

СТРУКТУРА ТА ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ВИМУШЕНИХ МІГРАНТІВ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

©О. П. Венгер, Ю. І. Мисула

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

РЕЗЮМЕ. Повномасштабне вторгнення російської федерації в Україну зумовило радикальні суспільні, соціальні та психологічні трансформації в українському суспільстві. Одним із найважливіших суспільних, соціальних та психологічних феноменів, пов'язаних із війною, є вимушена міграція.

У зв'язку з цим особливою актуальності набуває вивчення особливостей структури та характеру психопатологічної симптоматики у вимушених мігрантів.

Метою цього дослідження було вивчення структури та особливостей психопатологічної симптоматики у вимушених мігрантів, які виїхали за межі України внаслідок повномасштабної збройної агресії РФ проти України.

Матеріал і методи. В онлайн-режимі нами клінічно обстежено 265 жінок, які були змушені залишити територію України внаслідок бойових дій після 24 лютого 2022 року, які виїхали для тимчасового проживання на територію Республіки Польща. Середній вік мігрантів склав (31,8±9,4) роки. Обстеження було організовано за методом напівструктурованого клінічного інтерв'ю і проводилося дистанційно в режимі онлайн-відеоконференції з використанням технічних засобів і комп'ютерних платформ, які забезпечували постійний двосторонній відео- та аудіозв'язок. Під час обстеження проводили з'ясування та деталізацію скарг з боку психоемоційної сфери, виявляли і верифікували наявні у обстежених психопатологічні прояви, особливості їх виникнення і патодинаміки.

Результати. Серед вимушених мігрантів виявилися поширеними різні форми психічної патології неспихотичного реєстру. Грунтуючись на результатах дослідження ми запропонували схему комплексного лікування та реабілітації мігрантів, хворих на психічні розлади.

Висновки. Виявлені закономірності психопатологічної симптоматики повинні враховуватися при розробці лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів для вимушених мігрантів та внутрішньо переміщених осіб.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: мігранти; психічні розлади; лікування; реабілітація; профілактика.

Вступ. Повномасштабне вторгнення російської федерації (РФ) в Україну зумовило радикальні суспільні, соціальні та психологічні трансформації в українському суспільстві. Одним з найважливіших суспільних, соціальних та психологічних феноменів, пов'язаних із війною, є вимушена міграція. За даними ООН, станом на кінець травня 2022 року понад 6,5 млн українців тимчасово емігрували до сусідніх країн, і ще понад 8 млн осіб стали внутрішньо переміщеними особами (ВПО) [1].

Еміграція є серйозним психологічним стресом, який несе ризики для психічного здоров'я людини. У попередніх дослідженнях нами було встановлено наявність у емігрантів виражених психопатологічних змін, що насамперед стосувалися афективної сфери, зокрема, депресивних і тривожних розладів [2–6].

Соціально-психологічна ситуація еміграції до і після початку повномасштабного вторгнення РФ в Україну суттєво різняться. Довоєнна міграція мала плановий характер: до моменту виїзду за кордон потенційний мігрант ретельно обирав країну-реципієнта, аналізував можливості і перспективи міграції, ситуацію на ринку праці, планував працевлаштування, забезпечення житлом, харчуванням, медичною, правовою допомогою тощо, здійснював певні підготовчі дії; доволі часто така міграція мала груповий характер (сімейний або у складі професійних груп), що суттєво зменшувало стрес

адаптації, забезпечувало мігранту необхідний рівень психологічної та соціальної підтримки і сприяло кращій інтеграції у соціальне середовище країни-реципієнта. Основним мотивом довоєнної міграції був економічний – бажання покращити свій фінансовий стан або переїхати до країни з вищим рівнем життя. Міграція, спричинена бойовими діями, є вимушеною, зазвичай спонтанною, здійснюється під впливом безпосередньої загрози життю і здоров'ю, заздалегідь не планується, вибір країни-реципієнта часто є випадковим, а місце перебування і умови перебування визначаються не мігрантом, а стороною, яка його приймає. Стрес адаптації у таких мігрантів посилюється невідповідністю до нового мовного і соціального середовища, фінансовими проблемами, труднощами у працевлаштуванні і забезпеченні житлом, незнанням місцевого законодавства і пов'язаною з цим юридичною незахищеністю, недостатньою медичною і психологічною підтримкою, невизначеністю щодо майбутнього, переживаннями за долю рідних і близьких, які лишилися у зоні бойових дій тощо.

