

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ КРИВОРІЗЬКИЙ
ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Психолого-педагогічний факультет

Кафедра практичної психології

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧАСНИКІВ
БОЙОВИХ ДІЙ НА ЕТАПІ ВІДНОВЛЕННЯ**

Кваліфікаційна робота студентки
групи ЗППм-24
ступінь вищої освіти магістр
спеціальності: 053 Психологія
Дубової Світлани Василівни

Керівник: кандидат психологічних
наук, доцент
Гергель Євгеній Леонідович

ЗАПЕВНЕННЯ

Я, **Дубова Світлана Василівна**, розумію і підтримую політику Криворізького державного педагогічного університету з академічної доброчесності. Запевняю, що ця кваліфікаційна робота виконана самостійно, не містить академічного плагіату, фабрикації, фальсифікації. Я не надавала і не одержувала недозволену допомогу під час підготовки цієї роботи. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають покликання на відповідне джерело.

Із чинним Положення про запобігання та виявлення академічного плагіату в роботах здобувачів вищої освіти Криворізького державного педагогічного університету ознайомена. Чітко усвідомлюю, що в разі виявлення у кваліфікаційній роботі порушення академічної доброчесності робота не допускається до захисту або оцінюється незадовільно.


(підпис)

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....	8
1.1. Поняття та принципи соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій.....	8
1.2. Теоретико-методологічні, нормативно-правові та організаційні засади соціально-психологічної реабілітації	13
1.3. Досвід використання арт-терапії у соціально-психологічної реабілітації ветеранів на етапі відновлення.....	20
Висновки до розділу 1.....	22
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....	24
2.1. Загальна характеристика методичного комплексу і характеристика досліджуваної вибірки.....	24
2.2. Аналіз актуального стану соціально-реабілітаційного впливу на військовослужбовців на етапі відновлення.....	28
Висновки до розділу 2.....	36
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНІК АРТ-ТЕРАПІЇ У СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНУ РЕАБІЛІТАЦІЮ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....	38
3.1. Зміст програми соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців на етапі відновлення.....	38
3.2. Оцінка ефективності програми «Тепло відновлення» (свічкарство, ароматерапія).....	43
3.3. Рекомендації із застосування арт-терапевтичних технік реабілітації з військовослужбовцями на етапі відновлення.....	49
Висновки до розділу 3.....	51
ВИСНОВКИ.....	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	57
ДОДАТКИ.....	61

ВСТУП

Актуальність теми. В умовах тривалої збройної агресії, спрямованої проти України, проблема соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій стала надзвичайно актуальною та значущою для суспільства. Сучасний досвід локальних і глобальних військових конфліктів свідчить, що психологічні травми внаслідок участі у бойових діях за своєю глибиною та руйнівним впливом на особистість нерідко прирівнюються до фізичних ушкоджень. Повертаючись із зони бойових дій, військовослужбовці часто стикаються з серйозними перешкодами у процесі адаптації до мирного життя, переживають психологічні потрясіння, які можуть проявлятися у порушеннях емоційного балансу, відчутті соціальної ізоляції, наростаючій тривожності та депресивних станах, що суттєво ускладнюють їхнє повернення до нормальної життєдіяльності.

Наукові дослідження останніх років (Титаренко Т., Карамушка Л., Христюк О., Скрипкін О., Харченко Є., Онуфрієва Л. та інші) підкреслюють важливість удосконалення системи підтримки ветеранів у сфері психологічної реабілітації. Зокрема, наголошується на значенні впровадження інноваційних підходів, що активно використовуються у світовій практиці.

Помітний акцент робиться на методах арт-терапії (Тараріна О., Копитін А. І., Крамер Е., Rubin, J. A.), які здатні стимулювати емоційне відновлення через залучення до творчих процесів. Одним із перспективних напрямків у цьому контексті є свічкарство та ароматерапія, які гармонійно поєднують елементи сенсорного впливу, медитативних технік і саморефлексії. Завдяки цим методам учасники реабілітаційних програм отримують можливість інтегрувати свої переживання у розвиток творчих навичок, що сприяє поступовому психоемоційному відновленню.

Водночас, попри наявні позитивні результати впровадження таких підходів, ефективність їх застосування у рамках соціально-психологічної

реабілітації військовослужбовців в українських реаліях лишається недостатньо вивченою та практично проаналізованою. Це вказує на необхідність проведення поглиблених досліджень, які могли б оцінити результативність цих методів, вдосконалити існуючі підходи та сформувати ефективну систему підтримки ветеранів відповідно до потреб сучасного суспільства.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному аналізі інноваційних підходів до арт-терапії (свічкарства та ароматерапії) в рамках соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій у період відновлення.

Завдання дослідження:

1. Дослідити рівень вивченості проблеми соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій у контексті вітчизняних та міжнародних психологічних досліджень.
2. Визначити психологічні особливості реабілітаційного процесу військовослужбовців після виконання бойових завдань.
3. Проаналізувати сутність арт-терапевтичних методів у системі підтримки і психокорекції.
4. Розробити й апробувати психокорекційну програму із застосуванням елементів арт-терапії на основі свічкарства й ароматерапії. Дослідити її ефективність.

Об'єктом дослідження є процес соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців після завершення їх участі у бойових діях.

Предмет дослідження - застосування арт-терапевтичних технік як складової системи реабілітації учасників бойових дій на етапі відновлення.

Теоретико-методологічну основу становлять сучасні концепції психологічної реабілітації (Л. Карамушка, О. Креденцер, В. Лагодзінська) та теоріях психологічного благополуччя (Селігман М., Аргайл М., Менегетті А., Засекіна Л.).

Методика дослідження.

1. Теоретичні методи: аналіз, узагальнення та систематизація наукових джерел, щодо проблематики реабілітації;
2. Емпіричні: опитування, анкетування, спостереження та психодіагностика.
 - Шкала посттравматичного зростання (Т. Tedeschi, адаптована до вітчизняних умов).
 - Оцінка рівня емоційного вигорання за методикою К. Масlach.
 - Авторська анкета з оцінки ефективності арт-терапевтичних практик.
3. Статистичні методи: аналіз середніх показників, кореляційний аналіз.

База дослідження. Дослідження проводилося на базі КП «Криворізька міська лікарня №1» КМР. Вибіркова сукупність включала 30 учасників бойових дій та їхні сім'ї віком від 25 до 45 років, які перебувають на стадії посттравматичного відновлення.

Практична цінність отриманих результатів полягає у створенні та впровадженні програми психологічного відновлення із застосуванням елементів арт-терапії (свічкариства й ароматерапії). Цю програму можуть використовувати практикуючі психологи, реабілітологи та соціальні працівники у процесі роботи з ветеранами. Матеріали дослідження можуть слугувати основою для розробки навчально-методичних рекомендацій, тренінгових програм і проведення групових занять.

