



LONDON  
SCHOOL of  
HYGIENE  
& TROPICAL  
MEDICINE



# СКРЫТЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ КОНФЛИКТА

Проблемы психического  
здоровья внутренне  
перемещенных лиц и  
доступность  
психологической  
помощи в Украине

Финансируется:



Данный документ был подготовлен International Alert при финансовой поддержке Европейского Союза. International Alert, GIP-Tbilisi и Лондонская школа гигиены и тропической медицины несут всю ответственность за содержание этого документа, который ни при каких обстоятельствах не может рассматриваться как выражающий позицию Европейского Союза.

Макет: Nick Wilmot Creative

В оформлении обложки использованы фото: © ITAR-TASS Photo Agency/  
Alamy Stock Photo

© International Alert/GIP-Tbilisi/Лондонская школа гигиены и тропической  
медицины 2017

# СКРЫТЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ КОНФЛИКТА

Проблемы психического здоровья  
внутренне перемещенных лиц  
и доступность психологической  
помощи в Украине

Байард Робертс, кандидат наук  
Нино Махашвили, кандидат наук, врач  
Джана Джавахишвили

май 2017 г.

## Благодарности

Данное исследование было проведено организациями International Alert, «Глобальная инициатива в психиатрии – Тбилиси» (GIP-Tbilisi) и Лондонской школой гигиены и тропической медицины. Его финансирование осуществлялось за счет гранта в рамках проекта «Психологические зерна мира: реабилитация после травмы и гражданский активизм в Украине», являющегося частью Инструмента ЕС по поддержке мира и стабильности (IfSP).

International Alert также благодарит за поддержку следующих стратегических спонсоров: Министерство международного развития Великобритании (UKAID) Шведское агентство международного сотрудничества в области развития (SIDA), Министерство иностранных дел Нидерландов и Министерство иностранных дел и торговли Ирландии. Мнения, выраженные в данном документе, принадлежат исключительно International Alert и не обязательно отражают точку зрения или политику наших спонсоров.

# Содержание

Сокращения	4
Основные результаты исследования	5
Краткий обзор	6
1. Введение	8
2. Методология исследования	10
3. Результаты исследования	13
3.1 Распространенность психических расстройств	16
3.2 Обращения за помощью и связанные с ней расходы	19
3.3 Терапевтический пробел	21
4. Заключение	24
5. Рекомендации	25

## Сокращения

<b>ВПЛ</b>	Внутренне перемещенное лицо
<b>КМИС</b>	Киевский международный институт социологии
<b>НПО</b>	Неправительственная организация
<b>ОШ</b>	Отношение шансов
<b>ПТСР</b>	Посттравматическое стрессовое расстройство
<b>GAD-7</b>	Опросник для диагностирования генерализованных тревожных расстройств
<b>GPI-Tbilisi</b>	«Глобальная инициатива в психиатрии – Тбилиси»
<b>PCL-5</b>	Анкета диагностики ПТСР
<b>PHQ-9</b>	Опросник состояния здоровья для выявления депрессии
<b>WHODAS 2.0</b>	Шкала оценки инвалидности ВОЗ 2.0

# Основные результаты исследования

- В данном исследовании впервые представлены национально репрезентативные данные о состоянии психического здоровья взрослых внутренне перемещенных лиц (ВПЛ) в Украине.
- Исследование выявило наличие у ВПЛ в Украине, в особенности у женщин, значительного бремени основных видов психических расстройств, в т.ч. посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), депрессии и тревожности. Кроме того, у большого числа респондентов выявлено наличие двух или трех из этих расстройств одновременно. Также выявлен высокий уровень коморбидности между ПТСР, тревожностью и депрессией.
- Психические расстройства оказывают значительное негативное влияние на внутрисемейные отношения, а также приводят к снижению работоспособности и способности к выполнению элементарных действий, таких как ходьба.
- Среди лиц, страдающих ПТСР, существует значительный терапевтический пробел: почти три четверти респондентов, нуждавшихся в психологической помощи, не получили ее.
- Высокая стоимость психологических услуг и медикаментов является основной причиной того, что респонденты не обращаются за помощью.
- ВПЛ необходимо рассматривать в качестве одной из целевых групп для оказания психологической помощи со стороны таких государственных учреждений, как Министерство здравоохранения и Министерство социальной политики, а также со стороны местных властей.
- Результаты исследования свидетельствуют о необходимости масштабного, всестороннего и основанного на информации о пережитых травмирующих событиях подхода к оказанию психологической помощи населению, пострадавшему от конфликта.



Мужчина рассматривает одежду, предоставленную в качестве гуманитарной помощи, в транзитном центре для переселенцев в Днепре, 2015 г. © Эндрю МакКоннел/Ранос

## Краткий обзор

Достоверные эпидемиологические данные о бремени психических расстройств, основанные на информации об основных факторах риска и доступности психологической помощи, играют решающую роль в разработке соответствующих методов психосоциальной поддержки, учитывающих стрессы, перенесенные ВПЛ, количество которых в Украине оценивается в 1,6 млн человек. Целью данного исследования был сбор строгих научных данных о потребности ВПЛ в Украине в психологической помощи и психосоциальной поддержке с целью содействия разработке соответствующих мер и программ. В период с марта по май 2016 г. по всей Украине был проведен опрос 2203 ВПЛ в возрасте от 18 лет и старше. При организации опроса применялся метод поперечных срезов, а при обработке его результатов – методы описательного анализа и анализа множественной регрессии.

Исследование установило наличие симптомов посттравматического расстройства (ПТСР) у 32% от всех опрошенных (у 22% мужчин и 36% женщин), симптомов депрессии – у 22% (у 16% мужчин и 25% женщин), а симптомов тревожности – у 17% (у 13% мужчин и 20% женщин). Также наблюдался высокий уровень коморбидности между ПТСР, тревожностью и депрессией. Было установлено, что психические расстройства оказывают значительное негативное влияние на внутрисемейные отношения респондентов, а также приводят к снижению их работоспособности и способности к выполнению элементарных действий, таких как ходьба.



