МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
Кафедра загальної та клінічної психологі

На правах рукопису

Ткач Алла Олексіївна

ПРОЯВИ РОЗЛАДУ АДАПТАЦІЇ В ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ СТРЕСОВІ ЖИТТЄВІ ПОДІЇ

Спеціальність 053 Психологія
Освітньо-професійна програма Клінічна психологія
Робота на здобуття другого (магістерського) рівня

Науковий керівник
МІТЛОШ АНТОНІНА ВАСИЛІВНА,
кандидат психологічних наук, доцент
кафедри загальної та клінічної
психології

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол №_____
засідання кафедри загальної та
клінічної психології
від _____202__р

Завідувач кафедри
_____ О.В Журавльова

ЛУЦЬК – 2025

ЗМІСТ

ЗМІСТ 2
ВСТУП 7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДУ АДАПТАЦІЇ В ОСІБ ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ СТРЕСОВІ ЖИТТЄВІ ПОДІЇ 11
1.1 Сутність та характеристика розладу адаптації, пов'язаного зі стресом 11
1.2 Дослідження проблеми стресу та його впливу на особистість у працях сучасних науковців 10
1.3 Основні прояви та симптоматика розладу адаптації 15
ВИСНОВОК ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ 19
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВІВ РОЗЛАДУ АДАПТАЦІЇ В ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ СТРЕСОВІ ЖИТТЄВІ ПОДІЇ 24
2.1 Організація та методи емпіричного дослідження 24
2.2 Інтерпретація отриманих результатів дослідження 25
ВИСНОВОК ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ 44
РОЗДІЛ 3. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З РОЗЛАДОМ АДАПТАЦІЇ 49
3.1 Основні напрямки психологічної допомоги особам з розладом адаптації. 46
3.2 Програма психологічної підтримки осіб, які пережили стресові життєві події 49
ВИСНОВОК ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ 53
ВИСНОВКИ 54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 56
ДОДАТКИ 64

АНОТАЦІЯ

Ткач Алла Олексіївна. Прояви розладу адаптації в осіб, які пережили стресові життєві події. – Рукопис.

Випускна кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 053 Психологія. Освітньо-професійна програма Клінічна психологія. – Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, 2025 р.

Наукове дослідження присвячене вивченню проявів розладу адаптації в осіб, які пережили стресові життєві події. З метою реалізації завдань магістерської роботи на базі КП «Волинський обласний госпіталь ветеранів війни» та центру життєстійкості було проведено емпіричне дослідження із застосуванням таких методик: опитувальника ADNM-20, методики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса – Р. Даймонда, Міссісіпської шкали посттравматичних реакцій (цивільний варіант), опитувальника COPE та анкети соціально-демографічних характеристик.

В ході аналізу результатів емпіричного дослідження встановлено, що:

1. Рівень вираженості розладу адаптації. У досліджуваній вибірці переважає середній рівень вираженості розладу адаптації, який виявлено у 44,4 % респондентів (20 осіб). Високий рівень дезадаптації зафіксовано у 33,3 % осіб (15 респондентів), тоді як низький рівень розладу адаптації виявлено у 22,3 % досліджуваних (10 осіб).

2. Структура симптоматичних проявів розладу адаптації. Домінуючою у структурі розладу адаптації є тривожна симптоматика, яка спостерігається у 68 % респондентів. Депресивні прояви виявлено у 52 % осіб, порушення сну — у 45 % досліджуваних, що свідчить про переважання емоційних і психофізіологічних порушень.

3. Соціально-психологічна адаптація особистості. Особи з високим рівнем розладу адаптації характеризуються зниженим рівнем емоційного комфорту, низьким прийняттям себе та інших і підвищеною внутрішньою напругою. Респонденти з низьким рівнем дезадаптації демонструють вищі показники адаптованості, внутрішньої гармонії та здатності

до конструктивної соціальної взаємодії.

4. Копінг-стратегії подолання стресу.
У групі з високим рівнем розладу адаптації переважають неадаптивні копінг-стратегії, зокрема уникання, емоційне дистанціювання та заперечення. За середнього рівня дезадаптації спостерігається поєднання адаптивних і неадаптивних стратегій, тоді як особи з низьким рівнем розладу адаптації частіше використовують проблемно-орієнтовані та когнітивно-переробні способи подолання стресу.

5. Кореляційні зв’язки показників.
Встановлено статистично значущі зв’язки між рівнем розладу адаптації та показниками тривожності, порушень сну й неадаптивних копінг-стратегій ($p \leq 0,05$). Підвищення рівня дезадаптації супроводжується зростанням емоційної напруги та зниженням соціально-психологічної адаптованості.

6. Вплив типу стресової події.
Виявлено, що втрата близької людини частіше асоціюється з депресивними проявами, загроза життю — з тривожно-фобічними реакціями, а тривалі соціально-професійні стресори — з психосоматичними та поведінковими порушеннями.

Магістерська робота має перспективу подальших досліджень, які можуть бути спрямовані на вивчення динаміки адаптаційних порушень у різних групах осіб, а також на вдосконалення програм психологічної підтримки та профілактики розладу адаптації.

Ключові слова: розлад адаптації, стресові життєві події, психологічна адаптація, дезадаптація, тривожність, депресивні прояви, копінг-стратегії, психологічна підтримка.

ANNOTATION

Tkach Alla Oleksiivna. *Manifestations of Adjustment Disorder in Individuals Who Have Experienced Stressful Life Events.* – Manuscript.

Master's qualification thesis submitted for obtaining the academic degree of **Master** in specialty **053 Psychology**. Educational and Professional Program **Clinical Psychology**. – Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, 2025.

The scientific research is devoted to the study of manifestations of adjustment disorder in individuals who have experienced stressful life events. In order to accomplish the objectives of the master's thesis, an empirical study was conducted on the basis of the Municipal Enterprise "Volyn Regional Hospital of War Veterans" and the Resilience Center using the following methods: the Adjustment Disorder New Module-20 (ADNM-20), the Social-Psychological Adaptation Method by C. Rogers and R. Diamond, the Mississippi Scale for Post-Traumatic Stress Reactions (civilian version), the COPE Inventory, and a socio-demographic questionnaire.

In the course of analyzing the results of the empirical study, it was established that:

1. Level of severity of adjustment disorder. In the studied sample, a moderate level of adjustment disorder severity predominated and was identified in 44.4% of respondents (20 individuals). A high level of maladjustment was recorded in 33.3% of respondents (15 individuals), while a low level of adjustment disorder was found in 22.3% of participants (10 individuals).

2. Structure of symptomatic manifestations of adjustment disorder. Anxiety symptoms were dominant in the structure of adjustment disorder and were observed in 68% of respondents. Depressive manifestations were identified in 52% of individuals, and sleep disturbances in 45% of participants, indicating the predominance of emotional and psychophysiological disorders.

3. Social and psychological adaptation of personality. Individuals with a high level of adjustment disorder were characterized by a reduced level of emotional comfort, low self-acceptance and acceptance of others, and increased internal tension. Respondents with a low level of maladjustment demonstrated higher indicators of adaptability, inner harmony, and the ability for constructive social interaction.

4. Coping strategies for stress management. In the group with a high level of adjustment disorder, non-adaptive coping strategies predominated, in particular avoidance, emotional distancing, and denial. At a moderate level of maladjustment, a combination of adaptive and non-adaptive strategies was observed, whereas individuals with a low level of adjustment disorder more often used problem-focused and cognitive-processing coping strategies.

5. Correlation relationships between indicators. Statistically significant relationships were established between the level of adjustment disorder and indicators of anxiety, sleep disturbances, and non-adaptive coping strategies ($p \leq 0.05$). An increase in the level of maladjustment was accompanied by an increase in emotional tension and a decrease in social and psychological adaptability.

6. Impact of the type of stressful event. It was found that the loss of a close person is more often associated with depressive manifestations, a threat to life is associated with anxiety-phobic reactions, and prolonged social and professional stressors are associated with psychosomatic and behavioral disorders.

The master's thesis has prospects for further research, which may be aimed at studying the dynamics of adaptation disorders in different groups of individuals, as well as improving programs of psychological support and prevention of adjustment disorder.

Keywords: adjustment disorder, stressful life events, psychological adaptation, maladjustment, anxiety, depressive manifestations, coping strategies, psychological support.

ВСТУП

Актуальність теми. У сучасному суспільстві люди дедалі частіше стикаються зі стресовими подіями, що суттєво впливають на їхнє психічне та емоційне здоров’я. Війни, соціально-економічні кризи, втрата близьких, серйозні хвороби, професійні труднощі та інші травматичні ситуації створюють умови, за яких організм і психіка людини можуть реагувати неадекватно, проявляючи різноманітні психоемоційні порушення.

Одним із найпоширеніших психопатологічних наслідків таких подій є розлад адаптації, який проявляється у вигляді тривожності, депресивних станів, порушень сну, емоційної нестабільності та соціальної дисфункції.

Вивчення проявів розладу адаптації є надзвичайно актуальним, оскільки своєчасне виявлення симптомів та надання психологічної допомоги дозволяє знизити ризик розвитку хронічних психічних розладів, підвищити ефективність соціальної та професійної адаптації, а також забезпечити відновлення психоемоційного благополуччя людини.

Дослідження проявів розладу адаптації дозволяє не лише розширити наукове розуміння механізмів реагування людини на стрес, але й розробити ефективні психологічні програми підтримки та профілактики, спрямовані на підвищення стресостійкості населення та оптимізацію психічного здоров’я в умовах сучасного соціально-економічного та емоційно-стресового середовища.

Об'єкт дослідження: психологічні характеристики осіб після стресових життєвих подій.

Предмет дослідження: прояви розладу адаптації та методи психологічної підтримки осіб після стресових подій.

Мета дослідження - теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити прояви розладів адаптації в осіб після стресових подій, розробка програми психологічної підтримки.

Відповідно було сформульовано такі **дослідницькі завдання:**

1. Проаналізувати наукові підходи до розуміння розладу адаптації.
2. Систематизувати прояви та симптоматику розладу адаптації.
3. Дослідити психологічні наслідки впливу стресових подій.

4. Розробити програму психологічної підтримки.

5. Оцінити результативність розробленої програми.

Методологічна та теоретична основа дослідження. Дослідження розладів адаптації у осіб, які пережили стресові життєві події, ґрунтується на сучасних теоретичних концепціях психології стресу та адаптації.

Методологічна база включає комплексний підхід, що поєднує психодіагностичні, корекційні та превентивні аспекти роботи з клієнтами, спрямованими на відновлення адаптивних ресурсів особистості.

Теоретична основа дослідження передбачає аналіз наукових джерел, що висвітлюють поняття розладу адаптації, його симптоматику та чинники розвитку, а також дослідження ефективності різних психотерапевтичних та психоедукаційних програм підтримки. Висновки з літературного огляду дозволили визначити ключові параметри для емпіричного дослідження, розробки програми психологічної підтримки та оцінки її результативності.

Теоретико-методологічною основою дослідження стали провідні концепції психології стресу та адаптації, зокрема уявлення про психофізіологічну природу стресу та його наслідки для психічного здоров’я особистості (Г. Сельє, Р. Лазарус, Т. Кокс). Важливе значення для даного дослідження мали роботи, присвячені вивченню адаптаційних розладів, механізмів дезадаптації та чинників, що впливають на перебіг стресових реакцій.

У роботі також використовувалися теоретичні положення щодо ролі емоційних станів у процесі адаптації (К. Ізард, П. Екман), а також концепції копінг-стратегій і ресурсів психологічної стійкості (Р. Лазарус, С. Фолкман, К. Хобфолл). Значна увага приділялася теоретичним підходам до розуміння соціальної підтримки як важливого захисного чинника в подоланні стресових життєвих подій (В. Моросанова, Т. Титаренко).

Методологічна логіка дослідження ґрунтується на комплексному підході, який передбачає поєднання діагностичного аналізу, інтерпретації емпіричних даних та узагальнення отриманих результатів з позицій сучасної психологічної науки. Такий підхід дозволив забезпечити цілісне розуміння особливостей

проявів розладу адаптації та створити підґрунтя для розробки практичних рекомендацій психологічної допомоги.

База дослідження. Емпіричну базу дослідження склали 45 осіб віком від 18 до 55 років, які зазнали стресових життєвих подій різного характеру та продемонстрували ознаки розладу адаптації. Серед досліджуваних були особи, які пережили сімейні конфлікти, втрату близької людини, втрату або зміну роботи, проблеми зі здоров'ям, а також інші тривалі стресові ситуації, що суттєво вплинули на їхній психоемоційний стан. За статтю вибірка була представлена жінками та чоловіками. За сімейним станом респонденти включали осіб, які перебувають у шлюбі, не перебувають у шлюбі, а також розлучених. Більшість учасників мали середню спеціальну або вищу освіту та перебували у працездатному віці. Рекрутація учасників здійснювалася на базі КП «Волинський обласний госпіталь ветеранів війни» та центру життєстійкості за сприяння практичних психологів установ. Учасникам було надано інформацію про мету та умови дослідження, після чого вони добровільно погоджувалися на участь. Дослідження проводилося з дотриманням принципів добровільності, анонімності та конфіденційності відповідно до етичних норм психологічних досліджень.

Дозвіл Комітету з етики наукових досліджень для проведення дослідження протокол № від року.

Новизна роботи. Розроблена та емпірично перевірена інтегративна програма психологічної підтримки осіб із розладом адаптації, яка поєднує традиційні психотерапевтичні методи з інноваційними технологіями, зокрема віртуальною реальністю та біологічним зворотним зв'язком. Дослідження дозволило виявити нові закономірності впливу соціальної підтримки на процес відновлення психологічного благополуччя після стресових подій та визначити основні чинники, що забезпечують ефективність терапевтичних інтервенцій.

Практичне значення роботи Розроблена програма психологічної підтримки осіб з розладами адаптації впроваджена в діяльність психологічної служби КП "Волинський обласний госпіталь ветеранів війни" та центру життєстійкості. Створений діагностичний комплекс та методичні рекомендації

використовуються психологами-практиками для оптимізації терапевтичної роботи з особами, які пережили стресові події. Матеріали дослідження інтегровані в навчальні програми підготовки та підвищення кваліфікації практичних психологів.

Апробація результатів дослідження. Основні положення роботи було висвітлено та представлено у тезах на XII Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції «Соціальна адаптація особистості в сучасному суспільстві», що відбулась 8-12 грудня 2025року та представлено у публікації: «Теоретичні аспекти вивчення проблеми розладу адаптації особистості»

Структура роботи. Робота складається зі змісту, вступу, 3 розділів, 7 підрозділів, висновків та списку використаних джерел та додатків. Робота містить 14 рисунків та 16 таблиць. Список використаних джерел налічує 45 найменування. Повний обсяг роботи – 55 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗЛАДУ АДАПТАЦІЇ В ОСІБ ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ СТРЕСОВІ ЖИТТЄВІ ПОДІЇ

1.1 Сутність та характеристика розладу адаптації, пов’язаного зі стресом.

Розлад адаптації (РА) представляє собою складний психопатологічний феномен, що виникає як патологічна реакція на значні життєві стресори та характеризується порушенням психологічного гомеостазу особистості. Сучасна наукова парадигма розглядає цей розлад як багатовимірний конструкт, що включає взаємопов'язані психологічні, фізіологічні та соціальні компоненти [31, с. 8–12].

Останні дослідження показують, що розлад адаптації може розвиватися у відповідь на найрізноманітніші стресові фактори - від особистих життєвих криз до масштабних соціальних катаклізмів. При цьому визначальним є не стільки об’єктивний рівень стресора, скільки суб’єктивне сприйняття його значущості для конкретної особистості. За даними статистики, поширеність розладів адаптації серед населення коливається від 5 до 20 %, що робить цей розлад одним із найпоширеніших психічних порушень сучасності [32, с. 32–37].

Патогенетичні механізми розладу адаптації базуються на складній взаємодії нейробіологічних, психологічних та соціальних факторів. Сучасні нейробіологічні дослідження виявили, що тривала дія стресових факторів призводить до значних змін у функціонуванні центральної нервової системи - порушення регуляції гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, дисбалансу нейромедіаторів, змін нейропластичності [31, с. 8–12].

