

Психическое здоровье беженцев и насильно перемещенных лиц: нарративный обзор литературы

The mental health of refugees and forcibly displaced people: a narrative review

doi: 10.17816/CP15552

Обзор

Samvel Sukiasyan^{1,2}

¹ The Center for Psychosocial Regulation, Yerevan, Armenia

² Khachatur Abovyan Armenian State Pedagogical University, Yerevan, Armenia

Самвел Сукиасян^{1,2}

¹ Центр психосоциального регулирования, Ереван, Армения

² Армянский государственный педагогический университет им. Х. Абовяна, Ереван, Армения

ABSTRACT

BACKGROUND: One of the pressing global issues today is the matter of refugees and forcibly displaced people migration. Refugee or forcibly displaced status has a significant impact on a person's mental health, with a high risk of developing depression, anxiety, post-traumatic stress disorder and psychotic disorders.

AIM: To conduct a literature review and evaluate the mental health status of refugees and forcibly displaced people due to military action.

METHODS: The search of literature was conducted without any restrictions on the publication date, with a focus on articles from the past two decades. The search was conducted in the Google Scholar and PubMed databases using the following keywords and phrases: "migration", "migrants", "refugees", "forcibly displaced people", "mental health", "mental disorder", "psychiatric disorders". This analysis included studies that discussed and evaluated the social, psychological, and clinical aspects of migration. The review included original research and meta-analyses published in English, Russian, and Spanish. Descriptive analysis was applied to summarize the results.

RESULTS: The literature review showed that global migration levels have reached a high point, and this trend continues due to the existing geopolitical conditions. Even limited and difficult-to-compare epidemiological data demonstrate that more than a quarter of migrants suffer from mental disorders. These primarily include depression, anxiety, and post-traumatic stress disorders. Apart from creating and exacerbating problems for the refugees and forcibly displaced people themselves, they also pose serious challenges to the social services and healthcare systems of refugee-hosting countries. The literature review demonstrated that forced displacement plays a role in the development of mental disorders, and also emphasizes the significance of several associated factors.

CONCLUSION: This review emphasizes the urgent need for standardizing screening methods for refugees and forcibly displaced people, creating unified approaches to diagnostic evaluation, as well as specialized training for mental health professionals. Large-scale programs are needed to support and implement sustainable global mental health measures in the countries affected by hostilities.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: Одной из глобальных проблем современности является вопрос миграции беженцев и насильно перемещенных лиц. Статус беженца или насильно перемещенного лица оказывает значительное влияние

на психическое здоровье человека, что сопровождается высоким риском развития депрессий, тревоги, посттравматических стрессовых и психотических расстройств.

ЦЕЛЬ: Провести обзор имеющейся литературы и изучить состояние психического здоровья беженцев и насильно перемещенных лиц в результате боевых действий.

МЕТОДЫ: Проведен поиск литературы без ограничения по дате публикации с акцентом на работы последних двух десятилетий. Поиск осуществлялся в базе данных Google Scholar и PubMed, по ключевым словам и словосочетаниям «миграция» (migration), «мигранты» (migrants), «беженцы» (refugees), «насильно перемещенные лица» (forcibly displaced persons), «психическое здоровье» (mental health), «психическое расстройство» (mental disorder), «психиатрические расстройства» (psychiatric disorders). Исследования включались в анализ, если в них обсуждались и оценивались социальные, психологические и клинические аспекты миграции. В обзор включались оригинальные исследования и метааналитические обзорные статьи на английском, русском и испанском языках. Для обобщения результатов применялся метод описательного анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Обзор литературы показал, что уровень миграции по всему миру достиг высокой планки, и тенденция к росту сохраняется из-за сложившихся геополитических условий. Даже фрагментарные и трудно сопоставимые эпидемиологические данные показывают, что более четверти мигрантов имеют психические расстройства. Прежде всего, это депрессивные, тревожные и посттравматические стрессовые расстройства. Они создают и усугубляют проблемы не только у самих беженцев и насильно перемещенных лиц, но ставят серьезные задачи перед социальными службами и системой здравоохранения принимающих сторон. Анализ литературы демонстрирует, что вынужденное переселение является патогенетическим фактором в развитии психической патологии, а также подчеркивает значимость ряда сопутствующих факторов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Настоящий обзор подчеркивает насущную необходимость унификации методов обследования беженцев и насильно перемещенных лиц, создания единых подходов к обследованию и специальной подготовке специалистов сферы психического здоровья. Необходимы масштабные программы для поддержки и внедрения устойчивых глобальных мер в области психического здоровья в странах, пострадавших от военных действий.

Keywords: *refugees; forcibly displaced people; migrants; social and psychological issues; mental disorders*

Ключевые слова: *беженцы; насильно перемещенные лица; мигранты; социально-психологические проблемы; психические расстройства*

ВВЕДЕНИЕ

Одной из глобальных и острейших проблем, стоящих перед мировым сообществом в начале третьего тысячелетия, является проблема миграции, затрагивающая беженцев и насильно перемещенных лиц (НПЛ). Деструктивные тенденции развития современного мира, политическая нестабильность, экономические кризисы, многочисленные локальные войны и боевые действия, изменения климата и экологические катаклизмы придают проблеме миграции особую актуальность. Множество трагических событий в прошлом приводили к появлению беженцев: малые и большие

войны, включая две мировые войны, эпидемии, нашествия кочевых и варварских племен. Военные конфликты, климатические катаклизмы и сегодня становятся причиной массового перемещения людей, которые испытывают тяжелейшие психологические травмы и стрессы при переселении в принимающие страны.

Постсоветское пространство, образованное после распада Советского Союза в 1991 году, характеризуется сложными взаимосвязями между миграцией и вынужденным перемещением. Межэтнические столкновения и национально-освободительные движения в Центральной Азии и на Южном Кавказе в первой

половине 1990-х годов провоцировали многотысячные потоки беженцев и перемещенных лиц из Сумгаита, Баку, Нагорного Карабаха, Абхазии, Южной Осетии, Чечни, Таджикистана, Приднестровья [1]. Эти процессы способствовали появлению новой категории беженцев — вынужденных переселенцев. Именно эта категория лиц, возникшая в Армении в результате массового насильственного переселения армян из Нагорного Карабаха после длительной блокады и военной агрессии со стороны Азербайджана, поставила перед службой психического здоровья страны задачу оказать специализированную помощь нуждающимся переселенцам и изучить состояние их психического здоровья. Но сам феномен подобного массового переселения поставил задачу изучить явление миграции в психолого-психиатрическом аспекте в более глобальном аспекте.

Изучение феномена миграции имеет два аспекта. Первый аспект — миграция как особый процесс (это задача социологии, истории, экономических наук, демографии и т.д.). Второй аспект — миграция как один из факторов, оказывающих влияние на соматическое и психическое здоровье людей (является компетенцией социальных и здравоохранительных служб, в том числе психологии и психиатрии).

До сих пор нет консенсуса в определении понятия «миграция». Только российскими исследователями предложено свыше 30 определений этого понятия. Сохраняя общепонятный смысл данного феномена, каждый автор дает свою трактовку понятия «миграция», расширяя или сужая его.

В.И. Переведенцев [2] представляет миграцию широких масс людей в широком смысле и понимает ее в виде «совокупности разных перемещений граждан в пространстве»; в узком она для него представляет «совокупность переселений граждан по территории, напрямую связанных с переменой постоянного места жительства на относительно длительный срок». Примерно так же миграцию в узком смысле понимает А.Б. Барихин: «Перемещение людей, связанное, преимущественным образом, с изменением места жительства и места работы» [3].

Довольно широкое толкование миграции дает О.Д. Воробьева [4]. Она рассматривает ее как «любое

территориальное перемещение населения, связанное с пересечением как внешних, так и внутренних границ административно-территориальных образований с целью перемены постоянного места жительства или временного пребывания на территории для осуществления учебы или трудовой деятельности независимо от того, под преобладающим воздействием каких факторов оно происходит — притягивающих или выталкивающих».

С.Г. Трифонов трактует миграцию как «сложный процесс, который отличается своеобразием и зависимостью от разнообразных детерминантов (социальные, политические, экономические, культурные, идеологические и другие) и связан с добровольным либо вынужденным перемещением, вне зависимости от пересечения внутренних либо внешних границ административно-территориальных образований, вне зависимости от периода пребывания, посредством разных видов транспорта, которое осуществляется с разными целями» [5].

