

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЛІНГВІСТИКИ ТА СОЦІАЛЬНИХ КОМУНІКАЦІЙ
КАФЕДРА ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ

Завідувач випускової кафедри

_____ Л. Доценко

« ____ » _____ 2020 р.

ДИПЛОМНА РОБОТА

(ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА)

ВИПУСКНИКА ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ «МАГІСТР»

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність «Психологія»

Освітньо-професійна програма «Практична психологія»

**Тема: «Арт-терапія як засіб психокорекції посттравматичних розладів
військовослужбовців»**

Виконавець: студент ПП-201 Мз Фесюк Андрій Іванович

Керівник: кандидат психологічних наук, доцент Доценко Л.В.

Нормоконтролер: _____ Бородінова Л.Ю.

КИЇВ 2020

НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет лінгвістики та соціальних комунікацій
Кафедра педагогіки та психології професійної освіти
Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки
Спеціальність 053 «Психологія»
ОПП «Практична психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри

_____ Л. Доценко

«__» _____ 2020 р.

ЗАВДАННЯ

на виконання дипломної роботи

Фесюка Андрія Івановича

1. Тема дипломної роботи «Арт-терапія як засіб психокорекції посттравматичних розладів військовослужбовців» затверджена наказом ректора від «15» жовтня 2020 р. №2007/ст.

2. Термін виконання роботи: з 05.10.2020 до 07.12.2020 р.

3. Вихідні дані до роботи: робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до першого, другого та третього розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків загальним обсягом 104 сторінок, з них обсяг основного тексту 80 сторінки, список використаних джерел нараховує 41 позиція.

4. Зміст пояснювальної записки: Вступ; Розділ 1. Теоретичний аналіз дослідження психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців; Висновки до першого розділу; Розділ 2. Експериментальне вивчення психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців; Висновки до другого розділу; Розділ 3. Шляхи формування та розвитку посттравматичних стресових розладів військовослужбовців; Висновки до третього розділу; Висновки; Список використаних джерел та літератури; Додатки.

5. Перелік обов'язкового графічного (ілюстративного матеріалу): 9 таблиць, 4 рисунки.

Календарний план - графік

№ пор.	Завдання	Термін виконання	Відмітка про виконання
1.	Опрацювання та реферування літератури з теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження	09.10.2020	
2.	Формулювання мети, завдання досліджень. Складання попереднього плану роботи. Узгодження з керівником	15.10.2020	
3.	Написання основної частини. Перше читання керівника	16.11.2020	
4.	Написання вступу, висновків. Уточнення плану дипломної роботи	23.11.2020	
5.	Оформлення роботи. Подання керівникові	30.11.2020	
6.	Попередній захист дипломної роботи	08.12.2020	
7.	Опрацювання зауважень і виправлення недоліків	14.12.2020	
8.	Подання остаточного варіанта на кафедру	15.12.2020	
9.	Захист роботи	24.12.2020	

8. Дата видачі завдання: « » _____ 2020 р.

Керівник дипломної роботи _____ Доценко Л.В.

Завдання прийняв до виконання _____ Фесюк А.І.

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка до дипломної роботи «Арт-терапія, як засіб психокорекції посттравматичних розладів військовослужбовців»: 104 сторінок, 41 використаних джерел та літератури, 3 додатки.

Об'єкт дослідження – посттравматичні стресові розлади військовослужбовців.

Предмет – арт-терапія, як засіб психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та експериментальному вивченні особливостей психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців.

У дипломній роботі розкрито сутність основних підходів до розуміння посттравматичного стресового розладу, зокрема: психодинамічний (психоаналітичний) підхід; когнітивний підхід; психосоціальний підхід; психобіологічний (психофізіологічний) підхід.

Проаналізовано основні ознаки прояву ПТСР у військовослужбовців, що перебували в зоні бойових дій та особливості застосування арт-терапевтичних методів при роботі із військовослужбовцями, що мають ПТСР

Практичне значення роботи полягає в тому, що матеріали даного дослідження можуть бути використані під час психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців. Результати дослідження можуть бути застосовані в діяльності практичних психологів, наданні консультацій, а також для розробки різних тренінгових програм.

ПСИХОЛОГ, РОЗВИТОК, ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЕЦЬ,
ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, ПТСР, АРТ-ТЕРАПІЯ,
КОРЕКЦІЯ ПТСР, АГРЕСИВНІСТЬ, ВОРОЖІСТЬ, СУЇЦИДАЛЬНИЙ НАМІР

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	14
1.1. Концептуальні теорії та підходи до вивчення посттравматичних стресових розладів військовослужбовців	14
1.2. Психологічні особливості прояву посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців	23
1.3. Арт-терапія, як засіб корекції посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців.....	29
Висновки до першого розділу.....	35
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	36
2.1. Організаційні та змістові аспекти вивчення посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.....	36
2.2. Діагностика рівня розвитку посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, що перебували в зоні бойових дій.....	38
2.3. Аналіз рівня розвитку ПТСР та її компонентів у військовослужбовців, що перебували в зоні бойових дій	42
Висновки до другого розділу.....	46
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	48
3.1. Розробка та впровадження психокорекційної програми посттравматичних стресових розладів військовослужбовців.....	48
3.2. Оцінка ефективності впливу психокорекційної програми.....	67
3.3. Практичні рекомендації психологам щодо психокорекції	

посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців.....	72
Висновки до третього розділу.....	74
ВИСНОВКИ.....	77
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	81
ДОДАТКИ.....	85

ВСТУП

Актуальність дослідження. Специфіка служби військовослужбовців полягає в необхідності виконання військових обов'язків в умовах, ускладнених впливом емоційних і фізичних стресових факторів, пов'язаних із веденням бойових дій. Як наслідок військовослужбовці доволі часто можуть потрапляти до групи ризику розвитку психічної дезадаптації. Як свідчать факти, військові дії на сході України спричинили появу військовослужбовців учасників бойових дій, які починають страждати психічними розладами та відчувати труднощі у процесі адаптації до мирного життя. Тобто, варто наголосити на тому, що при всій багатогранності військових конфліктів система реабілітації спрямована на збереження психічного й соматичного здоров'я. У найбільш загальному контексті реабілітаційна допомога повинна базуватися на: професіоналізмі, невідкладності, простоті, наступності, надійності, індивідуальності. Зважаючи на той факт, що такі клієнти соціальних фахівців – як воїни, що були учасниками військових дій (комбатанти) – є новими, то існує чимало практичних аспектів, які доцільно з'ясувати. Звідси виникає потреба у пошуку ефективних методів реабілітації комбатантів, одним із яких є арт-терапія – засіб і технологія реабілітації осіб з обмеженими можливостями засобами мистецтва й художньої діяльності, що базуються на здібності людини до образного сприйняття оточення й упорядковування своїх зв'язків у будь-якій художній, символічній формі [12]. Сьогодні арт-терапію розглядають як інноваційну освітню і реабілітаційну технологію; комплекс методик, що створюють умови для лікування і адаптації людини у соціумі; форму психотерапії за допомогою візуального й пластичного видів мистецтва тощо. У нашому розумінні арт-терапія – це інноваційна технологія, що передбачає терапевтичний і коректувальний вплив мистецтва на людину і проявляється в реконструюванні психотравматичної ситуації за допомогою творчої діяльності. Відзначимо, що загальні підходи до реабілітації представлені у роботах Т. Добровольської, І. Мисули, В. Могільова, М. Фролова, С. Харченка, Л. Яковлевої та інших.

Психологічні чинники впливу бойових дій на стан особового складу збройних сил проаналізовані у дослідженнях українських науковців О. Бойка, А. Бородія, В. Крайнюка, Є. Литвиновського, О. Макаревича, А. Романишина та ін. У процесі вивчення означеного кола проблематики було встановлено, що розробкою методологічних аспектів арт-терапії займалися як зарубіжні (Дж. Аллан, М. Ізотова, Б. Карвасарський, О. Копитін, Л. Лебедева, С. Солов'йов та інші), так і українські вчені (О. Вознесенська, Л. Калініна, О. Смілянець, О. Сорока та інші). Однак, попри їх загальний доробок, варто констатувати нестачу теоретичного і практичного матеріалу, а також методологічних розробок щодо аналізу можливостей арттерапії у реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій. Метою дослідження є обґрунтування потенціалу арт-терапії у реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій. Ми переконані, що застосування арт-терапії у процесі реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій як інноваційної технології допоможе вирішити низку завдань, оскільки арт-терапія поліфункціональна. Конкретизуємо їх у контексті розгляду функціонального потенціалу реабілітаційного процесу комбатантів. Так, діагностувальна функція арт-терапії передбачає отримання інформації за допомогою проективного або вільного малювання про психоемоційний стан, індивідуальні особливості, інтереси, цінності комбатантів; виявлення труднощів і проблем, що підлягають корекції і лікуванню; визначення характеру міжособистісних стосунків учасників арт-терапевтичної групи. Психотерапевтична функція зосереджена на створенні комфортної атмосфери емоційної теплоти, доброзичливості, емпатійного спілкування; сприйнятті цінностей, потреб, проблем, почуттів і переживань інших учасників групи; мобілізації цілющого потенціалу емоційної сфери людини за допомогою створення психологічного комфорту, що надає відчуття захищеності, радості, успіху. Завданнями коректувальної функції визначено корекцію деструктивних емоційних станів комбатантів (тривожності, агресії, фрустрації); формування відчуття задоволеності, віри у власні сили, гідності, самоповаги; корекцію деформованого образу „Я”; зменшення проявів

неадекватних форм поведінки військовослужбовців. Розвивальна функція арт-терапії спрямована на розвиток емоційної та волювої сфер особистості; підвищення самооцінки; вербалізацію емоційних негативних і позитивних переживань у процесі спілкування, налагодження взаємодії з іншими людьми. Вивчаючи сучасні методи арт-терапії у згуртуванні військових колективів Л. Петко [19] дійшла висновку, що арт-терапія як самостійний і досить впливовий напрям у лікувально-коректувальній практиці змогла сформуватися лише там, де автентичний досвід художньої роботи був об'єднаний з медичною моделлю і психотерапевтичними уявленнями.

Вагомим для цього дослідження є той факт, що арт-терапію почали застосовувати ще в роки Другої світової війни і в післявоєнний період з військовослужбовцями, які проходили лікування і реабілітацію в США і Великобританії. Вже тоді було помічено, що заняття учасників бойових дій образотворчою діяльністю на базі художніх майстерень (арт-ательє) благотворно позначається на їх фізичному та емоційному стані [28, с. 6].

Варто зазначити, що останнім часом арт-терапія активно еволюціонує. Сьогодні створено міжнародні асоціації арт-терапевтів, серед яких доволі відомими є Американська асоціація арт-терапії, Британська асоціація арт-терапії у Колумбії, асоціації арт-терапії в Онтаріо, асоціації арт-терапії у Квебеку, асоціації арттерапії у Новій Зеландії та Австралії (АНЗАТА) тощо.

На теренах України діють Всеукраїнська громадська організація «Арт-терапевтична асоціація», Західноукраїнська асоціація арт-психологів та арт-терапевтів, Східноукраїнська асоціація арт-терапії, Східно-Європейська асоціація арт-терапії [23]. Гнучко реагуючи на соціально-економічні, політичні та культурні обставини, що динамічно змінюються протягом другої половини ХХ – першої чверті ХХІ століть, арт-терапевти розробили високо диференційовану систему послуг, що надаються самим різним групам клієнтів, серед яких особливе місце посідають військовослужбовці учасники бойових дій. При цьому вони щоразу демонструють прихильність гуманістичним цінностям та ідеалам, усвідомлюючи свою відповідальність за здоров'я

комбатантів, поважаючи їхню гідність і прагнучи бути відкритими для того, щоб вчитися, враховуючи своєрідність і особливості життя і професійної діяльності військовослужбовців. У цьому дослідженні ми притримуємося думки О. Копитіна стосовно того, що арт-терапія за рахунок своєї універсальності є доволі ефективною при вирішенні широкого спектра проблем: внутрішньо- і міжособистісних конфліктів, кризових станів, у тому числі кризах, травмах, втратах, посттравматичних стресових розладах, невротичних і психосоматичних розладах [12]. Перекоаний, що саме арт-терапію корисно застосовувати у процесі надання лікувально-реабілітаційної допомоги військовослужбовцям учасникам бойових дій з найрізноманітнішими захворюваннями і проблемами, серед яких особливе місце займають стрес та посттравматичні стресові розлади (ПТСР). Аналіз праць науковців [22] дає змогу стверджувати, що лікувально-реабілітаційний потенціал арттерапії при переживанні травматичного стресу і його наслідків значною мірою пов'язаний з можливістю невербальної експресії, багатими комунікативними і захисними можливостями метафоричної мови образів, образотворчих матеріалів і видів образотворчої роботи. Образотворча діяльність сама по собі може бути потужним терапевтичним фактором, вона допускає різні способи поводження з художніми матеріалами. Одні з них дають змогу досягати седативних ефектів і знімати емоційну напругу, інші – відреагувати і контролювати травматичний досвід. Перенесення травматичного досвіду на образотворчі матеріали і образи також робить арт-терапевтичний процес психологічно безпечним для клієнта і терапевта і створює додаткові можливості для рефлексії і когнітивного опрацювання переживань з опорою на метафори і засоби символічної комунікації. З методологічної точки зору доведено, що робота з образотворчими матеріалами дає вихід почуттям роздратування, гніву, образи, сорому, зменшує фрустрацію, прикладом чого може бути використання глини. Переключення на інші техніки допомагає подолати захисні механізми, які допомагають адаптуватися до травми і її наслідків. Завдяки цьому людина може ідентифікувати і усвідомити свої почуття, зрозуміти пов'язані з ними асоціації,

побачити новий сенс у минулих подіях і сформувати нові, більш здорові захисні механізми. Присутність арт-терапевта у роботі з військовослужбовцями є обов'язковою умовою подолання травматичних переживань і сприяє створенню безпечного комфортного простору для їх вираження. У цьому контексті О. Копитін пропонує використовувати методи інтермодальної арт-терапії при подоланні наслідків психічних травм для того, щоб допомогти повніше задіяти різні види експресивної взаємодії з матеріалами в процесі художньої творчості [10].

Мета даного дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та експериментальному вивченні особливостей психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців.

Завдання:

1. Здійснити теоретичний аналіз вивчення особливостей психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців;
2. Провести емпіричне дослідження особливостей психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців;
3. Розробити та впровадити психокорекційну програму психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців;
4. Провести аналіз ефективності впливу впровадженої психокорекційної програми та розробити практичні рекомендації психологам щодо психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців.

Об'єкт: посттравматичні стресові розлади військовослужбовців.

Предмет: арт-терапія, як засіб психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців.

Для реалізації поставлених завдань було застосовано наступні **методи дослідження:**

теоретичні: аналіз, класифікація, систематизація, порівняння й узагальнення теоретичних та експериментальних даних з проблеми дослідження;

емпіричні: спостереження, опитування; тестування; констатувальний експеримент, формувальний експеримент;

методи статистично-математичної обробки даних: виявлення кореляційних зв'язків за допомогою критерію рангової кореляції Спірмена. Розрахунки були проведені за допомогою пакету статистичних програм SPSS Statistics 17.0, Microsoft Office Excel 2010.

Для розв'язання поставлених завдань щодо виявлення особливостей психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців було використано ряд діагностичних методик:

1. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) .
2. Опитувальник рівня агресивності А. Басса - А. Даркі.
3. Оцінка схильності до суїцидальних реакцій.

Наукова новизна отриманих результатів полягає у тому, що було вперше досліджено психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців.

Практична значущість роботи полягає в тому, що матеріали даного дослідження можуть бути використані у роботі як психологів так і арт-психологів. Результати дослідження можуть бути застосовані в діяльності практичних психологів, в корекційно-розвивальній, консультативній, просвітницькій та освітній діяльності, а також для розробки різних тренінгових програм. Застосування на практиці методів психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців призведе не тільки до ефективного спілкування, а й до підвищення психологічного клімату, поліпшення продуктивності інтелектуальної та творчої діяльності, що є необхідними умовами військової служби.

Апробація результатів дипломної роботи. Основні положення та результати експериментального дослідження доповідались і були схвалені на III Міжнародній науково-практичній конференції: «Психологія свідомості: теорія і практика наукових досліджень» (Київ, 2019).

Структура роботи та обсяг дипломної роботи. Дипломна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 41 найменувань, 3 додатки. Основний зміст роботи викладений на 80 сторінках і містить 9 таблиць та 4 рисунки. Загальний обсяг роботи – 104 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1. Концептуальні теорії та підходи до вивчення посттравматичних стресових розладів військовослужбовців

На сучасному рівні розвитку суспільства, вивчення особливостей посттравматичних стресових розладів військовослужбовців усвідомлюється науковцями багатьох напрямів, як одна з ключових проблем, що пов'язана з ефективністю проходження військової служби.

Проблема вивчення посттравматичних стресових розладів військовослужбовців в сучасній науці є відносно новим напрямком досліджень. Навіть через нетривале вивчення даної проблематики, сучасна психологічна наука налічує змістовну кількість праць, присвячених даній тематиці. Зокрема інтерес до її дослідження існує в таких галузях як: лінгвістика, педагогіка, антропологія, соціологія, теоретична і прикладна психологія.

Протягом усієї історії особистості завжди зазнавали впливу травматичних подій, залучаючись до військових конфліктів. Двадцять перше століття не стало винятком. Воно розпочалося із періоду насильства та страху, коли різні прошарки населення по всьому світу були свідками соціально-політичних і збройних конфліктів, громадянських війн, територіальних суперечок і кримінальних злочинів. Маємо зазначити, що в наш час 67 країн беруть участь у військових конфліктах [25]. Враховуючи, що в багатьох країнах ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) внаслідок перебування в зоні бойових дій є вкрай високим, тому критичний аналіз ефективності різних підходів до лікування цього стану залишається наразі надзвичайно актуальним.

ПТСР — це тяжкий психічний розлад, який може розвинутися після пережитої емоційно перевантаженої травматичної події, до яких можна

віднести перебування в зоні бойових дій, природні та антропогенні лиха, сексуальне насильство та зґвалтування, пограбування, тортури, позбавлення волі, раптова втрата близької людини, певні діагнози, міжособистісні конфлікти, вимушене переселення та інші. Всі ці події є потенційно небезпечними для життя і можуть призводити не лише до ПТСР, але й до цілого ряду інших психічних чи соматичних порушень.

Вважаємо, що ПТСР як діагноз виник після війни у В'єтнамі, коли США зіштовхнулись із психологічними наслідками у військових цього збройного конфлікту. Так, у рамках лікування цього стану Американська психіатрична асоціація (АПА) офіційно ввела цей діагноз. Він доданий 1980 року в третьому виданні Діагностичної та статистичної настанови з психічних розладів (DSM-III) до категорії тривожних розладів [27].

Нині не існує єдиної загальноприйнятої теоретичної концепції, що пояснює етіологію (“походження”) та механізми виникнення й розвитку ПТСР. Однак існує кілька теоретичних моделей, серед яких можна виокремити:

- психодинамічний (психоаналітичний) підхід;
- когнітивний підхід;
- психосоціальний підхід;
- психобіологічний (психофізіологічний) підхід.

Психодинамічні (психоаналітичні), когнітивні та психосоціальні моделі належать до психологічних моделей. Вони були розроблені під час аналізу основних закономірностей процесу адаптації жертв травмуючих подій до нормального життя.

Дослідження виявили, що існує тісний зв'язок між способами виходу з кризової ситуації, тобто способами подолання ПТСР (усунення та уникнення будь-яких нагадувань про травму, заглибленість у роботу, алкоголь, наркотики, прагнення увійти до групи взаємодопомоги тощо), та успішністю подальшої адаптації.

Було встановлено, що найефективнішими є три сукупні (застосовувані комплексно) стратегії боротьби з ПТСР:

- цілеспрямоване повернення до спогадів про травмуючу подію з метою її аналізу та повного усвідомлення всіх обставин;
- усвідомлення носієм травматичного досвіду оборотного значення травматичної події для подальшого життя;
- реадаптація потерпілого та вироблення навичок самодопомоги, що здійснюється за допомогою професійних психологів (І. Г. Малкіна-Пих, 2008)[16].

Перша з цих стратегій була використана при розробленні психодинамічних моделей, що описують процес розвитку ПТСР — синдрому та виходу з нього як пошук оптимального співвідношення між патологічною фіксацією та травмуючою ситуацією і її повним витісненням зі свідомості. При цьому враховується, що стратегія уникнення згадувань про травму є найбільш адекватною у гострому періоді та допомагає подолати наслідки раптової травми. Під час розвитку постстресових станів усвідомлення всіх аспектів травми стає неодмінною умовою інтеграції внутрішнього світу людини, перетворення травмуючої ситуації на значущу частину буття суб'єкта. Відповідно до психодинамічного підходу травма призводить до порушення процесу символізації. З. Фрейд розглядав травматичний невроз як нарцистичний конфлікт та увів поняття стимульного бар'єра. Внаслідок інтенсивного або тривалого впливу бар'єр руйнується, лібідозна енергія зміщується на суб'єкта. Фіксація на травмі виступає як спроба її контролю. У сучасній класичній психодинамічній моделі наслідками травматизації розглядаються

- регрес до оральної стадії розвитку та зсув лібідо з об'єкта на “Я”;
- ремобілізація садомазохістських інфантильних імпульсів;
- використання примітивних захистів;
- автоматизація “Я”;
- ідентифікація з агресором;
- регрес до архаїчної форми функціонування “Над-Я”;
- деструктивні зміни “Я-ідеалу”.