Апробація результатів дослідження здійснювалася під час участі в конференції Чесько-українського медичного форуму на базі Львівського медичного фахового коледжу післядипломної освіти (Львів, 2025 р.) Форум був спрямований на поглиблення співпраці, обмін досвідом та впровадження інновацій у сфері медицини, зокрема реабілітація. На теперішній час готується проект зі свічкариства та ароматерапії для реабілітації військових та цивільних за рахунок грантових коштів іноземних компаній.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (62 найменувань) і додатків. Загальний обсяг становить 67 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

1.1. Поняття та принципи соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій

Соціально-психологічна реабілітація є важливим елементом загальної системи підтримки ветеранів та учасників бойових дій, що має на меті не лише відновлення психічного здоров'я, але також повернення до нормального особистісного функціонування, виконання соціальних ролей, покращення комунікації та інтеграції в спільноту [6; 20]. Завершивши участь у бойових діях, військовослужбовці часто стикаються з низкою викликів, серед яких психологічні проблеми, такі як посттравматичний стресовий розлад, депресія та тривожність; соціальна дезадаптація, яка може проявлятися в ізоляції, стигматизації та втраті роботи; а також криза ідентичності, що пов'язана з відчуттям непотрібності чи втратою сенсу життя [2; 10]. У світовій науковій літературі соціально-психологічна реабілітація розглядається як комплексний процес, який поєднує різні складові, такі як психотерапевтичні методи, психоосвіту, соціальну підтримку, арт-терапію, професійне навчання та створення умов для активного залучення до громадського життя [4; 21]. Цей підхід принципово відрізняється від медичної реабілітації, що здебільшого зосереджена на клінічних аспектах. Натомість соціально-психологічна реабілітація спрямована на всебічне відновлення особистості і повернення людини до гармонійного життя в суспільстві [24; 31].

Перші уявлення соціально-психологічної підтримки військовослужбовців виникли після завершення Першої світової війни, коли серед солдатів почали масово фіксувати випадки так званого «*shell shock*» («обстріловий шок»). У цей період домінуючими залишалися медичні підходи, спрямовані на лікування

симптомів, при цьому практично не приділялася увага питанням соціальної адаптації. Після Другої світової війни термін «реадаптація» набув популярності у професійній психологічній термінології, що засвідчило розуміння необхідності не лише фізичної реабілітації ветеранів, а й їх повернення до мирного життя, сімейних і професійних ролей [31; 35]. У 70–80-х роках ХХ століття в США, Канаді та країнах Західної Європи були розроблені перші науково обґрунтовані програми психологічної реабілітації. Основою цих програм став мультидисциплінарний підхід, що об'єднував зусилля психологів, психіатрів, соціальних працівників, юристів та педагогів [4; 21; 60]. В Україні систематизований розвиток соціально-психологічної реабілітації ветеранів розпочався після 2014 року у зв'язку з військовим конфліктом на сході [11; 30]. Цей процес супроводжувався впровадженням законодавчих ініціатив, створенням ветеранських хабів та розширенням співпраці із міжнародними організаціями (ВООЗ, НАТО, Червоний Хрест). Акцент було зроблено на необхідності забезпечення комплексної підтримки осіб, які пройшли військову службу [6; 17].

Війна є надзвичайно складним і травматичним досвідом, який залишає глибокий відбиток як на фізичному стані, так і на психічному здоров'ї військовослужбовців [7; 13; 38]. Згідно з даними ВООЗ (2022), до 30 % ветеранів бойових дій у всьому світі стикаються із симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР), а понад 40 % зіштовхуються з різними психічними або соціально-психологічними складнощами. В Україні, за оцінками МОЗ та Міністерства у справах ветеранів (2023), приблизно третина учасників бойових дій має ознаки ПТСР, тоді як понад половина переживає труднощі в процесі соціальної адаптації [17; 24]. Вплив бойових дій проявляється у різних аспектах життя: психологічному, поведінковому, міжособистісному та соціальному.

Найпоширеніший психічний розлад серед ветеранів бойових дій це посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). За даними дослідників (Біссон Дж., Бессел Ван Дер Колк), прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР)

можуть зберігатися роками, якщо людина не отримує своєчасної психологічної підтримки [38; 56; 60].

Депресивні розлади є ще однією поширеною проблемою. Бойові дії часто руйнують базове відчуття світу як безпечного і справедливого місця. Це викликає втрату сенсу життя, апатію, безнадійність — основні прояви депресії. Наукові дослідження вказують, що від 15 до 25 % ветеранів страждають на клінічно виражену депресію [1; 10; 58]. Тривожні розлади охоплюють такі стани, як генералізована тривожність, панічні атаки та соціальна фобія. Багато ветеранів відчують труднощі перебування у великих скупченнях людей або зіштовхуються з напругою у транспорті, на ринках чи в торгових центрах [13; 26].

Соматичні прояви також є поширеним наслідком. Хронічний стрес і тривога викликають порушення сну, головний біль, проблеми з серцево-судинною системою та постійне відчуття втоми. Такі симптоми часто сприймаються як фізичні захворювання, хоча насправді мають психосоматичну природу.

Окремим феноменом є моральна травма. Вона виникає через відчуття провини, сорому чи внутрішнього конфлікту через дії, що суперечили особистісним цінностям (наприклад, вибір між захистом себе чи безпеки цивільних осіб). Цей стан ускладнює психологічне відновлення після війни і потребує особливих підходів у психотерапії [35; 38].

Поведінкові наслідки ветеранів можуть мати серйозний вплив на їхнє життя та оточення. Частою проблемою є підвищена агресивність і дратівливість. Гіперактивність нервової системи часто викликає надмірно гострі реакції, навіть на незначні подразники, що ускладнює комунікацію як у сімейному колі, так і з колегами чи друзями [11; 21].

Іншою значною проблемою є зловживання психоактивними речовинами, такими як алкоголь та наркотики. Їх нерідко використовують як своєрідний метод «самолікування», спрямований на зниження нервового напруження або

намагання втекти від травматичних спогадів. Однак такий шлях суттєво підвищує ризик формування залежності [1; 38; 57].

Часто спостерігається і соціальна ізоляція. Багато ветеранів схильні уникати активних контактів, обирають самотність і уникають можливості створювати нові стосунки. Сімейні проблеми набувають все більш загрозливого характеру серед ветеранів, які після повернення з війни стикаються із трансформаціями в особистому житті. Серед найпоширеніших викликів можна виділити зростання кількості розлучень, що часто є наслідком психологічних травм та неможливості побудувати здорові стосунки у сім'ї. У багатьох випадках конфлікти з дружиною або чоловіком виникають через такі проблеми, як загострена агресивність, замкнутість чи залежності (алкогольна, наркотична чи інші). Окремо варто зазначити труднощі у виконанні батьківських ролей. Через внутрішні переживання ветерани нерідко стають емоційно віддаленими від власних дітей, що призводить до відчуження і зниження рівня сімейної підтримки [11; 24].

На додаток до особистих проблем, ветерани стикаються із суспільними упередженнями, які проявляються у формі стигматизації та дискримінації. Значна частина людей висловлює стереотипні судження, вважаючи ветеранів «небезпечними» чи «психічно нестабільними». Таке упереджене ставлення сприяє соціальній ізоляції, посилює відчуття непотрібності та відторгнення, що створює додатковий психологічний тиск.

Економічні аспекти також залишаються важливою складовою проблематики. Повернувшись до цивільного життя, багато ветеранів не можуть повернутися до роботи, яку виконували до війни, або ж стикаються з тим, що їхній рівень кваліфікації не відповідає сучасному ринку праці. Це спричиняє економічні труднощі, серед яких чільне місце займає брак фінансової стабільності. Така ситуація нерідко веде до зростання психоемоційного напруження та погіршення загального стану здоров'я [6].

Втрати соціальної ідентичності є ще одним глибоким викликом для ветеранів. Під час військової служби людина відчуває себе частиною великої мети, має чіткий статус і визначену роль, як «військовий» або «захисник Батьківщини», однак після повернення до цивільного життя ці ідентичності часто руйнуються, що провокує кризу сенсу та екзистенційну дезорієнтацію. В цілому ця проблема значно впливає на процес інтеграції ветеранів у соціум та їхнє успішне повернення до нормального життєвого ритму [35; 38] .

