

# Риск суицида, преднамеренного самоповреждения и психиатрических расстройств после потери близкого родственника: общенациональное когортное исследование

Mai-Britt Guldin<sup>1</sup>, Maiken Ina Siegismund Kjaersgaard<sup>2</sup>, Morten Fenger-Gruun<sup>1</sup>, Erik Thorlund Parner<sup>2</sup>, Jiong Li<sup>2</sup>, Anders Prior<sup>1,2</sup>, Mogens Vestergaard<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Research Unit for General Practice, Aarhus University, Aarhus, Denmark;

<sup>2</sup>Department of Public Health, Aarhus University, Aarhus, Denmark

Перевод: Красавин Г.А. (Москва)

Редактура: к.м.н. Федотов И.А. (Рязань)

## Резюме

Потеря близкого родственника — частое событие, которое еще и ассоциировано с повышенным риском тяжелых психических состояний. До сегодняшнего момента ни одно из крупных исследований не выяснило влияние родства между погибшими и скорбящими с учетом пола и возраста. Мы провели общенациональное датское когортное исследование с четырьмя подкогортами, используя информацию из регистра с 1995 по 2013 года, в которое были включены все люди возрастом  $\geq 18$  лет, потерявшие ребенка, супруга, родного брата или сестру или родителя. Мы выявили 1,445,378 скорбящих, к каждому из которых были подобраны по полу, возрасту и семейному статусу пять нескорбящих респондентов. Чтобы оценить абсолютные различия по суициду, преднамеренному самоповреждению и психиатрическим болезням, было рассчитано совокупное отношение заболеваемости. Чтобы рассчитать скорректированные от потенциальных помех отношения рисков, была использована регрессия пропорциональности рисков Кокса. Результаты показали, что риск суицида, преднамеренного самоповреждения и психиатрического заболевания был повышенным в когортах скорбящих в течение как минимум 10 лет после утраты, особенно в течение первого года. В этот год разность рисков достигала 18.9 случаев среди 1,000 человек после потери ребенка (95% CI: 17.6-20.1) и 16.0 случаев среди 1,000 человек после потери супруга (95% CI: 15.4-16.6). Отношения рисков в основном были выше после потери ребенка, среди более молодых лиц и после внезапной утраты в следствие суицида, убийства или несчастного случая. Каждый третий человек с ранее выставленным психиатрическим диагнозом переживает суицид, преднамеренное самоповреждение или психиатрическое заболевание в течение первого года после утраты. В заключении, это исследование показывает, что риск суицида, преднамеренного самоповреждения и психиатрических заболеваний выше после потери близкого родственника, особенно в восприимчивых подгруппах. Это говорит о потребности в раннем выявлении лиц с высоким риском, у которых проявляются проблемы с адаптацией после утраты близкого члена семьи, для того чтобы снизить риск серьезных последствий для психического здоровья.

**Ключевые слова:** Утрата, суицид, преднамеренное самоповреждение, психиатрическая госпитализация, утрата ребенка, внезапная утрата.

(World Psychiatry 2017;16:193–199)

Смерть близкого родственника — частое происшествие во взрослом возрасте. В США было подсчитано, что ежегодно более 40,000 родителей теряют ребенка<sup>1</sup>, а больше половины населения старше 65 лет — вдовы<sup>2</sup>. Хотя утрата — естественное событие, за ней часто следуют эмоциональное страдание и сложности в адаптации. Исследования показали связь между утратой любимого человека и рядом психических сложностей, особенно депрессии и посттравматического стрессового расстройства<sup>3-9</sup>.

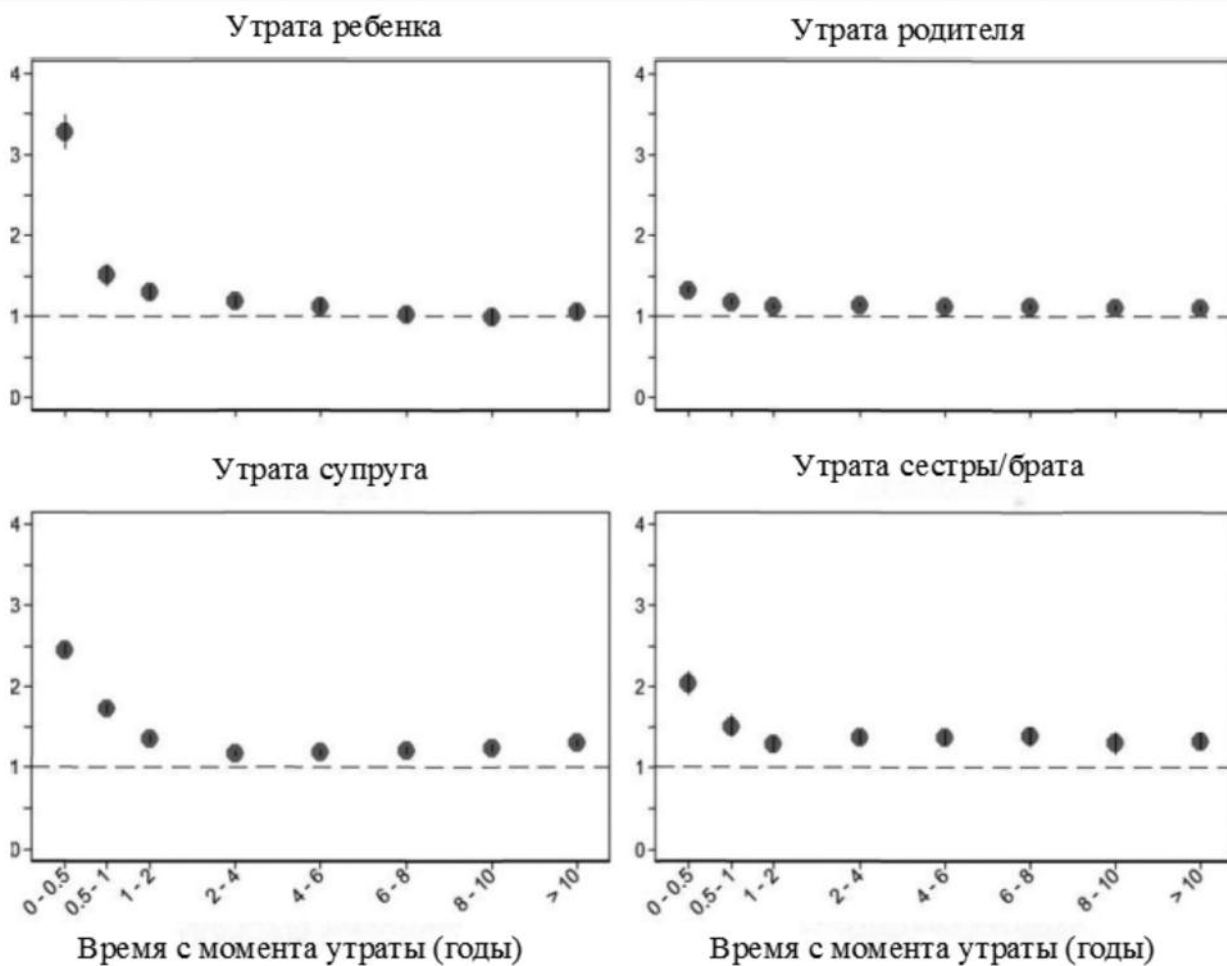
Пролонгированные и осложненные реакции горя часто исследовались, а пролонгированная реакция горя была недавно предложена для включения в МКБ-11<sup>10-14</sup>. Профильная рабочая группа пришла к выводу, что пролонгированные и осложненные реакции горя сильно связаны с серьезными проблемами психики и здоровья, включая суицидальность, злоупотребление психоактивными веществами и сердечно-сосудистые заболевания<sup>11</sup>.

