ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**Факультет Психологии**

Выпускная квалификационная работа на тему:

**«Психическое здоровье трудовых мигрантов из стран ближнего зарубежья в период адаптации»**

по специальности 37.05.01 — Клиническая психология

основная образовательная программа «Клиническая психология»

профиль: психология кризисов и экстремальных состояний

Выполнила:

Студент 6 курса

очной формы обучения

Прибыльская Марина Вячеславовна

|  |  |
| --- | --- |
| Рецензент:к. пс. н., старший преподаватель кафедры общей, медицинской психологии и педагогики ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Ершов Борис Борисович | Научный руководитель: к. мед. н., доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуацийШклярук С. П. |

Санкт-Петербург

2018

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

[АННОТАЦИЯ 3](#_Toc515703928)

[ВВЕДЕНИЕ 6](#_Toc515703929)

[ГЛАВА 1. Теоретический анализ проблемы социальной адаптации и психического здоровья трудовых мигрантов. 9](#_Toc515703930)

[1. 1 Понятие психического здоровья в психологии 9](#_Toc515703931)

[1.2 Особенности трудовой миграции и социальная адаптация мигрантов 14](#_Toc515703932)

[1.3 Особенности психического здоровья мигрантов и его связь с социально-психологической адаптацией 25](#_Toc515703933)

[ВЫВОДЫ ПЕРВОЙ ГЛАВЫ 33](#_Toc515703934)

[ГЛАВА 2. Методы и организация исследования психического здоровья мигрантов из стран ближнего зарубежья в период адаптации 34](#_Toc515703935)

[2.1 Описание выборки исследования 35](#_Toc515703936)

[2.2 Методы исследования 35](#_Toc515703937)

[2.3 Процедура исследования 43](#_Toc515703938)

[2.4 Математико-статистические методы обработки данных 44](#_Toc515703939)

[ГЛАВА 3. Результаты исследования и их обсуждение 45](#_Toc515703940)

[3.1. Анализ социо-демографических характеристик групп трудовых мигрантов и местных жителей 45](#_Toc515703941)

[3.2.Результаты исследования компонентов психической и соматической адаптации трудовых мигрантов в сравнении с местными жителями 47](#_Toc515703942)

[3.3 Результаты исследования симптомов адаптационного реагирования с разделением на регистры 53](#_Toc515703943)

3.4 Результаты исследования симптомов адаптационного реагирования с разделением на регистры……………………………………………………………………………………….59

[3.5 Обсуждение результатов 62](#_Toc515703944)

[ВЫВОДЫ](#_Toc515703945) 66

[ЗАКЛЮЧЕНИЕ 67](#_Toc515703946)

[Список использованных источников 7](#_Toc515703947)0

Приложения………………………………………………………………………………..……74

#

# **АННОТАЦИЯ**

Данная работа посвящена актуальным вопросам адаптации трудовых мигрантов из стран ближнего зарубежья, в частности, Азербайджана, Таджикистана, Туркменистана и Узбекистана.

В основу исследования положен опрос 32 трудовых мигрантов в возрасте от 20 до 45 лет, проживающих в настоящее время в Санкт-Петербурге, прибывших в город не позднее 5 лет назад, и 32 граждан, родившихся в Санкт-Петербурге и проживших здесь всю жизнь. Все частники на момент проведения исследования работают в городе Санкт-Петербург.

Целью исследования является анализ социально-психологических факторов, способствующих эффективной адаптации трудовых мигрантов, а также выявление у них специфических нарушений психического здоровья, связанных с процессом адаптации.

Методами проведенного исследования являются следующие: уровень нервно-психической адаптации (тест нервно-психической адаптации И. Н. Гурвича), уровень соматической адаптации (тест соматической адаптации И. Н. Гурвича), уровень ситуативной тревожности и мотивации достижения цели (ситуативные отношения к деятельности Сопов В. Ф.), удовлетворенность жизнью и наличие актуальных конфликтов, в социальной или профессиональной сфере (самооценка состояния и отношения респондентов к стрессовым факторам). Этап исследования, включающий в себя проведение клинико-психологического интервью, основанного на шкале всесторонней оценки психического состояния Монтгомери, с целью определения регистров реагирования был проведен с участниками, у которых были выявлены симптомы социальной дезадаптации.

Математические методы обработки данных: критерий хи-квадрат Пирсона, U-критерий Манна — Уитни.

Результаты: отмечается преобладание высокого уровня нервно-психического напряжения среди трудовых мигрантов, хотя он и не отличается от такового у местных жителей. Комплексная оценка психического состояния выявила различие между регистрами психического реагирования, связанное главным образом со снижением эмоционального реагирования, такого как дисфория и мания. В других регистрах реагирования существенных различий обнаружено не было. Общий уровень психического здоровья мигрантов существенно не отличается от такового у жителей города, не достигая в обоих случаях уровня клинических проявлений.

Mental health of labor migrants from near-abroad countries.

The thesis is devoted to current issues of adaptation of labor migrants from near abroad countries, in particular Azerbaijan, Tajikistan, Turkmenistan and Uzbekistan.

The research is based on questioning 32 labor migrants aged 20 to 45, now living in Saint Petersburg, arrived to the city not later than 5 years ago and 32 citizens born in Saint-Petersburg and lived here for the lifetime, all of the both groups employed at the moment of the research.

The research targets are to analyze social and psychological factors contributing to effective adaptation of labor migrants as well as finding out if they might have some specific mental health abnormalities related to the process of adaptation.

The methods of the conducted study are following ones: the level of neuropsychic adaptation (the test of neuropsychic adaptation of I. N. Gurvich), the level of somatic adaptation (the test of somatic adaptation of I. N. Gurvich), the level of situational anxiety and motivation to achieve the goal (situational attitude to activity of Sopov V.F.), life satisfaction and the presence of actual conflicts – social or professional (self-assessment of the state and attitudes of the respondents to stress factors). The next step of the research was done with the participants who showed symptoms of the social disadaptation according to the above-stated questionnaires, the depth interview based on the scale of comprehensive assessment of the mental state of Montgomery.

Way of data processing: Pearson Chi-Square, Mann — Whitney U-test.

Results: there is a predominance of a high level of neuropsychological stress among migrant workers, although it does not differ from the level of residents. The comprehensive assessment of the mental state revealed the difference between the registers of mental response, mainly associated with a decrease in emotional response, such as dysphoria and mania. No significant differences were found in other response registers. The General level of mental health of migrants does not differ significantly from the residents of the city, without reaching the level of clinical manifestations.

# **ВВЕДЕНИЕ**

Всеобщая глобализация стала основной причиной формирования принципиально новой миграционной ситуации. Неравенство социально - экономического развития и уровня жизни в разных странах продолжает увеличиваться, что наиболее активно способствует росту трудовой миграции между различными государствами. Сегодня Россия одновременно является как одним из крупнейших мировых центров притока трудовых мигрантов, так поставщиком рабочей силы на рынки других государств.

Масштабы миграции рабочей силы в Россию постоянно растут. Если в 2006 году количество официально работающих мигрантов достигло 1 млн. человек, то в 2014 году этот показатель увеличился до 5,1 млн. человек. Однако общий масштаб трудовой миграции в Россию в 2–3 раза превышает официальную статистику, так как существует огромная нелегальная иммиграция. Большая часть зарегистрированных иностранных мигрантов (более 80%) занято в основном в таких отраслях: строительство, торговля (включая ремонт), обрабатывающая промышленность, добыча полезных ископаемых.

Приспособление к новому окружению, к новой социальной среде – наиболее сложный и болезненный для мигрантов процесс адаптации в местах расселения, который может «затянуться» или не произойти вовсе по ряду причин: из-за непривычных, часто контрастных природно-климатических условий; из-за заметных отличий от местного населения – в менталитете, обычаях и традициях, из-за трудовой деятельности, которая часто не соответствует образованию и квалификации мигранта, а также по психологическим причинам. Все это делает актуальной проблему психического здоровья мигрантов.

Проблема миграции и социальной адаптации в целом широко изучена теоретически, однако, увы, не хватает исследований, призванных решить встающие перед обществом практические задачи: какие конкретные проблемы испытывают мигранты (и испытывают ли) в конкретном социуме, и каким образом приложение теоретических знаний наилучшим способом поможет им интегрироваться. Проанализировав литературу на эту тему, можно сделать вывод, что в России тема миграции освещена, по большому счету, в контексте социологического аспекта, и есть необходимость изучения с позиций психологии, в особенности практической ее стороны [35].

Целью данной работы является изучение психического здоровья трудовых мигрантов из стран ближнего зарубежья.

Гипотезой исследования выступает предположение о том, что смена обстановки и адаптация к новым условиям приводит к снижению психического здоровья трудовых мигрантов с проявлением продуктивной симптоматики.

Объект исследования: психическое здоровье

Предмет исследования: психическое здоровье и уровень адаптированности трудовых мигрантов из стран ближнего зарубежья.