У зв'язку з цим особливою актуальності набуває вивчення особливостей структури та характеру психопатологічної симптоматики у вимушених мігрантів (ВМ). Дані такого дослідження можуть скласти підґрунтя для розробки адресних лікувально-реабілітаційних та психокорекційних заходів для цієї категорії осіб.

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

Метою цього дослідження було вивчення структури та особливостей психопатологічної симптоматики у вимушених мігрантів, які виїхали за межі України внаслідок повномасштабної збройної агресії РФ проти України.

Матеріал і методи дослідження. В онлайн-режимі ми клінічно обстежили 265 жінок, які були змушені залишити територію України внаслідок бойових дій після 24 лютого 2022 року, і які виїхали для тимчасового проживання на територію Республіки Польща. Середній вік мігрантів склав (31,8±9,4) роки. Обстеження було організовано за методом напівструктурованого клінічного інтерв'ю і проводилося дистанційно в режимі онлайн-відеоконференції з використанням технічних засобів і комп'ютерних платформ, які забезпечували постійний двосторонній відео- та аудіозв'язок. Під

час обстеження з'ясували та деталізували скарги з боку психоемоційної сфери, виявляли і верифікували наявні в обстежених психопатологічні прояви, особливості їх виникнення і патодинаміки.

Результати й обговорення. Серед вимушених мігрантів виявилися поширеними різні форми психічної патології неспсихотичного реєстру (табл. 1). Так, загалом у 58,9 % мігрантів були виявлені ознаки нозологічно оформлених розладів психіки. Провідне місце серед них займали афективні (депресивні) розлади, які були виявлені майже у третини обстежених, та посттравматичний стресовий розлад, ознаки якого мали місце у кожній п'ятій обстеженій. Суттєво меншою була поширеність розладів тривожно-фобічного і неврастенічного спектрів, які були виявлені менш ніж у 5 % мігрантів.

Таблиця 1. Нозологічна структура розладів психіки у вимушених мігрантів

Нозологія	Поширеність	
	абс.	%
Депресивні розлади	80	30,2
Посттравматичний стресовий розлад	54	20,4
Тривожно-фобічні розлади	13	4,9
Неврастенія	9	3,4

При вивченні найактуальніших психотравмуючих факторів, що сприяють формуванню розладів психіки у мігрантів, було виявлено, що основними проблемами, з якими стикаються мігранти, є проблеми адаптації до іншомовного середовища та культури країни-реципієнта, переживання психологічної депривації та ізоляції, погані взаємовідносини з місцевим населенням, прояви кризи

ідентичності, тимчасовий характер перебування в країні-реципієнті та невизначеність майбутнього, відсутність роботи або робота не за фахом чи низькокваліфікована праця, відсутність офіційного статусу. У вимушених мігрантів спостерігаються також порушення нормальної взаємодії з дітьми та іншими членами родини, емоційна холодність та почуття провини (табл. 2).

Таблиця 2. Найактуальніші психоемоційні стреси у вимушених мігрантів

Стресовий чинник	Поширеність	
	абс.	%
Незнання мови країни перебування і труднощі мовного спілкування	236	89,1
Складність адаптації до нового культурного середовища	166	62,6
Відчуття психологічної депривації та ізоляції	161	60,8
Безробіття та відсутність засобів до існування	92	34,7
Відсутність офіційного статусу	83	31,3
Тимчасовий характер перебування і невизначеність майбутнього	78	29,4
Робота не за фахом або некваліфікована праця	60	22,6
Недоброзичливе ставлення місцевого населення і конфлікти з ним	52	19,6
Порушення нормальної взаємодії з дітьми та іншими членами родини	49	18,5
Почуття провини	46	17,4
Прояви кризи ідентичності	44	16,6
Емоційна холодність	29	10,9

Загалом у мігрантів був виявлений широкий спектр скарг з боку психоемоційної сфери (табл. 3).