Репрезентативный популяционный опрос выявил, что женский пол, пожилой возраст и потеря ребенка или супруга являются факторами риска осложнения реакции горя<sup>15</sup>, в то время как эпидемиологические исследования показали, что мужской пол связан с дополнительным риском суицида и смертности после утраты<sup>2</sup>. Все еще ни одно исследование не изучило суицидальное поведение или психиатрические заболева-

ния при разных видах утраты и не учитывало историю предшествующих психических и соматических заболеваний у скорбящих лиц<sup>15</sup>.

Подавляющее большинство людей, перенесших утрату любимого человека, демонстрируют ограниченные во времени нарушения ежедневного функционирования. Обсуждается, что это является сочетанием генетических, личностных и средовых факторов, действующих в качестве факторов защиты или риска<sup>16</sup>. Тем не менее исследование этого сочетания факторов требует крупномасштабных исследований. До сих пор лишь немногие исследования имели достаточный масштаб, чтобы определить риск возникновения тяжелых психических расстройств в специфических подгруппах после утраты различных близких родственников. Понимание структуры связанных с горем расстройств и тяжелых психических заболеваний важно для планирования здравоохранения<sup>13,16,17</sup>.

Мы исследовали абсолютный и относительный риск суицида, преднамеренного самоповреждения и психиатрических заболеваний у людей, перенесших утрату ребенка, супруга, родителя или сестру/брата в когорте, охватывающей всю популяцию. Мы оценили, изменились ли результаты в зависимости от пола, возраста, урбанизации или предшествующим психическим и соматическим заболеваниям.



**Рисунок 1.** Отношения рисков (ось Y) для тяжелых для психического здоровья последствий в зависимости от времени с момента утраты (0–10 лет).

## МЕТОДОЛОГИЯ

### Дизайн исследования и популяция

Популяционная когорта была собрана, используя уникальные личные идентификационные номера из датского общенационального регистра<sup>18</sup>. Исследуемая когорта состояла из четырех под-когорт лиц возрастом 18 лет или старше и проживающих в Дании в течении периода с 1 января 1995 по 31 декабря 2012 (N=1,445,378). Каждая под-когорта включала в себя всех людей, перенесших утрату или ребенка, или супруга/зарегистрированного партнера, или родителя, или сестры/брата.

Наличие утраты определялось с помощью идентификации умерших и связыванию их с членами семьи, используя информацию из датской системы гражданского учета<sup>19</sup>. Суицид, несчастный случай и убийство определялись в датском реестре причин смерти как внезапная и неестественная утрата<sup>20</sup>. Один человек мог являться перенесшим утрату более чем в одной под-когорте, если он перенес утрату различных родственников в течение периода исследования, но учитывалась только первая утрата внутри каждого из ее вариантов.

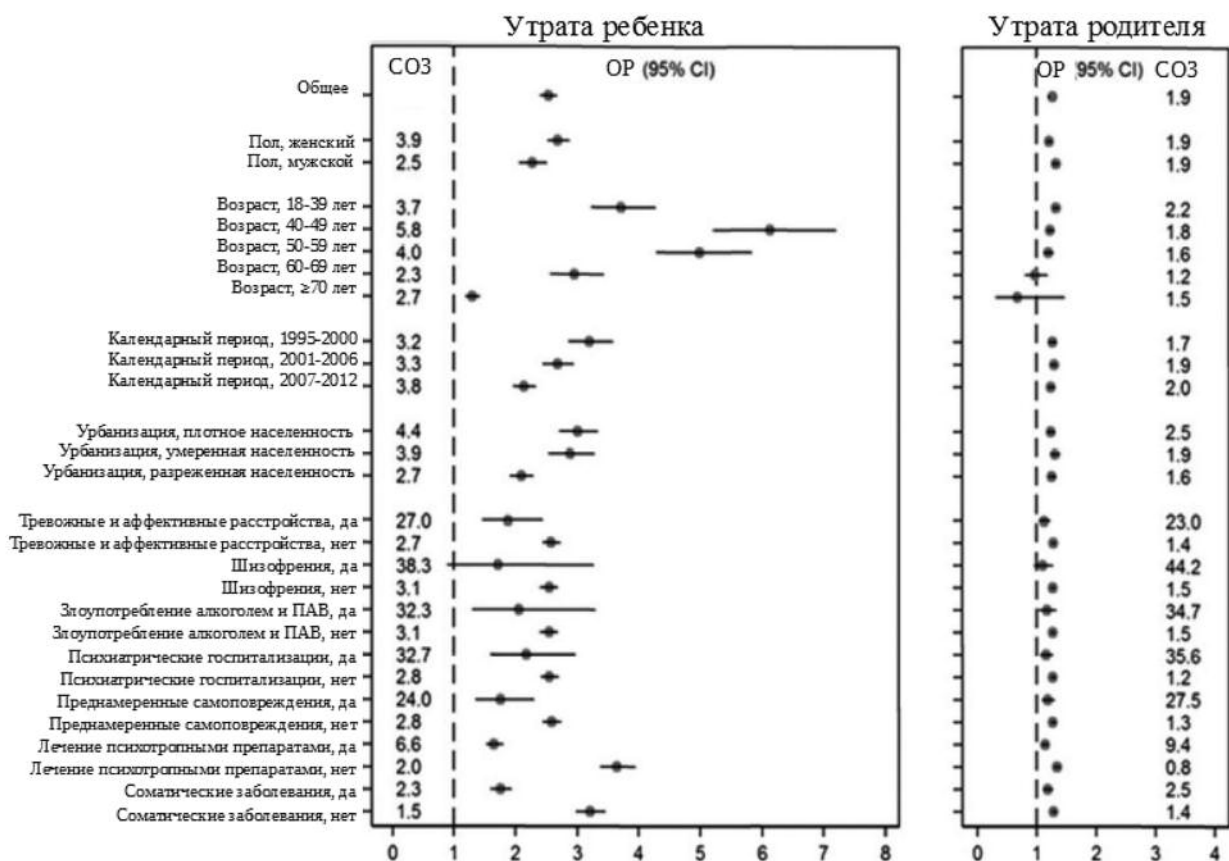
На основании пола и возраста ( $\pm 70$  дней) к каждому человеку, потерявшему близкого, было подобрано пять контрольных, не потерявших близких. Мы убедились, чтобы у каждого контрольного человека были родственники аналогичные тем, которых потеряли исследуемые лица. При применении алгоритма подбора смешивались разные социальные слои. Наблюдения за каждым участником проводились до одного из иссле-

дуемых исходов, смерти, эмиграции или конца времени исследования: смотря что происходило первым.