В ходе исследования было также установлено, что наличие психических расстройств в значительной степени обусловлено такими основными факторами, как принадлежность респондентов к женскому полу и к более старшим возрастным группам, кумулятивный характер пережитых травмирующих событий, сравнительно короткий срок, прошедший с момента перемещения, а также низкий уровень семейного достатка. Также наблюдался значительный терапевтический пробел – 74% респондентов, нуждавшихся в психологической помощи за 12 месяцев, предшествовавших опросу, не получили ее.

Авторы исследования рекомендуют рассматривать ВПЛ в качестве одной из целевых групп для предоставления психологической помощи со стороны соответствующих организаций, работающих в Украине. Данные, полученные в ходе исследования, свидетельствуют о необходимости более масштабного, всестороннего и основанного на информации о пережитых травмирующих событиях подхода к оказанию психологической помощи ВПЛ в Украине.

# 1. Введение

Известно, что пострадавшее от конфликтов население зачастую подвергается воздействию травмирующих событий и связанных с войной социоэкономических стрессовых факторов, что повышает риск развития психических расстройств<sup>1</sup>. Распространенные среди пострадавших от конфликтов людей психические расстройства, такие как ПТСР, депрессия и тревожность, способны причинять значительные страдания и снижать способность к полноценному функционированию, что негативно влияет не только на самих пострадавших, но и на их семьи и сообщества. Соответственно, существует необходимость в масштабных психосоциальных вмешательствах и мобилизации общественности с целью облегчения личных страданий и создания условий для процессов развития и социальной реконструкции. Данные, полученные в различных охваченных конфликтами регионах, свидетельствуют о необходимости масштабного и всестороннего подхода, который включал бы меры, основанные на информации о пережитых травмирующих событиях, на основе которого можно было бы сформировать систему психологической помощи<sup>2</sup>, учитывающую потребности людей, пострадавших от конфликтов.

Количество ВПЛ в Украине, появление которых связано с вооруженным конфликтом на востоке страны, оценивается в 1,6 млн человек; свыше 95% из них были вынуждены покинуть свои дома в результате боевых действий. ВПЛ в Украине пережили множественные психологические травмы, включая вынужденное перемещение, артиллерийские обстрелы, пребывание в районах боевых действий, телесные повреждения и нападения. Они проживают либо в частном секторе (у родственников, друзей или в принимающих семьях, а также в съемном жилье), либо в местах компактного поселения (во временных поселениях лагерного типа, а также в зданиях гостиниц, больниц, школ и прочих государственных учреждений). Уровень безработицы среди ВПЛ весьма высок, а доступ к услугам социальной

- 
- 1 См.: World Health Organization (WHO) and United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), *Assessing mental health and psychosocial needs and resources: Toolkit for humanitarian settings*, Geneva: WHO, 2012; Z. Steel, T. Chey, D. Silove, C. Marnane, R.A. Bryant and M. van Ommeren, *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*, 302(5), 2009, pp.537–549; K.E. Miller and A. Rasmussen, *War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks*, *Social Science and Medicine*, 70(2010), 2009, pp.7–16
  - 2 Inter-Agency Standing Committee (IASC), *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*, Geneva: IASC, 2007; WHO, *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*, Geneva: WHO, 2013

поддержки, в том числе к психологической помощи, представляется ограниченным. В результате психическое здоровье ВПЛ подвергается значительному воздействию социоэкономических стрессовых факторов.

Достоверные эпидемиологические данные об бремени психических расстройств, основанные на информации о факторах риска и доступе к психологической помощи, играют решающую роль в разработке соответствующих методов психологической реабилитации и психосоциальной поддержки, учитывающих пережитые травмирующие события. Однако подобных данных об украинском населении, пострадавшем от конфликта, до сих пор было собрано недостаточно.

Целью исследования являлся сбор строгих научных данных о потребностях украинских ВПЛ в психологической помощи и психосоциальной поддержке, с тем чтобы содействовать разработке соответствующих мер и программ. Задачами исследования являлись: i) оценка распространенности психических расстройств, в том числе ПТСР, депрессии и тревожности; ii) определение факторов, связанных с психическими расстройствами; iii) оценка доступности и использования услуг психологической помощи и психосоциальной поддержки; iv) составление научно обоснованных рекомендаций для соответствующих государственных органов и профессиональных организаций.



Женщины-матери стоят в очереди за гуманитарной помощью в Краматорске на востоке Украины, 2015 г. © UNICEF Ukraine/P. Zmey (Creative Commons BY 2.0)

## 2. Методология исследования

Исследование было спланировано и проведено сотрудниками GIP-Tbilisi, International Alert и Лондонской школы гигиены и тропической медицины. Опрос респондентов проводился силами Киевского международного института социологии (КМИС).

В период с марта по май 2016 г. были опрошены ВПЛ в возрасте от 18 лет и старше. При организации опроса использовался метод поперечных срезов. Под ВПЛ подразумевались люди, вынужденно покинувшие свои жилища в результате боевых действий и на момент исследования не вернувшиеся домой<sup>3</sup>. Из исследования исключались люди, предположительно находившиеся под воздействием алкоголя или наркотических средств, а также люди с тяжелыми расстройствами интеллекта или психики.

Опрос являлся национально репрезентативным для ВПЛ в Украине. Он проводился в региональных центрах и других населенных пунктах следующих областей: Киевской области, Волыни, Закарпатья, Ивано-Франковской, Львовской, Ровненской, Тернопольской, Черновицкой, Винницкой, Кировоградской, Полтавской, Черкасской, Одесской, Херсонской, Днепропетровской, Запорожской и Харьковской областей, а также на Донбассе, в Донецке и Луганске.