Найпоширенішими виявилися скарги на знижений настрій, нав'язливі думки та відчуття тривоги або страху, дещо менш поширеними – різні

Таблиця 3. Структура суб'єктивних скарг з боку психоемоційної сфери у мігрантів

Скарга	Поширеність	
	абс.	%
Знижений настрій	178	67,2
Відчуття тривоги, страху	139	52,5
Нав'язливі думки	156	58,9
Емоційна лабільність	70	26,4
Дратівливість	84	31,7
Емоційна сенситивність	88	33,2
Думки про смерть або самогубство	52	19,6
Втрата задоволення від життя	61	23,0
Порушення апетиту	39	14,7
Швидка втомлюваність	76	28,7
Зниження працездатності	65	24,5
Байдужість, апатія	31	11,7
Порушення концентрації уваги	28	10,6
Зниження пам'яті	24	9,1
Порушення сну	105	39,6

форми дисомній, дратівливість, ангедонія (втрата задоволення від життя та занять, які раніше були цікавими і приносили задоволення), швидку втомлюваність і зниження працездатності. Вагоме місце в структурі скарг займали також емоційна лабільність та сенситивність; рідше були скарги

на суїцидальні думки, порушення апетиту, апатію, зниження пам'яті та порушення концентрації уваги.

Крім афективної, у структурі психопатологічних проявів у мігрантів вагоме місце займає посттравматична симптоматика (табл. 4).

Таблиця 4. Структура симптоматики посттравматичного стресового розладу у вимушених мігрантів

Симптом	Поширеність	
	абс.	%
Неприємні нав'язливі спогади про травмуючу подію	113	42,6
Відчуття повторного переживання травмуючої події	50	18,9
Кошмарні сновидіння зі змістом психотравмуючої події	11	4,2
Відчуття психологічного дистресу	139	52,5
Амнезування окремих елементів пережитої події	36	13,6
Зниження цікавості до повсякденного життя	71	26,8
Відчуття втраченого життя (песимістична оцінка перспектив)	88	33,2

Найпоширенішими симптомами посттравматичного стресового розладу у мігрантів виявилися відчуття психологічного дистресу, неприємні спогади про пережитий стрес, що мали нав'язливий характер, песимістична оцінка перспектив, зниження цікавості до повсякденного життя, а також відчуття повторного переживання травмуючої події (флешбеки), менш поширеними – амнезування окремих елементів пережитої події та кошмарні сновидіння зі змістом психотравми.

У структурі диссомнічної симптоматики у мігрантів домінували порушення засинання і нестійкий нічний сон, а також відчуття сонливості протягом дня і ранні пробудження, а найрідшим диссомнічним симптомом виявилися кошмарні сновидіння (табл. 5).

Вимушена міграція та внутрішнє переміщення асоційовані з підвищеним ризиком аддиктивної поведінки (табл. 4). Так, епізодично вживали тютюн і його замінники 3,8 % мігрантів, періодично – 12,5 %, систематично – 7,2 % і зловживали 1,5 %. Алкоголь епізодично вживали 19,2 % мігрантів, періодично 12,5 %, систематично 6,8 %, зловживали 2,3 %.

Одержані нами дані свідчать про суттєве поширення психопатологічної симптоматики у вимушених мігрантів. На нашу думку, це може бути зумовлене впливом мовного бар'єру, труднощами акультурації у новому соціальному, культурному та релігійному середовищі, відсутністю або недостатністю соціальних груп підтримки, розділеністю з членами родини і близькими особами та

Таблиця 5. Структура порушень сну у вимушених мігрантів

Симптом	Поширеність	
	абс.	%
Порушення засинання	87	32,8
Нестійкий нічний сон	58	21,9
Кошмарні сновидіння	14	5,3
Ранні пробудження	49	18,5
Відчуття сонливості протягом дня	63	23,8

суттєво меншими можливостями для безпосередньої комунікації з ними. Крім того, вимушені мігранти стикаються з суттєвими труднощами у працевлаштуванні, пошуку житла, медичному забезпеченні, правовій підтримці тощо. Важливим також є психологічно тяжке відчуття чужоземця в іншій країні, усвідомлення власної вразливості та залежності від дій влади та місцевого населення. Усі ці чинники мають комплексний синергічний негативний вплив на психіку вимушених мігрантів, зумовлюючи значне поширення у них різних форм психопатологічної симптоматики.

Грунтуючись на результатах дослідження ми запропонували схему комплексного лікування та реабілітації мігрантів, хворих на психічні розлади.

