

tion (профилактика суицида). Во-вторых, за период наблюдения потребление антидепрессантов увеличилось в 8 раз⁸. В-третьих, объем потребляемого алкоголя на душу населения, увеличивавшийся в период с 1990 по 2005 годы, с 2007 года стал снижаться. В-четвертых, в процессе деинституционализации число коек в психиатрических стационарах уменьшилось более чем на 60% (сравнявшись в 2011 году со средним показателем по странам участников Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР): 71 на 100 тыс. населения против 70 на 100 тыс.)⁸. С 1994 по 2011 год сроки пребывания в стационаре уменьшились вдвое, а количество пациентов, госпитализированных в стационар, сократилось на 10%⁹. В-пятых, улучшилась доступность амбулаторной психиатрической помощи, а ориентированные на амбулаторное оказание помощи службы связаны с более низкой смертностью от суицидов².

В заключение, суммарный риск суицида при депрессии варьирует в зависимости от периода времени и контекста. Значительное снижение смертности в результате суицида в Финляндии к настоящему моменту воодушевляет продолжать попытки предотвращения самоубийств при депрессии.

Kari I. Aaltonen^{1,2}, Erkki Isometsa¹, Reijo Sund^{3,4}, Sami Pirkola^{2,5}

¹Department of Psychiatry, University of Helsinki and Helsinki University Central Hospital, Helsinki, Finland; ²Department of Public Health Solutions, Mental Health Unit, National Institute for Health and Welfare,

Helsinki, Finland; ³Centre for Research Methods, Faculty of Social Sciences, University of Helsinki, Helsinki, Finland; ⁴Institute of Clinical Medicine, University of Eastern Finland, Kuopio, Finland; ⁵Faculty of Social Sciences, University of Tampere and Pirkanmaa Hospital District, Tampere, Finland

Перевод: Пальчикова Е.И. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)
(World Psychiatry 2018;17(1):110-112)

Библиография

1. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Arch Gen Psychiatry 2011;68:1058-64.
2. Pirkola S, Sund R, Sailas E et al. Lancet 2009;373:147-53.
3. Kuoppasalmi K, Lonnqvist J, Pylkkanen K et al. Psychiatria Fennica 1989;20:65-81.
4. Sund R. Scand J Publ Health 2012;40:505-15.
5. Ohberg A, Lonnqvist J. Acta Psychiatr Scand 1998;98:214-8.
6. Crump C, Ioannidis JP, Sundquist K et al. J Psychiatr Res 2013;47:1298-303.
7. Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D et al. JAMA Psychiatry 2017;74:694-702.
8. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). <http://stats.oecd.org>
9. Finnish National Institute for Health and Welfare. <https://www.sotkanet.fi>

DOI:10.1002/wps.20501

Комплексное ПТСР и его корреляты среди езидок – жертв сексуального рабства, проживающих в лагерях после освобождения из оккупации ИГИЛ

Чудовищные преступления, совершаемые Исламским Государством на территориях Ирака и Леванта (ИГИЛ; *деятельность запрещена в России*) имеют серьезные психологические последствия по всему миру^{1,2}. Езиды, курдское религиозное меньшинство, сильнее всех пострадали от рук ИГИЛ³. Множество мужчин казнили, а женщин взяли в плен с целью сексуальной эксплуатации, заставив снова и снова переживать насилие и надругательства. Пагубное воздействие пыток и сексуального насилия неоднократно отражалось в литературе^{4,5}, но геноцид езидов включает в себя оба этих элемента и до сих пор не был описан. Данное предварительное исследование оценивало посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и комплексное посттравматическое стрессовое расстройство (КПТСР) среди женщин-езидок, проживающих в лагерях после освобождения из оккупации ИГИЛ.

В результате травматического события может возникнуть как ПТСР, так и КПТСР. ПТСР обычно вызывается единичным травматическим событием, в то время как КПТСР связан с пролонгированной травмой, когда судьба человека находится под чужим контролем, и избежать воздействия этой травмы не представляется возможным⁶. Согласно предварительной версии МКБ-11, ПТСР характеризуется тремя симптомами: повторным переживанием травматического события; избеганием мыслей и воспоминаний; состоянием субъективного ощущения сохраняющейся угрозы. КПТСР включает в себя еще три симптома, вызывающих нарушения в самоорганизации: трудности в регуляции эмоций, негативную самооценку и трудности в поддержании взаимоотношений. Предыдущие данные о беженцах, подвергнутых пыткам, показали, что, в то время

как 19% из них имеют ПТСР, 32% удовлетворяют критериям КПТСР⁴. Важно выявлять и ПТСР, и КПТСР, поскольку эти состояния могут коррелировать с различными переменными и требовать разных вмешательств^{7,8}.