---

3 United Nations (UN), *Guiding principles on internal displacement*, New York: UN, 2004

В качестве вероятностного метода выборки использовалась выборка «место-время»<sup>4</sup>. Данный метод все чаще используется для исследований среди вынужденных переселенцев и в других труднодоступных группах, в том числе в Украине. Он подразумевает установление контакта с ВПЛ в местах их естественной локализации – например, в общежитиях для ВПЛ, в приемных государственных служб, волонтерских и неправительственных организаций, в пунктах раздачи гуманитарной помощи и т.д. Структура выборки состоит из единиц «время-место», представляющих собой в совокупности список мест, дней недели и времени суток, потенциально подходящих для оценки конкретной целевой группы. Для данного опроса 33% респондентов были отобраны в центрах коллективного проживания, 31% – в общественных организациях, работающих с ВПЛ, и 6% – в государственных учреждениях. Еще с 24% респондентов контакт был установлен при помощи других респондентов (информантов), а 6% были отобраны другими способами (например, через церковные приходы или методом поквартирного опроса). Всего для отбора ВПЛ было использовано 121 место естественной локализации (не считая частных жилищ и рабочих мест респондентов, контакт с которыми был установлен через информантов).

Опросный лист был составлен таким образом, чтобы представить данные о демографических и социоэкономических характеристиках респондентов, их доступе к психологической помощи и воздействии на них травмирующих событий (с использованием контрольного списка жизненных событий Life Events Checklist for DSM-5), а также о методах, использовавшихся для выявления у респондентов наличия психических расстройств. В качестве диагностирующих тестов использовались анкета диагностики ПТСР (PTSD Checklist for DSM-5, PCL-5) (глубина исследования составляла месяц, предшествовавший дню анкетирования)<sup>5</sup>, опросник состояния здоровья для выявления депрессии (Patient Health Questionnaire, PHQ-9) (на глубину в две недели, предшествовавшие дню анкетирования)<sup>6</sup> и опросник по генерализованному тревожному расстройству (Generalised Anxiety Disorder Assessment, GAD-7) для выявления тревожности (на глубину в две недели, предшествовавшие дню анкетирования)<sup>7</sup>. Данные опросники используются

- 
- 4 H. Fisher Raymond, T. Ick, M. Grasso, J. Vaudrey and W. McFarland, Resource Guide: Time location sampling (TLS), San Francisco: San Francisco Department of Public Health, HIV Epidemiology Section, Behavioral Surveillance Unit, 2007
  - 5 C.A. Blevins, F.W. Weathers, M.T. Davis, T.K. Witte and J.L. Domino, The posttraumatic stress disorder checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation, *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 2015, pp.489–498
  - 6 K. Kroenke, R.L. Spitzer and J.B. Williams, The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure, *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 2001, pp.606–613
  - 7 R.L. Spitzer, K. Kroenke, J.B. Williams and B. Löwe, A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7, *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 2006, pp.1092–1097

для выявления симптомов расстройств, а не для постановки клинических диагнозов. Уровень функционирования респондентов оценивался при помощи Шкалы оценки инвалидности ВОЗ (WHODAS 2.0), которая состоит из 12 позиций, относящихся к шести доменам активности и участия (обучение и применение знаний, мобильность, самообслуживание, межличностные взаимодействия, главные сферы жизни и жизнь в сообществах), с глубиной измерения в 30 дней, предшествующих дню анкетирования<sup>8</sup>. Валидность вышеперечисленных инструментов ранее была подтверждена в ходе исследований в широком диапазоне культурных и лингвистических ситуаций, в том числе в регионах, пострадавших от конфликтов.

Опросный лист был изначально составлен на английском языке, а затем тщательно адаптирован и переведен на украинский и русский языки, с учетом передового опыта в этой области, с целью обеспечения его надежности, валидности и приемлемости. Опросный лист предоставлялся респондентам на украинском или русском языке в ходе личных встреч в заранее оговоренных местах со специально обученными интервьюерами КМИС. Перед вручением опросного листа каждому из респондентов объяснялись цели опроса и условия участия в нем. Кроме того, респонденту выдавались информационная брошюра и бланк информированного согласия, после чего он давал свое согласие на участие в письменной или устной форме. Этичность опроса была подтверждена Наблюдательным советом КМИС.

К собранным данным были применены методы описательного анализа и анализа множественной регрессии (с использованием пошагового подхода). Пороги отсечки для выявления наличия психических расстройств соответствовали рекомендованным для использовавшихся инструментов анкетирования: для выявления ПТСР количество баллов, набранных по анкете PCL-5, должно было составлять  $>33$ ; для выявления по крайней мере средней формы депрессии количество баллов по анкете PHQ-9 должно было составлять  $\geq 10$ , а для выявления по крайней мере средней формы тревожности количество баллов по анкете GAD-7 должно было составлять  $\geq 10$ . К полученным данным было применено взвешивание с целью отражения действительного географического распределения ВПЛ по городам и областям Украины. Уровень статистической значимости был принят за  $p < 0,05$ . Статистический анализ данных был проведен с использованием программы Stata 14.

---

8 T.B. Üstün, N. Kostanjsek, S. Chatterji and J. Rehm, *Measuring health and disability: Manual for WHODAS 2.0*, Geneva: WHO, 2010

### 3. Результаты исследования

Всего были заполнены и возвращены 2203 анкеты. Доля результативных интервью составила 89%. 58% интервью было проведено в региональных центрах, 40% – в других городах, и 2% – в сельской местности.

Демографические характеристики респондентов представлены в Таблице 1. Свыше двух третей опрошенных (68%) были женщинами. Соотношение полов совпадает с данными из других источников, включая статистическую информацию Государственной службы занятости и результаты других опросов, проведенных среди ВПЛ в Украине. Возраст приблизительно 22% респондентов составлял или превышал 60 лет. Большинство респондентов (59%) оценили уровень достатка своей семьи как низкий или очень низкий. Лишь у 22% респондентов была постоянная оплачиваемая работа. Средний срок, прошедший с момента перемещения, составлял 18 месяцев.