Запропонована схема лікування та реабілітації базується на принципах комплексного, індивідуально-орієнтованого та диференційного підходу, забезпеченні етапності та безперервності лікувально-реабілітаційних заходів. Її цілями визначено якомога швидше усунення проявів психічних розладів, максимальне відновлення працездатності та соціального функціонування хворого, профілактику рецидивування, забезпечення ранньої соціалізації та соціальної адаптації з урахуванням особливостей, виявлених у мігрантів, залучення сім'ї та громадських організацій. Мішенями терапії визначено клінічні прояви, соціальну дезадаптацію та порушення мікросоціальної взаємодії, патологічні поведінкові патерни, асоційовані з наявністю психічних розладів, а також з факторами вимушеної міграції.

Запропонована схема реалізується у чотири етапи, пов'язані спадкоємністю та безперервністю лікувально-діагностичних заходів. Перший етап – діагностичний – включає клініко-психопатологічну оцінку наявних у мігранта розладів психоемоційної сфери, аналіз анамнестичних даних, клінічної симптоматики, динаміки та прогнозу захворювання, взаємозв'язку клінічних та соціально-психологічних факторів. Другий етап – комплексного лікування – включає комплекс заходів біологічної терапії та психотерапії, спрямованих на купірування психічного розладу, нормалізацію психоемоційного стану, соціальну адаптацію та реадaptaцію. Психотерапевтична корекція у мігрантів включає за-

стосування раціональної психотерапії, когнітивно-поведінкової терапії та групової психотерапії. Критерієм ефективності терапії є стійка (не менш як два тижні) нормалізація психоемоційного стану, зникнення клінічних ознак психічного розладу, напрацювання адекватного емоційного реагування на реальні життєві обставини, у тому числі й на міграцію, дезактуалізація деструктивних і формування конструктивних патернів поведінки. Третій етап – реабілітаційний – спрямований на формування стійкого адекватного емоційно-поведінкового патерну, максимальну адаптацію та реадaptaцію мігранта, недопущення рецидивування, при цьому медикаментозна терапія аналогічна тій, що застосовувалася на етапі лікування, з відповідною корекцією дозування препаратів залежно від актуального стану. Четвертий етап – профілактичний – спрямований на підтримання нормального психоемоційного стану, ефективний спротив стресам, запобігання рецидивуванню розладу. Медикаментозна терапія включає лікування основного захворювання, а психотерапія – техніки саморегуляції, а також заходи з соціальної адаптації.

Організація психологічної допомоги. Ключем до організації психологічної допомоги вимушеним мігрантам є розробка багатопланової системи додаткової підтримки, яка відповідає потребам різних груп (рис. 1). Цей багаторівневий підхід не означає, що всі учасники процесу повинні надавати послуги на всіх рівнях. Однак втручання повинні враховувати зв'язки з аспектами всіх шарів піраміди, навіть якщо обрана діяльність активно стосується лише одного або двох шарів.

Чотири рівні Піраміди використовуються для керівництва втручаннями та профілактикою на всіх етапах реагування та служать орієнтиром на етапі програмування.

Перший рівень піраміди складається з базової психосоціальної підтримки, яка сприяє позитивному психічному здоров'ю та психосоціальному благополуччю, стійкості, соціальній взаємодії та соціальній згуртованості в громадах. Діяльність часто інтегрована в сектори охорони здоров'я, захисту та освіти і повинна бути доступною для 100 % вимушених мігрантів. Це може включати першу психологічну допомогу (PFA) та рекреаційні заходи.



Рис. 1. Схема організації психологічної допомоги вимушеним мігрантам.

Базову психосоціальну підтримку можуть надавати підготовлені працівники Червоного Хреста, а також волонтери та/або підготовлені члени громади.

Другий рівень піраміди – це цілеспрямована психосоціальна підтримка, що тягне за собою просування по службі позитивного психічного здоров'я та психосоціального благополуччя і профілактичних заходів, з особливим акцентом на групах, сім'ях та окремих особах, які перебувають у групі ризику. Приклади заходів включають підтримку однолітків, групову роботу, структуровані заходи для дітей, групи підтримки та опитування персоналу та волонтерів. Цілеспрямовану психосоціальну підтримку можуть надавати підготовлені працівники Червоного Хреста, а також волонтери та/або підготовлені члени громади.

