

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ НАЦІОНАЛЬНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»
ЦЕНТР ЗАОЧНОГО ТА ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА –
МАГІСТЕРСЬКИЙ ДОСЛІДНИЦЬКИЙ ПРОЄКТ**

053 «Психологія»

на тему:

**«ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ КОГНІТИВНО-
ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ РОЗЛАДІ АДАПТАЦІЇ
ПІСЛЯ МІГРАЦІЇ»**

Виконав: здобувач вищої освіти 2 курсу
кваліфікація магістр
галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові
науки»,
спеціальність 053 «Психологія»
Носов Сергій Вікторович

(ПБ)

Науковий керівник: к.ю.н., доцент
Корнута Людмила Михайлівна

(ПБ)

Рецензент: д.ю.н., професор
Цільмак Олена Миколаївна

Одеса – 2024 р.

АНОТАЦІЯ

Носов С. В. Особливості застосування когнітивно-поведінкової терапії при розладі адаптації після міграції. – *Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.*

Магістерське дослідження присвячено комплексному вивченню теоретичних та прикладних аспектів та особливостей застосування когнітивно-поведінкової терапії при розладі адаптації після міграції. Встановлено, що більшість осіб, котрі мігрувати за межі України у зв'язку з початком повномасштабного вторгнення росії мали прояви розладів адаптації. Такі розлади мають свою специфіку та особливості, а також зустрічаються частіше ніж інші ментальні розлади, що пов'язані з міграцією.

Проведено аналіз ментальних розладів, що виникли як наслідок міграції у різних вікових групах. Розглянуто особливості розладу адаптації після міграції у розрізі впливу таких проявів на соціальне життя людини. Встановлено, що стан, який виникає між нормальною поведінкою та психіатричним захворюванням, викликає багато дискусії у світі психіатрії, оскільки його складно визначити, часто збігається з іншими діагностичними групами та має не чітко визначену симптоматику. Незважаючи на те, що розлад адаптації є одним із найпоширеніших діагнозів психічного здоров'я в усьому світі, він теж відноситься до цієї категорії розладів. При тому, що для деяких пацієнтів розлади адаптації є потенційно серйозними та можуть мати ознаки, що загрожують життю, демонструючи високу поширеність несуйцидальних самоушкоджень та суїцидальної поведінки. Люди з розладами адаптації можуть втрачати інтерес до роботи, соціального життя та дозвілля.

Проведено емпіричне дослідження особливостей застосування когнітивно-поведінкової терапії при розладі адаптації після міграції. Було використано метод анкетування задля визначення психологічного стану та встановлення наявності розладів адаптації після міграції. Також було

апробовано схему когнітивно-поведінкової терапії щодо тих осіб, у яких було виявлено ознаки розладів адаптації після міграції.

Встановлено, що когнітивно-поведінкова терапія є одним із найефективніших підходів у роботі з розладами, що виникають унаслідок міграційного стресу, травматизації та процесів адаптації. Її актуальність визначається здатністю інтегрувати когнітивні та поведінкові інтервенції для глибокого опрацювання емоційних, когнітивних та поведінкових проблем, які супроводжують міграційний досвід. Міграція часто пов'язана з високим рівнем стресу, який може спричиняти тривожні розлади, депресивні стани, посттравматичний стресовий розлад або соціальну ізоляцію. Когнітивно-поведінкова терапія дозволяє виявити та трансформувати дезадаптивні когніції, такі як негативні установки щодо власного майбутнього, нездатність впоратися з труднощами або страх перед інтеграцією у нове середовище. Це сприяє зниженню психологічного навантаження та відновленню когнітивної стійкості.

Окрім когнітивної складової, когнітивно-поведінкова терапія допомагає коригувати поведінкові патерни, які перешкоджають адаптації, наприклад, уникнення соціальних контактів або пасивність у вирішенні проблем. Терапія фокусується на формуванні нових адаптивних стратегій поведінки, що підтримують процес інтеграції в новому культурному та соціальному середовищі. Наукові дослідження підтверджують, що когнітивно-поведінкова терапія ефективно зменшує симптоми тривоги та депресії, а також сприяє покращенню загального емоційного благополуччя у мігрантів. Це підкреслює її роль як ключового інструмента психологічної підтримки в умовах сучасних міграційних процесів.

Ключові слова: когнітивно-поведінкова терапія, психологія емоцій, розлад, адаптація, міграція.

SUMMARY

Nosov S. V. Features of the use of cognitive-behavioral therapy in post-migration adaptation disorder. – *Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.*

The master's research is devoted to a comprehensive study of theoretical and applied aspects and features of the use of cognitive behavioral therapy for post-migration adjustment disorder. It was found that the majority of people who migrated outside Ukraine in connection with the beginning of Russia's full-scale invasion had manifestations of adaptation disorders. Such disorders have their own specifics and features, and are more common than other mental disorders related to migration.

The author analyzes mental disorders that have arisen as a result of migration in different age groups. The features of post-migration adaptation disorder are considered in terms of the impact of such manifestations on human social life. It has been established that the condition that occurs between normal behavior and psychiatric illness causes a lot of discussion in the world of psychiatry, as it is difficult to define, often coincides with other diagnostic groups and has not clearly defined symptoms. Despite the fact that adjustment disorder is one of the most common mental health diagnoses worldwide, it also belongs to this category of disorders. While for some patients, adjustment disorders are potentially serious and can have life-threatening symptoms, demonstrating a high prevalence of non-suicidal self-harm and suicidal behavior. People with adjustment disorders may lose interest in work, social life and leisure activities.

An empirical study of the peculiarities of the use of cognitive behavioral therapy in post-migration adjustment disorder was conducted. The questionnaire method was used to determine the psychological state and establish the presence of post-migration adjustment disorders. A cognitive-behavioral therapy scheme was also tested for those individuals who showed signs of post-migration adjustment disorders.

It has been established that cognitive-behavioral therapy is one of the most effective approaches to dealing with disorders arising from migration stress, trauma, and adaptation processes. Its relevance is determined by the ability to integrate cognitive and behavioral interventions to deeply work through the emotional, cognitive, and behavioral problems that accompany the migration experience. Migration is often associated with high levels of stress, which can lead to anxiety disorders, depression, post-traumatic stress disorder, or social isolation. Cognitive behavioral therapy helps to identify and transform maladaptive cognitions, such as negative attitudes about one's own future, inability to cope with difficulties, or fear of integration into a new environment. This helps to reduce psychological stress and restore cognitive stability.

In addition to the cognitive component, cognitive-behavioral therapy helps to correct behavioral patterns that impede adaptation, such as avoidance of social contacts or passivity in problem solving. The therapy focuses on the development of new adaptive behavioral strategies that support the process of integration into a new cultural and social environment. Scientific research confirms that cognitive behavioral therapy is effective in reducing symptoms of anxiety and depression, as well as improving overall emotional well-being in migrants. This emphasizes its role as a key tool for psychological support in the context of modern migration processes.

Key words: cognitive-behavioral therapy, psychology of emotions, disorder, adaptation, migration.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗАСТОСУВАННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ РОЗЛАДІ АДАПТАЦІЇ ПІСЛЯ МІГРАЦІЇ.....	12
1.1. Теоретичне дослідження ментальних порушень при міграції.....	12
1.2. Походження та діагностичні критерії симптомів розладу адаптації.....	17
 РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАСТОСУВАННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ РОЗЛАДІ АДАПТАЦІЇ ПІСЛЯ МІГРАЦІЇ.....	 26
2.1. Аналіз й опитування осіб, що мігрували з України.....	26
2.2. Особливості застосування КПТ при розладі адаптації після міграції.....	33
 ВИСНОВКИ.....	 40
 СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	 43
 ДОДАТКИ.....	 47

ВСТУП

Актуальність теми. Кожен із нас є на шляху свого щасливого життя – життя у якому наші фізіологічні та емоційні потреби є забезпеченими. Кожного дня ми прагнемо безпеки, любові, прийняття, намагаємось досягати цілей, жити згідно цінностей. Кожного дня ми є на цьому шляху, і разом із гарними моментами, ми зустрічаємось зі стресами і випробуваннями. У нас може змінюватись коло спілкування, розриватись теплі стосунки з рідними та друзями, сусідами, змінюється дозвілля, конфлікти можуть виникати у процесі навчання, у трудовому житті, ми вимушені дотримуватись дедлайнів, зустрічаємось із часовими обмеженнями, часом виникають фінансові проблеми, хвороби наші та близьких, безробіття, втрати, вихід на пенсію, травматичні події, переїзд в інше місто або країну. Кожного дня ми проходимо етап адаптації і кожен у своєму темпі справляємось із випробуваннями, розвиваємо свою стресостійкість та зростаємо нашаровуючи в собі життєвий досвід. Кожного дня проходимо цей шлях до свого щасливого життя.

На сьогоднішній день, у зв'язку з нелегкими обставинами для всіх українців, багато з нас були вимушені покинути свої домівки та шукати нового життя у новому середовищі. Мало хто з нас готувався до того що все кардинально зміниться і нам доведеться адаптуватися до речей які постійно були поруч, будувати нове життя. Взрощувати та наповнювати всі сфери спочатку. І у багатьох із нас можуть бути труднощі на цьому шляху. Розлад адаптації – тема про яку є так всього багато і одночасно так мало. В межах магістерського дослідження пропонується дізнатись більше про цей розлад та зазирнути в життя сучасних українців аби краще зрозуміти як запобігти, підтримати та допомогти пройти період адаптації.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблеми теоретичних та прикладних аспектів та особливостей застосування когнітивно-поведінкової терапії при розладі адаптації після міграції були предметом вивчення

багатьох вітчизняних та зарубіжних психологів-практиків та науковців. Напрацювання науковців слугували теоретичною базою дослідження. Зокрема, у тій чи іншій мірі дослідженням займалися такі науковці: В. Афанасенко, А. Акуліч, А. Бек, О. Борисюк, О. Бикова, В. Іващенко, Ю. Маслак, А. Максименко, Л. Орбан-Лембрик, В. Осьодло, В. Сисоєва, Дж. Солт, А. Столяренко, Б. Фурманця, О. Цільмак та інші.

Огляд наукових джерел засвідчує розмаїття методичних підходів до питання психологічної підтримки та допомоги тим особам, котрі зіткнулися з проблемами адаптації під час міграції. Водночас залишається малодослідженою питання застосування когнітивно-поведінкової терапії при розладах, котрі пов'язані з міграцією, що й обумовило вибір теми наукового дослідження.

Мета і завдання дослідження. *Мета* магістерського дослідження полягає у вивченні, аналізі та розробці наукових та практичних основ застосування методу когнітивно-поведінкової терапії при розладі адаптації після міграції.

Визначена мета зумовила постановку та вирішення таких *завдань*:

- визначити особливості впливу міграції на осіб, що були змушені переїхати до іншої країни у зв'язку з війною чи іншими обставинами;
- здійснити теоретичний аналіз сутності методу когнітивно-поведінкової терапії та особливостей його застосування при розладі адаптації після міграції;
- охарактеризувати та визначити особливості когнітивно-поведінкової терапії при розладах, що пов'язані з міграцією;
- емпірично дослідити психологічну структуру та особливості роботи методу когнітивно-поведінкової терапії при розладі адаптації після міграції;
- запропонувати практичні рекомендації та тренінгові методи застосування когнітивно-поведінкової терапії при розладі адаптації після міграції.

Об'єктом дослідження є сукупність відносин, що виникають у зв'язу із застосуванням когнітивно-поведінкової терапії при розладі адаптації після час міграції.

Предметом дослідження є особливості застосування когнітивно-поведінкової терапії при розладі адаптації після міграції.

Методологічна база дослідження. Методологічною основою магістерського дослідницького проекту є сукупність методів і прийомів наукового пізнання. Їх застосування обумовлюється системним підходом, що дає можливість досліджувати проблеми в єдності їх психологічного та соціального змісту і визначити особливості застосування когнітивно-поведінкової терапії при розладі адаптації після міграції. Серед теоретичних методів використовувалися такі: аналіз, синтез, порівняння, систематизація, узагальнення наукової літератури з проблеми застосування когнітивно-поведінкової терапії. Серед емпіричних методів наступні: психолого-педагогічний експеримент (констатувальний і формувальний етапи), спостереження, бесіда, методи активного соціально-психологічного навчання, психодіагностичні методи (анкетування, тестування), які забезпечили реалізацію експерименту. Серед кількісних методів використовувалися кореляційний та факторний.