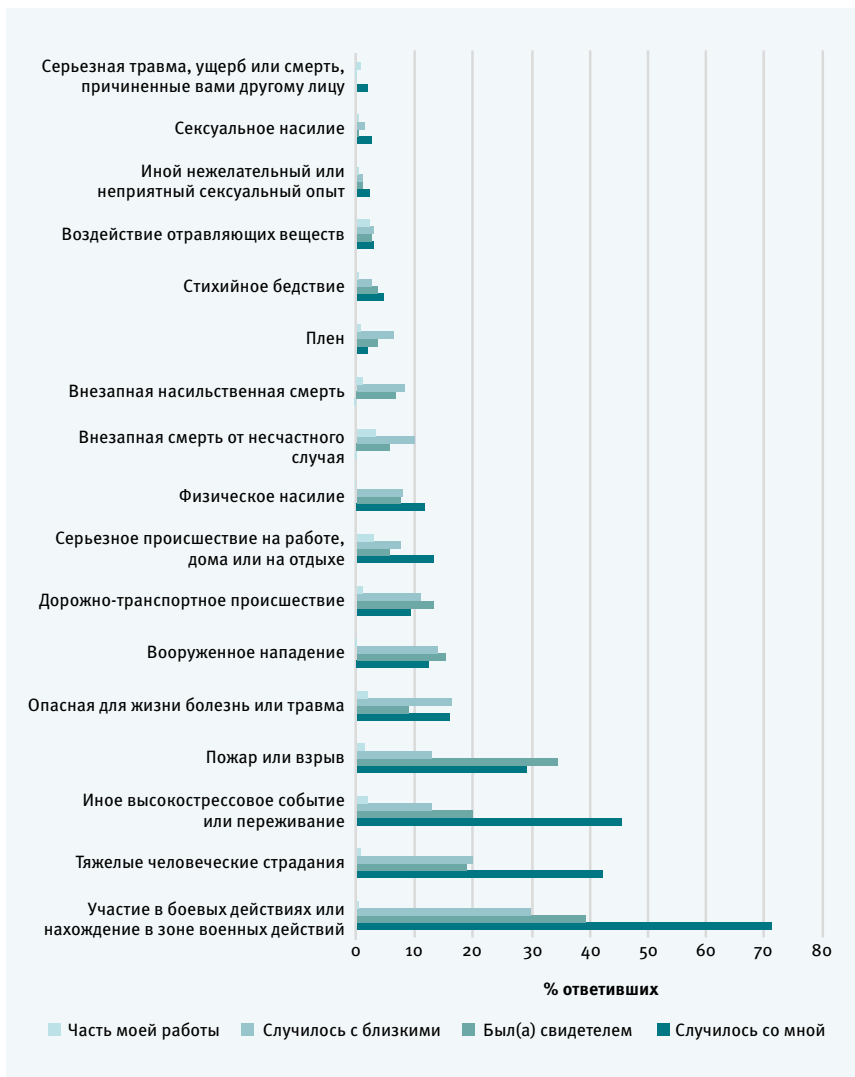
Среди респондентов был отмечен высокий процент переживших эпизоды насилия и травмирующие события (см. Рисунок 1). Наиболее часто среди пережитых травмирующих событий назывались пребывание в районах боевых действий, тяжкие страдания, пожар или взрыв, угрожающие жизни заболевания, вооруженные нападения и иные чрезвычайно травмирующие события или переживания.

Таблица 1: Демографические характеристики респондентов (N=2203)

		N	(%)
<b>Пол</b>	Мужской	704	(32,0)
	Женский	1499	(68,0)
<b>Возраст, лет</b>	18–30	480	(21,8)
	31–44	711	(32,3)
	45–59	522	(23,7)
	60–74	356	(16,2)
	75 и старше	134	(6,0)
<b>Образование</b>	Начальное или неполное среднее	114	(5,2)
	Полное среднее или профессиональный эквивалент	528	(24,0)
	Среднее специальное или неполное высшее	767	(34,9)
	Высшее	790	(35,9)
<b>Занятость</b>	Постоянная оплачиваемая работа	489	(22,4)
	Непостоянная оплачиваемая работа	216	(9,9)
	Индивидуальная трудовая деятельность	61	(2,8)
	Безработный(ая), в поисках работы	391	(17,9)
	Домохозяйка	81	(3,7)
	В отпуске по уходу за ребенком	157	(7,2)
	Пенсионер по возрасту или инвалидности	631	(28,9)
	Иное	159	(7,3)
<b>Уровень семейного достатка</b>	Очень высокий	15	(0,7)
	Высокий	95	(4,5)
	Средний	755	(35,7)
	Низкий	989	(46,8)
	Очень низкий	261	(12,3)
<b>Срок перемещения</b>	Средний срок, прошедший с момента перемещения в месяцах (мин., макс.)	18	(1,26)



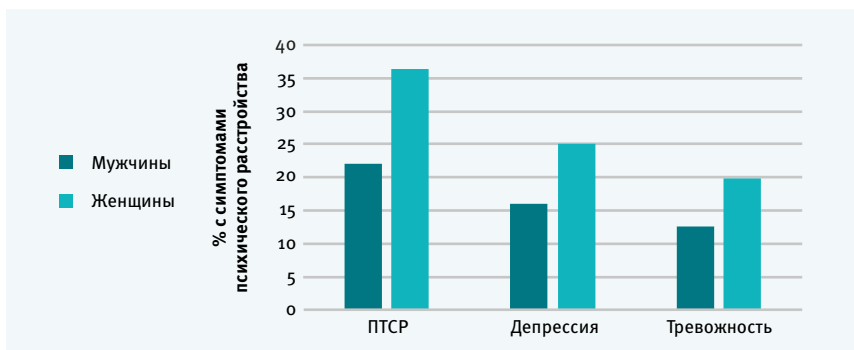
**Рисунок 1: Доля респондентов, переживших эпизоды насилия и травмирующие события (N=2203, допустимы множественные ответы)**



### 3.1 Распространенность психических расстройств

Уровень распространенности психических расстройств среди ВПЛ, особенно среди женщин, оказался высоким (см. Рисунок 2). Распространенность ПТСР в целом составила 32% (22% у мужчин и 36% у женщин), распространенность депрессии – 22% (16% у мужчин и 25% у женщин), а распространенность тревожности – 18% (13% у мужчин и 20% у женщин).