Цель работы - изучить особенности психического здоровья трудовых мигрантов.

Общая гипотеза исследования:

1. Смена обстановки и адаптация к новым условиям приводит к снижению психического здоровья трудовых мигрантов с проявлением продуктивной симптоматики.

Частные гипотезы исследования:

1. Трудовые мигранты более дезадаптированы по сравнению с местными жителями.
2. Особенности характера реагирования в ситуациях, вызывающих высокое нервно-психическое напряжение, отличны у трудовых мигрантов и местных жителей.
3. Существуют различия в восприятия мира между группами.

Задачи работы:

1. оценить особенности социально-психологической адаптации мигрантов

2. Оценить особенности психического состояния и психического здоровья мигрантов

3. Оценка восприятия мигрантами условий жизни и работы.

4. Изучить особенности регистров реагирования трудовых мигрантов в сравнении с местными жителями.

Методы исследования:

1. Методика графической самооценки состояния и отношения опрашиваемого к стрессогенным факторам.
2. Модифицированная методика «Ситуационное отношение к деятельности» Сопова В.Ф.
3. Многомерная шкала нервно-психической адаптации (НПА) Гурвича И.Н.
4. Шкала оценки соматической адаптации (Гурвич И.Н.)
5. Шкала всесторонней оценки психического состояния Монтгомери.

# **ГЛАВА 1. Теоретический анализ проблемы социальной адаптации и психического здоровья трудовых мигрантов.**

## **1. 1 Понятие психического здоровья в психологии**

Под термином здоровья понимают состояние любого живого организма, при котором он в целом и все его органы способны полностью выполнять свои функции; отсутствие недуга, болезни. В соответствии с уставом Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов [11].

По определению ВОЗ, здоровье в медико-санитарной статистике рассматривается на двух уровнях – индивидуальном и популяционном. На индивидуальном уровне здоровье – это отсутствие выявленных заболеваний и расстройств, на популяционном – это процесс снижения уровня заболеваемости, инвалидности и смертности [11].

В настоящее время есть несколько определений понятия здоровье, содержащих пять основных критериев, характеризующих здоровье человека: полное физическое, умственное, духовное и социальное благополучие; отсутствие болезни; способность к полноценному исполнению необходимых социальных функций; нормальное функционирование организма человека в окружающей среде; способность к адаптации в постоянно меняющихся условиях существования [10].

Последние два десятилетия прошлого века в разных ситуациях и контекстах все чаще стал использоваться термин «психическое здоровье». В некоторой степени это было связано с ростом заболеваемости среди населения такими формами психической патологи, как депрессии, невротические расстройства, нарушения развития и др. Важное значение имел и значительный рост научных знаний в психиатрии и смежных с ней науках. Однако главная причина актуализации темы психического здоровья обусловливалась бурным ростом гуманитарного запроса в обществе, возникшего вследствие происходивших в то время глобальных социально-политических изменений во всем мире.

В настоящее время тема или проблема психического здоровья остается на пике актуальности практически во всех своих аспектах, и как раз многоаспектность данной проблемы до сих пор обусловливает трудности определения связанных с ней понятий и терминов. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет психическое здоровье, как состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества. Это основное понятие психического здоровья соответствует его широким и разнообразным интерпретациям в разных культурах[11].

По прогнозам ВОЗ к 2020 году психические расстройства войдут в первую пятерку болезней человечества. Экономический эффект от психических заболеваний является длительным и высоко затратным. Психические расстройства представляют не только существенное социальное и экономическое бремя для общества, но также повышают риск для физического здоровья людей [11].

Человек является сложной живой системой, активность которой регулируется на разных уровнях, взаимосвязанных между собой. Так, Г.С. Никифоров [18] рассматривает такие три специфических уровня психического здоровья: социальный, психологический и биологический.

На биологическом уровне здоровье предполагает динамическое равновесие функций всех внутренних органов, а также адекватное реагирование на воздействие окружающего мира. Психологический аспект психического здоровья человека подразумевает внимание к его внутреннему миру: его уверенности или, наоборот, неуверенности в себе, в собственных силах, осознанию им своих интересов и способностей; его отношению к окружающему миру, людям, общественным событиям, к жизни вообще. Здоровая психика отличается положительным эмоциональным состоянием, определяющим устойчивый характер реагирования на различные факты, события и явления.

Преобладающее эмоциональное состояние (грусть, чувство тревоги, радость и т.п.) – это настроение и эмоциональный фон, на котором проходит жизнь человека во всех ее проявлениях. Эмоциональное состояние имеет решающее значение для психического здоровья человека и является его надежным индикатором. Негативное эмоциональное состояние указывает на ухудшение здоровья в целом и психического здоровья в частности [18].

Соглашается с Никифоровым и Дубровина. По ее мнению, говоря о психическом здоровье индивида, имеется в виду сохранность, адекватность, здоровое функционирование отдельных психических процессов и механизмов, а говоря о понятии «психологическое здоровье», подразумевается целостная структура личности в совокупности ее проявлений, ее самодостаточность и самостоятельность [22].

И.В.Дубровина [5] одна из первых предприняла попытку разграничить понятия психического и психологического здоровья. Психическое здоровье имеет отношение, прежде всего к отдельным психическим процессам и механизмам, психологическое здоровье относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа.

И.В. Дубровина выделила несколько уровней психического здоровья:

1. Первый уровень психического здоровья – лица, не нуждающиеся в психологической помощи, устойчиво адаптированные к любой среде, обладающие активным творческим отношениям к действительности и резервом для преодоления стрессовых ситуаций.

2. Второй, адаптивный уровень - это относительно благополучные лица, которые в целом адаптированы к социуму, но проявляют отдельные признаки дезадаптации, обладают повышенной тревожностью.

3. Третий, низкий уровень психического здоровья - это лица с нарушением баланса процессов ассимиляции и аккомадации, не способные к гармоничному взаимодействию или же проявляющие глубинную зависимость от факторов внешнего влияния [5].

И.Л. Левина под психическим здоровьем понимает «максимальную степень проявления индивидуальности личности при адекватном уровне ее адаптации к внешней среде и отсутствии психических расстройств» [14]. При этом индивидуальность рассматривается исследователем как комплексное понятие, включающее адекватные возрасту:

- эмоциональность – способность адекватно выражать чувства и эмоции в различных жизненных ситуациях;

- интеллектуальность – процесс извлечения, усвоения информации, умения перерабатывать и применять ее;

- личностные характеристики – процесс осознания себя как личности, которой присуще самооценка, самопознание и самореализация [14].

И.Н. Гурвич в своей монографии «Социальная психология здоровья» представил результаты собственных исследований, а также систематизировал обширный зарубежный опыт последних десятилетий [3]*.* Автор делает вывод о большом тематическом разнообразии зарубежных работ в области психического здоровья. Поэтому он считает, что в настоящее время наиболее адекватным современному состоянию психологии здоровья представляется определение ее именно как предметной области, т. е. через раскрытие перечня основных тем, составляющих предмет теоретических и эмпирических исследований.

И.Н. Гурвич считает, что для прикладных целей исследования в области психологии здоровья вполне достаточным оказываются так называемое функциональное определение здоровья, основанное на подходе Т. Парсонса и восходящее к эволюционной теории представление о дисфункции. Автор под здоровьем понимает способность человека полноценно функционировать в основных социальных ролях [3].

Такой подход к здоровью имеет ряд важных для практики следствий:

1) относительность здоровья, подразумевающая отсутствие «абсолютного» психического здоровья. Это значит, что нет человека, который мог бы сохранять психическое здоровье в любых социальных ролях или ситуациях;

2) ограниченность подхода социокультурными нормами общества или социальной группы;

3) функциональное понимание здоровья не подразумевает полного отсутствия симптомов психического расстройства, а только констатирует, что такая симптоматика, если она имеется, не вызывает социальной или поведенческой дисфункции [4].

Рассматривая факторы, оказывающие влияние на психическое здоровье современной личности, можно отметить наличие внешних (социальных) и внутренних (психологических) факторов.

Внешние средовые факторы оказывают тем большее влияние на личность, чем она младше. Жизнь современного человека характеризуется чрезмерной загруженностью, невротизацией, появлением множества личностных проблем в сочетании с недостаточной осведомленностью о путях решения внутриличностных конфликтов и о возможностях психологической помощи. Подобная личностная дисгармония родителей находит свое отражение в развитии детей и оказывает негативное влияние на их психику [8].

Среди социальных факторов можно выделить социально-культурную категорию, к которым относятся все особенности уклада жизни современного общества, уровень культуры, требования, предъявляемые к личности человека как представителя группы, государства, политический строй и т. д.

К внутренним, психологическим факторам относятся свойства личности, черты характера, свойства нервной системы человека, позволяющие ему функционировать как психически здоровая личность [8].