Д.В. Слободчикова и др. [6] определяют миграцию как «социально-экономический процесс, при котором субъект миграции перемещается с определенной целью через границы территориальных образований, независимо от продолжительности и регулярности, вызванный влиянием разнообразных условий и факторов, как правило, религиозных, экономических, политических, общественных или военных».

Наиболее точным представляется определение Т.Н. Юдиной [7]. Согласно ее подходу, «миграция — это процесс перемещения населения через внутригосударственные границы административно-территориальных образований и государственные границы, который обусловлен изменением места жительства, трудоустройства, учебы, гражданства и иными причинами».

Международная организация по миграции дает следующую формулировку: «Миграция представляет собой процесс передвижения через международную границу или в пределах государства. Миграция охватывает любой вид перемещений, вне зависимости от их длительности, причин и состава»¹. Перемещение лиц независимо от его формы, мотивов и сроков с территории одного государства на территорию

¹ Поощрение и защита прав человека, включая пути и способы поощрения прав человека-мигранта: доклад Генерального секретаря ООН от 9 августа 2013 г. А 68/292. Доступен по ссылке: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n13/422/65/pdf/n1342265.pdf> (дата обращения: 08.03.2020).

другого, влекущее изменение их правового статуса, регулирование которого с момента пересечения данными лицами границы осуществляется законодательством принимающего государства, а также международно-правовыми документами, разрабатываемыми международными организациями, занимающимися проблемами миграции, А.В. Похлебаева определяет как международную миграцию [8].

Понимание сущности этого феномена, сложность определения и его многогранность преодолеваются классификацией всех видов миграции. А.В. Похлебаева предлагает опираться на следующие критерии: правовые (законная и незаконная), территориальные (международная и внутренняя), мотивационные (добровольная [трудовая — экономическая, профессиональная, воссоединение с семьей] и вынужденная [беженцы и перемещенные лица]), сроки (постоянная и сезонная), цели (поиск убежища, получение статуса беженца, воссоединение с семьей, «утечка умов», учебная и трудовая миграция) [8].

В контексте настоящего исследования актуальными являются международная и вынужденная миграции. Первая определяется фактом пересечения государственной границы и регулирования передвижения через границу и последующего пребывания на территории страны законодательством принимающего государства и нормами международного права. Вынужденная миграция имеет причиной различные стрессовые факторы: гражданские войны, межнациональные конфликты, преследование по политическим или этническим мотивам, угрозу физического уничтожения, стихийные бедствия и пр. К вынужденным относят такие категории мигрантов, как беженцы и перемещенные лица [8]. Среди перемещенных лиц выделяют внутренне перемещенных и внешне перемещенных. Первая категория — это лица, которые были перемещены в пределах своего государства в результате чрезвычайных ситуаций, вооруженных конфликтов; их иногда называют внутренними беженцами. Вторая категория — лица, которые были

высланы из страны своего гражданства в силу определенных причин (беженцы *de facto*) [9].

Организация Объединенных Наций (ООН) определяет беженца как человека, который «из-за вполне обоснованного опасения подвергнуться преследованию по признакам расы, религии, национальности, принадлежности к определенной социальной группе или политическим убеждениям находится за пределами страны своего гражданства и не может или, вследствие такого страха, не желает воспользоваться защитой этой страны; или кто, не имеющий гражданства и находящийся за пределами страны своего прежнего обычного проживания в результате таких событий, не может или, вследствие такого страха, не желает возвращаться в нее»².

Согласно статье 1 Конвенции о статусе беженцев 1951 года, беженцем является лицо, которое «в силу вполне обоснованных опасений стать жертвой преследований по признаку расы, вероисповедания, гражданства, принадлежности к определенной социальной группе или политических убеждений находится вне страны своей гражданской принадлежности и не может пользоваться защитой этой страны или не желает пользоваться такой защитой вследствие таких опасений; или, не имея определенного гражданства и находясь вне страны своего прежнего обычного местожительства в результате подобных событий, не может или не желает вернуться в нее вследствие таких опасений»³.

В результате современных геополитических тенденций процесс миграции приобретает все более кризисный характер и создает серьезные гуманитарные, социальные, здравоохранительные и другие проблемы. Человек покидает свое постоянное место проживания, когда его личная неприкосновенность оказывается под угрозой, и он бежит туда, где по его ожиданиям условия будут лучше [10]. Однако для многих перемещенных лиц миграция означает просто переход из одной бедной и уязвимой ситуации в другие аналогичные обстоятельства.

² Статус Управления Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев, принятый резолюцией 428 (V) Генеральной Ассамблеи от 14 декабря 1950 года.

Доступен по ссылке: <https://www.unhcr.org/publications/statute-office-United-nations-high-commissioner-refugees>

³ Конвенция о статусе беженцев. Принята 28 июля 1951 года Конференцией полномочных представителей по вопросу о статусе беженцев и апатридов, созванной в соответствии с резолюцией 429 (V) Генеральной Ассамблеи от 14 декабря 1950 года. Статья 1 — «Определение понятия „беженец“», А2.

Доступна по ссылке: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-relating-status-refugees>

Вынужденно перемещенные лица спасаются от насилия. Именно эта группа населения наиболее подвержена риску психических расстройств [11–13]. Психическое здоровье беженцев — это вызов для современной психиатрии [14], и этот вызов, как было отмечено на 25-м Европейском конгрессе психиатрии, будет способствовать росту потребности в психиатрической помощи среди лиц, спасающихся от войн и преследований [15].

В исследовании León-Giraldo и соавт. [16], проведенном в Колумбии (в одной из стран с самым высоким уровнем внутреннего перемещения в результате вооруженных конфликтов), показано, что жители территорий, являющихся местом действия активных вооруженных конфликтов, наиболее подвержены психическим расстройствам, особенно лица в возрасте 18–44 лет, женщины, городское население, лица с дошкольным и начальным уровнем образования. Они постоянно подвергаются угрозам и агрессии, сталкиваются с нарушениями их основных прав, часто подвергаются стигматизации из-за их состояния, что служит стрессовым фактором, который еще более действует на их психическое состояние [17].

Kuwert и соавт. [18], оценивая фактор перемещения беженцев в зонах конфликтов (в Европе), отмечают, что сам факт перемещения в значительной степени определяет снижение общего уровня удовлетворенности жизнью и возможное начало тревожных и депрессивных расстройств. Этому способствует также принудительное разлучение с «основными сетями первичной поддержки», например с друзьями, семьей [19]. Кроме того, у этих лиц имеются, как правило, ограничения к доступу к медицинским услугам. Все эти ограничения препятствуют восстановлению после травматических событий и создают порочный круг, который еще больше нарушает их права, физическое и психическое здоровье [19]. Перемещение больших масс людей создает значительные социальные и экономические проблемы и сбои в работе принимающих общин. Однако не исключается и позитивный вклад беженцев в долгосрочной перспективе [20].

Каждый день почти 34 тыс. человек становятся вынужденными переселенцами в результате войн, конфликтов и катастроф [21]. Более половины из них

моложе 18 лет [21]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)⁴, в 2022 году во всем мире на положении переселенцев находился каждый восьмой житель планеты (почти 1 млрд людей). Из них 281 млн человек — международные мигранты, 84 млн — НПЛ⁴. Среди НПЛ насчитывается 35 млн детей и 1 млн детей, родившихся в период, когда их родители стали беженцами⁴. Факторы, способствующие миграции (бедность, отсутствие безопасности, недоступность базовых услуг, вооруженные конфликты, экологические проблемы, стихийные бедствия), сохраняются и даже усиливаются, что предполагает дальнейший рост количества переселенцев.

Глубокое влияние на психическое здоровье с повышенным риском развития таких психических расстройств, как депрессия, тревога, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), психотические расстройства, оказывает статус беженца или насильственно перемещенного лица [22, 23]. При этом как взрослые беженцы, так и дети чаще, чем население в целом, страдают от этих расстройств [24].

Цель исследования — изучить на основе обзора имеющейся литературы состояние психического здоровья беженцев и НПЛ в результате боевых действий.

МЕТОДЫ

Критерии соответствия

С целью изучения психического состояния беженцев и НПЛ нами был выполнен поиск литературы без ограничения по дате публикации с акцентом на работы, опубликованные в первой четверти XXI века.

Источники информации

Поиск был выполнен в базах данных Google Scholar и PubMed.

Стратегия поиска

В качестве ключевых слов использовались различные сочетания терминов, такие как «беженцы» (refugees), «насильно перемещенные лица» (forcibly displaced persons), «мигранты» (migrants), «психическое здоровье» (mental health), «психическое расстройство» (mental disorder), «психиатрические расстройства» (psychiatric disorders).