Згідно з даними Міністерства у справах ветеранів України (2023), понад 57% ветеранів стикаються з порушеннями сну, 41% відчують підвищену тривожність, а 35% повідомляють про сімейні конфлікти. Американські дослідження свідчать, що приблизно 20–25 % військовослужбовців, які брали участь у бойових діях в Іраку та Афганістані, демонструють симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) або депресії (Хоге К.В.) [35; 38; 60; 61].

У рамках ізраїльської програми BASIC Ph, понад 70% її учасників заявляють про зменшення тривожності та покращення процесу адаптації вже після 8–10 занять [40; 54; 59].

Психологічні та соціальні наслідки бойових дій мають багатогранний характер: вони охоплюють як індивідуальні прояви, так і масштабні трансформації в сімейному житті та громаді. Ці обставини створюють складне середовище, в якому відбувається процес соціально-психологічної реабілітації. Для досягнення її ефективності важливо врахувати всю сукупність цих чинників, а також інтегрувати різні форми допомоги — індивідуальну, групову, сімейну та підтримку на рівні громади.

1.2. Теоретико-методологічні, нормативно-правові та організаційні засади соціально-психологічної реабілітації

У науковій літературі виділяється кілька ключових парадигм, що формують основу сучасних програм реабілітації військовослужбовців і ветеранів. Кожна з цих парадигм має свій специфічний напрям, одні акцентують увагу на психічних процесах, інші орієнтуються на соціальні взаємозв'язки або рівень активності. Їх інтеграція забезпечує створення комплексної системи, яка відповідає принципам біопсихосоціального підходу [7; 13].

Біопсихосоціальна модель, яку вперше було запропоновано Джорджем Енгелем у 1977 році, є однією з ключових концепцій, що лежить в основі сучасної медицини та психології. Ця модель передбачає цілісний підхід до розуміння і лікування психічного здоров'я, підкреслюючи нерозривний взаємозв'язок між біологічними, психологічними та соціальними чинниками [7; 13]. Наприклад, біологічний компонент охоплює такі аспекти, як дисфункції нервової системи, гормональні порушення, наслідки фізичних травм чи захворювань. У свою чергу, психологічна складова включає особливості мислення, емоційні реакції на стресові події та індивідуальні способи подолання психоемоційних навантажень. Соціальний вимір моделі розглядає вплив оточення людини на її добробут, наявності підтримки близькими людьми, суспільного сприйняття індивіда, а також можливостей для працевлаштування та соціальної інтеграції [20; 35].

Для ветеранів війни застосування цієї моделі має особливе значення при лікуванні посттравматичного стресового розладу, оскільки підхід передбачає не лише медикаментозне чи психологічне усунення основних симптомів захворювання. Важливим є також акцент на реабілітації особистості через відновлення соціальних ролей, формування підтримуючого середовища та розвиток навичок адаптації до нових умов у суспільстві. Таким чином, ефективне лікування ПТСР має бути багатограним і враховувати всі аспекти

життєдіяльності людини, щоб сприяти її гармонійному поверненню до повноцінного життя [45].

Когнітивно-поведінкова терапія, вважається однією з найефективніших та науково обґрунтованих підходів у психотерапії для лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і депресії (Дж. С. Бек, Чард, К.М.) Вона базується на впровадженні кількох основних технік: когнітивна реструктуризація (метод спрямований на виявлення та заміну ірраціональних переконань «Я винен у смерті побратима» чи «Світ є значною мірою небезпечним»), експозиція (полягає у поступовій взаємодії з травматичними спогадами в контрольованих і безпечних умовах, що допомагає знизити їхній емоційний вплив), навчання навичкам (клієнтів навчають практичним стратегіям, включно із дихальними вправами, релаксаційними техніками та навичками самоконтролю над емоціями, зокрема гнівом). Ефективність технік підтверджена дослідженнями, згідно з якими до 70% ветеранів відзначають суттєве полегшення симптомів ПТСР після курсу КПТ (Хоге К.В.) [22; 47; 55].

EMDR (десенсибілізація та репроцесинг за допомогою рухів очей) - це методика, розроблена Ф. Шапіро в 1989 році. Вона базується на гіпотезі, за якою травматичні спогади можуть залишатися зафіксованими у пам'яті в нефізіологічній формі, що ускладнює їх обробку мозком. Основний принцип EMDR полягає у тому, що пацієнт пригадує травматичну подію, водночас виконуючи специфічні рухи очима або зазнаючи іншої форми двосторонньої стимуляції. Це активує процеси обробки інформації, дозволяючи ефективніше інтегрувати травматичні спогади в нормальні когнітивні процеси. Практичні результати використання цього методу включають зменшення інтенсивності флешбеків, нічних кошмарів і рівня тривоги. З точки зору наукової бази, EMDR отримав офіційне схвалення від Всесвітньої організації охорони здоров'я та Міністерства у справах ветеранів США як ефективний терапевтичний підхід [37; 60].

Модель BASIC Ph пропонує ґрунтовний і багатовимірний підхід до розуміння і полегшення процесів адаптації людини до складних життєвих викликів, а також сприяє зменшенню рівня стресу та розвитку психологічної стійкості [40]. Вона висвітлює шість ключових каналів *копінгу*, кожен із яких відповідає різним аспектам людського функціонування, забезпечуючи можливість вибору найефективнішого шляху досягнення гармонії. Ці канали взаємопов'язані та інтегрують фізичні, емоційні, соціальні, когнітивні, творчі й духовні ресурси людини [13; 59].

Перший канал, *Body* (тіло), підкреслює значення фізичної активності як методу позбавлення від напруження та накопиченого стресу. Заняття спортом, регулярні вправи або навіть участь у простих формах рухової діяльності гармонізують фізичний стан, заряджають енергією і сприяють покращенню загального самопочуття.

Другий напрямок, *Affect* (емоції), фокусується на вираженні внутрішніх переживань. Така діяльність, як художнє самовираження через арт-терапію, музику чи театральну творчість, дозволяє людині обробити та звільнитися від негативних емоцій, водночас поглиблюючи розуміння власних відчуттів і потреб.

Соціальний аспект, або *Social* (соціальність), наголошує на ролі взаємодії з іншими людьми. Побудова і підтримування зв'язків через дружнє спілкування, сімейну підтримку чи участь у групових заходах створює почуття єдності й підтримки з боку соціуму.

Уява, або *Imagination* (уява), залучає творчу сторону особистості й відкриває шлях до пошуку нових рішень і перспектив. Формами такого копінгу можуть стати малювання, написання історій чи будь-які види творчості, які стимулюють розум і допомагають абстрагуватися від обставин.

Наступний канал, *Cognition* (когніції), базується на логічному підході до ситуацій через аналіз, осмислення та стратегічне планування. Використання

мислення для раціонального оцінювання проблеми сприяє прийняттю зважених рішень і пошуку ефективних способів її вирішення.

Останній, але немало важливий канал - Philosophy (віра), зосереджується на духовному світогляді, релігійних переконаннях або внутрішній рефлексії. Цей канал допомагає людині знаходити глибокий зміст у своєму житті й черпати натхнення для подолання труднощів із надією і вірою [3; 8; 42].