Організація та експериментальна база дослідження. Дослідження проводилося за допомогою онлайн опитування та сівбесід осіб, що були змушені мігрувати за кордон у зв'язку з війною в Україні. Експеримент було проведено у вересні-жовтні 2024 р. у два етапи. Усього різними видами дослідження було охоплено всього 38 осіб. На першому етапі здійснено вивчення та особливості методу когнітивно-поведінкової терапії як методу, який може бути застосовано у роботі з особами, що мають розлади пов'язані з міграцією. На основі теоретичного опрацювання було запропоновано модель та план роботи в когнітивно-поведінковій терапії за Arthur E. Jongsma. На другому етапі було проведене емпіричне дослідження особливостей застосування методу когнітивно-поведінкової терапії. Метод

було практично реалізовано із попереднім погодженням у роботі з тьома особами в якості експерименту.

Елементи наукової новизни. *Уперше* було проведено комплексне дослідження особливостей застосування когнітивно-поведінкової терапії при розладі адаптації після міграції. Також визначено специфіку методу когнітивно-поведінкової терапії при розладах, що саме пов'язані з міграцією. Відповідно до проведеного дослідження запропоновано застосування моделі та план роботи в когнітивно-поведінковій терапії при розладах адаптації після міграції. Крім того, було розроблено анкети, що можуть бути вкористані в подальшому при застосуванні методу когнітивно-поведінкової терапії щодо осіб, котрі були змушені мігрувати.

Дістали подальшого розвитку положення щодо необхідності та практичної результативності застосування методу когнітивно-поведінкової терапії при розладах після міграції; проаналізовано ряд понять, зокрема: «розлад адаптації», «вимушено переміщені», «терапія після міграції».

Практичне значення одержаних результатів. Основні положення та висновки дослідження можуть бути використані в навчально-виховному процесі закладів вищої освіти під час викладання відповідних курсів для майбутніх психологів. Також положення роботи можуть бути враховані та використані під час організації проведення підвищення кваліфікації практикуючих психологів, котрі працюють з переміщеними особами та особами, котрі мігрували закордон у зв'язку з війною в Україні.

Публікації автора за темою дослідження. На основі проведеного дослідження було напрацьовано та підготовлено матеріал, який було презентовано на Міжнародній науково-практичній конференції у м. Львів: Носов С.В. Особливості когнітивно-поведінкової терапії для профілактики розладів під час міграції. *Проблеми та перспективи сучасної науки та освіти*. Матер. XIII Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Львів, 19-20 листопада 2024 р.) Львів : Львівський науковий форум, 2024. С. 139–141.

Структура та обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, двох розділів (чотири підрозділи), висновків, списку використаної літератури та додатків. У вступі обґрунтовується актуальність, новизна, визначаються мета, завдання, предмет та об'єкт дослідження. Основна частина присвячена вивченню поставленої проблеми щодо визначення психологічних порушень при міграції та особливостей застосування когнітивно-поведінкової терапії при розладі адаптації після міграції. У висновках сформульовано основні результати проведеного дослідження. Додатки наглядно демонструють результати проведеного емпіричного дослідження та підтверджують окремі положення зроблених висновків.

РОЗДІЛ 1. ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗАСТОСУВАННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ РОЗЛАДІ АДАПТАЦІЇ ПІСЛЯ МІГРАЦІЇ

1.1 Теоретичне дослідження ментальних порушень при міграції

Розлад адаптації (Adjustment Disorder) – це явище пов’язане зі стресом, при якому стресор спричиняє дезадаптацію та симптоми, які не обмежені часом, доки стресор не послабиться або не настане новий стан адаптації [13]. Розлад адаптації, згідно з різними дослідженнями, вважається одним із найбільш діагностованих психічних розладів у всьому світі [10; 22]. Всебічні дослідження використання психіатричних послуг показують, що велика частка клієнтів має діагноз розладу адаптації, причому 30% у загальній практиці [5]. Він викликає значний дистрес і помітні порушення у різних функціональних сферах життя клієнтів (наприклад, сім’я, дружба, школа/робота тощо), і це може підвищити ризик суїцидальних думок і поведінки [10]. У той самий час, проблема розладу адаптації через зміну якості життя людей та їхньої діяльності зокрема, створює значний вплив і на навколишнє середовище в цілому [13].

У популяційних епідеміологічних дослідженнях рівень поширеності розладу адаптації коливається від 0,5% до 2% [16]. І до 19% у групі високого ризику або клінічних випадках (O'Donnell, 2016) [22]. Оцінка поширеності протягом життя для дорослих коливається від 5% до 21%. У опрацьованих дослідженнях, повідомлялося, що розлад адаптації зустрічається майже втричі частіше, ніж велика депресія (13,7% проти 5,1%) у гостро хворих стаціонарних пацієнтів і діагностується приблизно у однієї третини пацієнтів при рецидиві раку. У акушерсько-гінекологічній консультації розлади адаптації переважали над іншими розладами настрою. Серед тих, хто був обстежений у відділенні невідкладної допомоги після самоушкодження, діагноз розладу адаптації був поставлений у 31,8% опитаних, тоді як діагноз великої депресії був поставлений у 19,5% випадків [20].

Також, дослідження Європейської міжнародної мережі результатів депресії (ODIN) повідомило про поширеність розладів адаптації в загальній популяції є 1%, але лише для підтипу з депресивними ознаками. Порівняно з пацієнтами що мали велику депресію, люди з розладами адаптації рідше повідомляли про емоційні проблеми як основну причину на консультації. Вони також мали кращу якість життя (як фізичну, так і емоційну), і краще сприймали соціальну підтримку, їм рідше призначали антидепресант у порівнянні з людьми з великою депресією [2]. Розлад адаптації є й поширеним розладом що може погіршуватись з часом і призводити до ускладнення проблем. Незважаючи на те, що різні психологічні методи, в тому ж числі і когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) були визнані корисними для лікування цього розладу, клієнти все ще мають погіршення клінічних симптомів, оскільки не отримують належної допомоги. Крім того, дані свідчать про те, що великий відсоток пацієнтів із психічними розладами залишаються без лікування, частково через брак особистих ресурсів і ресурсів первинної медичної допомоги, що вказує на необхідність дослідження та розробки нових способів надання високоякісної допомоги [10].

Щодо поняття міграції, варто визначити, що міграція – це процес, за допомогою якого люди переїжджають з одного місця проживання в інше, як правило, на постійний або напівпостійний період. Причина або мета міграції може бути економічною, соціальною, політичною, медичною або рекреаційною. Цей рух відбувається в різних культурних регіонах, національних державах, включаючи рух в однієї держави [7]. Загальна кількість мігрантів у 2006 році становила близько 200 мільйонів і, як очікується, зросте до 2050 року до 230 мільйонів у всьому світі (ООН, 2005; Міжнародна організація з міграції, 2008). Згідно з Законом України про основні засади державної міграційної політики України, мігрант – особа, яка свідомо та з власної волі перетинає державні або адміністративно-територіальні кордони з метою зміни місця проживання або без такої зміни

[27]. Відповідно до розуміння ООН, біженець – це особа, яка через цілком обґрунтовані побоювання зазнати переслідувань за ознаками раси, релігії, національності, належності до певної соціальної групи чи політичних поглядів перебуває за межами країни свого громадянства, і не може або через такий страх не бажає скористатися захистом цієї країни.

Кількість вимушено переміщених осіб відповідно до цього визначення зростає в останні десятиліття через війни та політичну нестабільність у різних частинах світу. Цифри, надані Управлінням Верховного комісара ООН у справах біженців (УВКБ ООН) у 2016 році, показують, що в усьому світі налічується 65,3 мільйона вимушено переміщених осіб; 21,3 мільйона отримали статус біженця. Більше половини з них молодше 18 років. Десять мільйонів вимушено переміщених осіб наразі є особами без громадянства, а багато інших подають заявки на надання притулку. Масштаби поточної проблеми можна проілюструвати іншою цифрою: за оцінками УВКБ ООН, 34 тисячі осіб щодня вимушено переміщуються та шукають притулку в інших регіонах чи країнах. Цих людей зазвичай називають біженцями в ЗМІ та дослідженнях, хоча багато з них, можливо, не отримали офіційного статусу біженця. Отримання офіційного статусу біженця потребує часу та іноді громіздких процедур, у той час як люди живуть у ненадійних умовах, таких як проживання в таборах для біженців та/або нездатність працювати чи знайти самостійне житло [9]. За даними Агентства ООН у справах біженців (УВКБ ООН), станом на 15 серпня 2023 року у країнах Європи перебувають понад 5,9 млн біженців з України, та 6,27 млн по всьому світу. За даними УВКБ ООН, станом на 15 серпня 2023 року 2,26 млн біженців з України зареєструвалися у Європі для отримання тимчасового захисту або подібного статусу. Серед країн Європи, в яких найчастіше реєструються, – Польща (1,34 млн), Німеччина (969 тис.), Чехія (548 тис.), Іспанія (188 тис.), Італія (186 тис.), Болгарія (167 тис.), Румунія (140 тис.), Словаччина (124 тис.) та Австрія (102 тис.) [28].

Говорячи про етіологічну модель загальних психічних розладів і міграції Бхудра (D. Bhugra) вказує на наступні фактори вразливості які потрібно враховувати для визначення психологічного стану осіб:

- Перед міграцією: біологічні та психологічні фактори, дефіцит соціальних навичок, вимушена міграція та переслідування.
- Під час самої міграції: негативні життєві події та втрати.
- Після міграції: культурний шок, культурні конфлікти та розбіжність між очікуваннями та досягненнями.

Також існує обширне дослідження різних факторів, пов'язаних із ризиком психіатричної захворюваності у мігрантів, включаючи індивідуальні характеристики (наприклад, вік, стать, регіон походження, сімейний стан), фактори, що оточують процес міграції (тобто, причина міграції, акультурація, знання мови) або ті, що мають відношення до соціального та професійного середовища в країні перебування [8]. Проте важливо також зазначити, що не у всіх мігрантів буде розлад адаптації, депресія чи інші психологічні розлади, як і не всі наприклад люди з депресією мають історію міграції. Цілком імовірно, що певний ступінь біологічної або психологічної вразливості в поєднанні з соціальною вразливістю після міграції може призвести до розладу адаптації та депресії. Культурний шок і відчуття реальної чи уявної втрати сім'ї, сімейної історії, географії, соціального середовища тощо можуть сприяти виникненню психічних розладів. Як і цілком можливо, що когнітивна схема мігрантів може відрізнятися залежно від їх соціального та культурного походження [6].

Збільшення темпів міграції в усьому світі призвело до зростання інтересу до впливу міграції на психічне здоров'я. У літературі, присвяченій особам що потребують притулку та біженцям, добре встановлено, що успішна адаптація під час переселення передбачає складну взаємодію досвіду до та після міграції (Birman and Nellie, 2008; Fenta, 2004; Lindencrona, 2008) [15]. Cochrane досліджував рівень госпіталізації до психіатричних лікарень і виявив, що рівень госпіталізації осіб, які народилися у Великобританії,

становив 265/100 000, тоді як для іммігрантів ці показники були вищими – 495/100 000 [6].

Варто також згадати про дослідження докторів Оксфордського та Кембриджського університетів Міни Фазель, Джеремі Віллета та професора Джона Даніша (Mina Fazel, Jeremy Wheeler, John Danesh DPhil). Ними було проаналізовано 20 опитувань (6743 дорослих біженців) із семи країн із суттєвими варіаціями в методах оцінки та вибірки. Результати дослідження вказують, що оцінка поширеності посттравматичного стресового розладу серед дорослих біженців коливаються від 3% до 86%, а поширеність важкої депресії коливається від 3% до 80%. Існують занепокоєння, що вибіркове цитування оцінок у нижній частині цього діапазону сприяє нехтуванню психічним здоров'ям біженців, або навпаки, що наголос на оцінках у вищих межах стигматизує біженців і породжує невідповідні припущення щодо ступеня інвалідності, пов'язаного з психіатричними захворюваннями. Проведений мета-аналіз показує, що приблизно кожен десятий дорослий біженець у західних країнах має посттравматичний стресовий розлад, приблизно один із 20 має велику депресію, а приблизно один із 25 має генералізований тривожний розлад. П'ять опитувань (260 дітей-біженців) із трьох країн показали поширеність посттравматичного стресового розладу в 11% [18].