### Итоговые переменные и источники данных

Основными исходами были тяжелые психические состояния, определяемые как суицид, преднамеренное самоповреждение и психиатрические заболевания. Три этих события изучались по-отдельности или как комбинированный исход для всех четырех видов утраты. Суицид определялся с помощью МКБ-10 (коды X60-X84) по данным, полученным из датского реестра причин смерти<sup>20</sup>. Психиатрическое заболевание определялось как любое амбулаторное или стационарное лечение или зарегистрированное в датском центральном реестре психиатрических исследований обращение в комнату неотложной психиатрической помощи<sup>21</sup>. Преднамеренное самоповреждение определялось в соответствии с критериями датского национального реестра пациентов<sup>22</sup> или центрального регистра психиатрических исследований, который раньше был использован в датском реестре исследований<sup>23</sup>.

Включенными в анализ потенциальными помехами или модификаторами эффекта были пол, возраст, время года, уровень урбанизации, история психиатрических заболеваний, госпитализации в психиатрических стационар в прошлом, преднамеренные самоповреждения в прошлом, текущее использование психотропных препаратов и история некоторых соматических заболеваний. Урбанизация классифицировалась в соответствии с переменной DEGURBA<sup>24</sup>, используемой Европейским Союзом и в датской статистике (плотно, умеренно  $\geq 40000$ , умеренно  $< 40000$ , разреженно



**Рисунок 2.** Скорректированный относительный риск (ОР) и совокупное отношение заболеваемости (СОЗ, %) в течение одного года после утраты ребенка или родителя, согласно демографическим переменным и состоянию здоровья на момент утраты.

≥15000 или разреженно <15000 населения). Психиатрические диагнозы в прошлом были сгруппированы, основываясь на пятилетнем периоде, взятом из центрального реестра психиатрических исследований. Следующие диагнозы были рассмотрены: тревожные расстройства и расстройства настроения (МКБ-10 коды F30-F48), шизофрения и связанные заболевания (F20-29) и психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10-F19). История психиатрических госпитализаций выяснялась по наличию любого психиатрического стационарирования по центральному реестру психиатрических исследований в течение пяти лет до даты начала исследования. Преднамеренные самоповреждения в прошлом были также учтены в течение пяти лет до начала исследования на основании ранее определенных критериев. Национальный регистр назначений<sup>25</sup> был использован, чтобы получить информацию о покупаемых в течение года лекарствах по кодам анатомо-терапевтическо-химической классификации: антипсихотики (N05A), анксиолитики (N05B), седативные (N05C) или антидепрессанты (N06A). Данные о соматических болезнях были получены из национального регистра пациентов, на основании диагнозов (коды МКБ-8/МКБ-10) или хронической обструктивной болезни легких (491-492/J41-J44), рака (140-209/C00-C97), болезни спины (728/M40-M54), астма (493/I60-I66), диабет (249-250/E10-E14) и ишемическая болезнь сердца (410-414/I20-I25).

Это исследование было одобрено датским агентством защиты данных (2013-41-1719). Рисунок 2 Скорректированный относительный риск (ОР) и совокупное отношение заболеваемости (СОЗ, %) в течение одного года после утраты ребенка или родителя, согласно демографическим переменным и состоянию здоровья на момент утраты

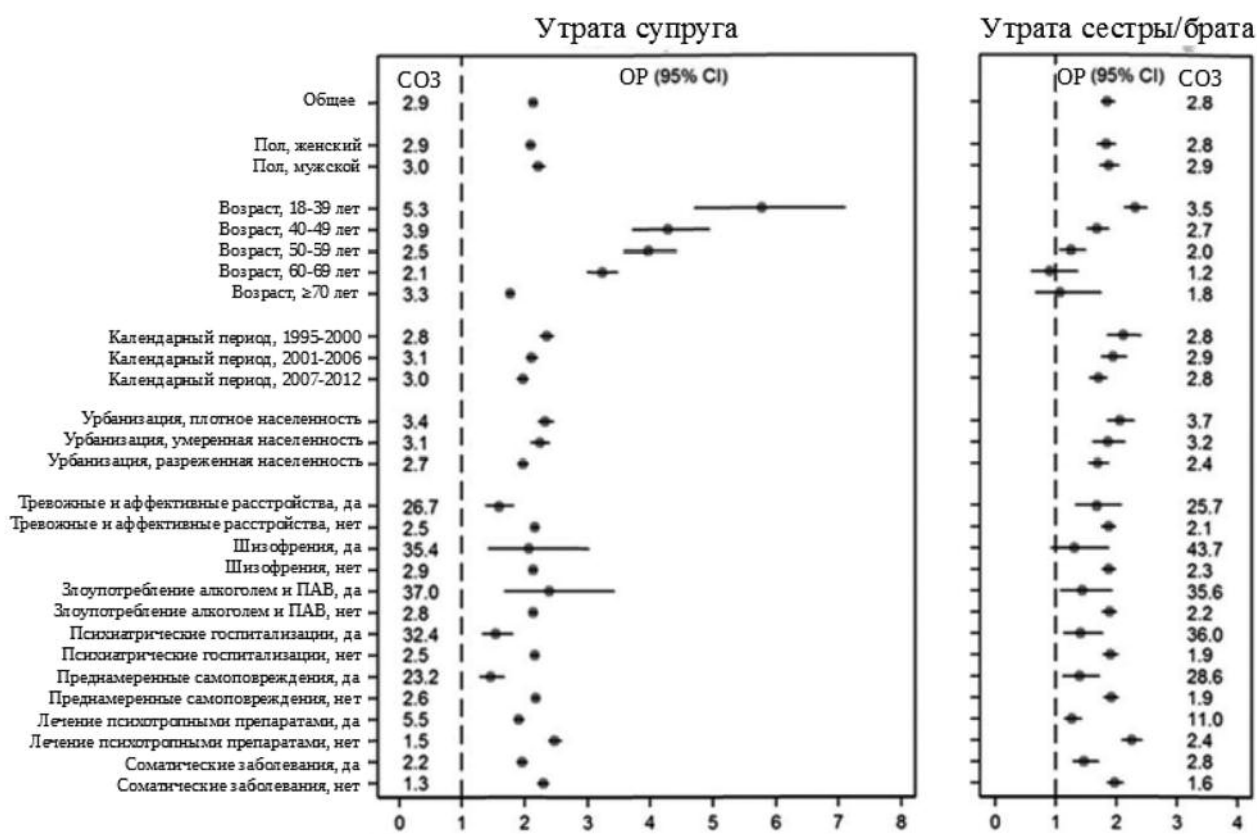
## Статистический анализ

Чтобы оценить абсолютный риск тяжелых психических состояний, мы рассчитали совокупное отношение заболеваемости для когорт скорбящих и не скорбящих, учитывая конкуренцию различных типов смертей. Отношения рисков для суицида, преднамеренного самоповреждения и психиатрического заболевания при сравнении скорбящих и контрольных людей было рассчитано стратифицированной регрессией пропорциональности рисков Кокса, где, чтобы обеспечить разделение базовых рисков в каждой сравниваемой группе (одна исследуемая и пять контрольных), основной шкалой являлось время с момента утраты. Это отношение рисков было скорректировано по уровню урбанизации, психиатрическим диагнозам в прошлом, психиатрическим госпитализациям в прошлом, преднамеренным самоповреждениям в прошлом, использованию психотропных препаратов на момент наблюдения и истории соматических заболеваний. В промежуточном анализе отношения рисков были рассчитаны на основании как внезапной и неестественных утрат, так и связанных с болезнями.