Ця модель не пояснює повністю симптоматику травматичного реагування, наприклад, постійне відігрівання травми. Крім того, у досвіді будь-якої людини можна знайти дитячу травму, яка не зумовлює, однак, розвиток неадаптивної реакції на стрес. Крім того, класична психоаналітична терапія для лікування цього розладу неефективна [24].

Інший аспект індивідуальних особливостей подолання ПТСР — це когнітивне оцінювання та переоцінювання травмуючого досвіду, яке відображено у когнітивних психотерапевтичних моделях.

Автори цього напрямку вважають, що когнітивна оцінка травмуючої ситуації є основним фактором адаптації після травми. Вона найбільшою мірою сприятиме подоланню її наслідків, у випадку коли причина травми у свідомості її жертви, яка страждає на ПТСР, набуде екстернального характеру та знаходитиметься поза особистісними особливостями людини (широко відомий принцип: не “я поганий”, а “я зробив поганий вчинок”). У цьому випадку, як вважають дослідники, зберігається та підвищується віра у реальність буття, раціональність світу, а також у можливість збереження власного контролю за ситуацією.

Головним завданням при цьому є відновлення у свідомості гармонійності існуючого світу, цілісності його когнітивної моделі: справедливості, цінності власної особистості, доброти оточуючих, оскільки саме таке оцінювання найбільшою мірою спотворюється у жертв травматичного стресу. (К. С. Калмикова, М. А. Падун, 2002) [9].

У межах когнітивної моделі травматичні події — це потенційні руйнівники базових уявлень про світ та про себе, а патологічна реакція на стрес являє собою неадаптивну відповідь на знецінення цих базових уявлень. Такі уявлення формуються під час онтогенезу та пов’язані із задоволенням потреби у безпеці і складають Я-теорію.

У ситуації сильного стресу відбувається колапс Я-теорії. І хоча колапс Я-теорії — це неадаптивний наслідок стресового впливу, він сам по собі може бути адаптивним, оскільки дає можливість для більш ефективної реорганізації

Я-системи. Неадаптивне подолання травми включає генералізацію страху, гнів, дисоціацію, постійне програвання травми. Причина неадаптивного подолання травми полягає у негнучкості та невмінні корегувати когнітивні схеми. Ця модель з найбільшою повнотою пояснює етіологію, патогенез та симптоматику розладу, оскільки враховує і генетичний, і когнітивний, і емоційний, і поведінковий фактори.

У межах психофізіологічної моделі відповідь на травму - це результат тривалих фізіологічних змін. Варіабельність відповідей на травму обумовлена темпераментом. Згідно з сучасними даними (А. Kolb, 1984; V. Kolk, 1991, 1996) [38] під час стресового впливу зростає обсяг норепінефіріна, що призводить до зростання рівня плазматичного катехоламіну, до зниження в головному мозку рівня норадреналіну, допаміну, серотоніну, до зростання рівня ацетилхоліну, виникненню болезаспокійливого ефекту, опосередкованого ендogenousними опіоїдами. Зниження рівня норадреналіну та спад рівня допаміну в мозку корелюють зі станом психічного заціпеніння. Цей стан, на думку багатьох авторів (P. Lifton, 1973; 1978; M. Horowitz, 1972; 1986; B. Green, P. Lindy, 1992) [40], є центральним у синдромі реакції на стрес. Болезаспокійливий ефект, опосередкований ендogenousними опіоїдами, може призводити до виникнення опіоїдної залежності та пошуків ситуацій, схожих на травматичну. Зниження серотоніну інгібує роботу системи, яка пригнічує продовження поведінки, що призводить до генералізації умовної реакції на пов'язані з первісним стресором стимули. Придушення функціонування гіпокампу може бути причиною амнезії на специфічний травматичний досвід. Недолік цих моделей полягає в тому, що більшість досліджень було проведено на тваринах або в лабораторних умовах. Вони також не враховують залежності психофізіологічної реакції від когнітивного опосередкування, яке було доведено у досліджах Р. Лазаруса.

Інформаційна модель ПТСР розроблена американським психологом М. Горовицем (M. Horowitz, 1998), який ввів у науковий обіг термін "посттравматичний стресовий розлад" (posttraumatic stress disorder (PTSD)) у 1980 році. Інформаційна модель ПТСР є спробою науково-емпіричного синтезу

трьох моделей ПТСР: когнітивної, психодинамічної (психоаналітичної) та психобіологічної (психофізіологічної) [38].

Згідно з інформаційною моделлю ПТСР стрес — це сукупність внутрішньої та зовнішньої інформації, основна частина якої не може бути узгоджена з когнітивними (інтелектуальними) схемами (уявленнями) суб'єкта. У зв'язку з цим відбувається інформаційне перевантаження. Необроблена інформація перекладається зі свідомості у несвідоме, але зберігається в активній формі. Підкоряючись універсальному принципу уникнення болю, людина прагне зберегти інформацію в несвідомій формі. Проте, відповідно до тенденції до завершення (ефект незавершеного образу), травматична інформація з часом стає свідомою як частина процесу інформаційної обробки. При завершенні інформаційної обробки досвід стає інтегрованим у структурі особистості, а травма більше “не зберігається в активному стані”. Біологічний фактор, як і психологічний, включається у цю динаміку. Такий феномен реагування — це нормальна реакція на шокуючу інформацію. Не є ненормальними гранично інтенсивні реакції, які вважаються неадаптивними та блокуючими опрацювання інформації.

Інформаційна модель ПТСР М. Горовиця є недостатньо науково-емпірично диференційованою, внаслідок чого не дає змогу повною мірою враховувати індивідуальні відмінності при травматичних розладах (І. Г. Малкіна-Пих, 2008) [16].

Величезне значення соціальних умов, зокрема фактора соціальної підтримки оточуючих, з метою успішного подолання ПТСР відображено у моделях, які отримали назву “психосоціальні”.

Відповідно до психосоціального підходу модель реагування на травму є багатофакторною, тому необхідно врахувати значення кожного фактора у розвитку реакції на стрес. На підставі психосоціальної моделі ПТСР ґрунтується інформаційна модель ПТСР М. Горовиця. Поряд з цим розробники та прихильники психосоціального підходу також підкреслюють виняткову

необхідність врахування факторів навколишнього середовища (В. Green, 1990; К. Wilson, 1993) [37], а саме:

- фактори соціальної підтримки;
- релігійні вірування;
- демографічні фактори;
- культурні особливості;
- наявність або відсутність додаткових стресів тощо.

Виділяють ще деякі умови, що впливають на інтенсифікацію ПТСР:

- ступінь суб'єктивності сприймання ситуації як загрозової;
- ступінь об'єктивності реальної загрози для життя;
- ступінь наближеності суб'єкта до місця трагічних подій (він міг фізично не постраждати, але бачити наслідки катастрофи, трупи жертв тощо);
- ступінь замученості близьких суб'єкта.

Такі факти є особливо значущими для дітей. Коли батьки надто болісно сприймають події, які не є незворотними, то дитина подвійно відчуватиме себе психологічно небезпечно. Психосоціальной моделі ПТСР притаманні недоліки інформаційної моделі, однак фактори оточуючого середовища уможливають виокремлено індивідуальні відмінності.

У межах цієї теорії виокремлено основні соціальні фактори, що впливають на успішність адаптації жертв психічної травми, серед них:

- відсутність фізичних наслідків травми;
- міцне фінансове становище;
- збереження колишнього соціального статусу;
- наявність соціальної підтримки з боку суспільства та групи близьких людей. Водночас фактор соціальної підтримки є найбільш значущим.

Виділено такі стресогенні ситуації, що пов'язані із соціальним оточенням:

- людина з військовим досвідом не потрібна суспільству;
- війна та її учасники непопулярні;
- між тими, хто був на війні, та тими, хто не був, спостерігається відсутність взаєморозуміння;

- суспільство формує комплекс провини у ветеранів тощо.

Зіткнення з такими, що є вторинними стосовно екстремального досвіду, наприклад, отриманому на війні, стресорами, досить часто призводило до погіршення стану ветеранів війни (наприклад, ветеранів Великої Вітчизняної війни (ВВВ), в'єтнамської, афганської, чеченської війни). Цей факт вказує на значущість ролі соціальних факторів як під час допомоги з переживаннями травматичних стресових станів, так і у формуванні ПТСР у тих випадках, коли підтримка й розуміння з боку суспільства та оточуючих людей відсутні [16].

Досить часто суб'єкти з ПТСР переживають вторинну травматизацію, яка виникає в результаті негативних реакцій родичів, оточуючих людей, медичного персоналу та працівників соціальної сфери на проблеми, з якими стикаються люди, які перенесли травму.

Негативні реакції людей на психічно травмовану людину проявляються у таких моментах:

- запереченні факту травми;
- запереченні зв'язку між травмою та стражданнями людини;
- негативному ставленні до жертви;
- її обвинуваченні ("сам винен");
- відмові надати допомогу.

В інших випадках вторинна травматизація може виникати в результаті гіперопіки до постраждалих, навколо яких родичі створюють "інвалідну атмосферу", що відгороджує їх від зовнішнього світу та перешкоджає реабілітації й реадaptaції.

Отже, виключно важливе значення для розвитку та перебігу ПТСР мають вторинні фактори, серед яких комплекс соціальних (соціально-психологічних) чинників посідає провідне місце, тому що часто те, що відбувається з людиною після травми, впливає на неї сильніше, ніж власне травма. Прихильниками цього підходу виділено фактори (умови), які сприяють профілактиці розвитку ПТСР та пом'якшують його перебіг.

До них належать:

- негайно розпочата психосоціальна терапія з постраждалим, яка дає йому можливість активно ділитися своїми переживаннями;
- рання та довгострокова соціальна підтримка;
- соціально-професійне відновлення приналежності потерпілого до суспільства (реабілітація та реадаптація) та реанімування почуття (відчуття) психологічної безпеки;
- участь потерпілого у психотерапевтичній роботі разом з йому подібними; відсутність повторної травматизації тощо .

Як уже зазначалося, далеко не в усіх людей, які пережили психотравмуючу подію, розвинеться ПТСР. Ризик розвитку цього розладу залежить від багатьох факторів, а саме:

1. Характеристики травми — вид і “доза” травми: чим більша загроза життю, фізична близькість, непередбачуваність і неконтрольованість травматичного чинника, тим більший ризик. Свою роль відіграє також і фактор жорстокості — травми, заподіяні людині людиною, частіше призводять до ПТСР, ніж стихійні лиха та техногенні катастрофи. Причому сексуальне насильство у більшості потерпілих призводить до ПТСР, ніж насильство фізичне. Підвищує ризик розвитку ПТСР також безпосередня вина жертви у нещасному випадку, загибелі близьких людей, а також присутність фактора зради. І, звісно, множинні травматичні події (особливо в дитинстві) становлять найвищий ступінь психотравмуючого впливу і пов’язані з ризиком розвитку так званого комплексного ПТСР.

2. Характеристики потерпілої особи та копінгу під час травми: особливості суб’єктивного сприйняття травми (наприклад, як заслужена кара тощо), особливості копінгу з травмою (самоізоляція, вживання алкоголю та ін.), наявність інших психічних захворювань до моменту травми, особистісна незрілість зі схильністю до самозвинувачень, негативним самосприйняттям, перенесені й неінтегровані травми в дитинстві (у такому разі недавня травма може відкрити “схрещу Пандори” з минулого — яку наведеному прикладі). З другого боку, наявність внутрішніх ресурсів збільшує опірність до

травмуючого впливу. У дітей, з огляду на брак “зрілих” ресурсів, до подолання травматичної події ризик розвитку ПТСР після перенесеної психотравмуючої події вищий і великою мірою залежатиме від того, як переживають подію батьки, і наскільки вони можуть допомогти дитині в “інтеграції” цього досвіду. Вченими виявлено певні гени, наявність яких збільшує ризик ПТСР після перенесеної психотравми.

3. Характеристики соціального оточення потерпілої особи: брак соціальної підтримки, самотність, нездорові реакції з боку рідних (відкидання, звинувачення, замовчування факту травми, стигматизація тощо). Знову ж таки, навпаки: наявність соціальних ресурсів є сильним проєктивним фактором.

4. Інших факторів: наприклад, травма зачепила одну людину цілу спільноту; наявність супутніх життєвих стресів і проблем, спричинених травмою, так і тих, що існували до травматичної події; доступність форм психологічної допомоги, превентивних програм тощо.

1.2 Психологічні особливості прояву посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців

ПТСР у військовослужбовців виникає, як правило, після впливу травмуючих психіку умов бойової обстановки і, більше того, може виникнути раптово через довгі роки на тлі загального благополуччя. Дослідження так званого бойового стресу (В.Г. Василевський, А.Б. Довгополук, Г.О. Растовцев, Т.Б. Дмитрієва, Е.М. Єпачинцева, С.В. Литвинцев, Є.В. Снедков, Г.М. Тимченко, Г.А. Фастовцев, О.М. Харитонов) [29] показали, що бойові ПТСР більш різноманітні і часто бувають більш тривалими, ніж ПТСР мирного часу через кумульовані (накопичені) в душі, в пам'яті, багаторазово пережиті жахи війни, фізичне і психічне перенапруження, горе втрат, співпереживання з пораненими.

Розлади завжди виникають як прямий наслідок переживання гострого важкого стресу або пролонгованої травми. Стрессова подія або тривалі неприємні обставини є первинним і основним фактором, і розлад би не виник без їхнього впливу. ПТСР розвивається в результаті отриманої важкої психічної травми. Психічна травма визначається як невідворотна подія, що руйнує існуючі копінг-стратегії індивіда.

Перебування на війні супроводжується комплексним впливом ряду чинників:

1 – ясно усвідомлюваним почуттям загрози для життя (так званим біологічним страхом смерті, поранення, болю, інвалідизації);

2 – особливим стресом, що виникає у людини, що безпосередньо бере участь у бойовій дії; разом з цим з'являється психоемоційний стрес, пов'язаний із загибеллю на очах товаришів по зброї або з необхідністю вбивати супротивника;

3 – дією специфічних чинників бойової обстановки (дефіцит часу, прискорення темпів дій, несподіваність, невизначеність, новизна);

4 – знегодами і поневіряннями (нерідко відсутністю повноцінного сну, особливостями водного режиму і харчування);

5 – незвичайним для учасників війни кліматом і рельєфом місцевості (гіпоксія, жара, підвищена інсоляція). [4]

Основні симптоми ПТСР:

- повторні, нав'язливі спогади про події, які включають образи, думки чи відчуття — травмуюча подія переживається знову і знову. Людина намагається забути про пережите, але спогади постійно виникають без будь-яких зовнішніх стимулів. Виникає відчуття реальності події. Вони можуть виникати наяву, відразу після пробудження зі сну, при інтоксикації (алкогольні, під дією ліків);

- сновидіння про пережиту подію, які повторюються та викликають тривогу – сни викликають глибокі переживання психотравмуючих подій з відчуттям їх реальності;

- такі дії та відчуття, ніби психотравмуючі події відбуваються знову – відчуття відновлення пережитого: ілюзії, галюцинації, дисоціативні епізоди. Можуть бути стани з розладами орієнтування, які тривають від декількох хвилин до декількох годин і навіть діб, людина наче знову стає учасником психотравмуючих подій;

- значний психологічний дистрес під впливом зовнішніх та внутрішніх подразників, які символізують будь-який аспект травмуючої події чи нагадують про неї. В деяких випадках можуть виникати стани психоемоційного напруження чи гострого стресу при зіткненні з чимось, що нагадує про травмуючу подію. Наприклад, реакція жертв нацистських концентраційних таборів на вид свастики, учасників бойових дій на відповідні передачі по телебаченню;

- фізіологічна реактивність під впливом зовнішніх чи внутрішніх подразників, які символізують будь-який аспект травмуючої події чи нагадують про неї – при зіткненні з ситуацією, яка нагадує психотравмуючу, проявляються фізіологічні реакції: пітливість, оніміння кінцівок, відчуття слабкості, відчуття тиску в горлі та ін.;

- намагання уникнути думок, відчуттів чи розмов, пов'язаних із травмою – спроби уникнути дій, місць, людей, які викликають спогади про травму. Людина наполегливо уникає всього, що нагадує про травму;

- часткова чи повна амнезія важливих аспектів травми – людина не може пригадати деяких епізодів того, що з нею відбувалося;

- втрата інтересу до значущих раніше видів діяльності, чи участі в них – людина стає байдужою до всього, чим раніше захоплювалася;

- відчуття відгородженості від оточуючих – виникає відчуття самотності навіть у колі родини, дітей, близьких і друзів;

- звуження діапазону афективних реакцій – знижений настрій, постійне незадоволення собою та оточуючими, роздратованість, апатія, втрата інтересу до оточуючої дійсності, зниження реагування на сенсорні подразники;

- нездатність орієнтуватися на тривалу життєву перспективу – формується коротка життєва перспектива, людина планує своє життя на короткий час, виникає відчуття «неперспективного майбутнього»;
- ускладнення при засинанні та розлади тривалості сну – нічні кошмари, боязнь заснути, сновидіння які відображають психотравмуючу ситуацію, нервові виснаження, тривожність, нездатність розслабитися, відчуття фізичного та душевного болю;
- роздратованість та спалахи гніву – в учасників бойових дій виникають бурхливі реакції агресії при найменших неочікуваних подіях, які нагадують травматичні ситуації бойових дій (різкі звуки, крики, шум). Людина стає конфліктною, в суперечках застосовує насилля;
- труднощі при концентрації уваги – людина не може зосередитися на чомусь, що необхідно пригадати. В деяких випадках концентрація уваги може бути достатньою, але тільки то виникає стресовий фактор, як здатність зосереджуватися втрачається;
- немотивована пильність – людина стежить за всім, що відбувається, відчуваючи небезпеку. Але ця небезпека не зовнішня, а внутрішня, часто вона проявляється в постійній фізичній напрузі, готовності в будь-який момент відбити зовнішню, чи подолати внутрішню загрозу. Поведінка таких осіб відображає характер перенесеної психічної травми. Наприклад, учасники бойових дій часто відмовляються сідати спиною до дверей, вибирають місця з яких вони можуть спостерігати за всіма присутніми. Напруження не дозволяє особі розслабитися, відпочити, вимагає значних витрат енергії;
- посилена реакція переляку – незначний шум, стук призводить до того, що людина починає бігти, сильно кричати. Різні звуки, запахи чи ситуації можуть легко стимулювати у особи спогади про травмуючі події, відчуття безпомічності та незахищеності.

А. Бланк виокремлював чотири типи повторних відчуттів [6]:

- яскраві сни та нічні кошмари;

- яскраві сни, від яких людина прокидається з відчуттям реальності подій та дій, які можливо вона скоїла під впливом спогадів;
- усвідомлюваний флешбек – переживання, в яких яскраво представлені образи психотравмуючої події, супроводжуються візуальними, звуковими та нюховими складовими. При цьому може втрачатися контакт з реальністю;
- неусвідомлюваний флешбек – неочікуване, абстрактне переживання, яке супроводжується певними діями та образами.

Клінічна картина зазвичай включає ще додаткові симптоми ПТСР:

- імпульсивність поведінки, експлозивні спалахи, роздратованість, схильність до фізичного насилля;
- зловживання алкоголем чи наркотиками, особливо для зняття напруги та «гостроти» переживань;
- антисоціальна поведінка чи протиправні дії;
- депресія, суїцидальні думки та спроби самогубства;
- високий рівень психічної нестійкості;
- неспецифічні соматичні скарги (головний біль тощо). У осіб з ПТСР часто виявляються соматичні та психосоматичні розлади у вигляді хронічного м'язового напруження, підвищеної втомлюваності, виразки шлунку, коліту, болю в області серця, респіраторних симптомів.

Психологічні наслідки участі в бойових діях призводять до того, що в умовах вже мирного часу, через загострене почуття справедливості, підвищену тривожність, «вибухові» реакції, що періодично виникають у відповідь на будь-які подразники, депресивні стани, у ветеранів порушується соціальна взаємодія, виникають сімейні конфлікти та проблеми з працевлаштуванням. У таких людей втрачається інтерес до суспільного життя, знижується активність при вирішенні життєвоважливих проблем.

За даними провідних вітчизняних та зарубіжних військових психіатрів, що вивчають частоту і структуру санітарних втрат у збройних конфліктах і

локальних війнах, останнім часом істотно змінилися втрати психіатричного профілю у бік збільшення числа розладів межового рівня.

Проте набагато серйозніше пом'якшені і відстрочені наслідки війни, що впливають не лише на психофізичне здоров'я військовослужбовців, але і на їх психологічну врівноваженість, світогляд, стабільність ціннісних орієнтацій.