Клінічна картина розладу адаптації характеризується значною варіабельністю симптомів та може включати широкий спектр психопатологічних проявів. Ключовою особливістю є наявність чіткого часового зв’язку між початком дії стресового фактора та розвитком симптоматики, яка зазвичай виникає протягом трьох місяців після стресової події [31, с. 8–12].

Симптоматичний комплекс може включати емоційні порушення (тривога, депресивний настрій, емоційна лабільність), когнітивні розлади (порушення

концентрації уваги, труднощі прийняття рішень), поведінкові зміни (соціальна самоізоляція, агресивність) та соматовегетативні прояви (порушення сну, апетиту, психосоматичні реакції). Важливою особливістю є те, що вираженість симптомів перевищує очікувану норму реакції на стрес, але не досягає рівня більш серйозних психічних розладів [9].

Особливу увагу серед психічних порушень заслуговують розлади адаптації, оскільки вони виникають як реакція на стресові життєві події та часто залишаються недооціненими або неправильно діагностованими [30, с. 23–26].

Діагностика розладів адаптації є складним завданням, оскільки симптоматика цього стану надзвичайно поліморфна і може включати емоційні, когнітивні, поведінкові та соматичні прояви. Крім того, прояви розладу адаптації значною мірою залежать від індивідуальних особливостей особистості, наявності ресурсів для подолання стресу та характеру самого стресового фактора [30, с. 23–26].

Складність полягає у необхідності відокремити патологічні форми реагування на стрес від нормальних адаптаційних реакцій, а також визначити межу між розладом адаптації та іншими психічними порушеннями. Діагностичний процес має враховувати не лише наявність специфічних симптомів, але й їхній вплив на соціальне функціонування особистості, тривалість симптоматики та її зв’язок зі стресовим фактором [30, с. 23–26].

Таблиця 1.1

Диференціальні характеристики розладу адаптації та споріднених станів [30, с. 23–26].

Характеристика	Розлад адаптації	Гостра реакція на стрес	Посттравматичний стресовий розлад
Тривалість симптомів	До 6 місяців	До 48 годин	Більше 1 місяця
Інтенсивність стресора	Помірна	Екстремальна	Екстремальна
Характер симптоматики	Варіабельний	Дисоціативний	Специфічний
Вплив на функціонування	Помірний	Значний	Виражений
Прогноз	Сприятливий	Варіабельний	Тривалий перебіг

Сучасні дослідження показують, що важливу роль у розвитку розладу відіграють індивідуальні особливості людини - її копінг-стратегії та рівень психологічної резильєнтності. При цьому неадаптивні способи подолання стресу можуть створювати замкнене коло: неефективні стратегії поглиблюють симптоми та ускладнюють процес адаптації [30, с. 23–26].

Варто звернути увагу на те, що характер реакції людини на стрес значною мірою залежить від її попереднього життєвого досвіду, особистісних рис і наявності підтримуючого соціального оточення. Дослідження показують, що люди з розвиненими навичками емоційної регуляції та надійною соціальною підтримкою швидше відновлюються після стресових подій [30, с. 23–26].

Особливу увагу слід приділяти професійним групам із високим ризиком: військовослужбовцям, рятувальникам, медичним працівникам. Програми підтримки мають враховувати специфіку роботи та створювати середовище, яке сприяє збереженню психічного здоров’я [15].

Міждисциплінарний підхід дозволяє об’єднувати дані молекулярної біології, нейробіології, психології та соціальних наук для точнішого розуміння адаптаційних порушень. Врахування генетичних, нейробіологічних, психологічних та соціокультурних факторів дає змогу створювати індивідуалізовані стратегії діагностики та лікування [5].

Розлади адаптації у сімейному контексті потребують окремої уваги, оскільки проблеми одного члена сім’ї можуть впливати на функціонування всієї родини. Включення членів сім’ї у терапевтичний процес підвищує ефективність втручань і виступає важливим ресурсом у подоланні адаптаційних труднощів [35].

Хронобіологічні фактори теж важливі: порушення циркадних ритмів асоціюються з нижчою стресостійкістю та порушеннями адаптації. Регуляція сну і біоритмів є важливим компонентом терапії [6].

Духовність і життєві цінності відіграють захисну роль: стабільна система сенсів допомагає легше переносити стресові ситуації, а включення духовного

компонента у терапію підвищує її ефективність і сприяє глибоким особистісним трансформаціям [9].

Розвиток інтегративних підходів до лікування розладів адаптації вимагає систематизації наявних методів та оцінки їх ефективності (табл.1.2).

Таблиця 1.2

Основні терапевтичні підходи в лікуванні розладів адаптації

Терапевтичний підхід	Основні методи	Особливості застосування	Очікувані результати
Психотерапія	КПТ, EMDR, групова терапія	Індивідуальний підбір методик	Покращення копінг-стратегій
Фармакотерапія	Анксіолітики, антидепресанти	Короткострокові курси	Зменшення симптоматики
Соціальна підтримка	Групи взаємодопомоги, тренінги	Створення підтримуючого середовища	Відновлення соціального функціонування
Тілесно-орієнтовані практики	Релаксація, медитація	Регулярність виконання	Покращення саморегуляції

Найкращих результатів зазвичай досягають тоді, коли терапевтичний процес поєднує різні методи, такі як когнітивно-поведінкова терапія, EMDR, групові та сімейні інтервенції, а пацієнт активно залучений до власного лікування, отримує можливість самостійно відстежувати свій прогрес і коригувати поведінкові та емоційні реакції [30, с. 23–26].

Сучасні програми профілактики передбачають раннє виявлення осіб із високим ризиком розвитку адаптаційних порушень, своєчасне надання психологічної підтримки та навчання навичкам емоційної регуляції. Важливо, щоб профілактичні заходи діяли на різних рівнях: індивідуальному, груповому та суспільному, охоплюючи не лише конкретну людину, а й її соціальне середовище та професійне оточення [30, с. 23–26].

1.2 Дослідження проблеми стресу та його впливу на особистість у працях сучасних науковців

Дослідники також відзначають вплив стресу на нейропластичність мозку, що визначає здатність до відновлення когнітивних функцій та емоційного регулювання. При цьому характер цих змін залежить від типу стресового впливу, його тривалості та інтенсивності [14, с. 30–36].

Дослідження сучасних науковців підтверджують, що рівень розвитку емоційного інтелекту та здатність людини регулювати власні емоції безпосередньо впливають на ефективність адаптації до стресових ситуацій. Так, Амплєєва та Таранюк [1] показують, що у людей із високим рівнем емоційного інтелекту спостерігається більш стійкий психоемоційний стан навіть у складних умовах війни, що підкреслює критичну роль емоційної компетентності для підтримки психологічного балансу.

Одним із важливих чинників адаптивного потенціалу є наявність сформованих психологічних меж і механізмів захисту, які забезпечують людині можливість протистояти надмірним психоемоційним навантаженням та зберігати внутрішню рівновагу. Дослідження Артюхіної та Бадо [2] демонструють, що активне використання цих механізмів дозволяє особистості залишатися ефективною у складних життєвих обставинах і запобігати виникненню дисфункціональних реакцій на стрес.

Когнітивні стратегії, які люди застосовують під час адаптації до складних умов, також мають визначальне значення. Аврамчук [3] досліджував когнітивні механізми уникнення у осіб із соціально-тривожним розладом у період адаптації до умов війни і показав, що деякі стратегії уникнення можуть одночасно посилювати тривогу та соціальну дезадаптацію, проте в певних випадках вони слугують тимчасовим ефективним захисним механізмом у період гострого стресу.

Клінічні прояви посттравматичних реакцій виявляються надзвичайно різноманітними, і їхня інтенсивність визначається як особливостями особистості, так і характером стресового впливу та доступними ресурсами підтримки. Зокрема, Бучок [5] зазначає, що у людей, які пережили надзвичайні події, посттравматичний стрес може проявлятися у вигляді тривожності, депресивних станів, порушень сну та когнітивних дисфункцій, що підкреслює необхідність комплексного підходу до психотерапевтичного втручання.

Активне використання внутрішніх та зовнішніх психологічних ресурсів є визначальним для відновлення адаптивності та психоемоційного стану, що підтверджують Ващенко та Іваненко [6]. Вони наголошують на важливості

мобілізації ресурсів для стабілізації стану, відновлення психологічної стійкості та формування тривалої адаптивності до стресових факторів.

Сучасні дослідження також підкреслюють значення розвитку практичних навичок саморегуляції та ефективних стратегій копінгу, що дозволяють особистості контролювати емоційні реакції та поведінку у кризових умовах [7]. Герасименко [8,11] у своїх працях аналізує сучасні концептуальні моделі психосоціальної дезадаптації та психічних розладів, що виникають під впливом стресових подій, та підкреслює, що системний підхід, який поєднує психоедукацію, психотерапевтичні методи та соціальну підтримку, є ключовим для відновлення психологічного балансу.

Відновлення соціальних зв'язків і розвиток навичок взаємодії вважаються ключовими чинниками психосоціальної підтримки. Байдик та співавт. [4] наголошують на ефективності групових форм роботи в системі психосоціальної допомоги дітям і сім'ям, що дає змогу не лише відновити соціальні контакти, а й підвищити рівень психологічної підтримки та навчити учасників конструктивним моделям поведінки в складних життєвих обставинах.

Психологічна травма та процес її подолання активно вивчаються як у теоретичному, так і практичному аспектах. Герман [10] визначає травматичний досвід як подію, що порушує звичні механізми регуляції та викликає дисбаланс психоемоційного стану, і підкреслює необхідність цілеспрямованих інтервенцій для відновлення адаптивної функціональності особистості. Іваненко [12] акцентує на значенні розвитку внутрішніх ресурсів, саморефлексії та підтримки соціального оточення як основних умов успішного подолання психотравмуючих ситуацій.

Технології психотерапевтичної допомоги, включно з індивідуальними та груповими методами, доводять свою ефективність у корекції психоемоційного стану та зміцненні психічної стійкості. Кісарчук та співавт. [13] відзначають важливість структурованих інтервенцій для осіб, які постраждали від ПТСР, оскільки вони спрямовані на інтеграцію травматичного досвіду та формування ефективних адаптивних стратегій поведінки.

Концепція посттравматичного зростання, описана Климчуком [14], демонструє, що стресові та травматичні події можуть стати джерелом психологічного розвитку, формування нових цінностей і стійких життєвих стратегій, що підкреслює позитивний потенціал кризових переживань.

Особливу увагу приділяють роботі з військовослужбовцями та учасниками бойових дій, які перебувають у зоні підвищеного ризику розвитку ПТСР. Крук та Григус [15] досліджують ефективність сучасних реабілітаційних програм для цієї категорії осіб, акцентуючи на необхідності комплексного підходу, який поєднує психотерапію, ресоціалізацію та соціальну підтримку, що забезпечує повноцінне відновлення психологічного та соціального функціонування.

З огляду на зазначене, сучасні наукові підходи до дослідження стресу та його наслідків для психічного і фізичного здоров'я людини ґрунтуються на інтеграції даних нейронауки, психіатрії, психології та соціальної науки. Такий міждисциплінарний підхід дозволяє глибше розуміти складну природу стресової реакції, прогнозувати ризики розвитку адаптаційних порушень та створювати більш ефективні методики профілактики і терапії [13–18].

Таблиця 1.3

Порівняльна характеристика основних стрес-реакцій та їх наслідків

Характеристика	Гостра стрес-реакція	Хронічний стрес	Травматичний стрес
Тривалість	Години-дні	Тижні-місяці	Місяці-роки
Фізіологічні зміни	Тимчасова активація	Виснаження систем	Стійкі порушення
Психологічні прояви	Мобілізація	Дезадаптація	Травматизація
Соціальний вплив	Мінімальний	Помірний	Значний
Відновлення	Швидке	Поступове	Тривале

У зв'язку з цим особлива увага приділяється факторам, які сприяють професійному вигоранню, а також розробці стратегій його профілактики та подолання [1–17].

Рівень адаптації сім'ї до стресових ситуацій залежить від ефективності внутрішньосімейних копінг-стратегій та наявності зовнішньої підтримки. Дослідження показують, що травматичний досвід може передаватися від

покоління до покоління, що вимагає впровадження спеціалізованих профілактичних програм для запобігання негативним наслідкам сімейного стресу [12, с. 11–14].

Інший напрям досліджень стосується взаємозв'язку стресу та аутоімунних захворювань. Встановлено, що хронічний стрес може виступати тригером аутоімунних процесів через складні механізми нейроімунної регуляції. Інтенсивність та характер імунних змін залежать від індивідуальних особливостей організму та генетичної схильності до порушень [22, с. 266].

Індивідуальні фактори ризику, наявність захисних ресурсів і ефективних копінг-стратегій визначають ймовірність розвитку ПТСР після травматичних подій. Своєчасна психологічна підтримка може значно знизити ризик хронічних посттравматичних станів [5, с. 501–505].

Вона зменшує негативний вплив стресу як на психологічний, так і на фізіологічний стан. При цьому важливим є не лише кількість підтримки, але й її якість, адже вона безпосередньо впливає на ефективність адаптаційних механізмів [6, с. 33–49].

Важливо враховувати вплив стресу на мозок у різні вікові періоди. Стрес у критичні моменти розвитку здатен викликати довготривалі структурні та функціональні зміни, тоді як пластичність мозку та своєчасне втручання сприяють позитивним нейропластичним процесам [19, с. 564].

Хронічний стрес також впливає на харчову поведінку, змінюючи метаболізм та підсилюючи потяг до висококалорійної їжі, що може призводити до компульсивного переїдання. Ці зміни пов'язані зі збоєм у роботі нейромедіаторних систем, що регулюють винагороду та апетит [20, с. 120].

Дослідження ролі мікробіому кишечника показують наявність двонаправленого зв'язку «мікробіом-кишечник-мозок», який впливає на розвиток стрес-асоційованих розладів. Порушення мікробіому може сприяти нейрозапаленню та модулювати імунну відповідь [22, с. 266].

Вплив стресу на теломерний апарат клітин демонструє, що хронічний психологічний стрес прискорює їх скорочення, що важливо для розуміння взаємозв'язку між психічним станом і тривалістю життя [22, с. 266].

Психофізіологічні дослідження підтверджують тісний зв’язок між варіабельністю серцевого ритму та психоемоційним станом. Кардіоінтервалографія дозволяє виявляти патерни вегетативної регуляції, характерні для різних типів стресових реакцій. Технологія біологічного зворотного зв’язку може використовуватися для корекції вегетативного балансу та підвищення стресостійкості [21].

Трансляційні дослідження стрес-індукованої нейрозапальної відповіді вказують на критичну роль прозапальних цитокінів у розвитку когнітивних і поведінкових порушень. Хронічний стрес активує мікроглію та астроцити у ключових регіонах мозку, що відповідають за емоційне регулювання та пам’ять [22, с. 266].

1.3 Основні прояви та симптоматика розладу адаптації

Емоційна складова розладу адаптації відзначається широким спектром порушень афективної сфери.

Найчастіше зустрічаються тривожні, депресивні або змішані стани, які характеризуються емоційною лабільністю — раптовими перепадами настрою, дратівливістю, підвищеною збудливістю та емоційною нестійкістю. Дослідники також звертають увагу на те, що емоційні порушення часто супроводжуються проблемами зі сном та апетитом, що може призводити до формування замкненого кола психофізіологічних розладів, коли порушення сну посилює емоційну нестійкість, а психофізіологічне виснаження поглиблює симптоматику [25].

Розуміння багатовимірного характеру цього розладу є ключовим для розробки персоналізованих стратегій допомоги та профілактики [11, 24–26].

Таблиця 1.4

Основні кластери симптомів розладу адаптації

Сфера прояву	Основні симптоми	Характер порушень
Емоційна	Тривога, депресія, емоційна лабільність	Від помірних до виражених
Когнітивна	Порушення уваги, пам'яті, мислення	Функціональні
Поведінкова	Уникнення, агресія, залежність	Дезадаптивні патерни
Соматична	Порушення сну, апетиту, вегетативні реакції	Психофізіологічні

Аналіз основних кластерів симптомів розладу адаптації свідчить про те, що цей психопатологічний феномен має багатовимірний характер і впливає на різні аспекти психічного та фізичного функціонування особистості.

Емоційні прояви розладу, що включають тривогу, депресію та емоційну лабільність, можуть коливатися від помірних до виражених, що суттєво впливає на загальний психоемоційний стан індивіда. Когнітивні порушення, зокрема зміни уваги, пам’яті та мислення, знижують ефективність функціональних можливостей людини та ускладнюють здатність до адекватного оцінювання ситуацій і прийняття рішень.