Застосування цієї моделі особливо актуальне в роботі з ветеранами чи людьми, які зазнали важких психологічних випробувань або травматичних подій. Модель BASIC Ph дозволяє здійснювати діагностику для визначення індивідуальних уподобань і схильностей до використання різних каналів копіngu, це відкриває можливість розробити персоналізований план реабілітації, який враховує як унікальні потреби людини, так і її сильні сторони [21; 40].

Екологічна модель Бронфенбреннера є ключовою концепцією у розумінні впливу різних рівнів середовища на формування особистості. Урі Бронфенбреннер виділив декілька таких рівнів: *мікросистема* (це найближче оточення людини, яке включає родину, друзів, однодумців та тих, з ким безпосередньо здійснюється взаємодія), *мезосистема* (відображає взаємозв'язки між основними складовими життя, наприклад, між сім'єю, школою чи роботою), *екзосистема* (охоплює ширші соціальні структури, такі як державні установи, регіональні організації та місцеві спільноти) та *макросистема* (включає масштабні чинники, такі як культура, традиції, цінності та ідеологічні переконання суспільства) [13; 49].

Особливість підходу «*peer-to-peer*» (*рівний-рівному*), полягає в тому, що учасники, які вже мають досвід реабілітації, передають свій досвід іншим ветеранам, створюючи атмосферу взаєморозуміння та взаємо підтримки. Основою реалізації цього принципу є організація спеціальних груп підтримки, де роль модератора виконує ветеран, який успішно пройшов процес реабілітації. Цей формат спрямований на досягнення кількох ключових ефектів: сприяє нормалізації переживань, які є частиною посттравматичного шляху; допомагає

зменшити рівень стигматизації, що часто супроводжує ветеранів із психологічними чи фізичними травмами; а також підвищує мотивацію до активної участі у процесі лікування. Завдяки своїй ефективності цей підхід значно поширений у таких країнах, як США і Канада, а також активно впроваджується в сучасних українських ветеранських хабах [6; 11; 35].

Сімейно-системні підходи розглядають сім'ю як єдину цілісну систему зі встановленими правилами та обмеженнями. Представлені такі підходи Сальвадором Мінухіним і Вірджинією Сатір, основна ідея яких полягає в тому, що психологічна травма чи проблема одного члена сім'ї впливає на всю систему, зачіпаючи кожного її учасника. Основні методи включають проведення сесій сімейної терапії, навчання членів сім'ї ефективному та ненасильницькому спілкуванню, а також перегляд і коригування ролей у сімейній структурі [14; 31].

Ерготерапевтичні концепції зосереджуються на значущій діяльності як способі відновлення фізичного та психологічного стану, одночасно покращуючи якість життя. Серед важливих моделей виділяють МОНО (Модель людської діяльності), яка розглядає заняття як основу для формування ідентичності людини й організації її життя, та концепцію Doing-Being-Becoming-Belonging, що наголошує на необхідності для людини не лише діяти, але й залишатися собою, знаходити розвиток і відчувати зв'язок із соціумом. До практичних прикладів використання ерготерапії належать майстер-класи з ремесел (таких як виготовлення свічок чи деревообробка), участь у волонтерських ініціативах як спосіб соціальної інтеграції, а також програми перекваліфікації, які сприяють опануванню нових професійних навичок [39; 50; 52].

Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій нерозривно пов'язана з державною політикою, правовим регулюванням та інституційними механізмами. Ефективність програм з відновлення залежить не лише від рівня психотерапевтичних втручань, але й від того, наскільки грамотно організована система нормативного врегулювання, взаємодії між різними установами та забезпечення необхідними ресурсами [19; 29]. На глобальному рівні ключову

роль відіграють документи, розроблені ООН, ВООЗ, НАТО та Європейським Союзом, такі як: рекомендації ВООЗ, 2017 та 2021 роки (акцентують на інтеграції психосоціальної допомоги у систему охорони здоров'я, залученні мультидисциплінарних підходів і розвитку програм реабілітації, орієнтованих на громаду (CBR)), керівництво UNHCR, 2019 рік (містить принципи роботи з людьми, що пережили наслідки війни та вимушене переселення), NATO Guidelines on Resilience, 2020 рік (підкреслюють ключову роль психологічної стійкості військовослужбовців і ветеранів як стратегічного чинника національної безпеки), документи Європейської комісії, 2021 рік (наголошують на важливості програм перекваліфікації, розвитку соціального підприємництва та інтеграції ветеранів у життя громад) [11; 38].

З 2014 року в Україні були ухвалені важливі нормативно-правові акти, спрямовані на підтримку ветеранів: *Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»* (гарантує право ветеранів на доступ до психологічної реабілітації, *Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я»* (встановлює концепцію комплексної реабілітації, яка включає психологічний компонент), *Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю»* (передбачає систему соціальних послуг для ветеранів із інвалідністю), *Постанова Кабінету Міністрів України № 1443* (регламентує організацію психологічної допомоги ветеранам, створення спеціалізованих центрів реабілітації та групових програм підтримки), *Наказ МОЗ № 1041* (визначає порядок надання реабілітаційної допомоги, зокрема психосоціальної складової, на території України), *Державна стратегія щодо психічного здоров'я на період 2022–2030 років* (спрямована на формування мережі психосоціальних послуг, інтегрованих у громаду) [17-19].

В Україні поступово формується багаторівнева система реабілітації, яка охоплює різноманітні державні, громадські, приватні та міжнародні інституції. Її структура складається з кількох ключових компонентів [30; 35].

Перший рівень представлений державними структурами. Міністерство у справах ветеранів займається формуванням політики та організацією програм реабілітації, що мають на меті підтримку ветеранів. Міністерство охорони здоров'я відповідає за забезпечення медичної та психіатричної допомоги, тоді як Міністерство соціальної політики зосереджене на організації соціальних послуг і управлінні державними виплатами для ветеранів [17; 35].

Другий рівень системи - реабілітаційні центри. Це як державні, так і приватні установи, які надають широкий спектр послуг, включно з медичною, психологічною та соціальною допомогою. Найбільшу увагу приділяють спеціалізованим програмам, спрямованим на підтримку ветеранів, таким як проект «Побратими» [6; 24; 31].

Третій рівень представлений громадськими організаціями та ветеранськими хабами. До них належать такі організації, як «Побратими», «*Veteran Hub*» та фонд «*Повернись живим*». Основна діяльність цих структур зосереджена на наданні психосоціальної підтримки, сприянні професійній реінтеграції, проведенні арт-терапії й організації груп взаємодопомоги [6; 24].

Четвертий рівень складається з міжнародних партнерів, серед яких *ВООЗ*, *UNICEF*, *Червоний Хрест* та *NATO Trust Fund*. Вони забезпечують фінансову підтримку, проводять навчання українських фахівців та сприяють розробці сучасних програм реабілітації згідно з міжнародними стандартами [30].

Попри стрімкий розвиток цієї системи, перед Україною стоїть низка викликів, які суттєво впливають на ефективність її роботи. Серед основних проблем можна виділити фрагментарність наявної мережі через брак єдиного координаційного центру. Нестача фахівців з досвідом в області психотравматології створює труднощі у наданні високоякісної психологічної допомоги. Обмежене фінансування не дозволяє охопити всі аспекти реабілітаційних програм. До цього додається відсутність стандартизованої системи моніторингу результативності, а також недостатня інтеграція сімей та місцевих громад у процес реабілітації ветеранів [6; 35].