Коло явищ, що викликають травматичні стресові порушення, досить широке і охоплює безліч ситуацій, коли виникає загроза власного життя або життя близької людини, загроза фізичному здоров'ю або образу «Я». Порушення, що розвиваються після пережитої психологічної травми, зачіпають усі рівні людського функціонування (фізіологічний, особовий, рівень міжособистісної і соціальної взаємодії) і призводять до стійких особистих змін не лише у людей, що безпосередньо пережили стрес, але і у членів їх сімей, а також очевидців.

Посттравматичні стресові порушення сприяють формуванню специфічних сімейних стосунків, особливих життєвих сценаріїв і можуть впливати на усе подальше життя. Психічна травма, психологічний шок і їх наслідки - ось що визначатиме життєвий настрій тих, що вижили у військових конфліктах [26].

1.3. Арт-терапія як засіб корекції ПТСР у військовослужбовців, що перебувають в зоні бойових дій

Ключову роль при психокорекції ПТСР відіграє арт-терапія.

Арт-терапія – це метод допомоги, що базується на застосуванні художньої творчості. Художня творчість допомагає встановити з особистістю більш тісний контакт і отримати досту до його переживань, вона здатна сублімувати почуття особистості, надати вихід деструктивним тенденціям. Зцілюючий ефект художньої творчості досягається завдяки відволіканню від паталогічної інтроспекції і створенню позитивного настрою. Основою арт-

терапевтичної взаємодії являється вираження і конденсація неусвідомлюваного психічного матеріалу за допомогою художньої експресії [12].

Програма арт-терапевтичного втручання при стресових і постстресових розладах може бути розрахована на індивідуальної або групової формат роботи, а також на різні терміни в залежності від умов її проведення. При груповому варіанті САТ в ході роботи групи можуть пропонуватися такі теми і види діяльності, які спрямовані на зняття напруги, досягнення більшої свободи творчого самовираження (зняття «затискачів»), прояснення і корекцію відношення пацієнтів до себе та інших, хвороби, минулого, сьогодення і майбутнього і іншим ключовим елементам системи значущих відносин. Рекомендується також використовувати техніку, направлені на стимуляцію групової взаємодії, прояснення і розвиток групових відносин і вдосконалення різноманітних навичок (комунікації, планування та реалізації творчих завдань і ін.). Важливе місце в програмі займають арт-терапевтичні техніки, що забезпечують розвиток навичок саморегуляції. Вибір тем і технік роботи в цілому виходячи, виходячи з оцінки стану групи, етапів і завдань лікування, а також мішеней впливу.

Лікувально-реабілітаційний потенціал арт-терапії при переживанні травматичного стресу і ПТСР у військовослужбовців в значній мірі пов'язаний з можливістю невербальної експресії, багатими комунікативними і захисними можливостями метафоричної мови образів, образотворчих матеріалів і видів образотворчої роботи. Образотворча діяльність сама по собі може бути потужним терапевтичним фактором. Вона допускає різні способи поводження з художніми матеріалами. Одні з них дозволяють досягати седативних ефектів і знімати емоційну напругу. Інші - відредагувати травматичний досвід і досягти над ним контролю. Перенесення травматичного досвіду на образотворчі матеріали і образи також робить арт-терапевтичний процес психологічно безпечний для клієнта і терапевта і надає додаткові можливості для рефлексії і когнітивного опрацювання переживань з опорою на метафори і засоби символічної комунікації [12].

Провідними психологічними механізмами, які забезпечують зняття напруги, відображення і переробку травматичного досвіду, а також перебудову системи сприйняття реальності в ході занять образотворчої діяльністю виступають децентрованість, екстерналізація і символізація.

Перебуваючи у важкій, стресовій ситуації, людина, сама того не помічаючи, спонтанно малює лінії, «каракулі», закреслює зображення, зафарбовує простір аркуша паперу, креслить палицею на піску [1]. Цей процес не контролюється свідомістю і може бути використаний як спосіб виплеснути болючі переживання назовні, звільнитися від негативних емоцій і почуттів. Вважаємо, що лікувально-коректувальні ефекти арт-терапії можуть проявлятися завдяки образотворчій діяльності навіть при відсутності вербалізації переживань. Це пов'язано з дією терапевтичних механізмів (релаксація, інсайт, катарсис, розвиток навичок самоорганізації та прийняття рішень тощо). Цікавою є думка С. Солов'йова щодо вагомого потенціалу арт-терапії в системі комплексної психологічної реабілітації в умовах військового конфлікту. Автор переконаний, що арт-терапія надає можливість людині досягнути повноти соціальної творчості – це підвищена активність знаходити шляхи розв'язання проблемних ситуацій, постійне підвищення компетентності, високий рівень міцності здоров'я (стресостійкість, низька стомлюваність, адекватна самооцінка, відсутність страхів тощо); висока ступінь зрілості, можливість перебування в стані тут-і-тепер; мотивація досягнення результату, широкий діапазон прийнятних для особистості способів вирішення проблемних ситуацій (відсутність відчуття «глухого кута») [13]. Оскільки арт-терапія сама по собі є творчістю, В. Могільов наголошує, що творча діяльність колишніх військовослужбовців, які мають інвалідність, виступає головним механізмом задоволення потреби в здобутті втраченого [9]. На противагу цьому дослідники [3; 7] підкреслюють, що в силу незначного життєвого досвіду, перенесених фізичних і психічних страждань, слабкої професійної орієнтації, людина відмовляється від самоствердження через творчу діяльність, вважаючи цей фактор реабілітаційного процесу неефективним і навіть шкідливим. У своєму

дослідженні В. Могільов звертає увагу на те, що процеси реабілітації мають підстави актуалізувати творчі характеристики особистості – на цьому заснована концепція незалежного життя інвалідів, яка передбачає, що сутнісною характеристикою людини виступає її творчий потенціал, який реалізується в різноманітних видах діяльності протягом життя і дає змогу досягати високих результатів у різноманітних видах діяльності, спілкуванні, відносинах [9]. Серед варіантів групової арт-терапії за ступенем групової взаємодії і структурованості поширеними є, по-перше, індивідуальне арт-терапевтичне консультування – це один із варіантів психологічного консультування, за якого впродовж всього процесу або на його певних етапах активно застосовують засоби візуальної, проєктивно-символічної комунікації (малюнок, ліплення, створення композицій з піску, робота з різними проєктними матеріалами: фотографіями, стимульними малюнками тощо). По-друге, групова арт-терапія, яку можна проводити у формі групового арт-терапевтичного тренінгу, інтерактивно закритої або напіввідкритої тематичної групи або відкритої студії. По-третє, сімейна арт-терапія, яка на відміну від звичайного сімейного консультування та сімейної психотерапії, характеризується активним застосуванням образотворчих засобів, що допомагають діагностувати й одночасно коректувати сімейні відносини. При проведенні арт-терапевтичних занять обов'язковими є такі умови, як-от: психологічна безпека учасників процесу; відмова від оцінювання процесу та результатів творчої діяльності, приватність і конфіденційність; партнерство в стосунках учасника й арт-терапевта; необмежена свобода вибору образотворчих матеріалів і способів роботи з ними, тем і сюжетів для творчості, нетрадиційних образотворчих форм; делегування клієнту відповідальності за процес і результати діяльності (недирективний підхід) [4].

Ми переконані, що основний акцент при проведенні арт-терапевтичних занять необхідно робити на стимулюванні комунікації учасників групи військовослужбовців, формуванні і розвитку в них практичних умінь і навичок, пов'язаних з професійною діяльністю та адаптацією до умов мирного життя.

Завданнями роботи арт-терапевтичних груп є подолання соціальної депривації, освоєння адаптивних форм поведінки (зокрема, в ситуації конфлікту), вільне і відкрите вираження своїх переживань і проблем, підвищення самооцінки і зміцнення ідентичності, розвиток творчого потенціалу. У процесі арт-терапії досвід психічної травми спочатку може виражатися за допомогою символічних і досимволічних форм і лише після цього може бути описаний словами. Паралельно з цим відбувається довільне реконструювання біографічної пам'яті, коли забуті обставини і пов'язані з ними афекти знаходять своє місце в цілісній картині реальності. Здійснюється поступове переведення суб'єктивного досвіду зі сфери несвідомого до свідомого. При цьому вербалізації в процесі арт-терапії передують фаза невербального, переважно символічного вираження [4].

Вираження почуттів за допомогою символічних образів, образотворчої діяльності, здатне приводити до катарсису, навіть якщо зміст образотворчої продукції і сенс переживань у процесі її створення людиною не усвідомлюються. У той же час образотворча діяльність часто супроводжується досягненням кращого розуміння глибинного сенсу переживань, зростанням саморозуміння і самоприйняття [4]. У зазначеному контексті повністю поділяємо думку О. Копитіна [12] стосовно того, що при наданні арттерапевтичної допомоги військовослужбовцям учасникам бойових дій із травматичним стресом і постстресовими розладами може бути використана як індивідуальна, так і групова арт-терапія з різними термінами лікування і методологічною орієнтацією. Така допомога може бути надана на різних етапах переживання травматичного стресу і його наслідків. У своєму дослідженні ми брали до уваги програму психологічної допомоги людям, які переживають наслідки травматичного стресу, розроблену І. Нікольською.

Кожен етап пов'язаний з відповідним рівнем захисних реакцій, що послідовно формуються в онтогенезі і одночасно або послідовно функціонують у дорослого. Це: 1) сомато-вегетативний (фізіологічний) рівень, що забезпечує адаптацію до стресу за допомогою автоматичних змін у діяльності різних

систем організму; 2) поведінковий (психомоторний) рівень адаптації на основі автоматичної зміни обсягу і характеру загальної моторної активності, міміки, пантоміміки, загальної поведінки людини; 3) рівень психологічного захисту (несвідомої психіки), для якого характерна автоматична захисна переробка тривожної інформації, що призводить до її ігнорування, спотворення або до зниження емоційної значущості.

Відмежування свідомості людини від негативних переживань знижує внутрішню напругу і дискомфорт, дає змогу зберегти звичні, хоча і нереалістичні образи світу і свого „Я”; 4) рівень опанування або копінг-поведінки (свідомості), що забезпечує адаптацію за рахунок усвідомлення особистістю виниклих труднощів і оцінки їх як небезпечних, використання знань про те, як необхідно долати такі ситуації, умінь застосовувати стратегії цих дій на практиці [10].

Представимо власне бачення групового арт-терапевтичного заняття. При цьому ми орієнтувалися на модель арт-терапевтичної сесії, розроблену Л. Лебедевою [14]. Отже, перший етап «Налаштування» зосереджений на підготовці учасників до спонтанної художньої діяльності і внутрішньо групової комунікації за допомогою ігор, рухових і танцювальних вправ, нескладних образотворчих прийомів. На другому етапі «Актуалізація відчуттів» відбувається поєднання образотворчої діяльності з музикою або іншими арт-терапевтичними технологіями (пісочною, ігровою, казко-, танцювально-руховою, драматерапією), що допоможуть покращити настрій, поліпшити самопочуття і емоційний стан учасників. Третій етап «Індивідуальна образотворча діяльність» передбачає самостійне малювання з метою дослідження власних проблем і переживань. Дорослі можуть комплексувати, пояснюючи це невмінням малювати, тому необхідно пояснити, що малюнки не будуть оцінюватися. Особливо цінним є процес спонтанної творчості, прояв ширших емоцій, пошук засобів самовираження.

На цьому етапі можна проводити діагностику за допомогою вільного або проєктивного малювання. Необхідно звертати увагу на вибір образотворчих матеріалів (олівці, акварель, масло, сангіна, соус тощо).

Метою четвертого етапу «Активізація групової комунікації» є створення умов для міжособистісної і внутрішньо групової комунікації.

Кожний учасник групи показує свій малюнок і розповідає про нього. Особлива увага звертається на відкритість і відвертість при розповіді про свій малюнок, що є показником довіри до інших учасників арт-терапевтичної групи. На завершальному етапі «Рефлексивний аналіз» створюється атмосфера емоційної теплоти, емпатії, турботи, що допомагає відчувати комфорт. Учасники групи підтримують одне одного у вигляді доброзичливих висловлювань і побажань, позитивного програмування і підтримки. Дорослі здобувають позитивний досвід самоповаги і самоприйняття, зміцнюючи і коректуючи образ „Я”. Вважаємо, що такий формат арт-терапевтичної сесії можна використовувати при роботі з військовослужбовцями учасниками бойових дій, оскільки вона є зручною, ефективною й економною.

Висновки до першого розділу

Дослідники [2; 4] визнають арт-терапію однією з найбільш результативних форм психологічної допомоги в кризових ситуаціях, її застосовують практично при всіх формах психічних порушень. Цей метод побудований на використанні мистецтва як символічної діяльності і заснований на стимулюванні творчих процесів. Мистецтво в особливій символічній формі дає змогу реконструювати конфліктну травматичну ситуацію, допомагає відреагувати почуття, пов'язані з перенесеною травмою. Ще однією з переваг арт-терапії при реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій є те, що вона заснована на невербальному вираженні почуттів. Невербальні засоби часто є єдино можливими для вираження і прояснення травмувального емоційного стану.

Військовослужбовці Збройних Сил України, які були учасниками бойових дій, вимагають підвищеної соціальної уваги від соціальних працівників, а також організації цілеспрямованої, виваженої та комплексної реабілітації. З метою професійного проведення реабілітаційної діяльності з комбатантами необхідно розробити цілісну систему, що охоплює інноваційні методи під час її організації. Чільне місце у реабілітації має посісти арт-терапія. Саме арт-терапія у процесі організації реабілітації комбатантів допоможе стимулювати їх комунікацію, формуючи і розвиваючи практичні вміння і навички, пов'язані з професійною діяльністю та адаптацією до умов мирного життя. На основі участі комбатантів у арт-терапевтичних заняттях виникає реальна та невимушена нагода суттєво підвищити самооцінку і зміцнити особисту ідентичність; безпосередньо опанувувати нові ролі, розвивати ціннісні соціальні навички; надається можливість кожному учаснику поспостерігати за результатами своїх дій; розвинути вміння самостійно приймати виважені рішення. Подальша наша увага буде зосереджена на розробці комплексної арт-терапевтичної програми для військовослужбовців, які приймали участь у бойових діях.

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИВЧЕННЯ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Організаційні та змістові аспекти вивчення посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців

Теоретичний аналіз науково-методичної літератури щодо вивчення посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, дає змогу розглядати дане явище, як особливу систему компонентів, що є запорукою професійної діяльності військовослужбовця.

Проведення констатувального експерименту передбачало вирішення таких завдань:

1. Виокремити компоненти посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, що перебували в зоні бойових дій.
2. Здійснити діагностику компонентів прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, що перебували в ООС.
3. Провести аналіз отриманих результатів констатувального експерименту.

ПТСР військовослужбовця у різноманітних її проявах призводить в більшості випадків до негативних наслідків не лише по відношення до самого військовослужбовця, а й по відношення до оточення. Тому розв'язання проблеми, щодо зниження ПТСР у військовослужбовців є одним із головних в сучасній науці. В зв'язку з даним аспектом нами були виокремлені компоненти прояву посттравматичного стресового розладу, які ми будемо досліджувати:

1. Агресивність - ситуативний стан, що характеризується афективними спалахами гніву та імпульсивними проявами поведінки, спрямованими на

об'єкт фрустрації, що став причиною конфлікту. Агресивність як стан має такі складники: когнітивний, що забезпечує орієнтування суб'єкта в ситуації; емоційний, що виявляється в емоційних станах суб'єкта (гнів, ворожість тощо); вольовий, що забезпечує агресивно налаштованому суб'єкту досягнення його мети. Нормою агресивності у військовослужбовців є завищений показник по відношенню до цивільної особи.

2. Ворожість - комплекс афектів, який включає в себе такі емоції, як гнів, огиду та відразу. В процесі нашого дослідження ворожість також має на увазі підозрілість особистості по відношенню до навколишнього світу, недовіра, уникнення, тощо.

3. Суїцидальний намір – це мотивований феномен, що пов'язує між собою внутрішньо-психічну та зовнішньо-дієву складову вчинку. Частіше за все можна помітити у постійних розмовах на дану тему, можливі відверті або приховані розмови про самогубство. Проте, через постійне психічне навантаження військовослужбовців, що перебувають в зоні бойових дій, подібного контексту розмови не містять в собі приводу для занепокоєння.

Взаємодія даних компонентів у військовослужбовців, що перебувають в зоні бойових дій визначає наявність, або відсутність ПТСР. Та виходячи з рівня розподілу даних компонентів можна говорити про інтенсивність окресленого феномену.

З метою вивчення посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, що перебувають в зоні бойових дій було проведено констатувальний експеримент на базі бойової частини А0409, що перебувала на ротації в зоні операції об'єднаних сил в місті Попасна Луганської області. Пункт постійної дислокації військової частини знаходиться в м. Новоград-Волинський, Житомирської області. У дослідженні було задіяно 40 військовослужбовців, що перебували в зоні бойових дій.

Констатувальний експеримент проходив у два етапи. Перший етап відзначився тим, що ми провели методики, вищесказаного дослідження.

Особливість другого етапу полягає в тому, що ми обробляли та інтерпретували отримані результати.

Отож, можна сказати що на першому етапі, під час проведення методики, кожному з досліджуваних, було роздано стимульний матеріал (бланки), з метою фіксування відповідей на подані твердження. Після того, як всі респонденти отримали бланки, всім була повідомлена інформація щодо інструкції проведення методики. З'ясувавши те, що досліджувані зрозуміли алгоритм виконання методики, нами було зачитано твердження, на які досліджувані давали свої відповіді, фіксуючи їх у бланках. Після того, як закінчилось методика, ми зібрали бланки з відповідями. Потім ми зробили п'ятихвилинну перерву, після якої ми провели вже другу методику. Процедура проведення даної методики є ідентичною до попередньої. Ми знову зробили п'ятихвилинний відпочинок, після чого ми аналогічно провели 3 методику. Після того, як закінчилось опитування, зібравши всі стимульні матеріали та бланки з відповідями, ми провели інтерпретацію результатів, і вже на основі цих результатів провели кореляцію даних. Більш детально про проведення етапів дослідження інформація представлена в наступних параграфах дипломної роботи.

2.2. Діагностика рівня розвитку посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, що перебували в зоні бойових дій

З метою здійснення дослідження, спрямованого на визначення наявності посттравматичного стресового розладу та рівня розвитку компонентів ПТСР, ми обрали наступні методики:

1. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) .

2. Опитувальник рівня агресивності А. Басса - А. Даркі.

3. Оцінка схильності до суїцидальних реакцій [17].

Текст методик та їх інтерпретація знаходяться в Додатку А.

Відповідно до отриманих результатів діагностики наявності посттравматичного стресового розладу за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)». Було з'ясовано, що 40 % досліджуваних адаптовані до отримання травми. Респондентів із схильністю до ПТСР складають 22.5 % від усіх опитуваних. 37.5% від усіх досліджуваних складають особистості із наявним ПТСР. Кількісні показники представлені в таблиці 2.2.1.

Таблиця 2.2.1.

Рівень посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, що перебувають ООС за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)»

Рівень прояву	Кількість у %
Адаптовані до травми	40%
Схильні до травми	22,5%
Наявність ПТСР	37,5%

За результатами проведеної методики на визначення наявності ПТСР, ми з'ясували, що у значної частини респондентів відсутній посттравматичний стресовий розлад, це свідчить про адаптованість та стійкість респондентів до травмуючих подій. У четвертій частині досліджуваних виявлені схильності до травматизації, що означає про необхідність знизити вплив травматичних подій на особистість. І в третій частині респондентів наявний посттравматичний стресовий розлад, що означає наявність у осіб панічних атак при повторюванні травматизуючих подій, замкнутість, підозрілість, тривожність, роздратованість, відчуженість, тощо.

Застосування опитувальник рівня агресивності А. Басса - А. Даркі, здійснювалась з метою діагностики прояву компонентів агресивності та ворожості. Ми отримали наступні результати за шкалою «Агресивність». У

12.5% респондентів низький рівень агресивності. Для 47.5% досліджуваних характерний середній рівень прояву агресивності. Для 40% військовослужбовців серед всіх опитуваних характерний високий рівень агресивності. За результатами шкали «Ворожість» ми можемо сказати, що для 10% респондентів характерний низький рівень ворожості. У 52.5% досліджуваних визначений середній рівень. Для 37.5% військовослужбовців серед усіх респондентів притаманний високий рівень прояву даного компоненту. Кількісні показники прояву окреслених характеристик подано в таблиці 2.2.2.

Таблиця 2.2.2.

Рівень прояву компонентів ПТСР агресивність та ворожість за опитувальником рівня агресивності А. Басса - А. Даркі

Рівень прояву	Кількість у %	
	Шкала «Агресивність»	Шкала «Ворожість»
Низький	12,5%	10%
Середній	47,5%	52,5%
Високий	40%	37,5%

Ми можемо сказати, що для респондентів з низьким рівнем агресивності, притаманно: стриманість, низька схильність до необґрунтованої конфліктності. У респондентів із середнім рівнем агресивності, можуть проявлятися наступні характеристики: впевненість у власних силах, помірна схильність до конфліктної поведінки, запальність. Для осіб з високим рівнем можуть проявлятися такі характеристики: неконтрольовані приступи агресивності, створення необґрунтованої конфліктної ситуації, запальність, тощо.