⁴ Здоровье беженцев и мигрантов. Всемирная организация здравоохранения, 2022.
Доступен по ссылке: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>

Процесс отбора

Исследования считались приемлемыми для анализа, если в них обсуждались и оценивались социальные, психологические и клинические аспекты переселения. В обзор включались оригинальные исследования и метааналитические обзорные статьи на английском, русском, испанском языках, освещающие проблемы беженцев в контексте психического здоровья. Дополнительно были проанализированы и сделаны ссылки на ряд статей, опубликованных до 2000 года, некоторые официальные документы ВОЗ и ООН, а также для понимания феномена миграции мы ссылались на некоторые юридические и социологические исследования.

Анализ результатов

Для обобщения результатов применялась техника описательного анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При исследовании феномена миграции мы определили несколько ключевых аспектов, которые высветились при изучении литературы. Мы анализировали факторы риска миграции, клинические особенности психических расстройств у мигрантов и социально-психологические последствия миграции. В последующем изложении представлены результаты по каждому из аспектов.

Факторы риска

Наиболее негативное действие на психическое здоровье людей оказывают *вооруженные конфликты* независимо от того, являются ли люди жертвами конфликтов и военных действий, членами незаконных вооруженных формирований, военнослужащими или гражданским населением в целом [25]. Такие конфликты способствуют развитию психических расстройств у мирного населения главным образом в результате переживания травмирующих событий и страха повторения этих событий [17, 26–28], которые и провоцируют их на миграцию. Проблемы с психическим здоровьем у них многочисленны, разнообразны и сложны: травматический опыт переселенцев может приводить к постстрессовым расстройствам, тревожным, депрессивным и соматоформным расстройствам, хроническим болевым ощущениям, суицидальным тенденциям, нарушениям сна, разнообразным нарушениям

психического здоровья, соматическим проявлениям (слабость, жалобы со стороны сердечно-сосудистой, респираторной, желудочно-кишечной, эндокринной и других систем) [29–32]. Распространенность психических расстройств среди переселенцев выше, чем среди населения страны или региона, куда они переселяются [33], а профиль здоровья у них заметно отличается от соответствующего профиля населения страны или региона, предоставивших им приют [32].

Причиной развития психических расстройств могут быть *пре-, интра- и постмиграционные события*. Silove и соавт. [34] отмечают, что постмиграционный стресс может усугубить последствия предыдущей травмы, создавая дополнительный риск возникновения психических расстройств. Например, указывается, что частота ПТСР примерно в 10 раз выше среди беженцев и НПЛ, чем среди населения в стране пребывания в целом [35].

Беженцы и НПЛ больше подвержены риску депрессии (например, как реакция на потерю), тревожных расстройств (как реакция на неопределенность) и особенно ПТСР (как реакция на насилие и/или пытки) по сравнению с населением принимающей страны [24].

Высок риск развития соматизированных реакций и экзистенциальных дилемм (когда стереотипы убеждений подвергаются сомнению) [36, 37]. Различия между культурой мигранта и контекстом иммиграции (язык, мифические верования, поведение, связанное с болезнью) влияют на проявления психических расстройств [38].

Для мигрантов существует два периода высокого риска: вскоре после миграции и после более длительного проживания в стране пребывания. В некоторых метааналитических статьях указаны факторы, которые обуславливают распространенность психических расстройств [39], например фактор мотивации феномена беженца или НПЛ. Так, лица, ставшие беженцами из-за сугубо экономических причин, обнаруживают уровень психических заболеваний в два раза более низкий по сравнению с таковым у тех, кто мигрировал в силу насильственных действий (21% против 40%) [29].

Многие исследователи выделяют два стабильных и значимых фактора риска развития психической патологии: прошлый травматический опыт и социально-экономические условия после миграции [16, 39, 40].

Close и соавт. [41] в качестве факторов риска развития психического расстройства рассматривают низкий валовой национальный продукт в принимающей стране, нисходящую социальную мобильность, страну происхождения и принимающую страну. При этом авторы считают, что *влияние самой военной травмы* на текущее состояние психического здоровья является ведущим и более значимым, чем постмиграционные факторы.

Очевидна и роль *неблагоприятных социально-экономических условий* беженцев и НПЛ после миграции: безработицы, финансового стресса, плохого владения языком принимающей страны, отсутствия социальной поддержки. Эти факторы чаще способствовали развитию депрессий [42]. Однако данные, касающиеся заболеваемости и распространенности психических заболеваний у мигрантов, противоречивы: роль неблагоприятных социально-экономических факторов в развитии психических расстройств у беженцев и НПЛ оценивается по-разному [38]. Так, в докладе ВОЗ «Психическое здоровье беженцев и мигрантов: факторы риска и защиты и доступ к медицинской помощи» отмечается, что плохие социально-экономические условия после миграции могут быть фактором, способствующим возникновению психического расстройства. И там же высказывается мнение, что миграция может принести пользу для психического здоровья и благополучия среди некоторых групп беженцев и мигрантов. Кроме того, предполагается, что неблагоприятные социально-экономические условия способствуют дальнейшему развитию ранее существовавшего психического расстройства⁵.

Beiser и Hou [43] утверждают, что сохраняющиеся длительные социально-экономические трудности могут быть предиктором депрессии даже через 10 лет после переселения. Вместе с тем Westermeyer [44] в своем лонгитудинальном исследовании показал, что уровень депрессии у беженцев, пребывающих в другой стране в течение 10 лет, наоборот, за этот период существенно снизился.

Другим неблагоприятным фактором, воздействующим на психическое здоровье беженцев и НПЛ, в литературе рассматривается *социально-политический контекст* их жизни. Это утверждение опирается на

объемное метааналитическое исследование, проведенное Porter и Haslam [45]. Авторы попытались изучить потенциальные факторы, влияющие на состояние психического здоровья беженцев (внутренне перемещенных лиц, лиц, ищущих убежища, и лиц без гражданства), включая устойчивые контекстуальные переменные (проживание после переселения и экономические возможности) и характеристики беженцев. Они провели 59 независимых сравнений и включили 67 294 участника (22 221 беженец и 45 073 невозвращенец). Исследование показало, что у беженцев было умеренно худшее состояние психического здоровья, особенно это касалось определенных групп беженцев: 1) проживающих в специальных учреждениях и испытывающих ограниченные экономические возможности, 2) перемещенных внутри своей собственной страны, 3) репатриированных в страну, из которой они ранее бежали, 4) имеющих неразрешенный конфликт в своей стране. Также такие результаты были характерны для беженцев старшего возраста, с более высоким уровнем образования, женщин с более высоким социально-экономическим статусом до переселения, жителей сельской местности. Условия нового проживания беженцев влияли на показатели их психического здоровья.

Осложнять клинику и динамику расстройств, вызванных травмой, могут не только войны и конфликты, повышающие уязвимость к психическим расстройствам, но и сами миграционные и постмиграционные процессы и факторы [46]. В числе этих факторов опасные для жизни переезды, длительные процедуры предоставления убежища, разлучение с семьей, безработица, дискриминация [43, 45, 47–49].

С клинической точки зрения крайне важно более подробно выяснить, какие пре-, интра- и постмиграционные факторы конкретно способствуют возникновению симптомов депрессии, тревоги и ПТСР у беженцев и НПЛ [50]. Данные психические расстройства широко распространены как среди взрослых мужчин и женщин, так и среди детей и подростков [51]. Однако отмечаются различия в показателях их распространенности в зависимости от возраста [45, 47]. Показана более высокая распространенность ПТСР у подростков и молодых людей по сравнению со взрослыми [52].

⁵ Психическое здоровье беженцев и мигрантов: факторы риска и защиты и доступ к медицинской помощи. Всемирная организация здравоохранения, 2023. Доступен по ссылке: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081840>

Клинические особенности психических расстройств у мигрантов

Человек, который оставил в прежней стране проживания свое прошлое, прибывает в страну, где он пытается найти настоящее, оставаясь при этом в полном неведении в отношении будущего. В своем настоящем он сталкивается сразу со множеством проблем, которые можно определить как поиск места под солнцем; масса проблем делает его самым уязвимым членом общества. Ему надо пережить обстоятельства переезда и прибытия в другую страну, адаптироваться в условиях проживания в принимающей стране, принять правила игры в новой общине, изменить устоявшиеся отношения, найти работу. Все это создает у беженцев и НПЛ самые различные потребности и проблемы — от хозяйственных до медицинских, вплоть до психиатрических. Пережитый опыт травмы (миграции) может повышать подверженность их различным заболеваниям — соматическим, психическим, инфекционным — с различной степенью тяжести⁶.