Третій рівень піраміди включає профілактичні та лікувальні заходи для осіб і сімей, які мають більш складний психологічний стрес, а також для людей із ризиком розвитку психічних захворювань. Приклади заходів включають базові психологічні втручання, такі як консультування або психотерапія, які зазвичай надаються в медичних закладах із супутньою роботою або в громадських закладах, де це є культурно прийнятним.

Четвертий рівень піраміди належить до спеціалізованої клінічної допомоги та лікування для осіб з хронічними психічними захворюваннями, а також для осіб, які страждають настільки серйозними переживаннями і протягом такого періоду, що їм важко справлятися в повсякденному житті. Приклади діяльності включають центри лікування для постраждалих від катувань та альтернативні підходи до медикаментозної терапії. Послу-

ги надають в державних системах охорони здоров'я та соціальної допомоги, а також у місцях тимчасового перебування мігрантів психіатри та психологи.

Обставини та потреби вимушених мігрантів, які необхідно враховувати при плануванні роботи. При розробці плану надання соціально-психологічної допомоги вимушеним мігрантам, незалежно від їхнього віку, необхідно визначити всі деформуючі сімейні стосунки, обставини, які виникали в мирний час, після початку збройного конфлікту, під час переміщення та після переміщення сім'ї або окремих її членів.

При плануванні роботи необхідно врахувати такі обставини:

- наявність у родині складних життєвих обставин у мирний час;
- наявність політичних розбіжностей або протистоянь між членами сім'ї;
- вступ членів сім'ї у збройні формування протидіючих сторін;
- наявність в сім'ї осіб, які залишилися у зоні збройного конфлікту;
- члени однієї сім'ї перемістилися в різні місця проживання;
- частина сім'ї повернулася в зону збройного конфлікту після переміщення;
- інші суттєві обставини, які є нетиповими для мирного часу і визначають особливості допомоги будь-якого спеціаліста, чи то педагог, соціальний працівник, психолог тощо.

При наданні допомоги мігрантам слід враховувати, що після травматичних подій, які відбулися у зв'язку зі збройним конфліктом, багато хто з них перебуває в постійному стресовому стані та

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення може переживати нові психологічні травми, пов'язані з переїздом і влаштуванням на новому місці. У одних це виражається в сильній тривозі і хвилюванні, а в інших – у спалахах гніву, часто без видимої причини. Існують також фізичні симптоми стресу: болі в м'язах, хронічна втома, прискорений пульс, підвищена збудливість тощо.

Процес допомоги, покликаний навчити людину керувати стресовим станом, передбачає знайомство з різними методами (наприклад, релаксація або формування образів під наглядом спеціаліста), які допомагають контролювати стрес і неприємні фізичні відчуття. Ці методи спрямовані на досягнення психічної рівноваги і зміцнення фізичного та морального стану людини.

Форми роботи для допомоги вимушеним мігрантам. При плануванні допомоги мігрантам, для їх соціальної адаптації, потрібно враховувати, що більшість із них часто не усвідомлюють, якої саме допомоги потребують, особливо, коли це стосується психологічної підтримки. Тому на початкових етапах реабілітаційні заходи та заходи з адаптації можуть проводитися у формі навчання корисних навичок, бесід, підтримувальних зустрічей. Їх можна проводити в таких формах:

1. *Індивідуальна робота.* Індивідуальна робота передбачає індивідуальне консультування/бесіди з актуальних питань, кризове консультування та консультування з опрацювання травматичного досвіду, зустрічі з планування і ведення випадку, оцінки успіхів, терапевтичні зустрічі.

2. *Сімейне консультування.* Сімейне консультування націлене на опрацювання травматичного досвіду на рівні всієї родини та постановку цілей на подальше життя. Сімейне консультування має також передбачати консультування батьків з питань профілактики психологічної травми дитини та створення для дитини підтримувального середовища.

3. *Тренінги з розвитку життєвих навичок.* Такі тренінги можуть включати різні тематики, корисні для мігрантів для їх подальшої адаптації. Ці тематики можуть бути поєднані загальною програмою або представлені окремо, з урахуванням потреб. Серед тем можуть бути: зайнятість/працевлаштування, ефективна комунікація, постановка життєвих цілей, захист прав, здоровий спосіб життя та профілактика соціально небезпечних хвороб, профілактика насильства, виховання та догляд за дітьми, формування сімейних стосунків, профілактика конфліктів тощо.

