

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МАРІУПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

До захисту допустити:
В.о. завідувача кафедри



Олена БЛАШКОВА

«21» січня 2025р.

**«ВТРАТА ДОМУ ЯК ФАКТОР РОЗВИТКУ РОЗЛАДІВ ПСИХІЧНОГО
ЗДОРОВ'Я У ВИМУШЕНИХ МІГРАНТІВ »**

Кваліфікаційна робота
здобувача вищої освіти
другого (магістерського) рівня вищої
освіти освітньо-професійної програми
«Практична психологія»
Іванець Тетяни Мирославівни

Науковий керівник:
Задорожна-Княгницька Леніна
Вікторівна, доктор педагогічних наук,
професор

Рецензент:
Застело Анна Олександрівна,
кандидат психологічних наук, доцент
кафедри соціальної роботи та психології
НУ «Запорізька політехніка»

Кваліфікаційна робота захищена
з оцінкою 95 А / відмінно
Секретар ЕК



Ольга РЕБРО

«20 » лютого 2025р.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	8
1.1.Вплив вимушеної міграції на психічне здоров'я	8
1.2. Втрата дому як різновид невизначеної втрати	21
1.3.Методологічні засади дослідження	37
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ВТРАТИ ДОМУ СЕРЕД ВИМУШЕНИХ МІГРАНТІВ З МАРІУПОЛЯ	41
2.1.Рівень розповсюдження психічних розладів серед досліджуваної категорії населення	41
2.2.Особливості процесу проживання втрати дому вимушеними мігрантами	49
2.3.Рекомендації щодо відновлення психічного здоров'я та подолання наслідків втрати дому у вимушених мігрантів (аналіз міжнародного досвіду)	63
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	80

ВСТУП

Актуальність. Повномасштабне російське вторгнення актуалізувало для України питання масової вимушеної міграції. Станом на грудень 2024 року за даними ООН в світі фіксувалося понад 6,8 мільйона українських біженців та ще близько 4,6 мільйона ВПО. Вимушена міграція являється тим досвідом, який виходить за межі звичайного та має високий рівень травматичності, що негативним чином впливає на психічне здоров'я вимушених мігрантів. Саме тому серед вимушених мігрантів набагато вищим є рівень поширеності таких розладів психічного здоров'я як тривога, депресія, стрес, ПТСР. Враховуючи обсяги міграції українського населення, проблема відновлення психічного здоров'я вимушених мігрантів виходить для України на стратегічний рівень.

Треба відзначити, що значним стресовим фактором вимушеної міграції виступає втрата дому: зокрема, як його матеріального виміру, так і почуття дому. Дім являється вагомим елементом самоідентифікація будь-якої людини, виступаючи уособленням безпеки, наявних соціальних зв'язків та ролей, локальної ідентичності тощо. Втрата дому в умовах вимушеної міграції зачіпає всі рівні ідентичності людини та провокує різноманітні психічні реакції, які зокрема можуть переходити у розлади. Саме тому вивчення психологічних наслідків втрати дому у вимушених мігрантів та їх впливу на психічне здоров'я важливе для кращого розуміння психологічного стану вимушених мігрантів та вироблення стратегії щодо надання якісної психологічної допомоги цій групі населення.

Мета дослідження – проаналізувати вплив фактору втрати дому на особливості розвитку розладів психічного здоров'я у вимушених мігрантів на прикладі вимушених мігрантів з України (Маріуполь), Сирії, країн колишньої Югославії.

Для досягнення мети ми мали розв'язати ряд наукових **завдань**:

- охарактеризувати поняттєво-категоріальний апарат та розробити методологічні засади дослідження;

- дослідити особливості впливу вимушеної міграції на психічне здоров'я;
- проаналізувати втрату дому як різновид невизначеної втрати;
- визначити рівень розповсюдження психічних розладів серед вимушених мігрантів та фактори, які підсилюють їх інтенсивність;
- виокремити особливості процесу проживання втрати дому вимушеними мігрантами;
- сформулювати рекомендації щодо відновлення психічного здоров'я та подолання наслідків втрати дому у вимушених мігрантів.

Об'єкт дослідження: розлади психічного здоров'я у вимушених мігрантів.

Предмет вивчення: втрата дому як фактор розвитку розладів психічного здоров'я у вимушених мігрантів.

Методологія. Методологія дослідження базувалася на комплексному системному підході до вивчення питання та порівняльному аналізі (кількісному та якісному) отриманих результатів з тими показниками, які фіксували дослідники, що працювали з вимушеними мігрантами з Сирії та країн колишньої Югославії. Робота передбачала проведення емпіричного дослідження серед визначеного кола респондентів: 214 респондентів з-поміж студентів, викладачів, співробітників Маріупольського державного університету (87 міжнародних мігранта та 127 ВПО). До вибірки включалися респонденти, які відповідали наступним вимогам: до 24 лютого 2022 року проживали в Маріуполі; після 24 лютого 2022 року залишилися в місті; в умовах російської окупації виїхали з міста; зараз проживають або на підконтрольних Україні території, або за кордоном.

Для оцінки психічного здоров'я в рамках нашого дослідження були використані наступні інструменти самооцінювання: The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5), Kessler Psychological Distress Scale, які дали змогу виявити

рівень поширення таких психічних розладів як депресія, тривога, ПТСР, стрес.

Аналіз джерельної бази. Серед джерел нашого дослідження треба виокремити «Міжнародний класифікатор хвороб» (МКХ-11) та «Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів» (DSM-5) [30], які дали змогу визначитися з основними діагностичними критеріями тих розладів, які ми вивчали в нашій роботі; розробки Всесвітньої організації з охорони здоров'я щодо підтримки ментального здоров'я: Управління проблемами плюс (УП+) [12], Управління груповими проблемами плюс[40]

Крім цього, дослідження спиралося на чисельний науковий доробок сучасних дослідників. Серед опрацьованої літератури можна виокремити наступні групи:

Дослідження, присвячені питанням психічного здоров'я та основним психічним розладам: П.Булен [1], М.Войтович [2], О.Медведєва [7], Л.Попович [9], Л.Рибик [10], М.Гулдін, С.Легет[42], Р.Ховард [44], Дж.Мюррей [59], П.Босс [21; 22; 23; 24], Дж.Боулбі [25], З.Фрейд [36], Е.Кублер-Росс [52], Д.Штейн, А.Полк, К.Кендлер [77].

Дослідження, присвячені аналізу психічних розладів у вимушених мігрантів: Р.Папандопулос [8; 64; 65], В.Шевченко [14], Л.Грассер [38], М.Хайрат, С.Ходж, А.Даксбері [48], М.Ламкаддем, К.Стронкс, В.Девилле, М.Олфф, А.Герритсен, М.-Л.Ессинк-Бот [53], Р.Лийтмаер [55], Ю.Намер, О.Разум [60], Л. Робертс, Дж.Ачотеги, Р.Аллен, М.Лопес, М.Фахри [67], Г.Самуелс [70], Ч.Сиривардхана, Ш.Алі, Б.Робертс, Р.Стюарт [72], В. Волкан [83].

Прикладні дослідження, присвячені вивченню рівня поширеності психічних розладів серед вимушених мігрантів з Сирії та країн колишньої Югославії: досвід країн колишньої Югославії - М.Богіч, Д.Айдукович, Ст.Бремнер, Т.Францискович, Г.Галеацці, А.Кучукалич, Д.Лечич-Тосевський, Н.Моріна, М.Поповський, М.Шютцволь, Д.Ванг, Ст.Пріебе [20], Х. Дома, С.Тран, П. Ріосеко, Дж.Фішер[31], Б.Дроздек [33], Я.Янкович-Ранкович, Р.Ока, Я.Мейєр, Л.Геттлер [45], Б.Кнежевич, С.Олсон [51]; досвід сирійських

біженців – М.Банн, Г.Семюелс, К.Хігсон-Сміт [28], Д.Елсухаг, Б.Арнетц, Х.Джаміль, М.Ламлі, К.Бродбрид, Дж.Арнетц [34], А.Джаванбахт, Д.Розенберг, Л.Хаддад, С.Арфкен [46].

Практичне значення. Матеріали та отримані результати можуть бути використані при викладанні навчальних дисциплін, які пов'язані з психологією вимушеної міграції, проживанням невизначеної втрати, вивченням наслідків ПТСР серед невійськового населення; практичні рекомендації можуть бути враховані при розробці сучасних підходів у наданні психологічної допомоги вимушеним мігрантам (зокрема в процесі адаптації).

Апробація результатів. Результати дослідження знайшли апробацію в межах виступів на межах 2 наукових конференціях: Всеукраїнська науково-практична конференція «Суспільно-політичні трансформації у XXI столітті: локальні, національні та глобальні контексти». Київ: МДУ, 2024. (Характерні тенденції української вимушеної міграції на сучасному етапі); Актуальні проблеми науки та освіти: Збірник матеріалів XXVI підсумкової науково-практичної конференції викладачів МДУ. Київ: МДУ, 2025. (Синдром втрати дому у вимушених мігрантів: досвід греків Приазов'я)

Публікації. Результати дослідження були викладені в ряді наукових публікацій:

Іванець Т. М. Синдром втрати дому у вимушених мігрантів: слідами мариупольської трагедії. К.: Видавництво Ліра-К, 2024. 228с. (монографія)

Іванець Т. М. Особливості проживання втрати дому вимушеними мігрантами: практичні рекомендації. Науковий журнал «Габітус». 2024. №63. С.147-150. (категорія Б)

Іванець Т. М. Подолання дистресу вимушеного переміщення та відновлення психічного здоров'я вимушених мігрантів. «Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія» № 3 / 2024. С.28-32. (категорія Б)

Іванець Т. М., Сальнікова Н.В. Правовий статус українських вимушених мігрантів: особливості міжнародного регулювання. Вісник МДУ. Серія:

Культурологія. Філософія. Соціологія. 2024. №27. С.122-133. (Індекс Копернікус)

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, чотирьох підрозділів, висновків та списку використаних джерел. Основний зміст роботи викладений на 79 сторінках. Список використаних джерел складається з 86 найменувань на 13 аркушах.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1. Вплив вимушеної міграції на психічне здоров'я

Відрив від знайомого середовища, що ускладняється травматичними подіями, які спровокували міграцію, та соціальними викликами, які відбуваються в її процесі та в після міграційний період, негативно впливає на психічний стан вимушених мігрантів. Масштабні потоки вимушених мігрантів як в середині держави, так і за її межами, актуалізують питання, пов'язані з психічним здоров'ям населення.

На визначення Всесвітньої організації здоров'я: «Психічне здоров'я – це стан психічного благополуччя, який дозволяє людям справлятися зі стресами життя, реалізувати свої здібності, добре навчатися та добре працювати, а також робити внесок у суспільство. Це невід'ємний компонент здоров'я та благополуччя, який лежить в основі нашої індивідуальної та колективної здатності приймати рішення, будувати стосунки та формувати світ, у якому ми живемо» [58].

ВОЗ визначає, що до детермінантів психічного здоров'я відносяться як ризики, так і захисні чинники, які можуть формуватися та виникати протягом всього життя. Серед ризиків відзначаються індивідуальні психологічні та біологічні фактори, такі як емоційні навички, вживання психоактивних речовин, генетика, які роблять людей більш вразливими до проблем психічного здоров'я; вплив несприятливих соціальних, економічних, геополітичних та екологічних обставин, зокрема бідності, насильства, нерівності та екологічної депривації. До захисних чинників відносяться індивідуальні соціальні та емоційні навички й якості, позитивні соціальні взаємодії, які сприяють підтримці психічного здоров'я [58].

Якщо говорити про соціальні детермінанти психічного здоров'я, то до них можна віднести всі ті умови та фактори, які протягом життя людини впливають її психічне здоров'я, зокрема такі показники як дохід, зайнятість,

соціально-економічний статус, освіта, продовольча безпека, житло, соціальна підтримка, дискримінація, негаразди в дитинстві, особливості сусідства, доступ до медичної системи. Ці показники можуть в одних випадках здійснювати позитивний вплив на здоров'я, в інших - негативний [50]. В умовах вимушеної міграції негативний вплив соціальних детермінантів на психічне здоров'я в рази зростає.

Вимушене переміщення можна поділити на внутрішнє та зовнішнє переміщення. Процес, який безпосередньо включає міграцію, відноситься до зовнішнього переміщення. Однак зазвичай йому передуює переміщення внутрішнє, яке передбачає втрату особою відчуття, що вона вдома. Тобто, спочатку люди спочатку перестають вважати свій дім придатним для життя, перестають відчувати себе в безпеці, вдома, а лише тоді приймають рішення про міграцію. Звісно, в умовах військових конфліктів та вимушеного переміщення так відбувається не завжди. В кризових ситуаціях часто немає достатнього часу, щоб оцінити ситуацію та зробити висновок щодо безпечності або небезпечності ситуації. Тому рішення приймається спонтанно, під впливом афекту: великий відсоток маріупольців виїздив саме так – рішення приймалося швидко, під впливом якоїсь події, без прощання та продуманого плану. Подібна ситуація, коли зовнішньому переміщенню не передуює внутрішнє переміщення, викликає у людей більш високий рівень психологічного дискомфорту [8, с.71-72].

Також часто спостерігаються і зворотна ситуація, коли внутрішнє переміщення не супроводжується зовнішнім (фактичною міграцією). Тобто, люди продовжують жити на звичному місці, втративши при цьому відчуття дому [8, с.84]. Подібне часто спостерігається у тих людей, які не виїхали та залишилися жити в окупації. Не дивлячись на те, що їхні будинки та речі збереглися, інші атрибути дому – соціальні зв'язки, звична реальність, відчуття безпеки тощо - були втрачені (та ж сама безпека). Тому повноцінно відчувати себе вдома не вдається.

Більш-менш класичний варіант вимушеного переміщення передбачає

проходження наступних стадій. Перша стадія – внутрішнє переміщення (втрата відчуття дому): дім перестає сприйматися безпечним місцем. Друга стадія – зовнішнє переміщення (процес фізичної міграції): інколи супроводжується ще й відстороненням від інших вимірів дому (культурного, духовного, психологічного, лінгвістичного). Третя стадія - пошук нового дому: передбачає пошук безпечного місця та прагнення відновити відчуття дому. Четверта стадія – знаходження нового місця, яке має необхідні властивості. П'ята стадія - включає спроби облаштуватися на новому місці, відчувати себе дома, осмислити те, що відбулося [65].

Вимушені мігранти в процесі міграції проходять наступні чотири етапи: очікування, руйнівні події, виживання, пристосування.

Етап очікування передбачає, що люди знають або припускають, що насувається небезпека, відчувають страх за себе, своїх рідних та великий тиск через потребу ухвалювати життєво важливі рішення про подальші дії. Також цей етап відзначається тривожною невідомістю, наявністю питань, на які немає відповідей: чи буде можливість повернутися, чи всім їхати, чи комусь залишитися, щоб захистити майно тощо. Люди у цей час знаходяться під великим тиском, бо від їх рішення залежить не лише власне життя. В межах даного етапу можна виокремити два підетапи: перший охоплює той період, коли ще остаточно невідомо чи безпечний дім, чи ні; другий включає реакції на потребу змиритися з реальністю того, що відчуття дому втрачено [8, с.356-359].

Етап руйнівних подій передбачає здійснення всіх потенційних страхів, колишній порядок речей руйнується, виникають серйозні та небезпечні загрози життю. Саме цей етап визначають як етап травми. Треба відзначити, що гне всі вимушені мігранти переживають цей етап – дехто приймаю рішення щодо міграції ще на етапі очікування [8, с.356-359].

Етап виживання має дві визначальні риси: з одного боку, вимушені мігранти вже пережили загрозу життю та знаходяться в безпеці, з іншого - життя людини повністю змінилося і стало невизначеним, що сприяє зростанню

рівня тривожності. Відчуття того, що ти не являєшся господарем своєї долі та свого повсякденного життя (наприклад, в таборі біженці); необхідність тривалий час чекати рішень, жити в невідомості щодо минулого, теперішнього та майбутнього; не знати, що сталося з близькими людьми, що буде завтра – все це сприяє зростанню стресових проявів та загостренню проблем з психічним здоров'ям [8, с.356-359].

Останні етап – це пристосування. Він охоплює весь період, коли вимушені мігранти оселяються на новому місці, яке має стати домом. Труднощі, які виникають у цей час, пов'язані, перш за все, з адаптацією та інтеграцією в нову спільноту. Опанувати реалії нового місця, новий спосіб життя, нову мову, новий соціальний та правовий статус, встановити зв'язок з новим оточенням доволі складно [8, с.356-359]. І ці складнощі можуть відображатися на психічному стані вимушеного мігранта (тривога, депресія, стрес, загострення інших наявний психічних розладів тощо).

Крім цього, вимушені мігранти мають справу з цілим набором різноманітних втрат (від втрати близької людини до втрати частини власної ідентичності), що також спричиняє різного роду дискомфорти [8, с.215].

Дослідник Ренос Папандопулос, який тривалий час вивчав психологічний стан вимушених мігрантів, для пояснення стану людини в умовах вимушеного переміщення використовував термін «ностальгічна дезорієнтація», під яким мається на увазі певний досвід осіб, які були висмикнуті зі своєї «дійсності» (при чому без прив'язки до того страждають вони наслідок цього від будь-якого психічного розладу чи не страждають). Науковець зазначав, що посттравматичний досвід – це не завжди посттравматичний розлад. Кожен вимушений мігрант прагне повернутися до дому, і це прагнення проявляється у ностальгічних тенденціях. Р. Папандопулос використовує поняття «ностальгічна дезорієнтація», яке означає досвід, пов'язаний з втраченим домом, який призводить до значного дискомфорту та болю. До її складових елементів можна віднести дискомфорт, пошук причин, створення ідеального образу дому. Однак треба зауважити, що

ностальгічна дезорієнтація не являється психічною патологією, навпаки, вона може створювати умови для пожвавлення та трансформації [65].

В межах ностальгічної дезорієнтації можна виділити дві групи ефектів: ностальгічна нагальність та онто-екологічна невлаштованість.

Ностальгічна нагальність проявляється в надмірній конкретності вимог вимушеного мігранта до його нового «дому» (щоб зробити його максимально схожим на той рідний дім, що було втрачено), що, в свою чергу, часто приносить зворотній ефект – замість того, щоб створити відчуття дому, подібна схожість виступає потенційним тригером та посилює ностальгію [65].

Онто-екологічна невлаштованість пов'язана з порушенням онто-екологічної усталеності, яка за своєю суттю являється набором різних характеристик, притаманних нашій ідентичності – належність до певного оточення, природного чи фізичного середовища, мовленнєвої, вікової, гендерної, релігійної, культурної професійної, соціальної групи тощо. В умовах вимушеної міграції всі ці належності, за якими і визначається ідентичність, зазнають змін.

Треба відзначити, що зміни, пов'язані зі складовими елементами нашої онто-екологічної усталеності, відбуваються постійно, однак якщо вони не є дуже великими та швидкими, зазвичай ми встигаємо пристосуватися, тому їх не помічаємо. Однак в умовах вимушеної міграції подібні зміни є дуже значними, втрати ряду елементів ідентичності негативно впливає на людину та викликає дискомфорт. У випадку, коли ці втрати можна пояснити та ідентифікувати, вони проживаються трохи простіше. Якщо ж вони сприймаються як нерозумні й нелогічні та при цьому торкаються найбільш ґрунтовних складових елементів ідентичності – в таких випадках особа гостро переживає подібні втрати, що проявляється в онто-екологічній невлаштованості [64].

Фаза перед вимушеним переміщенням часто пов'язана з підвищеним впливом травматичних подій та з травматичним досвідом. Предміграційна травма виступає провідним психологічним стресором (вона пов'язана з

подіями, що загрожували життю, фізичним насильством, вимушеною розлукою з близькими тощо). Подорож до місця призначення також часто супроводжуються травмами, такими як фізичні труднощі, тривалий психосоціальний стрес, інколи фізичне та сексуальне насильство тощо [45].