Вся обработка и весь статистический анализ были осуществлены с использованием SAS9 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA) и Stata 14 (StataCorp LP, College Station, TX, USA).

## Результаты

В пределах исследуемого периода 83,659 человек утратили ребенка, 373,744 — супруга, 885,379 — родителя и 102,596 — сестру/брата. Контрольные когорты были в пять раз больше (N=418,295, 1,868,720, 4,426,895 и 512,980 соответственно). В ходе 72,621,128 человеко-лет наблюдения (диапазон = 0-19 лет) мы выделили 128,120 (8.9%) скорбящих людей и 530,026 (7.3%) контрольных ( $p < 0.0001$ ), которые подверглись одному из



**Рисунок 3.** Скорректированный относительный риск (ОР) и совокупное отношение заболеваемости (СОЗ, %) в течение одного года после утраты супруга или сестры/брата, согласно демографическим переменным и состоянию здоровья на момент утраты.

трех событий: суицид (0.1% против 0.06%,  $p < 0.0001$ ), преднамеренное самоповреждение (3.5% против 2.8%,  $p < 0.0001$ ) или психиатрическая болезнь (5.3% против 4.5%,  $p < 0.0001$ ).

Отношение риска для тяжелого психического состояния увеличивалось в когорте скорбящих в течение как минимум 10 лет после утраты, особенно в течение первого года (Рисунок 1). В этот первый год разница в риске относительно не скорбящих людей была 18.9 событий на 1,000 человек (95% CI: 17.6-20.1) после утраты ребенка, 16.0 событий на 1,000 человек (95% CI: 15.4-16.6) после утраты супруга, 4.3 события на 1,000 людей (95% CI: 4.0-4.6) после утраты родителя и 12.8 событий на 1,000 человек (95% CI: 11.8-13.9) после утраты сестры/брата (Таблица 1). Психическое заболевание было самым частым исходом.

При сравнении скорбящих и нескорбящих лиц общее скорректированное отношение рисков в течение одного года после потери было 2.53 (95% CI: 2.39-2.67) для людей, потерявших ребенка, 2.14 (95% CI: 2.08-2.19) для людей, потерявших супруга, 1.27 (95% CI: 1.23-1.30) для людей, потерявших родителя и 1.85 (95% CI: 1.74-1.97) для людей, потерявших сестру/брата (Рисунки 2 и 3).

Отношение шансов для развития тяжелого психического состояния в основном было самым высоким у 18-39-летних после потери супруга (5.78; 95% CI: 4.70-7.10) и у 40-49-летних после потери ребенка (6.13; 95% CI: 5.21-7.20). Общий риск был равным для мужчин и женщин, за исключением потери ребенка, когда риск для женщин был выше (отношение шансов: 2.68; 95% CI: 2.51-2.87), чем для мужчин (отношение шансов: 2.29; 95% CI: 2.06-2.49).

Совокупное отношение заболеваемости было значительно выше у людей с психиатрическим диагнозом в прошлом. В целом, почти у одной трети таких людей наблюдались тяжелые психические состояния при

потере близкого (например, у 37% людей с ранее диагностированной зависимостью от алкоголя или других психоактивных веществ, перенесших утрату, у 44% людей с ранее диагностированной шизофренией, потерявших родителя). Промежуточный анализ выявил, что внезапная или неестественная смерть привела к значительно более высокому риску развития тяжелых психических состояний в течение первого года после утраты (для всех ее типов) по сравнению с другими смертями (Рисунок 4).

## Обсуждение

В этом общенациональном когортном исследовании утрата близкого родственника была связана с более высоким риском суицида, преднамеренного самоповреждения и психиатрического заболевания в течение до десяти лет после утраты, особенно в первый год. Уровни риска изменялись в зависимости от родства скорбящих и умерших лиц, возраста, пола, истории психических заболеваний и причины смерти. В целом, мы обнаружили, что у людей, потерявших ребенка или супруга риск выше, при этом разница в риске: 18.9 на 1,000 человек после потери ребенка и 16.0 на 1,000 человек после потери супруга.

Обнаруженный нами повышенный риск суицида и психических заболеваний после потери близкого родственника согласуется с более ранними исследованиями, которые также показывают, что этот риск особенно высок в течение первого года после утраты<sup>3-6,26-29</sup>. Насколько нам известно, это первое крупномасштабное исследование, целью которого является выяснить значение родства скорбящего и умершего человека с учетом пола и возраста. Многие годы смерть супруга ранжировалась по шкале социального приспособления<sup>30</sup> как событие, требующее больше всего сил для адаптации, но недавние исследования, в которые были также включены данные о людях более молодого воз-

<b>Таблица 1 Разница риска суицида, преднамеренного самоповреждения и психиатрического заболевания в первый год после утраты на 1,000 населения</b>					
	<b>Скорбящие</b>		<b>Нескорбящие</b>		<b>Разница(95% CI)</b>
	<b>События</b>	<b>CO3 (95% CI)</b>	<b>События</b>	<b>CO3 (95% CI)</b>	
Потеря ребенка (N=501,954)					
Комбинация	2,762	33.0 (31.8-34.2)	5,920	14.2 (13.8-14.5)	18.9(17.6-20.1)
Суицид	30	0.36 (0.25-0.51)	66	0.16 (0.12-0.20)	0.20 (0.07-0.34)
Преднамеренное самоповреждение	1,007	12.0 (11.3-12.8)	2,641	6.3 (6.1-6.6)	5.7 (4.9-6.5)
Психиатрическое заболевание	2,447	29.3 (28.1-30.4)	4,912	11.7 (11.4-12.1)	17.5 (16.3-18.7)
Потеря супруга (N=2,242,464)					
Комбинация	11,002	29.5 (28.9-30.0)	25,110	13.4 (13.3-13.6)	16.0 (15.4-16.6)
Суицид	279	0.74 (0.66-0.84)	204	0.11 (0.10-0.13)	0.64 (0.55-0.73)
Преднамеренное самоповреждение	3,612	12.3 (12.0-12.7)	10,324	5.5 (5.4-5.6)	6.8 (6.5-7.2)
Психиатрическое заболевание	9,124	24.4 (23.9-24.9)	20,355	10.9 (10.7-11.0)	13.5 (13.0-14.0)
Loss of parent (N=5,312,274)					
Комбинация	16,858	19.1 (18.8-19.3)	65,426	14.8 (14.7-14.9)	4.3 (4.0-4.6)
Суицид	187	0.21 (0.18-0.24)	533	0.16 (0.16-0.17)	0.09 (0.06-0.12)
Преднамеренное самоповреждение	7,599	8.6 (8.4-8.8)	28,814	6.5 (6.4-6.6)	2.1 (1.9-2.3)
Психиатрическое заболевание	15,086	17.0 (16.8-17.3)	58,961	13.3 (13.2-13.4)	3.7 (3.4-4.0)
Loss of sibling (N=615,576)					
Комбинация	2,904	28.3 (27.3-29.3)	7,945	15.5 (15.2-15.8)	12.8 (11.8-13.9)
Суицид	21	0.20 (0.13-0.31)	75	0.15 (0.12-0.18)	0.06 (-0.04 to 0.15)
Преднамеренное самоповреждение	1,381	13.5 (12.8-14.2)	3,640	7.1 (6.9-7.3)	6.4 (5.6-7.1)
Психиатрическое заболевание	2,576	25.1 (24.2-26.1)	7,102	13.9 (13.5-14.2)	11.3 (10.3-12.3)
CO3 – совокупное отношение заболеваемости					