За результатами по шкалі «Ворожість», ми можемо сказати, що для респондентів з низьким рівнем не характерні неконтрольована злість, прояви агресивності, характерна адекватна поведінка в стресових ситуаціях, тощо. У респондентів з середнім рівнем можуть проявлятися такі характеристики: помірна підозрілість, схильність до образи на обставини, що трапляються,

інколи здатні проявляти агресію, складність у встановленні міжособистісних контактів з новими особистостями. Для респондентів з високим рівнем ворожості: характерний високий рівень підозрливості, обвинувачення інших, неконтрольована злість, можлива неадекватна поведінка в стресових ситуаціях, постійна необґрунтована образа на інших.

Застосування методики «Оцінка схильності до суїцидальних реакцій» здійснювалась з метою діагностики компоненту ПТСР- суїцидальній намір. За результатами по даній методиці ми можемо сказати, що у 2.5% усіх респондентів низький рівень схильності до суїциду. Для 30% досліджуваних характерний рівень нижче середнього. 12.5% досліджуваних становлять військовослужбовці з середнім рівнем схильності до суїциду. Опитування показало, що у 20% респондентів рівень вище середнього. Для 35% респондентів характерний високий рівень схильності до суїциду. Кількісні показники представлені у таблиці 2.2.3.

Таблиця 2.2.3.

Рівень прояву компоненту ПТСР суїцидальної схильності за методикою «Оцінка схильності до суїцидальних реакцій»

Рівень прояву	Кількість у %
Низький	2,5%
Нижче середнього	30%
Середній	12,5%
Вище середнього	20%
Високий	35%

За результатами даної методики, ми можемо сказати, що у респондентів з рівнем прояву нижче середнього може виникати суїцидальний намір у випадках тривалої психологічної травматизації і при реактивних станах психіки. Респонденти з середнім рівнем схильні до суїцидальних намірів в

екстремальних ситуаціях. Обстежувані, що мають рівень вище середнього відносяться до групи з високим рівнем схильності до суїцидальних намірів, схильні відчувати складнощі у військово-професійній адаптації, схильні до само руйнівної поведінки. Досліджувані, що мають високий рівень суїцидальної схильності, здатні постійно проявляти наміри до суїциду у розмові, при виконанні військового завдання.

2.3. Аналіз рівня розвитку ПТСР та її компонентів у військовослужбовців, що перебували в зоні бойових дій

Аналізуючи отримані данні відповідно до отриманих показників прояву компонентів посттравматичного стресового розладу, можна сказати, що рівні охарактеризованих показників серед більшості респондентів знаходяться на прийнятному рівні і характеризуються переважно середніми показниками.

Слід врахувати те, що є респонденти з високими показниками серед означених компонентів, свідчать про виявлені недоліки в розвитку певних характеристик.

Застосування опитувальника рівня агресивності А. Басса - А. Даркі здійснювалась з метою визначення рівня прояву компонентів ПТСР, а саме: агресивності та ворожості. За отриманими результатами по даних шкала, ми можемо сказати, що більшість респондентів мають середній та високий рівень прояву означених характеристики. Показники представлені на рисунку 2.3.1.

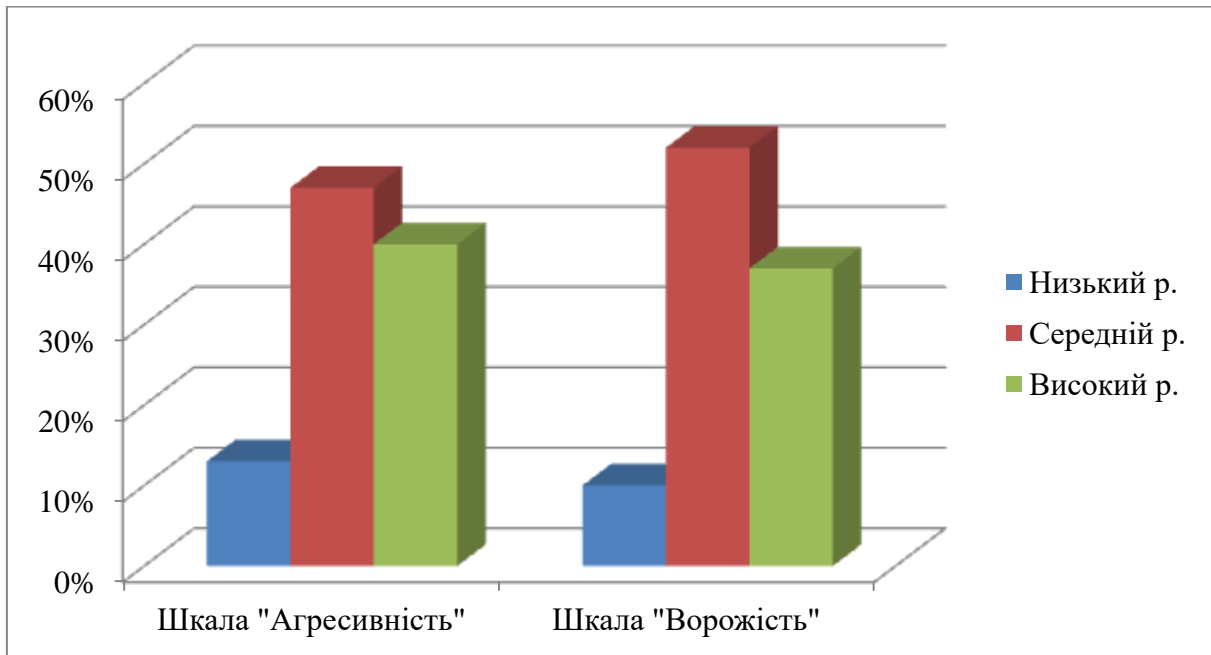


Рис. 2.3.1. Рівні розподілу агресивності та ворожості, за опитувальником рівня агресивності А. Басса-А.Даркі.

За означеними результатами ми може сказати, що респонденти з високим рівнем тривожності та агресивності є схильними до ПТСР, так як їм складно довіритись комусь із колег по службі, вони постійно перебувають в напруженому стані, намагаються уникати будь-яких контактів з колегами, схильні до постійного почуття тривоги, деякі з військовослужбовців можуть проявляти фізичну агресію до інших військовослужбовців, здатні підозрювати оточуючих в різноманітного плану змовах проти себе, частина з них переживають відчуття тривоги та агресії направленої на себе, часто характеризується переживанням власної неможливості змінити події, щоб зменшити травматизацію. Такі респонденти більш схильні до виникнення посттравматичного стресового розладу.

Застосування методики «Оцінка схильності до суїцидальних реакцій» здійснювала з метою визначення рівня прояву ПТСР- суїцидальний намір. За результатами даної методики, ми можемо сказати, що значна частина респондентів мають високий, або вище середнього рівня розвитку даного компоненту. Результати представлені на рисунку 2.3.2.

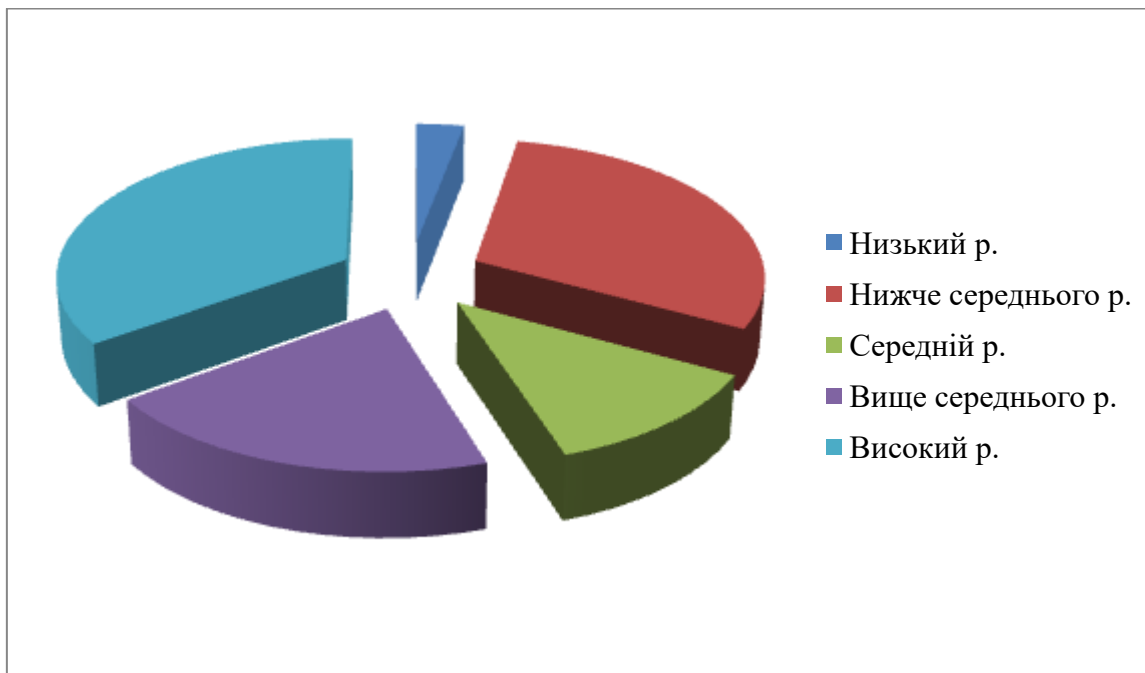


Рис. 2.3.2. Рівень розподілу суїцидального наміру за методикою «Оцінка схильності до суїцидальних реакцій»

За результатами дослідження ми можемо сказати, що респонденти з високими показниками по даній методиці схильні до виникнення ПТСР, так як на фоні постійного травмування, у них часто виникають думки про суїцид, з ціллю полегшити життя, через специфіку діяльності, їм важко розмовляти про це з колегами, схильні до невиправданого ризику власним життям в процесі виконання бойового завдання.

За результатами проведеного дослідження стосовно рівня розвитку посттравматичного стресового розладу, можна сказати, що у більшості респондентів відсутній посттравматичний стресовий розлад, проте у третини досліджуваних виявлена наявність ПТСР. Графічне зображення подано на рис. 2.3.3.

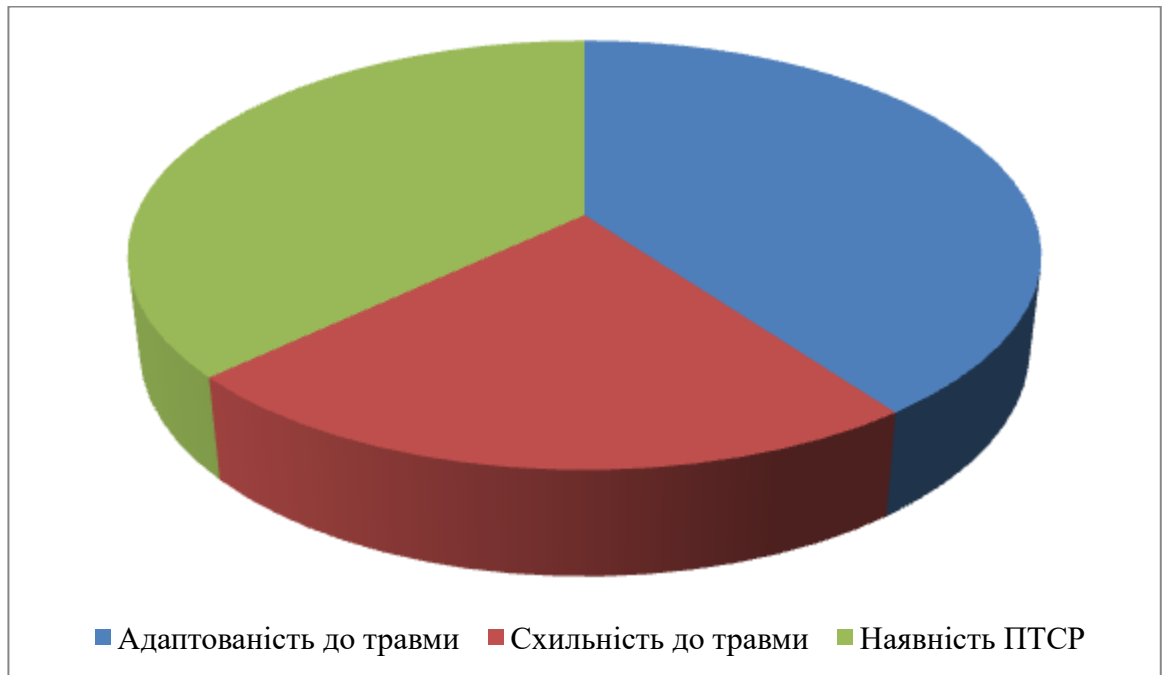


Рис. 2.3.3. Результати виявлення рівня ПТСР у військовослужбовців, що перебували в зоні бойових дій.

За отриманими результатами, ми можемо констатувати, що респонденти з наявним ПТСР, часто закриваються в собі, переживають неконтрольовані приступи страху та паніки при повторюванні травматичних подій, постійне переживання тривоги та напруги, втрачають довіду про світ та оточуючих, віддалення від колег та сім'ї. Можливе повне відокремлення від оточення, замкнутість, втрата відчуття реальності того, що відбувається, почуття агресії, до тих, хто не перебуває в зоні бойових дій.

Задля якісної інтерпретації отриманих результатів ми зробили статистичну обробку даних між компонентами розладу та наявними рівнями розвитку посттравматичного стресового розладу за допомогою застосування критерія рангової кореляції Спірмена. Тому, в процесі проведення кореляційного аналізу даних, було виявлено зв'язки між наступними показниками:

- між рівнем ПТСР та критерієм агресивність ($r_s = 0.972$ при $p \leq 0.01$);
- між рівнем ПТСР та критерієм ворожість ($r_s = 0.94$ при $p \leq 0.01$);
- між рівнем ПТСР та критерієм суїцидальний намір ($r_s = - 0.879$ при $p \leq 0.01$).

Відповідно до отриманих результатів, ми можемо сказати, що було встановлено зв'язок наявності певного рівня посттравматичного стресового розладу з компонентами - агресивністю, ворожістю та суїцидальними намірами. Тобто військовослужбовці з наявністю посттравматичного стресового розладу мають високий рівень агресивності, ворожості та схильності до суїцидальних намірів. І навпаки, військовослужбовці з низьким рівнем агресивності, ворожості та схильності до суїцидальних намірів мають адаптованість до травмуючи подій, що можуть викликати посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців, що перебувають в зоні бойових дій.

За результатами констатувального експерименту, ми визначили, необхідність у здійсненні пошуку шляхів колекційного впливу щодо зниження виникнення посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, що перебувають у зоні бойових дій ООС.

За результатами проведеної нами діагностики, було з'ясовано, що серед усіх респондентів – 37.5%, що складають 15 осіб, потребують корекційної допомоги стосовно зниження виникнення посттравматичного стресового розладу. Таким чином, ми маємо підстави щодо необхідності проведення корекційно-розвивальних заходів стосовно зниження виникнення ПТСР. Тому нами була сформована експериментальна група, що складалась із 15 респондентів, при констатувальному експерименті у яких було виявлено посттравматичний стресовий розлад, високий рівень агресивності, ворожості та суїцидальних намірів. Деталі колекційної програми, особливостей її проведення на експериментальній групі та результати перевірки її ефективності по її впровадженню представлені у третьому розділі дипломної роботи.

Висновок до другого розділу

Організація та проведення констатувального експерименту обумовлюють висновки другого розділу дослідження.

Типовими особливостями посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців, що перебували в зоні бойових дій ООС є: високого рівня агресивності, ворожості та схильність до суїциду. В подальшому житті та професійній діяльності можна говорити про високу ймовірність суїциду, погіршення зв'язків з сім'єю, близькими та колегами, неможливість продовжувати професійну діяльність. В окремих випадках відсутність допомоги при ПТСР може спричинити виникнення загрози безпеці та життю окремих особистостей.

В результаті виокремлених нами компонентів ПТСР нами було визначено напрямки дослідження та здійснено добір методичного інструментарію стосовно дослідження. З метою виявлення вищеперерахованих нами компонентів та власне рівня розвитку ПТСР нами були застосовані такі методики: Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант), що була застосована з метою діагностики наявності посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, що перебували в зоні бойових дій ООС. Опитувальник рівня агресивності А. Басса - А. Даркі, для діагностики компонентів ПТСР: агресивності та ворожості. Оцінка схильності до суїцидальних реакцій з метою діагностики суїцидального компонента при посттравматичному стресовому розладі.

За результатами проведеного нами констатувального експерименту, ми можемо зауважити, що у значної частини респондентів відсутній посттравматичний стресовий розлад та низький або середній рівень агресивності та ворожості та середній, або нижче середнього рівень суїцидальних намірів.

При узагальненні кількісних показників співвідношень за виявленими нами показниками показує якісну специфіку отриманих результатів. Відсутність ПТСР у військовослужбовців, що перебувають в зоні бойових дій буде при: низькому рівні агресивності, ворожості та низькому рівні суїцидального компонента. Відповідно до цього, нами було констатовано, що у більшості респондентів низька, або середня схильність до ПТСР.

У результаті проведеної нами діагностики, було виявлено, що 37.5% респондентів, що становить 15 військовослужбовців потребують колекційної допомоги щодо зниження емоційної залежності. При первинній діагностиці у даних досліджуваних було виявлено: високий рівень агресивності, ворожості та суїцидальних намірів.

Наявність посттравматичного стресового розладу зумовлює необхідність розробки та впровадження психокорекційної програми, щодо зниження рівня виникнення посттравматичного стресового розладу та зниження рівня агресивності, ворожості та суїцидальних намірів.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗАСОБАМИ АРТ-ТЕРАПІЇ

3.1. Розробка та впровадження психокорекційної програми з подолання посттравматичних стресових розладів військовослужбовців

Розробка та впровадження психокорекційної програми посттравматичних стресових розладів військовослужбовців, є важливим елементом їх реабілітації. Проте, важливо розуміти, що лише психологічного впливу при формуванні такого складного явища як посттравматичний стрес, може не вистачати, тому впровадження корекційних та тренінгових програм, у процесі психокорекції, постає нагальною проблемою сьогодні.

Відповідно загальної тривалості курсу арт-терапії і моменту її початку, з точки зору етапів розвитку адаптаційних реакцій і їх різних результатів в результаті психічної травми, програма може складатися з декількох етапів, кожен з яких включає ті чи інші техніки і види роботи.

Перший етап роботи в рамках програми включає початкову психологічну стабілізацію, створення безпечного середовища, освоєння найпростіших способів саморегуляція, а також підтримку і пошук нових способів комунікації і самовираження.

Другий етап програми спрямований на екстерналізацію і початкову переробку травматичного досвіду на основі використання як більш звичних, так і альтернативних засобів комунікації та терапевтичних відносин. Однією з його особливостей є початкове вираз емоційно-зарядженого психологічного матеріалу з підвищеною увагою до його утримування та підтримці оптимального рівня навантаження.

Третій, основний етап програми пов'язаний з змістовної особистісної переробкою досвіду психічної травми, а також з особистісної реконструкцією, з перебудовою і розвитком системи значущих відносин, поступовою зміною

звичних схем реагування та самооцінки. В умовах арт-терапії перебудова і розвиток відносин на даному етапі тісно пов'язані з різними формами репрезентації (образного і словесного) досвіду. Принципове значення при цьому має представлення про те, що відносини не можуть бути усвідомлені і змінені, поки предмети відносин не будуть певним чином репрезентувані. Основними підлягають репрезентованими предметами, пов'язаними з системою значущих відносин, при цьому виступають: особистість (ідентичність) учасників занять; їх соціальні ролі і функції; їх життєві навички (включаючи навички подолання складності цих життєвих ситуацій); значущі інші; минуле, сьогодення і майбутнє; травматичне подія (досвід психічної травми) і його місце в житті; навколишнє середовище (природне, соціальна, культурна оточення проживання), світ в цілому.

Підведення підсумків та завершення програми розраховано на останні кілька, як правило, два заняття. Ця частина програми служить позначенню основних «уроків» і відкриттів, пов'язаних з попередніми етапами, закріпленню досягнутих змін і планування подальших дій, пов'язаних зі збереженням і посиленням позитивних ефектів роботи.

Важливим завданням цього етапу також є вираження почуттів, пов'язаних із закінченням роботи групи.

Результати констатувального експерименту, дали змогу повною мірою оцінити сформованість основних компонентів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців та засвідчили потребу розробки та впровадження корекційної програми. Для впровадження корекційної програми нами була сформована експериментальна група з 15 військовослужбовців, що перебували в зоні бойових дій.

Завданнями формульовального етапу нашого експерименту було визначено:

- 1) розробити та впровадити психокорекційну програму зниження виникнення посттравматичних стресових розладів військовослужбовців;

- 2) провести контрольний зріз зниження посттравматичних стресових розладів військовослужбовців учасників корекційної групи;

3) здійснити аналіз ефективності впливу психокорекційної програми посттравматичних стресових розладів військовослужбовців;

4) розробити практичні рекомендації психологам, щодо психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців.