Тяжесть клинических симптомов, с одной стороны, зависит от травматических жизненных событий в своей стране, с другой стороны, определяется травмами и лишениями, имеющими место в ходе переселения. Немаловажна и роль факторов в принимающей стране. Среди них изоляция мигрантов, дискриминация, низкая социальная поддержка [33], проблемы с социальной интеграцией и овладением языка, изменения в системах убеждений и мировоззрения, психологические проблемы, соматические заболевания и т.д. [21, 32, 33]. Сами беженцы и НПЛ являются той уязвимой группой, которая часто сталкивается с различными факторами риска в силу бедности, отсутствия доступа к медико-социальным службам, которые могли бы решать их проблемы со здоровьем; они подвергаются более высокому риску развития психических расстройств, причина которых в пережитых психологических травмах. У многих из беженцев заболевания манифестируют после миграции в «страну назначения»⁷. Практически все сталкиваются с ощущением тревожности и подавленности, безнадежности,

утомляемости, раздражительности, гнева, страдают от бессонницы и всевозможных болевых ощущений⁷.

Несмотря на многообразие психопатологических форм реагирования у беженцев и НПЛ, наиболее частыми формами клинических проявлений, по данным Henkelmann и соавт. [51], полученным на основе метаанализа и систематического обзора, который включал сведения о 14 882 респондентах, являются тревога (13%), депрессия (30%) и ПТСР (29%). По данным же самоотчетов распространенность этих расстройств намного выше: тревогу отмечали 42% беженцев и НПЛ, депрессию — 40%, ПТСР — 37%. Эти показатели значительно превосходят те, которые получили среди общей популяции (не беженцев) по всему миру, а также среди населения, живущего в условиях конфликтов или военных действий. Причем эти показатели характерны как для детей и подростков, так и для взрослых беженцев и не зависят от продолжительности проживания в том или ином районе. Эти же авторы считают [51], что один из трех беженцев имеет диагностируемую депрессию и/или ПТСР, а диагностируемые тревожные расстройства наблюдаются у 1–2 беженцев из 10. Распространенность этих расстройств по данным самоотчетов еще выше.

Здоровье мигрантов хуже, чем здоровье населения принимающей страны. Close и соавт. [41] отмечают, что мигранты первого поколения подвержены более высокому риску психического заболевания по сравнению с местным населением. В большей степени подвержены риску женщины, особенно в семьях с матриархальным укладом; подростки; пожилые люди; те, кто потерял свои документы личности; лица с инвалидностью или с ранее диагностированными проблемами в сфере психического здоровья; жертвы насилия; те, кто находится в крайней нищете [14]. Они нередко испытывают на себе ксенофобию, дискриминацию и стигматизацию со стороны принимающей стороны, переживают трудные жизненные ситуации, проживают в неудовлетворительных жилищных условиях, труд их часто неквалифицированный, у них ограничен доступ к медицинской помощи, имеются языковые и культурные барьеры⁸.

⁶ Здоровье беженцев и мигрантов. Всемирная организация здравоохранения, 2022. Доступен по ссылке: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>

⁷ В ВОЗ впервые исследовали здоровье мигрантов и развеяли некоторые мифы. Доступен по ссылке: <https://news.un.org/ru/story/2019/01/1347312>

⁸ Конвенция о статусе беженцев. Принята 28 июля 1951 года Конференцией полномочных представителей по вопросу о статусе беженцев и апатридов, созданной в соответствии с резолюцией 429 (V) Генеральной Ассамблеи от 14 декабря 1950 года. Доступна по ссылке: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-relating-status-refugees>

На основе анализа 1820 обзоров Close и соавт. [41] предоставили количественные данные о психических расстройствах мигрантов первого поколения и местного населения и показали, что для обеих групп наблюдался широкий разброс показателей распространенности (от 5 до 44%) по сравнению с показателями распространенности (8–12%) среди населения в целом. Распространенность ПТСР была выше среди мигрантов первого поколения по сравнению с местным населением: она варьировалась от 9 до 36% по сравнению с показателями распространенности 1–2% среди населения в целом. Аналогичные тенденции наблюдались и в отношении распространенности тревожных расстройств среди мигрантов первого поколения: распространенность варьировалась от 4 до 40% по сравнению с зарегистрированной распространенностью 5% среди населения в целом.

Состояние психического здоровья беженцев и НПЛ было темой большого числа исследований, но оценить распространенность психических заболеваний среди этой популяции оказалось труднорешаемой проблемой, зависящей от ряда факторов (страна, из которой прибыли беженцы; страна, куда они переселились; травматические события и переживания до миграции; стресс после миграции; социально-экономический статус после миграции). В результате между исследованиями, как отмечают Vogic и соавт. [47], наблюдались значительные расхождения в показателях распространенности психических расстройств, зависимости от клинических особенностей и методологии исследований. Так, депрессии выявлялись от 2,3% [43] до 80% [39], ПТСР — от 4,4% [40] до 86% [39], тревожные расстройства — от 20,3% [53] до 88% [39]. В ряде обзоров по этой проблеме также указывается на существенные расхождения в показателях распространенности психических расстройств (от 5 до 80% для депрессии и от 3 до 88% для ПТСР) [47, 54]. Fazel и соавт. [52] говорят о распространенности депрессии у взрослых беженцев на уровне 4–6% и ПТСР на уровне 8–10%. О значительно более высокой распространенности депрессии (25–45%), тревожных расстройств (21–35%) и ПТСР (31–63%) у данного контингента беженцев по сравнению с экономическими мигрантами сообщают Lindert и соавт. [29] и Steel и соавт. [55].

Даже спустя 5 лет и более после переселения у беженцев, пострадавших от войны, отмечались высокие

показатели распространенности указанных расстройств — 20% и выше [16]. При этом психические расстройства могут проявляться не сразу в процессе миграции, а спустя дни, недели, месяцы или даже годы. Так, по данным Sabin и соавт. [56], спустя 20 лет после конфликта критериям ПТСР соответствовали 12% обследованных. Более половины (54%) имели симптомы тревоги и более трети (39%) — симптомы депрессии. О подобной тенденции говорят и Steel и соавт. [40]. Другое исследование [57] показало, что беженцы проявляют выраженные соматические симптомы, когда обращаются за помощью по поводу основных проблем с психическим здоровьем. Шансов заболеть депрессией у беженцев и НПЛ примерно в 14 раз больше, шансов заболеть ПТСР — в 15 раз больше [58–60].

Частым проявлением психического расстройства у беженцев и НПЛ считается ПТСР. Однако, как показали исследования, данное расстройство редко встречается в изолированной форме. Оно обычно сопровождается другими психопатологическими феноменами. Так, Belz и соавт. [61], подтверждая высокий уровень ПТСР среди беженцев с симптомами навязчивости, гипервозбуждения, избегания и диссоциации, связанными с воздействием пре-, интра- и постмиграционных событий, отмечают также высокий уровень (94%) сопутствующей депрессии у лиц, перенесших ПТСР. Подобная структура психических расстройств создает дополнительные проблемы для специалистов психического здоровья и системы здравоохранения, поскольку в таких случаях снижаются когнитивные возможности, уровень энергии и мотивация, способность к обучению и принятию решений, что затрудняет терапию ПТСР [63]. В целом эти исследования показали очевидную (40-кратную) разницу в показателях распространенности, что демонстрирует высокую степень статистической неоднородности. О таком высоком уровне гетерогенности также сообщалось в других систематических обзорах и метааналитических статьях [45, 55].

Травматический опыт также может приводить к развитию специфических фобий, расстройств личности, диссоциативных расстройств [64]. Значительные различия в распространенности алкогольной зависимости и психотических нарушений у беженцев и внутренне перемещенных лиц отметили Morina и соавт. [65]. Нередким феноменом у беженцев и НПЛ являются суицидальные тенденции и мысли [16]. Их

возникновение авторы больше связывают с депрессией, чем с тревогой, хотя тревога более выражена, чем депрессия [66]. Одни из наиболее распространенных у беженцев и НПЛ симптомов, которые могут усугубить другие расстройства и дестабилизировать функционирование, — нарушения сна [67, 68].