Таким образом, психическое здоровье характеризуется как состояние благополучия, при котором человек может реализовать свой собственный потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, быть интегрированным в социум, продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества. Выделяются несколько уровней психического здоровья: высокий (устойчивая адаптация); средний (отдельные признаки дезадаптации) и низкий (глубинная зависимость от факторов внешнего влияния). Выделяют внешние и внутренние факторы психического здоровья. Наибольшее значение придается внешним факторам, способных оказать тотальное воздействие на личность уже в раннем возрасте.

В данной работе мы опираемся на концепцию, предложенную Гурвичем, который понимал психическое здоровье как

## **1.2 Особенности трудовой миграции и социальная адаптация мигрантов**

Миграция населения – это добровольное перемещение, переселение жителей в пределах страны из одного региона в другой регион, или же переселение из одного государства в другую страну. Трудовая миграция – это перемещение людей в рамках страны, а также за ее пределы с целью осуществления оплачиваемой деятельности [33].

Однако, миграция – это не только перемена географического места жительства, но и изменение социального окружения, а также переход из одного общества в другое, из одной культуры в другую [7].

При переезде в другую страну, человек сталкивается с совершенно новым для него миром, новым по ряду аспектов: культуральному, языковому, социальному, экономическому, политическому, психологическому и т.д. Он сталкивается с рядом новых задач, которые могут полностью нарушать привычные для него алгоритмы жизни и способы поведения, преодоления трудностей, что влечет за собой кардинальную перестройку собственных взглядов, приобретение новых навыков, поиск новых вариантов решения повседневных задач [25].

Иная культура принуждает мигранта, неважно, вынужденная ли миграция или добровольная, отказаться от прежнего образа жизни, принять новые социальные нормы, правила и способы поведения. Данный процесс носит название социокультурной адаптации [25][30].

Миграция, как феномен, уже содержит компонент адаптации, который, на наш взгляд, является его неотъемлемой частью, поскольку в процессе миграции человек оказывается в совершенно новых, незнакомых условиях, на которые влияет огромное количество новых стимулов и факторов, которые заставляют человека активно взаимодействовать с окружающей средой, изменять ее в соответствии с их потребностями и в то же время изменять себя в процессе взаимодействия. В этой связи целью данной работы является изучение адаптации в рамках миграционных процессов, то есть социально-психологической адаптации мигрантов.

Трудовая миграция существенно отличается от классической по своему временному характеру. Весьма обоснованный вопрос заключается в том, нужно ли адаптировать трудовых мигрантов, поскольку трудовая миграция, в отличие от классической иммиграции, подразумевает временное проживание в принимающей стране. Однако довольно часто трудовые мигранты, изначально приезжающие только для того, чтобы зарабатывать на жизнь, приходят позже, чтобы принять решение стать постоянными жителями Российской Федерации. В зависимости от целей миграции различается и мотивация пребывания в принимающей стране, а, следовательно, и желание и способность адаптироваться к ее условиям [35].

На данном этапе, трудовые мигранты в России представляют собой обособленную группу, контактирующую с местным населением едва ли, и чаще всего эти контакты связаны с рабочей деятельностью и являются поверхностными. Такая ситуация замыкается в порочный круг: мигранты недоверчиво и осторожно входят в контакт с местным населением, которое, по их мнению, использует их и отвергает, что в свою очередь формирует их определенное поведение, вызывающие недоверие и предубеждения со стороны местного населения. Если добавить к этому стереотипный образ мигранта, который вызывает у Россиян палитру эмоций от насмешки до страха, неудивительным выступает то факт, что мигранты в нашей стране далеки от интеграции и благополучного проживания. Любой мигрант, как претендующий на постоянное проживание, так и временно трудящийся на территории новой страны, для своего эффективного функционирования должен чувствовать себя в безопасности, как со стороны государства, так и социума [31]. Таким образом, проблема адаптации оказывается жизненно важной в обоих случаях: как для долгосрочной, так и для трудовой миграции, со своими особенностями.

В контексте проблемы миграции, Т. Г. Стефаненко определяет социальную адаптацию как результат взаимодействия между индивидом и социальной средой, что приводит к оптимальному соотношению целей и ценностей личности и группы [32].

Е.А. Клыгина понимает психологическую адаптацию мигрантов в новой социальной среде как сложный многомерный процесс взаимодействия представителей разных культур, в результате которого новая социальная идентичность (общая с коренными народами) адекватна изменившимся социальным условиям; процесс развития личностного потенциала мигрантов, поскольку они активно участвуют в различных видах деятельности (и особенно в профессиональной деятельности, системе межличностных отношений, социальной и социально-политической жизни страны пребывания, нахождении условий для удовлетворения потребностей в уважении и самореализации личности) [9].

В. В. Константинов, рассматривая адаптацию переселенцев к новым условиям жизни, понимает под этим процессом «реорганизацию психологических качеств личности, поведение и деятельность субъекта адаптации в ответ на требования новой социальной среды и изменения в социальной среде в процессе удовлетворения адаптационных потребностей мигранта в целях их полноценной совместной деятельности и развития» [12].

О.И.Зотова и И.К.Кряжева [6] отмечают, что социальная адаптация осуществляется на разных уровнях общества: производственного коллектива, непосредственной социальной среде и индивидуальной адаптированности. Согласно их мнению, важным фактором, влияющим на процесс адаптации, являются условия жизни и деятельности. Оценка и восприятие этих условий опосредуется отношением к содержанию труда и целям деятельности. Однако, в зависимости от индивидуальных способностей и характеристик мотивационной сферы личности, условия деятельности могут оказать ощутимое влияние на природу, скорость и результат адаптации. Адаптация является необходимым условием для продуктивной социальной деятельности, а социальная активность, в свою очередь, не может существовать без адаптации индивида в данной социальной среде. Способность быстро находить свое место в совместной деятельности, в новом коллективе, проявлении своих способностей и интересов является главным условием адаптации человека в новой социальной среде. Более того, чем выше этот навык, тем выше скорость адаптации.

При благоприятном течении процесс социальной и психологической адаптации приводит человека к состоянию адаптированности. И.К. Кряжева определяет его как способность индивида оптимально реализовать внутренние возможности, способности и личный потенциал в значимых областях [13].

Е.В. Мороденко различает объективные и субъективные критерии социальной адаптации индивида [17].

Объективные критерии:

- образовательная адаптивность (эффективность, успех образовательной и профессиональной деятельности);

- профессионально-дисциплинарная адаптивность (успешность выполнения профессиональных задач, соответствие требованиям уставов, приказов и т. д.);

- микросоциальная адаптация (авторитетная позиция в команде, достаточно высокий статус, отсутствие конфликтов с коллегами).

Субъективные критерии:

- удовлетворение от своего образовательного и профессионального статуса (безопасность интереса к профессии, развитие профессиональных интересов - мотивационная адаптация);

- позитивно-конструктивное отношение к отношениям в команде (отсутствие агрессивно-конфликтного или пассивно-подчиненного отношения к другим);

- наличие адекватной, достаточно высокой самооценки [17].

Адаптация эмигрантов из разных стран и этносов, оказавшихся в условиях чужой языковой и социокультурной среды, как правило, подчиняется одним и тем же психологическим закономерностям (чувство малоценности, «комплекс иностранца», кризис идентичности, переживание утраты, ностальгия, депрессия, разобщенность с детьми и т.д.) [7].

Н. С. Палагина считает, что в процессе социально-психологической адаптации вынужденных переселенцев происходят значительные изменения в личном плане, выражающиеся в снижении самооценки и уровня притязаний, деформации ценностных ориентаций и социальных установок [20].

В ситуации миграции, конечно же, основная сфера нововведений – культуральная: обычаи нового общества, социальные нормы, новый язык, традиции, иной менталитет и уклад жизни. В этом чужом мире невозможно не почувствовать себя «пришельцем с другой планеты», в особенности, когда культуры принимающей страны и страны приезда кардинально различаются друг от друга, стоят на разных полюсах. Добавляют масла в огонь и местные жители, которые часто с опаской и недоверием встречают мигрантов, в связи с сложившимися национальными и культурными стереотипами о представителях других стран. Дополнительным фактором, к перечисленным выше, стоит упомянуть нахождение вдали от семьи, родственников и друзей, что безусловно усугубляет всю ситуацию в целом. Без социальной поддержки, в особенности от членов семьи мигранта, социальная адаптация в новой стране не только замедляется, но и повышает вероятности обратного – дезадаптированности и возникновению ряда психологических трудностей, в том числе предикторов или даже развитие психических заболеваний.

Трудовая миграция относится к типу добровольной, однако, учитывая политическую и экономическую ситуацию тех страны, из которых поток мигрантов в Россию особенно велик, можно невооруженным глазам обнаружить тенденцию: сюда переезжают люди из менее экономически благополучных стран, часто стран в состоянии финансового кризиса с высоким уровнем безработицы, люди в поисках заработка с целью помощи и материальной поддержки своим семьям на родине. Что же в действительности их толкает к переезду: собственное желание или необходимость зарабатывать? С этой точки зрения можно увидеть немало общего этих двух типов миграции и предположить, что психологические предикторы возникновения трудностей очень часто могут пересекаться у трудовых и вынужденных мигрантов. В обоих случаях это невозможность оставаться на месте с вероятной угрозой благополучию и здоровью человека, его семьи.

