

Психическое здоровье вынужденно перемещенных лиц из Нагорного Карабаха: поперечное исследование

**Mental Health of Forcibly Displaced Persons from Nagorno-Karabakh:
A Cross-Sectional Study**

doi: 10.17816/CP15622

Оригинальное исследование

Samvel Sukiasyan^{1,2}, Armen Soghoyan^{1,3},
Lilit Baghdasaryan^{1,4,5}, Ani Grigoryan⁴,
Lilit Karapetyan^{1,2}, Karine Tataryan^{1,3},
Grant Avanesyan⁴, Vitya Yaramishyan⁴,
Gayane Haugrapetyan^{6,7}, Zarine Harutyunyan^{8,9,10,11},
Naira Bayatyan¹, Anna Barseghyan⁵,
Anna Badalyan^{1,12,13}, Angela Budoyan^{14,15}, Hrachya
Hovhannisyan⁴, Artur Tonoyan^{16,17}, Hrachya
Shaginyan^{16,17}, Harutyun Simonyan^{17,18}, Armenuhi
Avagyan¹⁹, Vergine Yesayan^{19,20}, Taguhi Makaryan¹⁹

¹ Psychosocial Recovery Center, Yerevan, Armenia

² Khachatur Aboyan Armenian State Pedagogical University,
Yerevan, Armenia

³ Yerevan State Medical University after Mkhitar Heratsi,
Yerevan, Armenia

⁴ Yerevan State University, Yerevan, Armenia

⁵ "Ambra" Mental Wellbeing Center, Yerevan, Armenia

⁶ Goris branch of Psychosocial Recovery Center,
Goris, Armenia

⁷ Goris State University, Goris, Armenia

⁸ Kapan Medical Center, Kapan, Armenia

⁹ Kapan branch of the Psychosocial Recovery Center,
Kapan, Armenia

¹⁰ NGO "Resilient Syunik", Kapan, Armenia

¹¹ European University of Armenia Kapan Branch,
Kapan, Armenia

¹² International Committee of the Red Cross, Yerevan,
Armenia

¹³ Yerevan State College of Culture and Arts

named after Charles Aznavour, Yerevan, Armenia

¹⁴ Vardenis branch of Psychosocial Recovery Center, Vardenis,
Armenia

¹⁵ Vardenis 24-hour specialized care center,
Vardenis, Armenia

Самвел Сукиасян^{1,2}, Армен Согоян^{1,3},
Лилит Багдасарян^{1,4,5}, Ани Григорян⁴,
Лилит Карапетян^{1,2}, Карине Татарян^{1,3},
Грант Аванесян⁴, Витя Ярамишян⁴,
Гаяне Айрапетян^{6,7}, Зарине Арутюнян^{8,9,10,11},
Наира Баятян¹, Анна Барсегян⁵, Анна Бадалян^{1,12,13},
Анжела Будоян^{14,15}, Грачья Оганисян⁴,
Артур Тоноян^{16,17}, Грачья Шагинян^{16,17},
Арутюн Симонян^{17,18}, Арменуhi Авагян¹⁹,
Вергине Есаян^{19,20}, Тагуhi Макарян¹⁹

¹ Центр психосоциального регулирования, Ереван,
Армения

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

³ Ереванский государственный медицинский университет
им. М. Гераци, Ереван, Армения

⁴ Ереванский государственный университет,
Ереван, Армения

⁵ Центр психического благополучия «Амбра»,
Ереван, Армения

⁶ Горисский филиал Центра психосоциального
регулирования, Горис, Армения

⁷ Горисский государственный университет,
Горис, Армения

⁸ Капанский медицинский центр, Капан, Армения

⁹ Капанский филиал Центра психосоциального
регулирования, Капан, Армения

¹⁰ Негосударственная общественная организация
«Токун Сюник», Капан, Армения

¹¹ Капанский филиал Европейского университета Армении,
Капан, Армения

¹² Международный Комитет Красного Креста,
Ереван, Армения

¹³ Ереванский государственный колледж культуры
и искусства им. Ш. Азнавура, Ереван, Армения

¹⁶ Armenian Psychoanalytic Association, Yerevan, Armenia
¹⁷ National Center for Mental Health Care, Yerevan, Armenia
¹⁸ Mkrtchyan Mental Care Clinic, Yerevan, Armenia
¹⁹ "Armav" Continuing Education Center, Yerevan, Armenia
²⁰ Special School No. 17 for children with musculoskeletal disorders, Yerevan, Armenia

¹⁴ Варденисский филиал Центра психосоциального регулирования, Варденис, Армения
¹⁵ Варденисский специализированный центр круглосуточного ухода, Варденис, Армения
¹⁶ Армянская психоаналитическая ассоциация, Ереван, Армения
¹⁷ Национальный центр охраны психического здоровья, Ереван, Армения
¹⁸ Клиника «Мкртчян Ментал Каэр», Ереван, Армения
¹⁹ Центр непрерывного образования «АРМАВ», Ереван, Армения
²⁰ Специальная школа № 17 для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, Ереван, Армения

ABSTRACT

BACKGROUND: The international community is acutely facing a global problem of refugees and forcibly displaced persons. The situation is currently escalating into a crisis, creating serious humanitarian, social, and healthcare challenges. The forced displacement of the entire Armenian population of Nagorno-Karabakh in 2023 became an emergency in Armenia and highlighted a number of societal issues, including the mental health of the displaced population. What made this migration stand out was its dual nature: on the one hand, it was a flight across national borders to a neighboring country, and on the other hand, it was a return to the historical homeland with which they share a common history, culture, language, and religion.

AIM: To evaluate the mental state of the persons forcibly displaced from Nagorno-Karabakh to Armenia and the risk factors underlying their developing anxiety and depression disorders.

METHODS: We performed statistical data processing using hierarchical regression analysis.

RESULTS: The study was conducted among 733 respondents. The majority of the forcibly displaced persons were women. Most of the refugees were married, relocated with their families, and had mainly secondary education. One in five reported a history of mental trauma. More than half of the respondents showed signs of depression and anxiety that required therapeutic intervention. These individuals exhibited significant impairments in functionality and capacity for work.

CONCLUSION: The study revealed the severity and prevalence of anxiety and depression disorders in forcibly displaced persons. Forced displacement was the key factor in the development of mental disorders in this population. Demographic characteristics, such as sex, age, and marital status, also have a significant impact.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: Перед мировым сообществом остро стоит глобальная проблема беженцев и вынужденно перемещенных лиц. В современных условиях ситуация приобретает масштабы кризиса, порождая серьезные вызовы для гуманитарной, социальной сфер и здравоохранения. Вынужденное переселение всего армянского населения Нагорного Карабаха в 2023 г. стало чрезвычайной ситуацией в Армении и обострило для общества ряд вопросов, в том числе состояние психического здоровья переселенцев. Особенность данной миграции заключалась в ее двойственной природе: с одной стороны, это было бегство через национальные границы в соседнюю страну, а с другой — возвращение на историческую родину, с которой объединяла общая история, культура, язык, религия.

ЦЕЛЬ: Изучить психическое состояние вынужденно перемещенных лиц из Нагорного Карабаха в Армению и факторы риска, лежащие в основе формирования у них тревожных и депрессивных расстройств.

МЕТОДЫ: Проводилась статистическая обработка данных с применением иерархического регрессионного анализа.

РЕЗУЛЬТАТЫ: Исследование было проведено с участием 733 респондентов. Среди вынужденно перемещенных лиц преобладали женщины, большинство переселенцев состояли в браке и переселялись с семьей, имели в основном среднее образование. Каждый пятый отмечал в анамнезе психическую травму. Более половины респондентов проявляли признаки депрессии и тревоги, требовавшие терапевтического вмешательства. У этих лиц отмечались выраженные нарушения работоспособности и повседневного функционирования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: У вынужденно переселенных лиц выявлена высокая распространенность и значительная выраженность тревожных и депрессивных расстройств. Ключевым фактором развития психических нарушений в этой группе стало вынужденное переселение. Существенное влияние также оказали демографические характеристики: пол, возраст и семейное положение.

Keywords: refugees; forcibly displaced persons; mental health; depression; anxiety; risk factors

Ключевые слова: беженцы; вынуждено перемещенные лица; психическое здоровье; депрессия; тревога; факторы риска

ВВЕДЕНИЕ

В третьем тысячелетии ситуация с беженцами и вынужденно перемещенными лицами (ВПЛ) приобрела масштабы мирового кризиса. На фоне глобальных геополитических перемен этот вопрос становится все более острым и порождает серьезные гуманитарные, социальные, здравоохраненные и другие проблемы. Перемены заставляют одних бежать, других — предоставить убежище и защиту. Процесс массового вынужденного переселения людей рассматривается как фактор риска возникновения психической патологии. Каждое общество в той или иной форме сталкивается с миграцией. Разные страны играют различные роли в этом процессе: выступают источником эмиграции, выполняют функции принимающих государств или служат транзитными территориями [1].

