

8. Turhan Z., Genç E. Social Workers' Participation in Self-Care Practices: A Literature Review. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2022. № 22(56). P. 619–640. <https://doi.org/10.21560/spcd.vi.1039204>.

9. Weld N., Rankine M., Beddoe L., Davys A.M. Learning, connecting and holistic wellbeing: A study of how supervisors sustain wellbeing and resilience. *International Journal of Wellbeing*. 2025. № 15 (4), 4521. P. 1–19. <https://doi.org/10.5502/ijw.v15i4.4521>.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-619-8-4>

ПСИХОЛОГІЧНЕ ВИЖИВАННЯ У ВИМУШЕНІЙ ЕМІГРАЦІЇ: ПРОЛОНГОВАНА ТРАВМАТИЗАЦІЯ ТА ПРАКТИКИ ПІДТРИМКИ УКРАЇНСЬКИХ БІЖЕНЦІВ У БОЛГАРІЇ

Білова Маргарита Едуардівна

кандидат психологічних наук, доцент,

доцент кафедри соціальної психології,

Одеський національний університет імені І.І. Мечникова

м. Одеса, Україна

Після повномасштабного вторгнення РФ в Україну у 2022 році сформувалася найбільша міграційна криза в Європі з часів Другої світової війни. За оновленими даними Управління Верховного комісара ООН у справах біженців (УВКБ ООН) станом на 2025 рік, загальна чисельність громадян України, які перебувають за межами країни внаслідок збройної агресії, сягнула понад 6,9 млн осіб, з яких близько 6,3 млн зареєстровані в країнах Європи у статусі тимчасового захисту або аналогічних національних програм. [1]. Більшість із них становлять жінки та діти, що зумовлює специфічну структуру психологічних ризиків і потреб.

Дослідження психологічного стану вимушених мігрантів з України свідчать про критично високий рівень тривожності та відчуття небезпеки. За даними профільних звітів, понад 50% біженців демонструють ознаки значного психологічного стресу, а близько 20% мають високий ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Відсутність життєвих орієнтирів, непевність у завтрашньому дні, переживання за життя родичів в умовах воєнного стану та труднощі входження в іноземний соціум виступають базовими детермінантами дестабілізації психологічного стану особистості. [4]. Згідно з актуальною

статистикою МОЗ та ВООЗ на 2024–2025 роки, загроза розвитку психічних порушень актуальна майже для 10 мільйонів українців. Зокрема, у кожного п'ятого громадянина, що безпосередньо зіткнувся з воєнними діями чи втратою майна, діагностують ознаки ПТСР або граничні стани травматичного стресу, що підкреслює критичний рівень дестабілізації ментального здоров'я суспільства. [2].

Досвід спостереження за перебуванням українських вимушених мігрантів у Болгарії підтверджує ефект нашарування травм. Воєнний шок підсилюється вторинною кризою самоідентифікації, яка зумовлена розривом сталих соціальних зв'язків, мовною ізоляцією, втратою фахової затребуваності та зниженням соціально-професійного рангу, що в сукупності з побутовою невлаштованістю, економічною нестабільністю і хронічною невизначеністю, створює стан пролонгованого психологічного стресу.

За оновленими оцінками ВООЗ та міжнародних гуманітарних організацій (2024–2025 рр.), понад 220 тисяч українців, що отримали статус тимчасового захисту в Болгарії, перебувають у зоні ризику психологічної дестабілізації. Для цієї групи травматичний досвід війни посилюється вторинним стресом: згідно з регіональним звітом UNHCR (2025), близько 23–25% мігрантів мають виражені ментальні проблеми, що впливають на їхнє повсякденне функціонування, що безпосередньо корелює з втратою професійного статусу та тривалою адаптаційною кризою. [5]. Водночас вторинна адаптаційна криза часто проявляється через соматизацію, зниження самооцінки та втрату довгострокової перспективи. Значущим є також феномен провини вцілілого, яка часто пов'язана з переживанням власної безпеки на тлі небезпеки для близьких, що залишилися в Україні. Це переживання посилює самознецінення та гальмує процес адаптації.

У зв'язку з цим психологічна допомога має будуватися з урахуванням того, що людина перебуває в умовах триваючої кризи. Пріоритетом стає стабілізація та відновлення базового відчуття безпеки. Практично це включає навчання технік саморегуляції (дихальні вправи, тілесне заземлення, нормалізація сну), психоосвіту щодо травматичних реакцій, формування короткострокових досяжних цілей.

Ефективною є поетапна модель роботи: спочатку – стабілізація та зниження гострої тривоги, далі – інтеграція досвіду втрати, і лише після цього – глибша травмотерапія. Групові формати демонструють додаткову ефективність у зниженні ізоляції та нормалізації переживань.