Вернувшиеся из плена езидские женщины (N=108, средний возраст 24,4±5,7 года; средняя продолжительность обучения 2,8±4,0 года; 45,4% были замужем; среднее время пребывания в плену 7,7±2,7 мес; перепроданные в среднем 4,3±5,7 раза; бывшие в плену в среднем с 32,3±80,0 людьми) были выбраны в период с февраля по март 2017 года из четырех лагерей Северного Ирака/Курдистана, бывших в оккупации ИГИЛ.

Дихотомический подход (да/нет) к оценке видов воздействия (была свидетелем массовых убийств, одиночных убийств людей; пострадала от увечий, пыток, артобстрела, стрельбы, сексуального насилия, физического насилия; есть убитые или раненые члены семьи), ответы были суммированы, чтобы произвести совокупную оценку воздействия стрессоров. Мы использовали опросник МКБ-11 на ПТСР, который включал 6 пунктов, основанных на трех предложенных в МКБ-11 критериях⁶ (alpha=0,71), и опросник МКБ-11 на КПТСР, включающий 6 дополнительных пунктов, основанных на трех предложенных критериях⁶ МКБ-11 (alpha=0,71). Факторная структура для двух связанных, но все же различных концепций (ПТСР и КПТСР) была несколько лучше, чем единая конструкция. Мы также оценили уровень стресса в лагерях, бывших в оккупации ИГИЛ, в том числе опыт жестокого обращения, физического насилия, сексуального насилия и голода. Эти 4 фактора были отражены в шкале Ликерта, где для каждого фактора есть 5 степеней выраженности (от 1=нисколько до 5=очень сильно; alpha=0,79).

Пункты, которые не были доступны на арабском языке, переводились на арабский, затем обратно переводились на английский язык, анализировались и корректировались. После проведения двух предварительных исследований (N=20) два пункта (относящихся к ощущению себя виноватым и ничего не стоящим человеком) были перефразированы, чтобы гарантировать правильное понимание. Сохранение изначального значения формулировок оценивалось пятью экспертами. Опросники на арабском прочитывались только женщинами-интервьюерами (обученными исследовательской группой).

Пятьдесят пять женщин (50,9%) вероятно имели КПТСР, 23 (20%) вероятно имели ПТСР. Получившиеся группы (без ПТСР, только с ПТСР и с КПТСР) не имели существенных различий по возрасту, семейному положению, но различались по средней продолжительности обучения в годах: у женщин без ПТСР – 1,58, только с ПТСР – 2,08, с КПТСР – 3,92; $F(2,92)=2,98, p=0,055$. Группы существенно не различались по длительности пребывания в плену, количеству других пленных, количеству перепродаж в рабство или совокупной оценке воздействия травмы.

Группы существенно различались по степени перенесенного стресса в лагерях, бывших в оккупации ИГИЛ (соответственно шкале Ликерта): без ПТСР – 2,45; с ПТСР – 2,77; с КПТСР – 3,78; $F(2,93)=53,37, p<0,0001$. Апостериорный анализ по Бонферрони выявил, что если группы без ПТСР и с ПТСР различаются статистически незначимо, то группа с КПТСР имела статистически значимо больший коэффициент стресса в результате оккупации ИГИЛ, по сравнению с двумя другими группами.

Полученные нами результаты о распространенности КПТСР оказались выше, чем оцененные в случаях воздействия какого-либо одного травматического фактора (плена/пытка⁴ либо сексуального насилия⁹), что отражает уникальный тип перенесенной травмы, сочетающей пленение с сексуальным рабством. Учитывая высокую распространенность КПТСР, курдские обучающие/интервенционные центры должны сосредоточиться на разработке соответствующих интервенций, нацеленных на КПТСР. Например, терапия КПТСР должна быть основана на принципе поэтапности⁸, где безопасность – главная и первоначальная цель; стоит учитывать, что такие пострадавшие хуже отвечают на типичную терапию ПТСР, главным образом направленную на редукцию страха.