Відповідно, оскільки мігранти є вразливою групою в будь-якій групі населення, важливо проаналізувати різні фактори, які можуть сприяти підтримці (і навіть покращенню) або погіршенню їх психічного здоров'я. Зокрема, розуміння міграційних факторів, вивчення особистості та знання культурних особливостей як особи так і середовища куди здійснюється міграція, є значними предикторами психологічних наслідків іммігрантів. Отримана інформація може, у свою чергу, допомогти у розробці ефективних профілактичних стратегій та допомогти особам що вже мають досвід міграції.

1.2. Походження та діагностичні критерії симптомів розладу адаптації

Стан, який виникає між нормальною поведінкою та психіатричним захворюванням, викликає багато дискусії у світі психіатрії, оскільки його складно визначити, часто збігається з іншими діагностичними групами та має не чітко визначену симптоматику. Незважаючи на те, що розлад адаптації є одним із найпоширеніших діагнозів психічного здоров'я в усьому світі, він теж відноситься до цієї категорії розладів. При тому, що для деяких пацієнтів розлади адаптації є потенційно серйозними та можуть мати ознаки, що загрожують життю, демонструючи високу поширеність несуйцидальних самоушкоджень та суїцидальної поведінки. Люди з розладами адаптації можуть втрачати інтерес до роботи, соціального життя та дозвілля [13]. У зв'язку з цим, існувала тривала дискусія та критика щодо діагностики розладу адаптації. У більшості опрацьованих мною наукових джерел йшлося про те, що по-перше, дослідники висловили занепокоєння щодо його достовірності, враховуючи суттєве збігання з іншими психічними розладами, а також із нормальним подоланням стресу. По-друге, його часто маркують як діагноз «сміттєвого кошика» (тобто залишковий діагноз), посилаючись на той факт, що це досить неспецифічна діагностична категорія (Maercker, 2007; Baumeister and Kufner, 2009). Незважаючи на цю критику, клінічне встановлення розладу адаптації, коли жодне інше захворювання не здається доцільним, широко визнане. Розлади адаптації, за визначенням, пов'язані з критичною життєвою подією або серією стресових подій. Концептуально цей стан знаходиться посередині між нормальною реакцією на стрес і патологічними реакціями. Диференціація нормальної відповіді на стресор і дисфункціонального подолання стресу ґрунтується на тяжкості та тривалості

симптомів або порушень і повинна враховувати культурні та міжособистісні чинники [17].

Концептуальні зміни були запропоновані як для DSM-5, так і для інших діагностичних класифікаторів. У DSM-5 розлади адаптації вперше були класифіковані як розлади, пов'язані з травмою та стресом. Пропозиції щодо МКХ-11 концептуалізують розлад адаптації як дезадаптивну реакцію на ідентифіковані стресори. Інтрузивне занепокоєння стресором, уникнення та нездатність адаптуватися повинні відокремлювати цей розлад від нормальних реакцій [19]. Розлади адаптації викликаються серйозними, але не травматичними стресорами, якими зазвичай є важкі життєві події. Стресори можуть бути гострими (втрата роботи, розрив романтичних стосунків, проблеми з членом сім'ї), хронічними (фінансовий тягар, сімейні чи професійні проблеми), періодичними (сезонні економічні спади), або безперервний (проживання в кримінальному середовищі). Критерії симптомів розладу адаптації включають різноманітні типи поведінкових симптомів, які проявляються більше ніж очікувалось при зіткненні з обтяжливою подією [1].

Варто розглянути більш детально критерії розладу адаптації відповідно до різних класифікаторів. У 10 Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) розлад адаптації відноситься до групи F40-F48 – Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, та йде під шифром F43.20 Порушення адаптації. Також, виділяється окремо F43.2 Розлад пристосувальних реакцій. Цей стан описується як стан суб'єктивного дистресу та емоційного розладу, що створює труднощі для суспільної діяльності та вчинків, що виникає в період адаптації до значної зміни в житті чи стресової події [27]. Стресова подія може порушити цілісність соціальних зв'язків індивіда (важка втрата, розлука) або широку систему соціальної підтримки та цінностей (міграція, статус біженця) або представляти широкий діапазон змін і переломів у житті (надходження до школи, набуття статусу батьків, невдача у досягненні заповітної особистої цілі, відхід у відставку). Індивідуальна схильність чи

вразливість відіграють важливу роль у ризику виникнення та формі прояву розладів пристосувальних реакцій, проте не допускається можливість виникнення таких розладів без травмуючого фактора. Прояви дуже варіабельні і включають пригніченість настрою, настороженість або занепокоєння (або комплекс цих станів), відчуття нездатності впоратися з ситуацією, запланувати все заздалегідь або вирішити залишатися в цій ситуації, а також включає певний рівень зниження здатності діяти в повсякденному житті. Одночасно можуть приєднуватися розлади поведінки, особливо у юнацькому віці.

Характерною рисою може бути коротка чи тривала депресивна реакція чи порушення інших емоцій та поведінки. І відповідно:

- F43.21 Пролонгована депресивна реакція, обумовлена розладом адаптації (легкий депресивний стан у відповідь на тривалу схильність до стресової ситуації, але триває не більше 2 років).
- F43.22 Змішана тривожна та депресивна реакція, обумовлена розладом адаптації (виразно виражені тривожні та депресивні симптоми, але їх рівень не більший, ніж у змішаному тривожному та депресивному розладі (F41.2) або в іншому змішаному тривожному розладі).
- F43.23 Розлад адаптації з переважанням порушення інших емоцій (зазвичай симптоми кількох типів емоцій, таких як тривога, депресія, занепокоєння, напруженість і гнів. Симптоми тривоги та депресії можуть відповідати критеріям змішаного тривожного та депресивного розладу). (F41 розлади (F41.3), але вони не є такими переважними, щоб могли бути діагностовані інші більш специфічні депресивні або тривожні розлади).
- F43.24 Розлад адаптації з переважанням порушення поведінки (основним розладом є порушення поведінки, тобто підліткова реакція горя, що призводить до агресивної або дисоціальної поведінки).

- F43.25 Змішаний розлад емоцій та поведінки, зумовлений розладом адаптації (явними характеристиками є як емоційні симптоми, так і розлади поведінки).
- F43.8 Інші реакції на тяжкий стрес.
- F43.9 Неуточнена реакція на тяжкий стрес [24].

Відповідно до 11 Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11) 6B43 Розлад адаптації (відноситься до 6B43 Розлади, специфічно пов'язані зі стресом) і має такі обов'язкові діагностичні критерії:

- Неадаптивна реакція на ідентифікований психосоціальний стресор або сукупність стресорів (в анамнезі може бути як поодинокі стресова подія, так і постійні психосоціальні труднощі або поєднання стресогенних життєвих ситуацій), що зазвичай виникає протягом місяця після впливу стресора. Прикладами таких стресорів можуть бути розлучення чи втрата відносин, втрата роботи, хвороба, встановлення інвалідності та конфлікти у сім'ї чи роботі.
- Реакція на стресор характеризується сфокусованістю пацієнта на стресорі або наслідках його впливу, що може виявлятися надмірним занепокоєнням, тривожними думками про стресор або румінаціями про наслідки його впливу.
- Симптоми неможливо пояснити наявністю інших психічних розладів (наприклад, розладів настрою чи іншого розладу, безпосереднього що з стресом).
- Після усунення стресора та його наслідків симптоми зникають протягом 6 місяців.

Симптоми надмірної сфокусованості на стресорі можуть посилюватися нагадуванням про стрессогенний фактор (факторів), це може призводити до уникнення стимулів, думок, почуттів або обговорень, пов'язаних зі стресором, з метою запобігання ще більшій поглиненості думками про стресора або дистресу. Додатковими психологічними симптомами розладу адаптації є депресивні, тривожні симптоми, а також екстерналізовані

симптоми, особливо підвищене споживання тютюну, алкоголю чи інших психоактивних речовин. Симптоми розладу адаптації зазвичай слабшають при усуненні дії стресора, надання достатньої підтримки пацієнту або при виробленні у нього додаткових копінгових стратегій. Розлад адаптації є неадаптивною реакцією на стресор, нездатністю адаптації до його впливу, супроводжується значною сфокусованістю на стресорі і призводить до значних порушень в особистій, сімейній, соціальній, навчальній, професійній або інших важливих сферах життя. Емоційні реакції на негативні життєві події, що не відповідають цим вимогам, не повинні бути розцінені як розлад адаптації. Симптоми, що виникають як транзиторні реакції і зникають протягом декількох днів, зазвичай не є підставою для встановлення діагнозу розладу адаптації. У випадках, коли реакції на травматичні події вважаються нормальними з урахуванням тяжкості стресора, може бути виставлений діагноз «Гостра реакція на стрес». Дебют розладу адаптації зазвичай відбувається протягом місяця після впливу стресора (такого як хвороба, розлад у відносинах з чоловіком), проте дебют розладу також може бути відстрочений аж до 3 місяців від моменту впливу стресора. Стресогенні життєві події високої інтенсивності, що раптово виникають (наприклад, раптова втрата роботи) зазвичай призводять до швидкої появи симптомів, які, як правило, порівняно швидко купуються, тоді як стійкі стресогенні життєві події (до яких, наприклад, відноситься криза в сімейних відносинах) зазвичай приводять до відстроченої появи симптомів з їх тривалішим збереженням. Інтенсивність клінічних проявів розладу адаптації та їх тривалість мають високу варіабельність.

Варто зазначити також про вікові особливості. У дітей характерні для розладу адаптації симптоми сфокусованості на стресорі, наслідках його впливу, румінації, що стосуються стресора, часто явно не простежуються, скоріше присутні їх соматичні еквіваленти (наприклад, біль у животі, головний біль), деструктивна або опозиційна поведінка, гіперактивність, істерики проблеми з концентрацією уваги, дратівливість та нав'язливість.

Інші реакції на стресор, такі як регресія навичок, енурез та порушення сну можуть бути проявами розладу адаптації, якщо вони зберігаються близько 1 місяця. У підлітків до поведінкових проявів розлади адаптації відносяться вживання психоактивних речовин та різні форми ризикованої поведінки. Оскільки діти і підлітки можуть не вербалізувати зв'язок між стресогенними подіями і симптомами, що з'явилися у них, і змінами поведінки, при постановці діагнозу важливо враховувати тимчасовий зв'язок між стресором і появою симптомів, а також ступінь, в якому вони відрізняються від нормального функціонування конкретної дитини або підлітка. Серед людей похилого віку стурбованість соматичними скаргами є поширеною ознакою дистресу при розладі адаптації: люди похилого віку, які мають цей розлад, відчують велику тривогу з приводу свого здоров'я, ніж їх ровесники без розладу адаптації, вони повідомляють про значну деморалізацію. Для цієї вікової групи характерна стійка соматизація психологічних симптомів. Перебіг розладу адаптації може посилюватися в умовах обмеженої підтримки з боку сім'ї чи спільноти, особливо у колективістських чи соціоцентристських культурах. У цих випадках надмірна сфокусованість може поширюватися на стресори, що впливають на близьких родичів або друзів пацієнта. На клінічну картину розлади адаптації можуть впливати місцеві ідіоми (наприклад, *susto* або *espanto* (переляк настільки сильний, що «душа залишає тіло», що вживається в Центральній Америці), які пов'язані з почуттям страху або переживанням надмірної сфокусованості на діючому стресорі, що має сильні прояви (Наприклад, переживання сильного страху при перетині безлюдної місцевості поодиночці в нічний час) [25].

Різниця між розладом адаптації та нормальною реакцією на стрес ґрунтується на тяжкості та тривалості симптомів або порушень. Говорячи про вплив на особистісне функціонування ми враховуємо природу стресора, особистий і міжособистісний контекст, у якому він стався, і культурні норми щодо таких реакцій. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) і гостра стресова реакція вимагають наявності стресора такого масштабу, який був би

травматичним майже для кожного, а також певної сукупності симптомів. Оскільки не всі, хто зазнав травматичних подій, реагують на це розвитком посттравматичного стресового розладу, але все ж можуть розвинутиися значні симптоми та/або функціональні порушення, розлад адаптації слід розглядати як альтернативний діагноз [1].