Початковий досвід перебування в місці призначення (більше це стосується міжнародної міграції, однак частково є відповідним і для внутрішнього переміщення) можна описати як культурний шок, який перевіряє загальну адекватність функціонування особистості, супроводжується сумом за покинутим та несе загрозу ідентичності. Цей процес можна класифікувати як травматичне розставання [55]. Воно зазвичай супроводжується великою кількістю джерел стресу, з якими змушені стикатися вимушені мігранти, серед них відчуття втрати дому та землі, де народилися; розуміння того, що твоя власність перебуває під чимось контролем; відсутність впевненості, що зможеш повернутися у рідні місця [35].

Втрата контролю, якою супроводжується вимушена міграція, часто проявляється у вигляді соматичних проблем. Особливо це посилюється в умовах середовища, яке має багато відмінностей у порівнянні з рідним. При цьому чим більше відмінностей – тим більше психологічних проблем. Так, втрата почуття належності до своєї групи часто підштовхує до ізоляції та самотності, втрата традицій та звичок веде до втрати частини ідентичності, втрата звичної роботи та соціального статусу викликає почуття нікчемності [35].

Багато хто з українських вимушених мігрантів з високим рівнем освіти, які в Україні займали високі посади з високою заробітною платою, в умовах міграції були змушені працювати на низько кваліфікованих та низько оплачуваних посадах. Така втрата соціального статусу та звичного стилю життя викликала величезний психологічний тиск, який проявлявся у вигляді депресії, проблем зі сном, різноманітних соматичних розладів.

Ті з вимушених мігрантів, хто був змушений залишити своїх близьких або

втривав їх від час конфлікту, ще й додатково відчували провину того, хто вижив. Ці відчуття дуже сильно перешкоджало процесу адаптації, бо сама можливість покращити своє становище на рівні підсвідомості сприймалася як неправильна. Подібне сприйняття базувалося на відчутті стыду через те, що вони рухаються далі у той час, коли їх близькі загинули чи залишилися в окупації [35].

Негативним чином на психологічний стан вимушених мігрантів також впливає факт пережитого психічного чи фізичного насильства, потрапляння когось з близьких в полон тощо.

Особливості переживання процесу вимушеної міграції залежать і від рівня передбачуваності відповідних подій, бо непередбачуваність посилює невизначеність, а вона є одним з найбільш деструктивних почуттів, пов'язаних з міграцією [8, с.372]. Невизначеність змушує людину перебувати у стані, коли життя ніби ставиться на паузу, існувати в очікуванні, коли все стане прогнозованим. В умовах вимушеної міграції це заважає адаптувати на новому місці, інтегруватися в громаду. Бо виникає питання: «А навіщо? Треба почекати, поки все проясниться, може і не потрібно буде інтегруватися».

Також рядом досліджень відзначено, що вимушені мігранти надмірну увагу приділяють минулому та майбутньому, недооцінюючи теперішнє. А саме теперішнє сильно впливає на те, як людина буде переживати випробування. Якщо вимушені мігранти знаходяться в приязному оточенні, яке до них ставиться з розумінням, то їм буде простіше пристосуватися, чим тоді, коли вони знаходяться в небезпечних умовах та недружньому середовищі [8, с.373]. Гостинність, дружні відносини між суспільством, з якого походить мігрант, та приймаючим суспільством сприяють адаптації.

Щодо гендерної поширеності психічних розладів, то відзначено, що жінки є більш вразливими до проблем, пов'язаних з психічним здоров'ям, більш схильними до фізіологічного стресу після травми [45].

Вимушена міграція, пов'язана з військовими конфліктами, які супроводжуються високим рівнем насильства, переслідуваннями,

порушеннями прав людини, травмами, тортурами тощо, створює всі умови для розвитку проблем з психічним здоров'ям. Серед таких проблем найпоширенішими являються депресія, тривога, ПТСР. Результати чисельних досліджень, проведених серед вимушених мігрантів з країн колишньої Югославії, Сирії, демонструють, що перелічені вище розлади являються характерними на певних етапах майже третині цієї категорії населення. При цьому, частина респондентів демонструє послаблення симптомів з часом, а частина - може їх відчувати роками, особливо у випадку з ПТСР [57].

У порівнянні з тими групами населення, які постійно проживають на своїй території та не зазнавали переміщень, серед вимушених мігрантів ризик виникнення таких розладів як депресія, тривога, ПТСР, психози є набагато вищим [74]. На їх психічне здоров'я впливають наступні фактори: досвід, який спричинив вимушену міграцію; досвід життя в таборах для переміщених; досвід шляху до країни перебування; досвід життя в країні перебування; проблеми у спілкуванні, міжкультурній комунікації; потреба в увазі; неправильне харчування; травми та посттравматичні інфекції; психологічні проблеми; низька медична грамотність [57].

Особливої різниці у психологічних наслідках вимушеної міграції серед ВПО та серед міжнародних мігрантів виявлено не було.

Для міжнародних вимушених мігрантів окрім депресії та ПТСР характерними є соматичні проблеми та екзистенціальні дилеми (пов'язані з руйнацією наявних шаблонів). Постміграційний стрес може загострювати ефект від попередньої травми, викликаючи серйозний ризик для психологічного здоров'я. При цьому, далеко не завжди проблеми психологічного характеру проявляються одразу при прибутті - інколи це відбувається значно і значно пізніше [81].

Емоційний стрес та психічні розлади частіше спостерігаються серед міжнародних біженців ніж серед ВПО, що пов'язано з впливом постміграційних стресорів: труднощі з інтеграцією, мовленнєвий бар'єр, нестабільний правовий статус, соціальна ізоляція, дискримінація, втрата

контакту зі своїм корінням та культурною спадщиною тощо. Загалом, постміграційні фактори пояснюють 14% ПТРС, а фактори до міграції – до 20%. Простежується залежність між стресовими постміграційними факторами (такими як низька соціальна активність, соціальні ізоляція) та депресією [54]. Також дослідження, проведені серед біженців, демонструють, що, звертаючись за допомогою, вони мають тенденцію проявляти не емоційні стани, а соматичні [81].

У свою чергу ВПО демонструють більшу вразливість до проблем з психологічним здоров'ям, якщо вони опиняються в умовах, коли продовжують переживати травматичні події протягом більш тривалого часу [81]. Подібне було зафіксовано у ВПО в Косово, схожа динаміка відзначається і в українських ВПО. Наприклад, люди, що переїхали з Маріуполя до інших українських міст, особливо в південному, центральному та східному регіонах, продовжують постійно зазнавати травматичного досвіду пов'язаного з загрозою життю в результаті ракетних обстрілів, повітряними тривогами, проблемами з електрикою, водою тощо. Це знаходить втілення в більш високому рівні розповсюдження психічних розладів серед цієї групи вимушених мігрантів.

Процес проходження міграційного горювання проявляється у симптомах, які отримали назву синдром Улісса (на честь давньогрецького героя Одиссея). Цей синдром вперше описала доктор Хосеба Ахотегі. Данна концепція базується на тому, що надто інтенсивний стрес, пов'язаний з міграцією, може перевищити адаптаційні можливості людини та викликати певну симптоматику. До стресових факторів синдрому Улісса можна віднести самотність та вимушене розтавання з близькими людьми; відчуття розпаду та невдачі; боротьба за виживання; страх та страждання, пов'язані з міграційними небезпеками. Негативний вплив цих факторів на психічне здоров'я посилюється наступними характеристиками: множинність небезпек; хронічний характер; відчуття неможливості змінити ситуацію, безпорадність; велика інтенсивність стресорів; відсутність мережі соціальної підтримки [67].

Серед типових симптомів синдрому Улісса можна відзначити відчуття самотності та вразливості; ностальгія та постійний смуток; втома, безсилля, зниження продуктивності; проблеми з психічним та фізичним здоров'ям; страхи та тривога; зосередженість на негативних думках; ізоляція та самознецінення; збій соціальних орієнтирів; почуття провини та сорому [67].

Також синдром Улісса, окрім нетипової депресивної картини, пов'язаної з тривогою та міграційним горем, може включати мігрені, загальне занепокоєння, шлункові та інші фізичні болі, дратівливість, безсоння. Ці симптоми посилюються через тривалу розлуку з країною походження, культурну та соціальну сегрегацію та тиск з метою досягнення певних імміграційних цілей, поставлених особисто чи офіційно [60].

Якщо ж мова йде про вимушених мігрантів, то в цьому випадку ситуація ускладнюється неоднозначним, а часто ворожим прийомом, фізичною або символічною втратою значущих людей; труднощами з житлом, працевлаштуванням і документами; а в деяких випадках затриманням та загрозою депортації. Біженці дуже гостро відчувають втрату належності до спільноти, яка є базовою потребою людини та провідним компонентом психічного здоров'я [22].

Трансформована симптоматика синдрому Улісса у вимушених мігрантів отримала назву «синдром біженця». Міністерство охорони здоров'я України визначило наступні симптоми, які є характерними для цього стану: пригнічений настрій та відчуття безпорадності; почуття втрати дому; провинна за те, що перебуваєш в безпеці, коли іншим загрожує війна; неконтрольовані спалахи агресії та підвищена дратівливість; нездатність радіти та емоційне оніміння; різкі коливання почуттів до людей, які вас оточують і допомагають, та до тих, кого ви залишили [11].

Явище зворотної міграції також може здійснювати значний вплив на психічний стан мігранта, особливо в випадках, коли повернення є примусовим. Але навіть при добровільному поверненні до покинутого дому, цей процес, особливо після тривалого переміщення, може стати

травматичною подією. Данна травматизація пов'язана з рядом факторів: руйнація встановлених зав'язків на новому місці проживання; не виправдання оптимістичних сподівань від повернення додому; повернення травми, пережитої під час вимушеного переміщення – повторна травматизація; великий рівень стресових факторів у місці походження [73].

Загалом, серед причин дистресу при репатріації основною є неочікуваність: вимушені мігранти не очікують труднощів під час повернення на батьківщину. Якщо під час вимушеної міграції люди очікують можливих психологічних страждань, дискомфорту, то відчутти щось подібне при поверненні додому вони не готові. До труднощів не готові і ті люди, які являються підтримкою для репатріанта. В результаті, виникають великі розбіжності між прогнозованим поверненням та фактичним повернення, які проявляються у вигляді репатріаційного стресу. Крім того, досвід репатріації залежить від рівня адаптації індивіда до приймаючої культури. Чим краще вимушений мігрант пристосується до життя в нових умовах, тим складнішим для нього буде процес репатріації [79].

Дуже часто вимушену міграцію асоціюють з формуванням ідентичності жертви, яка примушує людей почуватися безпорадними, звинувачувати інших, зрікатися особистої відповідальності за своє життя. Однак подібна ідентичність формується далеко не у всіх жертв подій чи обставин [8, с.61]. Дехто навпаки знаходить новий сенс життя та досягає успіхів. Катастрофи на рівні суспільства посилюють стійкість та суспільну згуртованість [8, с.134].

Фактори, які перешкоджають розвитку психічних розладів серед вимушених мігрантів, характеризують поняттям «стійкість» [73]. Індивідуальну стійкість описують як здатність людини успішно адаптуватися до стресових і травматичних переживань або відновлюватися після них. Вона представляє собою поєднання особистих навичок та якостей, індивідуальну модель реагування на стрес з одного боку, та соціального середовища та підтримуючої сімейної мережі з іншого боку [72]. Саме ці фактори впливають на особливості міграції, акультурації, відчуження.

Регон Пападопулос виділяв п'ять категорій стійкості: збереження поточних позитивних функцій в більш-менш незмінній формі – стабільність; швидке повернення до колишньої рівноваги після руйнівних потрясінь – відновлення; терпляче ставлення до різних форм нестабільності – терпимість; пристосування до нових змін, контекстів, реалій тощо - гнучкість або адаптивність; формування нових способів буття - здатність до трансформацій [8, с.387-388].

Для будь-якої людини головним джерелом підтримки протягом усього життя виступає родина. В період вимушеної міграції роль родини також важко переоцінити, бо саме вона в складних умовах надає допомогу та стабілізаційну підтримку. Родина виступає ланкою між індивідуальним досвідом та ширшими непередбачуваними обставинами й випробуваннями, важливим ресурсом стійкості як для дітей, так і для дорослих.

До основних складових елементів родини, що створюють стійкість у дітей, можна віднести підтримку в сім'ї; схвалення батьків; стабільність сім'ї; згуртованість сім'ї; надійні стосунки між дітьми та батькам. Роль родини як ресурсу підтримки для дорослих можна прослідкувати на прикладі результатів дослідження, проведеного серед палестинських жінок-біженок. Вони продемонстрували, що рівень соціально-психологічних ресурсів сім'ї був зворотно пропорційним психологічному дистресу серед травмованих жінок; рівень міцності сім'ї (показники включали скоординовану відданість, впевненість, труднощі та контроль) був зворотно пропорційний психологічному дистресу і прямо пропорційний благополуччю в межах цієї групи [76].

Однак в окремих випадках під час вимушеної міграції в процесі вирішення нагальних проблем може залишатися поза увагою родинна динаміка та потреби вразливих членів родини (дітей, членів родини похилого віку чи з особливими потребами), родина може розділитися, що сприятиме здобуттю різного досвіду у окремих членів родини та формуванню розколу, можуть виникнути нові ролі, ідентичності, зв'язки, розбіжності та

суперечності [8, с.365]. В результаті родина перестає повноцінно виконувати свою ключову функцію підтримки.

Сьогодні все більшу роль у нашому житті відіграють різноманітні віртуальні зв'язки, які формують нові форми родинних, громадських та соціальних стосунків. В кризових умовах, таких як війна та вимушена міграція, набуває поширення феномен тісного переплетіння зав'язків між кровними членами родини та тими, кого вважають членами родини не через кровну спорідненість, а через близьку дружбу. При чому такі «родини» включають в себе як представників реальних, так і представників віртуальних спільнот [8, с.369-370]. Подібні спільноти виступають важливим джерелом підтримки (і не лише моральної) та впливають на те, наскільки успішно людина переживає випробування вимушеної міграції.

Серед соціальних ресурсів підтримки, які виходять за межі родини, можна відзначити освітні заклади (для дітей) та роботу (для дорослих). В умовах загострення впливу стресових факторів, зокрема пов'язаних з політичним насильством, важливим проявом стійкості є збереження повсякденної діяльності. Це створює відчуття нормальності. Наприклад, відвідування школи захищає дітей від депресії та антисоціальної поведінки. Дослідження за участю колишніх дітей-солдат у Сьєрра-Леоне показало, що молодь, яка навчалася в школі, мала вищий рівень адаптивної та соціально орієнтованої поведінки, незважаючи на стресові фактори війни [76].

Взагалі, для формування стійкості в умовах вимушеної міграції дуже важливою являється соціальна підтримка. Відзначено, що у випадках, коли мігрує ціла група, рівень соціальної підтримки є вищим, а рівень поширеності депресії відповідно є нижчим, ніж у випадках, коли люди розосереджуються на великій території і в наслідок цього соціальна підтримка також розсіюється. У структурі соціальної підтримки можна виокремити два складових елементи: інструментальна підтримка (матеріальні речі, інформація) та емоційна підтримка (комфорт, заохочення) [76].

Стійкість являється динамічним процесом, який може змінюватися в

залежності від культурного розвитку, історичного контексту, віку, статі тощо. Серед факторів, які сприяють зниженню стійкості, можна виокремити тривале переміщення, труднощі, що не зникають, літній вік вимушених мігрантів. Низький рівень стійкості призводить до розвитку психологічних розладів та патологій [72].

І навпаки, покращення соціально-економічних умов, високий рівень соціальної підтримки, тривале перебування в приймаючій країні, молодий вік мігранта виступають факторами стійкості [12]. Також подолати ті наслідки травми вимушеної міграції, які можуть призвести до формування ідентичності жертви, можна за допомогою актуалізації сильних сторін та ресурсів мігранта. Якщо звернути увагу людини на те, чого вона вже досягла попри страждання, дезорганізацію тощо, то це сприятиме подальшій відбудові вимушеним мігрантом своєї цілісності та повноцінного відчуття власного «я», маючи терапевтичний ефект [8, с.388-389].

1.2. Втрата дому як різновид невизначеної втрати

Аналіз феномену втрати дому необхідно, перш за все, розпочати з визначення таких поняттєвих категорій як «втрата» та «горе».

Втрата і загальному розумінні представляє собою складний негативний людський досвід, пов'язаний з відсутністю можливості володіти чимось. Дослідники Ерік Міллер та Джулі Омарзу визначали втрату як результат події, яка сприймається залученими особами як негативна та призводить до довготривалих змін у соціальних ситуаціях, стосунках, усвідомленнях. Тобто, щось можна вважати втратою, якщо воно проживається та усвідомлюється особою, включає в себе несприятливі події, має наслідки в майбутньому [59].

Втрата завжди супроводжується емоційною реакцією. Емоційна реакція на втрату називається горем. Горе об'єднує індивідуальні почуття та відповіді на той досвід, що людина вважає втратою, і який може бути як реальним (очевидний для інших людей), так і уявним (значущий лише для особи, що його переживає). Дослідник Ерік Ліндемманн визначав горе як синдром з

психічною та соматичною симптоматикою, що виникає одразу (або інколи не одразу) після кризи [56].

Горе може включати в себе цілку гамму почуттів: розчарування, гнів, провину, сум, жаль тощо (навідмінно від депресії, яка відзначається відсутністю почуттів). При цьому проживання почуттів під час горя не є лінійним, для нього характерні емоційні коливання. За своєю суттю горе являється процесом, за допомогою якого людина бореться з болем втрати, віднаходить відчуття рівноваги і ресурс продовжувати жити, і в підсумку - змиряється з втратою [2].

Однією з перших теорій, пов'язаних з втратою, була теорія Зигмунда Фрейда, яку він виклав у своїй роботі «Скорбота та меланхолія» 1917 року. Дослідник вважав, що коли людина прив'язується до чогось, то у неї з її об'єктом прихильності виникають психічні зв'язки. При втраті об'єктів прив'язаності виникає порушення рівноваги внутрішньої енергії, що викликає психічну нестабільність, яка проявляється в реакціях горя. Втрату значущого об'єкту З. Фрейд описував словом «траур» (Trauer). Для того, щоб пережити втрату, перш за все необхідно спрямувати психічну енергію з втраченого об'єкту на щось або когось іншого. Це можливо зробити в процесі переживання горя за допомогою неодноразового перегляданням всіх аспектів стосунків із втраченим об'єктом [59]. Тобто горе – це, по факту, процес поступового відчуження від втраченого об'єкту. Якщо ж в процесі горювання щось йде не так, може загострюватися стан меланхолії, яка представляє собою у розумінні З. Фрейда глибокий прояв депресії та втрату можливості отримувати задоволення від будь-чого [1].

В роботі «Симптоматологія та робота гострого горя» 1944 року Еріка Ліндемманна було запропоновано концепцію «роботи горя», яка розглядала горювання як процес, за допомогою якого люди, що пережили втрату, звільняються від прив'язаності до втраченої людини, адаптуються до життя без неї, починають будувати нове життя. Дослідник не лише описав нормальне та гостре горе, але й визначив фізичні почуття, які його притаманні:

соматичний дисстрес, гіперболізований вплив образу померлого (нереальність оточуючого світу), почуття провини, неприємні реакції (дратівливість, негатив щодо інших, намагання залишитися наодинці з горем), нездатність функціонувати на попередньому рівні (все робиться автоматично, без інтересу). Ці характеристики і сьогодні застосовуються для діагностики горя. Також Е. Ліндемманн відзначив, що інколи в людини, що переживає горе, починають з'являтися риси померлого (в поведінці, стилі розмов тощо), і це вже є свідчення патологічного горювання [56].