раста, показали, что потеря ребенка тоже связана с глубоким и длительным гореванием<sup>2,31</sup>, психическими заболеваниями и суицидом<sup>6</sup>. В нашем исследовании самый высокий риск возникновения тяжелого психического состояния наблюдался у людей, потерявших ребенка.

Абсолютный и относительный риск тяжелого психического состояния повышался по мере уменьшения возраста на момент утраты, за исключением утраты ребенка, при которой пик риска наблюдался в возрасте 40–49 лет. Более ранние выводы были противоречивы. В некоторых исследованиях говорилось о том, что более молодые супруги имеют более высокий риск негативных последствий для здоровья<sup>27,28</sup>, в то время как в других — что люди старше 60 лет имеют самый высокий риск, особенно риск пролонгированной и осложненной реакции горя и суицида<sup>3,13,26,32</sup>. Доля внезапных и неестественных утрат была выше в более молодых возрастных группах, в то время как утраты в более позднем возрасте чаще были ожидаемы и связаны с болезнями, что может объяснять более тяжелую острую реакцию горя у первых. Также объяснением могут служить. Характерные для каждого возраста уязвимости: молодые люди часто имеют меньше опыта приспособления к утрате и эмоциональному страданию, и, возможно, это приводит к развитию у них психических болезней.

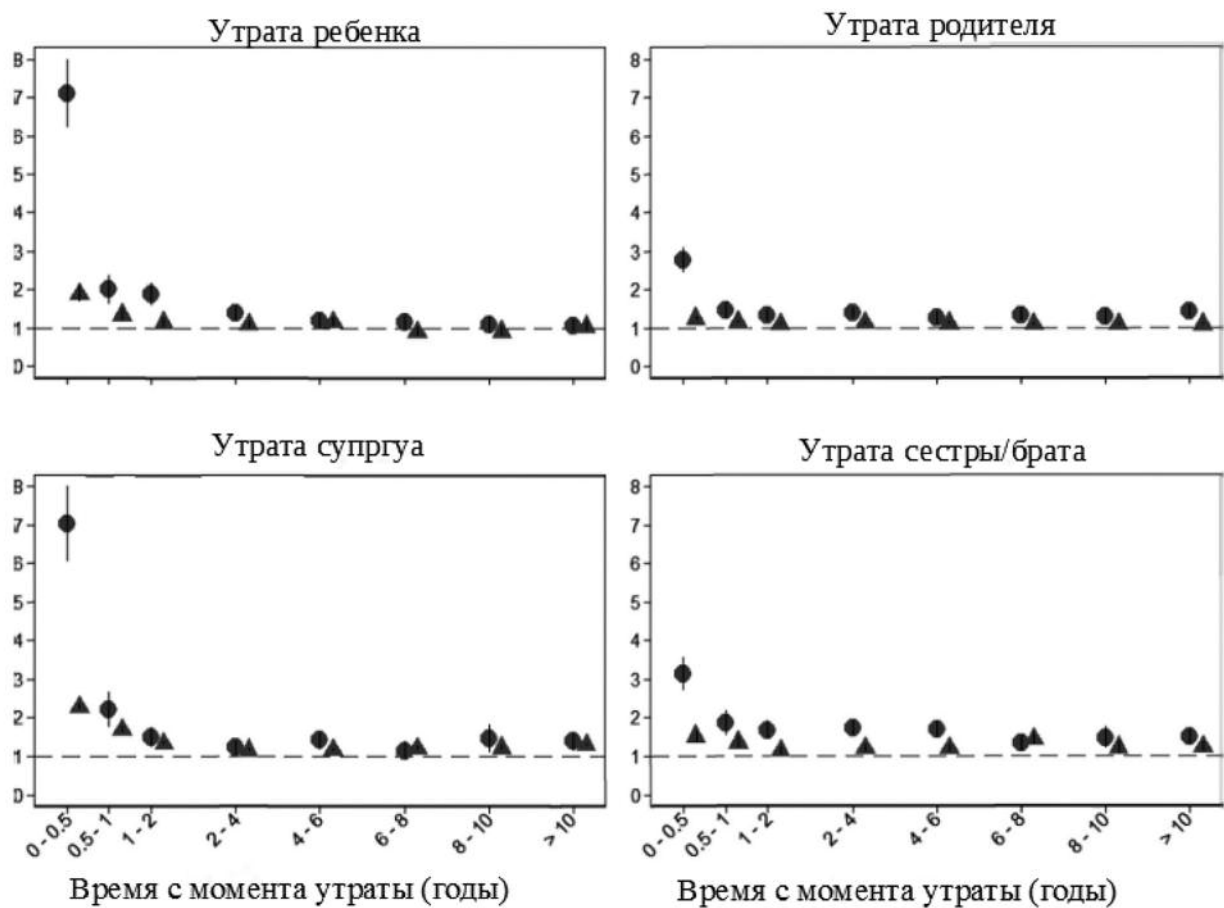
Риск тяжелых психических состояний был равным для мужчин и женщин, но женщины все же имели более высокий риск при утрате ребенка. У мужчин был доказан повышенный риск смертности после утраты супруга<sup>26,27,33-35</sup>, в то время как у женщин после утраты была особенно повышена заболеваемость<sup>2,15,36</sup>. Разница в уровнях риска объяснялась разницей в моделях привязанности, социального взаимодействия и копинговых стратегий<sup>2,6,33,36</sup>: мужчины были менее склонны к поиску помощи и чаще страдали от недоленной зависимости от психоактивных веществ, а также вели себя более импульсивно, что повышало риск преднамеренного самоповреждения и суицида<sup>33</sup>. Женщины

были склонны к размышлениям и реагировали с помощью эмоциональных копинговых стратегий, что делало их более чувствительным к тревоге, депрессии и постравматическому стрессу, что может отягощать реакцию горя.