По оценкам неправительственной организации «Проект сбора данных о местоположении вооруженных конфликтов и событиях» (Armed Conflict Location & Event Data Project), специализирующейся на сборе данных о конфликтах, с 2020 г. число конфликтов увеличилось на 40%, а в 2024 г. каждый шестой человек в мире подвергся воздействию

конфликтов [2]. Как сообщает Управление Верховного комиссара Организации Объединенных Наций по делам беженцев, в середине 2023 г. в мире насчитывалось 110 млн вынужденных переселенцев, из которых 62,5 млн были внутренне перемещенными лицами, 36,4 млн — беженцами, 6,1 млн — просителями убежища и 5,3 млн — другими людьми, нуждающимися в международной помощи (цит. по [2]). При этом наблюдается тенденция к дальнейшему росту численности переселенцев, что обусловлено сохранением и даже усилением факторов, способствующих миграции (бедность, отсутствие безопасности, недоступность базовых услуг, вооруженные конфликты, экологические проблемы, стихийные бедствия)¹. В постсоветской истории массовые перемещения населения начались в результате нецивилизованного распада СССР в 1991 г. и характеризовались сложными взаимосвязями между миграцией и вынужденным переселением [3, 4]. Межэтнические столкновения и национально-освободительные движения в Центральной Азии и Южном Кавказе в первой половине 1990-х годов провоцировали появление многочисленных потоков беженцев и перемещенных лиц

¹ Здоровье беженцев и мигрантов. 2022.

Доступно по ссылке: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>

(в Сумгаите, Баку, Нагорном Карабахе, Абхазии, Южной Осетии, Чечне, Таджикистане, Приднестровье) [5]. Чрезвычайной ситуацией для Армении в 2023 г. было вынужденное переселение всех армян из Нагорного Карабаха в Армению после почти годовой блокады и военных действий. Экстремальные условия сложились в Нагорном Карабахе после 44-дневной войны, в результате которой была оккупирована большая часть территории Нагорного Карабаха и в регион были введены миротворческие силы России² [6].

Известно, что переселение может происходить в пределах собственной страны или в соседние либо другие страны [7]. В случае с беженцами из Карабаха ситуация была особенной, поскольку, спасаясь от военных действий, люди перемещались на суверенную территорию своей исторической родины, вне которой они оказались в силу политических решений советской власти, и расселялись не в лагерях для беженцев (как это имеет место практически во всем мире), а по гостиницам, общежитиям, квартирам и домам своих соплеменников. Причем правительство страны взяло их под свою защиту³. Таким образом, это было бегство через национальные границы в соседнюю страну, но страну, являющуюся их исторической родиной, с которой связывали общая история, культура, язык, религия. Фактор расселения ВПЛ и условия проживания на новом месте имеют значение в развитии проблем с психическим здоровьем [8]. Pham и соавт. [8] отметили, что с учетом факторов подверженности насилию, социальной сплоченности, безработицы и доступа к базовым услугам у ВПЛ, находящихся в лагерях, средний показатель симптомов дистресса был на 19% выше, чем у тех, кто находился вне лагерей.

Многие исследователи фиксируют повышенный уровень проблем с психическим здоровьем среди беженцев, хотя оценки распространенности психических расстройств значительно различаются в разных исследованиях, что объясняется как методологическими, так и контекстуальными факторами [9]. На психическое здоровье ВПЛ могут влиять не только травматические события, связанные с войной, но и стрессовые факторы, обусловленные

перемещением и возникающие в результате миграции и постмиграционного опыта [10].

Статус беженца или ВПЛ оказывает глубокое влияние на психическое здоровье с повышенным риском развития депрессивных и тревожных расстройств, психотических нарушений [11–14], суицидальных тенденций [15, 16], посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), хронических болевых сенсаций, нарушений сна, разнообразных нарушений психического здоровья, соматических сенсаций [17–22]. В целом так называемое мигрирующее население неоднородно с точки зрения состояния здоровья и уязвимости, определяемых неоптимальными метаболическими факторами риска в стране происхождения (например, аномальным ожирением, дисгликемией, гипертонией и дислипидемией), неблагоприятными условиями путешествия и возникающими в результате этого стрессами, бедностью и тревогой, а также различными последствиями аккультурации и доступа к медицинским услугам в стране назначения [22]. В странах с низким и средним уровнем дохода, по данным Cheung и соавт. [23], часто наблюдается высокий уровень психических расстройств, но заниженный уровень распространенности соматического дистресса. Более половины (55%) респондентов авторы относят к группе риска развития соматического дистресса (показатель PHQ-15 \geq 6), а распространенность расстройства считают средней (18%) или высокой (13%) степени тяжести. Были выявлены значимые связи ($p<0,05$) между соматическим дистрессом и возрастом, женским полом, экономическим статусом, депрессией, посттравматическим стрессом, а также множественными травмами. Риск развития соматического дистресса также был в значительной степени связан с повышенной функциональной нетрудоспособностью [23]. У многих мигрантов повышается риск сердечно-сосудистых заболеваний, и они сталкиваются со значительной проблемой преодоления экономических барьеров и барьеров системы здравоохранения, препятствующих доступу к качественному медицинскому обслуживанию [22].

Люди, вынужденно перемещенные в результате насилия и конфликтов, сталкиваются со стрессовыми

² Reevell P. Over 100,000 Armenians have now fled disputed enclave Nagorno-Karabakh. Доступно по ссылке: <https://abcnews.go.com/International/93000-armenians-now-fled-disputed-enclave-nagorno-karabakh/story?id=103596275>

³ Badalyan N. Displaced persons from Nagorno-Karabakh will use the rights of refugees. Доступно по ссылке: https://arminfo.info/full_news.php?id=80001

факторами, которые могут увеличить риск самоубийства. Исследований, посвященных научно обоснованным стратегиям предотвращения самоубийств среди лиц, ищущих убежища, и беженцев, очень мало. Однако раннее выявление и вмешательство, соответствующие контексту, могут быть многообещающим способом оказания поддержки людям из этих групп [24, 25].

Высок риск развития соматизированных реакций и экзистенциальных дилемм (когда стереотипы убеждений подвергаются сомнению) [26, 27]. Риск развития симптомов ПТСР у вынужденных переселенцев связан с ненадежным статусом беженца в принимающей стороне [28].

Оценить распространенность психических заболеваний среди ВПЛ оказалось труднорешаемой проблемой, зависящей от клинических особенностей расстройств, методологии исследований, что проявилось в резко расходящихся показателях: в разных источниках распространенность депрессии варьирует от 2,3% [29] до 80% [30], ПТСР — от 4,4% [31] до 86% [30], тревожных расстройств — от 20,3% [32] до 88% [30, 33]. Эти цифры отражают высокую степень статистической неоднородности.

Перекрестный опрос случайно отобранный выборки, проведенный Nissen и соавт. [9], продемонстрировал, что баллы, превышающие пороговый уровень по «Гарвардскому опроснику о травмах» (Harvard Trauma Questionnaire, HTQ) и «Контрольному списку симптомов Хопкинса» (Hopkins Symptom Checklist-25, HSCL-25), определяли вероятность ПТСР (HTQ $>2,06$), тревоги (HSCLanxiety $>1,75$) и депрессии (HSCLdepression $>1,80$). Взвешенные оценки распространенности ПТСР, тревоги и депрессии, полученные авторами [9] с помощью HSCL-25, составили 29,7% [25,4–34,4%], 30,1% [25,7–34,9%] и 45,2% [40,6–49,8%] соответственно. Совокупное воздействие потенциально травмирующих переживаний до или во время переселения оказалось явным фактором риска для всех исходов, а женский пол был фактором риска возникновения тревоги и депрессии, хотя только в скорректированном анализе.

По самым свежим данным суммарные показатели распространенности тревожных расстройств составили 38,90% (95%-й доверительный интервал (ДИ): 29,63–48,17), депрессии — 38,16% (95% ДИ: 32,16–44,15) и ПТСР — 39,62% (95% ДИ: 32,87–46,36) [34].

На психическое здоровье беженцев и ВПЛ влияет комплекс факторов. При этом ключевым и наиболее значимым признается военная травма [35]. Группа английских исследователей изучила факторы стресса, определяющие психическое благополучие ВПЛ [36]. Для проведения рефлексивного тематического анализа авторы использовали систему из 4 основных факторов стресса, сосредоточив внимание на таких источниках стресса, как травма, культурная адаптация и переселение. К основным факторам стресса были отнесены трудности с доступом к жилью и трудоустройством, которые усугублялись языковым барьером, разлукой с семьей и продолжающимся воздействием травмирующих событий войны. Предполагается, что эти стрессовые факторы усиливают чувство страха, неуверенности, печали, оцепенения, дезориентации, замешательства, беспомощности и тревоги.