Відрізнити розлад адаптації від депресивного епізоду (ДЕ) може бути особливо складно. Поява ДЕ часто пов'язана з важкими життєвими подіями. Якщо всі діагностичні вимоги ДЕ виконуються (поганий настрій, втрата інтересів та енергії протягом принаймні двох тижнів), часто разом із відомою історією попереднього депресивного розладу, діагноз депресії є відповідним. Розлад адаптації відрізняється від ДЕ тим, що він зникає після усунення стресора або досягнення нового рівня адаптації. Доєрті (Doherty) та інші емпірично виділили та визначили 5 критеріїв, що відрізняють обидва діагнози з відмінною прогностичною цінністю: (1) подія розриву стосунків (для розладу адаптації), (2) високий BDI (Beck Depression Inventory для ДЕ) проти (3) низького BDI (для розладу адаптації), (4) більше самозвинувачення (для розладу адаптації) та (5) більша соціальна підтримка за самооцінкою (для розладу адаптації). Доєрті та інші опублікував подібне дослідження, яке додатково включало вимірювання особистості. Менше симптомів депресії, менше проблем із соціальними контактами. Очікується, що незабаром з'являться додаткові дослідження в цій галузі [1]. Чим типовіші «меланхолійні» симптоми – наприклад, зміна режиму дня, раннє ранкове пробудження, втрата реактивності настрою – тим менш вірогідним є діагноз розладу адаптації. Сімейна історія депресії також може свідчити про депресивний епізод. Через низький поріг симптомів для діагностики великої депресії легко поставити діагноз цього стану, а не розладу адаптації. У той час як рекомендації NICE щодо депресії рекомендують період «пильного очікування», щоб перевірити можливість спонтанного розв'язання проблеми або емпірично перевірити «щось зробити», щоб можна було поставити діагноз великої депресії (або генералізованого тривожного розладу) і

призначити антидепресанти. Додаткову увагу потрібно приділити і стресовим факторам (наприклад, діагноз серйозної фізичної хвороби), може бути пов'язане з постійними симптомами, оскільки різні аспекти діагнозу впливають на пацієнта (наприклад, початок болісного лікування, невдача лікування тощо). Неврахування того, що постійні стресори подовжують симптоми, можуть призвести до помилкового діагнозу великої депресії [20].

Психічні розлади часто виникають після стресогенних подій або їх перебіг ускладнюється внаслідок їхнього впливу. Крім того, у структурі клінічної картини багатьох психічних розладів трапляються неадаптивні реакції на вплив стресора, надмірна сфокусованість на думках про стресор, надмірне занепокоєння, румінації, а також нездатність адаптуватися до впливу стресора. За наявності у пацієнта іншого психічного розладу, який може бути причиною цих симптомів (первинного психотичного розладу, афективного розладу, іншого розладу, безпосередньо пов'язаного зі стресом, розладу особистості, obsесивно-компульсивного розладу або розладу, з ним пов'язаного, генералізованого тривожного розладу, викликаного розлукою, розлади аутистичного спектру), як правило, не слід виставляти діагноз “розлад адаптації”, навіть якщо стресогенні події або життєві обставини, що змінилися, призвели до загострення симптомів. Проте діагноз розладу адаптації може бути виставлений навіть за наявності у пацієнта іншого психічного розладу, якщо їх симптоматика істотно відрізняється і наявність іншого психічного розладу не може пояснити симптоми пацієнта, пов'язані з розладом адаптації (наприклад, ізольована фобія, панічний розлад, тілесний дисморфічний розлад), за умови, що перебіг двох розладів помітний, і для кожного з них виконуються всі діагностичні критерії. Якщо симптоми у пацієнта зберігаються більш ніж на 6 місяців після припинення дії стресора, доцільною є зміна діагнозу [25].

Отже, підсумовуючи опрацьовані наукові дослідження та джерела можна сказати, що питання розладу адаптації є ще в процесі вивчення і вдосконалення. Проте, вже на сьогоднішній день, ми можемо

використовувати стандартизовані критерії для кращого розуміння стану наших клієнтів, диференційної діагностики та вибору необхідних обґрунтованих втручань відповідно до кожного індивідуального випадку.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАСТОСУВАННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ РОЗЛАДІ АДАПТАЦІЇ ПІСЛЯ МІГРАЦІЇ

2.1. Аналіз опитування осіб, що мігрували з України

Для діагностики розладу адаптації та сьогоденний день можна використовувати різноманітні опитувальники. Серед них є:

- 1) *Depression Anxiety and Stress Scale 21 (DASS-21)* це є скорочена форма DASS-42, шкала самооцінки, призначена для вимірювання негативних емоційних станів депресії, тривоги та стресу. Шкала представляє собою 21 питання і до кожного з них потрібно дати відповідь від 0 до 3 на скільки твердження відповідає особі.
- 2) *Satisfaction With Life Scale (SWLS)* є глобальним показником задоволеності життям, який складається з п'яти пунктів самооцінки від 1 до 7 на скільки певне твердження відповідає людині.
- 3) *Adjustment Disorder – New Module 20 (ADNM-20)* нова модель дослідження розладу адаптації складається з двох частин – списку факторів стресу (включає ряд гострих і хворобливих життєвих подій за останні 2 роки) і списку додаткових 20 запитань де визначається як часто і як довго певні твердження і стани присутні в житті людини. Опитувальник має 6 підшкал для кращого визначення типу розладу адаптації.
- 4) *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS-SF)* шкала позитивного та негативного впливу складається з 20 пунктів, які оцінюють два незалежні виміри: позитивний вплив (PA) і негативний вплив (NA). Опитуваним пропонується визначити від 0 до 5 наскільки певні стани переважають у їхньому житті.
- 5) *Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)* є версією діагностичного приладу PRIME-MD для розширених психічних розладів. PHQ-9 має 9 запитань і оцінює симптоми депресії. Основна задача полягає у

відповіді на запитання від 0 до 3 де визначається частота прояву симптомів [30].

Дослідження внутрішніх схем, глибинних переконань та правил життя. При аналізі різноманітної літератури, багато науковців наголошували на важливості дослідження внутрішніх вимог та стандартів щодо себе та ситуацій які відбуваються навколо людини. Часто при бесіді з людиною могли простежуватись невідповідні прагнення (щодо себе, інших, свого стану та ситуації в цілому) що не відповідало реальному впливу стресу на життя людини. Тому у цьому питанні можуть бути використані відповідні опитувальники YSQ-L3 та SMI-1.

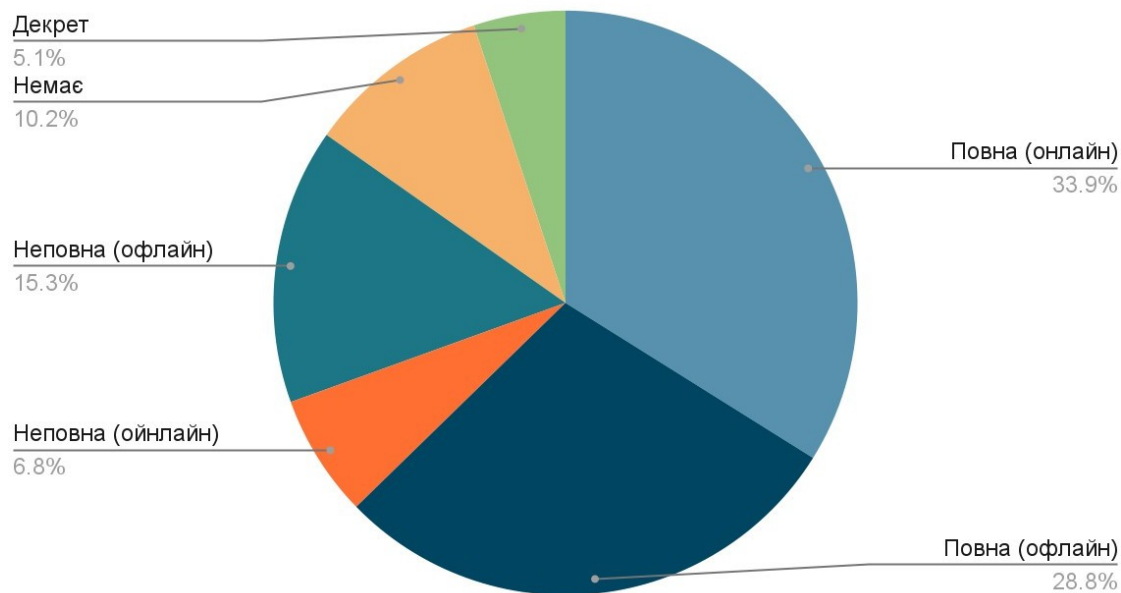
В рамках дослідження питання розладу адаптації серед українців, було проведено невелике опитування (протягом вересня-жовтня 2024 року) в якому взяло участь 38 осіб. Опитування було анонімним і включало в себе: загальні питання про особу (вік, стать, сімейний стан, наявність дітей, вид зайнятості, час у міграції, у якій країні, причина переїзду та історія перебування); шкалу задоволеності життям (SWLS); анкету здоров'я пацієнта (PHQ-9); додаткові запитання (які були труднощі в процесі міграції, що допомагало адаптувались, як міграція вплинула на психологічний стан та чи є досвід психотерапії).

Всі відкриті запитання були зібрані з вище описаних опитувальників стосовно розладу адаптації та відібрані лише ті, що стосувались міграції. Серед 38 осіб: 84.5% становлять жінки та 15.5% чоловіки. Вікова категорія: 65.5% від 20 до 30 років; 31% від 30 до 40 років; 1.7% від 40 до 50 та 1.7% віком 50+.

Досліджуючи сімейний стан як один з можливих протективних факторів були отримані такі результати: весь час з моменту міграції у стосунках (романтичних чи шлюбі) перебуває 44.8%; немає стосунків у 36.2%; на момент міграції стосунки були але згодом розійшлись/розлучились 8.6% та почались нові стосунки/шлюб у 10.3% опитаних. Серед них 24.1% має дітей; 74.1% ні та 1.7% в очікуванні. На запитання про основу зайнятості,

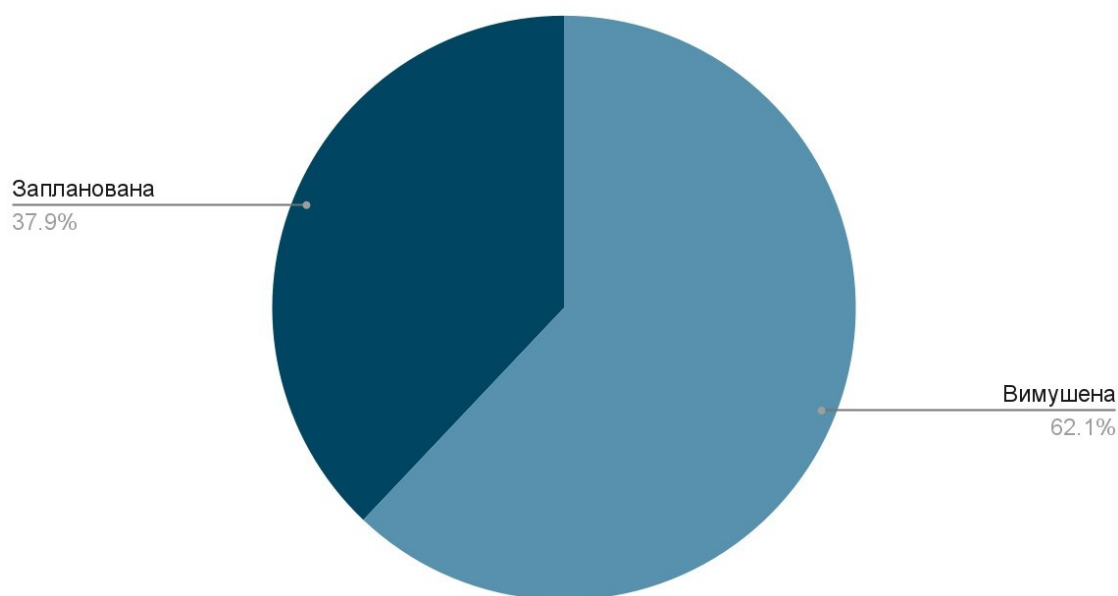
були отримані такі відповіді: повну зайнятість (роботу або навчання) онлайн має 33.9% та офлайн 28.8%; неповну зайнятість онлайн має 15.35 та офлайн 6.8%; немає роботи та навчання 10.2%; в декреті перебуває 5.1%.