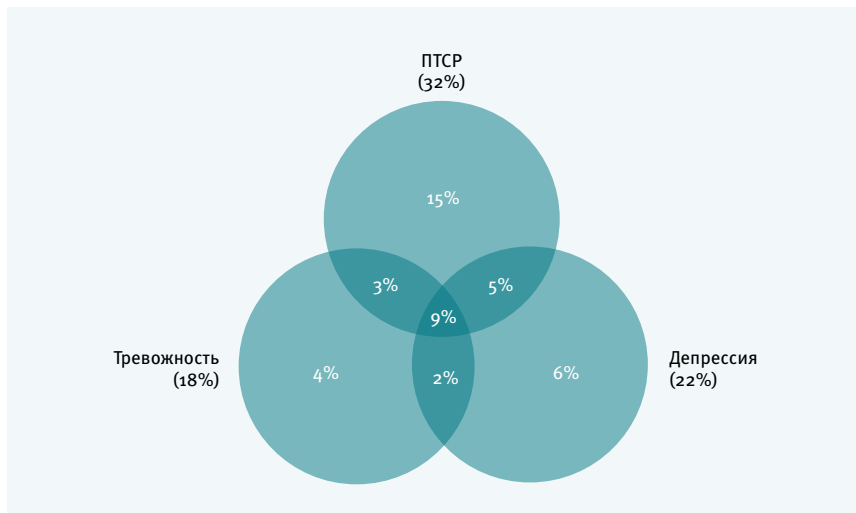
**Рисунок 2: Распространенность психических расстройств среди респондентов по половой принадлежности (N=2203)**



Также был выявлен значительный уровень коморбидности между различными расстройствами (см. Рисунок 3). У 5% респондентов из общей выборки были выявлены одновременно ПТСР и депрессия, у 2% – одновременно депрессия и тревожность, а у 3% – одновременно тревожность и ПТСР. Кроме того, у 9% от общего числа респондентов были выявлены симптомы всех трех расстройств. Если привести данные результаты к общему числу респондентов, у которых наблюдалось хотя бы одно расстройство, то симптомы более одного расстройства были выявлены у 43% из общего числа, а симптомы всех трех расстройств – у 21%.

Также была выявлена тесная взаимосвязь между наличием психических расстройств и функциональными нарушениями. Респонденты с психическими расстройствами набрали существенно большее количество баллов по шкале функциональной инвалидности WHODAS-2, что соответствует пониженному уровню функционирования. Респонденты с симптомами ПТСР в среднем набрали 25,84 балла, по сравнению с 8,43 балла у тех, кто не проявлял симптомов ПТСР. Респонденты с симптомами депрессии в среднем набрали 32,62 балла, по сравнению с 7,60 балла у тех, кто не страдал депрессией. Респонденты с симптомами тревожности в среднем набрали 36,52 балла, по сравнению с 8,67 балла у тех, кто не проявлял таких симптомов.

**Рисунок 3: Доля респондентов с симптомами одного или нескольких психических расстройств (N=2203)**



В Таблице 2 приведены связанные с психическими расстройствами факторы, определенные путем анализа множественной регрессии. Была выявлена тесная взаимосвязь между принадлежностью к женскому полу и наличием психических расстройств. Так, после корректировки модели с учетом прочих существенных факторов вероятность проявления симптомов ПТСР у женщин оказалась вдвое выше, чем у мужчин (отношение шансов (ОШ): 2,01). Существенная взаимосвязь была также обнаружена между принадлежностью к более старшим возрастным группам и наличием симптомов ПТСР и депрессии. Была выявлена значительная взаимосвязь между низким уровнем семейного достатка и наличием одного или нескольких из трех типов расстройств. Значительная взаимосвязь с более высоким уровнем кумулятивного эффекта от пережитых травмирующих событий была выявлена лишь в случаях ПТСР (>4 событий = ОШ: 1,46). Сравнительно недавнее перемещение (от 0 до 12 месяцев) также было взаимосвязано с ПТСР (ОШ: 1,51), в отличие от респондентов эталонной категории, перемещенных за 19-26 месяцев до даты анкетирования. Отдельная модель регрессии выявила тесную взаимосвязь между наличием симптомов ПТСР, депрессии и тревожности и наличием симптомов двух других психических расстройств после корректировки с учетом других факторов (см. Таблицу 2, Модель 2).