Важную роль играют и неблагоприятные социально-экономические условия после миграции (бездействие, финансовый стресс, плохое владение языком принимающей страны, отсутствие социальной поддержки) [31, 37]. Социально-демографические факторы также были отмечены как значимые предикторы долгосрочного психического здоровья в исследованиях Kessler и соавт. [38] и Wittchen и соавт. [39]. В литературе назван еще один фактор, влияющий на распространенность психических расстройств, — фактор мотивации миграции: беженцы по экономическим причинам демонстрируют более низкий (в 2 раза) уровень психических расстройств по сравнению с теми, кто вынужденно мигрировал (21% vs 40%) [18]. Уязвимость беженцев и ВПЛ к психическим расстройствам обусловлена также миграционными и постмиграционными процессами и факторами, которые могут осложнить клинику и динамику расстройств, вызванных травмой [33, 37, 40]. Porter и Haslam [35] подчеркивают, что состояние психического здоровья беженцев и ВПЛ определяет социально-политический контекст их жизни. Авторы показали, что худшие результаты наблюдались у лиц, проживающих в специальных учреждениях, имеющих ограниченные экономические возможности, перемещенных внутри своей собственной страны и депатрированных в страну, из которой они ранее бежали, или лиц, у которых начавшийся конфликт остался неразрешенным [35].

В связи с вынужденным массовым переселением жителей Нагорного Карабаха в Армению была

поставлена цель изучить психическое состояние ВПЛ из Нагорного Карабаха в Армению и факторы риска, лежащие в основе формирования у них тревожных и депрессивных расстройств.

В соответствии с целью были определены задачи. В ходе исследования требовалось ответить на следующие вопросы:

1. Какова социально-демографическая характеристика вынужденных переселенцев из Нагорного Карабаха?
2. Какой травматический опыт переживают ВПЛ из Нагорного Карабаха?
3. Какое проявление депрессии и тревоги наблюдается у ВПЛ?
4. Какая картина нарушения функциональности и дееспособности личности наблюдается у ВПЛ из Нагорного Карабаха?
5. Какую роль могут играть в проявлениях депрессии и тревоги социально-демографические факторы и факторы, связанные с травматическим опытом?

МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Исследование проведено в октябре 2023 г. методом поперечного среза с однократным опросом всех ВПЛ из Нагорного Карабаха, размещенных в приграничных с Азербайджаном регионах Армении (Горис, Капан, Сисиан, Гегаркуник и Арагат). Сбор данных выполнялся в начальный период дислокации ВПЛ, поскольку следующим этапом решался вопрос их размещения в городах и селах страны с учетом пожеланий.

Характеристика выборки

В исследование включались ВПЛ из Нагорного Карабаха 18 лет и старше без ограничений по физическому и психическому статусу, женщины и мужчины, проживающие в местах их временного размещения в гостиницах, гостиничных домах, общежитиях, санаториях и пансионатах. Размер выборки не ограничивался. Мы стремились опросить насколько возможно большее количество перемещенных лиц, что позволило бы получить более объективные и представительные результаты.

Измерения

Психическое здоровье ВПЛ оценивали с помощью «Опросника состояния здоровья пациента» (Patient

Health Questionnaire-9, PHQ-9) [41] и «Опросника генерализованного тревожного расстройства» (Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7) [42, 43]. Также собирали сведения о социально-демографических характеристиках респондентов (см. Приложение 1). Социально-демографическая анкета включала следующие параметры: возраст, пол, семейный статус, переселение в Армению с семьей или без нее, уровень образования, наличие и тип травмы (человеческие потери, ранения, ожоги, др.), место (временного) проживания перемещенных лиц.

Опросник PHQ-9 предназначен для оценки как наличия, так и степени выраженности депрессии [41, 44–48]. Обследуемые должны ответить на вопрос «Как часто Вас беспокоили указанные ниже проблемы за последние 2 недели?». Каждый вопрос имеет 4 возможных ответа и оценку, выражющуюся в баллах: «не каждый день» (0 баллов), «несколько дней» (1 балл), «более чем в половине дней» (2 балла) и «почти каждый день» (3 балла). Количество возможных баллов варьирует от 1 до 27. При этом минимальная депрессия соответствует 1–4 баллам, легкая депрессия — 5–9 баллам, умеренная депрессия — 10–14 баллам, тяжелая депрессия — 15–19 баллам и крайне тяжелая депрессия — 20–27 баллам (см. Приложение 2). Степень нарушений функциональности личности у ВПЛ по опроснику PHQ-9 определялась ответами на вопрос «Если Вы отметили какие-либо проблемы, насколько эти проблемы мешали Вам выполнять работу, заниматься домашними делами или общаться с другими людьми?»: «совсем не сложно», «довольно сложно», «очень сложно» и «чрезвычайно сложно». Опросник PHQ-9, включающий 9 пунктов, оценивает симптомы депрессии на основе критериев американского «Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам» 5-го издания (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition, DSM-5) [49].

Опросник GAD-7 применялся для скрининга генерализированного тревожного расстройства и оценки степени тяжести тревоги методом самоотчета пациента [42]. Обследуемые должны ответить на вопрос «Как часто Вас беспокоили указанные ниже проблемы за последние 2 недели?». Оценка тяжести тревоги по шкале GAD-7 рассчитывается путем присвоения баллов от 0 до 3 соответственно следующим ответам: «никогда», «несколько дней», «более половины дней»

и «почти каждый день». Общее количество возможных баллов варьирует от 0 до 21. При этом минимальный уровень тревоги соответствует 0–4 баллам, умеренный — 5–9 баллам, средний — 10–14 баллам и высокий — 15–21 баллу (см. Приложение 3). Степень нарушений работоспособности личности у ВПЛ по опроснику GAD-7 определялась ответами на вопрос «Если Вы отметили какие-либо проблемы, насколько эти проблемы мешали Вам выполнять работу, заниматься домашними делами или общаться с другими людьми?»: «совсем не сложно», «довольно сложно», «очень сложно» и «чрезвычайно сложно». Опросник GAD-7 оценивает симптомы тревоги, которые также обнаруживаются у пациентов с депрессией в 30–50% случаев [48, 50]. Изначально разработанный для выявления генерализованного тревожного расстройства, он оказался эффективным средством скрининга панического расстройства, социального тревожного расстройства и ПТСР [48].

GAD-7 зарекомендовал себя как эффективный инструмент для скрининга тревоги и оценки ее тяжести в клинической практике и научных исследованиях [42, 45]. Метаанализ, проведенный Plummer и соавт. [51], показал, что GAD-7 характеризуется приемлемой точностью при предельном значении 8 (чувствительность 0,83, специфичность 0,84, при обединении 12 образцов и 5223 участников).

Скрининг депрессии далеко не универсален, однако в случае его проведения основным опросником является PHQ-9 [50]. Важно отметить, что он не может использоваться для подтверждения клинического диагноза депрессии [50], поэтому мы использовали русскоязычные валидизированные шкалы [52, 53].

Проведение опроса

Вынужденное переселение началось 23 сентября 2023 г. после возобновления военного конфликта 19 сентября 2023 г. Практически все население Нагорного Карабаха покинуло регион в конце сентября — начале октября^{4,5}. Уже в начале октября 2023 г. нами было предпринято данное исследование. Группа психиатров и психологов направлялась в пограничные регионы, в которых размещали вынужденных

переселенцев, для определения их потребностей и выявления лиц с проблемами психического здоровья. ВПЛ дополнительно предлагали принять участие в настоящем исследовании. Опрос по анкете и заполнение опросников проводилось с устного согласия каждого обследуемого. Представлялось неограниченное время на заполнение опросников, однако в большинстве случаев респонденты укладывались в 30–40 минут.

Статистический анализ

Анализ данных выполнен в программе IBM SPSS Statistics для Windows, версия 21.0. Количественные показатели представлены как среднее арифметическое (стандартное отклонение).

Для выявления факторов, ассоциированных с показателями психического здоровья (шкалы PHQ-9 и GAD-7), был применен множественный линейный регрессионный анализ. Его целью являлось изучение влияния социально-демографических характеристик и факторов, связанных с травматическим опытом, на выраженность симптомов тревоги и депрессии. Регрессионный анализ был выполнен путем пошагового ввода переменных: вначале в качестве первого блока предикторов в модель включались социально-демографические переменные (пол, возраст, семейное положение, уровень образования), затем — факторы, связанные с перемещением (ситуация пребывания или неприбытия вместе с семьей в данный период и наличие различных видов травм), как второй блок предикторов.