Відновлення суб'єктності є ключовим завданням психологічної допомоги. Це передбачає підтримку автономії клієнта, підсилення

відчуття впливу на повсякденні рішення, формування нових соціальних зв'язків без примусу до швидкої інтеграції. [3, с. 86–92].

Практична реалізація зазначених терапевтичних підходів та специфіка прояву описаних феноменів (зокрема, провини вцілілого та втрати соціально-професійної ідентичності) детально простежуються у наведених нижче серії клінічних випадків. Аналіз цих кейсів дозволяє наочно продемонструвати динаміку психологічної трансформації українських біженців у Болгарії та ефективність поетапної моделі стабілізації

Клінічні спостереження серед українських біженців у Болгарії підтверджують зазначені тенденції.

Кейс 1. Жінка, 41 рік, яка перебуває в Болгарії понад півтора року після втрати житла, звернулася зі скаргами на хронічні порушення сну, соматичну напругу та підвищену тривожність. Об'єктивні медичні обстеження не виявили органічної патології. Психологічний аналіз засвідчив феномен емоційного «заморожування» як адаптивної реакції раннього періоду евакуації. Лише після стабілізації базових фізіологічних процесів та навчання навичкам саморегуляції стало можливим поступове наративне опрацювання втрати. Зниження соматичних симптомів корелювало з відновленням емоційної доступності переживань.

Кейс 2. Чоловік, 47 років, який проживає у Болгарії разом із дитиною, тоді як його батьки та колишня дружина залишилися в Україні. Попри відносну соціальну стабільність, спостерігалися виражені когнітивні схеми самозвинувачення та уникання інтеграційних кроків. Домінував феномен провини вцілілого, що блокував професійне планування та участь у мовних програмах. Терапія фокусувалася на деконструкції помилкових уявлень про провину та поверненні клієнту контролю над власним життям. Через поетапне планування щоденної активності вдалося трансформувати стан безпорадності у свідому суб'єктну активність. Поступове зменшення генералізованої тривоги супроводжувалося зростанням соціальної активності.

Кейс 3. Жінка, 32 роки, із вищою юридичною освітою, змушена працювати поза межами своєї кваліфікації, демонструвала ознаки субклінічної депресії, пов'язані з руйнуванням професійної ідентичності. Для неї професійна роль виконувала функцію центрального стабілізуючого ресурсу. Інтервенція включала роботу з ціннісними орієнтаціями, поетапне планування підтвердження диплома та формування реалістичної часової перспективи. Поступове відновлення відчуття контролю над життям супроводжувалося покращенням афективного стану.

Аналіз наведених та інших випадків дозволяє виокремити декілька типових механізмів пролонгованої травматизації в умовах вимушеної еміграції: відкладене переживання втрати, соматизація як форма психічної регуляції, ерозія професійної ідентичності, феномен провини вцілілого та хронічна невизначеність. Сукупність цих чинників підтримує базовий рівень тривоги та ускладнює адаптаційні процеси.

У зв'язку з цим стратегічним завданням психологічного супроводу є системне посилення резильєнтності та регенерація суб'єктності особистості, що опинилася в умовах вимушеного переміщення. Психологічна підтримка має базуватися на принципах етапності та поваги до індивідуального темпу адаптації. Первинним завданням є стабілізація та відновлення базового відчуття безпеки. Наступним етапом є інтеграція досвіду втрати, а лише після цього – можливе поглиблене травматерапевтичне опрацювання.

Підсумовуючи, можна констатувати, що об'єктивна картина стану ментального здоров'я біженців розкриває феномен вимушеної еміграції як багатошарову травму, що потребує довготривалої, культурно чутливої та ресурсно-орієнтованої психологічної допомоги. Досвід роботи з українськими біженцями у Болгарії підтверджує доцільність поетапного підходу, спрямованого на поєднання стабілізації, інтеграції травматичного досвіду та відновлення особистісної та професійної суб'єктності.

Література:

1. Оперативна база даних УВКБ ООН: Ситуація з біженцями в Україні. Operational Data Portal. UNHCR. 2025. URL: data.unhcr.org (дата звернення: 03.03.2026).
2. Психічне здоров'я в умовах війни: дані Міністерства охорони здоров'я України. МОЗ України. 2024. URL: moz.gov.ua (дата звернення: 03.03.2025).
3. Психологія здоров'я та кризова підтримка: теоретичні засади і практичні підходи консультивання : колективна монографія / заг. ред. О. І. Кононенко. Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова, 2025. 224 с. URL: http://liber.onu.edu.ua/pdf/Health_psychology_Crisis_support.pdf
4. Mental health and psychosocial support for Ukrainians: reports and resources. World Health Organization (WHO). 2024. URL: www.who.int (дата звернення: 03.03.2025).
5. Navigating health and well-being challenges for refugees from Ukraine: Inter-agency exploration of data (2nd Edition) / UNHCR, WHO. January 2025. 74 p. URL: data.unhcr.org (дата звернення: 21.03.2026).