**Таблица 2: Результаты анализа множественной регрессии применительно к факторам, связанным с ПТСР, депрессией и тревожностью**

Факторы	ПТСР <sup>a</sup>	Депрессия <sup>b</sup>	Тревожность <sup>c</sup>
	ОШ	ОШ	ОШ
<b>Модель 1<sup>d</sup></b>			
<b>Пол</b>			
Мужской	Этал.	Этал.	Этал.
Женский	<b>2,01</b>	<b>1,72</b>	<b>1,76</b>
<b>Возраст, лет</b>			
18–30	Этал.	Этал.	Этал.
31–44	1,25	1,21	0,96
45–59	<b>1,87</b>	<b>2,13</b>	<b>1,49</b>
60–74	<b>2,15</b>	<b>2,35</b>	<b>1,68</b>
75 и старше	<b>2,14</b>	<b>2,82</b>	1,63
<b>Уровень семейного достатка</b>			
Очень высокий/высокий/средний	Этал.	Этал.	Этал.
Низкий	<b>1,74</b>	<b>2,39</b>	<b>1,67</b>
Очень низкий	<b>3,71</b>	<b>6,68</b>	<b>3,87</b>
<b>Травмы кумулятивного характера – количество пережитых событий</b>			
0	Этал.	Этал.	Этал.
1	0,83	0,78	1,04
2–3	0,63	0,60	0,78
≥4	<b>1,41</b>	1,15	1,49
<b>Травмы кумулятивного характера – количество наблюдавшихся событий</b>			
0	Этал.	Этал.	Этал.
1	0,93	0,87	0,76
2–3	1,16	1,28	1,15
≥4	<b>1,46</b>	1,23	1,19
<b>Срок с момента перемещения</b>			
19–26 месяцев	Этал.	Этал.	Этал.
13–18 месяцев	1,19	0,88	0,93
0–12 месяцев	<b>1,51</b>	1,33	1,29

Факторы	ПТСР <sup>а</sup>	Депрессия <sup>б</sup>	Тревожность <sup>с</sup>
	ОШ	ОШ	ОШ
<b>Модель 2<sup>е</sup></b>			
ПТСР отсутствует	Этал.	Этал.	Этал.
ПТСР <sup>а</sup>	Нет	<b>8,21</b>	5,04
Депрессия отсутствует	Этал.	Этал.	Этал.
Депрессия <sup>б</sup>	<b>8,10</b>	Нет	<b>17,13</b>
Тревожность отсутствует <sup>с</sup>	Этал.	Этал.	Этал.
Тревожность	<b>4,79</b>	<b>17,20</b>	Нет

**Примечания:** Данные, выделенные жирным шрифтом, являются статистически значимыми при  $p < 0.05$ . Этал. = эталонная категория; <sup>а</sup> ПТСР = количество баллов по PCL-5:  $\geq 33$ ; <sup>б</sup> депрессия = количество баллов по PHQ-9  $\geq 10$ ; <sup>с</sup> тревожность = количество баллов по GAD-7  $\geq 10$ ; <sup>д</sup> Модель 1 – все переменные, включенные в модель множественной регрессии; <sup>е</sup> Модель 2 – все переменные Модели 1, плюс наличие двух других психических расстройств. Результаты приведены в ОШ и указывают на вероятность связи конкретного фактора с тем или иным психическим расстройством. Так, ОШ 2,01 указывает на то, что у женщин симптомы ПТСР проявляются с вероятностью вдвое выше, чем у мужчин, которые представляют собой эталонную категорию.

## 3.2 Обращения за помощью и связанные с ней расходы

Респондентов просили ответить, испытывали ли они какие-либо психологические или эмоциональные проблемы в предшествующие опросу 12 месяцев. 703 респондентов указали, что испытывали проблемы с психическим здоровьем; по результатам анкетирования подтвердилось наличие у них симптомов ПТСР, депрессии или тревожности.

Из вышеупомянутых 703 респондентов за помощью обращались 180 человек. Виды медицинских услуг и поддержки, за которыми обращались эти респонденты, перечислены в Таблице 3. Наиболее распространенными видами медицинских услуг и поддержки являлись: прием у невролога в поликлинике ( $N=84$ ), аптечные услуги ( $N=82$ ), выездные консультации психологов ( $N=74$ ), прием у терапевта/невролога в больнице общего типа ( $N=73$ ), обращение в НПО/волонтерские центры психологической или психосоциальной помощи ( $N=72$ ) и прием у семейного или участкового врача/фельдшера ( $N=67$ ). Наиболее распространенными видами терапии были медикаментозное лечение ( $N=228$ ), психосоциальная поддержка (определяемая как «любой вид непосредственной или внешней поддержки, направленной на поддержание или повышение психосоциального благополучия и/или на профилактику или лечение психических расстройств») ( $N=216$ ), а также психологические консультации ( $N=139$ ).

Средняя стоимость оказанных медицинских услуг составляла 1179 украинских гривен (приблизительно 46 долларов США), а максимальная – 67 000 гривен (2616 долл.). Средняя стоимость приобретенных медикаментов составляла 2479 гривен (97 долл.), а максимальная – 70 000 гривен (2733 долл.).

**Таблица 3: Виды медицинских услуг/поддержки, оказанных респондентам с психическими расстройствами, самостоятельно обратившимся за помощью (N=180, допустимы множественные ответы)**