Основна зайнятість



Вимушено, не заплановано переїхало 62.1% опитаних через початок повномасштабного вторгнення та 37.9% мали міграцію заплановану (через навчання, шлюб, роботу, возз'єднання сімей що тривалий час були за кордоном та пошук кращого життя). Також за період міграції, у тій же країні залишилось 68.9%, змінювали декілька країн 24.6% та повернулись назад в Україну 6.6% опитаних.

Причина міграції

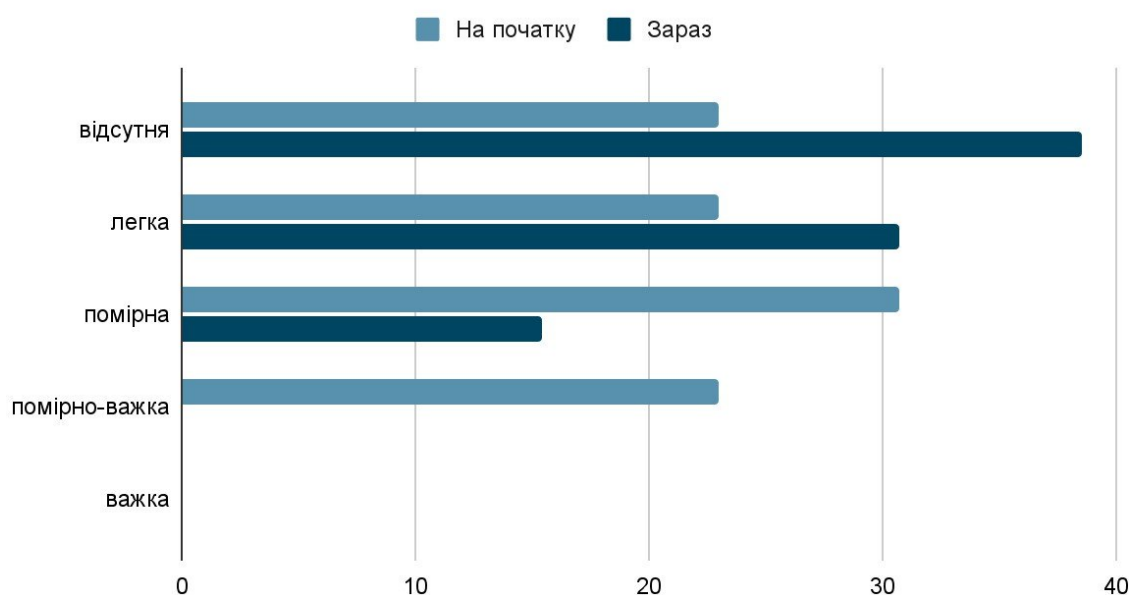


Важливо відмітити, що всі опитування були анонімними та не передбачали спілкування в живу. З теорії ми також знаємо, що жоден опитувальник не дає 100% результату і лише по одному опитувальнику ми не можемо говорити про певний розлад. Тому, варто зазначити, що всі дані та результати опитування є гіпотетичними і зроблені для того, щоб дослідити проблему адаптації та пов'язані з нею труднощі серед українців сьогодні. В той же час, в тексті нижче я використовую такі слова, як «підпадає під критерії депресії», «рівень задоволеності життям» і тд, враховуючи лише кількісний показник оцінювання і звернення його зі шкалою оцінки. В той же час у нас є обмежена кількість даних чи справді у людини є розлад адаптації ускладнений депресією, проте я намагалась отримати максимальну кількість інформації в короткому опитувальнику для аналізу цієї інформації та планування майбутніх гіпотез і втручань.

Почнемо аналіз опитування людей що найменше перебувають за межами України. Категорія «до 1 року» становить 22.4% серед опитаних. Майже всі з них перебувають у країнах Європи, та одна людина в США. Беручи за основу шкалу задоволеності життям (Satisfaction With Life Scale (SWLS)), серед BCIX 58 опитаних не виявилось людей що були

«надзвичайно задоволені» своїм життям на даний момент часу (31-35 бал). Проте, 15.4% людей з цієї категорії отримали показник «задоволені» та 30.7% «майже задоволені» своїм життям (що відповідає балам 21 - 25, 26 - 30); 7.7% мають «нейтральний» рівень життя (20 балів); 30.7% «трохи незадоволені» своїм теперішнім життям (15-19 балів) та 15.4% «не задоволені» своїм життям (10-14 балів) (мал. SWLS). Враховуючи дані опитувальника PHQ-9, 23% осіб в перші тижні після переїзду, підпадали під показник «помірно-важкого» рівня депресії; 30.7% гіпотетично мали «помірний» рівень депресії; 23% «легку» форму та 23% мали низькі показники. Важливо зазначити, що у 69.2% людей їхні першочергові бали зменшилися мінімум в 2 рази з моменту переїзду до сьогоднішнього дня, і в жодної людини не виросли показники; 30.7% залишились на такому ж рівні. На даний момент, 15.4% підпадає під критерій «помірного» рівня депресії; 30.7% під «легку» форму та 38.5% не має ніяких критеріїв депресії. Також всі люди що мають показники по депресії вищі «легкого» рівня, мають досвід психотерапії в минулому або зараз.

PHQ-9 (до 1 року)

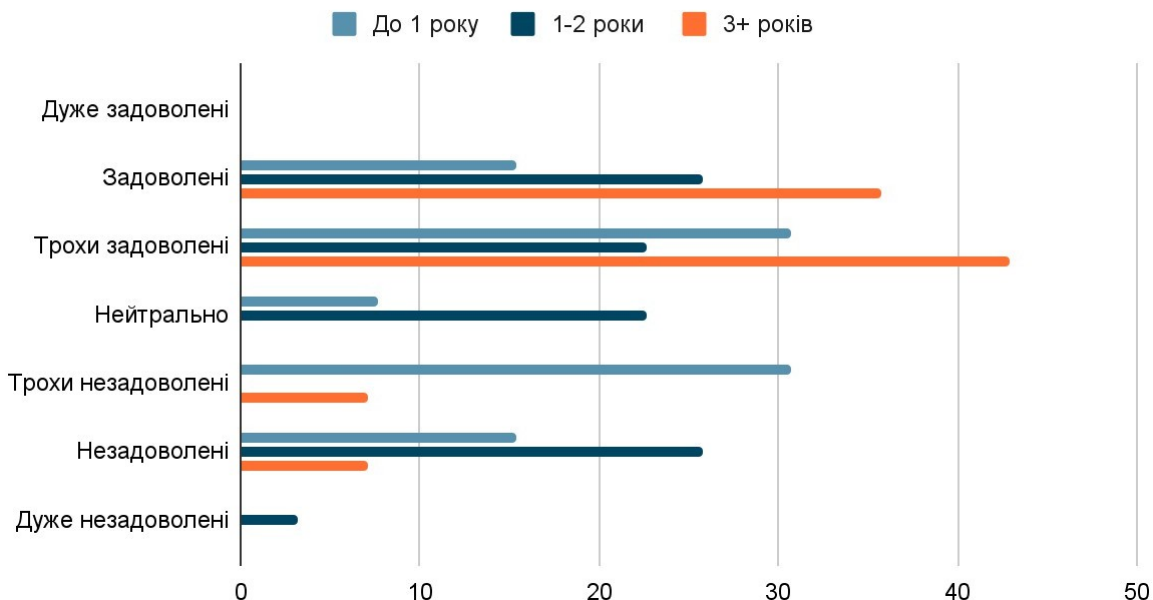


Найбільша кількість людей до має досвід міграції, переїхала до іншої країни в періоді 1-2 років назад, що становить 53.4% всіх опитаних. 87.1%

людей перебуває в країнах Європи, 9.7% в США, 3.2% в країнах Азії. Оцінюючи психологічний стан людей на початку міграції за опитувальником PHQ-9 були отримані такі результати: 22.6% опитаних людей з цієї категорії вірогідно підпадали під «важку» форму депресії; 32.3% могли мати «помірно-важку» депресію; 16.1% «помірний рівень»; 19.4% «легку» форму депресії та 9.7% не підпадали під критерії депресивного розладу. На даний момент часу показники є такими: 6.5% підпадає під критерії «важкої» форми депресії; 9.7% «помірно-важкої»; 35.5% «помірної»; 22.6 «легкої» форми депресії та 25.8% не підпадає під критерії. За час перебування у міграції показники змінилися в кращу сторону у 48.4%; на такому ж рівні у 45.2% та у 6.5% зросли на позначку вище.

До останньої категорії відносяться люди що мігрували більше 3 років назад, вони становлять 24.1% опитаних. Серед них: 3.4% мігрували 3-5 років тому; 13.8% мігрували в діапазоні 5-10 років назад та 6.9% перебуває за межами України більше 10 років (відсоток вказано відносно всіх опитаних, в подальшому об'єднано в категорію «3+»). В країнах Європи перебуває 78.6% з цієї категорії, 14.3% в Азії та 7.1% в США. Беручи до уваги опитувальник PHQ-9 та пригадуючи стан людей були отримані такі результати: 42.9% вірогідно могли мати «помірний» рівень депресії; 21.4% «легку» форму та 35.7% не підпадали під критерії депресивного розладу. Аналізуючи дані опитувальника на сьогоднішній час, можна зазначити, що: 7.1% підпадає під критерії «помірно-важкого» рівня депресії; 50% «легка» форма та 42.2% не має критеріїв депресивного розладу. За час перебування у міграції у 57.1% знизилась показники; у 28.6% залишились такі ж самі та у 14.3% зросли.

Шкала задоволеності життям (SWLS)



На запитання «Що було найбільшою проблемою в процесі міграції та адаптації?» відповіді були розділені на такі проблеми з якими стикається така кількість учасників: відсутність роботи 36.2%; відсутність житла 22.4%; самотність, низька соціальна підтримка та контакти 37.9%; відсутність фінансів 34.5%; проблеми в сім'ї 25.9%; відсутність розваг та хобі 22.4%; віддалена основна зайнятість (онлайн) 8.6%; незнання мови 56.9%; труднощі комунікації, розуміння нових систем/законів 48.3%; невпевненість в собі 46.6%; труднощі в культурній адаптації/різниця менталітетів 41.4%.

Запитуючи «Що допомогло адаптуватись у переїзді», відповіді також були розділені на категорії і мали таке відсоткове співвідношення: наявність роботи/навчання 63.7%; сім'я 48.3%; друзі 37.9%; володіння мови 37.9%; фінансова підтримка 31%; наявність житла 39.6%; діти 10.3%; життєві погляди та особисті якості («природна адаптивність та відкритість до нового», «вміння давати собі час, відпустило через рік», «розуміння що я не один такий», «почали бачити що є навкруги і досліджувати нове місто», «віра в себе», «гейміфікація життя – сприйняття життя просто як ігри») 13.7% та одна людина 1.7% написала «попри багато років перебування за кордоном з рідними я все ще не можу адаптуватись до ногої країни»

2.2. Особливості застосування КПТ при розладі адаптації після міграції

Більшість терапевтичних втручань при розладі адаптації мають три широкі спільні компоненти (Strain та Diefenbacher, 2008; Casey, 2009). По-перше, психологічне втручання спрямоване на те, щоб дати людині змогу зменшити або усунути стресор. Наприклад, вплив стресового фактора, такого як раптова зміна місця проживання, може бути пом'якшений у той момент, коли пацієнт зможе знайти нове житло та вирішити основні задачі для легального перебування в іншій країні. Якщо стресовий фактор триває і його неможливо усунути (наприклад, вимушене переселення на незрозумілий термін), деякі заходи, такі як знаходження соціальної підтримки для послаблення впливу стресового фактора, можуть покращити якість життя та відновити функціонування. По-друге, втручання намагаються покращити здатність справлятися зі стресором і максимізувати адаптацію. Наприклад, когнітивні стратегії подолання не корисних думок, можуть включати виявлення негативних думок і їх заміну більш функціональними думками. На поведінковому рівні допомога пацієнтові в поведінковій активації може сприяти підвищенню самоефективності. По-третє, зменшення симптомів і зміна поведінки є ще однією важливою метою для зменшення дистресу та покращення функціонування в довгостроковій перспективі. У цьому контексті терапевтичні підходи можуть значно відрізнятися залежно від відповідної основної нозологічної моделі, оскільки втручання щодо досить неспецифічних симптомів або більш специфічних моделей вимагає різних способів лікування [17]. Carlan говорячи про кризові ситуації, виділяв типові траєкторії, які виникають після надзвичайного стресу та дестабілізують індивіда. Особистісна криза визначається як проблема, яка нерозв'язана для відповідної особи. Carlan припустив, що психопатологічні симптоми розвиваються, коли людина має недостатні або негнучкі захисні механізми

для вирішення проблеми. Такі особистісні кризи можна порівняти з критичними життєвими подіями, які можуть спричинити розлад адаптації. Другою корисною моделлю для психотерапії розладу адаптації є модель реакції на стрес за Horowitz. У рамках цієї моделі розлад адаптації разом із посттравматичним стресовим розладом і ускладненим розладом горювання вперше, наскільки це вдалось відслідкувати, були концептуалізовані як синдром реакції на стрес. Модель припускає, що сильний стресор викликає інтенсивні негативні емоції, і як наслідок, викликає реакцію уникнення, подавлення або іншу дисфункційну поведінку. Отже, в особистості виникає замкнене коло нав'язливих спогадів і реакцій уникнення. Це припиняється, як тільки в людини відбувається фаза опрацювання, де когнітивна обробка дозволяє зменшити кількість проблем і дезадаптивну поведінку [1].