Джон Боулбі аналізував втрату та горе через призму такого поняття як «прихильність». Він розумів прихильність як те, що розвивається на самому ранньому етапі розвитку людини та виступає запорукою безпеки та виживання. Коли певні прихильності втрачаються, то людина відчуває негативні емоції, які Дж. Боулбі називав скорботою або горюванням. Дослідник відзначав, що скорбота та туга за втраченим об'єктом прихильності - це нормально, навіть інтенсивні прояви горя не являються патологією [25].

На основі дослідження, яке Джон Боулбі проводив разом з Коліном Парксом було виокремлено чотири фази горя: шок і заціпеніння (характеризується недовірою до факту втрати); туга та пошук (передбачає усвідомлення втрати, відзначається гнівом, розчаруванням, пошуком винного), дезорганізація (проявляється в вигляді депресії, яка є результатом прийняття реальності втрати), реорганізація (включає усвідомлення нового життя без об'єкту втрати та спроби жити далі) [80]. Не дивлячись на те, що Дж. Боулбі визнавав горе нормальним явищем, однак у той же час він зазначав, що у випадку існування проблемних моделей прихильності, можуть виникати проблемні варіанти горювання [59].

Однією з найвідоміших моделей горювання є концепція Елізабет Кюблер-Росс, викладена у праці «Про смерть та вмирання» 1969 року. Вона передбачає проходження людиною п'яти стадій горювання: заперечення – передбачає відмову прийняти втрату як захисний механізм від болю; гнів - може спрямовуватися на оточуючих, себе, об'єкт втрати; угода, торг –

представляє собою спробу домовитися, зокрема з вищими силами; депресія – включає смуток, жаль, страх, невпевненість; прийняття – характеризується початком примирення з втратою та спробою почати жити далі [80].

Дослідник Вілліам Ворден пропонував розглядати адаптацію до втрати через процес виконання чотирьох завдань: прийняття реальності; переживання болю втрати; пристосування до середовища; переорієнтація емоційної енергії (зі страждань на нову діяльність, що приносить задоволення). Ці завдання особа, що пережила втрату, може виконувати в будь-якому порядку, працювати над ними з перервами [85].

Представник конструктивістського напрямку в психології Роберт Неймейер описував горе як процес формування сенсів. Відповідно до його підходів люди формують власне розуміння реальності через розповідь своїх життєвих історій, які створюються під впливом власних поглядів та переконань. Втрата впливає на наші ключові реальності, а значна втрата може призвести до скасування власних життєвих принципів та вимагає розробки нового базису, до якого буде включена і втрата. Процес скорботи являється активним процесом (не пасивним), емоції виступають дороговказом, відновлення ідентичності після втрати є соціальним процесом, а основна суть адаптації після втрати полягає в пошуку способу включити втрату в нову ідентичність [61].

Вамік Волкан у своїй роботі «Життя після втрати. Психологія горювання» 1993 року зазначає, що процес горя є індивідуальним для кожного, бо він обумовлений нашим минулим досвідом. Горе дослідник поділяв на нормальне (неускладнене) та патологічне. Особливість підходу В. Волкана полягає у тому, що він приділяв увагу не лише процесу переживання втрати, пов'язаної зі смертю близької людини, але й іншим типам втрат, таким як втрата мрії, втрата родини, втрата колишнього себе, втрата дому тощо [2].

Окремої уваги заслуговують популярні сьогодні інтегративні підходи до розуміння втрати.

Маргарет Строуб та Хен Шут розробили інтегративну модель

подвійного процесу подолання втрати, яка передбачає, що існує дві форми стресових факторів, пов'язаних з горем: стресори орієнтовані на втрату та стресори орієнтовані на відновлення. Спочатку переважають стресори першої групи, але з часом починають збільшуватися роль стресорів другої групи. В межах цієї заміни стресорів і відбувається переживання втрати [78].

Цікавою також є інтегративна модель горя, яку розробили Мей-Брін Гулдін та Карло Легет. Ця модель передбачає виділення декількох вимірів горя, кожен з яких має свої прояви.

Фізичний вимір: Горе (особливо гостре) супроводжується втратою апетиту, напругою, втратою енергії, втомою, порушенням сну та соматичними скаргами. На цьому рівні дуже важливо ефективно та швидко врегулювати стрес, відновити біохімію, здатність спати та їсти, бо в іншому випадку ускладнюється обробка когнітивної, емоційної, соціальної інформації.

Емоційний вимір: Горе проявляється у вигляді емоцій відчаю, страждання, провини, гніву, ворожості, туги тощо.

Когнітивний вимір: Горе знаходить вихід у вигляді почуття недовіри, думок про втрату та заклопотаності цими думками, проблем з концентрацією, пам'яттю.

Соціальний вимір: Горе впливає на соціальні зв'язки, призводить до соціальної самоізоляції, проблемам з передачею горя іншим, виражається у вигляді культурних практик та ритуалів горя.

Духовний вимір: Передбачає процес інтеграції втрати у власне життя та пошук способів відновити здатність довіряти та вірити.

Всі ці п'ять вимірів горя між собою пов'язані та охоплюють внутрішньо особистісний та міжособистісний рівень інтеграції втрати [42].

Також на сьогодні є доволі поширеним підхід когнітивно-поведінкової школи, відповідно до якого горе не являється неконтрольованим процесом, бо пізнання та поведінка можуть змінити негативний досвід. З урахуванням цього важливими складовими горювання є уявлення про втрачений об'єкт, сам процес горювання, розуміння методів вирішення проблем та планування

перебудови власного внутрішнього світу [59].

В основі будь-якого горя лежить дистрес розлуки – стан гострого емоційного розладу, який виникає після втрати, характеризується тугою, відчаєм, поглинанням в обставити втрати, думки про втрачене. Дистрес розлуки являється нормальною реакцією на втрату. В ньому можна виділити емоційні, когнітивні та поведінкові елементи [1].

Традиційно прийнято виокремлювати п'ять типів горя: випереджаюче горе, гостре горе, безправне горе, звичайне горе, ускладнене горе.

Випереджаючим горем називають горе перед втратою, тобто, наприклад, у випадку встановлення близькій людині смертельного діагнозу [37].

Гостре горе спостерігається одразу після втрати та являє собою реакцію на розлуку та на стрес. Воно супроводжується шоком, недовірою, відмовою від звичайного життя та справ [37]. Дослідник Джордж Поллок поділяв гостре горе на три стадії: реакція шоку, афективні реакції, реакція на розставання [10].

Безправне горе передбачає скорботу за втратою, яка ще не підтверджена та не визнана. Особливістю цього типу горя є те, що людина не може відкрито переживати свою втрату (наприклад, втрата через стигматизовані хвороби, перервану вагітність тощо) [37].

Окремо та більш детально треба розглянути звичайне (нормальне) горе та ускладнене горе, які являються найбільш поширеними типами.

Звичайне (нормальне) горе передбачає, що дистрес розлуки поступово зменшується в процесі примирення з незворотністю втрати [1]. Подібний тип горя характеризується загальними почуттями та реакціями на втрату, які можна поділити на декілька груп:

- фізичні прояви (порожнеча в шлунку, стиснення в грудях, слабкість, втома, прискорене серцебиття, чутливість до шуму, задишка, запаморочення, головний біль, напруга, відсутність енергії та сухість у роті, втрата або збільшення ваги);

- емоційні прояви (заціпеніння, смуток, страх, гнів, сором, самотність, полегшення, емансипація, туга, тривога, почуття провини, самодокори, безпорадність і покинутість, звинувачення, депресія, заперечення, плутанина, дратівливість, смуток, шок);

- когнітивні прояви (деперсоналізації, плутанина, нездатність зосередитися, сни про померлого, ідеалізація померлого або відчуття присутності померлого, труднощі з зосередженням, недовіра, заклопотаність тим, що було втрачено, та/або галюцинації);

- поведінкові прояви (погіршення продуктивності, плач, замкнутість, надмірна реактивність, зміна стосунків або уникнення нагадувань про померлого, плаксивість, агресивність, втрата інтересу до діяльності, неспокій та/або порушення сну) [37].

І хоча симптоматика нормального горя може бути схожою на депресивну симптоматику, однак вони мають ряд принципових відмінностей. «Діагностичний та статистичний довідник з психічних розладів DSM-5» наступним чином порівняльну характеристику нормальному горю та депресивному епізоду:

- При горі домінуючим афектом є відчуття порожнечі і втрати, тоді як при депресивному епізоді - стійкий пригнічений настрій і нездатність передбачити щастя або задоволення.

- Пригнічений настрій при горі зменшується в інтенсивності протягом декількох днів або тижнів і виникає хвилями, які пов'язані з думками або нагадуваннями про втрату. Пригнічений настрій при депресивному епізоді є більш стійким - він не пов'язаний з конкретними думками чи занепокоєнням.

- Біль горя може супроводжуватися позитивними емоціями та гумором, що нехарактерно для всепроникного нещастя та страждань, характерних для депресивного епізоду.

- Зміст думок, пов'язаних з горем, зазвичай характеризується заклопотаністю та спогадами про втрату, а не самокритичними або

песимістичними роздумами, які спостерігаються при депресивному епізоді.

– Під час горя самооцінка, як правило, зберігається, тоді як при депресивному епізоді поширені почуття нікчемності та ненависті до себе (інколи можуть виникати самопринижуючі думки при горюванні, але вони пов'язані не з особою того, хто горює, а з уявними помилками по відношенню до об'єкту втрати).

– Якщо людина, яка пережила втрату, думає про смерть, то такі думки, як правило, зосереджені на втраченому об'єкті (бажання приєднатися до нього), тоді як при депресивному епізоді думки зосереджені на тому, щоб покінчити з власним життям через відчуття власної нікчемності, недостойності життя або нездатності впоратися з болем депресії [30].

Ускладнене горе передбачає збереження дистресу розлуки протягом тривалого часу (місяці та роки), воно спостерігається у 10-20% людей, сприяють йому такі фактори як раптова смерть, насильницька смерть, залежні стосунки з об'єктом втрати, смерть дитини, чисельні втрати, спостерігання важкого процесу вмирання, відсутність підтримки тощо.

В ускладненому горі можна виокремити наступні види: хронічне (не вщухає тривалий час, найменше нагадування викликає інтенсивні переживання), відкладене (звичайні реакції горя відкладаються на потім, «робота горя» не відбувається), перебільшене або конфліктне (гіперінтенсивна реакція горя, що включає кошмари, фобії, думки про самогубство, одна з ознак горя може гіпертрофуватися, подвійні почуття, ейфорія що переходить в депресію), замасковане або пригнічене горе (коли людина не усвідомлює, що її поведінка заважає нормальному життю після втрати – скасування зустрічей з близькими щоб ходити на могилу; прояви горя незначні або відсутні, виникнення соматичних скарг, подібних до тих, що були у померлого) [39]. Іноді до цієї класифікації включають несподіване горе (раптовість не дає прожити втрату, переважають інтенсивні почуття, які заважають в повсякденному житті) та відсутнє горе (повністю відсутні зовнішні прояви горя) [2].

В «Міжнародному класифікаторі хвороб» (МКХ-11) та «Діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів» (DSM-5) розлад, пов'язаний ускладненим горем, отримав назву розлад тривалого горя – РТГ. Він передбачає наявність відчуття туги, суму, заклопотаності, реакцій, які перевищують соціальні, культурні та релігійні норми та спричиняють значний дистрес. Відповідно до DSM-5 цей розлад діагностується через 12 місяців після втрати та окрім вище зазначених характеристик має включати хоча б три з наступних симптомів: порушення ідентичності, невіра, уникнення, інтенсивний емоційний біль, труднощі з продовженням життя, емоційне заціпеніння, відчуття безглуздості та самотність. Відповідно до МКХ-11 РТГ діагностується через 6 місяців після втрати та окрім вище зазначеного характеризується інтенсивним емоційним болем (смуток, провинною, гнівом, запереченням, звинуваченням, труднощами з сприйняттям втрати, нездатністю відчувати позитивний настрій, заціпенінням, труднощами в соціальній сфері тощо) [1].

Розлад тривалого горя має певну схожість з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) та депресією.

ПТСР – хронічне порушення психічного стану, яке розвивається через певний час у людей, які пережили загрозливу для життя травматичну подію. Характеризується наступними проявами: постійні думки про травматичну подію; постійний стан бойової готовності; небажання згадувати про травму; панічні атаки; хронічний біль; проблеми з функціонуванням в звичайному житті (з роботою, в стосунках, зловживання алкоголем та наркотиками); суїцидальні думки [15].

Депресія – психічне захворювання (може мати хронічну та епізодичну з рецидивами форми), яке характеризується станом пригніченості, втрати інтересу до життя, відсутністю можливості отримувати задоволення та порити повсякденні справи протягом тривалого часу (від двох тижнів). Характеризується наступними проявами: пригнічення; втрата інтересу; неможливість відчувати радість; низька концентрація; тривога; сонливість або

безсоння; втрата апетиту; низька самооцінка; відчуття відчаю або провини; суїцидальні думки [4].

Не дивлячись на те, що і РТГ, і ПТСР, і депресії притаманні проблеми з регулюванням негативних та позитивних емоцій, негативні переконання щодо себе та майбутнього, вони мають ряд важливих відмінностей.

Емоційна сфера: для РТГ провідною емоційною складовою виступає дистрес розлуки та туга, для ПТСР – тривога, для депресії – знижений настрій та знижена здатність відчувати позитивні емоції.

Спогади: при РТГ провідними є спогади про втрату, при ПТСР – небажані думки про загрозові та травмуючі події.

Поведінка: для РТГ характерним є пошук близькості з втраченим об'єктом, для ПТСР – уникнення того, що нагадує про травматичну подію, для депресії – бездіяльність та відстороненість.

При РТГ спостерігаю хронічну активацію системи прив'язаності, при ПТСР – хронічну активацію системи страху, при депресія – хронічне порушення настрою та мотиваційної поведінки [1].

Переходу нормального горя в патологічну форму та формування розладу тривалого горя сприяють наступні три чинника. По-перше, відсутність інтеграції втрати в наявні уявлення. Якщо втрата та знання про неї не інтегруються (або недостатньо інтегруються) у ідентичність людини та її погляди на майбутнє життя, це призводить до постійного відчуття шоку, розгубленості, нереальності втрати [1].

По-друге, дезадаптивні когніції. Після втрати люди часто мають негативні уявлення про себе та своє майбутнє, однак при нормальному процесі горювання з часом це має пройти. Але в окремих випадках люди не відпускають об'єкт втрати, зосереджуються виключно на ньому, продовжують вважати себе негідними життя, а своє майбутнє безрадісним протягом дуже тривалого часу. При цьому відповідальність за втрату може перекладатися як на інших, викликаючи гнів, або на себе, призводячи до самозвинувачення та почуття провини [1].

По-третє, тривожне та депресивне уникнення. Проявляється в припиненні звичної соціальної, професійної та іншої діяльності, що може бути зумовлено наступними чинниками: без об'єкту втрати будь-що здається безцільним або неможливим; діяльність сприймається як щось несправедливе по відношенню до втраченого об'єкту; вся діяльність була пов'язана лише з втраченим об'єктом [1].

Треба відзначити, що більшість теорій втрат та горя, особливо на початкових етапах, фокусували увагу на втратах в контексті фізичної смерті людини. Однак втрати цим не обмежуються. Дослідниця Карлі Софка запропонувала наступну класифікацію втрат, не пов'язаних зі смертю: очевидні втрати (розрив стосунків); не очевидні втрати (втрата мрії); втрата розвитку протягом життя; тимчасові втрати; втрати пов'язані з невизначеністю, складною ситуацією [75].

Наприкінці 90-х років XX століття дослідниця Полін Босс ввела до наукового обігу поняття «невизначена втрата» (інколи зустрічається варіант перекладу «неоднозначна втрата»). Їй термін акцентував увагу на брак інформації про об'єкт втрати. Невизначені втрати поділялися на два типи.

Невизначена втрата першого типу стосується фізичної втрати в умовах, коли немає остаточної інформації жива людина чи ні. Прикладами такого типу невизначеної втрати є випадки випадку з людьми, що зникли без вісти або були викраденні в умовах стихійних лих, війни тощо. П. Босс називала цю втрату фізичною відсутністю з психічною присутністю. Цей же тип втрати може виникнути в разі втрачання контакту - тобто ви знаєте, що людина в порядку, але зв'язок з нею підтримувати можливості немає (розлука через імміграцію, розлучення, ув'язнення тощо) [84].

Невизначена втрата другого типу передбачає психічне або емоційне зникнення. П. Босс описувала цю втрату як психологічну відсутність при фізичній присутності. Тобто маються на увазі ситуації, при яких особистість людини настільки змінилася, що вона вже за своєю суттю не являється тією людиною, яку ви знали. Подібне може відбуватися через черепно-мозкову

травму, залежність, депресію, деменцію тощо [84].

Основною проблемою невизначених втрат є те, що відсутнє відчуття завершеності. Не маючи повної інформації мозок втрачає контроль та заповнює відсутню інформацію різними думками, зокрема жахливими. Відсутність остаточного усвідомлення, підтвердження того, що втрата сталася, не дає людині пройти всі етапи горювання та продовжити жити ділі.

Типовими симптомами втрати (не зважаючи на її тип) являють порушення сну; втрата або набрання ваги; дратівливість; проблеми з концентрацією уваги; втрата інтересу до навколишнього світу (новини, робота, близькі люди, хобі тощо); пригніченість; апатія; прагнення усамітнитися; плач; самозвинувачення; суїцидальні думки; соматичні симптоми; відчуття втоми (постійне); регулярне застосування снодійних та/або заспокійливих; галюцинації, відчуття присутності [2].

У більшості культур невизначені втрати не визнаються повноцінними втратами, тому немає спеціальних ритуалів горювання. Це призводить до того, що жертва залишається один на один зі своїм горем без соціальної підтримки. Таким чином, в особливості невизначеної втрати ускладнюють процес горювання, часто призводячи до ізоляції та посилення травми.

В контексті вимушеної міграції невизначені втрати стосуються, перш за все, втрати дому в найширшому розумінні цього поняття: втрата батьківщини, ідентичності, належності, сімейних, соціальних, професійних, релігійних зав'язків, почуття безпеки, пов'язаного з знайомим середовищем, речей тощо. Як і всі невизначені втрати, втрата дому не супроводжується спеціальними ритуалами прощання, підтримки чи скорботи.

Втрата дому може відбуватися на двох рівнях. По-перше, фізична втрата, що передбачає втрату матеріального виміру дому. По-друге, психологічна втрата або втрата почуття дому, що передбачає втрату домом своїх основних функцій, зокрема забезпечення безпечного середовища. Крім того втрата дому пов'язана з втратою належності, втратою зав'язків з близькими людьми, втратою соціального статусу [3].

Інколи, психологічна втрата дому відбувається без фізичної втрати. У таких випадках людина, навіть залишаючись в стінах дому або повертаючись туди вдома себе не відчуває. Серед ознак психологічної втрати дому можна виокремити наступні: відчуття провини, сорому, необхідності підлаштовуватися від обставини; відсутність контролю над ситуацією, відчуття, що можеш втратити дім у будь-який час; неможливість усамітнитися, розслабитися; відмова від володіння речами, що несуть комфорт (щоб не втратити знову); відсутність бажань або сприйняття їх недосяжними; постійна тривога, потрібність щось робити, кудись бігти; небажання повертатися додому (краще бути деінде); відчуття самотності; відчуття загрози, ніби постійно під чимось наглядом; постійні погані передчуття; невпевненість в собі; недовіра до оточення, відчуття з боку людей негативного ставлення (зневажливого, байдужого, надто вимогливого) [16].