1.3 Досвід використання арт-терапії у соціально-психологічній реабілітації ветеранів на етапі відновлення

Арт-терапія стала важливим компонентом психологічної реабілітації військових у багатьох країнах світу, особливо для тих, хто стикався з бойовими діями, переживав травматичні події, втрати чи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [3; 38; 48]. Зарубіжний досвід підтверджує ефективність сенсорних методів та творчих практик, які сприяють емоційному відновленню, зменшенню тривожності та поверненню здатності контролювати власний психічний стан.

У США арт-терапію органічно впроваджено у програму допомоги ветеранам через систему Department of Veterans Affairs. Існують спеціалізовані програми, такі як National Intrepid Center of Excellence (NICoE) та Creative Forces: NEA Military Healing Arts Network, що базуються у військових госпіталях [21; 48; 52]. Арт-терапевти тут активно використовують роботу з воском та моделювання, малювання яскравими кольорами, ліплення та техніки із залученням теплих матеріалів. Особливу увагу приділяють створенню воскових об'єктів (wax modeling therapy), що за принципом подібні до свічкачества [23; 39]. Ця діяльність включає поєднання теплових і тактильних аспектів роботи, з акцентом на сам процес. Дослідження NICoE демонструють позитивний вплив роботи з воском, а саме зменшення дисоціативних проявів, зниження гіперактивності нервової системи, стабілізацію емоційного балансу, стимуляцію вироблення дофаміну й окситоцину, що викликає ефект заспокійливого дотику [36; 52].

В Ізраїлі арт-терапія займає вагоме місце в системі реабілітації військових, особливо в рамках діяльності центрів Beit HaLochem і NATAL – Israel Trauma and Resiliency Center. До найбільш популярних терапевтичних прийомів належать свічкова терапія (candle-making therapy). Психологів тренують застосовувати свічкачество як сенсорну методику для забезпечення стабілізації

психічного стану військовослужбовців [33; 44; 48]. Головні елементи цього підходу включають процес плавлення воску як символ розслаблення та «пом'якшення» внутрішньої напруги, вибір кольору й аромату для посилення ефектів саморегуляції, завершення ритуалу створення свічки як спосіб повернення контролю над собою. Згідно з дослідженням NATAL, проведеним у період 2018–2021 років, військовослужбовці, які брали участь у свічкових арт-сесіях, показали значне зниження проявів гіпервозбудження (на 28–34%), а також покращений показник якості сну [59; 60].

Європейські країни, зокрема Німеччина, Польща та Литва, активно впроваджують арт-терапію для психосоціальної реабілітації військових і переселенців. У Німеччині клініки використовують низку методів, серед яких ароматерапія, техніки роботи із воском (Wax Relaxation Method) та кольоротерапевтичні вправи. Особливу увагу приділяють свічкарству як методу «емоційної стабілізації низької інтенсивності». Польща включає сенсорні методики у програму PTSD Reset, яка передбачає роботу з теплим воском, створення ароматичних свічок та проведення групових ритуалів «світла», що символізують єдність і підтримку. У Литві ароматерапія є офіційно визнаною технікою зниження тривожності, яку впроваджують у клініках реабілітації військових. У роботі використовуються ефірні олії [21; 39; 52].

Скандинавські країни як Норвегія, Фінляндія та Данія також застосовують арт-терапію у форматі «тихої терапії». Основу становлять створення свічок із бджолиного воску, проведення групових світлових ритуалів та комбінація свічкарства з майндфулнес-практиками. Місцеві спеціалісти зазначають, що робота з воском і вогнем стимулює парасимпатичну нервову систему, забезпечуючи заспокійливий ефект [32; 54; 62].

Отже, міжнародний досвід свідчить про ефективність арт-терапії для реабілітації військових у багатьох країнах, таких як США, Ізраїль і ЄС. Свічкарство стало офіційною практикою в Польщі та Ізраїлі, а також частково запроваджено в Німеччині й Скандинавії. Сенсорна арт-терапія спрямована на

зниження гіперзбудження нервової системи, стабілізацію емоцій, створення відчуття контролю, покращення сну і зменшення тривожності й ПТСР [3; 8; 62].

Висновки до розділу 1

Аналіз наукових джерел, міжнародних та українських нормативних документів у поєднанні з вивченням сучасних теоретико-методологічних моделей дозволяє сформулювати низку важливих висновків.

1. Реабілітація учасників бойових дій має багатовимірний характер, включаючи відновлення психічного здоров'я, особистісної ідентичності, соціальних зв'язків та професійних ролей.

2. Соціально-психологічна реабілітація це комплексний процес, мета якої не обмежується лише зменшенням проявів посттравматичного стресового розладу чи депресії, а спрямована на відновлення цілісної особистості ветерана та забезпечення його здатності інтегруватися в мирне життя суспільства.

3. Психологічні переживання, такі як ПТСР, депресія, тривожність чи моральна травма, часто поєднуються з поведінковими проблемами, серед яких агресивність, соціальна ізоляція, залежності, а також соціальними труднощами: розлучення, втрата роботи, стигматизація. Це створює необхідність застосування інтегрованого підходу для надання ефективної допомоги.

4. Теоретико-методологічні моделі слугують основою, яка визначає рамки реабілітаційного процесу, забезпечуючи системний підхід і орієнтуючи фахівців на комплексне вирішення проблем.

5. Нормативно-правова база формує фундамент всієї системи реабілітації, окреслюючи права ветеранів та державні зобов'язання:

– В Україні вже прийнято низку законів і постанов, що гарантують право колишніх військовослужбовців на психологічну допомогу та психосоціальну підтримку. Однак система стикається з низкою викликів, таких як: недостатня

кількість кваліфікованих спеціалістів, обмежене бюджетне фінансування та фрагментарність інфраструктури.

– Українська система соціально-психологічної реабілітації потребує розвитку у напрямках формування мультидисциплінарних команд, які включають психолога, психіатра, соціального працівника та ерготерапевта; впровадження інноваційних методик, таких як арт-терапія та майндфулнес; активне залучення родин і місцевих громад до процесу реабілітації, та створення єдиної системи для координації та моніторингу результатів реабілітаційних заходів.

6. Соціально-психологічна реабілітація відіграє ключову роль у відновленні ветеранів. Вона має базуватися на доказових психотерапевтичних підходах, соціальних втручаннях та креативних практиках, які допомагають стабілізувати емоційний стан і сприяють інтеграції в суспільство. Вже сформоване теоретико-методологічне підґрунтя забезпечує основу для аналізу ефективності реабілітаційних методів, серед яких особливу увагу варто зосередити на інноваційних арт-терапевтичних техніках.

7. Досвід зарубіжних практик показує, що поєднання арт-терапії та когнітивно-поведінкової терапії є цілком виправданим і приносить помітні результати. Такий підхід дозволяє ефективніше інтегрувати практичні й терапевтичні аспекти для досягнення повного емоційного та психологічного балансу.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

2.1. Загальна характеристика методичного комплексу і характеристика досліджуваної вибірки

Емпіричне дослідження виконувалося на базі КП «Криворізька міська лікарня №1» КМР та КНП «Криворізька міська лікарня №16» КМР, які надають психологічну підтримку військовослужбовцям і членам їхніх сімей. До вибірки увійшли 30 осіб, котрі мали статус учасника бойових дій або належали до їхніх родин. Серед респондентів були військові, які безпосередньо брали участь у бойових діях, ті, хто виконував забезпечувальні завдання, а також члени родин, які спільно переживали наслідки війни, хоч і могли фізично не перебувати в зоні бойових дій.