Наше исследование также показало, что история психических заболеваний связана с существенным повышением риска внезапной смерти от суицида, несчастных случаев или убийства. Предыдущие исследования установили, что после тяжелой утраты возникает коморбидность между психической болезнью, злоупотреблением психоактивными веществами и пролонгированной и осложненной реакцией горя<sup>13,37-39</sup>, а также между суицидом и семейным анамнезом суицидального поведения<sup>40,41</sup>, и между насильственными смертями и повышенным риском пролонгированной и осложненной реакцией горя, психического заболевания или суицида<sup>13,42,43</sup>. Тем не менее в нашем исследовании каждый третий скорбящий с психическим заболеванием в анамнезе после утраты переживал тяжелые психические состояния; данный факт никогда не устанавливался, тем более при условии коррективки по полу и возрасту. Ещё наши результаты указывают на роль личной уязвимости при адаптации после утраты.

По размеру выборки это исследование отличается от других исследований, изучавших риск утраты для здоровья, и дает оценку с высокой статистической точностью за счет контролирования нескольких возмущающих факторов, таких как информация о психических и соматических заболеваниях, которые могли бы быть общими для семьи умершего и влияли бы на здоровье скорбящего лица.

Общая валидность и полнота записей о смерти в системах учета Дании близка к 100%, что гарантирует точность определения людей, перенесших утрату. Мы исследовали население Дании целиком в течение периода до 19 лет без единого выбытия; таким образом, предвзятость выборки не могла повлиять на наши результаты. Впрочем, информация о причинах контакта с амбулаторными психиатрическими клиниками



**Рисунок 4.** Отношение риска тяжелых психических последствий для людей, которые потеряли родственника вследствие болезни (треугольники) или вследствие неестественной причины смерти (ромбы) в соответствии с временем с момента утраты (0-10 лет)

или скорой психиатрической помощью не была включена. Хотя тяжесть проблем с психическим здоровьем может меняться от обращения к обращению, эти неблагоприятные обстоятельства могли быть преувеличены. Несмотря на это, были зарегистрированы только контакты с психиатрическим отделением, хотя информация о людях, которых лечили от психических расстройств в первичном звене не была включена.

Хотя мы делали поправки на некоторые потенциальные возмущающие факторы, невозможно исключить остаточные помехи от невыявленных факторов. К сожалению данные о социо-экономических факторах, уровне образования и факторах образа жизни не были доступны. Однако изменения образа жизни, вызванные утратой, такие как употребление алкоголя, диета или режим сна, считаются промежуточными звеньями причинно-следственной связи и не нуждаются в корректировке. Более того, для нашего исследования, созданного с использованием записей в реестре, не было информации о потенциальных модифицирующих факторах, например о генетических переменных, шаблонах семейной привязанности, социальных взаимодействиях и дистрессах.

Обобщаемость наших выводов может быть ограничена некоторыми близкими западными странами с похожим поведением в отношении здоровья и схожими факторами риска. Все же данные в этом исследовании оценки содержат важную информацию о долгосрочных последствиях потери члена семьи.

Тяжелые психические состояния и суицид после утраты близкого родственника потенциально предотвратимы<sup>13,44</sup>. Раннее уменьшение риска может иметь множество полезных эффектов, особенно для различных групп высокого риска. Суицид и психические болезни после утраты можно предотвратить за счет

ранней идентификации тяжести симптомов и проблем адаптации. Стратегии здравоохранения в будущем должны принимать во внимание стратегии внедрения знаний о группах высокого риска наряду с улучшением профессиональной компетентности в оценке тяжести симптомов. Следовательно, нужно больше исследований на тему методов оценки и ранней идентификации проблем адаптации.

В заключение наше общенациональное исследование впервые дает комплексную оценку распространенности тяжелых психических состояний после утраты близкого родственника. Мы показали значительное возрастание риска суицида, преднамеренного самоповреждения и психиатрических заболеваний в течение первого года после утраты. Гибель ребенка или супруга приводит к более высокому риску, а молодой возраст, психиатрические заболевания в прошлом и внезапные утраты оказались специфическими факторами риска. Это исследование показывает: чтобы уменьшить дистресс и снизить риск тяжелых психических состояний после потери близкого члена семьи, нужна ранняя идентификация лиц с высоким риском, демонстрирующим проблемы адаптации.

### Благодарности

Это исследование было поддержано неограниченным грантом от Lundbeck Foundation (no. R155-2012-11280), TrygFonden и Danish Cancer Society. J. Li поддерживали European Research Council (ERC-2010-StG 2010-260242-ProgEuro), Danish Council for Independent Research (project no. 6110-00019A) и Nordic Cancer Union (2015-176673). Спонсоры не принимали участие в разработке дизайна исследования, сборе данных, анализе, решении о публикации и подготовке этой рукописи.