Корекційна програма щодо зниження виникнення посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців складається з 8 занять, тривалість по 60-70 хв, що проводилась з періодичністю два рази на тиждень.

Метою даної корекційно-розвивальної програми – зниження проявів посттравматичних розладів, шляхами формування навичок самоконтролю та самоаналізу.

Відповідно до мети, ми виокремили наступні завдання:

1. Знизити рівень ворожості та агресивності.
2. Знизити рівень суїцидальних намірів особистості.
3. Розвивати навички самоконтролю та самоаналізу.
4. Підвищити рівень адаптивності до травмуючих подій.

Перелік методів та форм роботи, які будуть використовуватись під час занять: ігри, вправи, арт-терапевтичні методики, обговорення, релаксаційні вправи.

Очікувані результати:

- формування навичок самоконтролю;
- оволодіння прийомами, які допомагають долати негативні думки;
- розвивати вміння взаємодопомоги при виникненні травмуючої події.

Форма занять – групова.

Тематичний план занять зображено у таблиці 3.1.1.

ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН

№	Структура заняття	Обладнання	Тривалість
Перший етап			
1.	Вправа «Автограф» Обговорення Вправа «Почергове малювання» Обговорення Вправа «Повітряна кулька»	Аркуші А4, кольорові олівці Аркуші А4, кольорові олівці	20 хв. 5 хв. 25 хв. 5 хв. 5 хв.
2.	Вправа «Прислухайся до себе». Вправа «Каракулі тіла» Обговорення Вправа «Каракулі з доопрацюванням» Обговорення Вправа «Заземлення»	Ватман, кольорові олівці, фарби, пензлики Ватман, кольорові олівці, фарби, пензлики	5 хв. 20 хв. 5 хв. 20 хв. 5 хв. 5 хв.
3.	Вправа «Захисний контейнер» Обговорення Вправа «Стирання інформації»	Аркуші А3, кольорові олівці, фарби, пензлики,	45 хв. 5 хв. 10 хв.
Другий етап			
4.	Вправа «Мережа підтримки» Обговорення Вправа «Небо»	Аркуші А4, кольорові олівці, фарби, пензлики, ножиці, клей	45 хв. 5 хв. 10 хв.
5.	Вправа «Пейзажі емоційного стану ч.1» Обговорення Вправа «Пейзажі емоційного стану ч.2» Обговорення	Аркуші А4, кольорові олівці, фарби, пензлики	30 хв. 5 хв. 30 хв. 5 хв.
6.	Вправа «Робота з відчуттями злості та гніву» Вправа «Релаксація на контрасті»	Аркуші А3, газети та журнали з ілюстраціями, клей, ножиці	45 хв. 15 хв.
Третій етап			
7.	Вправа «Образ – Я» ч.1 Обговорення Вправа «Образ - Я» ч.2 Обговорення	Аркуші А4, особисті фотографії, кольоровий папір чи картон, кольорові олівці, клей, ножиці	30 хв. 5 хв. 30 хв. 5 хв.
8.	Вправа «Турбота про особисті потреби» Обговорення	Аркуші А3, А2 і А1, журнали з ілюстраціями, клей, ножиці.	50 хв. 10 хв.

ЗАНЯТТЯ 1

Вправа «Автограф»

Мета: початкове саморозкриття і представлення себе в групі.

Хід вправи:

Учасники на аркушах А4 мають зобразити або написати своє ім'я або метафоричний образ свого імені. Після завершення учасники представляють свої роботи.

У доступній формі учасникам занять може бути надана інформація про зв'язок психіки і соматики, ролі психоемоційних стресів, співвідношенні позитивних і негативних емоцій в порушенні здоров'я і виздоровлення, значенні образного сфери і творчої діяльності для емоційного здоров'я, відповідальності людини за переживання різних емоційних станів.

Вправа « Почергове малювання»

Мета: зняття колективної напруги, розвиток нового способу самовираження та комунікації.

Хід вправи:

Перший учасник малює протягом двох хвилин, потім передає іншому і т.д., поки малюнок по колу не повернеться до першого учаснику. Обговорюється, кому що сподобалося в отриманому малюнку, і що - ні.

Вправа «Повітряна кулька»

Мета: розслаблення, закріплення стану спокою.

Хід вправи:

Психолог: «Уявіть собі, що у ваших грудях знаходиться повітряна кулька. Вдихніть через ніс і повністю заповніть легені повітрям. Видихніть його ротом і відчуйте, як воно виходить з легень. Повторюйте, не поспішаючи. Дихайте та уявляйте, як кулька наповнюється повітрям і стає все більшою та більшою. Повільно видихніть ротом, ніби повітря тихенько виходить з кульки. Зробіть паузу і порахуйте до десяти. Знову вдихніть і наповніть легені повітрям. Затримайте його, порахуйте до 3-х, уявляйте при цьому, що кожна легеня — це надута кулька. Видихніть. Відчуйте, як тепле повітря проходить через легені,

горло, рот. Повторіть 3 рази, вдихаючи та видихаючи повітря. Зупиніться та відчуйте, що ви сповнені енергії, а все напруження зникло.»

ЗАНЯТТЯ 2

Вправа «Прислухайся до себе»

Мета: налаштувати групу на відповідну роботу.

Хід вправи:

Психолог задає питання:

1. Якщо б твій настрій можна було розфарбувати, то якого б кольору він став?

2. На яку тварину або рослину схожий твій настрій?

3. Якого кольору радість, смуток, тривога, страх?

Учасники відповідають подумки.

Вправа «Каракулі тіла»

Мета: зняття психологічних блоків тіла та свідомості.

Хід вправи:

На стіну на рівні тулуба учасника кріпиться ватман. Хаотичними, некерованими рухами, одночасно двома руками всі учасники починають малювати довільні лінії. Процес триває 20 хвилин після чого іде обговорення внутрішніх переживань, почуттів.

Вправа «Каракулі з доопрацюванням»

Мета: пошук ресурсу для подолання проблеми.

Хід вправи:

Учасники продовжують роботу над малюнком, тільки тепер шукають в ньому образи які відгукуються. Надають образам більш чітких контурів та за потреби замальовують в колір. Після завершення роботи іде обговорення малюнку та проговорення свого ресурсу для подолання проблеми.

Вправа «Заземлення»

Мета: повернути особистість в стійкий стан.

Хід вправи:

Психолог: «Озирніться довкола та уважно огляньте приміщення або місцевість, де ви перебуваєте. Звертайте увагу на дрібні деталі, навіть якщо ви їх добре знаєте. Повільно, не кваплячись, подумки переберіть всі предмети один за одним у певній послідовності. Постарайтеся повністю зосередитися на цій «інвентаризації». Говоріть подумки самому собі або допомагайте тим, хто поруч: «Ось – дерево, це береза. Ось – стовп. Собака пробігла ...» У приміщенні: «Це – коричневий письмовий стіл, білі фіранки, червона ваза для квітів ...» і т.д. Зосередившись на кожному окремому предметі, ви відволічетесь від внутрішньої стресової напруги, спрямовуючи свою увагу на раціональне сприйняття навколишнього середовища.»

ЗАНЯТТЯ 3

Вправа «Захисний контейнер»

Мета: знизити емоційну напругу, врегулювати поведінку і соматичні прояви пов'язані з травматичним стресом.

Хід вправи:

Підготовка

1. Подумайте, які неприємні думки, спогади, почуття, неприємні фізичні відчуття або поведінкові прояви ви хотіли б нейтралізувати шляхом контейнерування.

2. Спробуйте подумки уявити собі контейнер, в який ви могли б прибрати ці неприємні думки, почуття, відчуття або фрагменти поведінки. Якого розміру може бути цей контейнер, як він виглядає, з чого він зроблений, де розташовується? Чим яскравіше ви уявите собі його форму, тим ефективніше він буде працювати. Ця форма може бути як реальною, так і фантастичною або чарівною. Ваш контейнер може мати певний «замок» на вході і виході. Ви можете ним скористатися, коли досить стабілізуєте і захочете зустрітися з тим, що вас колись травмувало або бентежило для того, щоб переосмислити свій досвід і витягти з нього певні уроки. Деякі приклади форм контейнера наступні:

- надійно закривається кімната, розташована в кінці довгого коридору; чарівна скринька або мішок, що дозволяє надійно утримувати всередині будь-яку енергію;

- хмара, яке утворюється шляхом конденсації (згущення) неприємних відчуттів, думок і спогадів, і повільно переміщаючись по небу, забирає вдалину або сублимує негативну енергію;

- надувну кульку, в якій в момент видиху може бути поміщена неприємна інформація.

Основна частина

1. Зобразіть той контейнер, які ви представили.
2. Уявіть і покажіть те місце, в якому він знаходиться.
3. Розгляньте малюнок і, якщо хочете, додайте деталі, які могли б зробити контейнер більш ефективним і надійним.

Опис і самоаналіз

1. Опишіть намальований контейнер. Постарайтеся конкретизувати його ознаки і місце розташування.
2. Поясніть, чому ці ознаки і місце розташування для вас важливі.
3. Опишіть ті уявні кроки, які ви робите, поміщаючи неприємні думки або переживання в контейнер. Наприклад, ви можете уявити і описати, як ви надаєте певну форму цим почуттям і думкам, завертаєте або пов'язуєте їх, а потім ставите в контейнер і надійно закриваєте вхід.

Вправа «Стирання інформації»

Мета: подолання впливу травмуючої події, звільнення від переживань

Хід вправи:

Психолог: «Сядьте зручно й заплющте очі. Уявіть, що перед вами лежить чистий аркуш паперу, олівці й гумка. Подумки спробуйте намалювати стресову ситуацію, що з вами трапилась. Подумки візьміть гумку й послідовно «зітріть» з аркуша цей негативний образ. Стирайте до того часу, поки стресова картинка не зникне. Після чого уявіть знову чистий аркуш паперу. Пам'ятайте: ніхто з нас не застрахований від стресових ситуацій, однак не варто концентруватися

на неприємностях, потрібно діяти, шукати нові варіанти виходу, піклуватися про власне здоров'я. Зі стресом впоратися можна, варто лише мати бажання й трохи вільного часу для себе.»

ЗАНЯТТЯ 4

Вправа «Мережа підтримки»

Мета: усвідомити і метафорично зобразити ту підтримуючу «мережу» людей, яка може прийти на допомогу в складній життєвій ситуації.

Хід вправи: підготовка

1. Складіть список людей або груп, які надають або можуть надати вам підтримку, позначивши їх в стовпчик з лівого боку аркуша паперу. Це можуть бути, наприклад: Родичі; Друзі; Знайомі; Вчителі; Колеги; Психолог (психотерапевт); Духовні вчителі та наставники;

2. Уявіть, які витягнуті, гнучкі предмети і матеріали могли б метафорично передавати кожен елемент з вашої мережі підтримки. Це можуть бути такі матеріали, як нитки, пряжа, мотузка, ремінь, ланцюжок, волосінь, струната ін. Постарайтеся уявити конкретну речовину, з якого вони виготовлені. Це можуть бути шерсть, шовк, синтетичне волокно, метал (конкретизуйте, який саме) та ін. Уявіть собі також забарвлення кожного з них, а також їх інші, зокрема візуальні і тактильні характеристики: пружність, жорсткість або м'якість, товщину, гладкість або шорсткість і т. д. Позначте всі ці матеріали і опишіть ці характеристики навпроти кожного елемента вашої підтримки.

Основна частина

1. Намалюйте ряд витягнутих, гнучких предметів і матеріалів у вигляді смуг, намагаючись передати їх властивості (колір, фактуру і ін.) на аркуші А4, залишаючи між ними вільний простір. Поруч з кожним з них можете написати, якого людину або групу людей з мережі вашої підтримки вони позначають.

2. Виріжте по контуру кожен із зображених ниткоподібних предметів.

3. Розділіть їх на дві рівні групи.

4. Потім розмістіть смужки з однієї групи вертикально на чистому аркуші паперу формату А3, залишаючи між ними порожній простір розміром приблизно в половину ширини кожної смужки.

5. Приклейте все смужки зверху до аркуша паперу.

6. Маючи горизонтально смужки з другої групи, продіньте одну за однією через приклеєні вертикальні до листка, формуйте плетену поверхню.

7. Приклейте вільні кінці вертикальних і горизонтальних смужок до паперовій основі.

Опис і самоаналіз

1. Подивіться на те, що вийшло, і опишіть свої враження. Сприймається чи створена пов'язана поверхню як досить міцна або слабка, досить велика або маленька?

2. Запишіть пояснення, чому ви вирішили позначити кожен елемент своєї мережі підтримки нитковидним предметом з відповідними властивостями, які мали певний колір, щільність, матеріал виготовлення і т.д.

3. Постарайтеся згадати деякі ситуації, коли ви потребували зовнішньої підтримки. Чи мали ви можливість скористатися цією підтримкою, шукали її? Якщо немає, то чому?

4. Поясніть, чому кожен з позначених вами факторів зовнішньої підтримки ви вважаєте для себе значущим.

5. Подумайте і запишіть, як ви могли б підсилити або поліпшити наявну у вас мережа підтримки. Подумайте, до яких ще людям або групам людей ви могли б звертатися в складних життєвих ситуаціях. Які кроки ви можете зробити для того, щоб посилити наявну у вас мережа підтримки?

Вправа «Небо»

Мета: зняття емоційної напруги.

Хід вправи:

Психолог: «Уявіть, що зараз літній ясний день. Ви лежите на траві. Відчуваєте м'якість і свіжість цієї трави, її запах. Лежачи на спині, ви дивитеся в небо: чисте, безхмарне, блакитне. Споглядайте його якийсь час.

От у полі вашого зору з'явився метелик. Коли він пролітає над вами, відзначте, яким він здається невагомим, як гарно забарвлені його крила. Ви спостерігаєте, як він віддаляється, зникаючи з очей.

Тепер ви побачили орла, що літає високо в небі. Ви стежите за його польотом і поступово все глибше проникаєте в блакитну далечінь неба.

Потім ви спрямовуєте погляд ще вище. Тепер ви бачите, що високо в небі пропливає біла хмарина. Спостерігайте за тим, як вона повільно розчиняється.

Нарешті перед вами — лише безмежне небо. Відчуйте себе небом — нематеріальним, безтілесним, всеосяжним. Відчуйте, що у вас немає меж, що ви присутні всюди. Ви можете досягти всього, проникнути крізь усе, ніщо не в змозі вас зупинити. Усвідомте в собі відчуття легкості духу, ширяння, відсутності будь-якого тиску.»

ЗАНЯТТЯ 5

Вправа «Пейзажі емоційного стану» частина 1

Мета: оцінка поточного стану, або стану яке пов'язане з пережитою важкою життєвою ситуацією.

Хід вправи:

Підготовка

1. Уявіть собі певний пейзаж, який міг би служити метафорою вашого поточного емоційного стану або пережитої вами психічної травми (складній життєвій ситуації). На пейзажі можуть бути гори або пагорби, пустеля, скелі, морський пейзаж і т. Д.

2. Постарайтеся відчутти і уявити собі погодні умови, характерні для цього пейзажу і відповідають вашому емоційному стану. Ви, зокрема, можете уявити собі морозну погоду і снігопад, спеку, шторм або повінь і т. Д.

Основна частина

Створіть картину, передавальну той пейзаж і ті погодні умови, які ви представили, на аркуші форматом А4. Додайте деталі, постарайтеся зробити картину більш виразною.

Опис і самоаналіз

1. Уявіть, що може відчувати людина, що знаходиться в тому чи іншому місці на зображеній вами місцевості. Позначте почуття і фізичні відчуття.

2. Уявіть і опишіть, що робив би людина, опинившись в цьому місці. Наприклад, шукав би він укриття, стояв би на місці або рятувався втечею.

3. Сфокусуйте черзі увагу на різних деталях створеної картини і постарайтеся позначити почуття, що асоціюються з ними. Так, наприклад, самотнє дерево може передавати переживання самотності.

Вправа «Пейзажі емоційного стану» частина 2

Мета: оцінити, чи відбулись позитивні зміни в емоційному стані.

Хід вправи:

Підготовка

Уявіть, як можна було б змінити створений вами пейзаж і стан природи на ньому:

- додаючи або замінюючи деякі елементи картини;
- міняючи місцями або трансформуючи наявні елементи;
- зменшуючи або посилюючи певні частини;
- змінюючи погодні умови.

Основна частина

Створіть ще одну картину, яка транслює змінений пейзаж або погодні умови. Довіртеся процесу, вибираючи форми і кольору, які будуть потрібні, щоб зробити картину більш виразною.

Опис і самоаналіз

1. Уявіть, що може відчувати людина, що знаходиться в тому чи іншому місці на зображеній вами місцевості. Позначте його почуття і фізичні відчуття.

2. Уявіть і опишіть, що робив би людина, опинившись в цьому місці. Наприклад, він міг би танцювати, гуляти, відпочивати, лежачи на траві, милуватися краєвидом і т. д.

3. Сфокусуйте черзі увагу на різних деталях створеної картини і постарайтеся позначити почуття, що асоціюються з ними.

4. Розмістіть обидва малюнка поруч один з одним і зверніть увагу на подібності та відмінності між ними.

5. Постарайтеся пояснити письмово, чому ви хотіли б перебувати в тій чи іншій обстановці.

ЗАНЯТТЯ 6

Вправа «Робота з відчуттями злості та гніву»

Мета: виразити почуття злості та гніву в метафоричній, зображувальній формі. Розвинути навик управління своїм гнівом.

Хід вправи:

Підготовка

Постарайтеся згадати різні прояви почуттів злості і гніву на емоційному і фізичному рівні, можливо, внутрішньо звертаючись до якоїсь події з вашого життя.

Основна частина

1. Перегляньте ілюстрації в газетах і журналах і підберіть кілька картинок, які б відповідали на питання «На що схожі мої почуття злості і гніву?». При виконанні даної вправи краще користуватися зображеннями неживих предметів (природні і неприродні об'єкти).

2. Виріжте ці картинки.

3. Подивіться на вирізані картинки, передають ваші почуття злості і гніву, і постарайтеся описати такі характеристики, пов'язані із зображеними об'єктами або їх групами:

- маса, розмір, текстура і температура;
- відчуття, які виникали б у вас, якби ви взяли один або кілька об'єктів в свої руки;
- які звуки здатні зробити дані предмети?
- які звуки ви хотіли б зробити за допомогою даних предметів (предмета)?
- що могли б сказати ці предмети (предмети)?

- де ці предмети (предмет) перебувають?
- чи є ці предмети нерухомими або рухаються?
- якщо вони рухаються, то як, в якому ритмі і з якою швидкістю?

4. Знову подивіться ілюстрації в газетах і журналах і підберіть один або кілька малюнків, які могли б служити «помічниками» предметів, зображеним на попередніх картинках.

5. Переміщуючи перші і другі малюнки на аркуші паперу, постарайтеся знайти для них оптимальне розташування відносно один одного і потім приклейте їх.

6. Дочекайтеся, щоб почуття злості і гніву, що проявилися в процесі роботи, стабілізувалися, і щоб ви відчули себе досить спокійно.

Опис і самоаналіз

1. Опишіть, що справило на вас найбільше враження в цій вправі.
2. Поясніть, що спільне між почуттями злості і гніву і знайденими вами малюнками.
3. Опишіть якості обраних вами предметів-«помічників». Як вони «допомагають» предметів, що асоціюється зі злістю і гнівом?
4. Поясніть, чому ви розташували ті і інші картинки саме таким чином?
5. Що предмети- «помічники» можуть символізувати в вашому житті, як це може допомогти вам краще висловлювати почуття злості і гніву?
6. Подумайте, які ще способи конструктивного вираження цих почуттів можливі.
7. Подумайте, чим вираження почуттів злості і гніву може бути для вас корисно, до яких змін у вашому житті це могло б привести.

Вправа «Релаксація на контрасті»

Мета: зняти м'язове та емоційне напруження.

Хід роботи:

Психолог:

«Так сильно, як можете, напружте пальці ніг. Потім розслабте їх.

Натягніть й розслабте ступні ніг.

Напружте й розслабте гомілки.

Напружте й розслабте коліна.

Стисніть й розслабте стегна.

Напружте й розслабте сідничні м'язи.

Стисніть й розслабте живіт.

Розслабте спину й плечі.

Відпустіть кисті рук.

Ослабте передпліччя.

Розслабте шию.

Розслабте лицьові м'язи.

Посидьте в цьому стані декілька хвилин, якщо вам здаватиметься, що ви повільно пливете, то виповністю розслабилися.»

ЗАНЯТТЯ 7

Вправа «Образ – Я» частина 1

Мета: передача поточного образу «Я»

Хід вправи:

Підготовка

Подумайте над тим, як пережита коли-небудь психічна травма або складна життєва ситуація (в тому числі повторююча неприємні події) вплинули на ваше ставлення до себе, включаючи ваше уявлення про себе як особистості, своїх інтелектуальних і емоційних можливостях, зовнішності

і фізичних якостях і т. д.