Диагностика мультиколлинеарности осуществлена с расчетом фактора инфляции дисперсии (VIF), значений толерантности и индекса состояния [54]. Все значения VIF были ниже 1,1, что существенно ниже общепринятого порогового значения 5. При этом сильная мультиколлинеарность обычно указывается при $VIF > 10$ [55]. Значения толерантности превышали 0,9, демонстрируя минимальные проблемы с мультиколлинеарностью, так как значения ниже 0,2 свидетельствуют о потенциальных проблемах [56]. Кроме того, индексы состояния в полных моделях оставались ниже 12, что указывает на отсутствие серьезных проблем с мультиколлинеарностью, поскольку

⁴ Сто тысяч новых жителей Армении: как ООН помогает стране справиться с нагрузкой // Новости ООН: Глобальный взгляд. Человеческие судьбы, 23 октября 2023. Доступно по ссылке: <https://news.un.org/ru/story/2023/10/1446092>

⁵ Армения и Азербайджан: Спецсоветник ООН по предупреждению геноцида «обеспокоена ситуацией на Южном Кавказе» // Новости ООН: Глобальный взгляд. Человеческие судьбы, 10 октября 2023. Доступно по ссылке: <https://news.un.org/ru/story/2023/10/1445647>

значения выше 15 предполагают потенциальные проблемы, а значения, превышающие 30, свидетельствуют о сильной мультиколлинеарности [57, 58]. Эти результаты подтверждают, что мультиколлинеарность не вызывала опасений в проведенных анализах.

При интерпретации результатов регрессионного анализа оценивались статистическая значимость моделей (F-статистика, $p<0,05$), доля объясненной дисперсии (R^2 и скорректированный R^2), дополнительный вклад второго блока переменных (ΔR^2 и ΔF). Анализировались как нестандартизированные (B), так и стандартизированные (β) коэффициенты регрессии для оценки величины и направления связей между предикторами и зависимыми переменными. Все статистические тесты были двусторонними с уровнем значимости $p<0,05$. Для случаев с отсутствующими данными использовался метод исключения по списку (listwise deletion), который применяется в SPSS по умолчанию при выполнении регрессионного анализа [54, 55].

Этическая экспертиза

Настоящее исследование не было спланировано заранее, а проводилось в связи с возникшей гуманитарной ситуацией. Из-за сложившихся кризисных обстоятельств и необходимости неотложного обследования ВПЛ заключение этического комитета мы не получали. Респондентам были предоставлены устные гарантии анонимности и конфиденциальности опроса.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Характеристика респондентов

От участия в опросе никто из ВПЛ не отказался — все 866 переселенцев согласились ответить на вопросы. После проверки и обработки данных окончательная аналитическая выборка составила 733 участника (средний возраст — 44,7 года; $SD=17,3$). Основной причиной исключения части анкет стали незаполненные пункты в ключевых социально-демографических вопросах. Кроме того, значительное число анкет не было включено в анализ, поскольку участники, отвечая на вопросы об образовании и семейном положении, выбирали вариант «другое», не предоставляя необходимых пояснений. Это делало их ответы не пригодными для содержательной категоризации, необходимой для проведения регрессионного анализа.

Характеристика выборки исследования

В табл. 1 представлена описательная статистика согласно выделенным нами параметрам как для всей выборки, так и для отдельных регионов страны. Респондентами стали 150 (20,5%) человек из Гориса, 115 (15,7%) — из Капана, 161 (22,0%) — из Сисиана, 173 (23,6%) — из Гегаркуникского региона и 134 (18,3%) — из Аарата, что свидетельствует об относительно равномерном распределении ВПЛ по регионам страны. В обследованной нами выборке преобладали женщины. Большинство переселенцев состояли в браке ($n=558$, 76,1%) и переселялись в Армению с семьей ($n=615$, 85,2%). Все ВПЛ имели как минимум среднее образование, как максимум — высшее. Почти у каждого пятого переселенца в анамнезе отмечались физические и психические травмы: гибель родных в двух Карабахских войнах, ранения в 44-дневной войне, комбинированные травмы, ожоги при взрыве и пожаре на бензозаправочной станции в Степанакерте и др.

Психометрическое тестирование

Средний показатель депрессии во всей выборке был равен 7,98 ($SD=6,408$). Тяжесть депрессивных проявлений во всей выборке и по отдельным регионам представлена в табл. 2. Как следует из табл. 2, у большинства (61,9%) ВПЛ выявлялась депрессия терапевтического уровня. Однако характер и объем лечения должны быть индивидуальны, в зависимости от степени выраженности расстройства. Причем почти каждый пятый обнаруживал тяжелую депрессию, обязательно требующую психофармакологического вмешательства.

Общая картина нарушений функциональности обследованных по PHQ-9 во всей выборке и по отдельным регионам представлена в табл. 3. Респонденты должны были ответить на вопрос «Если Вы отметили какие-либо проблемы, насколько эти проблемы мешали Вам выполнять работу, заниматься домашними делами или общаться с другими людьми?». По данным табл. 3, существующие проблемы вызывали у обследованных тяжелые нарушения функциональности. В совокупности практически 306 (41,8%) респондентов проявляли нарушения функциональности, вызывающие серьезные проблемы в жизни.

В табл. 4 представлены данные исследования тревоги как во всей выборке, так и по регионам.

Таблица 1. Социально-демографическая характеристика вынужденно перемещенных лиц

Параметры	Горис		Капан		Сисиан		Гегаркуник*		Арапат		Вся выборка	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Количество респондентов	150	20,5	115	15,7	161	22,0	173	23,6	134	18,3	733	100
Пол												
Мужчины	60	40,0	41	35,7	70	43,5	—	—	53	39,6	224	39,2
Женщины	90	60,0	74	64,3	91	56,5	—	—	81	60,4	336	60,8
<i>Всего</i>	150	100	115	100	161	100	—	—	134	100	560	100
Семейный статус												
Одинокий	22	14,7	31	26,9	38	23,6	50	28,9	34	25,4	175	23,9
Семейный	128	85,3	84	73,1	123	76,4	123	71,1	100	74,6	558	76,1
<i>Всего</i>	150	100	115	100	161	100	173	100	134	100	733	100
Переселение с семьей или без семьи												
С семьей	109	77,9	84	73,1	153	95,1	153	88,4	116	87,2	615	85,2
Без семьи	31	22,1	31	26,9	8	4,9	20	11,6	17	12,8	107	14,8
<i>Всего</i>	140	100	115	100	161	100	173	100	176	100	722	100
Образование												
Среднее	90	60,0	60	52,2	100	62,1	113	65,3	70	52,2	433	59,1
Специальное	30	20,0	51	44,3	29	18,1	28	16,2	27	20,2	165	22,5
Высшее	30	20,0	4	3,5	32	19,8	32	18,5	37	27,6	135	18,4
<i>Всего</i>	150	100	115	100	161	100	173	100	134	100	733	100
Наличие травмы												
Есть	27	20,6	29	25,2	30	18,6	14	8,1	20	20,1	120	17,8
Нет	104	79,4	86	74,8	131	81,8	159	91,9	75	78,9	555	82,2
<i>Всего</i>	131	100	115	100	161	100	173	100	95	100	675	100
Тип травмы												
Человеческие потери	15	60,0	5	10,4	17	68,0	1	25,0	1	5,9	39	32,8
Ожоги**	2	8,0	1	2,1	2	8,0	0	0,0	0	0,0	5	4,2
Ранения	2	8,0	23	47,9	2	8,0	1	25,0	14	82,4	42	35,3
Комбинированные	1	4,0	12	25,0	2	8,0	0	0,0	0	0,0	15	12,6
Другие	5	20,0	7	14,6	2	8,0	2	50,0	2	11,8	18	15,1
<i>Всего</i>	25	100	48	100	25	100	4	100	17	100	119	100

Примечание: * Данные распределения обследованных лиц по полу в Гегаркунике отсутствуют. ** Имеем в виду лиц, получивших ожоги во время взрыва на бензозаправочной станции во время массового переселения жителей в Армению.

Как и в случаях депрессии, наивысший средний уровень тревоги во всей выборке ВПЛ составлял 6,67 ($SD=5,385$). Минимальный уровень тревоги (0–4 балла), не требующий терапевтического вмешательства, был выявлен у 43,0% респондентов. Уровень тревоги, при котором необходимо профессиональное терапевтическое вмешательство в той или иной степени

(психотерапия или психофармакотерапия), выявлялся у 57% ВПЛ.