4. *Групи взаємодопомоги і взаємопідтримки.* Такі групи створюються за ініціативи та участі активних членів центрів компактного проживання мігрантів або громади чи територіального центру, де вони проживають. Метою групи є набуття

корисних навичок і залучення на місцях активних помічників з числа мігрантів. Такі групи також сприяють формуванню згуртованості членів громади, розвитку їх самостійності, впевненості у власних силах. Групи можуть бути тематичними для отримання певних знань, де учасники можуть пригадати та поділитися власним досвідом (наприклад, ефективна комунікація, учасники пригадують власний досвід спілкування і діляться успіхами), та групи психологічної підтримки.

5. *Психокорекційні групи.* Цей метод втручання найактуальніший на початковому етапі кризи, поки травма ще свіжа і люди перебувають у розгубленому стані. У такі групи зазвичай потрапляють найбільш уразливі особи з різними психологічними і психосоматичними проблемами. Ці групові методи психосоціальної реабілітації націлені на усвідомлення травми і включення механізмів подолання стресу (coping); зменшення стресових розладів (страхи, нав'язливі спогади, безсоння, нічні кошмари, дратівливість, депресія тощо); корекцію психосоматичних розладів та розвиток навичок подолання душевної кризи. У групових робочих сесіях залежно від поставлених завдань застосовується весь спектр психотерапевтичних методів – релаксаційні методи, гештальт-терапія, біхевіористична терапія, психодрама, когнітивна терапія тощо. Групу веде фасилітатор (ведучий) у парі зі співфасилітатором. На початкових сесіях важливим є побудова довірливих стосунків у групі для забезпечення саморозкриття учасників. Суть таких зустрічей полягає у тому, що учасники можуть поділитися своїм травматичним досвідом, переживаннями, та за допомогою фасилітатора (ведучого) і уточнювальних запитань від учасників, допомогти один одному відновити послідовність травмуючих епізодів і вибудувати єдину картину події, що допомагає пропрацюванню травми.

6. *Залучення до програм допомоги мігрантам, які успішно впоралися з ситуацією.* До таких програм можна залучати активних членів громади з числа мігрантів, тих, які мають певний досвід і готовність ним поділитися, тих, які готові вчитися і розвивати мережі підтримки. Ці програми є досить важливими, оскільки мігранти дуже добре розуміють проблеми і потреби тих, хто пережив подібний досвід. Це можуть бути програми наставництва, допомоги на засадах «рівний – рівному», проведення занять для дітей і молоді, розробки інформаційних та довідкових матеріалів, залучення гуманітарної допомоги.

Висновки. 1. Вимушеним мігрантам притаманна висока ураженість психопатологічною симптоматикою.

2. Провідне місце у структурі психопатологічної симптоматики у вимушених мігрантів займає

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення
ють депресивні прояви, посттравматична симптоматика та прояви тривоги, а також різні форми диссомній.

3. Значна поширеність психопатологічної симптоматики серед вимушених мігрантів може бути пояснена труднощами соціально-психологічної адаптації та акультурації у чужих мовному, культурному, соціальному та релігійному середовищах.

4. Вимушена міграція є фактором, який сприяє активізації аддиктивної поведінки.

5. Виявлені закономірності повинні враховуватися при розробці лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів для вимушених мігрантів і внутрішньо переміщених осіб.

6. Система комплексного лікування, реабілітації та психологічної підтримки вимушених мігрантів повинна бути спрямована на дезактуалізацію психосоціального стресу, розвиток адаптивних механізмів та соціалізацію мігрантів, і включати широкий спектр індивідуальних та групових методів лікувального впливу на психіку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ukrainian Refugee Situation / United Nations Organization Bulletin. June, 2022. Access mode: <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine> (дата звернення 25.06.2022).

2. Венгер О. П. Особливості психоемоційного стану емігрантів та реемігрантів / О. П. Венгер // Архів психіатрії. – 2015. – Т. 21, вип.1 (80). – С. 131–134.

3. Венгер О. П. Особливості психопатологічної симптоматики у емігрантів та реемігрантів хворих на депресивні розлади / О. П. Венгер // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2016. – № 3 (27). – С. 14–18.

4. Венгер О. П. Особливості проявів тривожності в емігрантів та реемігрантів, хворих на депресивні розлади / О. П. Венгер // Вісник наукових досліджень. – 2015. – № 2. – С. 13-15.