Особливої уваги потребують розлади циркадних ритмів, які проявляються порушенням сну, змінами нейроендокринного фону та дисбалансом гормональних ритмів, що можуть значно погіршувати загальне самопочуття пацієнта [29].

Розглянемо диференціальні особливості проявів розладу адаптації залежно від типу стресора (табл.1.5).

Таблиця 1.5

Диференціальні особливості проявів розладу адаптації залежно від типу стресора

Тип стресора	Переважаючі симптоми	Особливості перебігу	Прогностичні фактори
Гострі події	Тривожно-фобічні	Швидкий розвиток	Попередній досвід
Хронічні стресори	Депресивні	Поступовий початок	Соціальна підтримка
Множинні травми	Змішані	Хвилеподібний	Особистісні ресурси
Соціальні зміни	Поведінкові	Варіабельний	Адаптаційні механізми

Гендерні особливості розладу адаптації проявляються у різному характері симптомів. Жінки, як правило, демонструють інтерналізовані прояви - тривогу, депресію та соматизацію, тоді як чоловіки схильні до екстерналізованих форм - агресивної поведінки, зловживання алкоголем та ризикованих дій. Такі відмінності зумовлені як біологічними факторами, наприклад гормональною

регуляцією, так і соціокультурними особливостями, включно з очікуваннями та стереотипами щодо чоловічої та жіночої поведінки [6, с. 33–49].

У професійному контексті розлад адаптації проявляється через зниження працездатності та порушення професійного функціонування. Пацієнти можуть відчувати труднощі з концентрацією, прийняттям рішень, конфлікти на роботі, зниження мотивації. У деяких випадках тривалий адаптаційний розлад призводить до формування синдрому професійного вигорання, що потребує спеціалізованого психологічного втручання [27].

Аналіз темпоральних особливостей розладу адаптації показує високу варіабельність у динаміці симптомів. Вони можуть проявлятися гостро, майже одразу після стресового впливу, або ж розвиватися поступово протягом кількох тижнів чи місяців. Важливим є феномен «відстроченої реакції», коли ознаки розладу з’являються через певний час після пережитої стресової події, що має особливе значення для діагностики та планування терапевтичного процесу, оскільки своєчасна ідентифікація таких симптомів дозволяє запобігти хронізації порушень та посиленню психоемоційного дисбалансу [28].

Нейрокогнітивні дослідження підтверджують, що у пацієнтів із розладом адаптації спостерігаються зміни функціональної активності префронтальної кори та лімбічних структур, що пояснює труднощі з емоційною регуляцією та контрольованою поведінкою у складних і стресогенних ситуаціях. При проведенні адекватної терапії зазначені зміни можуть бути оборотними, що свідчить про пластичність мозку та можливість корекції когнітивних порушень [29].

Циркадні порушення, що супроводжують розлад адаптації, проявляються через порушення структури сну, труднощі із засинанням, нічні пробудження та зміну добового ритму секреції кортизолу, що відображає дисбаланс у регуляції стресових гормонів. Метаболічні зміни включають порушення глюкозного та ліпідного обміну, коливання апетиту та маси тіла, які корелюють із психоемоційним станом особистості і можуть негативно впливати на загальний фізичний стан [29].

Нейроендокринні порушення характеризуються дисфункцією гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, порушенням секреції кортизолу та катехоламінів, а також змінами в рівнях окситоцину і вазопресину, що впливають на регуляцію соціальної поведінки та здатність до міжособистісної взаємодії. Підвищена сенсорна чутливість проявляється у підвищеній реактивності на звукові, світлові та тактильні стимули, що значно ускладнює повсякденну активність та адаптацію до нових умов [29].

Автономні порушення включають тахікардію, зміну варіабельності серцевого ритму, підвищене потовиділення та порушення моторики шлунково-кишкового тракту, що свідчить про загальну напруженість вегетативної нервової системи. Психолінгвістичні зміни проявляються у негативній лексичній забарвленості, зміні темпу мовлення та труднощах формулювання думок, що може ускладнювати ефективну комунікацію та впливати на соціальні взаємодії [30].

Нейровізуалізаційні дослідження демонструють зменшення об’єму сірої речовини префронтальної кори та гіпокампу, порушення функціональної конективності між мозковими структурами, а також змінну активність мережі Default Mode Network, що має критичне значення для регуляції уваги та саморефлексії. Виконавчі функції, такі як планування, організація, когнітивний контроль та багатозадачність, часто порушуються, а творче мислення може проявлятися як у зниженні, так і у підвищенні активності залежно від індивідуальних особливостей пацієнта, його попереднього досвіду та рівня когнітивних ресурсів [24, 29].

Загалом, комплексний аналіз когнітивних, соціальних, нейрофізіологічних та психофізіологічних змін у осіб із розладом адаптації підкреслює багатовимірний характер цього психопатологічного стану та необхідність інтегрованих терапевтичних підходів, що враховують індивідуальні особливості пацієнта, ступінь проявів симптомів та його когнітивні й соціальні ресурси для досягнення ефективної реабілітації та стійкої психоемоційної стабілізації [24, 29].

ВИСНОВОК ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

У першому розділі було розглянуто теоретичні основи дослідження розладу адаптації в осіб, які пережили стресові життєві події. Узагальнення наукових джерел дозволяє зробити висновок, що розлад адаптації є складним психоемоційним станом, який виникає як реакція на значні або тривалі стресові фактори. Його сутність полягає у порушенні процесів пристосування особистості до нових умов життя, що супроводжується емоційними, поведінковими та когнітивними змінами.

Аналіз наукових підходів показав, що проблема стресу та його впливу на психіку людини є однією з центральних у сучасній психології. Вчені трактують стрес як адаптаційний механізм, який у межах норми сприяє мобілізації ресурсів організму, але за надмірного або тривалого впливу стає деструктивним чинником, що провокує розвиток психічних розладів, зокрема розладу адаптації.

У працях сучасних дослідників визначено, що ключовими проявами розладу адаптації є тривожність, депресивні реакції, емоційна нестабільність, порушення сну, зниження мотивації та труднощі у соціальній взаємодії. Важливим аспектом є також індивідуальна сприйнятливість до стресу, рівень стійкості особистості, соціальна підтримка та попередній досвід подолання кризових ситуацій.

Таким чином, розлад адаптації можна розглядати як наслідок порушення гармонійної взаємодії особистості із середовищем у результаті надмірного стресового навантаження. Подальші дослідження мають бути спрямовані на визначення ефективних методів психокорекції та психологічної підтримки осіб, що пережили травматичні події, з метою відновлення їх адаптивних можливостей та психічної рівноваги.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВІВ РОЗЛАДУ АДАПТАЦІЇ В ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ СТРЕСОВІ ЖИТТЄВІ ПОДІЇ

2.1 Організація та методи емпіричного дослідження.

Емпіричне дослідження особливостей проявів розладу адаптації у осіб, які зазнали значних стресових життєвих подій, було сплановане та реалізоване з урахуванням сучасних методологічних стандартів психологічних досліджень.

Основною метою дослідження було не лише визначення характерних проявів розладу адаптації, а й аналіз того, як ці симптоми відображаються у різних соціально-демографічних групах.

До вибірки увійшли 45 осіб віком від 18 до 55 років, серед яких 27 жінок (60%) та 18 чоловіків (40%). Основними критеріями включення були: досвід переживання значущих стресових життєвих подій протягом останніх двох років, відсутність психічних захворювань в анамнезі та добровільна згода на участь у дослідженні.

При формуванні вибірки забезпечувалася збалансованість за віком та статтю, що дозволяло врахувати можливі відмінності у прояві симптомів адаптаційного розладу. Особлива увага приділялася етичним аспектам: усі дані були конфіденційними, учасники мали право відмовитися від участі на будь-якому етапі без негативних наслідків, а також отримували детальну інформацію про мету, методи та можливі ризики дослідження.

Результати дослідження дозволили детально описати структуру та рівень вираженості симптомів адаптаційного розладу у вибірці. Було виявлено специфічні фактори ризику, що підвищують ймовірність розвитку стійких адаптаційних порушень, а також визначено психологічні ресурси, які сприяють ефективному подоланню стресу.

На основі отриманих даних були розроблені практичні рекомендації щодо профілактики та корекції розладу адаптації, що можуть бути використані психологами, консультантами центрів психосоціальної підтримки та спеціалістами у сфері психічного здоров’я [34].

Таблиця 2.1

Характеристика вибірки дослідження

Характеристика	Кількість осіб	Відсоток (%)
Стать: Жінки	27	60
Стать: Чоловіки	18	40
Вік: 18-25 років	12	26.7
Вік: 26-35 років	15	33.3
Вік: 36-45 років	10	22.2
Вік: 46-55 років	8	17.8
Освіта: Вища	28	62.2
Освіта: Середня спеціальна	17	37.8

Для досягнення мети дослідження було використано комплекс психодіагностичних методів:

- опитувальник ADNM-20 — для оцінки вираженості симптомів розладу адаптації;
- методику соціально-психологічної адаптації К. Роджерса – Р. Даймонда — для оцінки рівня адаптованості особистості;
- Міссісіпську шкалу посттравматичних реакцій (цивільний варіант);
- опитувальник COPE — для аналізу копінг-стратегій;
- анкету соціально-демографічних характеристик.

Для статистичної обробки даних застосовувалися методи описової статистики (частоти, відсотки, середні значення), U-критерій Манна–Уїтні для порівняння незалежних вибірок, а також кореляційний аналіз за коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена. Рівень статистичної значущості встановлювався на рівні $p \leq 0,05$.

Опис психодіагностичних методик:

- Методика «Оцінка стресових подій та їх впливу на особистість»

Ця методика призначена для визначення рівня стресового навантаження, оцінки суб’єктивного сприйняття життєвих подій і виявлення ступеня емоційного реагування на них. Вона дозволяє встановити, які саме події мали найбільший вплив на психоемоційний стан людини, а також оцінити, наскільки ефективно респондент долає наслідки стресу.

За допомогою цієї методики визначався рівень вираженості розладу адаптації, що відображає здатність особи до відновлення внутрішньої рівноваги після впливу стресогенних факторів. Отримані результати подано у таблиці 2.2, де наведено розподіл респондентів за рівнем вираженості розладу адаптації (високий, середній, низький).

- Анкета соціально-демографічних характеристик

Для формування вибірки та аналізу можливих зв'язків між соціально-демографічними ознаками і рівнем адаптації було використано анкету, що включала питання про стать, вік, рівень освіти та сімейний стан респондентів.

На основі результатів анкетування була складена таблиця 2.1 «Характеристика вибірки дослідження», що відображає основні соціально-демографічні параметри досліджуваної групи.

- Важливим компонентом діагностичного комплексу стала методика діагностики соціально-психологічної адаптації за К. Роджерсом і Р. Даймондом, яка дозволила оцінити різні аспекти адаптаційного процесу, включаючи емоційний комфорт, прийняття себе та інших, інтернальність та прагнення до домінування. Особлива цінність даної методики полягає в можливості виявлення як загального рівня адаптації, так і специфічних порушень в окремих сферах соціально-психологічного функціонування [35].

Таблиця 2.2

Методичний інструментарій дослідження та його призначення

Методика	Діагностичні показники	Обґрунтування вибору
ADNM-20	Симптоми розладу адаптації, рівень дезадаптації	Валідний інструмент для діагностики РА
Методика Роджерса-Даймонд	Соціально-психологічна адаптація	Комплексна оцінка адаптаційних механізмів
Міссісіпська шкала	Посттравматичні реакції	Оцінка впливу травматичного досвіду
COPE	Копінг-стратегії	Аналіз способів подолання стресу

- Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій у цивільному варіанті була включена до діагностичного комплексу з метою комплексного виявлення потенційних постстресових порушень та оцінки впливу травматичного досвіду на психологічне та емоційне функціонування

особистості. [36]. Завдяки своїй структурованості та науково обґрунтованим шкалам, шкала забезпечує можливість не лише виявлення наявності посттравматичних реакцій, а й оцінки їхньої інтенсивності та взаємозв’язку з іншими психологічними проявами.

Процедура анкетування була спроектована з урахуванням індивідуальних психологічних особливостей респондентів. Для зручності учасників була створена інтерактивна онлайн-версія анкети з адаптивним дизайном, що дозволяло заповнювати її на різних пристроях. У разі очного опитування респондентам надавалася можливість обирати темп роботи та отримувати пояснення від дослідника, що сприяло підвищенню точності та достовірності отриманих відповідей [33].

Структура анкети була побудована за принципом поступового заглиблення в проблематику: спочатку респонденти відповідали на загальні питання, що дозволяло створити комфортну психологічну атмосферу, а згодом переходили до більш специфічних і емоційно насичених питань щодо переживаного стресу. Такий підхід сприяв формуванню довірливих відносин між дослідником та учасником та забезпечував підготовку до обговорення потенційно травматичного досвіду, при цьому дотримувалися всі етичні стандарти збору інформації [34].

Дослідження проводилося на добровільній основі з дотриманням принципів інформованої згоди. Учасники могли обирати найбільш зручний формат участі - онлайн через Google Forms або очне анкетування під час консультацій. Кожен учасник отримував інформацію про мету, завдання дослідження, можливі ризики та способи забезпечення конфіденційності даних [38].

Для забезпечення достовірності результатів була впроваджена система контролю якості: перевірка повноти заповнення опитувальників, виявлення суперечливих або недостовірних відповідей, оцінка валідності отриманих даних. Особлива увага приділялася створенню комфортних умов для респондентів, включаючи можливість робити перерви та отримувати пояснення від дослідника [38].

Етап збору даних передбачав гнучку організацію з урахуванням часу та психологічного стану респондентів. Онлайн-опитування було доступне у визначені періоди, а очне анкетування враховувало індивідуальні особливості учасників. Цифрові технології дозволяли автоматизувати збір та первинну обробку даних, а також забезпечити надійне зберігання інформації та оперативний зворотний зв'язок [38].

Для мінімізації психологічного дискомфорту учасників була організована система підтримки, включаючи можливість отримання консультації у випадку емоційного напруження під час або після участі в опитуванні. Моніторинг психоемоційного стану респондентів до та після участі дозволяв своєчасно виявляти осіб, які потребують додаткової допомоги, та коригувати процедуру дослідження [37].

Аналіз отриманих даних здійснювався із застосуванням як кількісних, так і якісних методів. Статистична обробка виконувалася з використанням сучасних програмних пакетів, що дозволяло виявляти взаємозв'язки між різними показниками та визначати значущі закономірності. Якісні дані відкритих відповідей кодувалися та категоризувалися для збереження автентичності індивідуальних наративів, що дозволяло комплексно оцінити психологічний досвід респондентів [32].

Часова організація дослідження передбачала поетапне виконання завдань, тривалість яких становила 60–90 хвилин із короткими перервами для відпочинку. Це дозволяло уникати перевтоми та зниження концентрації уваги, забезпечуючи максимально достовірні та екологічно валідні дані [33].

Інформаційно-просвітницький компонент дослідження включав надання респондентам матеріалів про природу стресових реакцій та способи підвищення психологічної стійкості. Кожен учасник отримував практичні рекомендації щодо розвитку адаптивних копінг-стратегій, що підвищувало практичну цінність дослідження та формувало усвідомлене ставлення до власного психічного здоров'я.

Завершальним етапом стало впровадження системи зворотного зв'язку, що дозволило учасникам висловити власні враження та надати пропозиції щодо

покращення процедури дослідження, що стало додатковим джерелом вдосконалення методики та підвищення якості взаємодії з респондентами.

2.2 Інтерпретація отриманих результатів дослідження

Результати проведеного емпіричного дослідження особливостей проявів розладу адаптації у осіб, які пережили стресові життєві події, дозволили виявити низку важливих закономірностей та встановити взаємозв'язки між різними аспектами психологічного функціонування респондентів.

Для вивчення особливостей проявів розладу адаптації в осіб, які пережили стресові життєві події, було застосовано методику «Оцінка стресових подій та їх впливу на особистість» (Додаток А), що дозволяє визначити ступінь вираженості емоційного напруження, рівень адаптаційних можливостей та особистісну реакцію на стресові ситуації. Ця методика спрямована на оцінку того, як людина сприймає та переживає події, що мають стресогенний характер, а також на виявлення ступеня її здатності пристосовуватися до змін у житті.На першому етапі було здійснено розподіл респондентів за рівнем вираженості розладу адаптації (за шкалою, побудованою на основі опитувальника оцінки стресових подій та індикаторів дезадаптації).