В емпіричній частині нашого дослідження нами були поставлені такі *завдання*:

1. Дослідити психологічний стан ветеранів на етапі їхнього відновлення.
2. Здійснити опрацювання отриманих результатів.
3. Сформувати корекційну групу з метою проведення корекційних заходів.

Велика увага приділялася формуванню вибірки та підбору методичного інструментарію, що забезпечував отримання достовірних та чутливих до змін результатів.

Умовно вибірку поділили на дві підгрупи: 18 військовослужбовців (ветеранів) і 12 членів їхніх сімей, до яких належали партнери, батьки та дорослі діти. У дослідженнях ПТСР, згідно з рекомендаціями Американської психологічної асоціації, вибірки від 25 до 50 осіб дозволяють отримувати статистично значущі результати при використанні методів описової та інферентної статистики.

Такий підхід дозволив розглянути не лише індивідуальний досвід травматичних подій, але й зміни, що відбувалися на рівні сімейної системи. Вік респондентів варіювався від 24 до 52 років, більшість мали середню спеціальну або вищу освіту, професійний досвід до початку війни та плани на майбутнє, які зазнали змін або були перервані через бойові дії.

Соціально-психологічний профіль учасників дослідження виявився неоднорідним, але в окремих аспектах досить характерним для ветеранів. Багато респондентів відзначали труднощі з пристосуванням до мирного життя, висловлюючи думки на кшталт: складно звикнути до тиші, незрозуміло, чим хочу займатися, важко спілкуватися з тими, хто не має досвіду війни, відчуття, ніби існую в іншій реальності. У взаємовідносинах із сім'єю часто спостерігалася напруженість: близькі очікували повернення того ж чоловіка чи сина, але натомість зустрічали людину з новим життєвим досвідом, іншими реакціями та зміненими межами.

До основних *чинників*, які могли ускладнювати психоемоційний стан, належать:

- тривалий період перебування в зоні бойових дій,
- втрати побратимів,
- моменти прямої загрози життю,
- недостатні можливості для відпочинку і відновлення під час служби,
- відсутність належної підтримки після повернення та фінансові труднощі.

Утім, багато учасників дослідження мали важливі ресурси, які допомагали зберігати внутрішню рівновагу: сімейна підтримка, близькі друзі, духовні та ціннісні орієнтири, здатність до самоаналізу та попередній досвід подолання складних життєвих ситуацій.

Відбір психодіагностичних інструментів обумовлювався необхідністю отримання всебічної інформації, яка дозволяє не тільки ідентифікувати симптоми травми, але й виявити доступні ресурси людини та оцінити її

суб'єктивне сприйняття якості життя. Для цього було сформовано психодіагностичний комплекс методик, спрямованих на різнобічний аналіз емоційного стану, психологічної стійкості та загального благополуччя.

Психодіагностичний комплекс містив п'ять методик, які були відібрані з урахуванням необхідності комплексної оцінки психічного стану ветеранів. Особливий акцент зробили на двох інструментах: PCL-5 та HADS, оскільки вони найточніше відображають характерні стани людей, які пройшли через бойові дії та перебувають у процесі відновлення.

Шкала посттравматичного стресового розладу (PCL-5) дозволяє детально оцінити інтенсивність проявів посттравматичного стресу в чотирьох ключових аспектах: повторне переживання травмуючих подій, уникання, негативні зміни в мисленні і настрої, а також підвищену збудливість. Цей інструмент широко використовується у сфері психодіагностики військовослужбовців у багатьох країнах через його здатність не тільки виявляти симптоми ПТСР, але й відслідковувати динаміку змін у їхньому перебігу [55; 56].

Шкала тривоги та депресії (HADS), яку використовують для визначення рівня тривожних і депресивних проявів. Її цінність полягає в тому, що вона не перевантажує респондента клінічною термінологією, роблячи її особливо ефективною в роботі з ветеранами. Такі респонденти нерідко більш позитивно налаштовані до оцінки власного самопочуття в простій та доступній формі, уникаючи «психіатричних» ярликів [6; 14].

Шкала психологічної стійкості Connor–Davidson (CD-RISC), яка допомагає оцінити здатність людини долати стресові ситуації, адаптуватися до складних умов і відновлювати психоемоційний стан після перенесених травматичних подій. Вона надає важливу інформацію про внутрішні ресурси респондента, які можуть бути мобілізовані в складних ситуаціях.

Індекс психічного благополуччя WHO-5, спрямований на вимірювання суб'єктивного відчуття радості, життєвого інтересу, енергійності та

гармонійного внутрішнього стану. Цей показник дозволяє оцінити загальний рівень психофізіологічного благополуччя респондента [44; 48].

Авторська анкета під назвою «Емоційний стан та потреби військовослужбовця» яка містила різноманітні питання щодо якості сну, рівня емоційного напруження, наявності довірливих та підтримуючих стосунків, почуття сенсу життя та очікувань від участі в реабілітаційному процесі. Такий ширший підхід спрямовано на уточнення індивідуальних потреб респондентів [4; 6].

Загальна сукупність інструментів створює всебічний підхід до аналізу стану військовослужбовців, забезпечуючи точніше розуміння їхніх потреб і можливостей для ефективної підтримки та реабілітації. У таблиці 2.1 наведено узагальнену характеристику всього діагностичного комплексу.

Таблиця 2.1

Узагальнена характеристика діагностичного комплексу

Назва методики	Що вимірює	Короткий опис	Переваги використання у ветеранів
PCL-5	Симптоми ПТСР	20 питань, 4 кластери симптомів	Висока точність, спеціально для бойового досвіду
HADS	Тривога та депресія	14 пунктів, 2 субшкали	Не містить соматичних пунктів, не спотворює результати
CD-RISC	Резилієнтність	25 тверджень	Дає можливість оцінити ресурсність
WHO-5	Психологічне благополуччя	Індекс позитивного настрою	Показує якісні зміни під впливом реабілітації
Авторська анкета	Скарги та потреби	12 питань, самооцінні твердження	Виявляє проблеми сімейної взаємодії

Обрання саме такого комплексу методів дозволило уникнути зосередження лише на «сухих» числових даних та поєднати кількісний і якісний підходи. Це особливо важливо в роботі, яка стосується травматичних

переживань. Результати тестувань доповнювалися спостереженнями, короткими психологічними нотатками та рефлексіями учасників у процесі обговорення.

Дослідження проводилося з урахуванням усіх етичних норм: учасників детально інформували про мету, завдання дослідження, можливі емоційні реакції та їх права. Наголошувалося на добровільній участі, можливості припинити участь на будь-якому етапі без необхідності пояснень. Усі отримані дані використовувалися виключно в узагальненому та анонімізованому вигляді.

Таким чином, сформована вибірка разом із застосованим методичним комплексом забезпечили основу для системного аналізу психоемоційного стану ветеранів бойових дій, а також для оцінки ефективності запропонованої реабілітаційної програми.

2.2. Аналіз актуального стану соціально-реабілітаційного впливу на військовослужбовців на етапі відновлення

Результати констатувального етапу дослідження показали, що значна кількість учасників у певній мірі має порушений психоемоційний баланс. Це простежується на різних рівнях – від поодиноких проявів підвищеної тривожності до складніших симптомів посттравматичного стресового розладу.

Згідно наведених даних (див. таб. 2.2) ми розуміємо, що отримані результати свідчать про досить високі рівні емоційної напруги та посттравматичних проявів у більшості опитуваних.