Більшість дослідників у галузі розладів адаптації поділяють думку, що першою лінією лікування розладу адаптації є короткі психологічні втручання та психотерапія. Ця думка, швидше за все, базується на потенційно минучому характері розладу та міркуваннях щодо ризиків та користі для більш інвазивних альтернатив психічних розладів, які можуть з часом вирішитися без будь-якого втручання. Відповідно, Bower and Gilbody (2005) пропонують поетапний підхід до лікування таких підпорогових діагнозів у континуумі між нормальною реакцією на стрес і психічним розладом. Такий підхід може найкращим чином гарантувати, що пацієнти отримають найменш обмежувальну, але адекватну підтримку, необхідну для полегшення дистресу та порушення функціонування.

Перший етап. Враховуючи транзиторний характер симптомів розладу адаптації, які зникають через 6 місяців після припинення стресового фактора або його наслідків Американська психіатрична асоціація, пропонує уважне очікування для людей з цим розладом. Однак, знаючи про складність перебігу психічних розладів, ризик хронізації та прогресування за наявності симптомів, а також той факт, що стресори та зокрема їхні наслідки можуть не припинитися повністю, найбільш логічною ознакою «просто спостерігати,

доки симптоми не зникнуть», може виявитися невдалим рішенням і потребуватиме подальших кроків.

Другий етап. Пропонуються психологічні втручання низької інтенсивності, такі як бібліотерапія, поведінкова активація та використання електронних інтервенцій у сфері психічного здоров'я (Baumeister, 2012; van Straten, 2015; Domhardt, 2018) [17]. Група Меркера розробила посібник із самопомоги при розладі адаптації із застосуванням моделі синдрому реакції на стрес, (по встановленим критеріям згідно МКБ-11) який можна застосовувати як бібліотерапію або як майбутнє втручання у сфері електронного психічного здоров'я (A. Maercker. Ist es noch mein Zuhause?) [29]. Посібник із самопомоги дотримується когнітивно-поведінкових принципів, об'єднуючи раніше підтверджені вправи з підходів до лікування посттравматичних стресових розладів, тривожних розладів або депресії. Вправи були спеціально підібрані для роботи над симптомами переживань (постійне роздумування, надмірні переживання про фактор стресу) і невдачі в адаптації (труднощі з концентрацією, порушення сну, втрата інтересу до раніше приємних занять). Посібник призначений для роботи протягом приблизно 4 тижнів, і вимагає дотримуватись описаного курсом розкладу лікування [1].

У дослідженні зі змішаною вибіркою (Bos, 2014), навчання усвідомленості було пов'язане з покращенням психологічних симптомів, якості життя та навичок усвідомленості у пацієнтів з розладами адаптації [17]. У РКД (Sundquist, 2015), групова терапія на основі усвідомленості була такою ж ефективною, як і індивідуальна КПТ для пацієнтів первинної медичної допомоги з депресією, тривогою або стресом і розладом адаптації. Терапія заснована на уважності включає в себе програму по зниженню стресу на основі уважності (MBSR) та когнітивну терапію на основі уважності (MBCT) [12]. Srivastava та ін. (2011) виявив, що методи медитації йоги ефективні для зменшення симптомів розладу адаптації із тривогою та депресією [17].

Перше електронна інтервенція в психічне здоров'я, спеціально спрямована на розлад адаптації, була розроблена Andreu-Mateu та ін. (2012) на основі програми віртуальної реальності «EMMA's world» (Botella, 2006) іспанською мовою. У цьому змішаному підході компоненти віртуальної реальності, натхненні терапією ПТСР і позитивною психологією, поєднуються з очною терапією. Перші результати тематичного дослідження показали його застосовність і корисність (Andreu-Mateu, 2012). Ця ж група розширила можливості програм віртуальної реальності для допомоги в терапевтичному процесі, пропонуючи персоналізовані веб-матеріали для домашніх завдань, специфічних для розладу адаптації (Quero, 2012). Skruibis та ін. (2016) розробив інтернет-втручання для розладу адаптації, яке структуроване у чотирьох модулях: релаксація, тайм-менеджмент, уважність і зміцнення стосунків. Це втручання під назвою BADI (коротке втручання з порушенням адаптації) зараз оцінюється в РКД. Більшість концептуалізують втручання електронних інтервенцій в сферу охорони здоров'я без підтримки спеціаліста як «некеровану самодопомогу» (Baumeister, 2016). Baumeister (2014) у систематичному огляді показав, що керована самодопомога при психічних розладах є кращою за некеровану самодопомогу. Однак, з точки зору економіки та охорони здоров'я, некеровані втручання можуть бути використані в разі обмежених ресурсів охорони здоров'я [22; 17; 1].

Загалом, є докази того, що психологічні втручання низької інтенсивності, характерні для розладу адаптації, є ефективними. Подальші дослідження повинні підтвердити, чи справджуються передбачувані переваги щодо їхньої економічної ефективності та доступності до лікування. Жодне з повідомлених заходів не розглядалося як частина поетапного лікування. Таким чином, питання про те, чи рекомендовані ці втручання як другий крок після пильного очікування, залишається відкритим.

Третій етап. Передбачає початок психотерапії.

Четвертий етап. Поєднання психотерапії з кризовими інтервенціями при складних коморбідностях.

Незважаючи на високий рівень поширеності та той факт, що пацієнти з розладом адаптації страждають від значного зниження якості життя та підвищеного ризику суїцидальної поведінки, на сьогоднішній день доступно лише кілька специфічних підходів до лікування. У опрацьованих рандомізованих контрольних дослідженнях когнітивно-поведінкова терапія переважає в усіх з них [10].

КПТ є однією з небагатьох психотерапій, що вже показала ефективні результати в лікуванні розладів адаптації. Окрім того, КПТ мала значний вплив на зниження тривоги та депресивної психопатології, і це було пов'язано зі стійким підтриманням покращень після лікування розладів адаптації (Quego 2019). КПТ зосереджується на тому, щоб зробити схеми, ірраціональні переконання та основні переконання пацієнта більш гнучкими. Ця гнучкість може пришвидшити процеси адаптації та допомогти побудувати нові сенси життя (Steger, 2012). Крім того, за допомогою навичок, отриманих під час КПТ, клієнти покращують своє розуміння стресових подій, інтегрують їх у своє життя та переорієнтують свої цінності, поведінку, що може сприяти переосмисленню нових стресових подій, зменшенню симптомів тривоги та депресії після лікування [13]. Так як основною метою КПТ є покращення функціонування та досягнення зменшення симптомів розладу, в роботі ми спираємось на низку різних когнітивних, поведінкових та емоційно-орієнтованих технік, які зрештою допоможуть пацієнту змінити дисфункціональні когнітивні функції та змінити неадаптивні моделі поведінки (Hofmann, 2012). Модульний дизайн деяких посібників з КПТ, спеціально розроблених для розладу адаптації, дозволяє подібне впровадження на індивідуальному та груповому рівнях (Reschke, 2011).

Варто також пам'ятати, що залежно від конкретного підтипу розладу адаптації пацієнти можуть значно відрізнятися за симптомами, і психотерапевтичні підходи можуть бути адаптовані до відповідного підтипу. При розладі адаптації із депресивним настроєм, як рекомендовано в NICE, є когнітивно-поведінкова або міжособистісна терапія орієнтована на зниженні

симптомів депресії у поєднанні з роботою над адаптацією. З огляду на симптоматичне переплетення видається доцільним інтегрувати КПТ-орієнтовані техніки експозиції та релаксації як важливу частину терапевтичного підходу до розладу адаптації із тривогою, доповнену додатковими стратегіями, які призводять до змін у моделях мислення та поведінки, таких як уникання. У концептуалізації розладу адаптації у поєднанні з ПТСР, підходи до психотерапевтичного лікування повинні бути спрямовані на основні симптоми нав'язливої зосередженості на стресорі і нездатності адаптуватися. У цьому випадку можна використовувати експозиції в уяві та кроки у поверненні та нормалізації життя (наприклад, почати з нормалізації сну та інших базових процесів). У підтипі розладу адаптації з розладами поведінки, що в першу чергу стосується дітей і підлітків, навчання батьків і вдосконалення навичок вирішення проблем може бути важливою частиною втручання. Комплексними терапевтичними стратегіями, які можуть бути доречними в психотерапії розладу адаптації, незалежно від конкретного підтипу, є зменшення схильності до самогубства та самоушкодження, мобілізація ресурсів, а також навчання технік вирішення проблем і навичок регуляції емоцій. Крім того, у всіх ідіосинкратичних проявах розладу адаптації центральною частиною психотерапії має бути усунення або (якщо це неможливо) зменшення стресора, що викликає стрес. Оскільки стресові фактори, пов'язані з розладом адаптації, варіюються від травматичного досвіду до критичних життєвих подій меншого масштабу, специфічні терапевтичні втручання, спрямовані на стресор, повинні відповідним чином відрізнятися. Крім того, суб'єктивна оцінка пацієнтом стресора може бути важливою частиною психотерапевтичного лікування, особливо при постійних і стійких стресорах, таких як хронічні соматичні захворювання [17].

І на сам кінець, для розуміння стратегії роботи при розладі адаптації при міграції пропонується розглянути оновлену модель та план роботи в КПТ. Довгостроковими цілями протоколу є: вирішення конфліктних почуттів

та адаптація до нових життєвих обставин; переорієнтація життєвого погляду на визначення переваг поточної ситуації; знаходження задоволення в турботі, догляді та підтримці значущих людей, які є залежними та потребують нас; збалансування життєвої діяльності між увагою до інших та розвитком власних інтересів. Розглянемо більш детально короткотермінові цілі та можливі терапевтичні інтервенції згідно етапу. Протокол складається з 16 основних етапів, де англійськими літерами вказуються рекомендовані техніки для сесій та домашніх завдань. Власне, сам протокол наведено у додатках.

ВИСНОВКИ

Вибір теми наукової роботи був обумовлений великим збільшенням запитів клієнтів у питаннях психологічної підтримки та адаптації після вимушеної міграції. Актуальність теми простежується у статистиці мігруючих українців та проведеному опитуванні.

На основі проведеного магістерського дослідження в роботі сформульовані найбільш суттєві результати та положення досліджуваної проблеми, наведено теоретичні, прикладні та практичні узагальнення, а також пропозиції щодо особливостей симптомів адаптації після міграції та застосування методу когнітивно-поведінкової терапії при таких розладах. Загалом зроблено наступні висновки:

1. Встановлено, що розлад адаптації – нелегкий для діагностики розлад, так як дуже переплітається своєю симптоматикою з іншими розладами, може мати багато коморбідностей і ще досі активно вивчається та досліджується у всьому світі. Кожен клієнтський випадок при розладі адаптації є унікальним, адже процес адаптації може бути присутній в усіх сферах нашого життя (зміни у місці проживання, роботі, навчання, відносинах, стані здоров'я і багато іншого), що в свою чергу ускладнює вибір втручань (що актуальне одній людині, може бути не актуальним для інших). Відповідно, оскільки мігранти є вразливою групою в будь-якій групі населення, важливо проаналізувати різні фактори, які можуть сприяти підтримці (і навіть покращенню) або погіршенню їх психічного здоров'я. Зокрема, розуміння міграційних факторів, вивчення особистості та знання культурних особливостей як особи так і середовища куди здійснюється міграція, є значними предикторами психологічних наслідків іммігрантів. Отримана інформація може, у свою чергу, допомогти у розробці ефективних профілактичних стратегій та допомогти особам що вже мають досвід міграції.