Не игнорируя актуальности проблем, связанных с беженцами и НПЛ в целом, исследователи особое внимание обращают на лиц старше 60 лет, потребностями которых часто пренебрегают, специальные программы поддержки для них недоступны. Эти обстоятельства еще более усугубляют уязвимость пожилых к психическим расстройствам в условиях пережитых стихийных бедствий, катастроф и войн⁹. По данным Singh и соавт. [69], среди временно перемещенных лиц пожилого возраста отмечались выраженные депрессивные и тревожные синдромы в рамках общего дистресса. Авторы описали такие психосоциальные проблемы, как чувство покинутости, изоляции и пассивности, внутрисемейные конфликты. Все эти проблемы были связаны с фактом переселения: военной травмой, горем утраты, материальными, финансовыми, моральными потерями, трудностями интеграции на новом месте [69].

Анализ выявляемых психических расстройств у беженцев и НПЛ показывает, что имеется ряд особенностей, обусловленных полом. Было установлено, что показатели распространенности депрессии и тревоги у женщин, как правило, выше, чем у мужчин [58, 70, 71]. Несколько взаимоисключающими выглядят мнения исследователей в отношении ПТСР. Одни исследователи считают, что как мужчины, так и женщины одинаково часто подвергаются повышенному риску ПТСР. Другие придерживаются точки зрения, что женщины более склонны к развитию ПТСР, чем население в целом [72, 73]. Этот вывод совпадает с результатами метаанализа, в котором рассматривались данные, полученные при изучении населения, пострадавшего от войны [55]. Мужчины и женщины обычно различаются по типам травматических переживаний: у мужчин наиболее распространенной травмой, связанной с ПТСР, является участие в боевых действиях, у женщин это изнасилования и сексуальные домогательства [73, 74]. Как гражданское

мужское население, так и женщины могут подвергаться сходным травмирующим событиям во время войны [75].

Кроме психолого-психиатрических проблем во время гуманитарных кризисов в странах с низким и средним уровнем дохода часто наблюдается широкая распространенность соматической патологии. Однако данные о ее частоте заметно занижаются в существующих исследованиях служб здравоохранения [76]. Так, Cheung и соавт. [76] отмечают, что более половины (55%) обследованных мигрантов были подвержены умеренному (18%) и высокому (13%) риску соматического дистресса. При этом авторы указали на значимые связи ($p < 0,05$) между соматическим дистрессом и возрастом, женским полом, экономическим статусом, депрессией и посттравматическим стрессом, а также воздействием множественных травм. Следует подчеркнуть, что именно высокая выявляемость соматических расстройств служит надежным предиктором поведения, связанного с обращением за медицинской помощью [76].

Социально-психологические последствия миграции

Как нозологические и синдромальные формы нарушений психики, ухудшение физического и психического самочувствия, так и массовые насильственные переселения людей, нарушения прав человека могут оказывать глубокое воздействие на мировосприятие беженцев и НПЛ. В исследовании, изучавшем общие когнитивные представления о мире, Ter Heide и соавт. [77] обнаружили, что беженцы проявляют довольно низкий уровень ощущения благожелательности мира и доброжелательности людей и достаточно удовлетворительное чувство собственного достоинства. Авторы указывают на необходимость учитывать при общении с ними и оценке их состояния отношение беженцев к социуму, особенно потерю доверия. Работа в этом направлении может улучшить адаптацию уязвимых лиц. Väärnhielm и соавт. [21] отмечают, что, не игнорируя значение травм и состояние психического здоровья беженцев и НПЛ, следует формировать в принимающих странах позитивное отношение общественности к беженцам для их благополучия

⁹ Показатели мирового развития / Банк данных.
Доступен по ссылке: <https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&series=sp.pop.65up.to.zs&country=>

и социальной интеграции. Отмечается важность вовлечения беженцев в политику, планирование, разработку и оказание им помощи [78].

Следует признать, что большинство исследований о беженцах и НПЛ проводится в странах с высоким уровнем дохода, позволяющим обеспечить существенную поддержку мигрантов и возможности для их интеграции. Но объективности ради нужно заметить, что основная масса мигрантов жили до переселения в странах с низким уровнем дохода.

Проблема выживания и реализации планов на будущее делают беженцев и НПЛ особенно уязвимыми в отношении психического здоровья. Предоставление убежища мигрантам должно сочетаться с предоставлением им медицинского обеспечения, в том числе в сфере психического здоровья, чтобы смягчить негативное влияние фактора миграции.

ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящем литературном обзоре рассмотрены метааналитические обзоры и оригинальные исследования, посвященные теме беженцев. В результате современных геополитических изменений в мире процесс миграции приобретает все более кризисный характер и создает серьезные гуманитарные, социальные, здравоохранительные и другие проблемы. Все чаще становится опасным и сложным проживать там, где родился, поскольку в силу ряда причин возникают угрозы для личной неприкосновенности, и человек переселяется туда, где по его ожиданиям условия будут лучше [10]. Факторов, способствующих массовым переселениям (бедность, отсутствие безопасности, недоступность базовых услуг, вооруженные конфликты, экологические проблемы, стихийные бедствия), становится все больше, и даже усиливается их интенсивность, что предполагает дальнейший рост количества переселенцев и усиление значимости проблемы для мирового сообщества.

Переселение больших масс людей может происходить в пределах собственной страны (внутреннее перемещение) или через национальные, государственные границы в соседние или другие страны (в качестве лиц, ищущих убежища) [12]. Однако мы не нашли ни одной статьи о переселенцах, в которой анализировалась бы ситуация, подобная имевшей

место в Нагорном Карабахе. Это переселение имело свои особенности: спасаясь от насилия и агрессии на своей этнической территории [79], люди мигрировали не в какую-либо третью страну, а на суверенную территорию своей исторической родины, вне которой они оказались в силу политических решений. Там они размещались не в лагерях для беженцев (как это имеет место практически во всем мире), а в квартирах и домах своих соплеменников. С одной стороны, это бегство через национальные границы в соседнюю страну, а с другой стороны, это переселение в страну, которая является их исторической родиной и с которой они имеют общие историю, культуру, язык, религию. Это отличное от других переселение, с нашей точки зрения, требует специального исследования.

Состояние психического здоровья населения представляет серьезную проблему независимо от того, в какой стране люди проживают. А факт переселения лиц, подвергшихся таким экстремальным стрессовым воздействиям, как войны, катастрофы, социальные катаклизмы и т.д., ставит проблему здоровья, в том числе психического, в ряд первостепенных [29, 30]. Все расстройства (транзиторные, острые, ситуационно обусловленные, имеющие тенденцию к хронификации) тормозят полноценное развитие потенциала человека¹⁰ [26, 27].

В решении проблемы сохранения психического здоровья у беженцев и НПЛ первостепенное значение приобретают вопросы, связанные с пониманием процессов развития самого феномена миграции и факторов, способствующих развитию психических расстройств. В литературе выделяется ряд факторов риска развития психического расстройства, среди которых вооруженные конфликты и социальные пертурбации (иначе говоря, прошлый травматический опыт), социально-экономические и социально-политические условия, мотивационные факторы беженцев [29], миграционные и постмиграционные процессы (опасные для жизни переезды, длительные процедуры предоставления убежища, разлучение с семьей, безработица, дискриминация), условия в принимающей стране, проблемы с социальной интеграцией, низкая социальная поддержка, мировоззренческие и психологические проблемы, соматические заболевания и т.д. [21, 32, 33].

¹⁰ Гальдеризи С. Церемония открытия. Флоренция: Программа 25-го Конгресса ЕРА, 2017.

Также в качестве факторов риска рассматривают низкий валовой национальный продукт в принимающей стране, нисходящую социальную мобильность, страну происхождения и принимающую страну [16, 39–41]. Вместе с тем влияние самой травмы на текущее состояние психического здоровья не отрицается, более того, подчеркивается ее ведущее значение по сравнению с постмиграционными факторами.

Относительно роли неблагоприятных факторов в развитии психических расстройств у беженцев и НПЛ наблюдаются разночтения. Объемное метааналитическое исследование, проведенное Porter и Haslam [45], показало, что на состояние психического здоровья мигрантов заметно влияют условия их нового проживания: пребывание в специальных учреждениях, ограниченные экономические возможности, репатриация в свою страну, сохранение неразрешенного конфликта. Бесспорно, негативную роль в развитии психической патологии, в частности депрессии, играет отсутствие социальной поддержки [64]. Отмечается неблагоприятное воздействие на формирование психических расстройств ряда демографических факторов, таких как возраст старше 60 лет, высокий уровень образования, женский пол.