Перед тим, як перейдемо до детальної інтерпретації, у таблиці 2.2 наведено узагальнені показники за всіма застосованими методиками.

Таблиця 2.2.

Узагальнені показники психодіагностичного обстеження

Методика	Середній показник	Стандартне відхилення	% учасників із високими значеннями
PCL-5	48,6 бала	12,4	63%
HADS-A (тривожність)	12,3	3,8	47%
HADS-D (депресія)	10,8	4,1	38%
CD-RISC	46,2	9,7	-
WHO-5	39,5%	-	-

Як видно з таблиці 2.2, рівень симптомів ПТСР у досліджуваній вибірці є підвищеним: середній показник у 48,6 бала за шкалою PCL-5 свідчить про яскраво виражені посттравматичні прояви. Значна кількість ветеранів скаржаться на порушення сну, раптове відтворення травматичних подій у пам'яті, гострі реакції на гучні звуки, а також уникнення місць або розмов, які нагадують про службу.

Те, що 63% учасників мають високі показники за PCL-5, підкреслює необхідність розробки ефективної реабілітаційної програми. За даними шкали HADS, майже половина респондентів (47%) виявляє підвищений рівень тривожності, а понад третину мають ознаки депресивного стану. Ці результати є важливими не лише щодо самих ветеранів, а й стосовно їхніх родин, оскільки вказують на поширення вторинного травматичного стресу в сімейних системах.

Результати за шкалою CD-RISC свідчать про низький рівень резилієнтності, що типово для осіб, які тривалий час перебували в умовах

підвищеної небезпеки. Шкала WHO-5 вказує на знижене психологічне благополуччя, що відображає загальний емоційний стан учасників дослідження.

Згідно з даними шкали PCL-5, у багатьох респондентів були підвищені показники в категоріях повторного переживання та гіперзбудження. У якісних коментарях це звучало так: «картинки з фронту самі з'являються в голові», «при гучному звуці тіло реагує, ніби це обстріл», «вночі часто прокидаюся з відчуттям, ніби знову там». Іншими словами, навіть перебуваючи у фізично безпечному середовищі, люди продовжували внутрішньо переживати воєнні події.

Середній показник за PCL-5 склав 48,6 бала при середньому показнику = 12,4 (див. табл.2.2) Коефіцієнт варіації 25,5%, що вказує на помірну нерівномірність проявів симптомів у вибірці. З математичної точки зору це означає, що в групі існує певна диференціація від помірних до виражених симптомів. При цьому частотний аналіз показав, що понад половина ветеранів потрапляють у зону високої інтенсивності симптоматики, що є клінічно значущим. Такий розподіл є типовим для вибірок ветеранів у перший рік після ротації або демобілізації та повністю відповідає даним міжнародних досліджень [35; 56; 60].

Результати за шкалою уникання також були досить показовими. Частина учасників свідомо уникала будь-яких нагадувань про бойовий досвід: не дивилися новини, не підтримували контакту з побратимами та змінювали тему розмови, якщо згадували про війну. На перший погляд це може виглядати як спроба «забути» або «рухатися далі», але насправді часто є проявом психологічного захисту. Свідомість таким чином прагне уникнути болісних спогадів, адже боїться хвилі емоцій, які можуть захопити зненацька.

Для більш наочного представлення результатів ви можете розглянути (рис. 2.1), що відображає рівні симптомів ПТСР у вибірці. Діаграма (рис. 2.1) наочно демонструє явне домінування високого рівня симптомів ПТСР. Середній рівень також залишається значущим, охоплюючи понад чверть вибірки. Низький рівень

виявлено лише у 10% респондентів, що вказує на важливість продовження психокорекційної роботи.

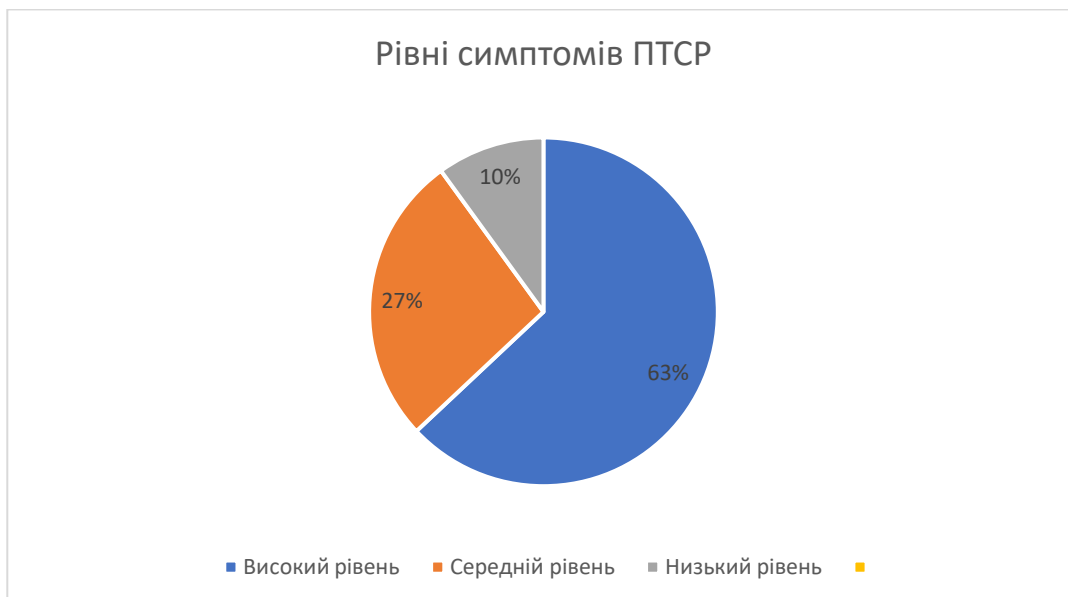


Рис. 2.1. Рівні симптомів ПТСР у вибірці досліджуваних

За даними опитування HADS, у більшості респондентів виявили помірно підвищений рівень тривоги, а у деяких – виражений. Це проявлялося через внутрішнє напруження, постійне прагнення до контролю, готовність реагувати на небезпеку та труднощі із розслабленням. Декілька учасників описували свій стан як постійне спостереження за оточенням: навіть у домашніх умовах вони оглядали кімнати, оцінювали виходи та прислухалися до звуків. Така поведінка є типовою ознакою наслідків бойової травми.

Депресивні симптоми проявлялися менш інтенсивно, проте залишалися стабільними. Частина ветеранів вказувала на відсутність радості, втрату інтересу до занять, які раніше приносили задоволення, а також на переживання емоційної порожнечі чи застою. У їхніх словах це звучало як «я повернувся, але ніби мене тут немає», «не бачу сенсу щось планувати», «живу без мети, механічно».

Середній показник тривожності (HADS-A) становив 12,3 бала (див. табл. 2.2), що перевищує клінічний поріг. Депресивна шкала (HADS-D) — 10,8 бала,

що відповідає легкому або помірному депресивному стану. Стандартне відхилення для HADS-A (3,8) й HADS-D (4,1) вказує на значну індивідуальну варіативність. Частотний аналіз показав, що 53% ветеранів та членів родин мають клінічно значущу тривогу, а 47% — депресивні прояви (див. рис. 2.2).

З графічного аналізу (рис. 2.2) випливає, що тривожність серед респондентів проявляється більш виражено порівняно з симптомами депресії, хоча обидва показники перевищують нормальну межу. Особливо важливо відзначити, що підвищені результати за шкалами HADS притаманні також членам сімей ветеранів, що вказує на вплив травматичних бойових подій на сімейну атмосферу.