2. Проведено аналіз ментальних розладів, що виникли як наслідок міграції у різних вікових групах. Розглянуто особливості розладу адаптації після міграції у розрізі впливу таких проявів на соціальне життя людини. Встановлено, що стан, який виникає між нормальною поведінкою та психіатричним захворюванням, викликає багато дискусії у світі психіатрії, оскільки його складно визначити, часто збігається з іншими діагностичними групами та має не чітко визначену симптоматику. Незважаючи на те, що розлад адаптації є одним із найпоширеніших діагнозів психічного здоров'я в усьому світі, він теж відноситься до цієї категорії розладів. При тому, що для деяких пацієнтів розлади адаптації є потенційно серйозними та можуть мати ознаки, що загрожують життю, демонструючи високу поширеність несуйцидальних самоушкоджень та суїцидальної поведінки. Люди з розладами адаптації можуть втрачати інтерес до роботи, соціального життя та дозвілля.

3. З'ясовано, що когнітивно-поведінкова терапія є одним із найефективніших підходів у роботі з розладами, що виникають унаслідок міграційного стресу, травматизації та процесів адаптації. Її актуальність визначається здатністю інтегрувати когнітивні та поведінкові інтервенції для глибокого опрацювання емоційних, когнітивних та поведінкових проблем, які супроводжують міграційний досвід. Міграція часто пов'язана з високим рівнем стресу, який може спричиняти тривожні розлади, депресивні стани, посттравматичний стресовий розлад або соціальну ізоляцію. Когнітивно-поведінкова терапія дозволяє виявити та трансформувати дезадаптивні когніції, такі як негативні установки щодо власного майбутнього, нездатність впоратися з труднощами або страх перед інтеграцією у нове середовище. Це сприяє зниженню психологічного навантаження та відновленню когнітивної стійкості.

4. В межах дослідження з'ясовано, що більшість дослідників у галузі розладів адаптації поділяють думку, що першою лінією лікування розладу адаптації є короткі психологічні втручання та психотерапія. Також було

виділено чотири етапи такого лікування: перший – уважне очікування для людей з розладами, що пов'язані з міграцією; другий – психологічні втручання низької інтенсивності, такі як бібліотерапія, поведінкова активація та використання електронних інтервенцій у сфері психічного здоров'я; третій – власне, початок терапії; четвертий – поєднання психотерапії з кризовими інтервенціями при складних коморбідностях. Для розуміння стратегії роботи при розладі адаптації при міграції також пропонується модель та план роботи в КПТ.

5. Проведено емпіричне дослідження особливостей застосування когнітивно-поведінкової терапії при розладі адаптації після міграції. Було використано метод анкетування задля визначення психологічного стану та встановлення наявності розладів адаптації після міграції. Також було апробовано схему когнітивно-поведінкової терапії щодо тих осіб, у яких було виявлено ознаки розладів адаптації після міграції.

6. Проаналізувавши різноманітні наукові дослідження, критерії та стратегії втручань, з'ясовано, що вихід з проблеми розладу після міграції є. Важливими компонентами на цьому шляху є гарне вивчення життя клієнта та всіх сфер що потребують покращення з одного боку та наявність протективних, ресурсних факторів з іншого; розуміння клієнтом процесу адаптації; добре клінічне мислення психотерапевта для вибору актуальних втручань та чутливість до коморбідностей, адже протокол лікування включає в себе можливість модифікацій; помічним в терапевтичному процесі буде побудова міцного терапевтичного альянсу та емпатичне включення, підтримка терапевтом та звичайно що власний досвід терапевта адаптовуватися до різних життєвих обставин.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Глива Є. Вступ до психотерапії : навч. посіб. Острог-Київ: Острозька академія, Кондор. 2009. 532 с.
2. Гошовський В. Типові питання, що цікавлять переселенців. АО «Національна правова палата». Проект «Правова допомога учасникам АТО». URL: <http://helpato.com.ua/index.php?id=tupoviputannya-pereselenciv> (дата звернення: 28.10.2024 р.)
3. Гросс Р. Психологічна теорія і практика: Когнітивно-поведінковий підхід. Львів : Світ, 2020. 410 с.
4. Гудвин Р. Когнітивно-поведінкова терапія для початківців: Покроковий підхід. Київ : Академія психотерапії. 2018. 200 с.
5. Гундერთайло Ю.Д. Потенціал арт-терапевтичних технологій відновлення життєвої неперервності переселенців. 2016. ГО «Арт-терапевтична асоціація». Київ. 2016. Вип. 2 (21). С. 25-32.
6. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 від Американської психіатричної асоціації / пер. з англ. О. Лисак, М. Прокопович; наук. ред. В. Горбунової, Л. Засекіної, О. Плевачук. Львів : Галицька Видавнича Спілка, 2023. С. 185-186.
7. Джонсон Д.В. Тренінг саморозкриття. *Практична психологія та соціальна робота*. 2003. № 7. С. 52-64.
8. Журавель М.В. Використання методів когнітивно-поведінкової терапії та арт-терапії для покращення емоційного стану внутрішньо-переміщених осіб. URL:<http://dspace.onua.edu.ua/bitstream/handle/11300/18111> (дата звернення: 28.10.2024 р.)
9. Загальна психологія. Метод експерименту. URL: https://pidru4niki.com/16280414/psihologiya/metod_eksperimentu (дата звернення: 28.10.2024 р.)
10. Кендаль Ф. П. Когнітивно-поведінкова терапія дітей та підлітків. Київ : Центр навчальної літератури, 2019. 280 с.

11. Конвенція про статус біженців. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_011#Text (дата звернення: 28.10.2024 р.)

12. Корніяка О.М. Особливості розвитку комунікативної компетентності фахівців на різних етапах їх професійного становлення. Психолінгвістика: Збірник наукових праць ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди. Переяслав-Хмельницький: ПП «СКД», 2011. Вип. 8. С. 33-45.

13. Корнута Л.М. Психологічні прийоми мотивації до професійного розвитку державних службовців правоохоронних органів. *Інтеграційний розвиток особистості та суспільства : психологічний соціологічний виміри* : матер. II Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Одеса, 12 черв. 2020 р.) / за ред. д-р. юрид. наук, проф. Аракеляна М.Р.; Нац. ун-т «Одеська юридична академія». Одеса. Вид. дім «Гельветика», 2020. С. 114-117.

14. Лефтеров В.О. Особистісно-професійний розвиток фахівців екстремальних видів діяльності засобами психологічного тренінгу. *Психологія і суспільство*. 2012. Вип. 2 (48). С. 91-107.

15. Лефтеров, В.О. Психологічні тренінгові технології в органах внутрішніх справ : монографія: у 2 т. Т. I : Методологія психотренінгу та його використання у професійно-психологічному розвитку персоналу, задіяного в екстремальних видах діяльності. Донецьк : ДЮОІ, 2007. 247 с.

16. Поняття про здібності. Структура і види здібностей: URL: http://www.ebk.net.ua/Book/psychology/vinoslavska_psychologiya/nart4/4501.htm (дата звернення: 28.10.2024 р.)

17. Психологія особистості : Словник-довідник. За редакцією П.П. Горностая, Т.М. Титаренко. Київ : Рута, 2001. 320 с.

18. Сосновский Б. А. Психологія : Підручник для закладів освіти. Київ : вид. Юрайт. 2019. 480 с.

19. Федоренко Р. П. Психологія сім'ї: навч. посіб. Луцьк : Вежа-Друк, 2015. 364 с.

20. Цільмак О.М. Професійно-важливі якості особистості психолога / О. М. Цільмак. *Вісник Одеського юридичного інституту НУВС*. Одеса: РВВ ОЮІ НУВС. 2005. №1. С. 159-161.
21. Шевчук Ю.С. Подружжя сумісність сучасних сімейних пар: теоретичний аспект. *Психологія: реальність і перспективи*. 2013. №. 1. С. 128-131.
22. Anna Fernández, Juan M. Mendive, Luis Salvador-Carulla, María Rubio-Valera, Juan Vicente Luciano, Alejandra Pinto-Meza, Josep Maria Haro, Diego J. Palao, Juan A. Bellón, Antoni Serrano-Blanco. Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services, 2018.
23. Beck, J. S. Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond. 3rd ed. New York : Guilford Press. 2020. 391 p.
24. Clark D. M., Ehlers A. Cognitive Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder. Oxford : Oxford University Press. 2020. 300 p.
25. José H. Marco Sandra Alonso, Rosa Baños. Meaning-making as a mediator of anxiety and depression reduction during cognitive behavioral therapy intervention in participants with adjustment disorders. 2020. 240 p.
26. Kornuta L.M. Public administration in the field of provision of administrative services to foreigners and stateless persons. Public administration under modern conditions : concept, features, challenges : Collective monograph. Riga : Izdevniecība «Baltija Publishing». 2020. P. 176-193.
27. Paulius Skruibis, Jonas Eimontas, Migle Dovydaityene, Egle Mazulyte, Paulina Zelviene & Evaldas Kazlauskas. Internet-based modular program BADI for adjustment disorder: protocol of a randomized controlled trial. 2016. 98 p.
28. Ray D., Bratton S., Rhine T., & Jones L. The effectiveness of play therapy : Responding to the critics. *International Journal of Play Therapy*. 2004. P. 85-108.
29. Soledad Quero, Amanda Díaz-García, Sara Fernández-Buendía, Mar Molés, Cintia Tur, Diana Castilla, Pim Cuijpers, Cristina Botella. Efficacy of a

between-session homework component delivered digitally for the treatment of adjustment disorders: Results from a pilot randomized clinical trial, 2022.

30. Witkiewitz K., Bowen S. Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness based relapse prevention // J Consult Clin Psychol. 2010. Vol. 78. № 3. P. 362-374.

ДОДАТКИ:

Додаток 1.

Модель та план роботи в КПТ за Arthur E. Jongsma:

I. Дослідження обставин життя, які сприяють стресу, тривозі або заважають доводити справи до кінця

A. Дослідження поточного життя клієнта, обставин що викликають розчарування, тривогу, депресію та прокрастинацію

B. Залучення клієнта до написання списку проблем, що його турбують, де буде вказано як і чому кожна з цих проблем викликає невдоволення життям (або ж список “What needs to be changed in my life?” з книги “Adult Psychotherapy Homework Planner” by Jongsma.