Характер, интенсивность и длительность воздействия факторов риска, а также определенный психоэмоциональный фон до, во время и после миграции могут объяснить высокие показатели распространенности психических расстройств у беженцев и НПЛ. Среди всех событий, способствующих насильственному перемещению людей, особое место занимают военные действия, которые вызывают массовые психические расстройства даже спустя многие годы после окончания войны и переселения. Многие исследователи выделяют два стабильных и значимых фактора риска развития психической патологии: прошлый травматический опыт и социально-экономические условия после миграции [16, 39, 40, 42].

Но очевидна и роль неблагоприятных социально-экономических условий беженцев и НПЛ после миграции, влияющих на их психическое здоровье: безработицы, финансового стресса, плохого владения языком принимающей страны, отсутствия социальной поддержки. Эти факторы чаще способствовали развитию депрессий [38].

Хотя эти результаты, касающиеся заболеваемости и распространенности психических заболеваний

у мигрантов, противоречивы: роль неблагоприятных социально-экономических факторов в развитии психических расстройств у беженцев и НПЛ оценивается по-разному.

Для мигрантов существует два периода высокого риска: вскоре после миграции и после более длительного пребывания в стране пребывания. Различия между культурой мигранта и контекстом иммиграции (язык, мифические верования, поведение, связанное с болезнью) влияют на развитие психиатрических расстройств [38]. Но все же среди всех событий, способствующих насильственному перемещению людей, особое место занимают военные действия, вызывающие массовые психические расстройства даже спустя многие годы после окончания войны и переселения.

Показано, что проблемы со здоровьем у беженцев и НПЛ разнообразны, многочисленны и сложны. Травматический опыт переселенцев может приводить к ПТСР, тревожным, депрессивным и соматоформным расстройствам, хроническим болевым ощущениям, нарушениям сна [67], к разнообразным нарушениям психического здоровья, суицидальным тенденциям, соматическим проявлениям со стороны всех органов и систем (сердечно-сосудистой, респираторной, опорно-двигательной, желудочно-кишечной, иммунной, эндокринной и других систем) [29–31, 76]. Высокий риск развития соматизированных реакций и экзистенциальных проблем (когда стереотипы убеждений подвергаются сомнению) [36, 37], личностных и диссоциативных расстройств [64], злоупотребления алкоголем и психотических расстройств [65].

Причем эти психические расстройства могут быть результатом переживаний пред-, интра- и постмиграционных событий. Отмечается, что постмиграционный стресс может усугубить последствия предыдущей травмы, создавая дополнительный риск для психического здоровья [34]. Например, указывается, что частота ПТСР примерно в 10 раз выше среди беженцев и лиц, ищущих убежище, чем среди населения в стране пребывания в целом [81, 32, 35].

Несмотря на многообразие психопатологических форм реагирования у беженцев и НПЛ, наиболее частыми формами клинических проявлений являются тревога (13%), депрессия (30%) и ПТСР (29%) [51]. По данным же самоотчетов распространенность этих расстройств намного выше: тревогу отмечали 42% беженцев и НПЛ, депрессию — 40% и ПТСР — 37%.

Эти показатели значительно превосходят те, которые получили среди общей популяции (не беженцев) по всему миру, а также среди населения, живущего в условиях конфликтов или военных действий. Причем эти показатели характерны как для детей и подростков, так и для взрослых беженцев и не зависели от продолжительности проживания в том или ином районе. По данным Henkelmann и соавт. [51], один из трех беженцев имеет диагностируемую депрессию и/или ПТСР, а диагностируемые тревожные расстройства наблюдаются у 1–2 беженцев из 10.

Данные многих авторов о показателях распространенности тревоги, депрессии и ПТСР у беженцев и НПЛ отличаются выраженным разбросом, что затрудняет адекватную, близкую к реальности оценку распространенности этих расстройств [29, 39, 43, 47, 52–55], что свидетельствует также о высокой степени статистической неоднородности [45, 55, 64].

Процесс интеграции беженцев и НПЛ осложняется серьезными проблемами, связанными с поисками работы, жилья, ксенофобией, расизмом, физической безопасностью, в целом с качеством жизни. Все подобные проблемы сопровождаются если не психической патологией, то психологическими феноменами — чувством беспокойства, страха, эмоционального напряжения, гнева, бессилия, безнадежности, никчемности своего существования, пассивностью и отчаянием, суицидальными мыслями [68].

В единичных работах отмечается необходимость особого внимания к лицам старше 60 лет, потребности которых часто игнорируются, а специальные программы поддержки для них часто недоступны. Эти обстоятельства еще более усугубляют уязвимость пожилых людей в условиях пережитых стихийных бедствий, катастроф и войн¹¹, которые связаны с фактом перемещения. Пожилые люди испытывают трудности интеграции на новом месте (что является общей проблемой для них), переживают горе утраты, материальные, финансовые, моральные потери, военную травму [69].

Группой особого риска среди беженцев и НПЛ являются женщины, которые более склонны к депрессиям и тревоге [60, 72, 73]. В отношении ПТСР отмечаются разногласия между исследователями: одни считают

риск развития расстройства примерно одинаковым у мужчин и женщин, другие — что женщины более склонны к развитию ПТСР [74–76].

Кроме психолого-психиатрических проблем во время гуманитарных кризисов в странах с низким и средним уровнем дохода часто наблюдается широкая распространенность соматической патологии [77]. При этом указывается на значимые связи между соматическими расстройствами, возрастом, женским полом и психическими расстройствами, высокий уровень которых является надежным предиктором поведения, связанного с обращением за медицинской помощью [77].

Как нозологические и синдромальные формы нарушений психики, ухудшение физического и психического самочувствия, так и массовые насильственные переселения людей способны оказывать глубокое воздействие на мировосприятие беженцев и НПЛ. У них выявляется довольно низкий уровень ощущения благожелательности мира и доброжелательности людей, потеря доверия, что необходимо учитывать в процессе общения, разработке реабилитационных программ, формировании позитивного отношения общественности к беженцам [21, 46, 79].

Безусловно, миграция огромных масс людей и политика в этой области ставят кроме здравоохранных проблем множество этических, политических, организационных вопросов, которые заслуживают постоянного обсуждения и, конечно, решения [78, 82, 83]. Ключом к эффективному вмешательству и его реализации является привлечение широкого круга местных и глобальных экспертов [84].

Ограничения

Основное ограничение этой статьи заключается в ее формате нарративного, а не систематического обзора, из-за чего ряд релевантных исследований по данной теме мог быть пропущен. Проводился несистемный поиск информации, в исследование включались статьи любого типа, в которых оценивались социальные, психологические и клинические аспекты переселения, оценка качества включенных исследований не проводилась. Многие из включенных исследований имели низкий уровень доказательности. Эти

¹¹ Психическое здоровье беженцев и мигрантов: факторы риска и защиты, а также доступ к медицинской помощи. Всемирная организация здравоохранения, 2023. Доступен по ссылке: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081840>

факторы могут ограничить более полное понимание проблемы. В связи с этим выводы, сделанные в статье, могут быть предварительными.

В качестве сильной стороны настоящего исследования следует указать на выявление роли ряда факторов, способствующих развитию психических расстройств у беженцев и НПЛ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленные в данном обзоре данные свидетельствуют о важности и актуальности проблемы беженцев и НПЛ для любого общества в целом и отдельных его служб, которые ставят задачу реально оценить проблему в каждом отдельном случае и адекватно реагировать на потребности мигрантов. Имеющиеся разрозненные и трудно сопоставимые эпидемиологические данные показывают, что более четверти мигрантов имеют психолого-психиатрические расстройства, требующие соответствующего лечения, доступ к которому у них затруднен.

Полученные данные убедительно свидетельствуют о патогенетической роли вынужденного переселения в развитии психической патологии. Подчеркивается значение других сопутствующих факторов, таких как изоляция мигрантов, дискриминация, стигматизация, низкая социальная поддержка, изменения в системах убеждений и мировоззрения, психологические и соматические проблемы, языковые и культурные барьеры и т.д. Медицинская и социальная поддержка беженцев и НПЛ должна быть основана на клинической оценке психического состояния, факторов, вызвавших переселение, культуральных особенностей мигрантов, социально-экономических и социально-политических условий страны, из которой они прибыли, а также на принципах гуманизма и быть ориентированной на каждую личность. В данном процессе важно опираться как на государственные, так и на общественные структуры, взаимно дополняющие друг друга. Для решения проблемы психического здоровья и реализации социальных программ необходим открытый диалог между переселенцами и местным сообществом на всех уровнях (муниципальном, государственном, экономическом и политическом, бизнес-структур и общественных организаций).