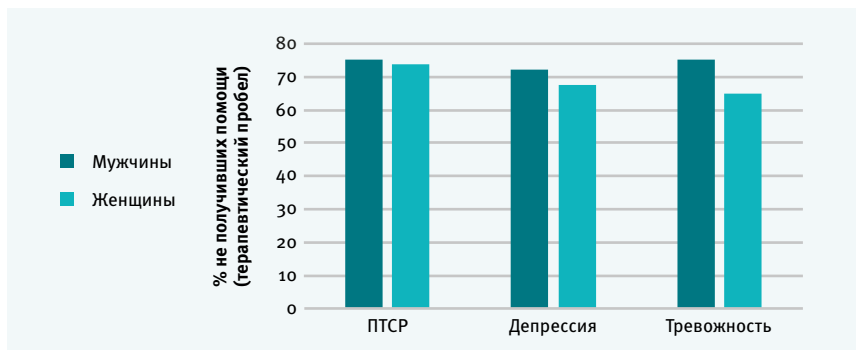
Источник помощи	Вид услуг						Всего N
	Лекарства		Психосоциальная поддержка		Консультация/ психотерапия		
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Невролог в поликлинике	41	(23,6)	17	(9,8)	26	(14,9)	<b>84</b>
Аптека	82	(47,1)	-	-	-	-	<b>82</b>
Выездные консультации психологов	-	-	48	(27,6)	26	(14,9)	<b>74</b>
Терапевт/невролог в больнице общего типа	37	(21,3)	12	(6,9)	24	(13,8)	<b>73</b>
НПО/волонтеры/центры психологической и психосоциальной помощи	-	-	44	(25,3)	28	(16,1)	<b>72</b>
Семейный или участковый врач/фельдшер	36	(20,7)	17	(9,8)	14	(8,0)	<b>67</b>
Частный психолог	13	(7,5)	16	(9,2)	12	(6,9)	<b>41</b>
Церковь	-	-	41	-	-	-	<b>41</b>
Психоневрологический диспансер	4	(2,3)	6	(3,4)	5	(2,9)	<b>15</b>
Неотложная медицинская помощь	9	(5,2)	2	(1,1)	1	(0,6)	<b>12</b>
Посещения социальными работниками на дому			9	(5,2)	1	(0,6)	<b>10</b>
Психиатрический стационар	2	(1,1)	2	(1,1)	2	(1,1)	<b>6</b>
Альтернативная/народная медицина	4	(2,3)	2	(1,1)	-	-	<b>6</b>
<b>Всего</b>	<b>228</b>		<b>216</b>		<b>139</b>		

**Примечание:** Данные приведены в процентах от N=180 (количество респондентов с симптомами ПТСР (количество баллов по PCL-5 >33), депрессии (количество баллов по PHQ-9 ≥10) или тревожности (количество баллов по GAD-7 ≥10), сообщивших о психологических и эмоциональных проблемах и обращавшихся за помощью)

### 3.3 Терапевтический пробел

Был также проведен анализ терапевтического пробела при психических расстройствах среди ВПЛ с целью оценить количество респондентов с психическими расстройствами, нуждавшихся в помощи, но не получивших ее. Из 703 респондентов, сообщивших о том, что они испытывали психологические или эмоциональные проблемы за 12 месяцев до даты опроса, и проявивших симптомы ПТСР, депрессии или тревожности по результатам анкетирования, 520 человек не обращались за помощью (по еще трем респондентам данные отсутствуют). Эта цифра соответствует общему терапевтическому пробелу в 74% (74% при наличии ПТСР, 71% при наличии депрессии и 70% при наличии тревожности). Единственное статистически значимое различие между мужчинами и женщинами применительно к терапевтическому пробелу для всех трех типов расстройств было выявлено в случаях наличия тревожности: терапевтический пробел был более распространен среди мужчин (75%), чем среди женщин (65%) (см. Рисунок 4). Примечательно, что терапевтический пробел был распространен даже применительно к более тяжелым формам расстройств: он составлял 57% в случаях тяжелой формы депрессии (количество баллов по PHQ-9 ≥20) и 60% в случаях тяжелой формы тревожности (количество баллов по GAD-7 ≥15).

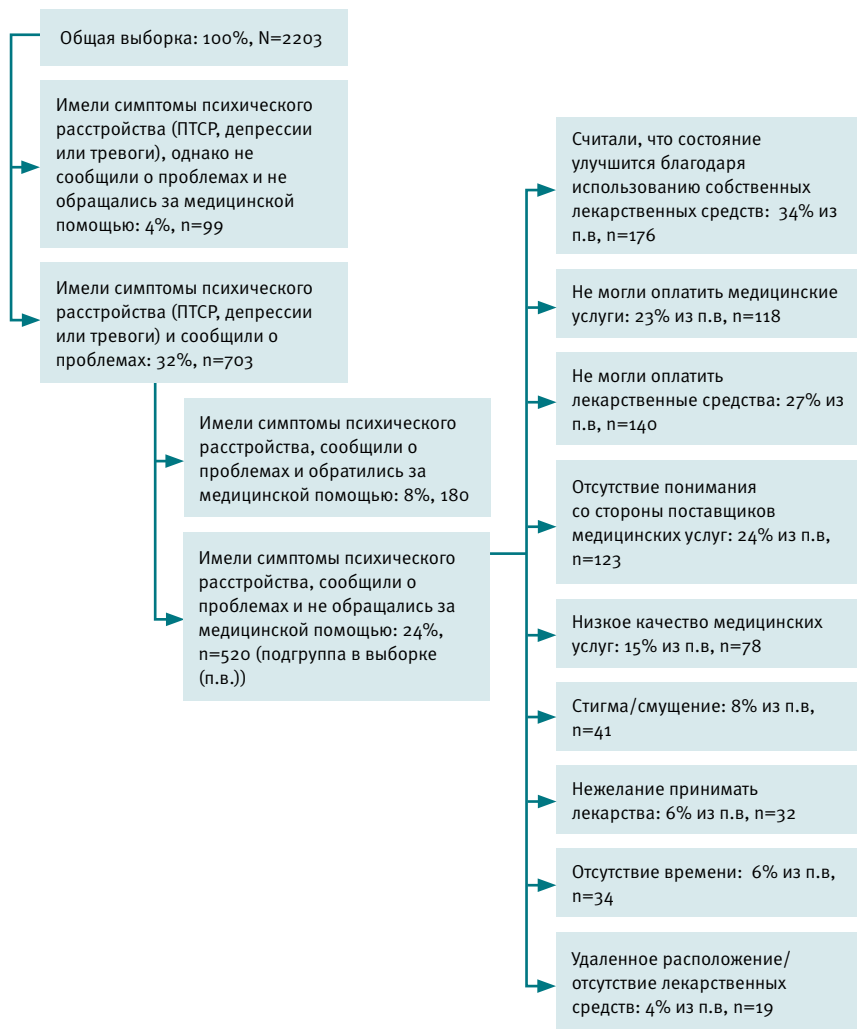
**Рисунок 4: Доля респондентов, испытывавших психологические проблемы за 12 месяцев до даты опроса, проявивших симптомы психических расстройств по результатам анкетирования, но не получивших помощи, по типу расстройства и половой принадлежности (N=703)**



Вышеупомянутые 520 респондентов назвали ряд причин, по которым они не обращались за помощью. Наиболее часто упоминаемыми причинами были: надежда на выздоровление в результате самолечения (N=176), непозволительно высокая стоимость медицинских услуг (N=118) или медикаментов (N=140), недостаток понимания со стороны медицинских работников (N=123), низкое качество обслуживания (N=78), а также опасение стигматизации/чувство неловкости (N=41). Дополнительная информация представлена на Рисунке 5.