Таблиця 2.2

Розподіл респондентів за рівнем вираженості розладу адаптації (n=45)

Рівень вираженості	Кількість осіб	Відсоток (%)
Високий	15	33.3
Середній	20	44.4
Низький	10	22.3

Отримані дані свідчать, що переважає середній рівень вираженості розладу адаптації (44,4%), а ще третина вибірки (33,3%) демонструє високий рівень дезадаптації. Тобто майже кожен третій респондент має виражені адаптаційні порушення, що вказує на значну психологічну вразливість після стресових подій і потребу в цілеспрямованій психологічній підтримці. Лише близько 1/5 вибірки (22,3%) можна віднести до групи з низьким рівнем дезадаптації.

Для більш детального розуміння специфіки проявів розладу адаптації було проведено аналіз вираженості окремих симптомів.

Рис. 2.1 - Розподіл основних симптомів розладу адаптації (у %)за методикою «Оцінка стресових подій та їх впливу на особистість»

Аналіз розподілу основних симптомів розладу адаптації демонструє переважання тривожної симптоматики, яка спостерігається у 68% респондентів. Це може бути пояснено специфікою переживання стресових подій, які створюють відчуття невизначеності та загрози, що природньо провокує підвищення рівня тривоги.

Депресивні прояви, виявлені у 52% досліджуваних, часто пов'язані з відчуттям втрати контролю над ситуацією та зниженням здатності прогнозувати майбутнє. Особливу увагу привертає високий відсоток порушень сну (45%), що може розглядатися як один з ключових індикаторів порушення адаптаційних механізмів та потребує спеціальної уваги при розробці терапевтичних інтервенцій.

Важливим аспектом дослідження стало вивчення взаємозв'язку між характером стресових подій та особливостями адаптаційних порушень. Результати цього аналізу представлені в наступній таблиці.

Таблиця 2.3

Взаємозв'язок типу стресової події та характеру адаптаційних порушень

Тип стресової події	Переважаючі симптоми	Рівень дезадаптації (%)	Тривалість симптомів
Втрата близької людини	Депресивні	78	6-12 місяців
Загроза життю	Тривожно-фобічні	82	3-8 місяців
Вимушене переселення	Змішані	65	4-10 місяців
Професійні зміни	Психосоматичні	45	2-6 місяців
Сімейні конфлікти	Поведінкові	52	3-7 місяців

Аналіз взаємозв’язку типу стресової події та характеру адаптаційних порушень показав, що різні життєві стресори мають специфічний вплив на прояви розладу адаптації.

Побудуємо графік залежності рівня дезаадаптації Y за певний проміжок часу X (рис. 2.2).

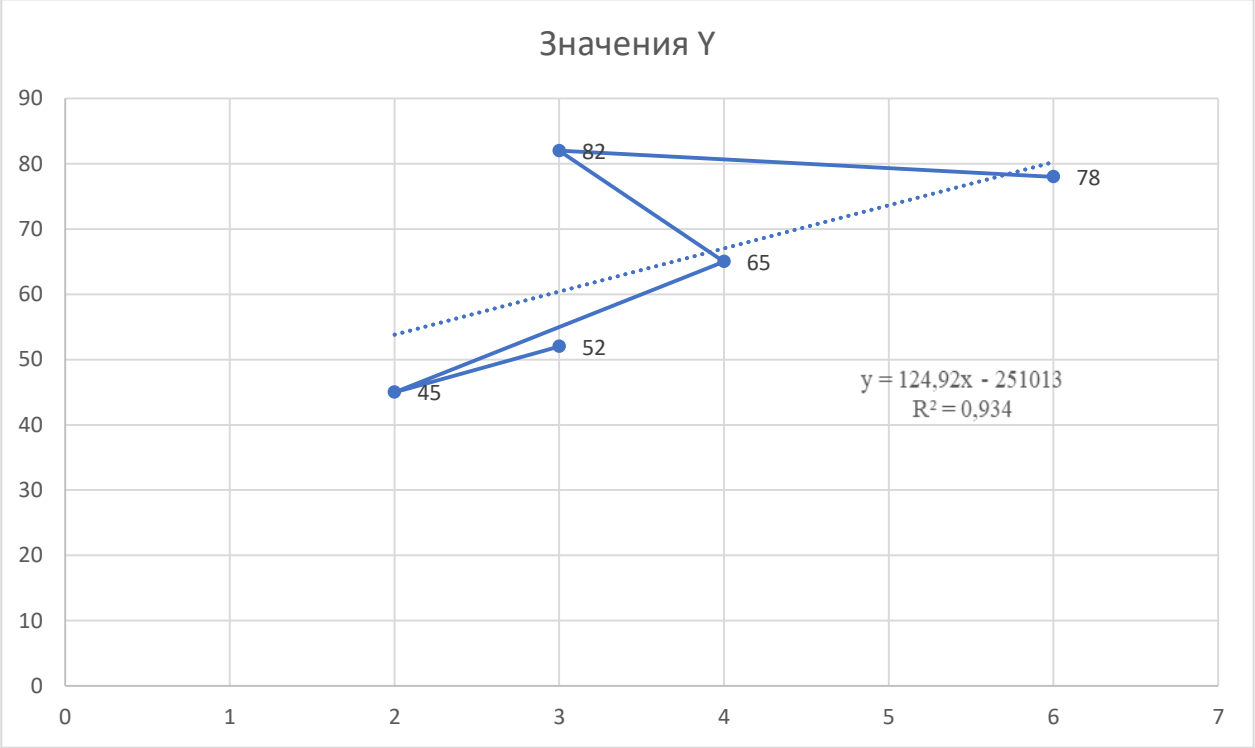


Рис. 2.2. Графік залежності рівня дезадаптації (Y) від фактора часу (X), побудований за результатами методики «Оцінка стресових подій та їх впливу на особистість»

Кореляційно-регресійний аналіз динаміки адаптації:

$$Y = 124{,}92x - 251013$$

Коефіцієнт детермінації $R^2 = 0,934$, що свідчить про те, що 93,4% варіації рівня дезадаптації пояснюється фактором часу, тоді як лише 6,6% зумовлені іншими змінними.

За допомогою вбудованого пакету «Аналізу даних (регресія)» зробимо розрахунок важливих критеріїв (рис. 2.3).

Регресійна статистика	
Множинний R	0,966
R-квадрат	0,934
Нормований R-квадрат	0,926
Стандартна помилка	106,671
Спостереження	10,000

Дисперсійний аналіз

	df	*SS*	*MS*	*F*	*Значущість F*
Регресія	1	1287438,012	1287438,012	113,144	0,000
Залишок	8	91030,388	11378,798		
Разом	9	1378468,400			

Рис. 2.3. Результати регресійного аналізу динаміки рівня дезадаптації (пакет «Аналіз даних», лінійна регресія), отримані на основі показників методики «Оцінка стресових подій та їх впливу на особистість».

Критерій Стьюдента для a = 10,637, а t табл = 2,306 для числа ступенів волі n=8 (10-2) та рівня значущості $\alpha = 0,95$. Тобто можна зробити висновок, що отримане значення розрахованого параметра є статистично значущим (10,637 > 2,23).

Також необхідно перевірити значущість обраної моделі за допомогою критерію Фішера. Fрозр = 113,144, а Fтабл = 5,318 для числа ступенів волі n=8 (10-2), рівня значущості 0,95.

Оскільки 113,144> 5,318, то побудована модель є статистично значущою, її можна використовувати для розрахунку прогнозу на майбутнє і фактор часу статистично значуще впливає на рівень адаптації, що підтверджує закономірну динаміку зниження дезадаптаційних проявів у процесі психологічної допомоги.

Найвищий рівень дезадаптації спостерігається у осіб, які пережили загрозу життю (82%) та втрату близької людини (78%), при цьому переважають відповідно тривожно-фобічні та депресивні симптоми, а тривалість проявів коливається від 3 до 12 місяців.

Вимушене переселення призводить до змішаних симптомів із середнім рівнем дезадаптації (65%) та тривалістю 4–10 місяців. Менший рівень адаптаційних порушень характерний для професійних змін (45%) та сімейних конфліктів (52%), при цьому переважають психосоматичні та поведінкові симптоми, а тривалість проявів не перевищує 6–7 місяців.

Таким чином, можна зробити висновок, що інтенсивність та тривалість адаптаційних порушень значною мірою залежать від типу стресової події: більш екстремальні та втратні ситуації спричиняють важчі та довготриваліші порушення, тоді як повсякденні чи соціально-професійні стресори характеризуються менш вираженою дезадаптацією. Для аналізу застосовано описову статистику. Дані отримані за результатами опитувальника оцінки стресових подій. Отримані результати демонструють пряму залежність між тяжкістю стресового впливу та рівнем дезадаптації: найбільш інтенсивні та тривалі порушення характерні для екстремальних і втратних подій (загроза життю, втрата близьких).

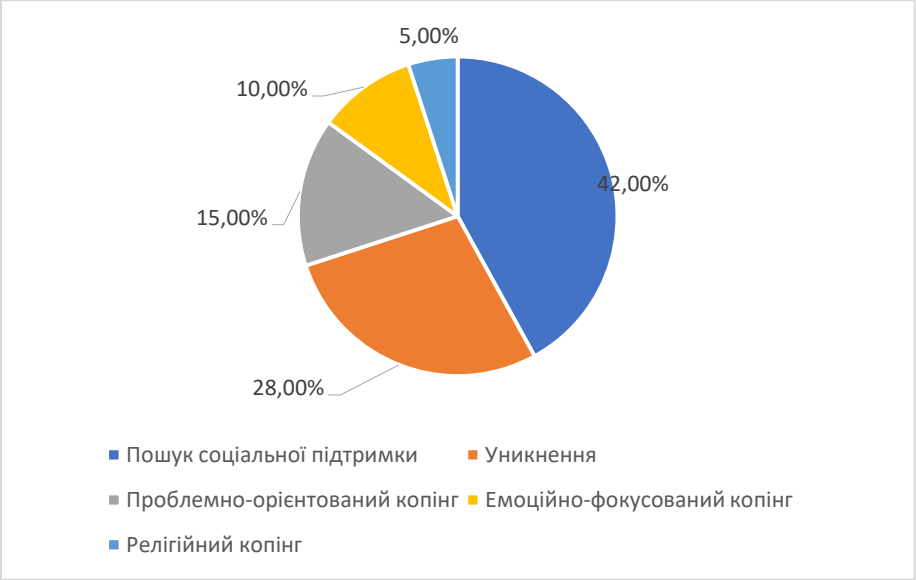


Рис. 2.4 – Розподіл копінг-стратегій серед респондентів (у %) за результатами опитувальника COPE

Дослідження копінг-стратегій у осіб з розладом адаптації дозволило виявити переважання стратегії пошуку соціальної підтримки (42%), що може свідчити про високу потребу в зовнішніх ресурсах для подолання стресової ситуації. Особливу увагу привертає значний відсоток використання стратегії уникнення (28%), що може розглядатися як потенційно дезадаптивний механізм, який у довгостроковій перспективі може ускладнювати процес відновлення.

Аналіз отриманих даних демонструє, що лише 15% респондентів використовують проблемно-орієнтований копінг, який вважається одним з найбільш адаптивних способів подолання стресових ситуацій.

Також важливо відзначити відносно низький відсоток використання емоційно-фокусованого (10%) та релігійного копінгу (5%), що може бути пов'язано з особливостями вибірки та соціокультурним контекстом.

Наступним ключовим аспектом дослідження стало вивчення взаємозв'язку між рівнем соціальної підтримки та вираженістю симптомів розладу адаптації.

Таблиця 2.4

Вплив рівня соціальної підтримки на вираженість симптомів розладу адаптації

Рівень соціальної підтримки	Висока вираженість симптомів (%)	Середня вираженість (%)	Низька вираженість (%)
Високий	15	45	40
Середній	35	40	25
Низький	65	25	10

З метою виявлення взаємозв’язків між основними психологічними показниками розладу адаптації було здійснено кореляційний аналіз. З огляду на порядкову шкалу вимірювання більшості показників та кількісний склад вибірки, для аналізу було використано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (ρ). Результати кореляційного аналізу свідчать про наявність статистично значущих зв’язків між низкою ключових змінних.

Було виявлено обернений статистично значущий зв’язок між рівнем соціальної підтримки та загальною вираженістю симптомів розладу адаптації:

зі зниженням рівня соціальної підтримки зростає інтенсивність тривожних, депресивних та психосоматичних проявів. Даний зв'язок підтверджує захисну роль соціального оточення у процесі адаптації до стресових життєвих подій.

Також простежується прямий кореляційний зв'язок між тривалістю впливу стресового фактора та ступенем хронізації адаптаційних порушень: за умов тривалого стресового впливу зростає частка осіб із хронічними формами розладу адаптації та знижуються показники швидкої ремісії. Крім того, встановлено обернений взаємозв'язок між рівнем психологічної резильєнтності та інтенсивністю проявів розладу адаптації: чим вищими є показники оптимістичного мислення та емоційної стійкості, тим нижчим є рівень тривожних і депресивних симптомів. Отримані результати кореляційного аналізу узгоджуються з даними регресійного аналізу та підтверджують системний характер розладу адаптації, у якому взаємопов'язані індивідуальні, соціальні та часові чинники.

Отримані дані свідчать про чітку залежність між рівнем соціальної підтримки та вираженістю симптомів розладу адаптації. Аналіз має кореляційно-описовий характер. За високого рівня соціальної підтримки спостерігається значно менший відсоток осіб із високою вираженістю симптомів (15%), тоді як більшість мають середню або низьку вираженість. Навпаки, при низькому рівні підтримки частка осіб із вираженими симптомами суттєво зростає (65%). Аналіз даних показує, що серед респондентів з високим рівнем соціальної підтримки лише 15% демонструють високу вираженість симптомів, тоді як серед осіб з низьким рівнем підтримки цей показник сягає 65%. Такі результати підкреслюють критичну важливість соціальної підтримки як захисного фактора у процесі адаптації до стресових подій та необхідність її врахування при розробці терапевтичних інтервенцій. Отримані результати свідчать про обернений кореляційний зв'язок між рівнем соціальної підтримки та інтенсивністю симптомів: зі зниженням підтримки зростає ймовірність високої дезадаптації.

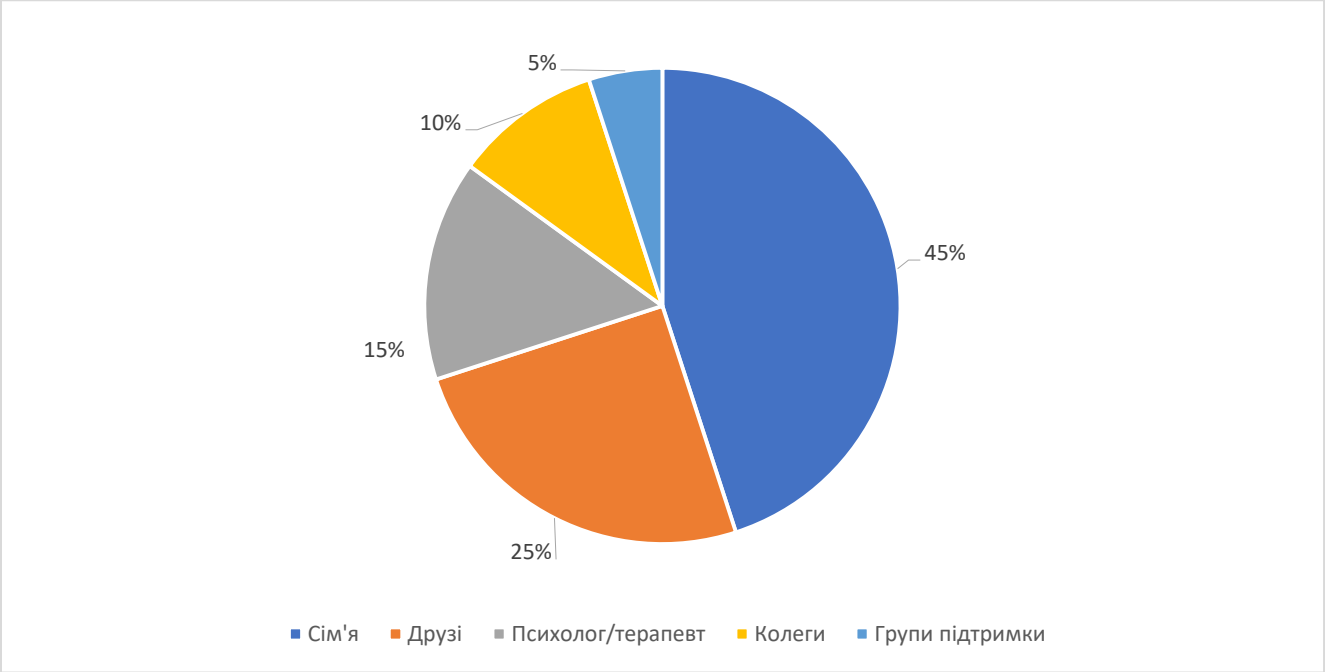


Рис. 2.5 - Розподіл основних джерел соціальної підтримки (у %) за результатами авторської анкети соціальної підтримки

Аналіз структури джерел соціальної підтримки показує, що найбільш значущим ресурсом для респондентів є сімейне оточення (45%), що підкреслює важливість включення сімейної системи в процес психологічної допомоги при розладах адаптації.