В своем исследовании Б. Масуд обнаружил, что пребывание в чужой стране, которое вписывается в общую перспективу жизненного пути человека, как правило, способствует позитивному восприятию новой культуры и большему удовлетворению от нее, что, в свою очередь, увеличивает эффективность социальной адаптации. Принудительное, бесперспективное пребывание в чужой стране, нарушающее целостность жизненного пути человека, способствует негативному восприятию новой культуры, ведет к неизбежному разочарованию и неудовлетворенности и снижает эффективность адаптации к инокультурной среде [15].

Б. Масуд отмечает, что ситуация вынужденной миграции определяет высокую неудовлетворенность человека изменениями в жизни и способствует развитию депрессии, психастении, паранойи и шизоидных расстройств [15].

Важность влияния такого фактора как поддержка семьи на успешность прохождения адаптации в ситуации миграции показана в исследовании [38] мигрантов из Латинской Америки в США. Авторы изучали взаимосвязь уровня психологического стресса с условиями труда и жизни мигрантов (как физические, так и социальные). Они подтвердили одну из гипотез о том, что мигрантам, которые находятся в контакте с семьей или которых поддерживает диаспора, легче дается адаптация, и уровень тревоги, депрессии и чувства безнадежности (термин авторов) ниже, по сравнению с теми, кто этой поддержки лишен [38].

Но даже в ситуации, когда мигрант трудится и проживает в достаточно благоприятных условиях, адаптация - трудный, стрессогенный процесс. Адаптация - один из основных критериев разграничения нормы и патологии в психической деятельности человека.

В качестве основных показателей успешности социокультурной адаптации мигрантов можно выделить следующие: установление позитивных связей с новой средой, решение ежедневных житейских проблем (школа, семья, быт, работа), участие в социальной и культурной жизни принимающего общества, удовлетворительное психическое состояние и физическое здоровье, адекватность в общении и в межкультурных отношениях, целостность и интегрированность личности.

Северо-западный регион, Санкт-Петербург в частности, является одним из наиболее привлекательных регионов России для мигрантов как из ближнего зарубежья, так и русских переселенцев из других городов, за счет своего размера и высокой численности населения, а, следовательно, большего количества предложений на рынке труда, более высоких зарплат в среднем по стране в сочетании со статусом «второй столицы» и близостью к Европе. Официальная статистика говорит, что за 2016 год миграционный приток составил около 60 тысяч человек, правда, не уточняется какой процент из них наши соотечественники из других регионов, а какой – иностранцы. Однако, по неофициальным оценкам, в Санкт-Петербурге проживает более 100 тыс. нелегальных мигрантов. В основном это трудовые мигранты, пребывание и работа которых в Санкт-Петербурге не оформлены в соответствии с миграционным и трудовым законодательством.

Процесс адаптации трудовых мигрантов в условиях северо-западного региона страны с высокой плотностью населения и многонациональной структурой часто сопровождается длительным перенапряжением личностных ресурсов, срывом защитно-приспособительных механизмов и формированием пограничных нервно-психических расстройств у мигрантов.

Трудовая миграция - это сложный процесс, который может привести как положительным, так и отрицательным последствиям, как для принимающей стороны, так и для стран, откуда выезжают рабочие, так и для самих мигрантов.

Масштабы миграции рабочей силы в Россию постоянно растут. В 2014 году 89,5% всех иммигрантов составили мигранты из стран СНГ. Наибольшая доля иммигрантов приходится на следующие страны: Узбекистан – 22,6%, Украина – 20%, Казахстан – 10,2%, Таджикистан – 9,5%, Армения – 8%, Киргизия – 5%. Среди стран дальнего зарубежья наибольшую долю в структуре иммиграции занимают: Китай – 1,8%, Грузия – 1,3%, КНДР – 1% [19].

Трудовые мигранты не равномерно распределяются по территории России, а концентрируются в определенных регионах. Наибольшее количество мигрантов наблюдается в Центральном федеральном округе – 39% от всех выданных разрешений на работу в России, Северо-Западном федеральном округе – 20%, Уральском федеральном округе – 11%, Сибирском федеральном округе – 9% и Дальневосточном федеральном округе – 8,5% [13].

Трудовую миграцию на современном этапе в Российской Федерации характеризуют следующие факторы [26]:

1. Одновременно резкое увеличение как эмиграции, так и потоков иммиграции;

2. Увеличения притока русскоговорящего населения из бывших республик СССР;

3. Увеличение потоков мигрантов из сёл в города;

4. Кардинальные изменения в межрегиональных миграциях в последние десятилетия.

К экономическим причинам трудовой миграции в Российской Федерации относятся две основные: состояние рынка труда и различия в уровнях оплаты труда в различных странах. Среди них наиболее важным фактором трудовой иммиграции в РФ является её сравнительная привлекательность с точки зрения уровня жизни, возможности получения более высоких заработков. Следующим очень важным фактором, определяющим приток трудовых мигрантов, является ситуация, сложившаяся на рынке труда, а именно постоянный спрос на иностранные трудовые ресурсы в Российской Федерации, что сохраняет возможность трудоустройства для иностранных граждан в формальном и неформальном секторах экономики [2].

Миграционные потоки в России обусловлены рядом следующих факторов:

1. Неравенство доходов населения России с другими странами. Миграционные потоки обычно направлены из регионов с низкими заработными платами в страны с более высоким уровнем дохода. Так, население стран с более низкими, чем в России, доходами иммигрируют в РФ, и наоборот: население России эмигрирует в страны с более высоким уровнем доходов. Величина денежной суммы, которую трудовые мигранты могут заработать и отправить на родину, определяется разницей между величиной средней заработной платы и средней стоимостью проживания в стране – реципиенте трудовых ресурсов.

2. Средняя величина миграционных расходов (стоимость миграции) является важным фактором международной миграции трудовых ресурсов в Российскую Федерацию. Так, наиболее вероятными для России будут потоки трудовых мигрантов из соседних стран СНГ: Белоруссии, Киргизии, Молдовы и Украины.

3. Демографическая обстановка в стране. Для России, как для большинства промышленно развитых стран, характерны «старение нации», низкий уровень рождаемости и смертности. В условиях сокращения экономически активного населения Россия всё более нуждается в привлечении трудовых ресурсов. Следовательно, в России наблюдается дефицит рабочей силы, который может покрываться за счет миграционных ресурсов из развивающихся стран, в которых сохраняется высокий уровень рождаемости и растет экономически активное население, т. е. наблюдается избыток трудовых ресурсов.

4. Дефицит трудовых ресурсов в трудоемких и низкооплачиваемых отраслях. Произошли изменения в структуре занятости коренного населения России, проявляющиеся в неуклонном снижении доли занятых в промышленности, строительстве и на транспорте при росте доли занятых в торговле, сфере услуг, в том числе информационных и финансовых. Структурные сдвиги в занятости привели к тому, что на рынке труда появились специфические иммигрантские ниши, которые практически невозможно заполнить за счет коренного населения.

5. Появление после распада СССР новых государств со сложной социально - экономической ситуацией и высокой безработицей. Распад СССР привел к массовым миграциям населения с серьезными последствиями для экономики и рынка труда, как: эмиграция или населения из бывших советских республик и возвращение на родину представителей этнических групп. Чем меньше уровень безработицы, тем сильнее миграционная нагрузка: люди стремятся туда, где есть предложение на рынке труда. Поэтому безработное население этих стран отправляется на поиски работы в Россию.

6. Наличие огромного числа производственных, деловых, родственных, культурных связей со странами СНГ. Владение русским языком, общие исторические корни, культурная, экономическая взаимосвязь стран помогают социально адаптироваться приезжим работникам.

7. Становление России как крупного финансового, экономического центра. Растет промышленное производство, строительство и финансовый сектор.

8. Военные конфликты и политическая нестабильность в соседних странах. Множество беженцев из развивающихся государств временно обустраиваются в России, рассматривая ее в качестве некого перевалочного пункта при следовании в страны Евросоюза, либо пытаются обустроиться на постоянное место жительства в Российской Федерации.

9. Интеграционные процессы. Развитие интеграционных процессов на постсоветском пространстве и, в частности, старт интеграционного процесса Евразийского экономического союза (ЕАЭС) между Россией, Арменией, Беларусью, Казахстаном и Киргизией позволяет наладить и обеспечить свободу движения рабочей силы и проведение скоординированной, согласованной или единой политики в области миграции.

10. Непроработанное законодательство в сфере миграции и несогласованная миграционная политика. Государством не разработано никаких эффективных мер и программ стимулирования возвращения эмигрантов и снижения оттока высококвалифицированных специалистов за рубеж [33].