## Библиография

1. United Nations Refugee Agency. Global trends report: world at war. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees, 2016.
2. Silove D. The best immediate therapy for acute stress is social. *Bull World Health Org* 2005;83:75-6.
3. Sharma M, Fine S, Brennan R et al. Coping and mental health outcomes among Sierra Leonean war-affected youth: results from a longitudinal study. *Dev Psychopathol* 2017;29:11-23.
4. Tol WA, Stavrou V, Greene MC et al. Mental health and psychosocial support interventions for survivors of sexual and gender-based violence during armed conflict: a systematic review. *World Psychiatry* 2013;12:179-80.
5. Betancourt TS, Williams T. Building an evidence base on mental health interventions for children affected by armed conflict. *Intervention* 2008;6:39-56.
6. Slone M, Mann S. Effects of war, terrorism and armed conflict on young children: a systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev* 2016;47:950-65.
7. Vostanis P. New approaches to interventions for refugee children. *World Psychiatry* 2016;15:75-7.
8. United High Commissioner for Refugees. Forced displacement 2015. Geneva: United High Commissioner for Refugees, 2016.
9. Rees S, Silove DM, Tay K et al. Human rights trauma and the mental health of West Papuan refugees resettled in Australia. *Med J Aust* 2013;199:280-3.
10. Tay AK, Rees S, Chan J et al. Examining the broader psychosocial effects of mass conflict on PTSD symptoms and functional impairment amongst West Papuan refugees resettled in Papua New Guinea (PNG). *Soc Sci Med* 2015;132:70-8.
11. Chantavanich S, Kamonpetch A. Refugee and return: protracted conflict and displacement in Myanmar. London: Springer, 2017.
12. Riley A, Varner A, Ventevogel P et al. Daily stressors, trauma exposure and mental health among stateless Rohingya refugees in Bangladesh. *Transcult Psychiatry* (in press).
13. Martin C. Designing homes to welcome refugees. *Lancet* 2016;388:1150.
14. Belloso ML, Hidalgo EG. The role of European institutions in the defense of human rights in the Western Sahara. *Estud Deusto* 2016;64:329-60.
15. Pandya K. The 1951 Refugee Convention is Janus-faced: it asserts as well as undermines state sovereignty. <https://ssrn.com/abstract=2763095>.
16. Ghosh PS. Migrants, refugees and the stateless in South Asia. New Delhi: SAGE Publications India, 2016.
17. Joly D. Heaven or hell?: asylum policies and refugees in Europe. London: Springer, 2016.
18. Morales K. Australia's Guantanamo Bay: how Australian migration laws violate the United Nations Convention against torture. *Am Univ Int Law Rev* 2016;31:327.
19. Fleay C, Cokley J, Dodd A et al. Missing the boat: Australia and asylum seeker deterrence messaging. *Int Migr* 2016;54:60-73.
20. Canetti D, Snider KL, Pedersen A et al. Threatened or threatening? How ideology shapes asylum seekers' immigration policy attitudes in Israel and Australia. *J Refug Stud* 2016;29:583-606.
21. Silove DM, Rees S, Steel Z. Descent into the dark ages: torture and its perceived legitimacy in contemporary times. In: Dudley M, Silove D, Gale F(eds). *Mental health and human rights: vision, praxis, and courage*. Oxford: Oxford University Press, 2012:255-63.
22. Silove DM, Rees SJ. Interrogating the role of mental health professionals in assessing torture. *BMJ* 2010;340:c124.
23. Esses VM, Hamilton LK, Gaucher D. The global refugee crisis: empirical evidence and policy implications for improving public attitudes and facilitating refugee resettlement. *Soc Issues Policy Rev* 2017;11:78-123.
24. Kotisova J. Cynicism ex machina: the emotionality of reporting the 'refugee crisis' and Paris terrorist attacks in Czech television. *Eur J Commun* (in press).
25. Garcia-Zamor J-C. The global wave of refugees and migrants: complex challenges for European policy makers. *Publ Org Rev* (in press).
26. Mollica RF, McInnes K, Poole C et al. Dose-effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. *Br J Psychiatry* 1998;173:482-8.
27. Mollica RF, Donelan K, Tor S et al. The effect of trauma and confinement on functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps. *JAMA* 1993;270:581-6.
28. Beiser M. The health of immigrants and refugees in Canada. *Can J Publ Health* 2005;96(Suppl. 2):S30-44.
29. 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. *JAMA* 2009;302:537-49.
30. de Jong JT, Komproe IH, van Ommeren M et al. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *JAMA* 2001;286:555-62.
31. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA* 2005;294:602-12.
32. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 2005;365:1309-14.
33. Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016.
34. Karam EG, Friedman MJ, Hill ED et al. Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the World Mental Health (WMH) surveys. *Depress Anxiety* 2014;31:130-42.
35. Steel Z, Silove D, Bird K et al. Pathways from war trauma to posttraumatic stress symptoms among Tamil asylum seekers, refugees, and immigrants. *J Trauma Stress* 1999;12:421-35.
36. Silove D, Steel Z, Watters C. Policies of deterrence and the mental health of asylum seekers. *JAMA* 2000;284:604-11.
37. 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;360:1056-62.
38. Momartin S, Silove D, Manicavasagar V et al. Dimensions of trauma associated with posttraumatic stress disorder (PTSD) caseness, severity and functional impairment: a study of Bosnian refugees resettled in Australia. *Soc Sci Med* 2003;57:775-81.
39. Steel Z, Silove D, Brooks R et al. Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *Br J Psychiatry* 2006;188:58-64.
40. Schweitzer R, Melville F, Steel Z et al. Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:179-88.
41. Laban CJ, Gernaat HB, Komproe IH et al. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *J Nerv Ment Dis* 2004;192:843-51.
42. Robjant K, Hassan R, Katona C. Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review. *Br J Psychiatry* 2004;194:306-12.
43. Cleveland J, Rousseau C. Psychiatric symptoms associated with brief detention of adult asylumseekers in Canada. *Can J Psychiatry* 2013;58:409-16. *World Psychiatry* 16:2 - June 2017 137
44. Rees S. Refuge or retrauma? The impact of asylum seeker status on the wellbeing of East Timorese women asylum seekers residing in the Australian community. *Australas Psychiatry* 2003;11:S96-101.
45. Li SS, Liddell BJ, Nickerson A. The relationship between post-migration stress and psychological disorders in refugees and asylum seekers. *Curr Psychiatry Rep* 2016;18:82.
46. Momartin S, Steel Z, Coello M et al. A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *Med J Aust* 2006;185:357.
47. Fazel M, Silove D. Detention of refugees: Australia has given up mandatory detention because it damages detainees' mental health. *BMJ* 2006;332:251.
48. Bosworth M. Mental health in immigration detention: a literature review. London: Her Majesty's Stationery Office, 2016.
49. Brooker S, Albert S, Young P et al. Challenges to providing mental health care in immigration detention. Geneva: Global Detention Project, 2016.
50. Rodin D, van Ommeren M. Commentary: explaining enormous variations in rates of disorder in trauma-focused psychiatric epidemiology after major emergencies. *Int J Epidemiol* 2009;38:1045-8.
51. Ventevogel P. Borderlands of mental health: explorations in medical anthropology, psychiatric epidemiology and health systems research in Afghanistan and Burundi. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2016.