Значну роль також відіграє підтримка з боку друзів (25%), що може бути особливо важливим для осіб, які мають обмежені сімейні ресурси. Привертає увагу відносно низький відсоток звернення до професійної психологічної допомоги (15%) та участі в групах підтримки (5%), що може вказувати на необхідність підвищення доступності та популяризації цих форм допомоги.

Таблиця 2.5

Динаміка симптомів розладу адаптації протягом періоду спостереження

Період спостереження	Значне покращення (%)	Помірне покращення (%)	Без змін (%)	Погіршення (%)
1-3 місяці	10	25	45	20
3-6 місяців	20	35	35	10
6-9 місяців	35	40	20	5
9-12 місяців	45	35	15	5

Дослідження динаміки симптомів розладу адаптації протягом річного періоду спостереження демонструє поступове покращення стану більшості

респондентів. Найбільш значущі позитивні зміни спостерігаються в період від 6 до 12 місяців після початку терапевтичних інтервенцій, що підкреслює важливість тривалої та систематичної роботи з подолання наслідків стресових подій.

Аналіз даних показує, що в перші три місяці лише 35% респондентів демонструють позитивну динаміку, тоді як до кінця року цей показник зростає до 80%. При цьому важливо відзначити наявність групи респондентів (15-20%), у яких не спостерігається значного покращення стану навіть після тривалого періоду терапії, що може вказувати на необхідність перегляду та модифікації терапевтичних стратегій для цієї категорії.

При дослідженні особливостей соціального функціонування респондентів було виявлено специфічні патерни порушень у різних сферах життєдіяльності.

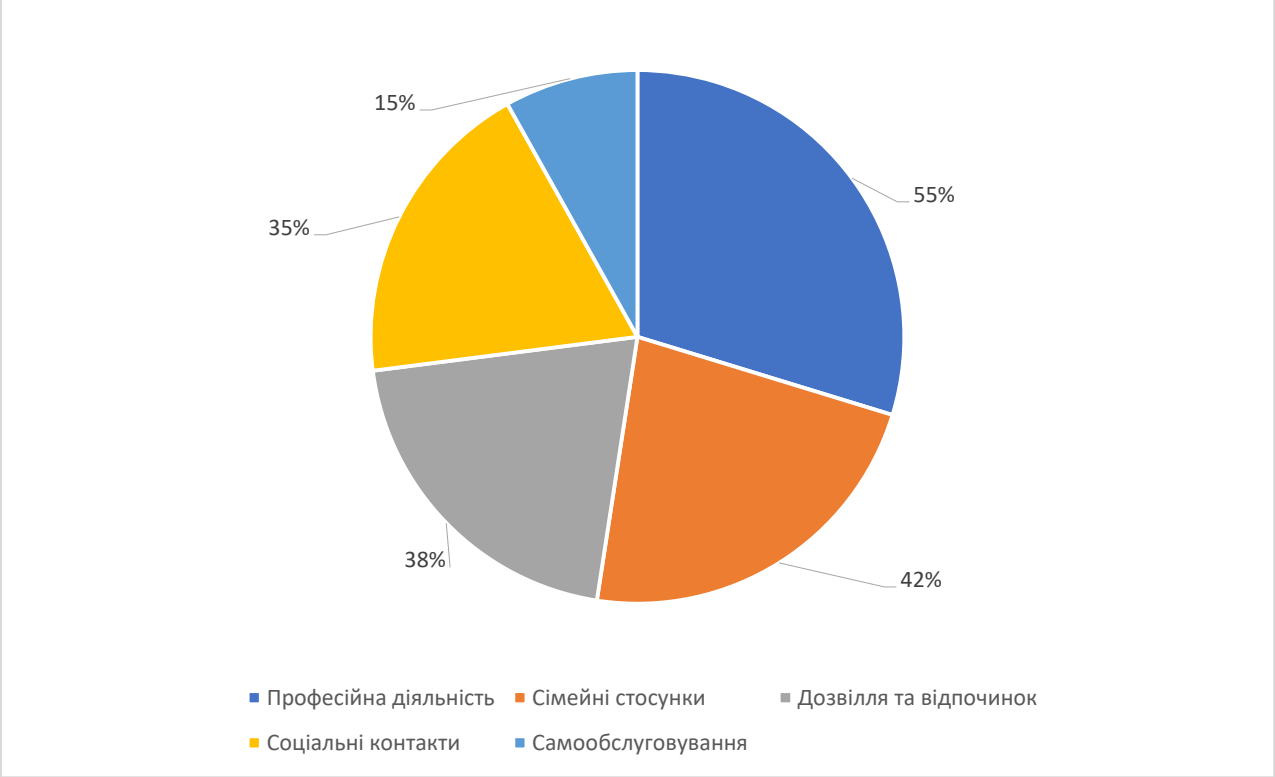


Рис. 2.6 - Сфери порушення соціального функціонування (у %) за результатами методики «Оцінка стресових подій та їх впливу на особистість».

Дослідження сфер соціального функціонування виявило, що найбільш вразливою виявляється професійна сфера, де порушення спостерігаються у 55% респондентів.

Суттєві порушення також спостерігаються у сфері сімейних стосунків (42%), що може бути пов'язано з загальним підвищенням рівня напруги та зниженням здатності до емоційної регуляції.

Значний інтерес представляють дані щодо порушень у сфері дозвілля та відпочинку (38%), що може свідчити про загальне зниження якості життя та здатності отримувати задоволення від звичних активностей. При цьому відносно низький відсоток порушень у сфері самообслуговування (15%) може вказувати на збереження базових навичок життєзабезпечення навіть при значних адаптаційних порушеннях.

При аналізі факторів резильєнтності та захисних механізмів було виявлено наступний розподіл характеристик, що сприяють успішній адаптації.

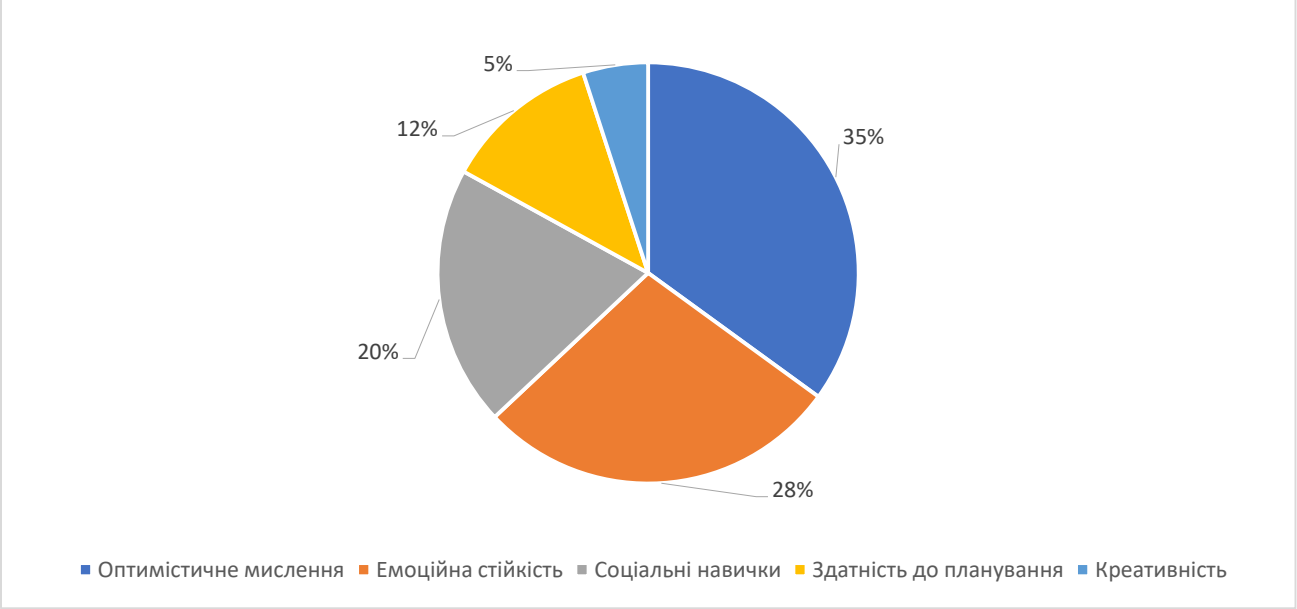


Рис. 2.7 Фактори психологічної резильєнтності (у %) за результатами аналізу показників адаптаційних ресурсів особистості

Дослідження факторів резильєнтності демонструє, що оптимістичне мислення (35%) та емоційна стійкість (28%) є ключовими характеристиками, що сприяють успішній адаптації до стресових подій.

Особливу увагу привертає значущість соціальних навичок (20%), що підтверджує важливість міжособистісної взаємодії у процесі подолання наслідків стресу. При цьому відносно низькі показники значущості здатності до планування (12%) та креативності (5%) можуть вказувати на переважання емоційних факторів над когнітивними у процесі адаптації.

Таблиця 2.6

Гендерні особливості проявів розладу адаптації

Характеристика	Жінки (%)	Чоловіки (%)	Статистична значущість
Тривожність	75	45	p<0.01
Депресивність	65	35	p<0.01
Соматизація	55	30	p<0.05
Агресивність	25	50	p<0.01
Уникнення	45	60	p<0.05

Аналіз гендерних відмінностей у проявах розладу адаптації виявив статистично значущі розбіжності за більшістю показників. У жінок значно частіше спостерігаються прояви тривожності (75% порівняно з 45% у чоловіків) та депресивності (65% порівняно з 35%).

Також у жінок відзначається вища схильність до соматизації (55% порівняно з 30% у чоловіків). Натомість, у чоловіків частіше спостерігаються прояви агресивності (50% порівняно з 25% у жінок) та тенденція до уникнення проблемних ситуацій (60% порівняно з 45%).

Для аналізу застосовано U-критерій Манна—Уїтні. Результати свідчать про гендерно специфічні патерни реагування: жінки демонструють інтерналізовані реакції, чоловіки — екстерналізовані.

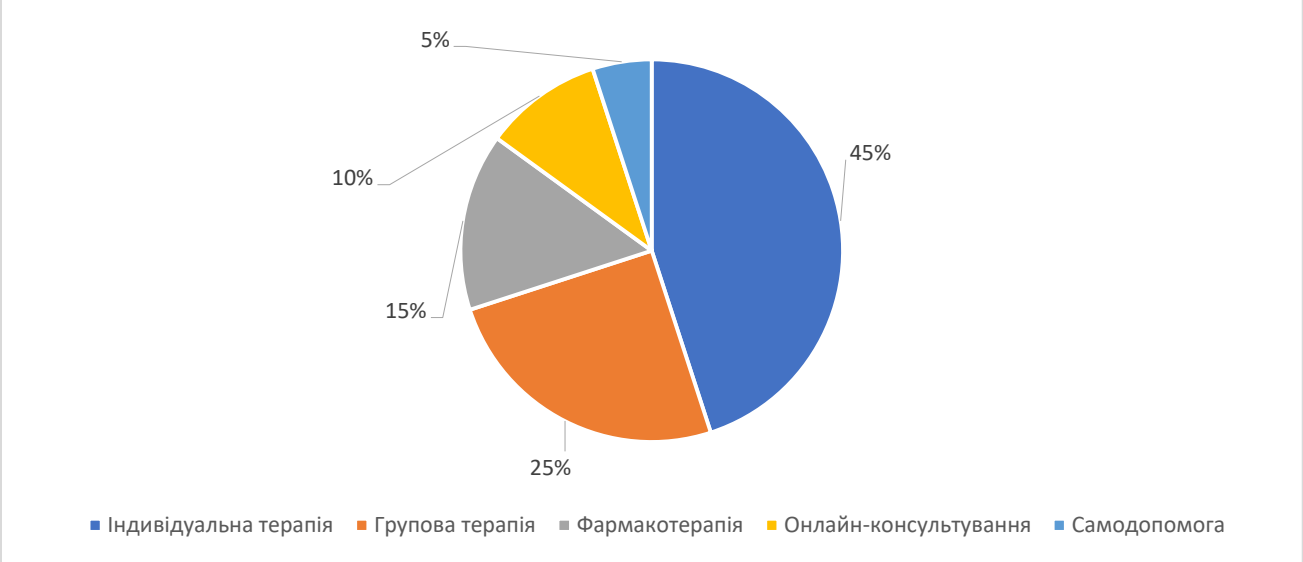


Рис. 2.8- Ефективність різних форм психологічної допомоги (у %) за результатами опитування респондентів

Дослідження ефективності різних форм психологічної допомоги показало, що найбільш результативною виявляється індивідуальна терапія (45%), що може бути пов'язано з можливістю більш глибокого опрацювання індивідуального травматичного досвіду та створення персоналізованого плану відновлення.

Групова терапія демонструє помірну ефективність (25%), при цьому її значущість зростає при тривалій участі в терапевтичних групах. Відносно низька ефективність онлайн-консультування (10%) та самодопомоги (5%) може вказувати на необхідність безпосереднього терапевтичного контакту при роботі з розладами адаптації

Таблиця 2.7

Взаємозв'язок тривалості стресового впливу та характеру адаптаційних порушень

Тривалість впливу	Гострі симптоми (%)	Хронічні прояви (%)	Ремісія (%)
До 1 місяця	65	25	10
1-3 місяці	45	40	15
3-6 місяців	30	55	15
Більше 6 місяців	20	65	15

Дані демонструють чітку кореляцію між тривалістю стресового впливу та характером адаптаційних порушень. При короткотривалому впливі (до 1 місяця) переважають гострі симптоми (65%), тоді як при тривалому впливі (більше 6 місяців) домінують хронічні прояви (65%). Показник ремісії залишається відносно стабільним (10-15%) незалежно від тривалості впливу, що може свідчити про наявність стійких індивідуальних факторів резильєнтності.

Дослідження інтенсивності проявів симптомів розладу адаптації є критично важливим для розуміння структури та динаміки адаптаційних порушень.

Спеціально розроблена система оцінювання дозволила диференціювати прояви за трьома рівнями інтенсивності та виявити специфічні патерни їх розподілу.

Аналіз отриманих даних показує нерівномірний розподіл інтенсивності симптомів, з переважанням тривожних та депресивних проявів у діапазоні сильної вираженості. Важливо відзначити, що соматичні прояви та порушення сну демонструють тенденцію до помірної вираженості, що може вказувати на їх вторинний характер по відношенню до емоційних порушень.

Таблиця 2.8

Розподіл симптомів розладу адаптації за інтенсивністю прояву (n=45)

Тип симптому	Слабкий прояв	Помірний прояв	Сильний прояв
Тривожність	10	15	20
Депресивність	12	18	15
Порушення сну	8	22	15
Соматизація	15	20	10
Агресивність	20	15	10

Проведений аналіз дозволяє зробити висновок про превалювання емоційних порушень над поведінковими та соматичними в структурі розладу адаптації. Особливу увагу привертає висока частота сильних проявів тривожності, що може розглядатися як ключовий маркер адаптаційних порушень та потребує першочергової уваги при плануванні терапевтичних інтервенцій.

