинг специалистов в области психического здоровья. Речь не только о теоретических знаниях в лечении и предотвращении психической травмы, но и о приобретении навыков преодоления языковых и транскультуральных барьеров.

В данном обзоре приведены данные о высокой заболеваемости психическими расстройствами и повышенном уровне суицидальности среди переселенцев. Доступ к специализированной помощи — ограничен, в связи с этим возникает хронификация процесса, сложности интеграции в новом обществе, возрастает преступность. Таким образом, мы видим неминуемые последствия непрекращающихся войн и неудачи в попытках разрешить или предотвратить конфликты. В это тяжелое время мы испытываем кризис сострадания и солидарности. Перед психиатрией стоит сложная задача — усовершенствовать систему охраны психического здоровья для данной категории пациентов, и в тоже время — не фармаколизировать социальный феномен, а развивать культуральную чувствительность, исследовать различия, желание узнать и понять уникальность другого.

Список литературы

1. Abbott A. The troubled minds of migrants // Nature. 2016. Vol. 538. P. 158—160.
2. Altunoz U., Nunez S. C., Calliess I. G. Mental health of traumatized refugees and asylum seekers: Experiences of a centre of transcultural psychiatry in Hannover, Germany // European Psychiatry. 2016. Vol. 33. P. S492.
3. Bhugra D. Identifying and managing mental health needs of homeless individuals // European Psychiatry. 2017. Vol. 41, Suppl. : Abstract of the 25th European Congress of Psychiatry. S7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.008>.
4. Bogic M., Njoku A., Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review // BMC international health and human rights. 2015. Vol. 15. P. 29. doi: 10.1186/s12914-015-0064-9.
5. Crumlish N., O'rourke K. A systematic review of treatments for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum-seekers // The Journal of nervous and mental disease. 2010. Vol. 198 (4). P. 237—251. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181d61258.
6. Foa E. B., Keane T. M., Friedman M. J. Guidelines for treatment of PTSD // Journal of Traumatic Stress. 2000. Vol. 13, No. 4. P. 539—588.
7. Galderisi S. Opening ceremony. Florence : Programme of the 25th EPA Congress, 2017.
8. Graef-Calliess, I. T. Working with traumatized immigrants with a PTSD diagnosis // European Psychiatry. 2017. Vol. 41, Suppl. : Abstract of the 25th European Congress of Psychiatry. P. S031. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.105>.
9. Heide F. J. J. T., Mooren T. M., Kleber R. J. Complex PTSD and phased treatment in refugees: A debate piece // European Journal of Psychotraumatology. 2016. Vol. 7, Issue 1. P. 28687. doi: 10.3402/ejpt.v7.28687.
10. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden / Hollander A. C., Dal H, Lewis G. [et al.] // BMJ. 2016. Vol. 352. P. i1030. doi: 10.1136/bmj.i1030.
11. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey / Kessler R. C., Sonnega A, Bromet E., [et al.] // Arch Gen Psychiatry. 1995. Vol. 52 (12). P. 1048—1060.
12. Küey, L. How to deal with growing racism and discrimination against refugees and asylum seekers in Europe? // European Psychiatry. 2017. Vol. 41, Suppl. : Abstract of the 25th European Congress of Psychiatry. P. S24.

13. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands / Laban C. J., Gernaat H. B., Komproe I. H. [et al.] // *The Journal of nervous and mental disease*. 2004. 12 : Vol. 192 (12). P. 843—851.

14. Laban C. J. Suicidal behaviour among asylum seekers in the Netherlands; prevalence, background and prevention // *European Psychiatry*. 2017. Vol. 41, Suppl. : Abstract of the 25th European Congress of Psychiatry. P. S24.

15. Depression and anxiety in labor migrants and refugees — A systematic review and meta-analysis / Lindert, J., Ehrenstein O. S., Priebe S., [et al.] // *Social Science & Medicine*. 2009. Vol. 69 (2). P. 246—257. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.04.032.

16. Maj, M. DSM-5, ICD-11, RDoC and the future of psychiatric classification // *European Psychiatry*. 2017. Vol. 41, Suppl. : Abstract of the 25th European Congress of Psychiatry. P. S31.

17. Maj, M. *Psychiatry*. 2017: Acknowledging complexity while avoiding defeatism : Plenary lecture // *European Psychiatry*. Vol. 41, Suppl. : Abstract of the 25th European Congress of Psychiatry. P. S31.

18. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees / Pottie K., Greenaway C., Feightner J. [et al.] // *CMAJ*. Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH), 2011. Vol. 183 (12). E824—925. DOI 10.1503/cmaj.090313.

19. Schouler-Ocak, M. Introduction: The Relevance of Trauma Among Immigrants. In: *Trauma and Migration* / Schouler-Ocak M.

(eds). Springer International Publishing, 2015. P. 3—8. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-319-17335-1_1.

20. UNHCR. *Statistical Yearbook 2014* / The United Nations High Commissioner for Refugees. 2015. P. 8, 21, 33. URL : <http://www.unhcr.org/statistics>.

21. UNHCR. The UN Refugee Agency, Convention and protocol relating to the status of refugees. UNHCR, 01.12.2010. 04.11.2016. URL : <http://www.unhcr.org/3b66c2aa10>.

22. Wasserman, D. Suicide risk in refugees and asylum seekers // *European Psychiatry*. 2017. Vol. 41, Suppl. : Abstract of the 25th European Congress of Psychiatry. P. S35—S36.

Надійшла до редакції 26.10.2017 р.

ФРАНКОВА Ирина Александровна, ассистент кафедры психосоматической медицины и психотерапии Национального медицинского университета имени А. А. Богомольца, г. Киев, Украина; e-mail: iryana.frankova@gmail.com

FRANKOVA Iryna, Assistant of Department of psychosomatic medicine and psychotherapy of the Bohomolets's National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: iryana.frankova@gmail.com