Відокремлення від дому та рідної землі не за власною волею – це завжди емоційна травма. Вона може викликати нестерпне бажання повернутися, яке перешкоджатиме інтеграції в приймаючу громаду, блокуватиме бажання розвивати зв'язки з новим місцем проживання. Крім того, дисонанс від почуттів, які викликає минуле та теперішнє, може заважати відчувати себе в безпеці [47].

Під впливом всіх цих факторів багато хто з мігрантів стає, за визначенням В. Волкана, «постійним плакальником», який перетворює втрачений дім на інтроект (неаутентичне бажання, нав'язане зовнішніми факторами). Втрата стає об'єктом, який вимагає постійної уваги, інтроект та особа знаходяться в постійному зв'язку [83]. В результаті, вимушені мігранти опиняються в підвішеному стані між втраченим місцем походження та місце теперішнього перебування, унеможливаючи таким чином формування нового почуття дому та вкоріненості. Зв'язок з втраченим домом може підтримуватися через символічні предмети, такі як фізичні речі (фотокартки, сувеніри, якісь речі) або абстрактні речі (спогади, традиції, релігія, національні елементи тощо) [55].

Вимушене переміщення та втрата дому передбачають процес горювання, проходження через який є необхідним для того, щоб почати формувати нову ідентичність. При цьому горювання часто може супроводжуватися почуттям сорому та провини через те, що людина залишила рідний дім. В подібних випадках людина може заборонити собі горювати, однак таке витіснення почуттів в результаті призводить до апатії, депресивних симптомів, коли стає важко вставати з ліжка та виконувати роботу.

Важливим етапом проживання втрати є її усвідомлення. Зазвичай для усвідомлення втрати (зокрема втрати дому) необхідно близько року. Перша річниця завжди при будь-якому типі втрати є найважливішою. Після неї починається формування нових традицій, звичок. І втрата часто виступає точкою відліку для подальших подій в житті вимушеного мігранта (перша річниця на новому місці, другий день народження на новому місці тощо).

Та інколи для того, щоб пережити втрату дому, треба більше часу. Це залежить від ряду факторів: рівень розриву між тим, що було, та тим, що стало (чим більшим є цей розрив, тим складніше пристосуватися); наявність незавершених справ та незакритих гештальтів; відсутність в оточенні людей зі схожим досвідом [13].

На процес проживання трауру впливають також сучасні інформаційні технології. Розвиток комунікацій змінив розуміння віддаленості втраченого дому. За допомогою мережі інтернет можна підтримувати зв'язок з тими елементами, які у вимушеного мігранта асоціюються з домом: спілкуватися з представниками рідної громади, брати участь в заходах громади, підтримувати контакт з людьми, що залишилися «вдома». Така «віртуальне наближення» може як сприяти більш швидкому проходженню горювання, так і навпаки посилювати відчуття туги та ностальгії [55].

Ностальгія взагалі виступає тим афектом, який зв'язує об'єкти та явища. Вона поєднує разом як позитивні почуття (такі як прихильність), так і негативні почуття (пов'язані з втратою безпеки та історичної спадковості). Якщо розглядати ностальгію спосіб ставлення до минулого, то вона завжди

має елементи спотворення та виступає продовженням відчуття втрати та символом втраченого [83].

Аналізуючи втрату, В. Вокан ввів поняття «речі, що зв'язують» та «явища, що зв'язують», які виступають символами, що пов'язані з свідомими та несвідомими внутрішніми відносинами до втрати. «Речі, що зв'язують», допомагають перенестися в минуле. Втрата дому передбачає втрату почуттів та спогадів, що були в ньому, а вони в переважній більшості прив'язані до матеріальних речей. Саме тому вимушені мігранти надають дуже великого значення речам з дому, які не стільки призначені для виконання своїх функціональних задач, скільки використовуються, щоб підтримувати зв'язок з втраченим [55].

Часто, якщо є така можливість, вимушені мігранти, покидаючи дім, беруть з собою знаки особистої прив'язаності, талісмани, символічні та культові предмети, які наділені особистими, родинними, етнічними значеннями. Дослідник Рене Гіршон описував випадки, коли грецькі біженці, тікаючи з власних домівок на території Малої Азії в 1923 році, везли з собою православні християнські ікони своїх місцевих святих [8, с.173].

Після адаптації ефект ностальгії зникає, але не повністю. Інколи, через внутрішню агресію, ностальгія може не розвиватися. Наприклад, таке буває серед тих, хто був травмований в наслідок воєнних дій, особливо, якщо стан ускладняється провиною того, хто вижив. У цих людей розвивається депресивний стан, на фоні якого загострюються та проявляються фізичні захворювання. Подібне явище називають отруєння ностальгією, воно не дає пережити втрату повноцінно. Треба відзначити, що непережиті травми не лише шкодять конкретній людині, але й можуть передаватися від покоління до покоління (прямо чи опосередковано) через мову, поведінку, афекти тощо [55].

Розмови про втрачений дім, з одного боку, можна віднести до ностальгічних, пов'язаних з минулим, з іншого боку, їх можна розглядати як такі, що допомагають створити безперервний зв'язок між минулим та

сьогоденням. Подібні комунікації сприяють формуванню «спільнот пам'яті», які використовують колективні спогади для переосмислення нового дому. В умовах тривалого переміщення спогади про дім, про належність особи можуть змінюватися, зокрема у відповідь на плин час або політичні події. Наприклад, дослідники Реббека Брайнт та Пітер Лоїзос, помітили подібні зміни в риторичі щодо втраченого дому серед вимушених мігрантів з числа греків-кіпріотів. Залишаючись 30 років вдалині від свої домівки, ці люди вважали, що повернення є можливим та бажаним. Однак після того, як відкрили пропускні пункти між турецькою та грецькою частиною острова у 2003 році і вигнанці отримали змогу відвідати свої рідні села, риторика змінилася. Побачивши, що реальність не відповідає тим образам, що зберіглися в пам'яті, вимушені мігранти почали сприймати дім як місце остаточної втрати, а не місце, куди можна повернення [32].

Якщо говорити про українських вимушених мігрантів, то треба відзначити, що горювання за втраченим домом відбувається в умовах війни, що триває, тому супроводжується надзвичайно великим додатковим навантаженням на психіку, яке часто перевищує її адаптаційні та компенсаторні можливості: велика кількість травматичних подій, високий рівень невизначеності, небезпеки, несподіваності, необхідність виконувати одночасно багато завдань, девальвація звичайних сенсів та цінностей тощо [7].

Травматизація під час воєнних дій переважним чином має характер мультитравми (одночасно декілька травматичних подій) або політравми (множинна, комбінована травми). При цьому фактори, що травмують, можуть бути розкидані в часі, пролонговані, вимагати миттєвої реакції. В таких умовах часу на проживання горя або немає, або його надто замало. Все це створює підґрунтя для формування відкладеного горя. Емоційні реакції в момент втрати пригнічуються, емоції забороняються, бо є інші першочергові задачі (виживання, потурбуватися про близьких) [7].

Також воєнні дії можуть провокувати ускладнене горе. Раптовість втрат, наявність невизначених втрат або декількох втрат одночасно, відсутність

можливості попрощатися – все це унеможлиблює проходження ряду етапів горя як процесу самозцілення. В результаті людина застрягає на певному етапі горя, що супроводжується депресією, безпорадністю, небажанням жити тощо [7].

1.3.Методологічні засади дослідження

В результаті повномасштабного російського вторгнення мільйони українців були змушені покинути свій дім та стати вимушеними мігрантами. Вимушена міграція з тимчасово окупованих територій в більшості випадків передбачала не лише психологічну втрату дому, але і його фізичне відчуження. У випадку з Маріуполем ситуація була ускладнена ще й тим, що люди були змушені покидати дім в умовах активних військових дій в місті, рятуючи своє життя та не маючи можливості й часу, щоб зібрати речі, попрощатися, продумати дорогу тощо. Таким чином, втрата дому стала символічною втратою, яка зібрала навколо себе всі інші втрати.

На основі включеного спостереження за вимушеними мігрантами з Маріуполя та аналізу досвіду вимушеної міграції в умовах війни громадян з інших держав, передусім Сирії та країн колишньої Югославії, нами було виокремлено ряд спільних ознак, пов'язаних з досвідом переживання втрати дома та особливості їх впливу на психічне здоров'я.

Важливо було прослідкувати рівень поширеності основних психічних розладів, притаманних вимушеним мігрантам, серед маріупольців, що виїхали; проаналізувати особливості процесу горювання, речі, що на нього впливають; виокремити відсоток людей, у яких симптоми горя зберігаються тривалий час (більше ніж півтора роки); з'ясувати наявність симптомів біженця; визначити, що виступає факторами стійкості та сприяє ефективному проживанню втрати.

До участі в дослідженні були залучені студенти, викладачі та співробітники Маріупольського державного університету. Були визначені наступні критерії включення до дослідження:

- до 24 лютого 2022 року проживали в Маріуполі;
- після 24 лютого 2022 року залишилися в місті; в умовах російської окупації виїхали з міста;
- зараз проживають або на підконтрольній Україні території, або за кордоном.

Особи, які зараз мешкають на тимчасово окупованих територіях або на території РФ до вибірки не включалися.

Визначені обмеження вибірки були обґрунтовані тим, що дана категорія вимушених мігрантів пережила схожий досвід вимушеної міграції, який супроводжувався не лише традиційною для вимушених мігрантів втратою дому, але додатковим травматичним досвідом, що включав високий рівень фізичного та психологічного насильства, декілька типів втрат одночасно, необхідність діяти в умовах високого рівня невизначеності та відсутності всіх елементів цивілізації, зокрема професійної медичної та психологічної допомоги.

Кількість учасників дослідження склала 214 осіб, що становило 25% від загальної кількості осіб, які відповідають вимогам дослідження. Були визначені квоти для викладачів, співробітників, студентів (відповідно до їх відсоткового співвідношення), потім випадковим чином були обрані респонденти з загального переліку.

Дослідження проводилося за допомогою онлайн анкетування протягом березня 2024 року. В дослідженні взяло участь 87 осіб, які знаходяться за межами України, та 127 осіб, які перемістилися після окупації Маріуполя в межах країни. В анкеті використовувалися питання як закритого, так і відкритого типу.

В рамках дослідження було використано системний підхід до вивчення питання втрати дому у вимушених мігрантів та проблемний підхід при викладенні матеріалу.

Теоретична частина дослідження передбачала використання таких загальнонаукових методів як аналіз та синтез, індукція та дедукція, метод

побудови типологій, історичний підхід під час вивчення етапів розвитку наукових підходів до ключових поняттєвих категорій. Крім цього застосовувався контент-аналіз при вивченні законодавчої бази з питань врегулювання вимушеної міграції, статистичний аналіз при дослідженні тенденцій розвитку вимушеної міграції та репатріації (міжнародної, в рамках окремих країн тощо), для обробки отриманих кількісних результатів опитування.

Практична частина дослідження передбачала використання широкого спектру соціологічних методів, зокрема включене спостереження, експертне опитування, анкетування, яке включало закриті та відкриті питання.

Формування симптомів синдрому втрати дому робилося за допомогою абстрагування та моделювання на основі тієї інформації, яку ми отримали при вивченні досвіду вимушених мігрантів з різних країн світу та включеного спостереження на вимушеними мігрантами з Маріуполя.

Для оцінки психічного здоров'я в рамках нашого дослідження були використані наступні інструменти самооцінювання: The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5), Kessler Psychological Distress Scale, які дали змогу виявити рівень поширення таких психічних розладів як депресія, тривога, ПТСР, стрес.

Крім того, в межах дослідження активно використовувався порівняльний метод, перш за все, при вивченні поширеності симптомів синдрому втрати дому та рівня розповсюдженості психічних розладів серед вимушених мігрантів. Результати, які ми отримали в межах дослідження серед маріупольців, були порівняні з тими результатами, які отримали різні дослідники при роботі з вимушеними мігрантами з інших країн світу.

Це дало нам змогу надати отриманим результатам більшої вірогідності та зробити висновки більш об'єктивними. Крім того, порівняльний аналіз використовувався при вивченні світового досвіду щодо переживання втрати дому та подолання психічних наслідків вимушеної міграції, на основі

систематизації якого нами було вироблено рекомендацій для українських реалій.

РОЗДІЛ 2.

ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ВТРАТИ ДОМУ СЕРЕД ВИМУШЕНИХ МІГРАНТІВ З МАРІУПОЛЯ

2.1.Рівень розповсюдження психічних розладів серед досліджуваної категорії населення

З метою виявлення рівня поширеності таких психічних розладів як депресія, тривога, ПТСР, стрес серед вимушених мігрантів з Маріуполя в рамках нашого дослідження були використані наступні інструменти самооцінювання психічного здоров'я: The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5), Kessler Psychological Distress Scale. Отримані результати було використано для порівняльного аналізу, який мав на меті продемонструвати спільні та відмінні риси у розповсюдженості психічних розладів у різних групах вимушених мігрантів (за результатами нашого дослідження та результатів інших досліджень, які проводилися серед українських вимушених мігрантів в країнах Європи, серед сирійських біженців, серед біженців та внутрішньо переміщених осіб в країнах колишньої Югославії).

Для більшої зручності у представленні результатів порівняльного аналізу, ми використовували в цьому підрозділі наступні терміни для позначення окремих підгруп досліджуваних:

«Вимушені мігранти (МДУ)» – вимушені мігранти з-поміж студентів, викладачів та співробітників Маріупольського державного університету, які відповідають критеріям та були включені у дослідження.

«Вимушені мігранти за кордоном (МДУ)» – вимушені мігранти з-поміж студентів, викладачів та співробітників Маріупольського державного університету, які відповідають критеріям, були включені у дослідження та на сьогодні знаходяться за межами України (біженці, шукачі притулку, особи, які отримали тимчасовий захист).

«Внутрішньо переміщені особи (МДУ)» – вимушені мігранти з-поміж

студентів, викладачів та співробітників Маріупольського державного університету, які відповідають критеріям, були включені у дослідження та на сьогодні проживають на підконтрольній Україні території.

На основі проведеного дослідження було виявлено рівень поширення основних розладів психічного здоров'я, які характерні для вимушених мігрантів – депресія, тривога, ПТСР – серед «вимушених мігрантів (МДУ)».

Таблиця 2.1

Рівень поширення основних розладів психічного здоров'я, які характерні для вимушених мігрантів – депресія, тривога, ПТСР – серед «вимушених мігрантів (МДУ)»..

Розлади психічного здоров'я	Вимушені мігранти (МДУ) (п=214)		Вимушені мігранти за кордоном (МДУ) (п=87)		Внутрішньо переміщені особи (МДУ) (п=127)	
	кількість	%	кількість	%	кількість	%
Стрес (Шкала психологічного дистресу Кесслера (Kessler Psychological Distress Scale))						
Низький рівень стресу	40	18,7%	15	17,2%	25	19,6%
Середній рівень стресу	42	19,6%	15	17,2%	27	21,3%
Високий рівень стресу	76	35,5%	40	46%	36	28,4%
Депресія (Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS))						
Помірна депресія	69	32,3%	30	34,5%	39	30,7%
Сильна депресія	31	14,5%	17	19,5%	14	11%
Тривога (Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS))						
Помірна тривога	64	30%	26	30%	38	30%
Сильна тривога	54	25,3%	24	27,6%	30	23,6%
Посттравматичний стресовий розлад (Опитувальник PCL-5)						
ПТСР	74	34,6%	36	41,4%	38	30%

Депресія була виявлена у 46,8% досліджуваних (помірна – 32,3%; сильна – 14,5%). Вищі показники були зафіксовані в групі «вимушені мігранти за

кордоном (МДУ)»: 34,5% – помірна депресія, 19,5% – сильна депресія. У групі «внутрішньо переміщені особи (МДУ)» ці показники були значно нижчими: помірна депресія – 30,7; сильна депресія – 11%.

Тривога була зафіксована у 55,3 % досліджуваних: 30% – помірна тривога; 25,3% – сильна тривога. Помірна тривога була однаково розповсюджена і серед групи «вимушені мігранти за кордоном (МДУ)», і серед групи «внутрішньо переміщені особи (МДУ)». Вищий рівень сильної тривоги відзначено у «вимушених мігрантів за кордоном (МДУ)»: 27,6% проти 23,6 %.

Симптоматика ПТСР була відзначена у 34,6% досліджуваних. Вищі показники ПТСР також були відзначені у групі «вимушені мігранти за кордоном (МДУ)» – 41,4%, серед представників групи «внутрішньо переміщені особи (МДУ)» ПТСР був на рівні 30%.

Також наше дослідження передбачало вивчення рівня стресу серед вимушених мігрантів. Це важливо для розуміння загальної картини, бо вимушені мігранти не лише мали негативний досвід на різних етапах переміщенням, але й продовжують стикатися з великою кількістю джерел стресу. Окрім втрати дому, яка пов'язана з відривом від своєї землі, невпевненістю щодо можливого повернення, розумінням, що твій дім знаходиться під чимось контролем, втратою почуття належності до своєї групи та частини власної ідентичності, вимушена міграція також пов'язана з втратою контролю, проблемами з адаптацією та інтеграцією до нового середовища, втратою звичного соціального статусу, роботи (часто вимушені мігранти, навіть з високою кваліфікацією та рівнем освіти, змушені займатися низько кваліфікованою працею). А якщо людина ще й втратила когось з близьких (або була змушена їх залишити), то додається провина того, хто вижив [58].

В межах дослідження серед 35,5% «вимушених мігрантів (МДУ)» було зафіксовано високий рівень стресу, при цьому високий рівень стресу був більше поширений серед «вимушених мігрантів за кордоном (МДУ)» – 46%, серед «внутрішньо переміщених осіб (МДУ)» показник поширення високого

рівня стресу на третину нижчий – 28,4%. При цьому середній рівень стресу та низький рівень стресу навпаки був більш поширеним серед групи «внутрішньо переміщених осіб (МДУ)».

Таблиця 2.2.

**Характеристика рівнів стресу у вимушених переселенців за
результатами дослідження**

	Вимушені мігранти (МДУ) (п=214)	Вимушені мігранти за кордоном (МДУ) (п=87)	Внутрішньо переміщені особи (МДУ) (п=127)	Українські вимушені мігранти в Німеччині (п=308) [26]	Українські вимушені мігранти в Чехії (п=1347) [41]	Сирійські біженці (аналіз 11 досліджень, п=4873) [62]	Біженці з країн колишньої Югославії (п=854) [20]	ВПО на території колишньої Югославії (п=3313) [66]
Депресія	46,7%	54%	41,7%	44,7%	41,5 %	31% (20% – 44%)	34,3%	4,1% – 37,3%
Тривога	55,1%	57,5%	53,5%	51%	23,1 %	40% (31% – 50%)	43,7%	15,6% – 41,8%
ПТСР	34,6%	41,4%	30%	—	—	31% (22% – 41%)	33,1%	10,6% – 35,4%
Легкий рівень стресу	18,7%	17,2%	19,6%	11,2%	—	—	—	—
Середній рівень стресу	19,6%	17,2%	21,3%	22,7%	—	—	—	—
Високий рівень стресу	35,5%	46%	28,4%	40,5%	—	—	—	—

Порівняльний аналіз поширення психічних розладів серед «вимушених мігрантів (МДУ)» та інших груп вимушених мігрантів дав наступні результати.

У «вимушених мігрантів (МДУ)» відзначався вищий рівень депресії, ніж у інших вимушених мігрантів (як з України, так і з інших країн): «вимушені мігранти за кордоном (МДУ)» – 54%; українські вимушені мігранти в Німеччині – 44,7%; українські вимушені мігранти в Чехії – 41,5%; сирійські біженці – 31%; біженці з країн колишньої Югославії – 34,3% (у Великобританії – 40,9%, у Німеччині 36,8%, в Італії – 25,6%) [20; 26; 41; 62].