Основна частина

1. Використовуючи кольоровий папір або картон, створіть або намалюйте рамку, в яку ви могли б помістити своє зображення (ксерокопію своєї фотографії). Така рамка повинна символізувати пережиту вами коли-небудь психічну травму або складну життєву ситуацію (в тому числі повторювані неприємні події у вашому житті, «удари долі»). За розміром вона повинна відповідати формату паперу А4

2. Помістіть чорно-білу ксерокопію своєї фотографії всередину рамки (при ксерокопіюванні ваша фотографія повинна бути збільшена або зменшена до розміру А4).

3. Приклейте рамку і зображення на лист більш щільного паперу А4.

4. Виберіть олівці одного або декількох кольорів, щоб розфарбувати копію своєї фотографії або намалювати на ній певні деталі, щоб передати те, як травма або неприємні події вашого життя вплинули на ваше уявлення про себе.

Опис і самоаналіз

1. Подивіться на своє зображення і подумайте, чому ви вибрали саме цю фотографію.

2. Подумайте, чому ви зобразили або створили для свого образу саме таку рамку. Який сенс або переживання ви вкладали в кольори або форми рамки.

3. Який зв'язок ці особливості мають з перенесеним травматичним або неприємною подією?

4. Запишіть назви кольору (квітів), які ви вибрали для розфарбовування свого зображення. Подумайте, чому ви вибрали саме цей колір (кольори)? Яке символічне значення вони мають?

5. Опишіть, що ви відчуваєте з приводу того, що помістили свій образ в рамку, що позначає перенесене травматичне або неприємна подія. Як воно вплинуло на ваше сприйняття себе?

Вправа «Образ – Я» частина 2

Мета: передати той образ «Я», який не підпав під деформуючий вплив психічної травми.

Хід вправи:

Підготовка

1. Подивіться на те, що ви створили на першому етапі виконання цієї вправи, і уявіть, що зображена людина - це не ви, а хтось інший.

2. Які почуття охопили б по відношенню до цієї людини, якби дізналися, що він переніс?

Основна частина

1. Створіть нову рамку для цієї людини на фотографії, прагнучи поліпшити його уявлення про себе, показуючи, що перенесена психічна травма або складні життєві обставини - це далеко не все, що може визначати самооцінку людини.

2. Виріжте цю рамку і помістіть її на новий аркуш паперу формату А4.

3. Помістіть нову копію фотографії (тієї ж самої, яку ви використовували при виконанні першої частини даного завдання) в рамку і потім приклейте рамку і фотографію до листа щільного паперу.

4. Виберіть один або кілька кольорових олівців, щоб передати інше сприйняття образу людини на фотографії, а потім розфарбуйте його образ.

Опис і самоаналіз

1. Подумайте, чому ви зобразили або створили для свого другого способу саме таку рамку.

2. Який сенс або переживання ви вкладали в кольори або форми цієї другої рамки?

3. Запишіть назви кольору (квітів), які ви вибрали для розфарбовування другого зображення. Подумайте, чому ви вибрали саме цей колір (кольори)? Яке символічне значення вони мають?

4. Порівняйте два образи. Як створені рамки і розфарбування зображення впливають на сприйняття вашого зображення?

5. Якби ви зберегли другу рамку і споглядали поміщене в неї своє зображення, як це могло б впливати на ваше самосприйняття?

6. Що заважає вам в реальності сприймати себе в такому світлі?

7. Уявіть, які перші кроки ви могли б зробити, щоб поступово змінити своє ставлення себе?

ЗАНЯТТЯ 8

Вправа «Турбота про особисті потреби»

Мета: усвідомити важливість турботи за своїми особистими емоційними, духовними, фізичними потребами та знайти найбільш підходящий спосіб їх задоволення.

Хід вправи:

Підготовка

1. Подумайте над тим, як пережита коли-небудь психічна травма або складна життєва ситуація вплинула на ваше бажання і здатність піклуватися про свої емоційні, духовні і фізичні потреби. Які з цих потреб стали для вас менш важливі, а які - важливіші або з'явилися нові?

2. Яким чином ви задовольняєте свої емоційні та фізичні потреби в даний час?

3. Які потреби вихотіли б задовольнити в більшій мірі, як ви це можете зробити?

Основна частина

1. Виберіть і виріжте з журналів зображення, які могли б ілюструвати ваші поточні емоційні, духовні і фізичні потреби і способи їх задоволення. Це можуть бути фотографії із зображенням їжі, занять фізичною активністю, відпочинком на природі. На фото можуть бути представлені як середовище і об'єкти, так і люди, що займаються якоюсь справою.

2. Постарайтеся розташувати всі ці образи у вигляді фотоколажа так, щоб вони формували в цілому щось, що нагадує фігуру людини. Підберіть для цього лист відповідного формату. Подумайте, в якій частині тіла краще розташувати ті чи інші картинки в залежності від характеру потреб.

3. Коли знайдете оптимальне розташування для картинок у внутрішньому просторі фігури людини, можете їх приклеїти.

Опис і самоаналіз

1. Подумайте і опишіть свої міркування з приводу того, чому ви розташували картинки в тій чи іншій частині тіла на фотоколлажі.

2. Як вибрані картинки пов'язані з різними потребами?

3. Зверніть увагу на особливості загального розташування фігур і опишіть свої спостереження.

4. Запишіть свої міркування з приводу того, як ви могли б надалі задовольняти потреби різного характеру:

- фізичні;
- емоційні;
- пізнавальні і духовні.

У результаті застосування корекційно-розвивальної програми очікується покращення компонентів посттравматичних стресових розладів військовослужбовців, надбання відповідних знань, умінь та навичок і, як наслідок, підвищення ефективності взаємодії, що необхідно для їх адаптивності до травмуючої події.

Впровадження розробленої корекційної програми та оцінка її ефективності наведені у наступному пункті.

3.2. Оцінка ефективності психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців

Після проведення формувального експерименту, було проведено контрольний зріз з метою виявлення оцінки ефективності впровадженої програми. Повторна діагностика здійснювалося за допомогою методик, що були використані при проведенні констатувального експерименту:

1. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) .
2. Опитувальник рівня агресивності А. Басса - А. Даркі.
3. Оцінка схильності до суїцидальних реакцій.

Нами було з'ясовано, що рівень посттравматичного стресового розділу знизився за рахунок того, що знизився рівень агресивності, ворожості та суїцидальних намірів у військовослужбовців.

Детальний аналіз проведемо при порівнянні показників до та після впровадження колекційної програми в експериментальній групі. Результати групової психокорекції стосовно зниження рівня посттравматичного стресового розладу в експериментальній групі після проведення формувального експерименту наведені в таблиці 3.2.1.

Таблиця 3.2.1.

Рівень розподілу посттравматичного стресового розладу учасників експериментальної групи до та після впровадження психокорекційної програми за методикою « Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)»

Рівень прояву	Кількість у %	
	До впровадження корекційної програми	Після впровадження програми
Адаптовані до травми	0%	6,7%
Схильні до травми	0%	73,4%
Наяність ПТСР	100%	20%

Відповідно до даних, які ми отримали, можна сказати, що у більшості респондентів після відвідування корекційних занять за запропонованою нами програмою відбулись позитивні зрушення, щодо покращення стійкості до виникнення посттравматичного стресового розладу. Позитивна динаміка проявляється у тому, що у більшості військовослужбовців діагностовано схильність до виникнення травми. Це свідчить, що респонденти стали більш стійкими до травматизації від бойових подій, тепер вони менш схильні до уникання своїх колег, їм легше переживати травматичні ситуації, через розуміння того, що вони не самі і їм завжди буде з ким поділитись своїми переживаннями.

Діагностика рівнів агресивності під час формувального експерименту, свідчать про покращення показників в експериментальній групі. Після впровадження корекційної програми нами були зафіксовані зниження показників агресивності, тобто військовослужбовців з високим рівнем окреслених нами компонентів значно зменшилось. Кількісні показники отриманих даних наведено в таблиці 3.2.2.

Таблиця 3.2.2.

Рівень розподілу агресивності в учасників експериментальної групи до та після впровадження психокорекційної програми за опитувальником рівня агресивності А. Басса - А. Даркі.

Рівень прояву	Кількість у %	
	До впровадження корекційної програми	Після впровадження програми
Низький	0%	0%
Середній	0%	86,5%
Високий	100%	13,4%

Відповідно до даних, які ми отримали, можна сказати, що у більшості респондентів після відвідування корекційних занять за запропонованою нами програмою відбулись позитивні зрушення, щодозниження рівня агресивності. Позитивна динаміка проявляється у тому, що у більшості військовослужбовців діагностовано середній рівень агресивності. Це свідчить, що респонденти стали контролювати прояви власного гніву не лише по відношення до колег, але і по відношенню до власної особистості, військовослужбовці стали менш конфліктними та підтримують протистояння, лише у випадку альтернативної пропозиції, зменшилась схильні агресії на себе, через усвідомлення того, що вони не в силі все контролювати.

Діагностика рівнів ворожості під час формувального експерименту, свідчать про покращення показників в експериментальній групі. Після впровадження корекційної програми нами були зафіксовані зниження показників ворожості, тобто військовослужбовців з високим рівнем окреслених нами компонентів значно зменшилось. Кількісні показники отриманих даних наведено в таблиці 3.2.3.

Таблиця 3.2.3.

Рівень розподілу ворожості в учасників експериментальної групи до та після впровадження психокорекційної програми за опитувальником рівня агресивності А. Басса - А. Даркі.

Рівень прояву	Кількість у %	
	До впровадження корекційної програми	Після впровадження програми
Низький	0%	0%
Середній	0%	80%
Високий	100%	20%

За результатами, які ми отримали в ході контрольного зрізу, можна сказати, що більшість військовослужбовців, які були залечені до експериментальної групи, продемонстрували позитивні зрушення по даному критерію. У більшості респондентів виявлено середній рівень ворожості, після впровадження колекційної програми. Тепер респонденти менше проявляють вороже ставлення до оточуючих, вони стали менше злитись на обставини, які викликають переживання негативного стану, так як краще усвідомлюють свою цінність для суспільства та країни. Вони легше переживають події, які раніше викликали тривогу та панічний страх.

Діагностика рівнів суїцидальних намірів під час формувального експерименту, свідчать про покращення показників в експериментальній групі. Після впровадження корекційної програми нами були зафіксовані зниження показників схильності до суїциду, тобто військовослужбовців з високим рівнем окреслених нами компонентів значно зменшилось. Кількісні показники отриманих даних наведено в таблиці 3.2.4.

Таблиця 3.2.4.

Рівень розподілу суїцидальних намірів в учасників експериментальної групи до та після впровадження психокорекційної програми за методикою «Оцінка схильності до суїцидальних реакцій»

Рівень прояву	Кількість у %	
	До впровадження корекційної програми	Після впровадження програми
Низький	0%	0%
Нижче середнього	0%	6,6%
Середній	0%	19,8%
Вище середнього	6,7%	66,6%
Високий	93,3%	6,6%

Відповідно до даних, які ми отримали, можна сказати, що у більшості респондентів після відвідування корекційних занять за запропонованою нами програмою відбулись позитивні зрушення, щодозниження рівня суїцидальних намірів. Позитивна динаміка проявляється у тому, що у більшості військовослужбовців діагностовано вище середнього та середній рівень суїцидальних намірів. Дані показники свідчать, що респонденти будуть відчувати лише незначні труднощі при адаптації до травмуючи подій, вони стали усвідомлювати цінність власного життя, віднайшли свій сенс

перебування в умовах бойової обстановки, їм легше розмовляти про можливість смертельних випадків, через віру у краще життя після смерті.

В такому випадку, ми можемо зауважити, що розроблена корекційна програма ефективно впливає на зниження рівня посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, що перебували в бойових умовах ООС.

Розподіл показників, що було отримано нами після проведення формувального експерименту та застосування методів математичної обробки за критерієм коефіцієнту рангової кореляції Спірмена підтверджує ефективність застосованої нами психокорекційної програми. Порівняльний аналіз виділених нами компонентів та рівня розвитку посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, що стали учасниками експериментальної групи, мають статистично значущі зміни:

- між рівнем ПТСР та критерієм агресивність ($r_s = 0.963$ при $p \leq 0.01$);
- між рівнем ПТСР та критерієм ворожість ($r_s = 0.853$ при $p \leq 0.01$);
- між рівнем ПТСР та критерієм суїцидальний намір ($r_s = - 0.538$ при $p \leq 0.05$).

Детальніше статистична значущість отриманих результатів відповідно до критерію рангової кореляції Спірмена, а також зведені таблиці показників респондентів наведені у Додатку В.

Таким чином, дієвість запропонованої нами психокорекційної програми зниження посттравматичного стресового розладу підтверджується як результатами дослідження змін показників прояву виділених нами компонентів, так і загальними показниками розвитку даного феномену.

3.3. Практичні рекомендації психологам щодо подолання посттравматичних стресових розладів військовослужбовців

З метою психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців, нами було розроблено наступні

практичні рекомендації психологам, стосовно подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.

1. В результаті отриманої психічної травми військовослужбовці в подальшому можуть переживати невпевненість та страх перед майбутнім. Тому можна використати вправу «Прокладаючи шлях». Дана вправа пов'язана із створенням візуальної метафори шляху, що передає можливість подолати психо травму і зустрітись з майбутнім. Військовослужбовцю доведеться усвідомити та окреслити позитивні якості себе, як особистості і зовнішні ресурси, які допомагають пройти даний шлях. Все це буде слугувати опорою для того щоб рухатись в перед.

2. Важливим при подоланні травмуючої події є увага до основних потреба в харчування, відпочинку, фізичному комфорті, тощо, можливість їх задовольняти сприяє підтримці емоційного комфорту. Важливо задовольняти емоційні і духовні потреби, в першу чергу це переживання позитивних емоцій, які пов'язані з спілкуванням з оточенням, сприйняття витворів мистецтва. Задля того щоб військовослужбовець у вільних декілька хвилин міг їх задовольняти слід психологу провести вправу «Турбота про власні потреби», яка має на меті усвідомити військовослужбовцев важливість турботи про власні емоційні, духовні та фізичні потреби і знайти найбільш необхідні способи задоволення. Для цього можна використати будь-які журнали. Де військовослужбовцю необхідно вирізати із нього зображення, яке могло б ілюструвати теперішній емоційний стан, із вирізаних зображень сформувати фігуру людини, і приклеїти.

3.. Важливим при роботі з військовослужбовцями при посттравматичному стресовому розладі є допомогти в зниженні тривожності та напруги, з цією метою можна використати такі вправи: «Репетиція», «Уявне тренування». Вправа «Уявне тренування» полягає в тому, що людині пропонується продумати і уявити ситуацію, котра спричиняє тривогу. Ситуацію потрібно чітко уявити, спричинити її переживання і задалегідь ретельно продумати свою поведінку в ній.

4. Важливим при роботі із військовослужбовцями з ПТСР є навчити його методам релаксації, через те що тривалий час вони переживають відчуття тривоги і напруги. Задля зняття цих негативних психоемоційних станів, можна використовувати вправи з елементами релаксації, це можуть бути наступні вправи: «Хвилинна м'язова релаксація», «Протистресове дихання», «Самомасаж», «Тарзан», кожна з цих вправ не займає багато часу, проте дозволяє опанувати власний стан за мінімальний проміжок часу.

5. Допомогти подолати агресивність, можливо при використанні наступних вправ: «Півнячий бій», «Цирк», «Планети» та ін. Суть останньої полягає в тому, що учасникам пропонується уявити власні планети по яким вони згодом подорожуватимуть, продумати все до дрібниць, в тому числі і які люди там мешкатимуть. Їм потрібно назвати риси характеру жителів їх планети, а потім зрівняти яких рис більше позитивних чи негативних.

6. Підвищувати рівень рефлексивності та емпатії у військовослужбовців. Необхідно не лише мати змогу вирішувати свої проблеми, контролювати свої емоції і розвивати їх, потрібно ще уміти зрозуміти емоції людей, які знаходяться поруч. Тому рівень емпатії потрібно підвищувати і це стає можливо за допомогою таких вправ: «З'єднувальна нитка», «Що ти зробиш, якщо побачиш...», «Іграшка», «Що трапилось з героєм?», «Зустріч». У більшості з цих вправ учасникам потрібно назвати емоції, які переживають інші, уявити, що вони зробили б задля того, щоб підтримати людину або ж заспокоїти. Тобто розповісти як би вони вчинили в ситуаціях, коли інша людина відчуває позитивні або негативні емоції. А потім поділитись тим, які емоції в цей час вони самі переживали.

7. Один із аспектів успішного пристосування до складних умов є позитивне мислення та можливість акцентувати увагу на чомусь хорошому. Велику роль у діяльності військовослужбовця при складних умовах є вміння радіти дрібницям. Розвивати позитивне мислення можна використовуючи наступні вправи: «+5», «Мій ідеальний день», «Мирний договір із минулим». Особливою у застосуванні є вправа «+5», суть якої полягає в тому, що на негативну подію,

яка трапилась в діяльності військовослужбовця є знайти 5 позитивних сторін, того, що нещодавно трапилось. При початковому застосуванні військовослужбовцям буде складно її виконувати, проте з плином часу буде менше, так як вже відбуватиметься автоматично і буде змінювати ставлення до негативу, що займає значне місце в житті військовослужбовця.

Висновки до третього розділу

Результати отримані на формульовальному етапі дослідження надали можливість сформулювати висновки до даного розділу.

Розроблена психокорекційна програма стосовно подолання посттравматичного розладу військовослужбовців, що перебували в зоні бойових дій визначило основу при проведенні формульовального експерименту. За результатами проведеного аналізу, ми виокремили компоненти посттравматичного стресового розладу, а саме: агресивність, ворожість та суїцидальні наміри є ключовими компонентами прояву при наявності у військовослужбовця строкової служби посттравматичного стресового розладу, так як кожен із компонентів займає важливе місце при виникненні розладу, так як від рівня розвитку кожного з компонентів залежить рівень прояву посттравматичного стресового розладу.

Агресивність - ситуативний стан, що характеризується афективними спалахами гніву та імпульсивними проявами поведінки, спрямованими на об'єкт фрустрації, що став причиною конфлікту. Нормою агресивності у військовослужбовців є завищений показник порівняно з цивільною особою, проте великі показники свідчать про негативні прояви особистості військовослужбовця в процесі діяльності, що може сприяти виникненню ПТСР.

Ворожість - комплекс афектів, який включає в себе такі емоції, як гнів, огиду та відразу. В процесі нашого дослідження ворожість також має на увазі підозрілість особистості по відношенні до навколишнього світу, недовіра,

уникнення, тощо., що в надмірному прояві сприяє виникненню ПТСР, і являється одним із проявів наявності розладу.

Під суїцидальним наміром розуміється мотивований феномен, що пов'язує між собою внутрішньо-психічну та зовнішньо-дієву складову вчинку. Частіше за все можна помітити у постійних розмовах на дану тему, можливі відверті або приховані розмови про самогубство. Ми зясували, що при високому рівні прояву суїцидальних намірів, в комплексі з іншими компонентами негативною впливає на особистість .

Ми зясували, що для відсутності посттравматичного стресового розладу необхідно низький рівень агресивності, ворожості та суїцидального наміру.

Під час розробки психокорекційної програми нами були враховані всі особливості компонентів, які впливають на ПТСР.

Задля підтвердження ефективності розробленої нами програми, ми провели контрольний зріз, і зясували, що більшість військовослужбовців, що корекційної групи виявили значні зрушення стосовно подолання посттравматичного розладу та його компонентів. У значної частини досліджуваних, що складала корекційну групу, було виявлено позитивні зрушення у показниках.

За проведенням аналізом формувального експерименту дослідження, ми можемо констатувати, той факт, що рівень ПТСР у військовослужбовців корекційної групи має позитивні зміни, що виявляється у зниженні показників посттравматичного стресового розладу, зниженні показників агресивності, ворожості та суїцидальних намірів. Розподіл показників, що було отримано нами після проведення формувального експерименту та застосування методів математичної обробки за критерієм коефіцієнту рангової кореляції Спірмена підтверджує ефективність застосованої нами психокорекційної програми.

Для покращення показників подолання ПТСР у військовослужбовців, ми розробили практичні рекомендації для психологів, які працюють із військовослужбовцями з ПТСР.

ВИСНОВКИ

У магістерській дипломній роботі наведено теоретичне узагальнення й нове вирішення проблеми психокорекції посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців, що полягає у визначенні його структурних компонентів; визначенні психологічних особливостей його розвитку у військовослужбовців; експериментальному дослідженні означеного явища та створенні й експериментальній апробації психокорекційної програми психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців.