52. Steel Z, Marnane C, Iranpour C et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol* 2014;43:476-93.
53. Steel Z, Silove D, Chey T et al. Mental disorders, disability and health service use amongst Vietnamese refugees and the host Australian population. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:300-9.
54. Ventevogel P, De Vries G, Scholte WF et al. Properties of the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) and the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) as screening instruments used in primary care in Afghanistan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:328-35.
55. Tol WA, Rees SJ, Silove DM. Broadening the scope of epidemiology in conflict-affected settings: opportunities for mental health prevention and promotion. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2013;22:197-203.
56. Mollica RF, Sarajlic N, Chernoff M et al. Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees. *JAMA* 2001;286:546-54.
57. Hauff E, Vaglum P. Organised violence and the stress of exile. Predictors of mental health in a community cohort of Vietnamese refugees three years after resettlement. *Br J Psychiatry* 1995;166:360-7.
58. Lie B. A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:415-25.
59. Steel Z, Momartin S, Silove D et al. Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies. *Soc Sci Med* 2011;72:1149-56.
60. Beiser M, Hou F. Language acquisition, unemployment and depressive disorder among Southeast Asian refugees: a 10-year study. *Soc Sci Med* 2001;53:1321-34.
61. Silove D, Liddell B, Rees S et al. Effects of recurrent violence on post-traumatic stress disorder and severe distress in conflict-affected Timor-Leste: a 6-year longitudinal study. *Lancet Glob Health* 2014;2:e293-300.
62. Charlson FJ, Diminic S, Lund C et al. Mental and substance use disorders in Sub-Saharan Africa: predictions of epidemiological changes and mental health workforce requirements for the next 40 years. *PLoS One* 2014;9:e110208.
63. Momartin S, Silove D, Manicavasagar V et al. Complicated grief in Bosnian refugees: associations with posttraumatic stress disorder and depression. *Compr Psychiatry* 2004;45:475-82.
64. First MB, Reed GM, Hyman SE et al. The development of the ICD-11 clinical descriptions and diagnostic guidelines for mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2015;14:82-90.
65. Tay AK, Rees S, Chen J et al. The coherence and correlates of intermittent explosive disorder amongst West Papuan refugees displaced to Papua New Guinea. *J Affect Disord* 2015;177:86-94.
66. Ayazi T, Swartz L, Eide AH et al. Psychotic-like experiences in a conflict-affected population: a cross-sectional study in South Sudan. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016;51:971-9.
67. Nygaard M, Sonne C, Carlsson J. Secondary psychotic features in refugees diagnosed with post-traumatic stress disorder: a retrospective cohort study. *BMC Psychiatry* 2017;17:5.
68. Rees S, Silove D. Sakit Hati: a state of chronic mental distress related to resentment and anger amongst West Papuan refugees exposed to persecution. *Soc Sci Med* 2011;73:103-10.
69. Rees S, Thorpe R, Tol W et al. Testing a cycle of family violence model in conflict-affected, low-income countries: a qualitative study from Timor-Leste. *Soc Sci Med* 2015;130:284-91.
70. Nickerson A, Bryant RA, Brooks R et al. The familial influence of loss and trauma on refugee mental health: a multilevel path analysis. *J Trauma Stress* 2011;24:25-33.
71. Silove D, Tay A, Steel Z et al. Symptoms of post-traumatic stress disorder, severe psychological distress, explosive anger and grief amongst partners of survivors of high levels of trauma in post-conflict Timor-Leste. *Psychol Med* 2017;47:149-59.
72. Summerfield D. A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Soc Sci Med* 1999;48:1449-62.
73. Bronfenbrenner U. *Ecological systems theory*. London: Jessica Kingsley, 1992.
74. Hobfoll SE. Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. *Am Psychol* 1989;44:513-24.
75. Miller KE, Rasmussen A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Soc Sci Med* 2010;70:7-16.
76. Miller K, Rasmussen A. The mental health of civilians displaced by armed conflict: an ecological model of refugee distress. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2017;26:129-38.
77. Miller KE, Omidian P, Rasmussen A et al. Daily stressors, war experiences, and mental health in Afghanistan. *Transcult Psychiatry* 2008;45:611-38.
78. Silove D. The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: toward an integrated conceptual framework. *J Nerv Ment Dis* 1999;187:200-7.
79. Quosh C. Mental health, forced displacement and recovery: integrated mental health and psychosocial support for urban refugees in Syria. *Intervention* 2013;11:295-320.
80. Tay AK, Rees S, Chen J et al. The structure of post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder amongst West Papuan refugees. *BMC Psychiatry* 2013;15:111.
81. Hollander A-C, Dal H, Lewis G et al. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ* 2016;352:i1030.
82. Jones L, Asare JB, El Masri M et al. Severe mental disorders in complex emergencies. *Lancet* 2009;374:654-61.
83. Nickerson A, Bryant RA, Silove D et al. A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clin Psychol Rev* 2011;31:399-417.
84. Hinton DE, Pich V, Hofmann SG et al. Acceptance and mindfulness techniques as applied to refugee and ethnic minority populations with PTSD: examples from culturally adapted CBT. *Cogn Behav Pract* 2013;20:33-46.
85. Neuner F, Schauer M, Klaschik C et al. A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:579.
86. Murray LK, Dorsey S, Haroz E et al. A common elements treatment approach for adult mental health problems in low-and middle-income countries. *Cogn Behav Pract* 2014;21:111-23.
87. Dawson KS, Bryant RA, Harper M et al. Problem Management Plus (PM1): a WHO transdiagnostic psychological intervention for common mental health problems. *World Psychiatry* 2015;14:354-7.
88. Buhmann CB, Nordentoft M, Ekstroem M et al. The effect of flexible cognitive-behavioural therapy and medical treatment, including antidepressants on post-traumatic stress disorder and depression in traumatised refugees: pragmatic randomised controlled clinical trial. *Br J Psychiatry* 2016;208:252-9.
89. World Health Organization. *Mental health gap action programme (mhGAP): close the gap, dare to care*. Geneva:World Health Organization, 2002.
90. Rees S, Tol W, Mohammad M et al. A high-risk group of pregnant women with elevated levels of conflict-related trauma, intimate partner violence, symptoms of depression and other forms of mental distress in postconflict Timor-Leste. *Transl Psychiatry* 2016;6:e725.
91. United Nations High Commissioner for Refugees. *Community-based protection and mental health & psychosocial support*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees (in press).
92. Mirghani Z. Healing through sharing: an outreach project with Iraqi refugee volunteers in Syria. *Intervention* 2013;11:321-9.
93. Ager A, Metzler J, Vojta M et al. Child friendly spaces: a systematic review of the current evidence base on outcomes and impact. *Intervention* 2013; 11:133-47. *138 World Psychiatry* 16:2 - June 2017
94. Richters A, Dekker C, Scholte WC. Community based sociotherapy in Byumba, Rwanda. *Intervention* 2008;6:100-16.
95. Duhumurizanye Iwacu Rwanda. *Community Based Sociotherapy Pilot project Kiziba-Nyabiheke refugee camps*. Kigali: Duhumurizanye Iwacu Rwanda, 2015.
96. Scholte WF, Verduin F, Kamperman AM et al. The effect on mental health of a large scale psychosocial intervention for survivors of mass violence: a quasi-experimental study in Rwanda. *PLoS One* 2011;6:e21819.
97. Verduin F, Smid GE, Wind TR et al. In search of links between social capital, mental health and sociotherapy: a longitudinal study in Rwanda. *Soc Sci Med* 2014;121:1-9.
98. Van Ee E, Mooren T, Kleber R. Broken mirrors: shattered relationships within refugee families. In: Pat-Horenzyk R, Brom D, Vogel JM (eds). *Helping children cope with trauma, individual, family and community perspectives*. New York: Routledge, 2014:146-62.
99. Weine S, Kulauzovic Y, Klebic A et al. Evaluating a multiple-family group access intervention for refugees with PTSD. *J Marital Fam Ther* 2008;34:149-64.



100. Batniji R, van Ommeren M, Saraceno B. Mental and social health in disasters: relating qualitative social science research and the Sphere standard. *Soc Sci Med* 2006;62:1853-64.
101. Inter-Agency Standing Committee. IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva: Inter-Agency Standing Committee, 2007.
102. World Health Organization, United Nations High Commissioner for Refugees. mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies. Geneva: World Health Organization, 2015.
103. World Health Organization, United Nations High Commissioner for Refugees. Assessment and management of conditions specifically related to stress. mhGAP Intervention Guide Module. Geneva: World Health Organization, 2013.
104. United Nations High Commissioner for Refugees. Operational guidance. Mental health & psychosocial support programming for refugee operations. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees, 2013.
105. Tol W, Barbui C, Galappatti A et al. Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research. *Lancet* 2011; 378:1581-91.
106. Betancourt TS, Chambers DA. Optimizing an era of global mental health implementation science. *JAMA Psychiatry* 2016;73:99-100.
107. Murray L, Jordans M. Rethinking the service delivery system of psychological interventions in low and middle income countries. *BMC Psychiatry* 2016;16:234.

DOI:10.1002/wps.20438