Аналогичная тенденция наблюдается и в нарушениях работоспособности ВПЛ согласно опроснику GAD-7 во всей выборке и по отдельным регионам (табл. 5). Респонденты должны были ответить на вопрос «Если Вы отметили какие-либо проблемы,

Таблица 2. Тяжесть депрессивных проявлений у вынужденно перемещенных лиц по данным «Опросника состояния здоровья пациента» (PHQ-9)

Тяжесть депрессии и необходимость терапии	Регион										Вся выборка	
	Горис		Капан		Сисиан		Гегаркуник		Аракат			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Отсутствие депрессии, нет необходимости в терапии (≤ 4 баллов)	24	16,0	51	44,3	55	34,2	105	61,0	44	32,8	279	38,1
Легкая (5-9 баллов) и умеренная (10-14 баллов) депрессия, следует определить необходимость лечения	70	46,7	62	53,9	79	49,1	57	33,1	55	41,0	323	44,1
Выраженная (15-19 баллов) и тяжелая (20-27 баллов) депрессия, необходимо терапевтическое вмешательство	56	37,3	2	1,7	27	16,7	10	5,8	35	26,1	130	17,8
<i>Всего</i>	150	100	115	100	161	100	172	110	134	100	732	100

Таблица 3. Степень функциональных нарушений у вынужденно перемещенных лиц по данным «Опросника состояния здоровья пациента» (PHQ-9)

Степень функциональности	Регион										Вся выборка	
	Горис		Капан		Сисиан		Гегаркуник		Аракат			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Совсем не трудно (0 баллов)	28	18,7	43	37,4	30	18,6	61	35,5	15	11,2	177	24,2
Немного трудно (1 балл)	43	28,7	56	48,7	46	28,6	61	35,5	43	32,1	249	34,0
Очень трудно (2 балла)	59	39,3	14	12,2	46	28,6	40	23,3	41	30,6	200	27,3
Чрезвычайно трудно (3 балла)	20	13,3	2	1,7	39	24,2	10	5,8	35	26,1	106	14,5
<i>Всего</i>	150	100	115	100	161	100	172	100	134	100	732	100

Таблица 4. Тяжесть тревоги у вынужденно перемещенных лиц по данным «Опросника генерализованного тревожного расстройства» (GAD-7)

Уровень тревоги	Регион										Вся выборка	
	Горис		Капан		Сисиан		Гегаркуник		Аракат			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Минимальный (0-4 балла)	31	20,7	49	42,6	66	41,0	126	73,3	43	32,1	315	43,0
Легкий (5-9 баллов)	46	30,7	47	40,9	48	29,8	20	11,6	41	30,6	202	27,6
Умеренный (10-14 баллов)	44	29,3	17	14,8	22	13,7	24	14,0	35	26,1	142	19,4
Тяжелый (15-21 балл)	29	19,3	2	1,7	25	15,5	2	1,2	15	11,2	73	10,0
<i>Всего</i>	150	100	115	100	161	100	172	100	134	100	732	100

насколько эти проблемы мешали Вам выполнять работу, заниматься домашними делами или общаться с другими людьми?». Очень трудные и чрезвычайно трудные проблемы отмечались у 325 респондентов, что составляет 44,4% всех обследованных ВПЛ.

Предикторы депрессии

Статистически значимые модели были определены на обоих этапах анализа предикторов депрессии (табл. 6).

Социально-демографические факторы объяснили небольшую, но значимую долю дисперсии зависимой переменной. При этом возраст оказался единственным значимым предиктором в первом блоке, указывая на то, что более старшие участники испытывали более высокие уровни депрессии. Добавление факторов, связанных с перемещением, не привело к статистически значимому улучшению модели. В окончательной модели возраст оставался единственным значимым

Таблица 5. Степень нарушений работоспособности у вынужденно перемещенных лиц по данным «Опросника генерализованного тревожного расстройства» (GAD-7)

Степень нарушений работоспособности	Регион										Вся выборка	
	Горис		Капан		Сисиан		Гегаркуник		Арагат			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Совсем не трудно (0 баллов)	24	16,0	41	35,7	30	18,6	65	37,8	12	9,0	172	23,5
Немного трудно (1 балл)	48	32,0	52	45,2	43	26,7	53	30,8	39	29,1	235	32,1
Очень трудно (2 балла)	56	37,3	20	17,4	43	26,7	42	24,4	38	28,4	199	27,2
Чрезвычайно трудно (3 балла)	22	14,7	2	1,7	45	28,0	12	7,0	45	33,5	126	17,2
<i>Всего</i>	150	100	115	100	161	100	172	100	134	100	732	100

Таблица 6. Иерархическая множественная регрессия, предсказывающая тревогу и депрессию на основе социально-демографических факторов и факторов, связанных с перемещением

Переменная	Блок 1			Блок 2		
	B	SE	β	B	SE	β
Модель тревоги						
Константа	4,828	0,793	—	6,106	1,013	—
Пол	1,983*	0,487	0,181	2,007*	0,486	0,183
Возраст	0,023	0,014	0,074	0,019	0,014	0,061
Семейное положение	0,698	0,568	0,056	0,730	0,567	0,058
Уровень образования	0,431	0,619	0,031	0,457	0,617	0,033
Переселение с семьей	—	—	—	-1,385**	0,651	-0,095
Наличие травмы	—	—	—	0,127	0,578	0,010
R ²	0,046	—	—	0,055	—	—
Скорректированный R ²	0,038	—	—	0,043	—	—
F	5,858*	—	—	4,689*	—	—
ΔR ²	—	—	—	0,009	—	—
ΔF	—	—	—	2,289	—	—
Модель депрессии						
Константа	4,306	0,925	—	4,974	1,182	—
Пол	0,917	0,568	0,072	0,962	0,568	0,075
Возраст	0,067*	0,016	0,184	0,064*	0,016	0,178
Семейное положение	0,827	0,663	0,056	0,844	0,662	0,058
Уровень образования	0,878	0,721	0,054	0,872	0,721	0,054
Переселение с семьей	—	—	—	-0,926	0,761	-0,054
Наличие травмы	—	—	—	0,867	0,675	0,057
R ²	0,049	—	—	0,056	—	—
Скорректированный R ²	0,042	—	—	0,044	—	—
F	6,335*	—	—	4,760*	—	—
ΔR ²	—	—	—	0,006	—	—
ΔF	—	—	—	1,580	—	—

Примечание: Блок 1 — социально-демографические переменные (пол, возраст, семейное положение, уровень образования). Блок 2 — факторы, связанные с перемещением (ситуация пребывания или неприбытия вместе с семьей в данный период и наличие различного рода травм). * $p<0,001$; ** $p<0,05$. В — нестандартизированный коэффициент регрессии; β — стандартизированный коэффициент регрессии; SE — стандартная ошибка.

предиктором депрессии. Другие изученные факторы, включая пол, семейное положение, уровень образования, переселение с семьей и наличие травмы, с депрессией не были связаны.

Предикторы тревоги

Статистически значимые модели предикторов тревоги также были определены на обоих этапах регрессионного анализа. Среди социально-демографических факторов пол был единственным значимым предиктором тревоги, при этом женщины демонстрировали более высокие уровни тревоги по сравнению с мужчинами. Добавление факторов, связанных с перемещением, привело к незначительному улучшению модели, которое приближалось к порогу статистической значимости. В итоговой модели два фактора оказались значимыми предикторами тревоги: пол (с более высокими показателями у женщин) и переселение с семьей (защитный фактор). Остальные переменные с выраженностю тревоги не ассоциировали.

ОБСУЖДЕНИЕ

Практически все исследования в данной области изучали лиц, которые переселялись из одной экономической, культурной, этнической общности в другую, что фактически выполняло триггерную, но не патогенетическую роль в развитии психической патологии. Мы, в свою очередь, обследовали группу людей, вынужденных переселиться в другое государство, но государство, являющееся их исторической родиной, поэтому, естественно, в культурном и этническом плане у переселенцев проблем не возникало. Этому способствовали также усилия государства и общества по расселению переселенцев не в специальные лагеря, а по гостиницам, общежитиям, санаториям и пансионатам. В данном аспекте наше исследование уникально.

Как наше исследование, так и ряд других показали, что среди ВПЛ наблюдается высокий уровень психических расстройств, включая депрессию, ПТСР и тревогу [59–61]. Сравнение полученных нами данных о распространенности тревожных и депрессивных расстройств среди ВПЛ показало, что они полностью совпадают со значительно отличающимися показателями распространенности психических расстройств, которые отмечаются другими исследователями. Вынужденные переселенцы сталкиваются

с многочисленными стрессовыми факторами в ожидании получения постоянного убежища или переселения и часто испытывают сильный эмоциональный стресс. Согласно данным, полученным в результате настоящего исследования, было установлено, что среди ВПЛ преобладали женщины (что обусловлено демографической ситуацией в Нагорном Карабахе), большинство переселенцев состояли в браке и переселялись с семьей, большинство имели среднее образование. Каждый пятый отмечал в анамнезе психическую травму. Лишь у 38,1% ВПЛ не выявляли депрессию, в связи с чем они не нуждались в лечении. У 61,9% ВПЛ депрессия была на клинически значимом уровне. Характер и объем лечения определяются индивидуально, в зависимости от степени выраженности расстройства. Более того, почти каждый пятый респондент (17,8%) обнаруживал тяжелую депрессию, для лечения которой необходимо психофармакологическое вмешательство. Тревога, требующая профессионального терапевтического вмешательства (психотерапии или психофармакотерапии), выявлялась у 57,0% ВПЛ. Иерархический регрессионный анализ показал, что женщины были особенно уязвимы к тревоге, в то время как более старший возраст был больше связан с депрессией. Переселение вместе с семьей оказалось защитным фактором, особенно против симптомов тревоги. Полученные данные убедительно свидетельствуют о том, что процесс вынужденного переселения в другие страны является одним из генерирующих факторов в развитии психической патологии.

Наши данные согласуются с оценками распространенности депрессии и тревоги, опубликованными в научной литературе: 2,3–80,0% для депрессии [29, 30] и 20,3–88,0% для тревоги [30, 32, 33]. Strømme и соавт. [61] сообщили, что симптомы, указывающие на тревогу и депрессию, были выявлены у 35% переселенцев и симптомы, характерные для ПТСР, у 7% переселенцев.