Настоящий обзор приводит нас к мысли о насущной необходимости унификации методов обследования, разработки единых подходов к обследованию

беженцев и НПЛ, специальной подготовке в отношении НПЛ специалистов сферы психического здоровья.

История публикации

Рукопись поступила: 19.06.2024

Рукопись принята: 15.11.2024

Опубликована онлайн: 19.12.2024

Финансирование: Статья не имела спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Цитировать:

Сукиасян С.Г. Психическое здоровье беженцев и насильно перемещенных лиц: нарративный обзор литературы // *Consortium Psychiatricum*. 2024. Т. 5, № 4. CP15552. doi: 10.17816/CP15552

Сведения об авторе

***Самвел Грантович Сукиасян**, д.м.н., профессор, руководитель психиатрической службы Центра психосоциального регулирования; Армянский государственный педагогический университет им. Х. Абовяна; e-Library SPIN-code: 7363-5237, Scopus Author ID: 6508317743, Researcher ID: W-7404-2018, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9813-2471>
E-mail: doc.sukiasyan@gmail.com

*автор, ответственный за переписку

Список литературы

1. The situation of refugees in the world, 2000: fifty years of humanitarian work]. Moscow: Interdialekt+; 2000. Russian.
2. Perevedencev VI. [Methods of studying population migration]. Moscow: Nauka; 2006. p. 34-37. Russian.
3. Barihin AB. [A large legal encyclopedic dictionary]. Moscow: Knizhnyj mir; 2010. Russian.
4. Vorobyova OD. [Migration processes of the population: issues of theory and state migration policy]. Problemy pravovogo regulirovanija migracionnyh processov na territorii Rossijskoj Federacii. 2003;(9):9-22. Russian.
5. Trifonov SG. [On the issue of clarifying the content of the term "migration"]. In: XXI mezhdunarodnaja nauchnaja konferencija "Muromcevskie chtenija. Neopredelennosti prava v doktrine, zakonodatel'stve i juridicheskoj praktike". Moscow; 2021. p. 341-348. Russian.
6. Slobodchikova DV, Stroeva GN. [Migration of the population: the theoretical aspects]. Uchenye zametki TOGU. 2016;7(4-1):900-907. Russian.
7. Judina TN. [Migration: A dictionary of basic terms]. Moscow: RGSU: Akademicheskij Proekt; 2013. Russian.

8. Pohlebaeva AV. [The Concept and classification of migration]. *Zhurnal mezhdunarodnogo prava i mezhdunarodnyh otnoshenij*. 2005;(3):3-6. Russian.
9. Perruchoud R. Persons falling under the mandate of the International Organization for Migration (IOM) and to whom the organization may provide migration services. *Int J Refugee Law*. 1992;4(2):205-215. doi: 10.1093/ijrl/4.2.205
10. Davenport C, Moore W, Poe S. Sometimes you just have to leave: domestic threats and forced migration, 1964-1989. *International Interactions*. 2003;29(1):27-55. doi: 10.1080/03050620304597
11. Gutiérrez-Pelaez M. [Mental health and forced displacement]. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2012;11(23):189-191. Spanish.
12. Thomas SL, Thomas SD. Displacement and health. *Br Med Bull*. 2004;69:115-127. doi: 10.1093/bmb/ldh009
13. Siriwardhana C, Stewart R. Forced migration and mental health: prolonged internal displacement, return migration and resilience. *Int Health*. 2013;5(1):19-23. doi: 10.1093/inthealth/ihs014
14. Frankova IA. [Refugee mental health — the psychiatric challenge of the 21st century (25th European Congress of Psychiatry materials review)]. *Psihotripija i psihofarmakoterapija*. 2018;20(1):44-50. Russian.
15. Graef-Calliess IT. Working with traumatized immigrants with a PTSD diagnosis. *European Psychiatry*. 2017;41(Suppl 1):S031. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.01.105
16. León-Giraldo S, Casas G, Cuervo-Sanchez JS, et al. Mental health disorders in population displaced by conflict in Colombia: Comparative analysis against the National Mental Health Survey 2015. *Rev Colomb Psiquiatr (Eng Ed)*. 2023;52(2):121-129. doi: 10.1016/j.rcpeng.2021.04.007
17. Campo-Arias A, Herazo E. [Stigma and Mental Health in Victims of Colombia's Internal Armed Conflict in Situation of Forced Displacement]. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2014;43(4):212-217. Spanish. doi: 10.1016/j.rcp.2014.09.004
18. Kuwert P, Brähler E, Glaesmer H, et al. Impact of forced displacement during World War II on the present-day mental health of the elderly: a population-based study. *Int Psychogeriatr*. 2009;21(4):748-753. doi: 10.1017/S1041610209009107
19. Siriwardhana C, Adikari A, Pannala G, et al. Prolonged internal displacement and common mental disorders in Sri Lanka: the COMRAID study. *PloS One*. 2013;8(5):e64742. doi: 10.1371/journal.pone.0064742
20. Marquez PV. Mental health among displaced people and refugees: making the case for action at the World Bank Group. Washington: World Bank; 2016[cited 2024 Jul 9]. Available from: <http://hdl.handle.net/10986/25854>
21. Bäärnhielm S, Laban K, Schouler-Ocak M, et al. Mental health for refugees, asylum seekers and displaced persons: A call for a humanitarian agenda. *Transcult Psychiatry*. 2017;54(5-6):565-574. doi: 10.1177/1363461517747095
22. Hassan G, Kirmayer LJ, Mekki-Berrada A, et al. Culture, context and the mental health and psychosocial wellbeing of Syrians: a review for mental health and psychosocial support staff working with Syrians affected by armed conflict. Geneva: UNHCR; 2015.
23. Hassan G, Ventevogel P, Jefee-Bahloul H, et al. Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016;25(2):129-141. doi: 10.1017/S2045796016000044
24. Javanbakht A, Grasser LR. Biological psychiatry in displaced populations: what we know, and what we need to begin to learn. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*. 2022;7(12):1242-1250. doi: 10.1016/j.bpsc.2022.05.001
25. Quitian H, Ruiz-Gaviria RE, Gómez-Restrepo C, et al. [Poverty and mental disorders in the Colombian population: National mental health survey 2015]. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45(Suppl 1):31-38. Spanish. doi: 10.1016/j.rcp.2016.02.005
26. Daniels JP. Mental health in post-conflict Colombia. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(3):199. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30068-3
27. Gates S, Hegre H, Nygård HM, et al. Development consequences of armed conflict. *World Development*. 2012;40(9):1713-1722. doi: 10.1016/j.worlddev.2012.04.031
28. Burgess RA, Fonseca L. Re-thinking recovery in post-conflict settings: Supporting the mental well-being of communities in Colombia. *Glob Public Health*. 2020;15(2):200-219. doi: 10.1080/17441692.2019.1663547
29. Lindert J, von Ehrenstein OS, Priebe S, et al. Depression and anxiety in labor migrants and refugees — a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2009;69(2):246-257. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.04.032
30. Porter M, Haslam N. Forced displacement in Yugoslavia: a meta-analysis of psychological consequences and their moderators. *J Trauma Stress*. 2001;14(4):817-834. doi: 10.1023/A:1013054524810
31. Hermansson AC, Timpka T, Thyberg M. The mental health of war-wounded refugees: an 8-year follow-up. *J Nerv Ment Dis*. 2002;190(6):374-380. doi: 10.1097/00005053-200206000-00005
32. Müller M, Khamis D, Srivastava D, et al. Understanding refugees' health. *Semin Neurol*. 2018;38(2):152-162. doi: 10.1055/s-0038-1649337
33. Schouler-Ocak M, Moran JK. Anxiety and mood disorders in forcibly displaced people across the world. *Curr Opin Psychiatry*. 2024;37(1):18-22. doi: 10.1097/YCO.0000000000000904
34. Silove D, Steel Z, Watters C. Policies of deterrence and the mental health of asylum seekers. *JAMA*. 2000;284(5):604-611. doi: 10.1001/jama.284.5.604
35. Crumlish N, O'Rourke K. A systematic review of treatments for post-traumatic stress disorder among refugees and asylumseekers. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198(4):237-251. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181d61258
36. Turner SW, Gorst-Unsworth C. Psychological sequelae of torture. A descriptive model. *Br J Psychiatry*. 1990;157:475-480. doi: 10.1192/bjp.157.4.475
37. Turner SW, Bowie C, Dunn G, et al. Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. *Br J Psychiatry*. 2003;182:444-448. doi: 10.1192/bjp.182.5.444
38. Binder J, Simoes M. [Social psychiatry of migrant workers]. *Fortschr Neurol Psychiatr Grenzgeb*. 1978;46(6):342-359. German.
39. Carlson EB, Rosser-Hogan R. Cross-cultural response to trauma: A study of traumatic experiences and posttraumatic symptoms in Cambodian refugees. *J Trauma Stress*. 1994;7(1):43-58. doi: 10.1007/BF02111911