C. Допомога клієнту у складанні списку бажаних речей, яких не вистачає в житті, того що може збільшити відчуття задоволення

II. Вияснення чи вживає клієнт якісь речовини, що можуть сприяти збільшенню життєвих проблем і ускладнювати лікування

A. Скринінг, оцінка зловживання психоактивними речовинами та направлення клієнта на лікування

III. Вивчення поведінки та емоційних реакцій клієнта щодо свого стану; діагностика відповідно до DSM та психоедукація; визначення ефективності та характеру відносин у терапії

A. Оцінка рівня розуміння клієнтом представлених проблем (синтонний/дистонний). Наприклад, демонструє добре розуміння проблемності описаної поведінки та вмотивований працювати над змінами; демонструє амбівалентність щодо описаних проблем і неохоче розглядає проблему; або демонструє опір щодо визнання проблеми, немає мотивації змінюватися

B. Оцінка клієнта на наявність коморбідних розладів (наприклад, РДУГ, вторинної депресії, тривожного розладу), в тому ж числі схильність до самогубства, якщо це доцільно (наприклад, очевидний при супутній депресії)

C. Оцінка будь-яких питань віку, статі чи культури, того, що може допомогти пояснити поточний стан клієнта визначивши проблемну поведінку і фактори, які допомогли б краще зрозуміти ситуацію клієнта

D. Оцінка того, як проблемна поведінка впливає на функціонування клієнта аби визначити відповідну частоту зустрічей та особливості терапії (наприклад, зазначена поведінка легко, помірно, важко, дуже важко впливає на соціальне, стосункове, професійне життя); та важливість постійної оцінки тяжкості впливу для оцінки ефективності лікування (наприклад, за час терапії показник важкості змінився з дуже важкого на помірний)

IV. Визначення цінностей якими керується клієнт в моменти прийняття життєвих рішень, що мотивує долати труднощі

A. Допомога клієнту в роз'ясненні і визначенні пріоритетних цінностей (наприклад, “Developing Noncompetitive Values” з книги “Adult Psychotherapy Homework Planner” by Jongsma

B. Залучення клієнта до читання книг для визначення цінностей (наприклад, “Values Clarification” by Simon, Howe, Kirschenbaum; “In search of values: 31 strategies for finding out

what really matters most to you” by Simon); оброблення вмісту і списку цінностей що важливі для клієнта

V. Впровадження нових заходів для підвищення почуття задоволеності життям

A. Разом із клієнтом розробка плану заходів, що можуть покращити життя та позитивно впливають на показник задоволеності життям

B. Перегляд того як клієнт пробував змінити своє життя, щоб включити діяльність яка приносить задоволення, зміцнювати успіх та перенаправлення у невдачах

VI. Впровадження кроків для зменшення почуття переповненості обов'язками

A. Мозковий штурм з клієнтом у питанні пошуку джерел підтримки та перепочинку від обов'язків що викликають відчуття перевтоми (наприклад, група підтримки батьків або для мігрантів, залучення допомоги у догляді за дитиною або літніми рідними, розподіл обов'язків між всіма членами родини)

B. Заохочення клієнта до реалізації змін, що зменшать тягар відповідальності; стеження за прогресом, закріплюючи успіх і працюючи над невдачами

VII. Збільшення наполегливості клієнта, розвиток необхідних навичок, щоб взяти контроль над конфліктами життя

A. Використання рольових ігор, моделювання та репетицій поведінки, щоб розвинути навички наполегливості клієнта для зменшення конфліктів або моментів незадоволеності у житті

B. Відвідування клієнтом навчальних груп по розвитку наполегливості

C. Заохочення клієнта до читання книг про наполегливість і встановлення меж (наприклад, “The assertiveness workbook: How to express your ideas and stand up for yourself at work and in relationships” by Paterson; “Asserting yourself” by Bower and Bower; “When I say no, I feel guilty” by Smith; “Your perfect right” by Alberti and Emmons), та опрацювання змісту цих книг, щоденне застосування рекомендацій у житті клієнта

VIII. Навчання навичці вирішення проблем та прийняття рішень до поточних обставин

A. Навчання навичці вирішення проблем (наприклад: чітко визначати проблеми, мозковий штурм щодо пошуку шляхів вирішення проблеми, перелік переваг та недоліків щодо кожного рішення, вибір та виконання плану дій, оцінка результату та зміна плану за необхідності)

B. Використання моделювання та рольової гри з клієнтом у процесі навчання вирішення проблеми та прийняття рішень (можна запропонувати “Applying Problem-Solving to Interpersonal Conflict” з книги “Adult Psychotherapy Homework Planner” by Jongsma

IX. Розвиток навичок комунікації з іншими щодо стресових моментів з життя клієнта

A. Розвиток навички спілкування на сесії (наприклад, використання “Я повідомлень”, розвиток активного слухання, підтримки зорового контакту) щодо поточних стресових чинників

B. Запрошення партнера клієнта або інших членів родини для відпрацювання навичок та експозиція до побоювань клієнта; заохочення відкрито говорити про свої проблеми, за можливості відвідування тематичної групи

X. Визначення п'яти переваг поточної життєвої ситуації

A. Допомога клієнту в ідентифікації принаймні п'яти переваг у нинішніх життєвих обставинах (наприклад, можливість самостійно приймати рішення, можливість близькості та часу з рідними, краще пізнання себе, час для розвитку особистих інтересів, можливість змінити роботу)

XI. Впровадження навички вчасного виявлення змін у житті та розподілу зусиль для відновлення життєвого балансу

A. Допомога клієнту визначити зони життя, які потребують змін для відновлення рівноваги у житті (наприклад, адекватні фізичні вправи, правильне харчування і сон, соціалізація, духовний розвиток, служіння іншим, спільна діяльність з партнером, так і

окремо, розвиток інтересів і тд); розробка плану реалізації цих пунктів (можна використовувати “What needs to be changed in my Life?” з “Adult Psychotherapy Homework Planner” by Jongsma

XII. Збільшення діяльності яка зміцнює позитивну самоідентичність

А. Допомога клієнту у роз'ясненні її/його особистості і знаходження сенсу життя, перераховуючи її/його сильні сторони, позитивні риси та таланти, речі що позитивно впливають на суспільство, а також сферам інтересів і здабностям, які ще не присутні в житті людини але є важливими (можна використовувати “What’s good about me and my life?” з “Adult Psychotherapy Homework Planner” by Jongsma

В. Розроблення плану дій в якому клієнт збільшить діяльність, що дає йому значення та розширить її/його значення ідентичності в момент переходу в фазу життя (наприклад, з неодруженого в одруженого, з підприємниці в домогосподиню, з бездітних в батьків, з працюючого в безробітного); контроль виконання; запрошення до читання матеріалів про зміни в житті (наприклад, “Managing transitions: making the most of change or transitions: Making sense of life’s changes” by Bridges) XIII. Збільшення соціальних контактів, зменшення відчуття ізоляції

А. Визначення можливостей де клієнт може подолати почуття ізоляції (наприклад, приєднання до спільноти мігруючих в новій країні, відвідування групових зустрічей за інтересами, груп підтримки, проявити активність у церковній спільноті, розпочати навчання в груповому форматі, відвідування фітнес класів, відвідування мовних курсів нової країни); заохочення здійснювати ці заходи

В. Використання рольових ігор та моделювання, щоб навчити клієнта необхідним соціальним навичкам аби досягти побудови нових стосунків (наприклад, почати з розмови, представлятися, ставити запитання іншим про них, розповідати про себе, посміхатись і бути дружнім, запрошувати нових знайомих до себе додому, ініціювати соціальну включеність у діяльність з новими знайомими)

XIV. Ділення терапевтом результатів терапії та оцінка розвитку навички справлятися зі стресом

А. Дослідження почуттів клієнта, коупінгових механізмів та систем підтримки які виникають у процесі пристосування до поточних життєвих стресових факторів; оцінка глибини депресії, тривоги або горя та рекомендація зосередитися на цих проблемах якщо вони виявлені (На цьому етапі, якщо у клієнта є коморбідні розлади, ми переходимо на застосування протоколу відповідного розладу)

В. Оцінка ризику самогубства, потенційної депресії, почуття безпорадності та ізоляції; початок профілактики самогубства

XV. Залучення інших з ціллю підтримки та зменшення стресу для клієнта

А. Проведення сеансів сімейної терапії, де інші мають можливість підтримати клієнта та обговорити пропозиції як можна зменшити стрес клієнта; виклик для клієнта – наполегливо поділитися своїми потребами та закликати до розділення відповідальності (наприклад, членам сім'ї брати більше відповідальності у розподілі обов'язків у побуті, залучення партнера у підтримці та стимуляції клієнта до дії, запрошення розподілу обов'язків у батьківстві)

XVI. Читання книги самопомоги про важкі перехідні стани в теперішньому житті

А. Запрошення клієнта до читання тематичної літератури про перехідні етапи життя і як вони викликають стрес (як пристосуватись до нового місця проживання, як зберегти шлюб на відстані, доглядати за дитиною в новому середовищі, як допомогти літнім батькам пережити розлуку або переїзд).

Додаток 2.**Анкета для роботи з клієнтом у КПТ****А. ЩО ПОТРІБНО ЗМІНИТИ В МОЄМУ ЖИТТІ?**

Цілі вправи:

1. Визначити джерела стресу, незадоволення чи розчарування.
2. Визначити завдання, які сприймаються як непосильні.
3. Визначити потенційні ресурси, які були пропущені, і які можуть зменшити стрес і збільшити розподіл відповідальності.

Додаткові проблеми, для яких ця вправа може бути корисною:

- Депресія
- Суїцидальні думки

Рекомендації щодо виконання цієї вправи з клієнтом:

Головна роль терапевта в допомозі клієнту з проблемою певного етапу життя полягає в тому, щоб допомогти йому/їй у роз'ясненні проблеми і визначення ресурсів, які допоможуть зменшити незадоволеність життям. Цю вправу найкраще використовувати на ранніх етапах консультування. Ви можете розглянути варіант виконання завдання з клієнтом під час сеансу, але якщо клієнт має хороші сильні помічні думки, було б корисно запропонувати йому/її працювати над цим завданням між сеансами, а потім разом обробляти результати. Якщо його/її список потенційних ресурсів неповний, ви можете зосередитися на цьому питанні в пункті № 7 і допомогти йому/їй розширити його/її міркування щодо цього питання.

Б. ЩО ПОТРІБНО ЗМІНИТИ В МОЄМУ ЖИТТІ?

Ваше життя може бути оточене обставинами, які ви хотіли б змінити. Або може виникнути низка обставин, які б ви хотіли щоб вони були присутні у вашому житті, або ж навпаки відсутні. Можливо, ви також шукаєте ресурси, які можуть надати вам певну допомогу у вирішенні проблем, що постали перед вами. Це завдання розроблено, щоб допомогти вам прояснити ці проблеми та наблизити вас до змін, щоб покращити своє життя.

1. Перелічіть всі обставини вашого життя, всі речі які викликають у вас стрес, розчарування чи незадоволення життям

2. Опишіть, чому кожна з перелічених обставин викликає незадоволення

3. Перелічіть ті речі, які ви би хотіли мати у вашому житті і які, на вашу думку, посилили б ваше відчуття задоволення

4. Перелічіть ті види діяльності, якими ви хотіли б займатися і які, на вашу думку, покращили б якість вашого життя

5. Які би зміни могли відбутись у вас в житті, щоб ви були менш напруженими та більш щасливими?

6. Які обов'язки, якщо такі є, ви б хотіли розділити з іншими, щоб зменшити своє навантаження?

7. Тепер настав час для вас провести мозковий штурм щодо можливостей, які існують у вашому житті, на які, можливо, ви не звертали увагу. Ці можливості включають ресурси, які можуть бути корисними для вирішення криз, з якими ви стикаєтесь. У наступних полях заповніть імена людей, організацій або спільнот у різних перерахованих категоріях, які можуть бути джерелами підтримки

Члени сім'ї: _____

Друзі: _____

Сусіди: _____

Учасники групи самодопомоги: _____

Радники: _____

Співробітники: _____

Духовенство: _____

Обслуговуючі організації: _____

Члени церкви або групи: _____

Колеги по навчанню: _____

Інші ресурси: _____

8. Виберіть три ресурси зі свого списку та опишіть, чим вони можуть бути вам корисні і як ви можете почати включати їх у своє повсякденне життя

Ресурс один: _____

Ресурс два: _____

Ресурс три: _____

Додаток 3.**Satisfaction With Life Scale (SWLS) Шкала задоволеності життям**

Інструкція: Нижче наведено п'ять тверджень, з якими ви можете погоджуватися чи не погоджуватися. Використовуючи 1 - 7 нижче, позначте свою згоду з кожним пунктом, поставивши відповідну цифру у рядку, що передує цьому пункту. Будь ласка, будьте відкритими та чесними у своїй відповіді

7 - Повністю згоден

6 - Згоден

5 - Скоріше згоден

4 - Ні згоден, ні не згоден

3 - Трохи не згоден

2 - Не згоден

1 - Категорично не згоден

_____ Здебільшого моє життя близьке до мого ідеалу.

_____ Умови мого життя чудові.

_____ Я задоволений своїм життям.

_____ Наразі я отримав те важливе, чого хочу в житті.

_____ Якби я міг прожити своє життя заново, я б майже нічого не змінив.

Бали:

Хоча підрахунок балів має бути безперервним (сумувати бали за кожним пунктом), ось деякі межі, які можна використовувати як орієнтири

31 - 35 Дуже задоволений

26 - 30 Задоволений

21 - 25 Дещо задоволений

20 Нейтральний

15 - 19 Трохи незадоволений

10 - 14 Незадоволені

5 - 9 Вкрай незадоволений