Подтверждается и роль факторов, способствующих депрессии и тревоге [60, 61]. Травматические переживания, пережитые до миграции, косвенно обусловливали развитие депрессии и тревоги, усиливая жизненные трудности после миграции. Yilmaz и соавт. [60] отмечают, что даже после длительного проживания переселенцы демонстрируют высокий уровень депрессии, тревоги и ПТСР. Не отрицают ключевую роль

травм, полученных до миграции, авторы подчеркивают, что проблемы, возникающие после миграции, еще больше усугубляют психическое здоровье ВПЛ. Травматические переживания, согласно Strømme и соавт. [61], связаны как с хронической болью, так и с симптомами тревоги и депрессии, причем последние также связаны с миграцией без членов семьи.

В литературе, посвященной проблемам беженцев, описывается множество факторов, играющих роль в возникновении и развитии психических расстройств у беженцев и ВПЛ. Условно эти факторы делятся на пре-, интра- и постмиграционные и затрагивают социальные, экономические, личностные, психологические, культуральные и другие сферы [62]. В качестве неблагоприятных предикторов психического здоровья в литературе также отмечались социально-демографические факторы [38, 39].

Проблемы с психическим здоровьем у ВПЛ даже более актуальны, чем соматические проблемы, поскольку человек, который оставил в стране постоянного проживания свое прошлое, прибывает в страну, где он пытается найти свое настоящее, оставаясь в полном неведении в отношении будущего. В своем настоящем он сталкивается сразу со множеством проблем, которые можно определить как поиск места под солнцем. Масса проблем делает их самыми уязвимыми членами общества. Им надо пережить обстоятельства переезда и прибытия в другую страну, адаптироваться в условиях проживания в принимающей стране, принять правила игры в новом обществе, устоявшиеся отношения, особенности интеграции приезжих, условия жизни и работы, которые создают у беженцев и ВПЛ самые различные потребности — от хозяйственных до медицинских, вплоть до психиатрических.

Анализ литературы и наших данных свидетельствует, что политика и практика общественного здравоохранения, ориентированные на переселенцев, должны учитывать риски, связанные с миграцией, особенно ВПЛ, быть нацеленными на самые распространенные расстройства, в первую очередь проблемы с психическим здоровьем среди вынужденных переселенцев. Эти результаты подчеркивают необходимость целостных, долгосрочных мер по охране психического здоровья, направленных как на устранение прошлых травм, так и на преодоление нынешних жизненных трудностей. Особенности настоящего исследования, возможно, сыграют роль

в дифференциации наиболее значимых факторов в будущих исследованиях.

Настоящее исследование проводилось без обсуждения протокола с этическим комитетом, поскольку представляло собой поперечное исследование, ограниченное во времени. Важно отметить, что исследование не является долгосрочным. Полученные результаты относятся к начальному периоду переселения жителей Нагорного Карабаха в Армению и отражают так называемый поперечный срез их психического состояния. Тревога и депрессия у ВПЛ оценивались исключительно с помощью психометрических инструментов, так как условия данного исследования не позволяли провести клиническую оценку состояния обследуемых лиц.

Использованные нами опросники PHQ-9 и GAD-7 дают цифровое выражение тревоги и депрессии, иначе говоря, показывают степень выраженности расстройства. Валидационные исследования этих скрининговых инструментов продемонстрировали для депрессии чувствительность от 0,77 до 0,81, а специфичность шкалы PHQ-9 — от 0,91 до 0,94, для тревоги чувствительность составила 0,89, а специфичность — 0,82. PHQ-9 и GAD-7 имеют высокую внутреннюю и повторную надежность, а также валидность конструкции и факторной структуры [63]. Авторы опросника обнаружили приемлемые значения чувствительности и специфичности при использовании опросника в качестве общего инструмента скрининга других тревожных расстройств (паническое расстройство, социальная тревога, ПТСР) (GAD-7, оценка ≥ 8 : чувствительность — 0,77, специфичность — 0,82) [51]. Данный показатель определяет вектор дальнейших действий специалиста в отношении необходимости и объема терапии, а также подходов к организации лечебных мероприятий. Длительность симптомов, их выраженность и степень функциональных нарушений, определяемых числом баллов по PHQ-9 и GAD-7, в совокупности формируют решение специалиста о важности и необходимости лечения.

Уровни депрессии и тревоги были разделены в соответствии с нормативными показателями, предложенными опросниками. Однако здесь возникает деликатный вопрос, можем ли мы применить эти нормативные показатели к выборке из Армении, особенно к выборке, очень уязвимой к этим параметрам. Постановка подобного вопроса вытекает из общей проблемы адаптации психометрических шкал.

Но, к сожалению, они в Армении не адаптированы. С этой проблемой мы сталкиваемся в ходе практически каждого психолого-психиатрического исследования. Аналогичные данные отмечают и другие исследователи [64, 65].

Гражданское население Нагорного Карабаха, пережившее периоды военных конфликтов, блокады и вынужденного переселения, часто испытывает постстрессовые тревожные и депрессивные реакции, не всегда соответствующие классическим симптомам ПТСР. Генез этих реакций — в условиях их проживания в Нагорном Карабахе и вынужденном переселении в результате внезапной военной агрессии. Это указывает на необходимость контекстно-специфичных исследований и интервенций, учитывающих особенности локальных конфликтов. Внешняя валидность наших результатов заслуживает тщательного рассмотрения. Несмотря на то что размер нашей выборки был значительным ($n=733$) и охватывал лиц из разных регионов расселения, несколько факторов могут ограничивать обобщаемость. Во-первых, наше исследование было сосредоточено конкретно на армянских ВПЛ из Нагорного Карабаха в острой фазе переселения (в течение первых дней после вынужденного переселения). Выявленные нами паттерны тревоги и депрессии могут быть характерны для этой конкретной популяции, контекста перемещения и временных рамок. Во-вторых, хотя шкалы депрессии (PHQ-9) и тревоги (GAD-7) продемонстрировали сильные психометрические свойства [63], эти инструменты не были специально валидированы для армянского населения из Нагорного Карабаха. Культурные факторы могут воздействовать на выражение и сообщение о симптомах, потенциально влияя на клиническую интерпретацию баллов. В-третьих, наша выборка была вынужденно оппортунистической, учитывая кризисный контекст, что могло внести систематические смещения отбора: те, кто испытывал наиболее тяжелый психологический дистресс, могли быть либо более склонны к участию (в поисках помощи), либо менее склонны (из-за избегания или чувства перегруженности). Наконец, кросс-секционный дизайн охватывает только одну точку в траектории перемещения. Для понимания вопроса, как симптомы психического расстройства развиваются со временем, и для определения того, остаются ли выявленные нами прогностические взаимосвязи стабильными, необходимы лонгитюдные исследования.

Несмотря на эти ограничения, наши результаты согласуются с более широкими исследованиями по вынужденному перемещению и психическому здоровью, что позволяет предположить: хотя конкретные показатели распространенности могут зависеть от контекста, выявленные факторы риска (особенно пол, возраст и переселение с семьей или без нее) могут иметь более широкую применимость к другим вынужденно перемещенным популяциям, переживающим аналогичные травматические обстоятельства. Будущие исследования должны сосредоточиться на исследовании специфики проявлений психических расстройств ВПЛ, потребностей различных групп пострадавшего населения, а также влиянии социальных и биологических факторов на их психическое состояние [66].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ключевым фактором развития психических расстройств у ВПЛ из Нагорного Карабаха оказалось вынужденное переселение. Для депрессивных расстройств значимым предиктором выступил возраст, тогда как тревожные расстройства в большей степени ассоциировались с женским полом и разлукой с семьей. Однако результаты регрессионного анализа показали, что изученные переменные объясняют лишь незначительную долю вариативности тревожных и депрессивных симптомов. Это указывает на существование других, более значимых предикторов, вероятно, социально-психологического характера, которые требуют дальнейшего лонгитюдного изучения. Интерпретация полученных данных ограничена методологическими особенностями исследования — использованием дизайна однократного поперечного среза и применением психометрических инструментов без последующего клинического обследования.

История публикации

Рукопись поступила: 30.01.2025

Рукопись принята: 29.08.2025

Опубликована онлайн: 10.09.2025

Благодарность: Мы выражаем нашу благодарность и признательность всем вынужденным переселенцам из Нагорного Карабаха, которые согласились принять участие в нашем опросе. Мы также признательны всем жителям Сюникской, Арагатской и Гегаркуникской областей, которые поддержали

наши усилия по оказанию психологической и психиатрической помощи перемещенным лицам.