1. Теоретичний аналіз психологічної літератури засвідчив, що психокорекція посттравматичних стресових розладів військовослужбовців є предметом багатьох підходів : психодинамічний (психоаналітичний); когнітивний підхід; психосоціальний підхід; психобіологічний (психофізіологічний) підхід. Під ПТСР розуміється тяжкий психічний розлад, який може розвинути після пережитої емоційно перевантаженої травматичної події, до яких можна віднести перебування в зоні бойових дій, природні та антропогенні лиха, сексуальне насильство та зґвалтування, пограбування, тортури, позбавлення волі, раптова втрата близької людини, певні діагнози, міжособистісні конфлікти, вимушене переселення та інші. Серед характерних проявів ПТСР у військовослужбовців виокремлюють: тривожність, панічні атаки, роздратованість, агресивність, ворожість, замкнутість у собі, відсутністю бажання взаємодіяти з оточенням, схильністю до суїцидальної поведінки. Арт-терапія при реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій є дієвою, так як вона заснована на невербальному вираженні почуттів. Невербальні засоби часто є єдино можливими для вираження і прояснення травмувального емоційного стану. Цей процес не контролюється свідомістю і може бути використаний як спосіб виплеснути болючі переживання назовні.

2. Концептуальною основою дослідження психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців є положення про те, що детермінантами психокорекції посттравматичних стресових розладів

військовослужбовців виступає: неформальне спілкування з товаришами по службі, особливості організації військової служби, участь у дискусіях, публічних виступах, програвання консультацій та психотерапії, застосування тренінгової роботи, інтермодальної та сімейної арт-терапії. Нами були виокремлені компоненти посттравматичного стресового розладу, які безпосередньо впливають на його інтенсивність, до таких компонентів, ми відносимо: агресивність, ворожість та суїцидальний намір. Відповідно до цього великий вплив на психокорекцію посттравматичних стресових розладів військовослужбовців мають умови проходження служби.

3. Дослідження ПТСР у військовослужбовців, що перебувають в зоні бойових дій, дозволило констатувати той факт, що більшість військовослужбовців мають адаптивність до травмуючої події, тобто вони не схильні до розвитку посттравматичного стресового розладу та низькі рівні розвитку за означеними нами компонентами, а саме: агресивність, ворожість та схильність до суїцидальних намірів. В той час, нами було з'ясовано, що майже в третини військовослужбовців наявний посттравматичний стресовий розлад та високі показники за наступними компонентами: агресивність, ворожість та схильність до суїцидальних намірів.

В результаті, ми можемо зауважити, що наявність посттравматичного стресового розладу у частини військовослужбовців присутня, що в результаті негативно відобразиться на самопочутті таких респондентів та на виконанні бойових завдань.

4. Усунення посттравматичного стресового розладу військовослужбовців, які перебували в зоні бойових дій є можливим лише при умові належної організованої діяльності, що являється основою для створеною нами психокорекційної програми. Розроблена психокорекційна програма спрямована на зниження рівня основних компонентів, що формують ПТСР. Програма складається із восьми занять, метою яких є: знизити рівень ворожості та агресивності, знизити рівень суїцидальних намірів особистості, розвивати

навички самоконтролю та самоаналізу, підвищи рівень адаптивності до травмуючи подій.

Формування виділених аспектів здійснюється за рахунок дії наступних психологічних технік: арт-терапевтичних вправ, ігор, бесіди та обговорення.

Результатом апробації психокорекційної програми є тенденції зростання кількості військовослужбовців в яких знизився рівень посттравматичного стресу.

Позитивна динаміка в показниках структурних компонентів психокорекції проявляється у зростанні показників потреби у спілкуванні, здобутті необхідних для ефективної комунікації знань та умінь, а також формуванні конструктивного типу поведінки.

В процесі дослідження було з'ясовано той факт, що вищезазначені складові психокорекції формуються поступово і складають відповідну ієрархію, а їх рівень розвитку у сукупності визначає рівень розвитку у цілому. В результаті апробації психокорекційної програми визначені тенденції по зниженню кількості військовослужбовців із наявністю ПТСР, відповідно зниженням рівні агресивності, ворожості та схильності до суїцидальних намірів. Тобто при наявності посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців наявий високий рівень розвитку вищеперерахованих компонентів. І навпаки, при адаптованості до травмуючи подій у військовослужбовця наявні низькі рівні окреслених компонентів.

5. Для покращення показників подолання ПТСР у військовослужбовців, ми розробили практичні рекомендації для психологів, які працюють із військовослужбовцями з ПТСР. Рекомендацію включають в себе набір вправ, які направлені на нормалізацію психологічного стану військовослужбовця та вправи на релаксацію.

Узагальнюючи все вищесказане, можна сказати про те, що проведене нами дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців. Перспективи подальших досліджень ми вбачаємо у вивченні музикальної та танцювальної

терапії, як засобу психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамова Г.С. Графика в психологическом консультировании. Москва: ПЕР СЭ, 2001. 142 с.
2. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ. 2016. 234 с.
3. Адаменко М. І. Основи наукових досліджень. Харків. : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2014. 188 с.
4. Аллан Дж. Ландшафт детской души. Санкт-Петербург: Диалог, 1997. 256 с.
5. Артемчук Г. І., Курило В. М., Кочерган М. П. Методика організації науково-дослідної роботи: навч. посіб. для студ. та викл. ВНЗ. Київ. держ. лінгв. ун-т. Київ: Форум. 2000. 270 с.
6. А. Бланк. - К. : Ника-Центр: Эльга-Н, 2001. - 448 с.
7. Дружинин В.Н. Психология семьи. Москва: КСП. 1996. 160 с.
8. Изотова М. Х. Применение арт-терапии в реабилитации детей, пострадавших в теракте. Дети Беслана: диагностика и реабилитация жертв террористического акта. Под ред. Л. М. Шипицыной. Санкт-Петербург, 2006.
9. Калмыкова Е. С. , Падун М. А. // Психол. ж. - 2002. - Т. 23, N 5. - С. 88-99
10. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса: монография. Москва: Наука, 1983. 372 с.
10. Копытин А. И. Методы арт-терапии в преодолении последствий травматического стресса. Москва: Когито-Центр, 2014. 208 с.
11. Копытин А. И. Основы арт-терапии. Санкт-Петербург: Лань, 1999. 252 с.
12. Копытин А. И. Руководство по групповой арт-терапии. Санкт-Петербург: Речь, 2003. 320 с.
13. Короленко Ц. П. Психофизиология человека в экстремальных условиях. Москва: Медицина, 1978. 271 с.)

14. Лебедева Л. Д. Педагогические основы арт-терапии в образовании учителя: дис. д-ра пед. Наук. 13.00.01. Москва, 2003. 426 с.
15. Малицький Б. А. Актуальні питання методології та практики науково-технічної політики. Київ : УкрІНТЕІ, 2001. 201 с.
16. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. М. : Эксмо, 2008, 2010. 925 с.
17. Могилев В. А. Педагогические аспекты социальной реабилитации инвалидов военной службы: дис. канд. пед. наук: 13.00.01. Великий Новгород, 2000. 153 с.
18. Никольская И. М. Роль психологической защиты в оказании кризисной психологической помощи детям. Медицинская психология в России. – 2012. № 5 (16). URL: <http://medpsy.ru>.
19. Петко Л. Современные методы арт-терапии в организации работы психолога по сплочению воинских коллективов. URL: https://www.b17.ru/article/httpswwwb17rumy_articleart-therap/.
20. Психологический словарь авт.-сост.: В. Н. Коропулина, М. Н. Смирнова, Н. О. Гордеева. Ростов на Дону: Феникс, 2004. 640 с.
21. Сатир В. Психотерапия семьи. СПб.: Речь, 2000. 284 с.
22. Соловьев С. А. Арт-терапия в системе комплексной психологической реабилитации семьи, пострадавшей в локальном военном конфликте. Международный научно-исследовательский журнал. 2012. Выпуск 4 (4). С. 48-51. URL: <https://research-journal.org/psychology/art-terapiya-v-sisteme-kompleksnoj-psi/>.
23. Сорока О. В. Теоретичні і методичні засади підготовки майбутніх учителів початкової школи до використання арт-терапевтичних технологій: дис. д-ра пед. наук: [спец.] 13.00.04. Тернопіль, 2016. 534 с.
24. Туриніна О. Л. Психологія травмуючи ситуацій: навчальний посібник. Київ: ДП «Видавничий дім «Персонал», 2017. 160 с.

25. Числіцька О.В. Проблема посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій (Антитерористичної операції). Питання психології. Київ: Вісник Національного університету оборони України. №2. 2015. С. 282-285
26. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. Санкт-Петербург: Речь, 2005. 336 с.
27. A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions. D. Forbes, M. Creamer, J.I. Bisson, J.A. Cohen, B.E. Crow, E.B. Foa, M.J. Friedman, T.M. Keane, H.S. Kudler, R.J. Ursano. Journal of Traumatic Stress. 2010. V. 23. P. 537-552.
28. Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder Australian Centre for Posttraumatic Mental Health.. Melbourne, Australia : National Health and Medical Research Council, 2007.
29. Bringing the war back home: mental health disorders among 103,788 US veterans returning from Iraq and Afghanistan seen at Department of Veterans Affairs facilities. K.H. Seal, D. Bertenthal, C.R. Miner, S. Sen, C. Marmar .Arch Intern Med. 2007. V. 167 (5). P. 476-82.
30. Compensation and treatment: Disability benefits and outcomes of US veterans receiving residential PTSD treatment . B.E. Belsher, Q.Q. Tiet, D.W. Garvert, C.S. Rosen. Journal of Traumatic Stress. 2012. V. 25 (5). P. 494-502.
31. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition American Psychiatric Association. Washington : American Psychiatric Association, 2013.
32. Genetics of anxiety and trauma-related disorders. S.D. Norrholm, K.J. Ressler. Neuroscience. 2009. V. 164 (1). P. 272-287.
33. List of ongoing conflicts Author non stated. Website : Wars in the world.2017. Publisher Full Text

34. Management of post-traumatic stress VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group. Washington : VA Office of Quality and Performance.2003.
35. Phenomenology of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder Friedman MJ. In: eds. Oxford handbook of anxiety and related disorders. New York : Oxford University Press. 2009.
36. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey R.C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet, M. Hughes, C.B. Nelson. Archives of General Psychiatry. 1995. V. 52 (12). P. 1048-1060.
37. Post-traumatic stress disorder National Institute for Health and Clinical Excellence. London : Royal College of Psychiatrists and The British Psychological Society. 2005.
38. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder American Psychiatric Association. Arlington : American Psychiatric Association, 2004.
39. Prevalence Estimates of Combat-Related PTSD: A Critical Review Richardson LK, Frueh BC, Acierno R. Australian & New Zealand. Journal of Psychiatry. 2016. V. 44 (1). P. 4-19.
40. Prewar factors in combat related posttraumatic stress disorder: Structural equation modeling with a national sample of female and male Vietnam veterans. D.W. King, L.A. King, D.W. Foy, D.M. Gudanowski. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1996. V. 64 (3). P. 520-531.
41. PTSD History and Overview Friedman MJ. US Department of Veterans Affairs, 2016. Publisher Full Text

ДОДАТКИ

Додаток А

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale) – клінічна тестова методика, розроблена в 1987 році Кеапе Т.М. зі співавторами для діагностики посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців, які виконували завдання в зоні бойових дій. Створена на основі ММРІ. Тридцять питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів посттравматичних стресових розладів: 11 питань першої шкали описують симптоми групи “вторгнення”, 11 симптомів другої шкали описують симптоми групи “уникнення”, 8 питань третьої шкали описують симптоми “збудливості”. У п’яти питаннях, що залишилися, описуються симптоми, пов’язані з почуттям провини, та суїцидальної схильності.

Реєстраційний бланк

ПІБ (повністю) _____
Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____
Посада (підрозділ) _____
Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: нижче наводяться твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь у бойових діях. У кожного твердження є шкала від “1” до “5”. Користуючись цією шкалою, вкажіть, до якої міри Ви згодні або не згодні з цим твердженням. Оберіть тільки один варіант відповіді на кожне твердження, взявши в кружечок цифру у відповідній клітинці.

Твердження	Абсолютно неправильно	Іноді неправильно	Деякою мірою правильно	Правильно	Абсолютно правильно
	1	2	3	4	5
1. До служби в армії у мене було більше друзів, ніж зараз	1	2	3	4	5
2. У мене немає почуття провини за те, що я робив під час служби в армії	1	2	3	4	5
3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, то я швидше за все, не стримаюсь (застосую фізичну силу)	1	2	3	4	5
4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, то це	1	2	3	4	5

Твердження	Абсолютно неправильно	Іноді неправильно	Деякою мірою правильно	Правильно	Абсолютно правильно
	1	2	3	4	5
виводить мене з рівноваги і завдає мені болю					
5. Люди, які дуже добре мене знають, мене бояться	1	2	3	4	5
6. Я здатний вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми	1	2	3	4	5
7. Мені сняться ночами кошмари про те, що було насправді на війні	1	2	3	4	5
8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити	1	2	3	4	5
9. Зовні я виглядаю бездушним	1	2	3	4	5
10. Останнім часом я відчуваю що хочу покінчити з собою	1	2	3	4	5
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати	1	2	3	4	5
12. Я весь час запитую себе, чому я ще живий, в той час як інші загинули на війні	1	2	3	4	5
13. У певних ситуаціях я відчуваю себе так, ніби я знову в армії	1	2	3	4	5
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати	1	2	3	4	5
15. Я відчуваю, що більше не можу	1	2	3	4	5
16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не зачіпають	1	2	3	4	5
17. Мене досі радують ті самі речі, що й раніше	1	2	3	4	5

Твердження	Абсолютно неправильно	Іноді неправильно	Деякою мірою правильно	Правильно	Абсолютно правильно
	1	2	3	4	5
18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх	1	2	3	4	5
19. Я виявив, що мені працювати неважко після демобілізації	1	2	3	4	5
20. Мені важко зосередитися	1	2	3	4	5
21. Я без причини плачу	1	2	3	4	5
22. Мені подобається бути в товаристві інших людей	1	2	3	4	5
23. Мене лякають мої прагнення і бажання	1	2	3	4	5
24. Я легко засинаю	1	2	3	4	5
25. Від несподіваного шуму я легко здригаюся	1	2	3	4	5
26. Ніхто, навіть члени моєї родини, не розуміють, що я відчуваю	1	2	3	4	5
27. Я легка, спокійна, врівноважена людина	1	2	3	4	5
28. Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив в армії, я не зможу розповісти кому-небудь, тому що цього нікому не зрозуміти	1	2	3	4	5
29. Часом я вживаю алкоголь або снодійне, щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які трапилися зі мною, коли я служив в армії	1	2	3	4	5
30. Я не відчуваю дискомфорту, тоді, коли перебуваю в натовпі	1	2	3	4	5
31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці	1	2	3	4	5
32. Я боюся засинати	1	2	3	4	5

Твердження	Абсолютно неправильно	Іноді неправильно	Деякою мірою правильно	Правильно	Абсолютно правильно
	1	2	3	4	5
33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що трапилося зі мною в армії	1	2	3	4	5
34. Моя пам'ять така ж хороша, як і раніше	1	2	3	4	5
35. Я відчуваю труднощі в прояві своїх почуттів, навіть у відношенні до близьких людей	1	2	3	4	5

"Ключ"

Відповідь	Номери тверджень
Сума пунктів, які рахуються в прямих значеннях ($\Sigma 1$):	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35
Сума пунктів, які рахуються у зворотних значеннях ($\Sigma 2$):	2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34

Обробка результатів

Загальний бал: $\Sigma 1 + \Sigma 2$. Оцінка за кожним пунктом – від одного до п'яти балів.

Підраховується сума відповідей на твердження (сумуються відповіді респондента на "прямі" твердження і відповіді за "зворотними" твердженнями, перекодовані таким чином: відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1).

Інтерпретація результатів

Отримана сума дозволяє поділити досліджуваних на тих, які мають посттравматичних стресових розладів і тих, які не мають посттравматичних стресових розладів. За даними Шаніна В.Ю.: – добре адаптовані – 76 ± 18 ; – психічні розлади – 86 ± 26 ; – ПТСР – 130 ± 18 .

Середні значення для Міссісіпської шкали (військовий варіант) за даними Тарабріної Н.В.

Співробітники Міністерства внутрішніх справ України	64,65±16,13
Військовослужбовці	73,76±19,64
Ветерани Афганістану, "норма"	70,18±11,76
Ветерани Афганістану, посттравматичні стресові розлади	92,00±15,55

Опитувальник агресії Баса-Даркі

Інструкція

Опитувальник складається із 75 тверджень, на які ви маєте дати відповідь "Так" чи "Ні".

1. Часом я не можу впоратися з бажанням заподіяти шкоду іншому.
2. Іноді брешу про людей, яких не люблю.
3. Я легко дратуюся, але швидко заспокоююся.
4. Якщо мене не попросять по доброму, я не виконаю прохання.
5. Я не завжди одержую те, що належить.
6. Я не знаю, що люди говорять про мене за моєю спиною.
7. Якщо я не схвалюю поведінки друзів, я даю їм це відчути.
8. Коли мені траплялося обдурити кого-небудь, я відчував болісні каяття совісті.
9. Мені здається, що я не здатний ударити людину.
10. Я ніколи не дратуюся настільки, щоб кидатися предметами.
11. Я завжди поблажливий до чужих недоліків.
12. Якщо мені не подобається встановлене правило, мені хочеться порушити його.
13. Інші вміють майже завжди користуватися сприятливими обставинами.
14. Я тримаюся насторожено з людьми, що ставляться до мене трохи більш дружньо, ніж я очікував.
15. Я часто буваю не згодний з людьми.
16. Іноді до мене приходять думки, від яких мені соромно.
17. Якщо хто-небудь першим ударить мене, я не відповім йому.
18. Коли я дратуюся, я грюкаю дверима.
19. Я набагато більш дратівливий, ніж здається.
20. Якщо хтось уявляє себе начальником, я завжди дію йому всупереч.
21. Мене трохи засмучує моя доля.
22. Я думаю, що багато людей не люблять мене.
23. Я не можу втриматися від суперечки, якщо люди не згодні зі мною.
24. Люди, які ухиляються від роботи, мають відчувати почуття провини.
25. Той, хто ображає мене і мою родину, напрошується на бійку.
26. Я не здатний на грубі жарти.
27. Мене охоплює лють, коли наді мною посміхаються.
28. Коли люди вдають із себе начальників, я роблю все, щоб вони не зазнавалися.
29. Майже щотижня я бачу кого-небудь, хто мені не подобається.
30. Досить багато людей заздять мені.
31. Я вимагаю, щоб люди поважали мене.
32. Мене гнітить те, що я мало роблю для своїх батьків.
33. Люди, що постійно дратують вас, заслуговують на те, щоб їх "клацнули" по носі.
34. Я ніколи не буваю похмурий від злості.
35. Якщо до мене ставляться гірше, ніж я заслуговую, я не засмучуюся.
36. Якщо хтось виводить мене із себе, я не звертаю уваги.
37. Хоча я і не показую цього, мене іноді гризе заздрість.
38. Іноді мені здається, що з мене глузують.
39. Навіть якщо я злюся, я не вдаюся до "сильного" висловлювання.
40. Мені хочеться, щоб мої гріхи були прощені.
41. Я рідко даю здачі, навіть якщо хто-небудь ударить мене.
42. Коли виходить не по моєму, я іноді ображаюся.
43. Іноді люди дратують мене однією своєю присутністю.
44. Немає людей, яких би я по справжньому ненавидів.
45. Мій принцип: "Ніколи не довіряти чужинцям".
46. Якщо хто-небудь дратує мене, я готовий сказати, що я про нього думаю.

47. Я роблю багато такого, про що згодом шкодую.
48. Якщо я розлючуся, я можу вдарити кого-небудь.
49. З дитинства я ніколи не виявляв вибухів гніву.
50. Я часто почуваюся як порохова бочка, що готова вибухнути.
51. Якби всі знали, що я відчуваю, мене б вважали людиною, з якою нелегко працювати.
52. Я завжди думаю про те, які таємні причини змушують людей робити що-небудь приємне для мене.
53. Коли на мене кричать, я починаю кричати у відповідь.
54. Невдачі засмучують мене.
55. Я б'юся не рідше і не частіше ніж інші.
56. Я можу згадати випадки, коли я був настільки злим, що брав річ, яка потрапила мені під руку, і ламав її.
57. Іноді я відчуваю, що готовий першим почати бійку.
58. Іноді я відчуваю, що життя поводить мене зі мною несправедливо.
59. Раніше я думав, що більшість людей говорить правду, але тепер я в це не вірю.
60. Я лаюся тільки від злості.
61. Коли я вчиняю неправильно, мене мучить совість.
62. Якщо для захисту своїх прав мені потрібно застосувати фізичну силу, я застосовую її.
63. Іноді я виражаю свій гнів тим, що с гукаю кулаком по столу.
64. Я буваю грубуватий щодо людей, які мені не подобаються.
65. У мене немає ворогів, які б хотіли мені нашкодити.
66. Я не вмію поставити людину на місце, навіть якщо вона на це заслуговує.
67. Я часто думаю, що жив неправильно.
68. Я знаю людей, що здатні довести мене до бійки.
69. Я не засмучуюся через дріб'язки.
70. Мені рідко приходить на думку, що люди намагаються розлютити чи образити мене.
71. Я часто тільки загрожую людям, хоча і не збираюся виконувати погрози.
72. Останнім часом я став занудою.
73. У суперечці я часто підвищую голос.
74. Я намагаюся зазвичай ховати своє погане ставлення до людей.
75. Я краще погоджуся з чим-небудь, ніж стану сперечатися.