Действительно, безопасность наиболее важна для нашей популяции, поскольку одинаковые условия в лагере могут оказаться менее безопасными для женщин с КПТСР, которые чувствуют себя отрезанными от общества, виноватыми и ничего не стоящими. Другой вероятный сценарий: к КПТСР, подобно капле, переполнившей чашу, мог привести стресс, полученный в самом лагере после оккупации ИГИЛ, который не так серьезен, как основное травмирующее событие. Вышеуказанные возможности могут иметь отношение к разным женщинам, поскольку КПТСР может увеличивать как риск перенесения стрессового воздействия в будущем, так и саму восприимчивость к такому воздействию. Эти различные варианты могут быть оценены в будущем лонгитудинальном исследовании, посвященном ПТСР/КПТСР сразу после освобождения от неволи и в разные моменты времени в лагерях после оккупации ИГИЛ. В любом случае поддержка таких женщин посредством формирования безопасной среды и психообразование,

направленное на их повышенную чувствительность к стрессорам, могут быть очень полезны до тех пор, пока не разработаны специфические вмешательства.

Ограничениями данного исследования являются разнородная когорта и относительно маленькая выборка. Хотя значения коэффициента alpha превысили показатель надежности, они все равно были ниже, чем в предыдущих исследованиях^{1,2}, возможно, из-за культурных/образовательных факторов, которые значительно отличались в нашей выборке от привычных. Все же результаты освещают психологические последствия, вероятно, самого чудовищного злодеяния, свершившегося за последние годы. Также результаты отражают необходимость повышенного внимания к психологическим состояниям после плена.

В дальнейшем необходимо продолжать исследования эзидских пленников. Это должно как внести ясность в теоретические аспекты КПТСР, его отличие от ПТСР, так и помочь в разработке выполнимых, соответствующих культурным особенностям и эффективных способов помочь выжившим.

Yaakov S.G. Hoffman¹, Ephraim S. Grossman², Amit Shrira¹, Mordechai Kedar^{3,4}, Menachem Ben-Ezra⁵, Mirza Dinnayi⁶, Lee Koren⁷, Rassul Bayan^{8,9}, Yuval Palgi¹⁰, Ari Z. Zivotofsky¹¹

¹Interdisciplinary Department of Social Sciences, Bar-Ilan University, Ramat-Gan, Israel; ²School of Communication, Bar-Ilan University, Ramat-Gan, Israel; ³Department of Arabic, Bar-Ilan University, Ramat-Gan, Israel; ⁴Begin-Sadat Center for Strategic Studies, Bar-Ilan University, Ramat-Gan, Israel; ⁵School of Social Work, Ariel University, Ariel, Israel; ⁶Luftbrücke Irak, Osnabrück, Germany; ⁷Mina and Everard Goodman Faculty of Life Sciences, Bar-Ilan University, Ramat-Gan, Israel; ⁸Erbil Psychiatric Hospital, Erbil, Kurdistan; ⁹Emma Organization for Human Development, Erbil, Kurdistan; ¹⁰Department of Gerontology, University of Haifa, Haifa, Israel; ¹¹Gonda Multidisciplinary Brain Research Center, Bar-Ilan University, Ramat-Gan, Israel

Финансирование исследования обеспечено грантом Центра исследования Ближнего Востока и ислама Бар-Иланского университета в Рамат-Гане, Израиль, врученным Y.S.G. Hoffman и A.Z. Zivotofsky. Авторы благодарят J.Neurink и E.Wisman за содействие.

Перевод: Пальчикова Е.И. (Санкт-Петербург)
Редактура: к.м.н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)
(World Psychiatry 2018;17(1):112-113)

Библиография

- Hoffman Y. Stress and Health (in press).
- Ben-Ezra M, Leshem E, Goodwin R. Am J Psychiatry 2015;72:795-6.
- Abdel-Razek O, Puttick M. Contemp Arab Aff 2016;9:565-76.
- Nickerson A, Cloitre M, Bryant RA et al. Eur J Psychotraumatol 2016;7:33253.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E et al. Arch Gen Psychiatry 1995;52:1048-60.
- Maercker A, Brewin CR, Bryant RA et al. World Psychiatry 2013;12:198-206.
- Silove D, Ventevogel P, Rees S. World Psychiatry 2017;16:130-9.
- Cloitre M, Stovall-McClough KC, Noonan K et al. Am J Psychiatry 2010;167:915-24.
- Cloitre M, Garvert DW, Weiss B, et al. Eur J Psychotraumatol 2014;5:25097.

DOI:10.1002/wps.20475