**Рисунок 5: Причины, по которым респонденты, испытывавшие проблемы с психическим здоровьем, не обращались за помощью (допустимы множественные ответы)**





Женщина в доме, поврежденном артобстрелом в городе Куйбышевске, Донецкая область, 2016 г. © ITAR-TASS PhotoAgency/Alamy Stock Photo

## 4. Заключение

В данном исследовании впервые представлены национально репрезентативные данные о состоянии психического здоровья взрослых ВПЛ в Украине. Исследование выявило наличие у ВПЛ в Украине значительного бремени психических расстройств, в особенности ПТСР, распространенность которого особенно высока среди женщин. Кроме того, был выявлен высокий уровень коморбидности между ПТСР, тревожностью и депрессией. Данные психические расстройства оказывают значительное негативное влияние на функциональные способности человека.

В ходе исследования было установлено, что наличие психических расстройств в значительной степени обусловлено такими основными факторами, как принадлежность к женскому полу и более старшим возрастным группам, кумулятивный характер пережитых травмирующих событий, сравнительно короткий срок, прошедший с момента перемещения, а также низкий уровень семейного достатка. Исследование также установило, что около трех четвертей респондентов, нуждавшихся в психологической помощи, не обращались за ней. Основными причинами были названы отсутствие осознания потребности в помощи, надежда на положительные результаты самолечения, высокая стоимость лечения и медикаментов, а также низкое качество предлагаемых услуг. Для оказания ВПЛ адекватной психологической помощи требуются безотлагательные масштабные и всесторонние меры, основанные на информации о пережитых травмирующих событиях.

## 5. Рекомендации

Ниже приводятся рекомендации государственным органам и профессиональным организациям в Украине относительно работы с ВПЛ.

- ВПЛ следует рассматривать в качестве одной из целевых групп для оказания психологической помощи со стороны соответствующих государственных структур, в т.ч. Министерства здравоохранения, Министерства социальной политики и Министерства по вопросам временно оккупированных территорий и внутренне перемещенных лиц, а также со стороны местных властей.
- Для оказания ВПЛ адекватной психологической помощи требуются масштабные и всесторонние меры, основанные на информации о пережитых травмирующих событиях. Такая помощь должна основываться на биопсихосоциальной модели, включать в себя социальные, экономические и здравоохранительные мероприятия, а также учитывать гендерный фактор.
- Необходимо принимать во внимание как потребности ВПЛ в психологической помощи, так и наличие соответствующего предложения. По мере повышения информированности ВПЛ об их собственном психическом состоянии им необходимо обращаться за более широким спектром услуг, чтобы предотвратить возможные осложнения и нарушения. С другой стороны, предоставляемые услуги должны быть всесторонними, разрабатываться и применяться таким образом, чтобы эффективно отвечать потребностям ВПЛ в психологической помощи и психосоциальной поддержке.
- Персоналу, оказывающему медицинские и социальные услуги, следует проходить обучение работе с распространенными типами психических расстройств, такими как ПТСР, депрессия и тревожность, а также с ситуациями их коморбидности. Следует разрабатывать и рекомендовать к применению актуальные методические указания по эффективной терапии таких состояний.

- Упор в работе с ВПЛ следует делать на подготовку медицинских и социальных работников, наиболее востребованных психотравмированными личностями, а именно неврологов в поликлиниках и больницах общего типа, семейных и участковых врачей, а также работников мобильных психологических служб, сотрудников медицинских, волонтерских и психосоциальных центров.
- Следует разрабатывать и распространять справочную информацию о последствиях травмирующих воздействий и переживаний с целью информирования населения о признаках психических расстройств, о самопомощи, об эффектах самолечения и о стигме.
- Психологические услуги, основанные на информации о пережитых травмирующих событиях, а также услуги, направленные на работу с конкретными последствиями травм, следует постепенно внедрять в систему общего психического здоровья и в системы социальной заботы, чтобы обеспечить доступность медицинской помощи и непрерывность оказания поддержки ВПЛ, их семьям и сообществам.
- Психологические услуги и соответствующие медикаменты следует сделать более доступными для ВПЛ. Необходимо признать резко отрицательные последствия низкого достатка для состояния психического здоровья, а также факт низкой доступности услуг, и принимать меры к решению этих проблем путем организации занятости ВПЛ и вовлечения их в приносящую доход деятельность.
- Следует проводить мониторинговые и оценочные исследования с целью определить существующие потребности ВПЛ и оценить эффективность мер психологической помощи и психосоциальной поддержки.
- Стратегию психологической помощи ВПЛ необходимо интегрировать в более широкие стратегии и программы, действующие в Украине.







**International Alert**

[ukraine@international-alert.org](mailto:ukraine@international-alert.org)  
[www.international-alert.org/ukraine](http://www.international-alert.org/ukraine)

**GIP-Tbilisi**

[www.gip-global.org](http://www.gip-global.org)

**Лондонская школа гигиены и тропической медицины**

[press@lshtm.ac.uk](mailto:press@lshtm.ac.uk)  
[www.lshtm.ac.uk](http://www.lshtm.ac.uk)

ISBN: 978-1-911080-54-1