Таким образом, значение трудовой миграции определяется неоднозначно, а порой и противоречиво: как благо для развития производительных сил, как отрицательный фактор, являющийся помехой для роста благосостояния. Миграционная политика современной России должна выполнять структурирующую роль, т.е. увязывать проекты социально-экономического развития с проектами (прогнозами) количества, качества и размещения населения.

Еще один важный фокус для проведения миграционной политики – это создания условий, являющихся комфортных для мигрантов вне зависимости от срока и цели их проживания, упор на их социально-психологическую адаптацию и интегрирования в сообщество. Сейчас уже невозможно и дальше игнорировать возрастающее количество приезжих, а значит пришло время придумать, как наилучшим образом «вписать» их в российское общество, ведь тем или иным образом мигранты и местные оказывают влияние как на друг друга, так и на ситуацию в стране в целом.

## **1.3 Особенности психического здоровья мигрантов и его связь с социально-психологической адаптацией**

С момента прибытия на новое место жительства у всех мигрантов начинается процесс вхождения, обустройства в новом для них обществе и стране, который содержит в себе организационные, правовые, политические, культурные, психологические аспекты. Отечественные и зарубежные исследователи отмечают признаки и качества адаптированности индивидуума к социальному окружению, среди которых следует отметить:

- получение статуса, места в социальной структуре общества;

- способность самостоятельно преодолевать стрессовые ситуации;

- установки на активное взаимодействие с социальной средой, производительность;

- психическое равновесие, способность наслаждаться жизнью;

- конструктивное решение конфликтных и напряженных ситуаций;

- эмоционально-насыщенные связи с людьми и т.д. [1].

Исследования зарубежных авторов показывают, что многие приезжие мигранты испытали эффект «здорового иммигранта»: они прибыли в страну с отличным здоровьем (необходимое требование для иммиграции и разрешения на работу), но в процессе иммиграции испытали прогрессивное снижение здоровья, в том числе и психического. Было установлено, что это снижение здоровья связано с межличностными и структурными проблемами, характерными для специфики их рабочих мест, в том числе связанных с отсутствием свободы выбора или возможности изменения работодателей, небезопасными условиями работы, например, длительными рабочими часами, отсутствием подготовки по вопросам безопасности труда и повторяющимися травмами. Влияние оказывают также такие факторы как перенаселенность, некомфортабельные условия проживания и ограниченный доступ к здоровому питанию, страх потери работы и депортации [40].

Другая культура вынуждает мигрантов отказаться от бывшего образа жизни, принять другие социальные нормы, правила и образцы поведения. Для мигранта в процессе адаптации изменяется все – от природы и климата до психологических отношений, а также традиций, обычаев, ритуалов, ценностей. И иногда это проще сказать, чем сделать, в особенности учитывая тот факт, что большинство мигрантов проживают в тесных узах своего сообщества, в специальных кварталах, где не имеют возможности, а порою и желания, сталкиваться с новой культурой и адаптироваться к ней.

Адаптацию к новым условиям можно считать успешной, если человек (мигрант) реализует свой личностный потенциал, возможности и способности и успешно разрешает психологические и социокультурные проблемы, поскольку процесс адаптации является активным стремлением изменить среду [1].

Многое зависит и от психологического потенциала личности, мощности его личностных ресурсов для совладания со стрессогенной ситуацией, мотивацией миграции, нацеленностью на преодоление трудностей и интеграцию.

Участники фокус-групп исследования психического здоровья мигрантов (трудовые мигранты из Филиппин и восточной Европы), проведенного в Канаде (Vahabi, M., & Wong, J. P.), говорили о том, что видят депрессию, беспокойство и стресс как признаки психического заболевания, но они полагают, что способность справляться с этим является основным фактором, препятствующим развитию или прогрессированию психического заболевания. Другими словами, хотя и большинство участников признались, что наблюдают у себя развитие симптомов депрессии, повышение беспокойства и стресса с момента их прибытия в Канаду, они чувствовали, что они достаточно сильны, чтобы контролировать и преодолевать эти эмоции. Они подчеркнули значение той поддержки, которой является для них семья, а также выделили ее как фактор, наиболее мотивирующий их к преодолению трудностей, что они встречают в новой стране [40].

Основными показателями успешности социокультурной адаптации мигрантов Г. Солдатова предлагает такие [30]:

1) налаживание позитивных связей с новой средой, решение ежедневных жизненных проблем (школа, семья, быт, работа);

2) участие в социальной и культурной жизни принимающего общества;

3) удовлетворительное психическое состояние и физическое здоровье;

4) адекватность в общении и в межкультурных отношениях;

5) целостность и интегрированность личности

Таким образом, кроме сугубо социальных показателей, основными, решающими являются признаки психологического благополучия, гармоничности и зрелости личности, то есть все то, что непосредственно связывается с понятием психологического благополучия, гармоничности и зрелости личности – это непосредственные составляющие психического здоровья.

Вплоть до 1970-х гг. в этой области не хватало достоверных научных данных о природе, распространенности и определяющих факторах проблем психического здоровья среди мигрантов. Новаторские исследования, проведенные в США, Канаде, Норвегии и Юго-Восточной Азии определили, что у мигрантов уровни тревоги и депрессии достигали значимого уровня, но отсутствие сопоставления близких по составу групп ограничивало интерпретацию полученных данных.

В последующие два десятилетия произошло бурное развитие эпидемиологических исследований в области психического здоровья мигрантов, что привело к появлению системных обзоров, которые показали следующие результаты: средняя распространенность ПТСР составила 9%, депрессии – 5% [28].

Факторы, связанные с ослаблением психического здоровья мигрантов, были разделены на две группы. Первая включает социодемографические характеристики (пожилой возраст, женский пол, проживание в сельских районах, хорошее образование и высокий социальный и экономический статус). Во вторую вошли стресс-факторы в среде помимо самого факта перемещения (проживание в учреждениях, ограничения экономических возможностей, внутреннее перемещение, недобровольная репатриация и прибытие в страну с продолжающимся конфликтом) [21].

В еще одном исследовании, проведенном в Канаде по данной тематике (Subedi, R. P., & Rosenberg, M. W.) было обнаружено, что у высококвалифицированных иммигрантов, которые работают в профессии, которая не предполагает использование своих знаний, навыков и опыта (к примеру, мигрант имеет образование юриста, но в стране иммиграции ему удалось найти только вакансию таксиста), обнаружено, что такие люди испытывают повышенный уровень стресса, связанного с работой, низкого качества жизни и ухудшения физического и психического здоровья. Этническое происхождение участника, уровень образования, годы, потраченные на текущую работу, степень удовлетворенности работой, уровень стресса, связанного с работой, индекс массы тела (ИМТ) и хронические состояния здоровья являются хорошими предикторами самооценки здоровья квалифицированных иммигрантов, работающих в профессиях, которые не задействуют их потенциал и обозначены как низкоквалифицированные [39].

Нарушения психического здоровья на фоне накапливающихся психологических и социальных проблем приводят к трансформации личностного реагирования и дезадаптации, процессу обратному социально-психологической адаптации. Степень принятия переселенцев новым социальным окружением взаимосвязана с их идентификацией и ролевым функционированием в изменившихся условиях В случаях переселения семьями психологические проблемы членов семьи в сложных условиях дезадаптации в обществе усиливаются и сопровождаются нарушением внутрисемейного взаимодействия [23].

В исследовании М.В. Ивановой отмечено, что в течение года после переезда мигранты испытывали энтузиазм, надежды на будущее, которые они связывали с возможностями достичь то, что не смогли на предыдущем месте жительства. Все это стимулировало социальную активность мигрантов, укрепляло сплоченность во внутрисемейных отношениях. В течение первых двух лет, в среднем, мигранты отмечали чувство удовлетворенности, надежду на будущее [7].

По прошествии этого срока постепенно накапливалось разочарование, ностальгия по «дружеским» отношениям на прежнем месте жительства, поскольку не удавалось установить подобные отношения в новом окружении. Актуализировались финансовые проблемы, жилищная неустроенность, появлялись семейные разногласия, чаще гипертрофировались переживания возможной угрозы жизни, ностальгия по «прошлому» с доминированием «приукрашенных» воспоминаний о предыдущем месте жительства. И даже такой фактор как смена климата сопряжена с необходимостью адаптироваться к его особенностям. Процесс акклиматизации нередко сопровождался частыми обострениями соматических заболеваний, таких как бронхиальная астма, болезни опорно-двигательного аппарата, сердечно - сосудистой системы, что в свою очередь влияло на самочувствие и психологическое состояние переехавших.

Ощущение резких различий между жизненным опытом мигранта и представителей коренного населения усиливало чувство неуверенности в себе, одиночества, некомпетентности. Появление психопатологических расстройств часто совпадало с обострением соматического заболевания [7].