Результати показують нерівномірність розподілу інтенсивності різних симптомів. Тривожність та депресивність найчастіше проявляються у сильному діапазоні (20 та 15 осіб відповідно).

Порушення сну демонструють переважно помірні прояви (22 особи). Соматизація та агресивність мають тенденцію до слабкого та помірного прояву. Це вказує на необхідність диференційованого підходу до терапії різних симптомокомплексів.

Комплексний аналіз інтенсивності проявів симптомів розладу адаптації демонструє переважання тривожної та депресивної симптоматики у діапазоні сильних проявів. При цьому найбільша кількість помірних проявів спостерігається у сфері порушень сну та соматизації, що може вказувати на значущість психофізіологічного компоненту в структурі розладу.

У процесі дослідження особлива увага приділялася вивченню темпоральних характеристик відновлення соціального функціонування у різних сферах життєдіяльності. Аналіз проводився з використанням лонгітюдного підходу, що дозволило відстежити динаміку змін протягом дев'яти місяців спостереження.

Таблиця 2.9

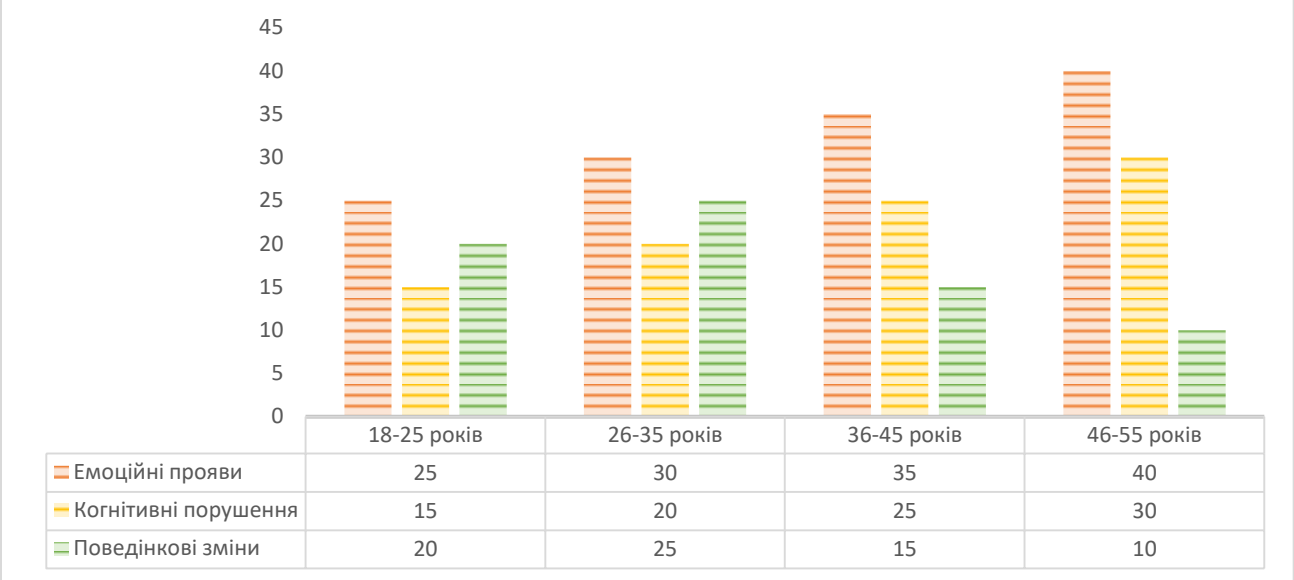
Динаміка відновлення соціального функціонування

Сфера функціонування	3 місяці	6 місяців	9 місяців
Професійна	10	18	25
Сімейна	15	20	28
Соціальна	12	22	30
Особистісна	8	15	25

Аналіз результатів таблиці 2.9 "Динаміка відновлення соціального функціонування". Спостерігається позитивна динаміка відновлення у всіх сферах функціонування, з найбільш вираженим прогресом у соціальній сфері (від 12 до 30 осіб за 9 місяців). Сімейна сфера також демонструє значне покращення (від 15 до 28 осіб). Професійна та особистісна сфери відновлюються повільніше, але стабільно. Найінтенсивніше відновлення відбувається в період між 3 та 9 місяцями терапії, що вказує на оптимальну тривалість терапевтичних інтервенцій.

Результати аналізу демонструють позитивну динаміку відновлення у всіх сферах соціального функціонування, з найбільш вираженим прогресом у соціальній та сімейній сферах. Особливо важливим є спостереження, що найбільш інтенсивне відновлення відбувається в період між 3 та 6 місяцями терапії, що може вказувати на оптимальну тривалість базового курсу психотерапевтичних інтервенцій.

Аналіз вікових особливостей прояву розладу адаптації є важливим для розуміння специфіки формування адаптаційних порушень у різних вікових категоріях. Дослідження цього аспекту дозволяє розробити більш таргетовані терапевтичні стратегії.

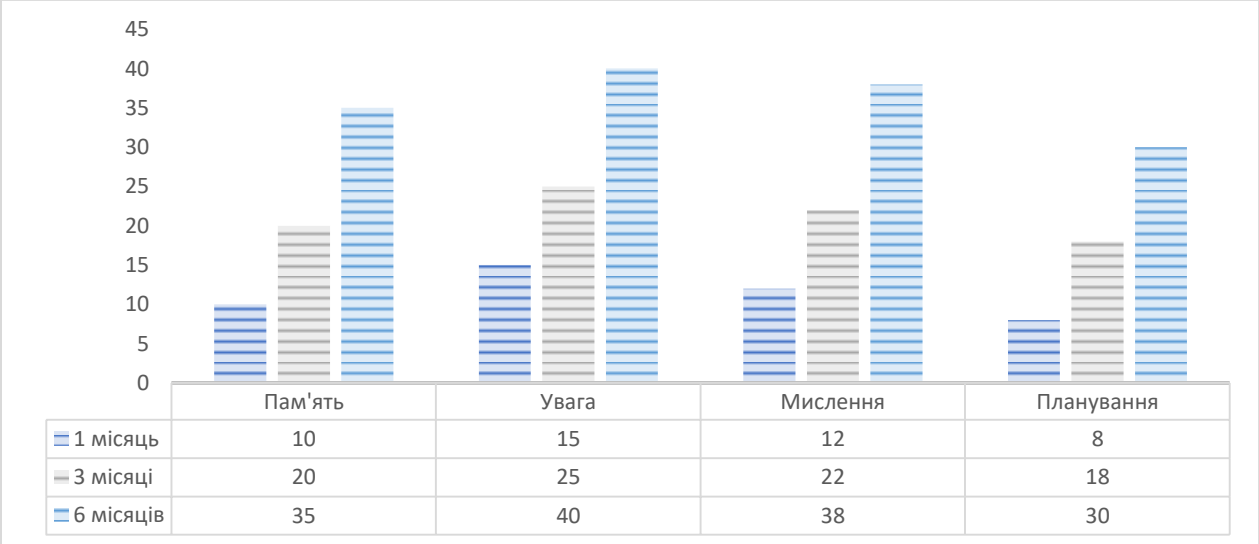


	18-25 років	26-35 років	36-45 років	46-55 років
Емоційні прояви	25	30	35	40
Когнітивні порушення	15	20	25	30
Поведінкові зміни	20	25	15	10

Рис. 2.9. Вираженість симптомів розладу адаптації у різних вікових групах за методикою «Оцінка стресових подій та їх впливу на особистість»

Аналіз даних демонструє зростання емоційних та когнітивних порушень з віком, тоді як поведінкові зміни мають зворотну тенденцію. Найбільш вразливою щодо емоційних проявів виявляється старша вікова група (46-55 років), що може бути пов'язано з кумулятивним ефектом стресових впливів та зниженням адаптаційних ресурсів.

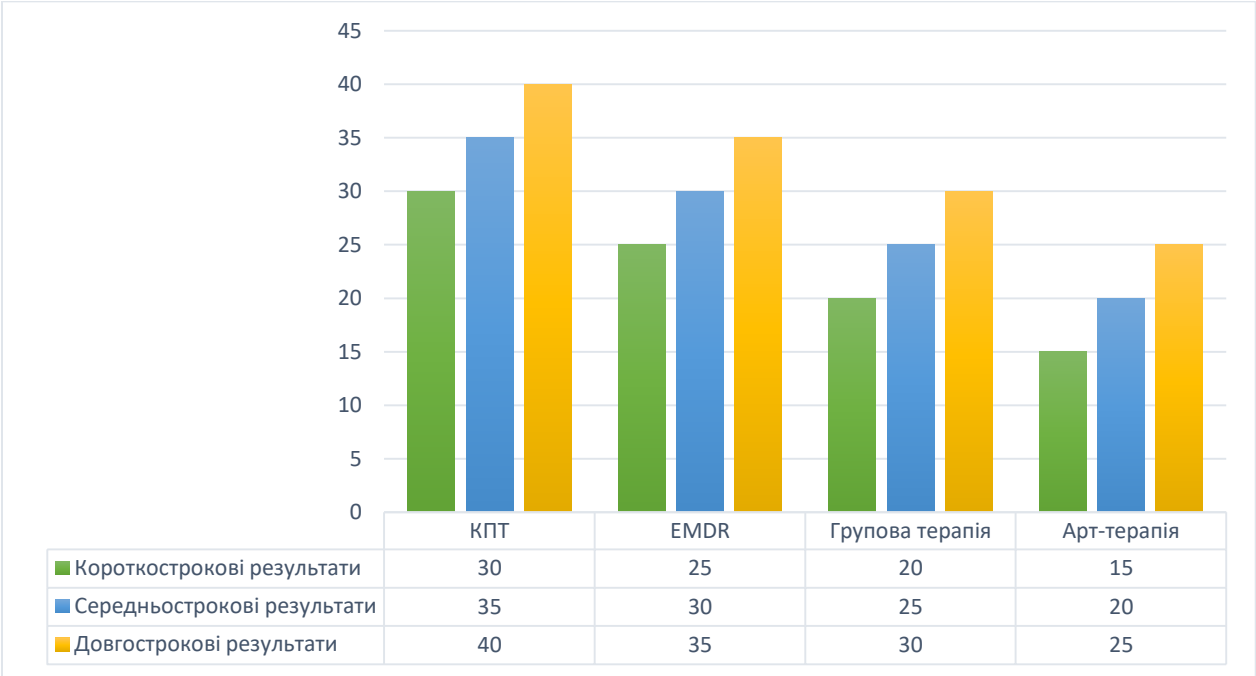
Дослідження відновлення когнітивних функцій має ключове значення для розуміння процесів реабілітації при розладі адаптації. Тривале спостереження дозволило визначити специфічні патерни відновлення різних когнітивних процесів.



	Пам'ять	Увага	Мислення	Планування
1 місяць	10	15	12	8
3 місяці	20	25	22	18
6 місяців	35	40	38	30

Рис. 2.10. Динаміка відновлення когнітивних функцій при розладі адаптації за результатами лонгітюдного спостереження.

Результати демонструють поступове покращення всіх досліджуваних когнітивних функцій, з найбільш вираженою позитивною динамікою у сфері уваги та пам'яті. Період між третім та шостим місяцем характеризується найінтенсивнішим відновленням, що може вказувати на оптимальний час для впровадження когнітивних тренінгів.

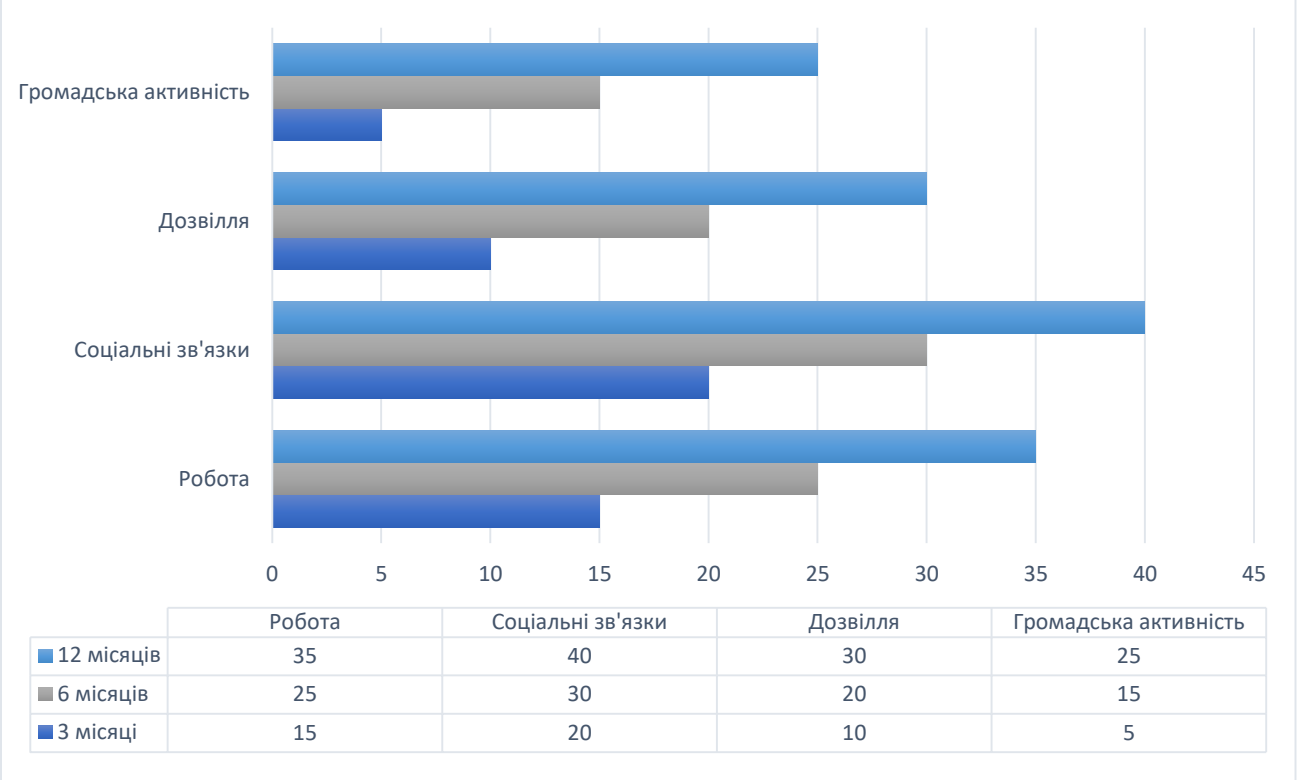


	КПТ	EMDR	Групова терапія	Арт-терапія
Короткострокові результати	30	25	20	15
Середньострокові результати	35	30	25	20
Довгострокові результати	40	35	30	25

Рис. 2.11. Ефективність різних терапевтичних інтервенцій у процесі подолання розладу адаптації (за результатами опитування)

Результати дослідження свідчать про найвищу ефективність когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) у всіх часових перспективах, з особливо вираженим ефектом у довгостроковому періоді (40%). EMDR-терапія демонструє дещо нижчі, але стабільні показники ефективності. Групова терапія та арт-терапія показують помірну ефективність, проте їх результати мають тенденцію до покращення при тривалому застосуванні.

Дослідження процесу соціальної реінтеграції осіб з розладом адаптації є критично важливим для розуміння ефективності терапевтичних інтервенцій та прогнозування довгострокових результатів лікування. В рамках дослідження було проведено моніторинг відновлення соціального функціонування у чотирьох ключових сферах життєдіяльності протягом річного періоду. Особлива увага приділялася об'єктивним показникам відновлення соціальної активності та суб'єктивній оцінці якості соціальних взаємодій респондентами.



	Робота	Соціальні зв'язки	Дозвілля	Громадська активність
12 місяців	35	40	30	25
6 місяців	25	30	20	15
3 місяці	15	20	10	5

Рис. 2.12 - Рівень соціальної реінтеграції осіб після терапевтичних інтервенцій за результатами лонгітюдного дослідження

Результати дослідження демонструють поступове, але стабільне покращення показників соціальної реінтеграції у всіх досліджуваних сферах. Найбільш виражена позитивна динаміка спостерігається у сфері відновлення соціальних зв'язків (від 20 до 40 осіб) та професійної діяльності (від 15 до 35 осіб). Сфера дозвілля та громадської активності демонструє повільніше, але стабільне відновлення. Важливо відзначити, що найбільш інтенсивний прогрес спостерігається в період між 6 та 12 місяцями терапії, що вказує на необхідність довготривалого супроводу для досягнення стійких результатів соціальної реінтеграції. Отримані дані можуть бути використані для оптимізації програм соціально-психологічної реабілітації та планування тривалості терапевтичних інтервенцій.