У групі «внутрішньо переміщені особи (МДУ)» рівень депресії був нижчий, ніж в групі «вимушені мігранти за кордоном (МДУ)» – 41,7%. Але цей показник був вищим ніж показник серед ВПО в країнах колишньої Югославії: Косово – 37,3%; Сербія – 26,2%; Хорватія – 21,1%; Боснія та Герцеговина – 10,9%; Республіка Македонія – 4,1% [66].

Розрив між даними нашого дослідження та інших досліджень складає для міжнародних мігрантів – 9,3%–28,4%; для внутрішніх мігрантів – 4,4%–37,6%.

Порівняльний аналіз рівня тривоги продемонстрував наступні результати: «вимушені мігранти за кордоном (МДУ)» – 57,5%; українські вимушені мігранти в Німеччині – 51%; сирійські біженці – 40%; біженці з країн колишньої Югославії – 43,7% (в Німеччині – 60,7%, в Великобританії – 42,4%, в Італії 30,3%); «внутрішньо переміщені особи (МДУ)» – 53,5%; внутрішньо переміщені особи в Косово – 41,8%, в Боснії та Герцеговині – 41,5%, в Сербії – 39,7%, в Хорватії – 30,1%, в Республіці Македонія – 15,6% [20; 26; 41; 62; 66].

Розрив між даними нашого дослідження та інших досліджень складає для міжнародних мігрантів – 6,5%–27,2%, для внутрішніх мігрантів – 11,7%–37,9%.

Рівень поширеності ПТСР серед «внутрішньо переміщених осіб (МДУ)» вкладався в загальносвітові тенденції – 30% (рівень ПТСР серед ВПО в Боснії

та Герцеговині сягає 35,4%, Сербії 18,8%, Косово 18,2%, Хорватії 18%, Республіці Македонія 10,6%) [66].

Серед «вимушених мігрантів за кордоном (МДУ)» цей показник був вищим та становив 41,4%. Для порівняння серед сирійських біженців рівень ПТСР складав 31%; серед біженців з країн колишньої Югославії – 33,1% (54,9% в Німеччині, 28,8% в Великобританії, 18,9% в Італії) [20].

Сукупна кількість осіб з середнім та високим рівнем стресу серед «вимушених мігрантів за кордоном (МДУ)» та серед українських мігрантів в Німеччині була однаковою - 63,2%, хоча і простежувалися певні відмінності у співвідношенні кількості людей у групах середнього та високого рівнів стресу. Ці ж показники в групі «внутрішньо переміщені особи (МДУ)» сягали 49,7%.

Таблиця 2.3.

Результати порівняльного аналізу рівнів стресу серед «вимушених мігрантів за кордоном (МДУ)» та серед українських мігрантів у Німеччині

	4 розлади		3 розлади		2 розлади		1 розлад		Немає розладів	
	кількість	%	кількість	%	кількість	%	кількість	%	кількість	%
Вимушені мігранти (МДУ) (п=214)	51	23,8%	34	15,9%	33	15%	38	17,8%	58	27%
Відповідно до місця кінцевого переміщення										
Вимушені мігранти за кордоном (МДУ) (п=87)	23	26,4%	19	21,8%	14	16,1%	11	12,6%	20	23%
Внутрішньо переміщені особи (МДУ) (п=127)	28	22%	15	11,8%	19	15%	27	21,3%	38	30%

Продовження табл. 2.3

Відповідно до статі										
Чоловіки (п=39)	6	15,4%	7	17,9%	3	7,7%	4	10,3%	19	48,7%
Жінки (п=175)	45	25,7%	27	15,4%	30	17,1%	34	19,4%	49	28%
Відповідно до віку										
18–25 (п=159)	36	22,6%	26	16,4%	28	17,6%	28	17,6%	41	25,8%
26–40 (п=20)	6	30%	3	15%	3	15%	3	15%	5	25%
Більше 41 (п=35)	9	25,7%	5	14,3%	2	5,7%	7	20%	12	34,3%

Кількісний аналіз поширеності психічних розладів серед «вимушених мігрантів (МДУ)» продемонстрував, що 39,7% мали більше ніж 2 розлади психічного здоров'я: 23,8% – 4 розлади, 15,9% – 3 розлади (серед ВПО в країнах колишньої Югославії більше ніж 2 розлади мали від 7,1% до 35,3% в залежності від країни) [66]. Лише у 27% досліджуваних не було виявлено жодного з розладів.

Порівняльний аналіз в групах за різними критеріями виявив наступні результати. Найбільш поширені розлади серед «вимушених мігрантів за кордоном (МДУ)»: 26,4% мали 4 розлади, 21,8% мали 3 розлади.

Найбільша кількість осіб, які не мали жодного розладу, була зафіксована серед чоловіків – 48,7% (серед жінок – 28%). Жінки мати більшість у наступних групах: 4 розлади – 25,7%, 2 розлади – 17,1%, 1 розлад – 19,4%; чоловіки тільки в групі з 3 розладами – 17,9%.

Найбільший відсоток досліджуваних з 4 розладами ми зафіксували в віковій групі 26–40 років – 30%; серед тих, кому понад 40 років, їх було 25,7%; найнижчий показник було виявлено у віковій групі 18–25 років – 22,6%.

Найбільше число досліджуваних з 3 розладами було зафіксовано в віковій групі 18–25 років, вікова група 26–40 років – 15%, вікова група понад 40 років – 14,3%.

Найбільшу кількість осіб, в яких не зафіксовано жодних розладів, було відзначено в групі понад 40 років – 34,3%, в інших вікових групах показник був майже однаковий: 18–25 років – 25,8%; 26–40 років – 25%.

Таблиця 2.4.

Порівняльний аналіз в групах за різними критеріями

Кількість розладів	Тип додаткової втрати						Не було додаткових втрат	
	Втрата близької людини (в Маріуполі, після переміщення, на фронті)		Близька людина в полоні або зникла безвісти		Свідок фізичного насильства, жертва психологічного насильства			
	кількість	%	кількість	%	кількість	%	кількість	%
Загальна кількість (n=214)	68	31,8%	34	15,9%	45	21%	103	48,1%
4 розлади (n=51)	22	43,1%	12	23,5%	14	27,5%	21	41%
3 розлади (n=34)	9	26,5	5	14,7%	8	23,5%	14	41,2%
2 розлади (n=33)	8	24,2%	5	15,2%	7	21,2%	17	51,5%
1 розлад (n=38)	12	31,6%	6	15,8%	10	26,3%	17	44,7%
Без розладів (n=58)	17	29,3%	6	10,3%	6	10,3%	34	58,6%

Серед «вимушених мігрантів (МДУ)» 51,9% крім вимушеного переміщення та втрати дому зазнали ще і додаткових втрат. Серед них 31,8% втратили близьку людину (в Маріуполі, після виїзду, на фронті); у 15,9% близька людина знаходиться в полоні або зникла безвісти; 21% зазнали психологічного насильства або стали свідком фізичного насильства.

Найвища кількість досліджуваних, в яких не було додаткових втрат, була відмічена серед тих, хто не має психічних розладів – 58,6%; у групі з 2 розладами – 51%, у групі з 1 розладом – 44,7%, у групі з 3 розладами – 41,2%, у групі з 4 розладами – 41%.

У групі з 4 розладами був найвищий рівень тих, хто втратив близьку людину в Маріуполі, після міграції або на фронті – 43,1%. При цьому 4,9 % втратили декілька близьких людей (в Маріуполі, після міграції, на фронті); 9,8% втратили декілька близьких людей і хтось з близьких потрапив в полон або зник безвісти; 9,8% втратили декілька близьких людей, хтось з близьких потрапив в полон або зник без вісти, додатково зазнали психологічного або фізичного насильства; 1,9% або втратили близьку людину та пережили насильство, або пережили насильство та мають близьку людину, яка потрапила в полон чи зникла без вісти.

Декілька додаткових втрат мають у групі з 3 розладами 2 особи (6%), у групі з 2 розладами 4 особи (12,1%), в групі з 1 розладом 6 осіб (15,8%), в групі без симптомів розладів 4 особи (6,9%).

2.2.Особливості процесу проживання втрати дому вимушеними мігрантами

І хоча горювання є нормальним процесом проживання втрати, проявом дистресу розлуки, однак якщо симптоми зберігаються тривалий час то ми можемо говорити про те, що таке горе є патологічним, у людини розвивається розлад тривалого горя. Відповідно до DSM-5 розлад тривалого горя може бути діагностовано після 12 місяців після втрати, відповідно до МКХ-11 після 6 місяців [1]. Враховуючи, що учасники дослідження пережили травматичний досвід, пов'язаний з втратою дому, приблизно 1,5 – 2 роки тому, задачею нашого дослідження було проаналізувати залишкові симптоми горя.

Перш за все в межах дослідження учасникам було запропоновано самостійно визначити яку стадію переживання втрати (за класифікацією Е. Кюблер-Рос) відповідно до їх суб'єктивного сприйняття вони зараз проходять.

Таблиця 2.5

**Результати самостійного визначення вимушеними переселенцями
стадії переживання втрати**

Стадія горювання	5 стадія прийняття	4 стадія депресія	3 стадія компроміс	2 стадія гнів	1 стадія заперечення
Відсоток учасників, які проходять цю стадію	64%	17,8%	9,8%	3,7%	4,7%

Більшість відзначила, що вони вже прийняли втрату та готові жити далі, близько 5 частини учасників переживали депресію та близько 10 частини були на стадії пошуку компромісу. На перших двох стадіях (заперечення та гнів) перебувало лише 18 осіб.

Також, щоб оцінити горе як реакцію на втрату дому, учасникам дослідження було запропоновано провести самоаналіз та визначити, які з зазначених типових симптомів горя вони у себе помічали протягом останніх двох-трьох місяців.

Серед типових симптомів горя були визначені наступні [2]: порушення сну; втрата або набір ваги; дратівливість; проблеми з концентрацією уваги; втрата інтересу до навколишнього світу (новини, робота, близькі люди, хобі тощо); пригніченість; апатія; прагнення усамітнитися; плач; самозвинувачення; суїцидальні думки; соматичні симптоми; відчуття втоми (постійне); регулярне застосування снодійних та/або заспокійливих; галюцинації, флеш-беки, відчуття, що ти ще знаходишся в Маріуполі. Серед варіантів відповіді було «часто», «інколи», «ніколи або майже ніколи». Проведене дослідження дало нам наступні результати.

Таблиця 2.6

Узагальнені результати здійсненого дослідження

	Учасники дослідження, у яких виявлено симптоми П=214	
	кількість	%
Дві третини симптомів та більше (10-15 симптомів)	19	8,9%
Більше третини симптомів (5-9 симптомів)	54	25,2%
Менше третини симптомів (1-4 симптоми)	90	42,1%
Немає симптомів	51	23,8%

Тобто, не дивлячись на те, що проміжок часу, який пройшов після трагічних подій та втрати дому в Маріуполі є більшим, ніж зазвичай необхідно в середньому людині щоб пройти процес горювання, однак у 8,9% респондентів спостерігається наявність більшості симптомів горя, а ще у 25,2% симптоматика горя є вираженою на середньому рівні (більше третини симптомів).

Таблиця 2.7

Узагальнені результати здійсненого дослідження

Стадія горювання (за Е. Кюблер-Рос)	Учасники на даній стадії горювання	Учасники, у яких виявлено більше третини симптомів	
		кількість	%
Заперечення	10	4	40%
Гнів	8	5	62,5%
Пошук компромісу	21	10	47,6%
Депресія	38	23	60,5%
Прийняття	137	31	22,6%

Тобто в тих, хто визначає себе як такого, що пережив втрату (знаходиться на стадії прийняття), симптоматика горя проявляється в 2-3 рази рідше.

Співвіднесення проявів симптоматики горя (більше двох третин симптомів) та наявності основних психічних розладів, які притаманні вимушеним мігрантам продемонструвала кореляцію цих показників

Таблиця 2.8

Співвіднесення проявів симптоматики горя

ПТСР	Стрес	Тривога	Депресія	Кількість учасників, у яких більше двох третин симптомів П=19
високий рівень ++ / середній рівень +	високий рівень ++ / середній рівень +	високий рівень ++ / середній рівень +	високий рівень ++ / середній рівень +	
++	++	++	++	8
++	++	++	+	7
++	++	+	++	1
++	++	+	+	1
		++	+	1
		++	++	1

У 17 з 19 учасників (89,5%) з наявністю більше ніж двох третин симптомів горя було зафіксовано всі чотири психічних розлади, характерні для вимушених мігрантів, високого та середнього рівня.

Серед групи учасників, у яких більше третини симптомів, у 22 (40,7%) було зафіксовано прояви 4 розладів (середнього та високого рівня), у 13 (24,1%) 3 розлади, у 8 (14,8%) 2 розлади, у 1 (1,9%) розладів не зафіксовано.

Особливості переживання втрати дому також залежить і від того, в якому форматі родина зазнала вимушеного переміщення. Серед учасників нашого дослідження картина виявилася наступною: 49,5% зазначило, що їхня

родина розділилася (частина виїхала, частина залишилася на окупованих територіях); 24,8% зазначило, що вся родина виїхала, але зараз члени родини проживають окремо (в різних містах, країнах); 22,4% зазначило, що вся родина виїхала та зараз члени родини проживають разом; у 3,3% респондентів частина членів родини загинула.

Прояви симптомів горя у різних групах, відповідно до формату переміщення, були різні.

Таблиця 2.9.

Прояви симптомів горя у різних групах

	Дві третини симптомів та більше (10-15 симптомів)		Більше третини симптомів (5-9 симптомів)	
	кількість	%	кількість	%
Всього учасників дослідження П=214	19	8,9%	54	25,2%
Частина родини виїхала, частина залишилася на окупованих територіях П=106	12	11,3%	29	27,4%
Вся родина виїхала, зараз члени родини проживають окремо П=53	2	3,8%	12	22,6%
Вся родина виїхала, зараз члени родини проживають разом П=48	4	8,3%	12	25%

Продовження таблиці 2.9

Частина членів родини загинула П=7	1	14,3%	1	14,3%
---	---	-------	---	-------

Дві третини симптомів горя та більше найчастіше фіксувалося серед тих, чий рідні загинули або залишилися на окупованих територіях. Більше третини симптомів горя відзначено приблизно у 25 % респондентів з різних груп (22,6-27,4%), окрім тих, хто втратив рідних.

Також було відзначено взаємозалежність проявів симптомів горя та додаткових втрат.

Таблиця 2.10.

Взаємозалежність проявів симптомів горя та додаткових втрат.

	Дві третини симптомів та більше (10-15 симптомів) П=19		Більше третини симптомів (5-9 симптомів) П=54	
	кількість	%	кількість	%
Втратили близьку людину	10	52,6%	18	33,3%
Близька людина в полоні	2	10,5%	7	13%
Стали свідком фізичного насильства, зазнали психологічного насильства	2	10,5%	6	11,1%
Не було додаткових втрат	5	26,3%	23	42,6%

Більше половини респондентів, які демонструють більше двох третин симптомів горя, крім втрати дому втратили ще й близьку людину, при цьому для половини з них ці втрати були ще й ускладнені додатково іншими втратами (близькі в полоні, декілька близьких людей загинуло, стали свідком

фізичного насильства, зазнали психологічного насильства тощо). Людей, у яких не було додаткових втрат, в цій групі лише 26,3%.

Щодо другої групи, учасники якої демонструють більше третини симптомів горя, то серед них найбільший відсоток – 42,6%, не зазнавали додаткових втрат. Тих, що додатково втратив близьку людину, в цій групі 33,3%: для двох третин з них (12 з 18) ці втрати були ще й ускладнені додатково іншими втратами (близькі в полоні, декілька близьких людей загинуло, стали свідком фізичного насильства, зазнали психологічного насильства тощо).

Таким чином, саме розділення родини та втрата близьких людей (або комплекс з декількох втрат) сприяє тому, що симптоми горя проявляються більш тривалий час.

Також в межах вивчення психологічних проявів наслідків втрати дому вимушеними мігрантами, респондентам було запропоновано відзначити, чи помічали вони впродовж останніх двох-трьох місяців наступні симптоми, які характеризують синдром біженця, а саме: відчуття безпорадності, вини, сорому; підвищена агресивність та дратівливість, різка переміна емоцій, зависання в негативних переживаннях; нездатність розслабитися або переживати радість, задоволення; різкі коливання почуттів до людей, які вас оточують і допомагають, та до тих, кого ви залишили; проблеми у спілкуванні з людьми (в принципі); відчуття, що живете в «Дні бабака», не можете спланувати день, повернутись до структури, не бачите майбутнього, заблоковані спогади минулого.

Таблиця 2.11.

Результати самодіагностики

Ознаки синдрому біженця	Кількість учасників дослідження П=214		Учасники дослідження, які знаходяться за кордоном П=87		Учасники дослідження, які знаходяться на території України П=127	
	кількість	%	кількість	%	кількість	%
6 груп ознак	11	5,1%	8	9,2%	3	2,4%

Продовження табл. 2.11.

5 груп ознак	18	8,4%	6	6,9%	12	9,4%
4 груп ознак	21	9,8%	11	12,6%	10	7,9%
3 груп ознак	38	17,8%	19	21,8%	19	15%
2 груп ознак	49	22,9%	16	18,4%	33	26%
1 груп ознак	77	36%	27	31%	50	39,4%

Загалом, подібну симптоматику було зафіксовано у 13,5% учасників дослідження (5,1% - 6 груп ознак; 8,4% - 5 груп ознак); при цьому серед вимушених мігрантів, які знаходяться за кордоном, симптоматика фіксується у 16,1%; серед внутрішньо переміщених осіб – у 11,8%.

Всі шість груп симптомів було відзначено у 9,2% вимушених мігрантів, що знаходяться за кордоном, та лише у 2,4% внутрішньо переміщених осіб.

Таблиця 2.12

Співставлення наявності симптомів синдрому біженця та інших психологічних розладів.

	6 груп ознак синдрому біженця n=11		5 груп ознак синдрому біженця n=18		4 груп ознак синдрому біженця n=21	
	кількість	%	кількість	%	кількість	%
4 психічні розлади	9	81,8%	13	72,2%	9	42,9%
3 психічні розлади	2	18,2%	1	5,6%	5	23,8%
2 психічні розлади	1	9,1%	2	11,1%	2	9,5%
1 психічний розлад	-	-	1	5,6%	4	19%
Психічні розлади відсутні	-	-	-	-	1	4,8%

Переважна більшість учасників дослідження, у яких було відзначено 6 та 5 груп симптомів синдрому біженця демонстрували і наявність всіх психічних розладів, які є характерними для вимушених мігрантів. Серед цих респондентів не було жодного, у якого б не було психічних розладів.

В переживанні будь-якої втрати дуже важливим є момент, коли людина відчуває, що готова рухатися далі: розвиватися, пробувати щось нове, думати про майбутнє, планувати. Учасники дослідження оцінюючи свою готовність жити далі після втрати дому та вимушеної міграції наголошували на наступному: 36,4 % зазначили, що відчули цю готовність після того, як знайшли більш-менш постійне місце проживання; 33,6% вважають, що це відбулося десь через рік-півтора після пережитих подій в Маріуполі; 9,8% вважають, що відчули готовність рухатися далі після виходу з Маріуполя, а 20,1% досі не мають цього відчуття.

Треба відзначити що переважна більшість готовність жити далі пов'язують або зі здобуттям умовного «нового дому» (один з етапів вимушеної міграції); або з завершенням етапу, який зазвичай відводиться на горювання за втраченим (рік-півтора при неускладненому горі).