5. Венгер О. П. Особливості депресивних розладів у емігрантів та реемігрантів / О. П. Венгер // Архів психіатрії. – 2015. – Т. 10. № 2. – С. 27–30.

6. Венгер О. П. Особливості клінічної симптоматики депресивних розладів у емігрантів та реемігрантів / О. П. Венгер // Психічне здоров'я. – 2015. – Вип. 2. – С. 3–8.

REFERENCES

1. Ukrainian Refugee Situation. United Nations Organization Bulletin. June, 2022. Retrieved from: <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine> (data zvernennya – date of application 25.06.2022).

2. Venher, O.P. (2015). Osoblyvosti psykhoemotsiynoho stanu emihrantiv ta reemihrantiv [Peculiarities of the psycho-emotional state of emigrants and re-emigrants]. *Arkhiv psykhiatriyi – Archive of Psychiatry*, 21, 1(80), 131-134 [in Ukrainian].

3. Venher, O.P. (2016). Osoblyvosti psykhopatolohichnoyi symptomatyky u emihrantiv ta reemihrantiv khvorykh na depresyvni rozlady [Peculiarities of psychopathological symptoms in emigrants and re-emigrants with depressive disorders]. *Zdobutky klinichnoyi i eksperymentalnoyi medytsyny – Achievements of Clinical and Experimental Medicine*, 3(27), 14-18 [in Ukrainian].

4. Venher, O.P. (2015). Osoblyvosti proyaviv tryvozhnosti v emihrantiv ta reemihrantiv, khvorykh na depresyvni rozlady [Peculiarities of manifestations of anxiety in emigrants and re-emigrants suffering from depressive disorders]. *Visnyk naukovykh doslidzhen – Herald of Scientific Research*, 2, 13-15 [in Ukrainian].

5. Venher, O.P. (2015). Osoblyvosti depresyvnykh rozladiv u emihrantiv ta reemihrantiv [Features of depressive disorders in emigrants and re-emigrants]. *Arkhiv psykhiatriyi – Archive of Psychiatry*, 10, 2, 27-30 [in Ukrainian].

6. Venher, O.P. (2015). Osoblyvosti klinichnoyi symptomatyky depresyvnykh rozladiv u emihrantiv ta reemihrantiv [Peculiarities of clinical symptoms of depressive disorders in emigrants and re-emigrants]. *Psykhichne zdorovya – Mental Health*, 2, 3-8 [in Ukrainian].

STRUCTURE AND FEATURES OF PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS IN FORCED MIGRANTS AT THE PRESENT STAGE

©O. P. Venger, Yu. I. Mysula

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

SUMMARY. The full-scale invasion of the Russian Federation into Ukraine led to radical societal, social and psychological transformations in Ukrainian society. One of the most important public, social and psychological phenomena associated with war is forced migration.

In this connection, the study of the peculiarities of the structure and nature of psychopathological symptoms in forced migrants becomes especially relevant.

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

The aim – to study the structure and features of psychopathological symptoms in forced migrants who left Ukraine as a result of the full-scale armed aggression of the Russian Federation against Ukraine.

Material and Methods. In the online mode, we clinically examined 265 women who were forced to leave the territory of Ukraine as a result of hostilities after February 24, 2022, and who left for temporary residence in the territory of the Republic of Poland. The average age of migrants was 31.8 ± 9.4 years. The examination was organized by the method of a semi-structured clinical interview and was conducted remotely in the mode of an online video conference using technical means and computer platforms that provided constant two-way video and audio communication. During the examination, elucidation and detailing of complaints from the psycho-emotional sphere was carried out, the psychopathological manifestations present in the examinees, the peculiarities of their occurrence and pathodynamics were identified and verified.

Results. Among the forced migrants, various forms of mental pathology of the non-psychotic register turned out to be widespread. Based on the results of the research, we proposed a scheme of complex treatment and rehabilitation of migrants suffering from mental disorders.

Conclusions. The identified patterns of psychopathological symptoms should be taken into account when developing treatment and rehabilitation and preventive measures for forced migrants and internally displaced persons.

KEY WORDS: migrants; mental disorders; treatment; rehabilitation; prevention.

Отримано 28.12.2022

Електронна адреса для листування: olenavenger@gmail.com