40. Steel Z, Silove D, Phan T, et al. Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: A population-based study. *Lancet*. 2002;360(9339):1056-1062. doi: 10.1016/S0140-6736(02)11142-1
41. Close C, Kouvonen A, Bosqui T, et al. The mental health and wellbeing of first generation migrants: a systematic-narrative review of reviews. *Global Health*. 2016;2(1):47. doi: 10.1186/s12992-016-0187-3
42. Tarricone I, Atti AR, Salvatori F, et al. Psychotic symptoms and general health in a socially disadvantaged migrant community in Bologna. *Int J Soc Psychiatry*. 2009;55(3):203-213. doi: 10.1177/0020764008093445
43. Beiser M, Hou F. Language acquisition, unemployment and depressive disorder among Southeast Asian refugees: a 10-year study. *Soc Sci Med*. 2001;53(10):1321-1334. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00412-3
44. Westermeyer J. DSM-III psychiatric disorders among Hmong refugees in the United States: a point prevalence study. *Am J Psychiatry*. 1988;145(2):197-202. doi: 10.1176/ajp.145.2.197
45. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: A meta-analysis. *JAMA*. 2005;294(2):602-612. doi: 10.1001/jama.294.5.602
46. Edlund MJ, Wang J, Brown KG, et al. Which mental disorders are associated with the greatest impairment in functioning? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018;53(11):1265-1276. doi: 10.1007/s00127-018-1554-6
47. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of warrefugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights*. 2015;15:29. doi: 10.1186/s12914-015-0064-9
48. Li SS, Liddell BJ, Nickerson A. The relationship between postmigration stress and psychological disorders in refugees and asylum seekers. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(9):82. doi: 10.1007/s11920-016-0723-0
49. Porter M. Global evidence for a biopsychosocial understanding of refugee adaptation. *Transcult Psychiatry*. 2007;44(3):418-439. doi: 10.1177/1363461507081639
50. Giacco D, Priebe S. Mental health care for adult refugees in high-income countries. *Epidem Psychiatr Sci*. 2018;27(2):109-116. doi: 10.1017/S2045796017000609
51. Henkelmann J-R, de Best S, Deckers C, et al. Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in refugees resettling in high-income countries: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*. 2020;6(4):e68. doi: 10.1192/bjo.2020.54
52. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 2005;365(9467):1309-1314. doi: 10.1016/S0140-6736(05)61027-6
53. Birman D, Tran N. Psychological distress and adjustment of Vietnamese refugees in the United States: Association with pre- and postmigration factors. *Am J Orthopsychiatry*. 2008;78(1):109-120. doi: 10.1037/0002-9432.78.1.109
54. Giacco D, Laxhman N, Priebe S. Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. *Seminars Cell Dev Biol*. 2018;77:144-152. doi: 10.1016/j.semdb.2017.11.030
55. Steel Z, Chey T, Silove D, et al. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009;302(5):537-549. doi: 10.1001/jama.2009.1132
56. Sabin M, Lopes Cardozo B, Nackerud L, et al. Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict. *JAMA*. 2003;290(5):635-642. doi: 10.1001/jama.290.5.635
57. Hsu SI. Somatisation among Asian refugees and immigrants as a culturally-shaped illness behaviour. *Ann Acad Med Singapore*. 1999;28(6):841-845.
58. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):21-27. doi: 10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x
59. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617-627. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617
60. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe: A critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005;15(4):357-376. doi: 10.1016/j.euroneuro.2005.04.012
61. Belz M, Belz M, Özkn I, et al. Posttraumatic stress disorder and comorbid depression in refugees: Assessment of a sample from a German Refugee Reception Center. *Transcult Psychiatry*. 2017;54(5-6):595-610. doi: 10.1177/1363461517745
62. Schouler-Ocak M. The relevance of trauma among immigrants. In: Schouler-Ocak M. *Trauma and migration: Cultural factors in the diagnosis and treatment of Traumatized immigrants*. Cham: Springer International Publishing; 2015. p. 3-8. doi: 10.1007/978-3-319-17335-1_1
63. Haagen JF, Ter Heide FJ, Mooren TM, et al. Predicting post-traumatic stress disorder treatment response in refugees: Multilevel analysis. *Br J Clin Psychol*. 2017;56(1):69-83. doi: 10.1111/bjc.12121
64. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ. Guidelines for treatment of PTSD. *J Trauma Stress*. 2000;13(4):539-588. doi: 10.1023/A:1007802031411
65. Morina N, Akhtar A, Barth J, et al. 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
66. Martinez NT, Rodriguez CJ, de Santacruz C, et al. [Mental Problems, Mood and Anxiety Disorders in The Population Displaced by Violence in Colombia; Results of The National Mental Health Survey 2015]. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45(Suppl 1):113-118. Spanish. doi: 10.1016/j.rcp.2016.09.004
67. Sandahl H, Vindbjerg E, Carlsson J. Treatment of sleep disturbances in refugees suffering from post-traumatic stress disorder. *Transcult Psychiatry*. 2017;54(5-6):806-823. doi: 10.1177/1363461517746314
68. Labys CA, Dreyer C, Burns JK. At zero and turning in circles: refugee experiences and coping in Durban, South Africa. *Transcult Psychiatry*. 2017;54(5-6):696-714. doi: 10.1177/13634615177005570
69. Singh NS, Bass J, Sumbadze N, et al. Identifying mental health problems and Idioms of distress among older adult internally displaced persons in Georgia. *Soc Sci Med*. 2018;211:39-47. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.05.007

70. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression: Critical review. *Br J Psychiatry*. 2000;177(6):486-492. doi: 10.1192/bjp.177.6.486
 71. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, et al. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*. 2006;51(2):100-113. doi: 10.1177/070674370605100206
 72. Frans O, Rimmo PA, Aberg L, et al. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;111(4):291-299. doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00463.x
 73. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(12):1048-1060. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012
 74. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55(7):626-632. doi: 10.1001/archpsyc.55.7.626
 75. Jaranson JM, Butcher J, Halcon L, et al. Somali and Oromo refugees: correlates of torture and trauma history. *Am J Public Health*. 2004;94(4):591-598. doi: 10.2105/ajph.94.4.591
 76. Cheung A, Makhshvili N, Javakhishvili J, et al. Patterns of somatic distress among internally displaced persons in Ukraine: analysis of a cross-sectional survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2019;54(10):1265-1274. doi: 10.1007/s00127-019-01652-7
 77. Ter Heide FJJ, Sleijpen M, van der Aa N. Posttraumatic world assumptions among treatment-seeking refugees. *Transcult Psychiatry*. 2017;54(5-6):824-839. doi: 10.1177/1363461517741811
 78. Esses VM, Hamilton LK, Gaucher D. The global refugee crisis: empirical evidence and policy implications for improving public attitudes and facilitating refugee resettlement. *Social Issues and Policy Review*. 2017;11(1):78-123. doi: 10.1111/sipr.12028
 79. Mihal'chenko VJu, editor. [Glossary of sociolinguistic terms]. Moscow: Institut jazykoznanija Rossijskoj akademii nauk; 2006. Russian.
 80. Kartal D, Alkemade N, Kiropoulos L. Trauma and mental health in resettled refugees: mediating effect of host language acquisition on posttraumatic stress disorder, depressive and anxiety symptoms. *Transcult Psychiatry*. 2019;56(1):3-23. doi: 10.1177/1363461518789
 81. Bell V, Méndez F, Martínez C, et al. Characteristics of the Colombian armed conflict and the mental health of civilians living in active conflict zones. *Confl Health*. 2012;6(1):10. doi: 10.1186/1752-1505-6-10
 82. Betts A, Collier P. *Refuge: transforming a broken refugee system*. London: Penguin Random House; 2018.
 83. Miller D. *Strangers in our midst*. Cambridge: Harvard University Press; 2016. doi: 10.1057/s41296-017-0147-6
 84. Jaff D. Mental health needs in forcibly displaced populations: critical reflections. *Med Confl Surviv*. 2018;34(1):10-12. doi: 10.1080/13623699.2018.1456091
-