Більшість респондентів (51,9%) готові говорити про втрачений дім та пережитий травматичний досвід, що є позитивним з психотерапевтичної точки зору. Ще 19,2% відзначило, що протягом 1 року були готові розповідати свою історію, тепер вже ні, що може бути свідченням як включення такого захисного механізму психіки як відсторонення; так і спробою жити далі, відкинувши травматичний досвід (що може нести в собі потенційні загрози, якщо травми не було пропрацьовано).

Проблеми з поверненням до пережитого досвіду мають 28,9% респондентів: 16,8% заявило, що вони намагаються уникати подібних питань; 12,1% зазначило, що подібні питання викликають одразу агресію або сльози. Подібна реакція є свідченням того, що ці респонденти мають певні психологічні проблеми пов'язані з втратою, та потребують психологічної допомоги.

Також респондентів попросили оцінили свою теперішню здатність щодо

планування майбутнього (як одного з критеріїв проходження всіх етапів горювання). Серед учасників дослідження 31,3% дали схвальну відповідь; 45,3% зазначило, що вони планують своє майбутнє, але лише в короткостроковій перспективі (максимум на декілька місяців); 21,5% зазначило, що вони не планують нічого, бо ми всі живемо зараз в ситуації високої невизначеності; а 1,9% заявило, що вони в принципі не звикли планувати майбутнє.

З метою визначення структури травматичного досвіду втрати дому, респондентам було запропоновано зазначити, з втратою чого їм було найважче змиритися. Ми отримали наступні узагальнені результати: дім (квартира), близькі та кохані люди (батьки, друзі), можливість спілкуватися та бачитися з родиною, розірвана родина, нормальне життя, рідне місто, море, робота, підтримка та піклування, рідні місця, домашні улюбленці, особисті речі, людей, які загинули, психологічно стійкого стану, стабільності, впевненість в майбутньому.

Респонденти, говорячи про свої втрати, зазначали наступне:

«Я не можу змиритися з втратою моєї рідної людини. Ніколи не пробачу знищення мого дому, міста та студентського життя, в мене відібрали все і ніхто не несе за це покарання»

«Більше всього мені не вистачає домівки, мого Маріуполя. Я дуже сумую за Азовським морем. Маріуполь це найпрекрасніше місце, і ніде на світі більше такого не має. Я більше не відчуваю, що я вдома, тільки там.»

«Спокійне й розмірене життя, коли тобі не потрібно тягнути усе на собі. Розлука з родиною. Що через вимушений переїзд втратила можливість навчатись, і вже жругий рік, замість навчання, доводить працювати майже без вихідних»

«Коли вся родина та друзі проживали в одному місті»

«Не вистачає тільки минулого життя, куди б дійсно хотілося повернутися, але є розуміння, що такого міста як Маріуполь вже не буде! Найважливіша втрата - це родина, хочеться вже воз'єднання з родиною!»

«Те, що я не можу туди поїхати, і те, що місто більше не буде таким, яким було»

«Твердого ґрунту під ногами»

«Цілі у житті, бо не розумію, що далі буде»

«Життя без війни»

«Не вистачає моря. Впевненості у своєму місті. Не вистачає того безтурботного відчуття і спокою, яке я там відчувала»

«Відчуття, що я на своєму місці»

«В мене згорів дім з усіма речами, включаючи усі дитячі фото. Всі мої домашні тварини загинули, я не можу спілкуватися зі своїми сусідами, бо вони всі загинули, та не можу ходили до моря»

«Дуже важко прийняти те, що Маріуполь не буде таким як раніше та розуміння того що кожен день говорю мамі що «я дома» але це неправда. Мого дома немає»

«З втратою себе. З втратою мрій, цілей і саме сенсу життя. З втратою спокою. З втратою можливості радіти та насолоджуватися щасливим миттям життя. З втратою усвідомлення завтрашнього дня тощо.»

«Мені казали, що мій брат вже не повернеться, що його вже захоронили, розстріляли. Я не вірю. І не повірю. Завжди надіюся, що побачу його в списку полонених. Постійно шукаю його соцмережі. Мені дуже не вистачає моєї сім'ї. Я зовсім одна»

«Усе, що було в Маріуполі викликає болісні спогади, це не можливо пробачити чи забути. Із цим я буду жити, намагаючись іти далі»

«Мій однокласник, найкращий друг та надзвичайно близька мені людина. Я досі не можу змиритися і прийняти те, що його більше немає...»

«Ми усі там померли, кожен по-своєму. Там лишилась частина моєї душі. Мені не вистачає того спокою, який там був. Тих людей, які були поряд. Того тепла, що було від них. Не вистачає тієї енергії, що дає рідне місце»

«Перебування чоловіка в полоні»

«Важко сказати, чого саме... багато чого від моря, яке асоціювалося із

відпочинком і спокоєм до відчуття дому, немає ні власної, ні батьківської хати, наче відібрали дорогу додому. Живеш теперішнім без планів на майбутнє»

«Усього, бо враження наче життя обірвалось не встигнувши і початись»

Більшість вважає найбільшою втратою саме втрату свого колишнього життя та дому у всіх його вимірах: безпека, близькі люди, ідентичність.

Подібне можна прослідкувати і в інтерв'ю з сирійськими біженцями. Сирієць Мохаммед відзначає наступне: «Я сумую за домом. Я сумую за Сирією. Ти відчуваєш, що тобі постійно когось бракує, що чогось не вистачає, що всередині є чорна пляма». Сирійська біженка Духа наголошує на наступному: «Ми намагаємося адаптуватися, але те, що в серці, залишається в серці, і ми ніколи не зможемо забути» [28].

Югославська біженка в США Міра так говорить про втрату: «Все наше матеріальне майно було втрачено. Це вже не важливо, єдине, за що залишилося боротися, це наші життя». Ми зрозуміли, що країни, в якій ми жили, просто більше не існує, і це було дуже важко. Ми вже не могли це залатати. Все було втрачено, і дороги назад немає. Було дуже важко прийняти цей факт» [51].

Також в межах дослідження ми попросили респондентів назвати те, що особисто їм допомогли пережити або переживати втрату дому. Найчастіше учасники дослідження називали наступні пункти:

- родина, друзі – 75 згадувань;
- робота, навчання – 32 згадування;
- нові знайомства, подорожі – 24 згадування;
- розуміння, що життя не скінчилося і треба рухатися далі – 23 згадування;
- спілкування, підтримка - 14 згадувань;
- спорт, хобі, позитивні емоції – 13 згадувань.

Також серед того, що допомагає пережити втрату, було відзначено віру в перемогу та повернення (8 осіб); не думати, не згадувати, змиритися (7 осіб); необхідність піклуватися про рідних, перш за все дітей (6 осіб); психотерапія (6 осіб); повсякденні справи (6 осіб); допомога іншим людям (3 особи); час (3 особи); маріупольська громада (3 особи); віртуальний зв'язок з близькими (3 особи); спогади (2 особи). Ще 20 осіб зазначили, що їм ніщо не допомагає пережити втрату.

Респонденти наступним чином характеризували те, що їх допомагає переживати втрату та будувати своє життя далі:

«Я живу теперішнім і вдячна, що в мене та родини все добре, ми працюємо і живемо далі»

«Я волонтеру, допомагаю людям на півдні. Це моя мотивація жити далі - допомагати таким, як колись була я»

«Я вже близько 2 років не в Україні, тут багато справ та проблем особистого характеру, не завжди є час, але все одно пам'ятаю кожну хвилинку з минулого життя»

«Розуміння, що квартира не повністю зруйнована і колись туди можна повернутися»

«Робота, те що я в силу своєї роботи журналістом, можу висвітлити правдиву інформацію про російські злочини»

«Повна і навіть надмірна завантаженість на службі та поза нею. Намагаюсь "грузити" себе по повній, аби не було часу на думки»

«Очікування перемоги України та сподівання на покарання винних у війні»

«Нічого. Я маю багато зривів при згадуванні домівки або того що я пережила»

«Надія - що все це не назавжди і колись я повернусь до рідного краю, так це буде вже інше життя, але поруч будуть ті самі рідні і близькі любі люди))»

«Мій кіт, який був Там зі мною»

«Коханий чоловік та родина, а також мої друзі, які залишилися в Україні та боронять нашу свободу»

«Знайомство та спілкування з новими людьми! Але і це не допомагає, все одно серцем живеш вдома»

«Відповідальність перед життям дитини та похилих батьків»

«Думки про те, що треба рухатися тільки вперед, а не чіплятися за минуле»

Тобто можна відзначити, що натхнення для того, щоб продовжувати жити та будувати власне майбутнє, мариупольці в умовах вимушеної міграції знаходять в самих різних речах, що є свідченням того, що єдиного рецепту проживання втрати немає. Однак, не дивлячись на всі відмінності, провідну роль відіграють саме соціальні складові.

2.3.Рекомендації щодо відновлення психічного здоров'я та подолання наслідків втрати дому у вимушених мігрантів (аналіз міжнародного досвіду)

Відновлення психічного здоров'я вимушених мігрантів пов'язано з ефективним подоланням наслідків втрати дому та відбудовою почуття дому на новому місці. Аналіз досвіду вимушених мігрантів з інших країн та процесу їхньої адаптації показав, що подолання симптомів, пов'язаних з втратою дому відбувається в двох основних рівнях. По-перше, це подолання наслідків дистресу вимушеного переміщення та психічних розладів, які характерні для вимушених мігрантів: депресія, ПТСР, тривога. По-друге, це проживання всіх етапів втрати дому як варіанту невизначеної втрати.

Щодо психічних наслідків вимушеного переміщення, то дослідження серед біженців підтверджують, що дуже важливим є скринінг історії травми та її наслідків для психічного здоров'я. Це необхідно робити ще на самому початку адаптаційного періоду, бо подібний скринінг дасть можливість визначити особливості допомоги, якої потребує той чи інший вимушений

мігрант, та адресно задовольнити його специфічні потреби. Так, наприклад, дослідження, проведені серед іракських біженців, продемонстрували, що люди, які пережили загрози життю та безпеці, частіше схильні відчувати тривогу, настороженість, уникати людей, демонструвати симптоматику ПТСР та страху. Ті, хто зазнав обмежень у доступу до речей, необхідних для виживання, відчував брак їжі, води, був позбавлений медичного обслуговування та інших благ цивілізації, більш схильні до проявів безпорадності та депресії [18].

Подібний скринінг психічного здоров'я повинен бути пріоритетним для тих організацій, які співпрацюють з вимушеними мігрантами. Він не має обмежуватися медичним оглядом під час прибуття вимушеного мігранта, але й бути включеним до первинної ланки системи медичної допомоги. Скринінг психічного здоров'я буде корисним не лише вимушеним мігрантам, але й економіці приймаючої сторони, бо таким чином відбуватиметься попередження поширення психічних розладів та зменшуватися витрати на охорону здоров'я в майбутньому – бо психічні розлади мають тенденцію до загострення та переходу в соматичні розлади [38].

Існує три основних варіанта втручання у психічне здоров'я вимушених мігрантів: профілактика, лікування, підтримка. При цьому треба розуміти, що психічне здоров'я часто корелюється між членами родини, тому терапевтичний ефект від роботи з одним з представників родини може бути недостатнім. Також важливо, щоб психологічні втручання відбувалися ще в процесі переміщення, а не вже після остаточного поселення в новій громаді [38; 71].

Дослідження доводять, що лише невелика частка вимушених мігрантів звертається за психологічною допомогою. Так, близько 90% іракських біженців в Голландії, які мали психічні розлади, не зверталися за психологічною допомогою [53]; 80-90% сирійських біженців в Європі, які мали психічні розлади, також не відвідували спеціалізовані служби психічного здоров'я [71]. При цьому дослідження, проведене серед біженців з Боснії та

Герцеговини, продемонструвало, що при лікуванні у 73% пацієнтів з ПТСР через 6 місяців не було симптомів, у той же час 90% тих, хто відмовився лікуватися, вони продовжували спостерігатися [33]. Що є свідченням надважливої ролі у відновленні психічного здоров'я спеціалістів-психологів та професійного психологічного втручання.

Серед причин, які зупиняли вимушених мігрантів від того, щоб звернутися по психологічну допомогу, можна виокремити наступні:

- стигматизація питань пов'язаних з психічним здоров'ям в рідному вимушеному мігранту середовищі;
- відсутність знань про методи лікування та інформації, як і куди можна звернутися з проблемою;
- низький рівень знання місцевої мови та відсутність спеціалістів, які володіють рідною для мігранта мовою;
- недостатня кількість спеціалістів та великі черги на прийом (по декілька місяців);
- висока вартість прийому у спеціалістів та значна фізична відстань до служб психіатричної допомоги (біженці часто живуть в сільській місцевості, а подібні центри розміщуються в містах) [53; 71].

Щодо перших двох пунктів, то тут важливо проводити роз'яснювальну та інформаційну роботу серед вимушених мігрантів ще в момент їх прибуття, розповідати, яким чином відбувається процес надання психологічної допомоги, чому звернутися до психолога не страшно, наголошувати, що отримання психологічної допомоги не робить людину «не такою», «психом» тощо.

Питання мови також стоїть дуже гостро. Треба розуміти, що професійні перекладачі – це дорога послуга, тому часто на цю роль залучають знайомих, членів родини, які володіють мовою хоча б на якомусь рівні. Однак ефективна психотерапія передбачає конфіденційність, тому, хто пережив травматичний досвід, важко відкритися навіть одній людині – психотерапевту, якщо до процесу залучені інші люди, особливо близькі або навіть діти, то це не сприяє

відвертості, а ще й може викликати травматизацію у тих, хто виступає перекладачем (якщо це не сторонній спеціаліст) [71].

Питання мови ускладняється ще й питання культурних розбіжностей. Щоб побороти недовіру по психіатричній системи, щоб наважитися відкритися сторонній людині вимушеним мігрантам дуже важливо відчувати розуміння з боку свого психотерапевта. Якщо розуміння немає, то терапія може навпаки мати згубний ефект. А без специфічних знань у психотерапевта у сфері культури, менталітету, релігії, тих подій, що змусили мігрувати, зробити це практично не можливо. Багато хто з біженців наголошував на тому, що їх психотерапевти відзначалися низьким рівнем знання культури своїх пацієнтів та низькою терпимістю: «Вона (психотерапевт) сприймала нас через призму того, як нас зазвичай показують на телебаченні: арабами чи мусульманами, що гноблять жінок... вона насправді не виглядала людиною, яка багато знала про нашу культуру; вона просто мала свій негативний погляд на нас» [48].

Якщо ж психотерапевт демонстрував розуміння, повагу, намагався пристосуватися до культурної ідентичності вимушеного мігранта, то це мало позитивний терапевтичний ефект. Одна з біженок зазначала, що вона відчуває розуміння з боку свого психотерапевта, завдяки його знанням в сфері культури: «Він знає всю ситуацію з біженцями... Він знав, звідки я прибула, він знав, що відбувається. Тож це було справді корисно, він усе розумів...» [33].

При роботі з травмою важливо встановлення довірливих стосунків, бо це дає надію на майбутнє одужання: «Я розмовляю, і мій терапевт каже, що вона розуміє. Вона слухає і дає мені кілька порад щодо того, як я можу щодня боротися з проблемами. Отже, коли я йду, у мене ніби є якась надія»; «Моє минуле було розбитим на шматки. Ми зібрали це разом»; «Це було так, наче я тонув, а потім в останню хвилину мене витягли з цієї води» [33].

Тому важливо не лише організовувати мовні та адаптаційні курси та заходи для мігрантів, але й проводити навчання серед фахівців психологічної

сфери, щодо основних складових елементів ідентичності тих людей, з якими вони будуть працювати.

Однак треба також зауважити, що взагалі сьогодні в світі існує проблема недостатньої кількості спеціалістів порівняно з кількістю вимушених мігрантів, яким потрібна допомога. І в умовах постійного збільшення потоків вимушеної міграції та кількості вимушених мігрантів, ця диспропорція буде тільки зростати.

З метою вирішення ситуації, що склалася, у 2008 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) запустила «Програму дій щодо розвитку психічного здоров'я» (mhGAP), яка перш за все зосереджувала увагу на країнах з низьким і середнім рівнем доходу. В межах цієї програми передбачалося залучення до підтримки психічного здоров'я первинної ланки системи охорони здоров'я та громадського сектору [71]. В рамках mhGAP була розроблена програма «Управління проблемами плюс» (PM+) для використання в громадах, які постраждали від лиха. Це доказова індивідуальна психологічна інтервенція низької інтенсивності (5 сесій), розроблена ВООЗ для дорослих, які опинилися в несприятливих обставинах. Програма функціонує у двох версіях: індивідуальна (Individual PM+) [12] та групова (Group PM+) [40]. Вона передбачає короткотривалі втручання (п'яти щотижневих сеансів по 90 хвилин для індивідуальної версії та по 120 хвилин для групової версії), які охоплюють ряд симптомів психічного здоров'я, являються багатокомпонентними та базуються на доказових стратегіях, таких як КПТ (когнітивна-поведінкова терапія).

Особливістю є те, що допомога надається непрофесійними помічниками в громаді чи закладах первинної медичної допомоги (або кимось з самих біженців), які пройшли спеціальне навчання (зазвичай 5-10 днів навчання з подальшим щотижневим груповим наглядом підготовленим спеціалістом). Клієнтів навчають чотирьом стратегіям: управління стресом (вправи на повільне дихання); вирішення проблем (проактивне управління практичними труднощами через низку послідовних кроків, включаючи вибір проблем,

мозковий штурм для рішень, планування реалізації рішень); поведінкова активація (повторне залучення до приємної та орієнтованої на завдання діяльності); навички зміцнення соціальної підтримки [12].

В Україні ця програма почала реалізовуватися в рамках проєкту «Психосоціальна допомога населенню, яке постраждало у результаті конфлікту в Україні» за підтримки відокремленого підрозділу асоціації «Medecins du Monde» («Лікарі світу») в Україні та Міністерства з питань тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб у 2018 році (хоча перші пілотні імплементації «Управління проблемами плюс» (PM+) в окремих районах Луганської та Донецької областей були у 2017 році) [12]. Після початку повномасштабного вторгнення навчання консультантів за цією програмою активно реалізуються по своїй країні, знову ж таки за сприяння «Medecins du Monde», Міністерства соціальної політики, Міністерство охорони здоров'я.

Також питання недостатньої кількості спеціалістів, наявності черг, високої вартості чи географічної віддаленості частково вирішується за допомогою сучасних інформаційних технологій. Так зване електронне психологічне втручання, яке охоплює тих клієнтів, які інакше б не мали доступу до допомоги. (через страх, стигматизацію, інфраструктурні проблеми). Подібний підхід автоматизує частину лікування. Класичний варіант подібного втручання – спеціалізований веб-сайт, хоча зараз набувають поширення програми для смартфонів, які збільшують охоплення населення психологічною допомогою та частково вирішують проблему відсутності спеціалістів та географічну віддаленість. Перевагою мобільних додатків є те, що їх можна частково або повністю використовувати в умовах відсутності чи перебоїв з інтернетом [71].

Одним з популярних в світі додатків подібного типу є PTSD Coach для людей з ПТСР (побачив світ у 2011 році). Додаток надає інформацію про ПТСР, дозволяє провести самооцінку та покращити контроль над симптомами, надає інструменти подолання симптомів тощо [68]. Дослідження, проведене у

2014 році, показало, що програму було завантажено у 86 країнах світу, 41% користувачів продовжували використовувати програму і через місяць та демонстрували високий рівень задоволеності [63].