Ретроспективный анализ субъективного восприятия мигрантами своего состояния в постмиграционный период (проведенный по данным биографического метода исследования и в результате интервьюирования пациентов) показал значимые на различных временных промежутках после переезда состояния и субъективные ощущения, влияющие на адаптацию и психическое здоровье переселенцев. В их числе имели место неудовлетворенность социальным статусом, чувство отверженности, одиночества, отсутствия понимания культуры коренного населения, фиксация на уничижительных высказываниях в их адрес, ностальгические переживания о прошлом, отсутствие мотивации идти на контакт. Данные психологические установки усиливали сопротивление социальной адаптации и являлись основой для развития психических расстройств [27].

Психические расстройства, возникающие у мигрантов связаны с длительностью проживания в стране. Так, у людей с давностью миграции менее 5 лет преобладают психодезадаптационные состояния (ПДАС) и невротические расстройства, коморбидные с соматическими заболеваниями, но при этом равномерно присутствуют и другие расстройства, в то время как у людей с давностью миграции более 5 лет наибольший удельный вес имеют невротические расстройства, коморбидные с соматическими заболеваниями [28].

Расстройства субсиндромального уровня (тревожные, депрессивные), определяемые в рамках психодезадаптационного синдрома, наблюдаются у мигрантов более молодого возраста, состоящих в супружеских семьях. У мигрантов с иным составом семьи (полные, неполные, одинокие) чаще наблюдаются дисфорические расстройства и неврастения. У одиноких мигрантов чаще диагностируются аффективные расстройства в виде умеренного депрессивного эпизода, в отличие от пациентов, имеющих семью

Донозологические психические расстройства представлены состояниями психической дезадаптации, которые проявляются симптомами физической, психической слабости, эмоциональной, вегетативной неустойчивости, в виде вастенического, дистимического, тревожно-фобического состояния [28].

Особенностями психодезадаптационных состояний у мигрантов являются непостоянный, но высокий уровень тревоги, переживания собственной некомпетентности, неуверенности в себе, социальной отверженности.

Невротические реакции у мигрантов представлены симптомокомплексом, соответствующим диагностическим критериям «неврастении». Особенности невротического реагирования мигрантов обусловлены переживаниями изменившейся окружающей действительности и неэффективностью ранее освоенных индивидуальных способов адаптации, высоким уровнем тревоги.

Также у мигрантов отмечаются продолжительные по времени психопатологические расстройства в виде пролонгированной депрессивной реакции, посттравматического стрессового расстройства, умеренного депрессивного эпизода [28].

Течение психических расстройств усугубляют имеющиеся в структуре личности у мигрантов, особенно пожилого возраста, тревожность и ригидность, а также психастенические черты, независимо от возраста мигранта, отмечается склонность к соматизации психического расстройства. Частота тех или иных заболеваний, равно как и их возникновение, не зависят от причин миграции и состава семьи, но взаимосвязан с длительностью проживания в стране, а также с типом психического расстройства.

Обострение психосоматических заболеваний совпадает с актуальным психическим расстройством. Во внутренней картине болезни преобладает убежденность в том, что именно физический дискомфорт, связанный с соматическим заболеванием, являлся причиной снижения работоспособности, неуверенности в завтрашнем дне, неудовлетворенности сложившейся ситуацией после переезда [14].

Была выявлена зависимость адаптационных возможностей переселенцев от особенностей внутрисемейного взаимодействия (сохранения привязанности, взаимозаменяемости, гибкости в ролевом перераспределении и т.д.). Эти взаимосвязи указывают па накопление с возрастом мигрантов проблем внутрисемейной дезадаптации, которая при наслоении на период приживаемости на новом месте поселения негативно отражается на готовности к взаимодействию в изменившемся социуме [28].

Уровень субъективного ощущения одиночества связан с как с психическими, так и с соматическими заболеваний, с длительностью проживания на новом месте поселения. Ощущение одиночества не зависит от уровня образования мигрантов, но отражает переживания, связанные с внутренней неудовлетворенностью достигнутым уровнем социальных связей, недостаточностью общения с семьей, родственниками, друзьями и сниженной самооценкой, не подкреплявшейся привычным признанием компетентности и значимости.

В исследовании (Akhter, S., Rutherford), женщины (трудовые мигранты из Бангладеша) сообщили о стрессе, беспокойстве, беспокойстве и мыслях о самоубийстве из-за двойного бремени работы и отделения от своих детей и поддержки семьи. Кроме того, их доступ к услугам врачей и психиатров, психологов ограничен, ввиду их напряженного и продолжительного рабочего графика, а ограниченные медицинские услуги, предоставляемые на рабочем месте, не отвечают их потребностям [34].

Levecque, K., & Van Rossem, R. отмечают, что мигранты первого поколения демонстрируют более высокие уровни депрессии, а рожденные за пределами Европы – наиболее склоны к проявлению депрессивной симптоматики. Этот высокий риск депрессии не связан с статусом этнических меньшинств, но, в основном, обусловлен наличием серьезных препятствий для социально-экономической интеграции и процессов дискриминации [36].

В случае безуспешной адаптации на новом месте поселения у мигрантов отмечается: низкая самооценка, неуверенность в себе, чувство виновности, собственной малоценности, раздражительность, чувство невостребованности, обидчивость, избегание общения с окружающими. Выявлен низкий уровень качества жизни по многочисленным показателям, в том числе работа, душевный покой, здоровье, материальный достаток, духовные потребности, общение с друзьями [28].

# **ВЫВОДЫ ПЕРВОЙ ГЛАВЫ**

Таким образом, факторами, влияющими на психическое здоровье мигрантов, являются длительность проживания на новом месте, причина миграции, возраст, структура семьи. Приспособление к новому окружению, к новой социальной среде – наиболее сложный и болезненный для мигрантов процесс адаптации. В новой среде источниками напряжения могут являться условия жизни, трудности, возникающие в процессе работы, при профессиональном и личном взаимодействии с новым для мигранта окружением. Это повышает цену деятельности, приводит к высокому напряжению, и даже перенапряжению, у мигрантов, намного выше чем у жителей, и снижает качество здоровья, с возможностью проявления продуктивной симптоматики, как следствие истощения адаптационных ресурсов.

Политика принимающих стран в отношении трудовых мигрантов, доступности психологической, психиатрической и общемедицинской помощи имеют решающее значение для психического здоровья этой группы населения. Особенностью психосоциальной реабилитации мигрантов является инициативный характер ее реализации (активное вовлечение мигрантов в процесс реабилитации через информирование об оказываемой помощи в поликлиниках и стационарах) с целью формирования у них положительной мотивации на принятие помощи специалиста. В идеальных условиях должен быть обеспечен полный комплекс программ, включая социальные и психотерапевтические мероприятия, который объединит службы психического здоровья и специальные программы для уязвимых групп.

# **ГЛАВА 2. Методы и организация исследования психического здоровья мигрантов из стран ближнего зарубежья в период адаптации**

Во второй главе данной работы мы описали программу и этапы исследования, выборку испытуемых и те методы, и методики, которые мы применяли в ходе исследования.

Исходя из теоретического анализа первой главы, мы предположили, что, смена обстановки и адаптация к новым условиям приводит к снижению психического здоровья трудовых мигрантов с проявлением продуктивной симптоматики.

Частными гипотезами стали следующие предположения:

1) Трудовые мигранты более дезадаптированы по сравнению с местными жителями.

2) Особенности характера реагирования в ситуациях, вызывающих высокое нервно-психическое напряжение, отличны у трудовых мигрантов и местных жителей.

3) Существуют различия в восприятия мира между группами.

Целью данного исследования является изучение психического здоровья трудовых мигрантов из стран ближнего зарубежья.

Объектом исследования выступают трудовые мигранты из стран ближнего зарубежья.

Предметом исследования является особенности психического здоровья, уровень адаптации и регистры психического реагирования трудовых мигрантов из стран ближнего зарубежья.

Задачами данного эмпирического исследования явились:

1) Проанализировать особенности психического здоровья мигрантов.

2) Оценить уровень социально-психологической адаптации трудовых мигрантов.

3) Оценить восприятие мигрантами условий жизни и работы.

3) Изучить особенности регистров реагирования трудовых мигрантов в сравнении с местными жителями.

## **2.1 Описание выборки исследования**

Выборка исследования составила 64 человека, объединенных в две группы: трудовые мигранты и коренные жители Санкт-Петербурга – мужчины и женщины в возрасте от 20 до 45 лет.

В первую группу входят представители следующих стран: Азербайджан, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан, которые переехали в город Санкт-Петербург от 1 до 4 лет назад, всего 32 человека – 17 женщин и 15 мужчин.

Вторую группу составили местные жители города Санкт-Петербурга – 18 женщин и 14 мужчин.

## **2.2 Методы исследования**

Для того, чтобы решить поставленные для исследования задачи, мы использовали следующие методы: констатирующий эксперимент, метод тестирования, методы математической статистики.