Вклад авторов: Самвел Сукиасян — определение концепции, работа с данными, разработка методологии, пересмотр и редактирование рукописи. Армен Согоян — администрирование проекта, определение концепции, работа с данными, обеспечение исследования, пересмотр и редактирование рукописи. Лилит Багдасарян — администрирование проекта, определение концепции, работа с данными, написание черновика рукописи. Ани Григорян — программное обеспечение, валидация, написание черновика рукописи, пересмотр и редактирование рукописи. Лилит Карапетян — разработка методологии, визуализация, написание черновика рукописи. Карине Татарян — визуализация, написание черновика рукописи. Грант Аванесян, Витя Ярамишян — работа с данными, проведение исследования. Гаяне Айрапетян, Зарине Арутюнян, Наира Баятян, Анна Барсегян, Анна Бадалян, Анжела Будоян, Грачья Оганисян, Артур Тоноян, Грачья Шагинян, Арутюн Симонян, Арменуи Авагян, Вергине Есаян, Таги Макарян — проведение исследования.

Финансирование: Исследование проводилось без дополнительного финансирования.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Использование генеративного ИИ: Отсутствует.

Дополнительная информация

Дополнительный материал к этой статье можно найти в онлайн-версии:

Приложение 1: 10.17816/CP15622-145716

Приложение 2: 10.17816/CP15622-145717

Приложение 3: 10.17816/CP15622-145718

Цитировать:

Сукиасян С.Г., Согоян А.Ф., Багдасарян Л.В., Григорян А.К., Карапетян Л.Г., Татарян К.К., Аванесян Г.М., Ярамишян В.Б., Айрапетян Г.Г., Арутюнян З.В., Баятян Н.Е., Барсегян А.А., Бадалян А.Р., Будоян А.С., Оганисян Г.Р., Тоноян А.Д., Шагинян Г.А., Симонян А.В., Авагян А.В., Есаян В.С., Макарян Т.С. Психическое здоровье вынужденно перемещенных лиц из Нагорного Карабаха: поперечное

исследование // *Consortium PSYCHIATRICUM*. 2025. Т. 6, № 3. CP15622. doi: 10.17816/CP15622

Сведения об авторах

***Самвел Грантович Сукиасян**, д.м.н., профессор, руководитель психиатрической службы Центра психосоциального регулирования; профессор кафедры прикладной психологии Армянского государственного педагогического университета им. Х. Абояна; eLibrary SPIN-код: 7363-5237, Scopus Author ID: 6508317743, ResearcherID: W-7404-2018, ORCID: 0000-0001-9813-2471 E-mail: doc.sukiasyan@gmail.com

Армен Фрунзикович Согоян, к.м.н., руководитель Центра психосоциального регулирования; доцент кафедры психиатрии Ереванского государственного медицинского университета им. М. Гераци; ORCID: 0000-0001-9494-0404

Лилит Вараздатовна Багдасарян, канд. психол. наук, доцент, психолог, координатор психологической службы Центра психосоциального регулирования; доцент кафедры психологии личности Ереванского государственного университета; президент Центра психического благополучия «Амбра»; ORCID: 0000-0002-7543-5901

Ани Камоевна Григорян, научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории «Личность и социальная среда» НИЦ психологии Ереванского государственного университета; ORCID: 0000-0001-5453-2879

Лилит Гургеновна Карапетян, канд. психол. наук, психолог Центра психосоциального регулирования; доцент, и.о. заведующей кафедрой специальной педагогики и психологии Армянского государственного педагогического университета им. Х. Абояна; ORCID: 0000-0003-1245-9436

Карине Карленовна Татарян, к.м.н., психиатр Центра психосоциального регулирования; доцент, заведующая кафедрой психиатрии Ереванского государственного медицинского университета им. М. Гераци; ORCID: 0009-0007-0196-7458

Грант Михаилович Аванесян, докт. психол. наук, профессор, заведующий кафедрой общей психологии Ереванского государственного университета; ORCID: 0000-0002-5987-7830

Витя Беникович Ярамишян, канд. психол. наук, доцент кафедры общей психологии Ереванского государственного университета; ORCID: 0009-0004-1626-4163

Гаяне Гамлетовна Айрапетян, психолог, руководитель Горисского филиала Центра психосоциального регулирования; ассистент кафедры Горисского государственного университета

Зарине Володяевна Арутюнян, психолог Капанского медицинского центра; руководитель Капанского филиала Центра психосоциального регулирования; президент негосударственной общественной организации «Токун Сюник»; преподаватель Капанского филиала Европейского университета Армении

Наира Еремовна Баятян, социальный работник Центра психосоциального регулирования

Анна Ашотовна Барсегян, психолог Центра психического благополучия «Амбра»

Анна Размиковна Бадалян, психолог Центра психосоциального регулирования; Международный Комитет Красного Креста; Государственный колледж культуры и искусств им. Ш. Азнавура; ORCID: 0009-0000-5519-4824

Анжела Суреновна Будоян, руководитель Варденинского филиала Центра психосоциального регулирования; психолог Варденинского специализированного центра круглосуточного ухода

Грачя Рафикович Оганисян, канд. психол. наук, доцент кафедры общей психологии Ереванского государственного университета

Артур Давыдович Тоноян, исполнительный директор Армянской психоаналитической ассоциации; психолог Национального центра охраны психического здоровья

Грачья Авагович Шагинян, психолог Армянской психоаналитической ассоциации; Национальный центр охраны психического здоровья

Арутюн Ваганович Симонян, психиатр, Национальный центр охраны психического здоровья; Клиника «Мкртчян Ментал Keap»

Арменуи Владимировна Авагян, канд. психол. наук, руководитель Центра непрерывного образования «АРМАВ»; ORCID: 0009-0009-8803-9455

Вергине Степановна Есян, психолог Центра непрерывного образования «АРМАВ»; Специальная школа № 17 для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата; ORCID: 0009-0000-8681-191X

Таги Савеловна Макарян, психолог Центра непрерывного образования «АРМАВ»; ORCID: 0009-0003-9361-4545

*автор, ответственный за переписку

Список литературы

1. Küey L. How to deal with growing racism and discrimination against refugees and asylum seekers in Europe? Abstract of the 25th European Congress of Psychiatry. *Eur Psychiatry*. 2017;41(Suppl):S24.
2. The Lancet Healthy Longevity. Understanding the needs of forcibly displaced people. *Lancet Healthy Longev*. 2024;5(6):e379. doi: 10.1016/S2666-7568(24)00097-7
3. Ann DT. [Reflections on migration in post-Soviet states]. *Anthropol Forum*. 2010;13:323–344. Russian.
4. Denisenko M, Strozza S, Light M, editors. *Migration from the newly independent states: 25 years after the collapse of the USSR*. Cham: Springer; 2020.
5. [The situation of refugees in the world. 50 years of humanitarian activity]. Moscow; 2000. Russian.
6. Tonkoshkurov VP, Shigin AV. [Nagorny Karabakh: the Russian peacekeeping operation]. *Military Thought*. 2022;4:44–50. Russian.
7. Thomas SL, Thomas SD. Displacement and health. *Br Med Bull*. 2004;69:115–127. doi: 10.1093/bmjb/dh009
8. Pham PN, Fozouni L, Al-Saiedi A, et al. Association between distress and displacement settings: a cross-sectional survey among displaced Yazidis in northern Iraq. *BMC Public Health*. 2021;21(1):679. doi: 10.1186/s12889-021-10734-8
9. Nissen A, Cauley P, Saboonchi FJ, et al. Mental health in adult refugees from Syria resettled in Norway between 2015 and 2017: a nationwide, questionnaire-based, cross-sectional prevalence study. *Eur J Psychotraumatol*. 2021;12(1):1994218. doi: 10.1080/20008198.2021.1994218
10. White RG, Van der Boor C. Enhancing the capabilities of forcibly displaced people: a human development approach to conflict- and displacement-related stressors. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2021;30:e34. doi: 10.1017/S2045796021000263
11. Missler M, Karabani I, Cheliuskina K, et al. Risk and protective factors for the mental health of displaced Ukrainian families in the Netherlands: study protocol of a 4-year longitudinal study. *BMJ Open*. 2025;15(4):e089849. doi: 10.1136/bmjopen-2024-089849
12. Hassan G, Kirmayer LJ, Mekki-Berrada A, et al. Culture, context and the mental health and psychosocial wellbeing of Syrians: a review for mental health and psychosocial support staff working with Syrians affected by armed conflict. Geneva: UNHCR; 2015.
13. Hassan G, Ventevogel P, Jefee-Bahloul H, et al. Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016;25(2):129–141. doi: 10.1017/S2045796016000044
14. Tay AK, Mohsin M, Hau KM, et al. Variations in prevalence and risk profiles for common mental disorders amongst Rohingya, Chin and Kachin refugees from Myanmar. *Psychol Med*. 2022;52(7):1306–1320. doi: 10.1017/S0033291720003104
15. Bell V, Méndez F, Martínez C, et al. Characteristics of the Colombian armed conflict and the mental health of civilians living in active conflict zones. *Confl Health*. 2012;6(1):10. doi: 10.1186/1752-1505-6-1025
16. Diaz AD. Assessment of suicide risk and cultural considerations in forcibly displaced migrant youth. *Acad Pediatr*. 2024;24(5S):25–31. doi: 10.1016/j.acap.2023.05.024
17. Standnes MB, Haukenes I, Lunde A, Diaz E. Chronic pain and use of painkillers, healthcare services and long-term impairment among Syrian refugees: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2024;24(1):2815. doi: 10.1186/s12889-024-20266-6
18. Lindert J, von Ehrenstein OS, Priebe S, et al. Depression and anxiety in labor migrants and refugees — a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2009;69(2):246–257. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.04.032
19. Porter M, Haslam N. Forced displacement in Yugoslavia: a meta-analysis of psychological consequences and their moderators. *J Trauma Stress*. 2001;14:817–834. doi: 10.1023/A:1013054524810
20. Hermansson AC, Timpka T, Thyberg M. The mental health of war-wounded refugees: an 8-year follow-up. *J Nerv Ment Dis*. 2002;190:374–380. doi: 10.1097/000005053-200206000-00005
21. Gerber M, Filippou K, Knappe F, et al. Does cardiorespiratory fitness moderate the relationship between overweight, cardiovascular risk markers and mental health among forcibly displaced individuals living in a Greek refugee camp? *Front Sports Act Living*. 2024;6:1334230. doi: 10.3389/fspor.2024.1334230
22. Nieto-Martínez R, De Oliveira-Gomes D, Gonzalez-Rivas JP, et al. Migrants Health Lown Scholar Program Team. Telehealth and cardiometabolic-based chronic disease: optimizing preventive care in forcibly displaced migrant populations. *J Health Popul Nutr*. 2023;42(1):93. doi: 10.1186/s41043-023-00418-x
23. Cheung A, Makhashvili N, Javakhishvili J, et al. Patterns of somatic distress among internally displaced persons in Ukraine: analysis of a cross-sectional survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2019;54(10):1265–1274. doi: 10.1007/s00127-019-01652-7