В умовах повномасштабного російського вторгнення в Україні набули популярності онлайн ресурси психологічної допомоги. Вони включають як рекомендації з самопомоги, так і надаються можливість зв'язатися з фахівцем онлайн. Перевагою цих ресурсів є простота доступу, безкоштовність, повна анонімність, можливість отримати допомогу, не виходячи з дому. Більшість цих ініціатив розвивається в межах різноманітних волонтерських проєктів. Серед таких ресурсів «Хаб стійкості» (<https://resiliencehub.com.ua/catalog>); соціальний проєкт «Разом» (<https://razom.live/>); платформа «Розкажи мені» (<https://tellme.com.ua/all-specialists>); психологічна підтримка «ОбійМи» (зв'язок через гугл-форму <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSexWl1siLEuP6KQXxj7TC7bBrht0tPEAyJ9C9jMK7WeoWSEww/viewform>); онлайн-платформа «UA Mental Help» (<https://uamentalhelp.org/about/>); мобільний застосунок «Тепло» (<https://teplo.app/ru/main/>); портал «Help24» (<https://help24.org.ua/uk/how-to-consult>); застосунок «Mindly» (<https://mindlyspace.com/>); сайт проєкту «Mental Health for Ukraine – MH4U» (<https://www.mh4u.in.ua/about/>) та інші.

Що стосується проживання втрати дому, то треба зазначити, що при роботі з будь-якою втратою важливо стабілізувати стан людини та повернути їй відчуття безпеки. Тому важливо, по-перше, виокремити, які складові елементи втрати викликають відчуття найбільшої небезпеки. Будь-яку втрату потрібно розглядати як складний феномен, а якщо ж мова йде про втрату дому в умовах вимушеної міграції, то вона взагалі в більшості випадків супроводжується іншими втратами. По-друге, важливо, щоб зміст безпеки визначав той, хто сумує. Безпека може бути внутрішньою (думки, спогади, почуття, які змушують себе відчувати комфортно), безпекою взаємодії (досягається через покращення спілкування з оточуючими людьми, зменшення стигматизації втрати), організаційною безпекою (при взаємодії з

різними соціальними системами – лікарня, служба психічного здоров'я, імміграційна служба тощо). Крім цього, під час переживання втрати корисною є присутність спеціаліста, який допоможе створити безпечне середовище, забезпечити активне слухання та неосудливу позицію [59].

Процес роботи горя має складатися з таких елементів як розповідь; сприяння інтеграції або пошуку сенсу; вираження та переробка емоцій; сприяння продовженню зв'язків; психоосвіта; зосередження на тому доброму, що є в оточуючому світі; дослідження духовності та екзистенційних проблем; залучення та розширення існуючих ресурсів та переорієнтація на майбутнє та надію [59].

В психології існує модель подвійного горя: горювання передбачає роботу з двома типами стресорів: стресорів, орієнтованих на втрату, та стресорів, орієнтованих на відновлення. Коли людина працює лише з одним типом стресорів (найчастіше це стресори, орієнтовані на втрату), то вона може застрягати в них, і таким чином зцілення не відбувається, а відбувається перехід до проблемного типу горя [59]. Тому функція психотерапевта полягає в недопущенні цього застрягання.

В процесі проживання втрати дому людина, в умовах вимушеної міграції, може стикнутися з рядом перешкод. Серед них можна виокремити наступні: псевдооптимізм (коли ми говоримо, що все буде добре, ми перекладаємо з себе відповідальність, подібна віра заважає адаптуватися, пристосовуватися до нових умов, діяти); застрягання думками у втраті (коли ми без кінця прокручуємо в голові думки про втрачений дім та втрачене життя, і вони не залишають місця думкам про теперішнє та майбутнє); блокування емоцій та уникнення розмов про втрати (щоб пережити втрату, треба її прожити); фальшива надія (віра, що все скоро скінчиться на налагодиться, призводить до того, що людина ставить своє життя на паузу) [5]. Тому для того, щоб пережити втрату, важливо визнати реальність, не заперечувати її, відновити звичні справи, усвідомити свої цінності, зайняти проактивну позицію.

Дослідниця Джудіт Мюррей запропонувала наступний перелік питань, які можна використовувати з метою для оцінки горя для подальшої роботи з ним (зокрема, його можна використовувати і при самооцінці):

1.Що втрачено – необхідно визначити основну втрату та всі втрати, які можуть бути пов'язані з основною: чи втрата дому є єдиною, чи вона супроводжується іншими втратами, чи вона є лише доповнення до більш вагомої втрати.

2.Роль втрати у житті - як втрата порушила всі інші сфери життя людини: чи вплинула втрата дому на професійну сферу, чи змінила коло друзів; чи змінилося відношення до себе та оточуючих, чи які нові сфери відкрилися (нова робота, нові колеги, нові захоплення тощо).

3.Які симптоми горя викликають особливе страждання – що з проявів горя є найболючішим, що менш болючішим, що майже не заважає.

4.Наскільки просунулися на шляху горювання – визначити, які етапи горювання вже пройдені, на якому знаходитесь, які ще треба пройти (немає різниці, які модель етапів горювання буде використовуватися, важливо прослідкувати прогрес).

5.Насвількит світ змінився через втрату дому – виокремити, що робить поточну ситуацію безпечною чи небезпечною, як змінилося місце людини в світі, сприйняття цього місця.

6.Як людина намагається впоратися з переходом від світу, який був до втрати дому, до світу, який виник після втрати дому – які механізми (адаптивні та дезадаптивні) були використані, кого до цього процесу було задіяно, наскільки вдається відновити почуття дому на новому місці.

7.Які ресурси привносить людина до своєї втрати – які ресурси використовуються, щоб стабілізувати власний світ після втрати дому.

8. Які є перешкоди для горювання за втраченим домом – визначити всі фактори ризику, які можуть заважати пережити втрату: відсутність підтвердження втрати, сподівання, що втрата не остаточна тощо.

9. Чи є ознаки, що траур ускладнився – визначити, чи відбувається

загострення симптомів горя, чи є ризик переходу його в патологічну форму.

10. Чи є характеристики, які заважатимуть допомогти людині – з'ясувати, що потенційно може ускладнити роботу з людиною: наприклад, когнітивні, культурні, психічні порушення тощо [59].

Враховуючи, що втрата дому відноситься до невизначеної втрати, багато психологів звертаються до моделі, запропонованої дослідницею Полін Босс, а саме до її шести вказівок щодо формування стійкості при подоланні невизначеної втрати:

1. Пошук сенсу: визначити, що для вас означає втрата дому, з чого вона складається, яких сторін життя торкається.

2. Корегування потреб в плануванні: визначити, що ви можете контролювати в ситуації, яка сформувалася після втрати дому, а що не можете; важливо змиритися з тим, що є речі, які ви контролювати не можете, і відпустити їх; для того, щоб збалансувати відсутність контролю, можна використовувати медитацію, молитву, фізичні вправи, музику тощо.

3. Реконструкція ідентичності: визначити, хто ви є без втраченого дому; хто з вами знаходиться поряд; які ролі змінилися в нових умовах, а які залишилися; оцінити свою гнучкість, можливість змінюватися.

4. Нормалізуюча амбівалентність: визнати та прийняти всі наявні суперечливі почуття та емоційні гойдалки, той факт, що певні речі можуть викликати радість та злість одночасно, пам'ятати, що з суперечливими почуттями допомагають впоратися розмови.

5. Перегляд належності: визнати необхідність трансформувати прихильність до втраченого дому, однак при цьому не треба намагатися її подолати; одночасно сумувати за втраченим та відзначати щось приємне в теперішньому житті – це нормально і не повинно викликати провини.

6. Повернення надії: визнати, що можливо віднайти надію у втраті, навіть якщо втрата до кінця не усвідомлена (не попрощалися з домом, не бачили, як він був зруйнований тощо); цьому сприяє прийняття відсутності того, що завжди було рядом, формулювання нових мрій, здійснення допомоги іншим,

зокрема уникнути болю [24].

Людям, які втратили дім, дуже важливо відновити почуття дому, бо саме воно задовольняє більшість наших потреб, зокрема в безпеці, комунікаціях, повазі, ідентичності. Тому психологічна адаптація без цього не можлива. Однак треба зауважити, що почуття дому заново вибудовується доволі повільно, бо включає не лише фізичні атрибути, але й соціальне оточення, ідентичність, емоції тощо.

Для скорішого відновлення почуття дому психологи рекомендують, по-перше, не намагатися уникати старих спогадів – краще щоб вони стали підґрунтям для нових спогадів та цінностей, які сформують нову змінену ідентичність; по-друге, мінімізувати дискомфорт, знайте місце, яке дасть змогу закріпитися, відчути себе хоч трохи в безпеці безпеки (символічне відтворення фізичної складової дома); по-третє, знайти людей, які стануть близькими, які зрозуміють тебе, які мають схожий досвід (відновлення соціальної складової дому). Також позитивно на психологічний стан впливає визначення хронологічних меж для окремих дій чи планів (це дає відчуття впевненості та контролю) та думки про повернення та відбудову (позитивні ностальгічні прояви) [6].

Також як для подолання психологічних наслідків вимушеної міграції, так і для подолання наслідків втрати дому, важливою є соціальна підтримка. В умовах розлуки з близькими, рідною громадою, джерелами соціальної підтримки стрес завжди посилюється, коли ж поряд є друзі, близькі люди та просто знайомі, рівень стресу зменшується [31].

Джеймс Хаус виокремлював чотири типи соціальної підтримки: емоційна – прояви турботи, комфорту, співпереживання; інструментальна – матеріальна допомога; інформаційна – надання пропозицій, порад, нової інформації; підтримка оцінювання – те що має відношення до самооцінки, наприклад, конструктивний зворотний зв'язок [43].

Дослідження серед біженців в Австралії показало, що мігранти, які гірше володіють мовою, отримують менше всіх типів соціальної підтримки.

Люди літнього віку також отримують менше інструментальної, емоційної, інформаційної підтримки, у той же час жінки порівняно з чоловіками мають більше емоційної та інструментальної підтримки [31].

Саме тому розбудова мережі соціальної підтримки для вимушених мігрантів є надзвичайно важливою для відновлення їх психічного здоров'я. Реалізовуватися ця стратегія може через залучення вимушених мігрантів до волонтерської діяльності; організації тематичних гуртків та клубів за інтересами, які дозволять інтегруватися в приймаючу громаду; створення осередків громади, з якої походять вимушені мігранти, для підтримки їх локальної ідентичності.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

За результатами проведеного дослідження ми дійшли наступних висновків:

1. Вимушена міграція негативним чином відбивається на психічному стані вимушених мігрантів, що обумовлено впливом наступних факторів: відрив від звичного середовища; травматичні події, які провокують міграцію; соціальні виклики, які супроводжують міграцію. Зазвичай, процес вимушеної міграції передбачає два етапи: внутрішнє переміщення (втрата особою відчуття того, що вона дома) та зовнішнє переміщення (фактична міграція). В кризових ситуаціях часто можна спостерігати зовнішнє переміщення без внутрішнього (швидке та спонтанне рішення про виїзд) або внутрішнє без зовнішнього (не відчуваєш себе вдома в своєму домі – спостерігається у людей в окупації). Подібна ситуація сприяє більш високому рівню психологічного дискомфорту.

До психічних станів, поширених серед вимушених мігрантів, можна віднести ностальгічну дезорієнтацію, травматичне розставання, культурний шок, соматичні проблеми як наслідок втрати контролю, провина того, хто вижив, синдром Улісса (з нетиповою депресивною картиною), синдром біженця, формування ідентичності жертви тощо. Крім цього, постміграційний стрес загострює всі попередні травми.

Серед психологічних розладів, які є характерними для вимушених мігрантів, можна виокремити депресію, ПТСР, тривогу, стрес – їх рівень у вимушених мігрантів є вищим ніж у тих, хто ніколи не мігрував.

Психологічні розлади виникають далеко не у всіх вимушених мігрантів. Фактори, що протидіють формуванню подібних розладів, називають стійкістю, яка включає індивідуальні характеристики та соціальне середовище. Головним джерелом стійкості традиційно вважають родину, хоча на сьогодні відзначена зростаюча роль інших підтримуючих мереж: друзі, колеги, віртуальні спільноти тощо.

2. Втрата дома належить до невизначеної втрати, серед особливостей якої є відсутність завершеності, відсутність спеціальних ритуалів горювання (ці втрати у більшості культур не вважаються повноцінними), відсутність остаточного підтвердження та усвідомлення втрати, що не дає змоги прожити всі етапи горювання. Часто у вимушених мігрантів втрачений дім перетворюється на інтросект, а втрата стає тим об'єктом, який вимагає постійної уваги. Мігрант застрягає між втраченим домом та місцем теперішнього перебування, що унеможлиблює його адаптацію. Зв'язок з домом підтримується найчастіше через символічні предмети (речі, спогади, традиції тощо) – речі, що зв'язують.

Щоб мати можливість жити далі важливо усвідомити та прожити втрату. Сучасні комунікаційні технології змінили особливості проживання втрати дому: людина має можливість спілкуватися з тими людьми, що залишилися вдома, підтримувати зв'язки з рідною громадою, а у випадках, коли фізичний вимір дому зберігся, отримувати його фото та відео, спостерігати за ним за допомогою онлайн карти тощо. Подібне віртуальне наближення у ряді випадків може допомогти пережити втрату, але інколи навпаки сприятиме загострення психологічного стану вимушеного мігранта.

В українських вимушених мігрантів втрата дому супроводжується великим додатковим навантаженням на психіку через війну, що триває (зокрема, в умовах характерних для війни мільтитравм та політравм). Це може викликати патологічні процеси горювання, такі як відкладене або ускладнене горе, що заважають зціленню.

3. Дослідження, проведене серед вимушених мігрантів з МДУ показало, вищий рівень поширеності основних психічних розладів було зафіксовано серед мігрантів за кордоном: депресія – 54,4%; сильна тривога – 27,6%; ПТСР – 41,4%; високий рівень стресу – 46%. Серед ВПО ці показники були нижчими: депресія – 41,7%; сильна тривога – 23,6%; ПТСР – 30%; високий рівень стресу – 28,4%.

Наші респонденти мали вищі показники розповсюдженості основних

психічних розладів (депресія, тривога) у порівнянні з іншими вимушеними мігрантами (як з України, так і з інших країн). Подібні результати були відзначені як серед міжнародних мігрантів, так і серед ВПО.

Депресія: розрив між даними нашого дослідження та інших досліджень складає для міжнародних мігрантів – 9,3%–28,4%; для внутрішніх мігрантів – 4,4%–37,6%. Тривога: Розрив між даними нашого дослідження та інших досліджень складає для міжнародних мігрантів – 6,5%–27,2%, для внутрішніх мігрантів – 11,7%–37,9%. Показники поширеності ПТСР серед респондентів-ВПО були такі самі, як і серед ВПО та біженців в інших країнах – 30%, у групі респондентів - міжнародних мігрантів рівень поширеності ПТСР був вищим, ніж серед вимушених мігрантів з інших країн – 41,4%.

Дослідження показало, що до найбільш вразливої категорії наших респондентів відносяться міжнародні мігранти жіночої статі у віковій групі 26–40 років. Найбільш стійкими являються респонденти-ВПО чоловічої статі у віковій групі понад 40 років.

Більшість респондентів, які мають 4 психічних розлади, мають в анамнезі додаткові втрати крім втрати дому: для 27,5% (14 осіб з 51) вимушене переміщення було ускладнено двома та більше втратами, зокрема втратою декількох близьких людей.

4. Було відзначено кореляцію між збереженням сильної симптоматики горя та розповсюдженістю психічних розладів - у 89,5% респондентів з сильною симптоматикою горя було зафіксовано всі чотири психічних розлади. До факторів, що сприяли тривалому збереженню симптоматики горя, можна віднести втрату близьких людей та неповну міграцію родини (частина членів родини залишилися на тимчасово окупованих територіях).

Оцінюючи готовність респондентів рухатися вперед, як характерну рису успішного проходження процесу горювання, ми відзначили, що лише 20,1% не відчувають, що готові рухатися далі, та 21,5% не планують нічого на майбутнє. Це є свідченням того, що близько 80% в більшій чи меншій мірі змирилися з втратою дому, і цей показник відповідає показнику тих, хто

знаходиться на стадії прийняття та депресії.

Більшість респондентів відзначало, що вважають найбільшою втратою саме втрату свого колишнього життя та дому у всіх його вимірах: безпека, близькі люди, ідентичність. Серед того, що найбільше допомагало переживати втрату дому, учасники дослідження відзначали різноманітні соціальні зв'язки та комунікації: родина, друзі, робота, навчання, нові знайомства, подорожі, спілкування, спорт, хобі.

5. Дослідження показують, що більшість вимушених мігрантів не звертаються за психічною допомогою зокрема через стигматизацію питань, пов'язаних з психічним здоров'ям, відсутність знань про цю сферу, наявність мовних перешкод, недостатню кількість спеціалістів, зокрема тих, які володіють мовою та мають знання культури вимушених мігрантів, високу вартість, велику відстань до служб, які можуть надати подібну допомогу.

Питання нестачі фахівців, які можуть надавати психологічну допомогу, Всесвітня організація охорони здоров'я спробувала вирішити шляхом перенесення питань психічної допомоги на рівень громадськості. У 2008 році була запущена «Програма дій щодо розвитку психічного здоров'я» (mhGAP), в рамках якої діє «Управління проблемами плюс», яка передбачає, що перша психологічна допомога надається непрофесійними помічниками (зокрема з-поміж самих вимушених мігрантів), які пройшли спеціальне навчання (5-10 днів). В Україні ця програма реалізується в східних регіонах з 2017 року, а в умовах повномасштабного російського вторгнення вона поширилася по всій країні.

Також у всьому світі набуває популярності психологічна допомога через спеціалізовані сайти та застосунки для телефонів – вони частково вирішують проблему відсутності спеціалістів та географічну віддаленість. В Україні на сьогодні багато сайтів працює в змішаному режимі – надаючи одночасно дистанційні рекомендації щодо самодопомоги та можливість за необхідності зв'язатися з фахівцем-психологом за допомогою інтернету чи мобільного телефона (гарячі лінії).

Проживання втрати дому передбачає, перш за все, повернення людині відчуття безпеки. З урахуванням того, що втрату дома можна віднести до невизначеної втрати, багато фахівців рекомендують використовувати шість вказівок для формування стійкості при подоланні невизначеної втрати Полін Босс: пошук сенсу, корегування потреб в плануванні, реконструкція ідентичності, нормалізуюча амбівалентність, перегляд належності, повернення надії. Для скорішого відновлення почуття дому також пропонується не намагатися уникати спогадів, знайти місце, де відсуватимеш себе в безпеці, знайти людей, які стануть близькими.