Метод тестирования дает возможность быстро провести скрининговую оценку психического состояния и степень его развития. Он предполагает четкую процедуру сбора и обработки первичных данных, а также особые приемы их последующей интерпретации.

В ходе исследования мы использовали четыре психодиагностических методики: методика графической самооценки состояния и отношения, опрашиваемого к стрессогенным факторам, модифицированная методика «Ситуационное отношение к деятельности» (Сопов В.Ф.), тест нервно-психической адаптации (И.Н.Гурвич), шкала оценки соматической адаптации. Углубленное исследование предполагало проведение клинико-психологического интервью, построенного на методике шкала Монтгомери.

**Методика 1. Методика графической самооценки состояния и отношения опрашиваемого к стрессогенным факторам**

Методика направлена на оценку готовности обследуемого идти на контакт, установления наличия реальных либо субъективно-воспринимаемых проблем, трудности их разрешения на момент проведения обследования.

Одним из персональных проявлений несоответствия между ожидаемой эффективности жизнедеятельности и реальной является возникновение дискомфорта, неудовлетворенности и ощущения неразрешимости проблемы, которые обследуемые отмечают в методике.

Опросник включает в себя 23 утверждения оцениваемых по 11-балльной шкале. (от 0, хуже некуда, до 10, лучше не бывает).

Полученные данные анализируются по параметрам субъективного восприятия вредоносных факторов. Сферы «проблемности» оцениваются по частоте встречаемости конфликтного отношения среди самооценок.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Сфера проблем** | **Самооценка** | **№ вопросов** |
| **Качество****здоровья** | Здоровье сейчас | 1 |
| Настроение сейчас | 2 |
| Физическая активность | 3 |
| Восстановление | 6 |
| Оценка нагрузки на службе | 7 |
| Здоровье на службе  | 20 |
|  *дополнительные вопросы* | 4,5 |
| **Отношения в коллективе** | Отношения с непосредственным начальником |  |
| Отношения по вертикали | 10 |
| Отношения по горизонтали | 9 |
| **Отношения вне служебной деятельности** | Взаимоотношения в семье | 21 |
| Взаимоотношения вне службы | 23 |
| Отношения с гражданами | 12 |
| **Отношение к профессиональной деятельности**  | Организация деятельности | 8 |
| Профессиональная подвижность | 22 |
| Удовлетворенность эффективностью деятельности | 15 |
|  *дополнительные вопросы* | 13,16, 19 |
| **Восприятие качества жизни** | Удовлетворенность материальным обеспечением в последнее время | 14 |
| Удовлетворенность обстановкой на службе и работе | 19 |
| Удовлетворенность отношениями вне работы и службы | 23 |

**Методика 2. модифицированная методика «Ситуационное отношение к деятельности» (Сопов В.Ф.)**

Методика предназначена для экспресс-оценки уровня ситуативной тревожности и мотивации достижения цели. Опросник состоит из 14 суждений, 7 из которых направлены на изучение отношения к факторам профессиональной деятельности и 5 утверждений на определение уровня ситуативной тревоги.

Одно из вероятных проявлений реакции на ситуацию является намерение ее изменить. Крайними состояниями являются нежелание что-либо менять, либо желание все изменить. Уровень тревожности в таком случае позволяет отличить характер реагирования на ситуацию от апатии (если снижено настроение, то депрессии) и ощущения провала, как показателя демотивации и дезориентации в ситуации, до беспечности и гипермобилизации, как проявлений недооценки или переоценки значимости ситуации.

Мотивация достижения цели - отражает желание и готовность человека к изменениям, от полного отсутствия побуждения к эффективной работе до чрезвычайно выраженного.

Ситуативная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушения внимания, вплоть до нарушения координации. Следует отметить, что тревожность сама по себе не является негативной чертой. Определенный уровень тревожности говорит о естественной активности личности. При этом существует оптимальный индивидуальный уровень «полезной тревоги», той тревоги, которая будет мотивировать на достижение целей, поставленных перед человеком.

На основе сочетания этих двух уровней ситуативной тревожности и мотивации достижения цели определяется состояние респондента по отношению к его деятельности. Ниже описаны возможные варианты состояний:

*«Стресс»* – демонстрирует желание все изменить и очень высокий уровень тревожности;

*«Напряженное»* – характеризуется высоким уровнем тревожности и средней мотивационной направленностью;

*«Ожидание провала*» - возникает у респондентов с низкой мотивацией и при очень высоком уровне тревожности одновременно;

*«Тревожная заинтересованность»* ***–*** характеризуется высокой мотивацией и средней тревожностью;

*«Оптимальное»* – характеризуется достаточно высокой мотивацией и умеренным уровнем тревожности;

*«Тревожная апатия»* – характеризуется низкой мотивацией достижения целей и средним уровнем тревожности;

*«Беспечность»* – характеризуется неадекватно низким уровнем ситуативной тревожности, при сохранении высокой мотивационной направленности на результативность деятельности;

*«Спокойная активность»* – характеризуется очень низким уровнем ситуативной тревожности и средним уровнем мотивации в деятельности;

*«Апатия»* – характеризуется низкой мотивацией при низком уровне тревожности.

**Методика 3. Многомерная шкала нервно-психической адаптации (НПА) (Гурвич И.Н.)**

 Методика предназначена для измерения уровня целостной социо-психо-биологической адаптации индивида, индикация которой производится путем установления наличия и степени выраженности у человека некоторых симптомов. В его задачу входит разделение исследуемой группы на категории по уровню нервно-психической адаптации.

Теоретической основой интерпретации результатов выполнения тестов является модель, выдвинутая Ю.А.Александровским, согласно которой ослабление адаптационных механизмов психической деятельности клинически выражается в психопатологических образованиях, наблюдаемых при пограничных формах нервно-психических расстройств. Регистрация психопатологических симптомов позволяет градуально оценить наличие и выраженность напряженности процесса нервно-психической адаптации, не только на уровне донозологических и пограничных изменений в стрессогенных ситуациях, но и на уровне реагирования на ситуацию, воспринимаемую как нормальную.

Другим проявлением различного уровня психической напряженности как проявление реагирования на вредоносные факторы, или снижение качества здоровья как проявления дезадаптации, является повышение частоты проявлений различных форм аварийного регулирования состояния, психопатологические симптомы - оцениваемые как уровень нервно-психической адаптированности или дезадаптации и уровень тревожности.

Тест разработан в ПНИИ им. В.М.Бехтерева.

Многомерная шкала нервно-психической адаптации НПА представляет собой опросник, содержащий 26 суждений, описывающих различные симптомы.

Шкалы построены таким образом, что идентифицируют симптом с преходящей реакцией, актуальной реакцией, состоянием или развитием, что позволяет оценить вклад в уровень нервно-психической напряженности следов прошлого негативного опыта, особенностей развития личности и адаптационной реакции или состояния.

На основе группировки ответов, по наличию симптоматики, можно экспресс методом, не претендующим на определение точной нозологии, выявить вовлеченность различных механизмов в адаптационные реакции. При этом необходимо учитывать, что зачастую отмечается вовлеченность компенсаторных механизмов, а не страдающих механизмов регуляции (Александровский А.Ю., 1976), в особенности при начинающейся дезадаптации.

Уровень нервно-психической напряженности определятся суммой баллов всех ответов, отмеченных испытуемым в бланке. Сумма распределяется в диапазоне от 0 до 104 баллов.

В зависимости от результата теста, обследуемые распределяются на пять групп (уровней) психического здоровья:

1) I группа, здоровые — сумма баллов менее 10;

2) II группа, практически здоровые с благоприятными прогностическими признаками —  11—20 баллов;

3) III группа, практически здоровые с неблагоприят­ными прогностическими признаками (предпатология) —21—30 баллов;

4) IV группа, легкая патология — 31—40 баллов;

5) V группа с существенными признаками патологии — более 40 баллов.

В дополнение к группе здоровья, опросник определяет также факторы реагирования. Выраженность проявлений того или иного фактора позволяет оценить степень вовлечения регуляторного механизм в процесс адаптации:

*1 фактор* – отражает проблемы вегетативной регуляции, т.е. естественные механизмы саморегуляции не могут в полной мере обеспечить результативное реагирование на ситуацию, что приводит к субъективному восприятию ситуации, как приносщей страданиея.

*2 фактор* отражает низкую эмоциональную толерантность, низкий порог эмоциональных реакций, преобладание незрелых форм психических защит (агрессия, регресс).

*3 фактор* отражает слабость «Я»-концепции.

*4 фактор* отражает фиксацию и изоляции негативных эмоциональных реакций возможно эндогенного происхождения.

О выраженности фактора можно судить, в случае, если отмечается болеет 75 % проявлений, если более 50 % можно предположить о влечении данного механизма, если меньше, то о недифференцированном реагировании.

**Методика 4. Шкала оценки соматической адаптации (И. Н. Гурвич)**

Данный опросник включает в себя 17 утверждений, направленных на определение снижения качеств соматического здоровья испытуемых и частоты их проявления.