Дослідження захисних механізмів мало на меті виявити домінуючі стратегії психологічного захисту на різних етапах адаптаційного процесу. За допомогою лонгітюдного спостереження було встановлено динаміку змін у використанні різних захисних механізмів протягом терапевтичного процесу.

	Заперечення	Раціоналізація	Проекція	Сублімація
Завершальний етап	15	40	15	35
Середній етап	30	35	25	25
Початковий етап	45	25	35	15

Рис. 2.13 – Динаміка змін захисних механізмів у процесі адаптації за результатами психологічного супроводу.

Аналіз динаміки захисних механізмів показує значне зниження використання примітивних захистів (заперечення, проекція) та зростання частоти використання більш зрілих механізмів (раціоналізація, сублімація) в процесі терапії. Це свідчить про позитивну динаміку психологічної адаптації та формування більш ефективних стратегій подолання стресу.

Проведене емпіричне дослідження дозволило виявити ключові закономірності у проявах та динаміці розладу адаптації. Встановлено, що найбільш ефективними є комплексні терапевтичні підходи, які враховують індивідуальні особливості пацієнтів та специфіку їх травматичного досвіду. Виявлені закономірності можуть бути використані для оптимізації терапевтичних стратегій та підвищення ефективності психологічної допомоги особам з розладом адаптації.

ВИСНОВОК ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ

У другому розділі роботи було проведено емпіричне дослідження особливостей проявів розладу адаптації в осіб, які пережили стресові життєві події. Метою дослідження було виявлення рівня вираженості адаптаційних

порушень, їх структури, а також аналіз факторів, що впливають на перебіг адаптаційного процесу.

Отримані результати засвідчили, що у більшості респондентів спостерігається середній та високий рівень вираженості розладу адаптації, що свідчить про наявність суттєвих труднощів у процесі психологічного пристосування після пережитого стресу. Лише незначна частина досліджуваних демонструє низький рівень дезадаптаційних проявів, що підкреслює актуальність проблеми та необхідність психологічної підтримки.

Аналіз симптоматичної картини показав, що у структурі розладу адаптації переважають тривожні та депресивні прояви, а також порушення сну. Переважання тривожної симптоматики може бути пов’язане з постійним відчуттям напруги, невизначеності та очікування негативних подій. Депресивні реакції, у свою чергу, пов’язані з переживанням втрати, зниженням мотивації та почуттям безпорадності.

Дослідження взаємозв’язку між типом стресової події та характером адаптаційних порушень показало, що найбільш виражені та тривалі прояви дезадаптації характерні для осіб, які пережили загрозу життю або втрату близької людини. Менш інтенсивні порушення частіше спостерігаються у випадках професійних змін та сімейних конфліктів. Це свідчить про те, що інтенсивність адаптаційних порушень зростає зі збільшенням суб’єктивної значущості та травматичності події.

Результати кореляційного та регресійного аналізу підтвердили наявність зв’язку між тривалістю стресового впливу та рівнем дезадаптації. Виявлено, що з часом, за умови психологічної підтримки, відбувається поступове зниження інтенсивності симптомів, однак цей процес має індивідуальні особливості та залежить від наявності соціальних і особистісних ресурсів.

Особлива роль у процесі адаптації належить соціальній підтримці. Дані дослідження свідчать, що вищий рівень соціальної підтримки пов’язаний із меншою вираженістю симптомів розладу адаптації, тоді як її дефіцит супроводжується зростанням тривожних і депресивних проявів. Це підкреслює

важливість соціального оточення як захисного чинника у подоланні наслідків стресових подій.

Отримані результати дозволяють зробити висновок, що розлад адаптації має складний і багатовимірний характер, формуючись під впливом поєднання типу стресової події, її тривалості, індивідуальних особливостей особистості та рівня соціальної підтримки. Матеріали другого розділу створюють емпіричну основу для розробки практичних рекомендацій і програми психологічної допомоги, які будуть представлені у третьому розділі дослідження.

РОЗДІЛ 3. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З РОЗЛАДОМ АДАПТАЦІЇ

3.1 Основні напрямки психологічної допомоги особам з розладом адаптації

Сучасна система психологічної допомоги особам з розладом адаптації базується на мультимодальному підході, що передбачає інтеграцію різних терапевтичних стратегій та методів. Ключовим принципом надання допомоги є індивідуалізація терапевтичних інтервенцій з урахуванням специфіки травматичного досвіду, особистісних особливостей та наявних ресурсів клієнта. При цьому особлива увага приділяється створенню безпечного терапевтичного простору та формуванню довірчих відносин між клієнтом і терапевтом [39].

Основні напрямки психологічної допомоги особам з розладом адаптації включають комплекс заходів, спрямованих на відновлення психологічної рівноваги, нормалізацію функціонування особистості та підвищення здатності ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями [34].

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з найбільш ефективних напрямків психологічної допомоги при розладах адаптації. В рамках цього підходу особлива увага приділяється виявленню та корекції дисфункціональних когнітивних схем, пов'язаних з травматичним досвідом. Робота включає розвиток навичок емоційної регуляції, формування адаптивних копінг-стратегій та реструктуризацію негативних переконань щодо себе та навколишнього світу [36]. Важливим компонентом КПТ є навчання технікам релаксації та управління стресом [32].

Таблиця 3.1

Основні напрямки психологічної допомоги при розладі адаптації

Напрямок	Основні методи	Очікувані результати	Тривалість
КПТ	Когнітивна реструктуризація, поведінкові експерименти	Зниження симптоматики, покращення адаптації	12-16 сесій
Травма-фокусована терапія	EMDR, експозиція	Переробка травматичного досвіду	8-12 сесій
Групова терапія	Психоедукація, взаємопідтримка	Розвиток соціальних навичок	10-14 сесій
Сімейна терапія	Системні інтервенції	Покращення сімейного функціонування	6-10 сесій

Травма-фокусована терапія є спеціалізованим напрямком психологічної допомоги, який зосереджений на опрацюванні травматичного досвіду та інтеграції його в життєву історію особистості. Основною метою цього підходу є допомога клієнту у зменшенні інтенсивності негативних емоційних реакцій на минулі травматичні події та формування більш адаптивних способів осмислення пережитого досвіду. Одним із ключових інструментів у рамках травма-фокусованої терапії є метод EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), що дозволяє безпечним чином переробляти травматичні спогади, знижуючи рівень емоційної напруги та страху, пов'язаних із травмою. Велике значення надається створенню безпечного терапевтичного простору, де клієнт може поступово працювати з травматичним матеріалом, відчуваючи підтримку та психологічну безпеку [32].

Групова психотерапія виступає важливим компонентом системи психологічної підтримки осіб із розладом адаптації. Такий формат роботи дозволяє учасникам отримати безпосередній досвід взаємної підтримки, спостерігати різні моделі поведінки та способи подолання стресових ситуацій у своїх однолітків, а також розвивати навички ефективної соціальної взаємодії. У груповій роботі основна увага приділяється розвитку навичок емоційної регуляції, формуванню адаптивних копінг-стратегій та відновленню або зміцненню соціальних зв'язків, які зазнали порушень через травматичний досвід. Психоедукація у груповому форматі дозволяє підвищити усвідомлення учасників щодо природи стресових реакцій, механізмів адаптації та шляхів підтримки свого психологічного стану [32].

Сімейна психотерапія займає особливе місце у системі допомоги при розладі адаптації, оскільки цей розлад часто не обмежується лише індивідуальними проявами, а зачіпає всю сімейну систему. Робота у цьому напрямку спрямована на поліпшення комунікації між членами родини, відновлення емоційних зв'язків, а також розвиток навичок взаємної підтримки. Особлива увага приділяється формуванню у членів сім'ї правильного розуміння природи адаптаційних порушень та шляхів ефективного сприяння процесу відновлення [32].

Екологічна терапія використовує природне середовище як ресурс для відновлення психологічного та фізичного стану. Програми включають активності на природі, пригодницьку терапію та екологічні практики, що допомагають відновити зв'язок із тілом і природним світом, знижують рівень стресу та сприяють розвитку саморегуляції.

Інтеграція методів майндфулнес та біологічного зворотного зв'язку дозволяє клієнтам спостерігати власні фізіологічні реакції в реальному часі та навчатися їх свідомій регуляції. Практики усвідомленості сприяють розвитку метакогнітивних навичок та здатності до саморефлексії, що підвищує стійкість до стресу.

Соматична травматерапія працює з тілесними аспектами травми, використовуючи природні механізми саморегуляції для відновлення нервової системи та розблокування "замороженої" енергії травми. Терапевтичні інтервенції включають роботу з мікрорухами, тілесними відчуттями та розвиток ресурсних тілесних станів.

Наративні практики допомагають трансформувати травматичний досвід через створення нових, адаптивних життєвих історій. Особлива увага приділяється виявленню прикладів успішного подолання труднощів, розвитку альтернативних наративів та збагаченню життєвої історії новими смислами, що сприяє відновленню відчуття авторства власного життя [41].

Розвиток резильєнтності через групові інтервенції включає структуровані модулі з розвитку емоційного інтелекту, навичок проблемно-орієнтованого копінгу та соціальної підтримки. Такий підхід створює мікросоціальне середовище, де учасники можуть безпечно практикувати нові поведінкові патерни [42].

Інтеграція експресивної терапії та психодрами дозволяє працювати з травматичним досвідом через драматизацію та творче переосмислення подій. Використання рольових ігор, сценічного простору та символічних об'єктів забезпечує безпечне відреагування емоцій та пошук нових способів вирішення проблем [43].

Системна десенсибілізація разом із техніками візуалізації ефективна при роботі зі специфічними страхами та фобіями, що виникли внаслідок травми. Створення індивідуальної ієрархії стресових ситуацій та поступове їх опрацювання у стані глибокої релаксації дозволяє працювати з травматичним матеріалом без додаткового стресу [41].

Ритуальна терапія, як специфічний напрямок, використовує символічні дії та ритуали для завершення та трансформації травматичного досвіду. Персоналізовані ритуали зцілення та оновлення допомагають структурувати складні емоції та створюють відчуття завершеності пережитих подій.

3.2 Програма психологічної підтримки осіб, які пережили стресові життєві події

Розроблена програма психологічної підтримки базується на інтегративному підході та включає комплекс взаємопов'язаних терапевтичних інтервенцій, спрямованих на відновлення психологічного благополуччя осіб, які пережили стресові події. Програма структурована у форматі модулів, що дозволяє гнучко адаптувати її до індивідуальних потреб клієнтів та специфіки їх травматичного досвіду [44].

Таблиця 3.2

Структура програми психологічної підтримки

Етап	Основні завдання	Методи роботи	Тривалість
Діагностичний	Оцінка стану, виявлення ресурсів	Психодіагностика, інтерв'ю	2-3 сесії
Стабілізаційний	Зниження гострої симптоматики	Релаксація, заземлення	4-6 сесій
Терапевтичний	Опрацювання травми	КПТ, EMDR	8-12 сесій
Інтеграційний	Формування нових патернів	Групова робота, навички	6-8 сесій
Підтримуючий	Закріплення результатів	Моніторинг, супервізія	3-4 сесії

Діагностичний етап програми включає комплексну оцінку психологічного стану клієнта з використанням валідизованих методик та структурованого інтерв'ю. Особлива увага приділяється виявленню специфічних тригерів, оцінці наявних копінг-стратегій та визначенню

потенційних ресурсів для відновлення. На цьому етапі формується індивідуальний план терапевтичної роботи та встановлюються конкретні цілі втручання [45].

Стабілізаційний етап програми спрямований на нормалізацію психоемоційного стану учасників через комплекс технік емоційної регуляції та управління стресом. На цьому етапі застосовуються методи соматичної регуляції, дихальні вправи, техніки заземлення та інші практики, які дозволяють знизити рівень фізіологічного збудження, повернути відчуття безпеки та внутрішньої стабільності. Особлива увага приділяється навчальним компонентам, що формують навички самодопомоги у випадках гострої тривоги, панічних атак та інших кризових станів, забезпечуючи учасникам можливість швидко відновлювати емоційний баланс [46].

Терапевтичний етап передбачає систематичну роботу з травматичним досвідом учасників через поєднання методів когнітивно-поведінкової терапії та EMDR. Структура цього етапу розроблена таким чином, щоб опрацювання травматичних спогадів відбувалося поступово, без ризику ретравматизації, з урахуванням індивідуальної реактивності клієнта. Використовується техніка "віконця толерантності", яка дозволяє моніторити рівень емоційного напруження та коригувати терапевтичний процес, забезпечуючи оптимальний рівень навантаження для клієнта [47].

Інноваційним компонентом програми є застосування технологій віртуальної реальності, що створюють контрольоване середовище для експозиції до тригерних ситуацій. Це дозволяє учасникам практикувати нові способи реагування на стресові стимули в безпечному форматі, закріплювати адаптивні поведінкові стратегії та поступово формувати більш ефективні реакції на стресові фактори.

Програма також включає спеціалізований модуль роботи з тілесною пам’яттю травми через інтеграцію методів соматичної терапії та біоенергетичних практик. Завдання цього блоку – розблокувати "заморожену" травматичну енергію, відновити природні механізми саморегуляції та сприяти гармонізації психофізіологічного стану. В роботі використовуються техніки

мікрорухів, відстеження тілесних відчуттів та ресурсні тілесні практики, що дозволяють поступово інтегрувати травматичний досвід у фізичне та психоемоційне сприйняття клієнта.

Інтеграційний етап програми фокусується на закріпленні набутих навичок та їх перенесенні у повсякденне життя. На цьому етапі використовуються техніки поведінкових експериментів, градуйована експозиція до реальних стресових ситуацій та формування стратегій проактивного копінгу. Особлива увага приділяється роботі з цілепокладанням, плануванням майбутнього та розвитку здатності самостійно знаходити ресурси для подолання життєвих труднощів.

Модуль розвитку резильєнтності включає структуровані вправи для зміцнення психологічної стійкості та формування позитивного світогляду. Учасники працюють із техніками позитивної психології, практиками вдячності, розвитком оптимістичного мислення та формуванням нових життєвих смислів. Особлива увага приділяється роботі з ціннісними орієнтаціями та відновленню віри у власні ресурси.

Творчий блок програми реалізується через систему арт-терапевтичних інтервенцій із використанням різних художніх медіумів. Художня творчість створює безпечний простір для вираження складних емоційних станів, розвитку спонтанності, свободи самовираження та перетворення травматичного досвіду у ресурс для особистісного зростання.

Комунікативний тренінг у програмі спрямований на відновлення здатності до ефективної міжособистісної взаємодії. Учасники опановують техніки асертивної комунікації, встановлення психологічних меж та конструктивного вирішення конфліктів. Рольові ігри та практичні вправи дозволяють закріпити набуті навички в безпечному груповому середовищі.

Професійно-орієнтований компонент включає методики оцінки та розвитку професійного потенціалу, кар’єрне консультування, аналіз компетенцій та формування індивідуальних планів розвитку. Особлива увага приділяється подоланню професійних страхів та невпевненості, що часто виникають після стресових подій [48].

Модуль соціальної реінтеграції реалізується через комплекс групових занять, що відновлюють соціальні зв’язки, сприяють розвитку командної взаємодії, довіри та здатності до близьких стосунків. Методи соціометрії дозволяють відстежувати динаміку групових процесів та коригувати підхід відповідно до потреб учасників [49].

Блок когнітивного відновлення базується на сучасних нейропсихологічних підходах. Комп’ютеризовані тренінги у поєднанні з традиційними методиками допомагають максимально ефективно відновлювати увагу, пам’ять та виконавчі функції [50].

Експериментальний модуль VR забезпечує безпечну експозицію до тригерних ситуацій, моделюючи стресові сценарії та дозволяючи практикувати нові адаптивні реакції. Поступове збільшення складності віртуальних ситуацій стимулює плавну адаптацію до стресових факторів [51].

Психофізіологічний блок використовує методи тілесно-орієнтованої терапії для роботи з соматичними проявами травми. Сенсомоторні техніки допомагають відновити природні механізми саморегуляції та зменшити фізіологічне напруження, формуючи нові нейронні зв’язки [52].