Також, і для подолання дистресу вимушеного переміщення, і для ефективного проживання втрати дому надзвичайно важливою є соціальна підтримка, тому важливо створити подібні умови для вимушених мігрантів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Булен П. Затяжна реакція горя: природа, чинники ризику, діагностика і когнітивно-поведінкова терапія. Психосоматична медицина та загальна практика. 2022. Вип. 7. No 2. DOI: 10.26766/pmgp.v7i2.375. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2023/1/pages-50-58/zatyazhna-reakciya-gorya-priroda-chinniki-riziku-diagnostika-i-kognitivno-povedinkova-terapiya#gsc.tab=0>
2. Войтович М. В. Психологічні особливості горювання. Актуальні проблеми психології. Том V. Випуск 19. С. 10 – 23. URL: https://lib.iitta.gov.ua/721340/1/Voitovich_M_V_2019__Psychological_features_of_the_grief_proc-1-14.pdf
3. Втрата дому, як невизначена втрата. Help24. 2023. URL: <https://help24.org.ua/ru/blog/36>
4. Депресія: серйозніше, ніж ми звикли думати. Міністерство охорони здоров'я України. 2017. URL: <https://moz.gov.ua/article/health/depresija-serjoznishe-nizh-mi-zvikli-dumati>
5. Кононенко В. Війна забрала дім. Як пережити втрату та полегшити цей процес - поради психотерапевтки. Вікна. 2023. URL: <https://vikna.tv/dlia-tebe/yak-perezhyty-vtratu-domu-porady-psyhoterapevta/>
6. Кудряшова В. Як пережити втрату дому та повернути його відчуття: пояснюємо з психологинєю. The Village. 2022. URL: <https://www.village.com.ua/village/knowledge/questions/328525-yak-perezhiti-vtratu-domu-ta-povernuti-yogo-vidchuttya-poyasnyuemo-z-psihiologom>
7. Медведєва О. В. Психологічні особливості переживання горя під час воєнних дій. Підготовка правоохоронців в системі МВС України в умовах воєнного стану. Харків, 2022. С. 205-207. URL: <https://dspace.univd.edu.ua/server/api/core/bitstreams/76e1c60c-1411-49b3-a2b4-1cc2fb1e6549/content>

8. Пападопулос Р. У чужому домі. Травма вимушеного переміщення: шлях до розуміння і одуження. К.:Лабораторія, 2023. 416с.
9. Попович Л. М. Синдром втрати: життя ДО і ПІСЛЯ. URL: <http://medpsychology.pp.ua/sindrom-vtraty-do-posle>
10. Рибик Л. Теорія горя: сторічна історія розвитку. Disaster and crisis psychology problems. 2023. № 2(6). С.191 – 206. URL: [/http://dcpp.nuczu.edu.ua/images/2023-2/2023_2_2_16.pdf](http://dcpp.nuczu.edu.ua/images/2023-2/2023_2_2_16.pdf)
11. Синдром біженця. Міністерство охорони здоров'я України. URL : <http://surl.li/xkqirn>
12. Управління проблемами плюс (УП+): Індивідуальна психологічна допомога для дорослих у стані дистресу в громадах, що знаходяться під впливом несприятливих обставин. ВООЗ. 2018. URL: https://k-s.org.ua/wp-content/uploads/2022/04/who_pmplus_ukr.pdf
13. Франчук Т. Що таке втрата дому і як її пережити. 2022. URL: <https://www.wonderzine.me/wonderzine/life/life/11757-scho-take-vtrata-domu-i-yak-yiyi-perezhati>
14. Шевченко В. В. «Синдром біженця» як психологічна проблема в умовах війни. Габітус. 2022. Випуск 42. С.228-231. URL : <http://habitus.od.ua/journals/2022/42-2022/39.pdf>
15. Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад. Міністерство охорони здоров'я України. 2019. URL: <https://moz.gov.ua/article/health/scho-treba-znati-pro-posttravmatichnij-stresovij-rozlad>
16. Яхно М. Внутрішня подорож. Як повернути собі почуття дому. NV. 2022. URL: <https://life.nv.ua/ukr/blogs/yak-povernuti-sobi-vidchuttya-domu-psihologiya-viyna-v-ukrajini-50249647.html>
17. Ambiguous Loss. URL: <https://www.treatmentadvocacycenter.org/resources/ambiguous-loss/>
18. Arnetz B. B., Broadbridge C. L., Jamil H., Lumley M. A., Pole N., Barkho E., Fakhouri M., Talia Y. R., Arnetz J. E. Specific Trauma Subtypes Improve the

- Predictive Validity of the Harvard Trauma Questionnaire in Iraqi Refugees. *J Immigr Minor Health*. 2014 Dec. №16(6). Pp.1055–1061. doi: 10.1007/s10903-014-9995-9. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4138298/>
19. Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Gray KM, Fitzgerald G, et al. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and metaanalysis. *PLoS Med*. 2020. №17(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337> URL: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003337>
 20. Bogic M., Ajdukovic D., Bremner St., Franciskovic T., Galeazzi G. M., Kucukalic A., Lecic-Tosevski D., Morina N., Popovski M., Schützwohl M., Wang D., Priebe St. Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *The British Journal of Psychiatry*. 2012. №200. Pp. 216–223. doi:10.1192/bjp.bp.110.084764 URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/factors-associated-with-mental-disorders-in-longsettled-war-refugees-refugees-from-the-former-yugoslavia-in-germany-italy-and-the-uk/888C6FE379E1BF737101C935C028353A>
 21. Boss P. Ambiguous Loss Theory: Challenges for Scholars and Practitioners. *Family Relations*. Vol. 56. No. 2. Special Issue: Ambiguous Loss (Apr., 2007). Pp. 105-110. URL: <https://www.jstor.org/stable/4541653>
 22. Boss P. Ambiguous loss. *Living beyond loss: Death in the family*. 2004. Pp. 237–246. URL: <https://psycnet.apa.org/record/2004-13448-011>
 23. Boss P. Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief. Harvard University Press. 1999. URL: <https://psycnet.apa.org/record/1999-08128-000>
 24. Boss P., Yeats J. R. Ambiguous loss: a complicated type of grief when loved ones disappear. *Bereavement Care*. 2014. 33:2. Pp. 63-69. URL: https://www.researchgate.net/publication/271943194_Ambiguous_loss_A_co

mplicated_type_of_grief_when_loved_ones_disappear

25. Bowlby J. Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1982. № 52(4). Pp. 664–678. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x> URL: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://mindsplain.com/wp-content/uploads/2020/08/ATTACHMENT_AND_LOSS_VOLUME_I_ATTACHMENT.pdf
26. Buchcik J., Kovach V., Adedeji A. Mental health outcomes and quality of life of Ukrainian refugees in Germany. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2023. №21. <https://doi.org/10.1186/s12955-023-02101-5>
27. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF. URL: https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2017/02/Versorgungsbericht_3-Auflage_BAfF.pdf
28. Bunn M., Samuels G., Higson-Smith C. Ambiguous loss of home: Syrian refugees and the process of losing and remaking home. *Wellbeing, Space and Society*. 2023. Volume 4. <https://doi.org/10.1016/j.wss.2023.100136>. URL: <https://healtorture.org/resources/ambiguous-loss-of-home-syrian-refugees-and-the-process-of-losing-and-remaking-home/>
29. Comtesse H., Killikelly C., Hengst S. M. C., Lenferink L. I. M., Rie S. M. de la, Boelen P. A., Smid G.E. The Ambiguous Loss Inventory Plus (ALI+): Introduction of a Measure of Psychological Reactions to the Disappearance of a Loved One. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Mar № 20(6). doi: 10.3390/ijerph20065117 URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10049427/>
30. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5-TR. American Psychiatric Association. 2022. URL: <https://www.mredscircleoftrust.com/storage/app/media/DSM%205%20TR.pdf>
31. Doma H., Tran Th., Rioseco P., Fisher J. Understanding the relationship between social support and mental health of humanitarian migrants resettled in Australia. *BMC Public Health*. 2022. № 22. doi: 10.1186/s12889-022-14082-z

- URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9472377/#CR9>
32. Dossa P., Golubovic J. Reimagining Home in the Wake of Displacement. *Studies in Social Justice*. 2019. Volume 13. Issue 1. Pp. 171-186. URL: https://www.academia.edu/38730966/Reimagining_Home_in_the_Wake_of_Displacement
 33. Drozdek B. Follow-up Study of Concentration Camp Survivors from Bosnia-Herzegovina: Three Years Later. *The Journal of Nervous & Mental Disease*. November 1997. №185(11). Pp. 690-694. URL: https://journals.lww.com/jonmd/abstract/1997/11000/follow_up_study_of_concentration_camp_survivors.7.aspx
 34. Elsouhag D., Arnetz B., Jamil H., Lumley M. A., Broadbridge C. L., Arnetz J. Factors Associated with Healthcare Utilization Among Arab Immigrants and Iraqi Refugees. *J Immigr Minor Health*. 2015 Oct. №17(5). Pp.1305–1312. doi: 10.1007/s10903-014-0119-3 URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4405449/>
 35. Forced migration and its psychological effects. URL : <https://www.dailysabah.com/opinion/op-ed/forced-migration-and-its-psychological-effects>
 36. Freud S. Mourning and melancholia. 1917. URL: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.sas.upenn.edu/~cavitch/pdf-library/Freud_MourningAndMelancholia.pdf
 37. Gordon Sh. 11 Types of Grief and How to Cope With Loss. 2023. URL: <https://www.health.com/grief-7692761>
 38. Grasser L. R. Addressing Mental Health Concerns in Refugees and Displaced Populations: Is Enough Being Done? *Risk Manag Healthc Policy*. 2022. №15. Pp. 909–922. doi: 10.2147/RMHP.S270233 URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9094640/#cit0063>
 39. Grief and Loss. *Nursing Fundamentals*. Chapter 17. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK591827/>
 40. Group Problem Management Plus (Group PM+): Group psychological help for

- adults impaired by distress in communities exposed to adversity. World Health Organization. 2020. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008106>
41. Guerrero Z., Melicharová H., Kavanová M., Prokop D., Škvrňák M., Kunc M., Leontiyeva Y., Vitíková J., Spurný M, Pilnáček M., Kyselá M., Zhmurko O., Tabery P., Winkler P. Mental health conditions and help-seeking among Ukrainian war refugees in Czechia: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*. 2023. №329. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115552>
 42. Guldin M.-B., Leget C. The integrated process model of loss and grief - An interprofessional understanding. *Death Studies*. 2023. <https://doi.org/10.1080/07481187.2023.2272960> URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07481187.2023.2272960>
 43. House J. S. Work stress and social support. Reading, Massachusetts : Addison-Wesley Pub Co, 1983. URL: <https://www.scribd.com/document/588747155/House-1981-Work-Stress-and-Social-Support>
 44. Howarth R. A. Concepts and Controversies in Grief and Loss. *Journal of Mental Health Counseling*. January 2011. Volume 33. Number I. Pp. 4-10. URL: https://web.archive.org/web/20160509013402id_/http://www.csub.edu:80/~rhewett/english99/Howarth.pdf
 45. Jankovic-Rankovic J., Oka R. C., Meyer J. S., Gettler L. T. Forced migration experiences, mental well-being, and nail cortisol among recently settled refugees in Serbia. *Social Science & Medicine*. August 2020. Volume 258. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113070> URL : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953620302896>
 46. Javanbakht A., Rosenberg D., Haddad L. Arfken C. L. Mental health in Syrian refugee children resettling in the United States: war trauma, migration, and the role of parental stress. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2018. №57(3). Pp. 209–211.

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.01.013>

47. Kale A., Stupples P., Kindon S. Feeling at home: A multisensory analysis of former refugee and host society residents' integration in Wellington, Aotearoa New Zealand. *Emotion, Space and Society*. November 2019. Volume 33. <https://doi.org/10.1016/j.emospa.2019.100615> URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1755458618302378>
48. Khairat M., Hodge S., Duxbury A. Refugees' and asylum seekers' experiences of individual psychological therapy: A qualitative meta-synthesis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2023. Volume 96. Issue 4. Pp. 811-832. <https://doi.org/10.1111/papt.12470> URL: <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/papt.12470>
49. Khosravi M. Worden's task-based approach for supporting people bereaved by COVID-19. *Curr Psychol*. 2021. №40(11). doi: 10.1007/s12144-020-01292-0 URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7778565/>
50. Kirkbride J. B., Anglin D. M., Colman I., Dykxhoorn J., Jones P. B., Patalay P., Pitman A., Sonesson E., Steare Th., Wright T., Griffiths S. L. The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*. 2024 Feb. № 23(1). Pp. 58–90. doi: 10.1002/wps.21160 URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10786006/>
51. Knezevic B., Olson S. Counseling People Displaced by War: Experiences of Refugees from the Former Yugoslavia. URL: <https://tpcjournal.nbcc.org/counseling-people-displaced-by-war-experiences-of-refugees-from-the-former-yugoslavia/>
52. Kübler-Ross E. On death and dying. 1970. URL: https://www.google.com.ua/books/edition/On_Death_and_Dying/H-YeAgAAQBAJ?hl=ru&gbpv=1&dq=inauthor:%22Elisabeth+K%C3%BCbler-Ross%22&printsec=frontcover
53. Lamkaddem M., Stronks K., Devillé W. D., Olff M., Gerritsen A. A.M., Essink-Bot M.-L. Course of post-traumatic stress disorder and health care utilisation

- among resettled refugees in the Netherlands. *BMC Psychiatry*. 2014. doi: 10.1186/1471-244X-14-90 URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3986925/>
54. Lersner U. von, Elbert Th., Neuner F. Mental health of refugees following state-sponsored repatriation from Germany. *BMC Psychiatry*. 2008. Volume 8. URL : <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-8-88>
 55. Lijtmaer R.M. Social Trauma, Nostalgia and Mourning in the Immigration Experience. *The American Journal of Psychoanalysis*. 21 June 2022. Volume 82. Pp. 305–319. URL : <https://link.springer.com/article/10.1057/s11231-022-09357-8>
 56. Lindemann, E. Symptomathology and management, acute grief. *American Journal of Psychiatry*. 1944. №101. Pp. 141-148. URL: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/ajp.101.2.141>
 57. Mental Health and Forced Displacement. URL : https://www.physio-pedia.com/Mental_Health_and_Forced_Displacement
 58. Mental health. World Health Organization. URL : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
 59. Murray J. Grief and Loss. *Common Client Issues in Counselling: An Australian Perspective*. University of Southern Queensland, 2023. URL: <https://usq.pressbooks.pub/counselling/chapter/grief-and-loss/>
 60. Namer Yu., Razum O. Settling Ulysses: An Adapted Research Agenda for Refugee Mental Health. *Int J Health Policy Manag*. 2018 Apr. №7(4). Pp. 294–296. doi: 10.15171/ijhpm.2017.131 URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5949219/>
 61. Neimeyer R. A., Baldwin S. A., Gillies J. Continuing bonds and reconstructing meaning: mitigating complications in bereavement. *Death Studies*. 2006. №30. Pp. 715–738. URL: https://www.researchgate.net/publication/6819407_Continuing_Bonds_and_Reconstructing_Meaning_Mitigating_Complications_in_Bereavement

62. Nguyen T. P., Guajardo M. G. U., Sahle B. W., Renzaho A. M. N., Slewa-Younan Sh. Prevalence of common mental disorders in adult Syrian refugees resettled in high income Western countries: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2022. № 22. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03664-7>
63. Owen J. E., Jaworski B. K., Kuhn E., Makin-Byrd K.N, Ramsey K. M., Hoffman J. E. mHealth in the Wild: Using Novel Data to Examine the Reach, Use, and Impact of PTSD Coach. *JMIR Ment Health*. 2015 Jan-Mar. № 2(1). doi: 10.2196/mental.3935 URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4607374/>
64. Papadopoulos R. K. Families migrating together. 2021. URL : <https://repository.essex.ac.uk/31698/1/RKP%20Families%20migrating%20together%202021.pdf>
65. Papadopoulos R. K. The Approach of Synergic Therapeutic Complexity with Involuntarily Dislocated people. *Systemic Thinking & Psychotherapy*. April 2021. Issue 18. URL : <https://repository.essex.ac.uk/31750/1/RKP%20SynTherCom%20Final%20April%202021.pdf>
66. Priebe St., Bogic M., Ajdukovic D. et al. Mental Disorders Following War in the Balkans. A Study in 5 Countries. *Arch Gen Psychiatry*. 2010. №67(5) Pp. 518-528. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.37 URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/210768>
67. Roberts L. M., Achotegui J., Allen R. C., Lopez M., Fakhri M. Understanding the Ulysses Syndrome, Effective Engagement, and Ways to Heal. URL : <https://journals.iupui.edu/index.php/ENGAGE/article/view/26776/24534>
68. Ruzek J. I., Kuhn E., Jaworski B.K., Owen J. E., Ramsey K. M. Mobile mental health interventions following war and disaster. *Mhealth*. 2016. doi: 10.21037/mhealth.2016.08.06 URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5344166/>
69. Salama P., Spiegel P., Brennan R. No less vulnerable: The internally displaced

- in humanitarian emergencies. *Lancet*. 2001. №357(9266). Pp. 1430-1431. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04570-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04570-0) URL : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)04570-0/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)04570-0/abstract)
70. Samuels G. M. Ambiguous loss of home: The experience of familial (im)permanence among young adults with foster care backgrounds. *Children and Youth Services Review*. December 2009. Volume 31. Issue 12. Pp. 1229-1239. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.05.008> URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0190740909001212>
 71. Sijbrandij M., Acarturk C., Bird M., Bryant R. A., Burchert S., Carswell K., ... Cuijpers P. Strengthening mental health care systems for Syrian refugees in Europe and the Middle East: integrating scalable psychological interventions in eight countries. *European Journal of Psychotraumatology*. 2017. №8 (sup2). <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1388102> URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5687806/>
 72. Siriwardhana Ch., Ali Sh. Sh., Roberts B., Stewart R. A systematic review of resilience and mental health outcomes of conflict-driven adult forced migrants. *Conflict and Health*. 2014. Volume 8. URL : <https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-1505-8-13>
 73. Siriwardhana Ch., Stewart R. Forced migration and mental health: prolonged internal displacement, return migration and resilience. *International Health*. March 2013. Volume 5. Issue 1. Pp. 19–23. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihs014>
 74. Siriwardhana Ch., Stewart R. Forced migration and mental health: prolonged internal displacement, return migration and resilience. *International Health*. 2012. URL : https://www.researchgate.net/publication/256540678_Forced_migration_and_mental_health_Prolonged_internal_displacement_return_migration_and_resilience
 75. Sofka, C. J. For the butterflies I never chased, I grieve: Incorporating grief and

- loss issues in treatment with survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Personal & Interpersonal Loss*. 1999. № 4(2). Pp. 125-148. <https://doi.org/10.1080/10811449908409722> URL: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10811449908409722>
76. Sousa C. A., Haj-Yahia M. M., Feldman G., Lee J. Individual and Collective Dimensions of Resilience Within Political Violence. *TRAUMA, VIOLENCE, & ABUSE*. 2013. Volume 14, Issue 3. Pp. 235-254. <https://doi.org/10.1177/15248380134935>
 77. Stein D.J., Palk A.C., Kendler K.S. What is a mental disorder? An exemplar-focused approach. *Psychological Medicine* 2021. №51. Pp. 894–901. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001185>
 78. Stroebe M., Schut H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Studies*. 1999. Volume 23. Issue 3. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
 79. Sussman N. M. Repatriation transitions: psychological preparedness, cultural identity, and attributions among American managers. *International Journal of Intercultural Relations*. March 2001. Volume 25. Issue 2. Pp. 109-123. [https://doi.org/10.1016/S0147-1767\(00\)00046-8](https://doi.org/10.1016/S0147-1767(00)00046-8)
 80. Theories of Loss and Grief. 2010. URL: <https://www.aipc.net.au/articles/theories-of-loss-and-grief/>
 81. Thomas S. L., Thomas S. D. M. Displacement and health. *British Medical Bulletin*. June 2004. Volume 69. Issue 1. Pp. 115–127. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldh009>
 82. Ukraine Refugee Situation. Operational Data Portal UNHCR. 14.03.2024. URL: <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine>
 83. Volkan V. D. Nostalgia as a linking phenomenon. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*. 1999. №1. Pp.169-179. URL: https://www.academia.edu/17809372/NOSTALGIA_as_a_LINKING_PHENOMENON
 84. What Ambiguous Loss Is and How To Deal With It. Cleveland Clinic. 2022.

URL: <https://health.clevelandclinic.org/ambiguous-loss-and-grief>

85. Worden J. W. Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner. URL:

https://books.google.com.ua/books?hl=ru&lr=&id=Q49KDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=otlrqabo50&sig=V6v4JjfCnccONHOEF5B3Hnj478c&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

86. Zasiakina L., Abraham A., Zasiakin S. Unambiguous Definition of Ambiguous Loss: Exploring Conceptual Boundaries of Physical and Psychological Types Through Content Analysis. East European Journal of Psycholinguistics. 2023. Volume 10. Number 2. Pp. 182–195. <https://doi.org/10.29038/eejpl.2023.10.2.zas>