Обробка та інтерпретація.

Індекси різних форм агресивних і ворожих реакцій визначаються підсумовуванням отриманих відповідей.

Ключ

Фізична агресія:

відповідь "Так": 1, 25, 41, 48, 55, 62, 68;

відповідь "Ні": 9, 17.

Непряма агресія:

відповідь "Так": 2, 10, 18, 34, 56, 63;

відповідь "Ні": 26, 49.

Роздратування:

відповідь "Так": 3, 19, 27, 43, 50, 57, 64, 72;

відповідь "Ні": 11, 35, 69.

Негативізм:

відповідь "Так": 4, 12, 20, 28;

відповідь "Ні": 36.

Образ:

відповідь "Так": 5, 13, 21, 29, 37, 44, 51, 58.

відповідь "Ні" - .

Підозрілість:

відповідь "Так": 6, 14, 22, 38, 45, 52, 59;

відповідь "Ні": 65, 70.

Вербальна агресія:

відповідь "Так": 7, 15, 23, 31, 46, 53, 60, 71, 73;

відповідь "Ні": 39, 66, 74, 75.

Почуття провини:

відповідь "Так": 8, 16, 24, 32, 40, 47, 54, 61, 67.

відповідь "Ні": -.

Індекс ворожості містить у собі 5 і 6 шкалу, а індекс агресивності (як прямої, так і мотиваційної) містить у собі такі шкали 1,3,7.

Нормою агресивності є величина її індексу, рівна 21 плюс мінус 4, а ворожості - 6,5-7 плюс мінус 3.

Фізична агресія - використання фізичної сили проти іншої особи.

Непряма агресія - агресія, що обхідним шляхом спрямована на іншу особу (злісні плітки, жарти) та агресія ні на кого не спрямована (зриви люти, лемент, тупання ногами, биття кулаками по столу).

Роздратування - готовність до прояву негативних почуттів при найменшому роздратуванні (запальність, брутальність).

Негативізм - опозиційна манера в поведінці від пасивного опору до активної боротьби проти сталих звичаїв і законів.

Образ - заздрість і ненависть до оточення за дійсні і вигадані дії.

Підозрілість - виявляється в діапазоні від недовіри й обережності щодо людей до переконання в тому, що інші люди мають намір нанести шкоду.

Вербальна агресія - вираження негативних почуттів як через форму (лемент, вереск), так і через зміст словесних відповідей (проклинання, погрози).

Почуття провини - виражає можливе переконання суб'єкта в тому, що він є поганою людиною, яка вчиняє зло.

Методика выявления склонности к суицидальным реакциям

Методика предназначена для выявления склонности к суицидальным реакциям. Позволяет выявлять лиц, имеющих склонности к суицидальным реакциям, и формировать из них группу риска. Является авторской разработкой (П.И. Юнацкевич).

При интерпретации полученных данных следует помнить, что методика констатирует лишь начальный уровень развития склонности личности к суициду в период ее обследования. При наличии конфликтной ситуации, других негативных условий и деформирующейся мотивации витального существования (ослабление мотивации дальнейшей жизни) эта склонность может развиваться.

Опросник

Инструкция: Вам будут предложены утверждения, касающиеся Вашего здоровья и характера. Если Вы согласны с утверждением, поставьте «+» в графе «Да» в регистрационном бланке, если нет – поставьте «-» в графе «Нет». Над ответами старайтесь долго не задумываться, правильных или неправильных ответов нет.

1. Как Вы считаете, может ли жизнь потерять ценность для человека в некоторой ситуации?
2. Жизнь иногда хуже смерти.
3. В прошлом у меня была попытка уйти из жизни.
4. Меня многие любят, понимают и ценят.
5. Можно оправдать безнадежно больных, выбравших добровольную смерть.
6. Я не думаю, что сам могу оказаться в безнадежном положении.
7. Смысл жизни не всегда бывает ясен, его можно иногда потерять или не найти.
8. Как Вы считаете, оказавшись в ситуации, когда Вас предадут близкие и родные, Вы сможете жить дальше?
9. Я иногда думаю о своей добровольной смерти.
10. В любой ситуации я буду бороться за свою жизнь, чего бы мне это не стоило.
11. Всегда и везде стараюсь быть абсолютно честным человеком.
12. У меня, в принципе, нет недостатков.
13. Может быть, дальше я жить не смогу.
14. Удивительно, что некоторые люди, оказавшись в безвыходном положении, не хотят покончить с собой.
15. Чувство обреченности в итоге приводит к добровольному уходу из жизни.
16. Если потребуется, то можно будет оправдать свой уход из жизни.
17. Мне не нравится играть со смертью в одиночку.
18. Часто именно первое впечатление о человеке является определяющим.
19. Я пробовал разные способы ухода из жизни.
20. В критический момент я всегда могу справиться с собой.
21. В школе я всегда отличался (отличалась) только хорошим поведением.
22. Могу обманывать окружающих, чтобы ухудшить свое положение.
23. Вокруг меня достаточно много нечестных людей.
24. Однажды я выбирал несколько способов покончить с собой.
25. Довольно часто меня пытаются обмануть или ввести в заблуждение.
26. Я бы не хотел моментальной смерти после тяжелых переживаний.
27. Я стал бы жить дальше, если бы случилась мировая ядерная война.
28. Человек волен поступать со своей жизнью так, как ему хочется, даже если он выбирает смерть.
29. Если человек не умеет представлять себя в выгодном свете перед руководством, то он многое теряет.
30. Никому никогда не писал предсмертную записку.
31. Однажды пытался покончить с собой.
32. Никогда не бывает безвыходных ситуаций.

33. Пробовал покончить с собой таким образом, чтобы не чувствовать сильной боли.
34. Надо уметь скрывать свои мысли от других, даже если им нет до меня дела.
35. Душа человека, наверное, испытывает облегчение, если сама оставляет этот мир.
36. Могу оправдать любой свой поступок.
37. Если я что-то делаю, а мне начинают мешать, то я все равно буду делать то, что задумал.
38. Чтобы человеку избавиться от неизлечимой болезни и перестать мучиться, он, наверное, должен сам прекратить свои муки и уйти из этой жизни добровольно.
39. Бывает, сомневаюсь в психическом здоровье некоторых моих знакомых.
40. Однажды решался покончить с собой.
41. Меня беспокоит отсутствие чувства счастья.
42. Я никогда не иду на нарушении закона даже в мелочах.
43. Иногда мне хочется заснуть и не проснуться.
44. Однажды мне было стыдно из-за того, что хотелось бы уйти из жизни.
45. Даже в самой тяжелой ситуации я буду бороться за свою жизнь, чего бы мне это не стоило.

Ключ шкалы лжи (L)

«Да» (+)	«Нет» (-)
11, 12, 18, 21, 23, 25, 29, 34, 39	42

Подсчитывается количество совпадений ответов с ключом. Оценочный коэффициент (L) выражается отношением количества совпадающих ответов к максимально возможному числу совпадений (10):

$$L = N/10 \pm 0,16$$

где N – количество совпадающих с ключом ответов.

Показатели, полученные по шкале лжи, могут варьировать от 0 до 1. Показатели, близкие к 1, свидетельствуют о высоком стремлении приукрасить себя и неадекватности ответов, близкие к 0 – о низком уровне и относительно надежной (при условии $L < 0,6 \pm 0,16$) достоверности результатов обследования.

Ключ шкалы склонности к суицидальным реакциям (Sr)

«Да» (+)	«Нет» (-)
1, 2, 3, 5, 7, 9, 13, 14, 15, 16, 19, 22, 24, 28, 31 33, 35, 36, 37, 38, 40, 41, 43, 44	4, 6, 8, 10, 17, 20, 26, 27, 30, 32, 45

Подсчитывается количество совпадений ответов с ключом. Оценочный коэффициент (Sr) выражается отношением количества совпадающих ответов к максимально возможному числу совпадений (35):

$$Sr = N/35 \pm 0,07$$

где N – количество совпадающих с ключом ответов.

Показатели, полученные по этой методике, могут варьировать от 0 до 1.

Шкала оценок склонности к суицидальным реакциям (Sr)

Уровень оценки Sr	Уровень проявления	Оценка в баллах
0,01 – 0,23	Низкий	5
0,24 – 0,38	Ниже среднего	4
0,39 – 0,59	Средний	3
0,60 – 0,74	Выше среднего	2
0,75 – 1,00	Высокий	1

5 баллов – низкий уровень склонности к суицидальным реакциям.

4 балла – суицидальная реакция может возникнуть только на фоне длительной психической травматизации и при реактивных состояниях психики.

3 балла – «потенциал» склонности к суицидальным реакциям не отличается высокой устойчивостью.

2 балла – группа суицидального риска с высоким уровнем проявления склонности к суицидальным реакциям (при нарушениях адаптации возможна суицидальная попытка или реализация саморазрушающего поведения).

1 балл – группа суицидального риска с очень высоким уровнем проявления склонности к суицидальным реакциям (ситуация внутреннего и внешнего конфликта, нуждаются в медико-психологической помощи).

Результати респондентів, що були отримані під час констатувального експерименту

№	Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)	Опитувальник агресії Баса-Даркі Шкала «Агресивність»	Опитувальник агресії Баса-Даркі Шкала «Ворожість»	Методика виявлення склонності к суїцидальним реакціям
1.	57	10	3	5
2.	59	10	3	4
3.	60	12	4	4
4.	63	13	5	4
5.	65	15	7	4
6.	65	17	7	4
7.	66	17	7	4
8.	68	18	7	4
9.	69	17	9	4
10.	70	18	7	4
11.	71	19	7	4
12.	77	18	7	4
13.	77	19	8	4
14.	77	19	8	3
15.	78	19	7	3
16.	79	20	7	3
17.	80	21	7	3
18.	80	20	7	3
19.	81	21	8	2
20.	81	22	7	2
21.	81	22	10	2
22.	82	23	9	2
23.	83	23	9	2
24.	83	24	9	2
25.	85	27	9	2
26.	87	28	11	2
27.	89	28	11	1
28.	90	28	12	1
29.	90	29	11	1
30.	91	28	13	1
31.	91	29	13	1
32.	92	30	13	1
33.	93	30	13	1
34.	93	30	15	1
35.	94	31	14	1
36.	95	34	14	1
37.	96	29	15	1
38.	98	26	14	1
39.	99	31	14	1
40.	99	31	15	1

Дослідження кореляційного зв'язку між рівнем ПТСР та компонентом суїцидальний напрям

N	Значення А	Ранг А	Значення В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
1	57	1	5	40	-39	1521
2	59	2	4	33.5	-31.5	992.25
3	60	3	4	33.5	-30.5	930.25
4	63	4	4	33.5	-29.5	870.25
5	65	5.5	4	33.5	-28	784
6	65	5.5	4	33.5	-28	784
7	66	7	4	33.5	-26.5	702.25
8	68	8	4	33.5	-25.5	650.25
9	69	9	4	33.5	-24.5	600.25
10	70	10	4	33.5	-23.5	552.25
11	71	11	4	33.5	-22.5	506.25
12	77	13	4	33.5	-20.5	420.25
13	77	13	4	33.5	-20.5	420.25
14	77	13	3	25	-12	144
15	78	15	3	25	-10	100
16	79	16	3	25	-9	81
17	80	17.5	3	25	-7.5	56.25
18	80	17.5	3	25	-7.5	56.25
19	81	20	2	18.5	1.5	2.25
20	81	20	2	18.5	1.5	2.25
21	81	20	2	18.5	1.5	2.25
22	82	22	2	18.5	3.5	12.25
23	83	23.5	2	18.5	5	25
24	83	23.5	2	18.5	5	25
25	85	25	2	18.5	6.5	42.25
26	87	26	2	18.5	7.5	56.25
27	89	27	1	7.5	19.5	380.25
28	90	28.5	1	7.5	21	441

29	90	28.5	1	7.5	21	441
30	91	30.5	1	7.5	23	529
31	91	30.5	1	7.5	23	529
32	92	32	1	7.5	24.5	600.25
33	93	33.5	1	7.5	26	676
34	93	33.5	1	7.5	26	676
35	94	35	1	7.5	27.5	756.25
36	95	36	1	7.5	28.5	812.25
37	96	37	1	7.5	29.5	870.25
38	98	38	1	7.5	30.5	930.25
39	99	39.5	1	7.5	32	1024
40	99	39.5	1	7.5	32	1024
Суммы		820		820	0	20028

Результат: $r_s = -0.879$

Критические значения для $N = 40$

N	P	
	0.05	0.01
40	0.31	0.4

Ответ: H_0 отвергается. Корреляция между А и В статистически значима.

Дослідження кореляційного зв'язку між рівнем ПТСР та компонентом агресивності

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
1	57	1	10	1.5	-0.5	0.25
2	59	2	10	1.5	0.5	0.25
3	60	3	12	3	0	0
4	63	4	13	4	0	0
5	65	5.5	15	5	0.5	0.25
6	65	5.5	17	7	-1.5	2.25

7	66	7	17	7	0	0
8	68	8	18	10	-2	4
9	69	9	17	7	2	4
10	70	10	18	10	0	0
11	71	11	19	13.5	-2.5	6.25
12	77	13	18	10	3	9
13	77	13	19	13.5	-0.5	0.25
14	77	13	19	13.5	-0.5	0.25
15	78	15	19	13.5	1.5	2.25
16	79	16	20	16.5	-0.5	0.25
17	80	17.5	21	18.5	-1	1
18	80	17.5	20	16.5	1	1
19	81	20	21	18.5	1.5	2.25
20	81	20	22	20.5	-0.5	0.25
21	81	20	22	20.5	-0.5	0.25
22	82	22	23	22.5	-0.5	0.25
23	83	23.5	23	22.5	1	1
24	83	23.5	24	24	-0.5	0.25
25	85	25	27	26	-1	1
26	87	26	28	28.5	-2.5	6.25
27	89	27	28	28.5	-1.5	2.25
28	90	28.5	28	28.5	0	0
29	90	28.5	29	32	-3.5	12.25
30	91	30.5	28	28.5	2	4
31	91	30.5	29	32	-1.5	2.25
32	92	32	30	35	-3	9
33	93	33.5	30	35	-1.5	2.25
34	93	33.5	30	35	-1.5	2.25
35	94	35	31	38	-3	9
36	95	36	34	40	-4	16

37	96	37	29	32	5	25
38	98	38	26	25	13	169
39	99	39.5	31	38	1.5	2.25
40	99	39.5	31	38	1.5	2.25
Суммы		820		820	0	300.5

Результат: $r_s = 0.972$

Критические значения для $N = 40$

N	P	
	0.05	0.01
40	0.31	0.4

Ответ: H_0 отвергается. Корреляция между А и В статистически значима.

Дослідження кореляційного зв'язку між рівнем ПТСР та компонентом ворожості

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
1	57	1	3	1.5	-0.5	0.25
2	59	2	3	1.5	0.5	0.25
3	60	3	4	3	0	0
4	63	4	5	4	0	0
5	65	5.5	7	10.5	-5	25
6	65	5.5	7	10.5	-5	25
7	66	7	7	10.5	-3.5	12.25
8	68	8	7	10.5	-2.5	6.25
9	69	9	9	22	-13	169
10	70	10	7	10.5	-0.5	0.25
11	71	11	7	10.5	0.5	0.25
12	77	13	7	10.5	2.5	6.25
13	77	13	8	18	-5	25
14	77	13	8	18	-5	25
15	78	15	7	10.5	4.5	20.25
16	79	16	7	10.5	5.5	30.25
17	80	17.5	7	10.5	7	49

18	80	17.5	7	10.5	7	49
19	81	20	8	18	2	4
20	81	20	7	10.5	9.5	90.25
21	81	20	10	25	-5	25
22	82	22	9	22	0	0
23	83	23.5	9	22	1.5	2.25
24	83	23.5	9	22	1.5	2.25
25	85	25	9	22	3	9
26	87	26	11	27	-1	1
27	89	27	11	27	0	0
28	90	28.5	12	29	-0.5	0.25
29	90	28.5	11	27	1.5	2.25
30	91	30.5	13	31.5	-1	1
31	91	30.5	13	31.5	-1	1
32	92	32	13	31.5	0.5	0.25
33	93	33.5	13	31.5	2	4
34	93	33.5	15	39	-5.5	30.25
35	94	35	14	35.5	-0.5	0.25
36	95	36	14	35.5	0.5	0.25
37	96	37	15	39	-2	4
38	98	38	14	35.5	2.5	6.25
39	99	39.5	14	35.5	4	16
40	99	39.5	15	39	0.5	0.25
Суммы		820		820	0	643

Результат: $r_s = 0.94$

Критические значения для $N = 40$

N	P	
	0.05	0.01
40	0.31	0.4

Ответ: H_0 отвергается. Корреляция между А и В статистически значима.

Результати респондентів, що були отримані під час контрольного зрізу

Методика	Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій		Методика виявлення схильності к суїцидальним реакциям		Опитувальник агресії Баса-Даркі Шкала «Агресивність»		Опитувальник агресії Баса-Даркі Шкала «Ворожість»	
	До корекції	Після корекції	До корекції	Після Корекції	До корекції	Після корекції	До корекції	Після корекції
1	87	77	2	4	28	19	11	7
2	89	75	1	3	28	18	11	7
3	90	79	1	3	28	19	12	8
4	90	78	1	3	29	18	11	7
5	91	81	1	2	28	20	13	8
6	91	81	1	2	29	21	13	9
7	92	82	1	2	30	22	13	9
8	93	82	1	2	30	22	13	10
9	93	83	1	2	30	22	15	11
10	94	85	1	2	31	24	14	9
11	95	85	1	2	34	24	14	10
12	96	86	1	2	29	24	15	11
13	98	87	1	2	26	23	14	10
14	99	90	1	1	31	25	14	10
15	99	88	1	2	31	25	15	11

Дослідження зв'язку між рівнем ПТСР та компонентом суїцидального наміру у військовослужбовці, що перебували в зоні бойових дій після впровадження психокорекційної програми

N	Значення А	Ранг А	Значення В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
1	77	2	4	15	-13	169
2	75	1	3	13	-12	144
3	79	4	3	13	-9	81
4	78	3	3	13	-10	100
5	81	5.5	2	6.5	-1	1
6	81	5.5	2	6.5	-1	1
7	82	7.5	2	6.5	1	1
8	82	7.5	2	6.5	1	1

9	83	9	2	6.5	2.5	6.25
10	85	10.5	2	6.5	4	16
11	85	10.5	2	6.5	4	16
12	86	12	2	6.5	5.5	30.25
13	87	13	2	6.5	6.5	42.25
14	90	15	1	1	14	196
15	88	14	2	6.5	7.5	56.25
Суммы		120		120	0	861

Результат: $r_s = -0.538$

Критические значения для $N = 15$

N	P	
	0.05	0.01
15	0.52	0.66

Ответ: H_0 отвергается. Корреляция между А и В статистически значима.

Дослідження зв'язку між рівнем ПТСР та компонентом агресивності у військовослужбовці, що перебували в зоні бойових дій після впровадження психокорекційної програми

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
1	77	2	19	3.5	-1.5	2.25
2	75	1	18	1.5	-0.5	0.25
3	79	4	19	3.5	0.5	0.25
4	78	3	18	1.5	1.5	2.25
5	81	5.5	20	5	0.5	0.25
6	81	5.5	21	6	-0.5	0.25
7	82	7.5	22	8	-0.5	0.25
8	82	7.5	22	8	-0.5	0.25
9	83	9	22	8	1	1
10	85	10.5	24	12	-1.5	2.25
11	85	10.5	24	12	-1.5	2.25

12	86	12	24	12	0	0
13	87	13	23	10	3	9
14	90	15	25	14.5	0.5	0.25
15	88	14	25	14.5	-0.5	0.25
Суммы		120		120	0	21

Результат: $r_s = 0.963$

Критические значения для $N = 15$

N	P	
	0.05	0.01
15	0.52	0.66

Ответ: H_0 отвергается. Корреляция между А и В статистически значима.

Дослідження зв'язку між рівнем ПТСР та компонентом ворожості у військовослужбовці, що перебували в зоні бойових дій після впровадження психокорекційної програми

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
1	77	2	7	2	0	0
2	75	1	7	2	-1	1
3	79	4	8	4.5	-0.5	0.25
4	78	3	7	2	1	1
5	81	5.5	8	4.5	1	1
6	81	5.5	9	7	-1.5	2.25
7	82	7.5	9	7	0.5	0.25
8	82	7.5	10	10.5	-3	9
9	83	9	11	14	-5	25
10	85	10.5	9	7	3.5	12.25
11	85	10.5	10	10.5	0	0
12	86	12	11	14	-2	4
13	87	13	10	10.5	2.5	6.25
14	90	15	10	10.5	4.5	20.25

15	88	14	11	14	0	0
Суммы		120		120	0	82.5

Результат: $r_s = 0.853$

Критические значения для $N = 15$

N	P	
	0.05	0.01
15	0.52	0.66

Ответ: H_0 отвергается. Корреляция между А и В статистически значима.