24. Hart SM, Colucci E, Marzano L. Evaluating suicide prevention gatekeeper training designed to identify and support people from asylum-seeking and refugee backgrounds. *BMC Public Health*. 2024;24(1):2959. doi: 10.1186/s12889-024-20304-3
25. Cogo E, Murray M, Villanueva G, et al. Suicide rates and suicidal behaviour in displaced people: a systematic review. *PLoS One*. 2022;17(3):e0263797. doi: 10.1371/journal.pone.0263797
26. Turner SW, Gorst-Unsworth C. Psychological sequelae of torture. A descriptive model. *Br J Psychiatry*. 1990;157:475-480. doi: 10.1192/bj.157.4.475
27. Turner SW, Bowie C, Dunn G, et al. Mental health of Kosovan Albanian refugees in the UK. *Br J Psychiatry*. 2003;182(5):444-448. doi: 10.1192/bj.182.5.444
28. Boettcher VS, Neuner F. The impact of an insecure asylum status on mental health of adult refugees in Germany. *Clin Psychol Eur*. 2022;4(1):e6587. doi: 10.32872/cpe.6587
29. Beiser M, Hou F. Language acquisition, unemployment and depressive disorder among Southeast Asian refugees: a 10-year study. *Soc Sci Med*. 2001;53:1321-1334. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00412-3
30. Carlson EB, Rosser-Hogan R. Cross-cultural response to trauma: a study of traumatic experiences and posttraumatic symptoms in Cambodian refugees. *J Trauma Stress*. 1994;7:43-58. doi: 10.1007/BF02111911
31. Steel Z, Silove D, Phan T, Bauman A. Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: a population-based study. *Lancet*. 2002;360:1056-1062. doi: 10.1016/S0140-6736(02)11142-1
32. Birman D, Tran N. Psychological distress and adjustment of Vietnamese refugees in the United States: association with pre- and postmigration factors. *Am J Orthop*. 2008;78:109-120. doi: 10.1037/0002-9432.78.1.109
33. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights*. 2015;15(1):1-41. doi: 10.1186/s12914-015-0064-9
34. Sisenop F, Chatarajupalli P, Bain PA, et al. Human rights violations are associated with forcibly displaced population's mental health — a systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*. 2025;12:1454331. doi: 10.3389/fpubh.2024.1454331
35. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*. 2005;294:602-612. doi: 10.1001/jama.294.5.602
36. Whitehead J, Fokaf O, Deinekhovska T, et al. Stressors faced by forcibly displaced Ukrainians in England within 6 months of arrival: a qualitative study. *Soc Sci Med*. 2025;371:117909. doi: 10.1016/j.socscimed.2025.117909
37. Li SSY, Liddell BJ, Nickerson A. The relationship between post-migration stress and psychological disorders in refugees and asylum seekers. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18:112-124. doi: 10.1007/s11920-016-0723-0
38. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617-627. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617
39. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005;15:357-376. doi: 10.1016/j.euroneuro.2005.04.012
40. Edlund MJ, Wang J, Brown KG, et al. Which mental disorders are associated with the greatest impairment in functioning? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018;53:1265-1276. doi: 10.1007/s00127-018-1554-6
41. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-613. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
42. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-1097. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092
43. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW. Patient health questionnaire study group. Validity and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA*. 1999;282:1737-1744. doi: 10.1001/jama.282.18.1737
44. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*. 1994;272(22):1749-1756. PMID: 7966923
45. Kroenke K. PHQ-9: global uptake of a depression scale. *World Psychiatry*. 2021;20(1):135-136. doi: 10.1002/wps.20821
46. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals*. 2002;32:509-521. doi: 10.3928/0048-5713-20020901-06
47. Löwe B, Unützer J, Callahan CM, et al. Monitoring depression treatment outcomes with the Patient Health Questionnaire-9. *Med Care*. 2004;42(12):1194-1201. doi: 10.1097/00005650-200412000-00006
48. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. The Patient Health Questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32(4):345-359. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006
49. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 1994. 886 p.
50. Mitchell AJ, Yadegarfar M, Gill J, Stubbs B. Case finding and screening clinical utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9 and PHQ-2) for depression in primary care: a diagnostic meta-analysis of 40 studies. *BJPsych Open*. 2016;2(2):127-138. doi: 10.1192/bjpo.bp.115.001685
51. Plummer F, Manea L, Trepel D, McMillan D. Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: a systematic review and diagnostic metaanalysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016;39:24-31. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2015.11.005
52. Zolotareva AA. [Diagnosis of depression: a psychometric assessment of the Russian-language version of the patient's health questionnaire (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)]. *Clin Special Psychol*. 2023;12(4):107-121. Russian. doi: 10.17759/cspse.2023120406
53. Zolotareva AA. [Adaptation of the Russian-language version of the Generalized Anxiety disorder scale (Generalized Anxiety Disorder-7)]. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2023;31(4):31-46. Russian. doi: 10.17759/cpp.2023310402

54. Field A. *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (5th ed.). SAGE Publications, Inc.; 2018.
55. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate Data Analysis* (8th ed.). Cengage Learning, EMEA; 2019.
56. Menard S. *Applied Logistic Regression Analysis* (2nd ed.). SAGE Publications, Inc.; 2002. doi: 10.4135/9781412983433
57. Belsley DA, Kuh E, Welsch RE. *Regression diagnostics: identifying influential data and sources of collinearity*. Wiley; 1980.
58. O'brien RM. A caution regarding rules of thumb for variance inflation factors. *Qual Quant*. 2007;41:673–690. doi: 10.1007/s11135-006-9018-6
59. Sukiasyan S. The mental health of refugees and forcibly displaced people: a narrative review. *Consort Psychiatr*. 2024;5(4):78–92. doi: 10.17816/CP15552
60. Yilmaz E, Tamam L, Cengiz C. Post-traumatic stress disorder among long-term resettled Syrian refugees in Turkey: a comprehensive analysis of pre- and post-migratory factors. *Front Psychiatry*. 2024;15:1352288. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1352288
61. Strømme EM, Haj-Younes J, Hasha W, et al. Health status and use of medication and their association with migration related exposures among Syrian refugees in Lebanon and Norway: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2020;20(1):341. doi: 10.1186/s12889-020-8376-7
62. Silove D, Steel Z, Watters C. Policies of deterrence and the mental health of asylum seekers. *JAMA*. 2000;284(5):604–611. doi: 10.1001/jama.284.5.604
63. Dominguez-Rafer C, Lin S. What are the sensitivity and specificity of the PHQ-2 and the PHQ-9 in screening for depression? *Evidence-Based Practice*. 2011;14(3):8.
64. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression: critical review. *Br J Psychiatry*. 2000;177(6):486–492. doi: 10.1192/bjpp.177.6.486
65. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*. 2006;51:100–113. doi: 10.1177/070674370605100206
66. Zakharova NM, Tsvetkova MG. [Mental and behavioral disorders among the civilian population of the region subjected to local military operations]. *Psychology and Law*. 2020;10(4):185–197. Russian. doi: 10.17759/psylaw.2020100413
-