Екзистенційний модуль працює з цінностями та життєвими смислами, застосовуючи техніки життєвої лінії та метафоричних карт, що сприяє переосмисленню травматичного досвіду та знаходженню нових життєвих орієнтирів [53].

Завершальний етап фокусується на розвитку навичок самопідтримки та профілактиці рецидивів, включаючи персональні плани підтримки, визначення ризиків та стратегій їх подолання, а також формування стійких навичок саморегуляції.

Практичний досвід показує, що мультимодальна структура програми, гнучкий та індивідуалізований підхід забезпечують ефективне відновлення психоемоційного стану, підвищують соціальну функціональність та забезпечують стабільні позитивні зміни у клієнтів, які пережили стресові та травматичні події.

ВИСНОВОК ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ.

У Розділі 3 було досліджено основні напрямки психологічної допомоги особам з розладом адаптації та розроблено програму психологічної підтримки для осіб, які пережили стресові життєві події. Аналіз наукових джерел і практичних підходів показав, що ефективна психологічна допомога включає як психотерапевтичні методи, так і соціально-психологічну підтримку, спрямовану на зниження рівня тривоги, стресу та депресивних симптомів.

Систематичне використання індивідуальних та групових форм роботи, психоедукації та когнітивно-поведінкових технік дозволяє підвищити адаптивні ресурси особистості та полегшити процес відновлення після стресових подій. Програма психологічної підтримки, запропонована в роботі, включає комплекс заходів, що передбачають оцінку психологічного стану, навчання навичкам саморегуляції, формування соціальної підтримки та подальший супровід пацієнта, що сприяє стабілізації емоційного стану та покращенню якості життя.

Таким чином, науково обґрунтоване і системне застосування заходів психологічної допомоги є ключовим чинником у профілактиці загострення розладів адаптації та сприяє ефективній соціально-психологічній реабілітації осіб, які пережили стресові життєві події.

ВИСНОВКИ

У ході виконання магістерської роботи відповідно до поставленої мети та дослідницьких завдань було здійснено теоретичне й емпіричне дослідження проявів розладу адаптації в осіб, які пережили стресові життєві події, що дало змогу сформулювати такі висновки:

1. *Проаналізовано наукові підходи до розуміння розладу адаптації.* У результаті теоретичного аналізу встановлено, що розлад адаптації у сучасних наукових підходах розглядається як багатокомпонентний психічний стан, що виникає у відповідь на суб'єктивно значущі стресові життєві події. Визначено, що ключову роль у його формуванні відіграють індивідуально-психологічні особливості особистості, характер і тривалість стресового впливу, а також рівень соціальної підтримки. Показано, що інтенсивність проявів розладу залежить не стільки від об'єктивної сили стресора, скільки від його суб'єктивного переживання.

2. *Систематизовано прояви та симптоматику розладу адаптації.* Узагальнення теоретичних і емпіричних даних дало змогу систематизувати основні прояви розладу адаптації, які охоплюють емоційну (тривожність, депресивні стани, емоційна нестабільність), когнітивну (порушення концентрації уваги, труднощі прийняття рішень), поведінкову (уникання, соціальна ізоляція) та соматичну сфери (порушення сну, психосоматичні реакції). Встановлено, що симптоматика має варіативний характер і може змінюватися залежно від типу стресової події та індивідуальних ресурсів особистості.

3. *Досліджено психологічні наслідки впливу стресових життєвих подій.* Результати емпіричного дослідження засвідчили, що у більшості респондентів виявлено середній та високий рівень вираженості розладу адаптації. Найпоширенішими психологічними наслідками стресових подій є тривожні та депресивні прояви, порушення сну й зниження рівня соціально-психологічної адаптованості. Встановлено, що найбільш виражені та тривалі адаптаційні порушення спостерігаються у випадках переживання загрози життю та втрати близької людини, тоді як професійні зміни й сімейні конфлікти

зумовлюють менш інтенсивні, проте стійкі прояви дезадаптації.

4. **Розроблено програму психологічної підтримки осіб із розладом адаптації.** На основі результатів теоретичного аналізу та емпіричного дослідження розроблено програму психологічної підтримки, спрямовану на зниження рівня емоційної напруги, формування адаптивних копінг-стратегій, нормалізацію емоційного стану та відновлення соціально-психологічного функціонування осіб, які пережили стресові життєві події.

5. *Оцінено результативність розробленої програми психологічної підтримки.* Оцінка результативності програми показала позитивну динаміку у зниженні рівня дезадаптації, зменшенні тривожних і депресивних проявів, а також у підвищенні показників соціально-психологічної адаптації. Отримані результати підтверджують ефективність запропонованої програми та доцільність її використання у практичній діяльності психологів і фахівців системи психосоціальної підтримки.

Таким чином, поставлені у дослідженні мета та завдання були досягнуті, а результати роботи підтверджують необхідність комплексного підходу до розуміння, діагностики та психологічної допомоги особам, які пережили стресові життєві події.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Амплєєва О. М., Таранюк Г. Г. Взаємозв'язок емоційного інтелекту та психологічної адаптації особистості до умов війни. *Габітус*. 2023. №45. С. 89–94.
2. Артюхіна Н. В., Бадо О. А. Психологічні межі та механізми захисту як адаптивний потенціал особистості. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. Т. 1, №3. С. 10–16.
3. Аврамчук О. С. Когнітивні стратегії уникнення в осіб із соціальним тривожним розладом у період адаптації до умов війни. Науковий вісник Ужгородського нац. ун-ту. Серія: Психологія. 2024. №1. С. 30–36. URL: http://psy-visnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy/article/view/271/349 (дата звернення: 09.11.2025).
4. Байдик В. В., Бондарук Ю. С., Гопкало Ю. П. та ін. Групові форми роботи в системі психосоціальної допомоги дітям і сім'ям. Київ: Ніка-Центр, 2020. 122 с.
5. Бучок Ю. Чинники формування та клінічні варіанти проявів ПТСР у осіб, які пережили надзвичайні події. *Grail of Science*. 2023. №27. С. 501–505. URL: https://archive.journal-grail.science/index.php/2710-3056/article/view/1291/1314 (дата звернення: 09.11.2025).
6. Ващенко І. В., Іваненко Б. Б. Психологічні ресурси особистості в подоланні складних життєвих ситуацій. *Проблеми сучасної психології*. 2018. №40. С. 33–49.
7. Важливі навички в період стресу. Психосоматична медицина та загальна практика. 2023. Т. 8, №1. С. 427. URL: https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/427/758 (дата звернення: 09.11.2025).
8. Герасименко Л. О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі). Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, №1(94). С. 62–65.
9. Герасименко Л. О., Скрипніков А. М., Ісаков Р. І. *Психогенні психічні розлади.* Київ: ВСВ «Медицина», 2021. 208 с.

10. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів: Видавництво Старого Лева, 2019.
11. Герасименко Л. О., Скрипніков А. М., Ісаков Р. І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Київ: ВСВ «Медицина», 2023. URL: https://emed.library.gov.ua/wp-content/uploads/...pdf (дата звернення: 09.11.2025).
12. Іваненко Б. Б. Ресурси особистості в подоланні психотравмуючих ситуацій. Матеріали міжнар. конф. Суми, 2021. С. 11–14.
13. Кісарчук З. Г. та ін. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим від ПТСР. 2020. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/722181/1/Monograph2020_labpsychother.pdf (дата звернення: 09.11.2025).
14. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2020.
15. Крук І. М., Григус І. М. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з ПТСР. *Rehabilitation & Recreation*. 2023. №15. С. 50–56.
16. Куценко С., Компанович М. Реабілітація та ресоціалізація учасників бойових дій. У зб.: Наукові проблеми воєнного стану. Київ, 2022. С. 151–153.
17. Левус Н., Михальчишин Г. Арттерапевтичні техніки в психосоціальному супроводі осіб. 2022.
18. Малиш В. Стрес та стресові розлади особистості: визначення, діагностика та корекція. Наукові перспективи. 2024. №4(46).
19. Москалець В. П. Загальна психологія: підручник. Київ: Ліра-К, 2020. 564 с.
20. Наугольник І. О. Психологія стресу: емпіричні дослідження. Львів: ЛНУ ім. І. Франка, 2023. С. 120.
21. Опанасенко Л. А. Психодіагностика психічних розладів та їх реабілітація. 2018.
22. Овчаренко О. Ю. Психологія стресу та стресових розладів. Київ: Університет «Україна», 2023. 266 с. URL: https://uu.edu.ua/...pdf (дата звернення: 09.11.2025).

23.Підходи до визначення та класифікації терміну «стрес». Наукові записки Ліги науки. 2023. №4. С. 112–118. URL: https://archive.liga.science/.../472/477 (дата звернення: 09.11.2025).
24.Посттравматичний стресовий розлад під час військових дій. Молодий вчений. 2023. №3(103). С. 57–61. URL: https://molodyivchenyi.ua/.../6057/5925 (дата звернення: 09.11.2025).
25.Пророк Н. В. та ін. Виявлення розладів адаптації як проявів психологічних втрат. 2024. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/743207/1/... (дата звернення: 09.11.2025).
26.Психологічна підтримка осіб з розладами адаптації в умовах війни. Ла Страда – Україна, 2024. 100 с.
27.Профілактика та корекція розладів адаптації у студентів. Дніпро: ДДМУ, 2023. 200 с.
28.Психосоціальний стрес: прояви та техніки його подолання. Харків: ХНПУ, 2020. 49 с.
29. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. Психічні розлади воєнного часу Монографія. 2023. 200с
30.Радецька Л. В., Лаба І. О., Смачило А. І. та ін. Особливості проявів бойових стресових розладів. *Медсестринство*. 2020. №4. С. 23–26.
31.Рання діагностика стрес-асоційованих невротичних розладів. НейроNEWS. 2023. №8(144). С. 8–12.
32.Самойлова О. В. Сучасні погляди на проблему розладів адаптації. Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2018. №1(9). С. 32–37. URL: https://periodicals.karazin.ua/.../12063/11494 (дата звернення: 09.11.2025).
33.Скрипченко О. В., Долинська Л. В., Огороднійчук З. В. Загальна психологія. Київ: Каравела, 2019. 464 с.
34.Ставицька С. О., Улько Н. М. Психотерапевтична допомога у кризових ситуаціях. Суми: СумДПУ, 2018. С. 297–298.
35.Соціалізація особистості в умовах системних змін. Київ: Інститут психології, 2020. 135 с.

36. Флярковська О. Діяльність практичних психологів у закладах освіти під час війни. Матеріали XIII міжнародної конференції. Мукачево, 2024.
37. Швидкий Б. О., Мельничук С. Л. Роль стресів у житті особистості. Головний редактор. №116.
38. Шмаргун В. М. Психологія стресостійкості студентської молоді. Київ: НУБіП, 2018. 198 с.
39. Яценко Т. С. Архаїчний спадок психіки. Дніпро, 2019. 283 с.
40. Benedict T. M., Keenan P. G., Nitz A. J. et al. Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms… Military Medicine. 2020. DOI: 10.1093/milmed/usaa052.
41. Blais R. K., Tirone V., Orlowska D. et al. Self-reported PTSD symptoms… European Journal of Psychotraumatology. 2021.
42. Fogle B. M., Tsai J., Mota N. et al. The National Health and Resilience in Veterans Study. Frontiers in Psychiatry. 2020. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.538218.
43. Harwood-Gross A., Weltman A., Kanat-Maymon Y. et al. Peace of Mind… Military Psychology. 2022. DOI: 10.1080/08995605.2022.2044119.
44. Kühn S., Butler O., Willmund G. et al. The brain at war. Translational Psychiatry. 2021.
45. Purcell N., Zamora K., Bertenthal D. et al. How VA Whole Health Coaching Can Impact Veterans' Health… Global Advances in Health and Medicine.
46. Prykhodko I. I. Program of psychological rehabilitation… International Journal of Science Annals. 2018. 1(1–2). С. 34–42.
47. Solomon Z. From the Frontline to the Homefront. Frontiers in Psychiatry. 2020. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.589391.
48. Vyazmitinova S. A. Розлади адаптації у учасників бойових дій. Чоловіче здоров'я. 2018. URL: https://ujmh.org/pdf/1_2018.pdf#page=70 (дата звернення: 09.11.2025).
49. Cloitre M., Cohen L. R., Koenen K. C.*Treating Survivors of Childhood Abuse: Psychotherapy for the Interrupted Life*. 2nd ed. – New York : Guilford Press, 2021. – 412 p.

50. O'Donnell M. L., Agathos J. A., Metcalf O., Gibson K., Lau W.Adjustment disorder: current developments and future directions.*International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2022. – Vol. 19(6). – Article 3537.

ДОДАТКИ

Додаток А

АНКЕТА

"Оцінка стресових подій та їх впливу на особистість"

Шановний респонденте! Просимо Вас взяти участь у дослідженні особливостей переживання стресових подій. Ваші відповіді допоможуть краще зрозуміти природу стресових реакцій та розробити ефективні методи психологічної допомоги.

I. Демографічні дані

1. Вік: ____
2. Стать: □ Чоловіча □ Жіноча
3. Освіта: □ Середня □ Середня спеціальна □ Вища
4. Сімейний стан: _____
5. Професійна діяльність: _____

II. Характеристика стресових подій

6. Які стресові події Ви пережили протягом останніх двох років? (можна обрати декілька варіантів)

   □ Втрата близької людини □ Вимушене переселення

   □ Загроза життю □ Професійні зміни

   □ Сімейні конфлікти □ Інше (вкажіть) _____

7. Тривалість впливу стресової події: □ До 1 місяця □ 1-3 місяці □ 3-6 місяців □ Більше 6 місяців

III. Суб'єктивна оцінка впливу стресових подій

8. Оцініть інтенсивність впливу стресової події за шкалою від 0 до 10: 0 (мінімальний вплив) __ 1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5

   __ 6 __ 7 __ 8 __ 9 __ 10 (максимальний вплив)

9. Які симптоми у Вас спостерігалися після стресової події?

   (оцініть частоту прояву за шкалою: ніколи - рідко - часто - постійно)

- Порушення сну: _____
- Тривога: _____

- Дратівливість: _____
- Зниження настрою: _____
- Труднощі концентрації: _____
- Соматичні скарги: _____
- Соціальна ізоляція: _____

10. Які сфери життя найбільше постраждали внаслідок стресової події? (оцініть ступінь порушень)
    - Професійна діяльність: □ Не порушена □ Незначно □ Помірно □ Значно
    - Сімейні стосунки: □ Не порушені □ Незначно □ Помірно □ Значно
    - Соціальні контакти: □ Не порушені □ Незначно □ Помірно □ Значно
    - Самопочуття: □ Не порушене □ Незначно □ Помірно □ Значно

IV. Стратегії подолання стресу

11. Які способи подолання стресу Ви використовували? (оцініть ефективність)

    Не допомагає | Частково допомагає | Суттєво допомагає | Дуже ефективно

    - Фізична активність: _____
    - Спілкування з близькими: _____
    - Професійна допомога: _____
    - Медитація/релаксація: ___
    - Хобі/творчість: _____
    - Медикаментозна підтримка: _____

12. Оцініть доступність психологічної допомоги: □ Легко доступна □ Частково доступна □ Важкодоступна □ Недоступна

V. Ресурси та підтримка

13. Хто надавав Вам найбільшу підтримку? (можна обрати декілька)

□ Сім'я □ Друзі □ Колеги □ Психолог

□ Група підтримки □ Інше _____

14. Що допомагало Вам найбільше у подоланні наслідків стресу? (відкрите питання)

_____

15. Які додаткові форми підтримки Вам би хотілося отримати?

VI. Заключна частина

16. Оцініть Ваш поточний психологічний стан за шкалою від 0 до 10:

0 (дуже поганий) __ 1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5

__ 6 __ 7 __ 8 __ 9 __ 10 (відмінний)

17. Як змінився Ваш стан порівняно з періодом відразу після стресової події?

□ Значно покращився □ Дещо покращився

□ Не змінився □ Погіршився

18. Чи з'явилися у Вас нові способи подолання стресу протягом цього періоду?

□ Так (опишіть які) _____

□ Ні

19. Які плани/цілі Ви маєте щодо подальшого відновлення?

_____

_____

20. Ваші додаткові коментарі та пропозиції:

_____

Дякуємо за участь у дослідженні!

Дата заповнення: _____