Уровень соматической адаптации - это сумма баллов всех ответов, отмеченных респондентом в бланке. Сумма распределяется в диапазоне от 0 до 68 баллов.

Соматическая дезадаптация характеризуется частотой жалоб на дискомфортные состояния организма, страдания. В случае если испытуемый по каким-либо причинам полностью отрицает наличие симптомов, встречающихся у любого здорового человека и не готов сообщить психологу достоверную информацию о себе, такое отношение к процедуре тестирования интерпретируется как «закрытость». Существуют следующие уровни оценки соматической адаптации:

1. От 0 до 6 баллов - «очень высокий» - вероятность наличия соматических заболеваний низкая, исследуемый не фиксирует свое внимание на соматическом страдании, что чаще свидетельствует о его высоких ресурсных возможностях.
2. От 6 до 11 баллов - «выше среднего» - вероятность наличия соматических заболеваний низкая, исследуемый не фиксирует свое внимание на соматическом страдании, что чаще свидетельствует о его высоких ресурсных возможностях или отсутствии вредоносных факторов внешней среды.
3. От 12 до 21 баллов - «средний» - нормативный для популяции уровень страдания на вредоносные факторы, обычно встречающихся в популяции, отражающую нормативную вероятность реализации заболевания.
4. От 22 до 31 баллов - «низкий» - качество здоровья снижено, частота встречаемости проявлений соматического страдания выше среднего по популяции, вследствие того, что, либо снижена саморегуляция, либо объем вредоносных факторов превышает ее.
5. Более 32 - «очень низкий» - вероятность соматического или психосоматического заболевания.

**Методика 5. Шкала всесторонней оценки психического состояния Монтгомери**

Шкала всесторонней оценки психического состояния (Comprehensiv Psychopathological Rating Scale — CPRS) была разработана в Швеции М.Asberg, S.A.Montgomery, C.Perris, D.Scholling и G.Sedvoll. Шкала предназначалась для количественной оценки изменений в психопатологической картине.

Оценка базируется на гибкой клинико-психологической беседе. Пациент подробно, своими словами описывает наличествующие у него симптомы. Специалист, проводящий интервью, отслеживает, какие пункты в шкале не были полностью освещены, и как можно более широко и нейтрально формулирует вопросы, чтобы дать возможность пациенту ответить самому пациенту на них, не наводя своим вопросом пациента на определенный ответ (избегать влияние на результаты).

В России методика была адаптирована в 2003 г. на материале пациентов двух ведущих психиатрических клинических учреждений Санкт-Петербурга: клиники психиатрии Военно-Медицинской Академии (основная часть обследованных) и Психоневрологического научно-исследовательского института им. В.М.Бехтерева.

Валидизация методики в России: была проанализирована выборка сотрудников Управления Вневедомственной Охраны Санкт-Петербурга — 107 мужчин и 12 женщин в возрасте от 18 до 44 лет (средний возраст 29 лет), отобранных для экспертной диагностики.

Перед проведением анализа полученных данных симптомы, имеющие среднюю оценку менее 0,15 баллов и не превысившие ни у одного из испытуемых величины "1,5" балла, были выделены из общей базы. По остальным данным были проведены факторный и кластерный анализы, которые показали почти полное совпадение результатов двух разных видов статистического анализа данных и позволили обосновать создание теста, включающего в себя пять шкал, а именно, шкалы "мании", "депрессии", "астении", "шизоидии" и "дисфории". Анализ симптомов, слабо проявившихся в данной выборке, позволил сделать вывод о том, что все они относятся к психотическому синдрому, не выраженному у испытуемых.

На основании проведенного статистического и теоретического анализа эмпирических данных была разработана структура теста, состоящая их шести оценочных шкал. Помимо основных ("ядерных") симптомов в эти шкалы были включены симптомы "периферические", входящие одновременно в разные шкалы и являющиеся дополнительными диагностическими признаками.

Критериальная валидность выделенных шкал была подтверждена наличием значимых корреляций с результатами, полученными в ходе экспертной оценки в контексте тяжести состояния испытуемых.

Структура шкалы и бланки всех описанных методик находятся в приложении (Приложение А).

## **2.3 Процедура исследования**

Исследование проводилось индивидуально, на условиях анонимности.

Программа исследования состояла из следующих этапов:

Первый этап – был проведен констатирующий эксперимент (тестирование) с целью сбора сырых баллах по опросникам, направленным на изучение социальной адаптации и психического здоровья трудовых мигрантов и местных жителей.

Второй этап – в течение него были изучены особенности и различия показателей социальной адаптации и психического здоровья трудовых мигрантов и местных жителей.

Третий этап – на нем мы сфокусировались на выявления различий и особенностей проявления продуктивной симптоматики у трудовых мигрантов и местных жителей.

Тестирование испытуемых проходило индивидуально и в малых группах. Перед прохождением методик был проведен инструктаж. Время не было ограничено, однако в среднем оно составило 10-15 минут (для мигрантов в 1,5-2 раза дольше в связи с уровнем владения русским языком). Часть испытуемых заполнили опросники онлайн.

Процедура тестирования предполагала два этапа:

1. Этап скрининга, в ходе которого было заполнено каждым участником 4 методики

Данный этап прошли все 64 испытуемых, благодаря опросникам были выявлены люди с повышенным уровнем нервно-психического напряжения, которые были приглашены пройти второй этап.

В группе трудовых мигрантов количество человек, приглашенных на интервью составило 14, из них половина отказалась. В группе местных жителей 13 человек прошло на второй этап, 11 из них согласились на интервью.

1. Этап клинического интервью, основанного на шкале всесторонней оценке психического состояния Монтгомери.

## **2.4 Математико-статистические методы обработки данных**

Статистическая обработка эмпирических данных осуществлялась с помощью программ анализа Excel «XP Windows Professional 2003» и SPSS Statistics ver.17.

Полученные в ходе констатирующего эксперимента эмпирические данные были проверены на нормальность распределения с помощью критерия Колмогорова-Смирнова, который позволяет установить, соответствует ли реальное распределение исследуемого признака нормальному распределению. Так как распределение признаков в выборке отличалось от нормального, то для последующей статистической обработки применялся U-критерий Манна-Уитни. Для сравнения двух групп по признаку, измеренному в номинативной шкале, использовались таблицы сопряжённости и критерий χ2 Пирсона.

На достоверность выявленных взаимосвязей указывает уровень значимости. При указании на достоверность различий на 5%-ом уровне значимости, имеется в виду, что вероятность того, что они не достоверны составляет, 0,05 (р≤ 0,05). При указании на то, что различия достоверны на 1%-ом уровне значимости, имеется в виду, что вероятность того, что они не достоверны составляет 0,01 (р≤ 0,01).

# **ГЛАВА 3. Результаты исследования и их обсуждение**

## **3.1. Анализ социо-демографических характеристик групп трудовых мигрантов и местных жителей**

Социо-демографические характеристики обследуемых приведены в таблицах 1-2, распределение участников исследования в зависимости от данных характеристик представлено на диаграммах.

Основная группа состоит из 32 человек, трудовых мигрантов из следующих стран: Азербайджан, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан. Из них - 17 женщин и 15 мужчин в возрасте от 20 до 45 лет. 50% всех респондентов находятся в браке, 12% проживают с партнером и 38% никогда не состояли в браке. Уровень образования распределился по данной выборке таким образом: 28% всех пациентов имеют высшее образование, 40,6% – среднее и 31,4% – неоконченное высшее образование. 12,5% мигрантов посещали психолога, однако подавляющее большинство, 87,5%, никогда не приходилось обращаться ни к психологу, ни к психиатру.

Группа контроля состоит из коренных жителей города Санкт-Петербурга, из которых 14 женщин и 16 мужчин в возрасте от 20 до 45 лет. 31,4% респондентов состоят в браке, 28% состоят в отношениях (гражданском браке), 40,6% никогда не состояли в браке. Уровень образования в группе контроля: 37,5% имеют высшее образование, 22% респондентов со средним специальным и 40,5% с неоконченным высшим образованием. 56,3% респондентов сообщили о том, что посещали или посещают психолога, 6,2% так же обращались к психиатру, 37,5% никогда не обращались ни к кому из них.

Все участники исследования, по обеим выборкам, трудоустроены в городе Санкт-Петербург.

При сопоставлении групп при помощи хи-квадрат Пирсона различий между группами по полу, семейному положению, уровню образования не обнаружено (p>0,05). Выборка репрезентативная.

Рисунок 1.1 Расчеты критерия Хи-квадрата для социо-демографических данных испытуемых.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Параметры | Хи-квадрат Пирсона, *x*2 | p-уровень значимости |
| Пол | 0,06a | 0.80 |
| Образование | 2,62a | 0.27 |
| Семейное положение | 3,96a | 0.14 |
| Возраст | 25,39a | 0.23 |

Рис. 1.1