Міжнародні дослідження акцентують увагу на взаємозв'язку між ПТСР і депресією. У нашій вибірці ця тенденція також простежується. Це свідчить про необхідність врахування двокомпонентної природи посттравматичної дезадаптації при розробці реабілітаційних програм, не лише вплив травматичних спогадів, а й емоційне виснаження, зниження мотивації та втрату інтересу [10; 35; 38].



Рис. 2.2 Показники тривожності та депресії у вибірці досліджуваних

Результати за шкалою CD-RISC засвідчили, що навіть за наявності яскраво виражених симптомів травми більшість учасників зберігала внутрішній потенціал стійкості. Вони продовжували брати на себе відповідальність, приймати рішення і знаходити способи діяти у складних ситуаціях. Це поєднання вразливості та сили є характерним для ветеранів і відкриває значні можливості для проведення реабілітаційної роботи.

Середній показник резилієнтності становив 46,2 бала (див. таб. 2.2), що нижче за норму (норма — 60–80 балів). Стандартне відхилення - 21%, тобто варіативність теж помірна. Частотний аналіз (рис. 2.3): низький рівень — 41%; середній — 40%; високий — 19%.

Переважає більшість учасників опитування (рис. 2.3) знаходяться в категорії низької або середньої резилієнтності. Лише приблизно кожен п'ятий виявляє здатність до швидкого відновлення, що свідчить про складнощі, з якими стикаються ветерани у підтримці стабільного емоційного стану в щоденному житті.



Рис. 2.3 Рівні резилієнтності у вибірці досліджуваних

Індекс WHO-5 вказав на низький рівень суб'єктивного благополуччя серед респондентів. Більшість скаржилися на втому, емоційне виснаження та втрату інтересу до майбутнього. Водночас у деяких відповідях траплялися нотки оптимізму: згадки про дітей, мрії про подорожі, бажання завершити чи почати нові справи після реабілітації. Показник 39,5% (див. табл. 2.3) відповідає низькому емоційному тону.

У 67% учасників індекс нижчий за критичний поріг у 50% (див. табл. 2.3). У світовій практиці WHO-5 використовують як швидкий індикатор емоційного виснаження [26; 58]. Дані вибірки підтверджують відповідну тенденцію.

Аналіз авторської анкети допоміг виявити конкретні проблемні зони. Часто респонденти відзначали порушення сну: труднощі із засинанням, переривчастий або поверхневий сон, а іноді й нічні жахи. Багато хто згадував про підвищену дратівливість, чутливість до шуму, скупчень людей чи раптових змін. У сімейних стосунках виникали напружені ситуації: небажання військових ділитися переживаннями або, навпаки, прояви агресії через, на думку близьких, незначні подразники.

Таблиця 2.3

WHO-5 психологічне благополуччя

Показник	Значення
Обсяг вибірки	30
Середнє значення	39,5%
Медіана (центр. рівень благополуччя)	40%
Мода (найчастіше значення)	38%
Мінімальне значення	18%
Максимальне значення	65%
Стандартне відхилення	11,2
Депресія	125
Міжквартильний розмах	11
Коефіцієнт варіації	28,5%
Коефіцієнт асиметрії	-0,12
Коефіцієнт ексцесу	-0,31
% низького благополуччя	67%

На (табл. 2.4) подано узагальнені дані щодо поширеності скарг. Результати аналізу анкет засвідчили, що найпоширенішою проблемою серед опитаних є порушення сну, яке здебільшого супроводжується такими явищами, як повторювані нічні жахи та раптові пробудження.

Таблиця 2.4

Скарги та потреби ветеранів та членів їхніх сімей

Скарга	% учасників
Труднощі зі сном	72%
Дратівливість	68%
Емоційне виснаження	65%
Тривожні думки	57%
Порушення концентрації	52%
Труднощі у сімейній комунікації	61%
Почуття провини	38%

Ці симптоми мають значний вплив на якість життя респондентів, оскільки вони спричиняють додатковий дискомфорт і підсилюють загальну емоційну нестабільність. Крім того, більшість учасників дослідження скаржиться на підвищену дратівливість і почуття емоційного виснаження, що свідчить про негативний вплив довготривалого стресового стану на їхній психоемоційний баланс.

Варто зазначити, що понад половина респондентів зазначає серйозні труднощі у спілкуванні в межах сім'ї, які часто пов'язані як з емоційною дистанцією між членами сім'ї, так і з небажанням обговорювати пережитий бойовий досвід. Додатково впливають проблеми із здатністю відкрито висловлювати власні почуття та переживання, що значно посилює комунікаційний бар'єр.

Висновки до розділу 2

У другому розділі висвітлено організацію та результати констатувального етапу дослідження психоемоційного стану учасників бойових дій на етапі їхнього відновлення.

1. З'ясовано, що більшість військовослужбовців мають підвищений рівень тривожності (приблизно 70% за шкалою HADS-A; середнє значення — 12,8 бала) окремі прояви посттравматичного стресового розладу (близько 62% респондентів за PCL-5, середнє значення — 43 бали), ознаки емоційного виснаження (за WHO-5 середній показник — 39,5%, при цьому 67% мають рівень нижче критичного порогу) та знижене суб'єктивне почуття благополуччя. Водночас наявність стресостійкості (середнє значення за CD-RISC — 23 бали; низький рівень — у 55% учасників) у деяких респондентів свідчить про існування значного внутрішнього ресурсу, який може бути активізований у процесі реабілітації.

2. Переважна більшість військовослужбовців, які перебувають на етапі відновлення після активної участі у службі, виражають потребу в регулярній та комплексній психосоціальній підтримці. Така допомога має бути спрямована на зменшення рівня психоемоційної напруги, відновлення почуття внутрішньої безпеки, а також на розробку нових життєвих стратегій і ресурсів, необхідних для гармонійної адаптації до нових умов життя.

3. Аналіз сучасного стану соціально-реабілітаційних заходів показав, що чинні форми допомоги часто не відповідають глибинним потребам ветеранів, залишаючись поверхневими або надмірно формальними. Це підтверджує необхідність розроблення спеціальних програм, які поєднують науково обґрунтовані методики із гнучкими, ресурсно-орієнтованими підходами, зокрема через застосування арт-терапії.

4. Отримані результати стали основою для створення та впровадження авторської програми соціально-психологічної реабілітації «Тепло відновлення», яка детально розглядається у третьому розділі.

РОЗДІЛ 3

ПРОГРАМА ВПРОВАДЖЕННЯ ІННОВАЦІЙНИХ ТЕХНІК АРТ-ТЕРАПІЇ У СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНУ РЕАБІЛІТАЦІЮ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

3.1. Зміст програми соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців на етапі відновлення

Реабілітаційна програма «Тепло відновлення» виникла як відповідь на конкретні виклики, виявлені в результаті діагностики, описаної у другому розділі. Військовослужбовці, котрі брали участь у роботі, часто скаржилися на тривожність, напруження, проблеми зі сном, неконтрольовані спалахи гніву, внутрішню порожнечу та хронічну втому. Дехто висловлював ці стани словами «життя на автоматі» або «тіло вже вдома, а думками – там». Власне, саме ці реальні переживання стали основою для створення програми.

Метою корекційної роботи посприяти військовослужбовцям у зниженні внутрішньої напруги, відновленні відчуття контролю над собою та відкритті внутрішньої сили й спокою. Програма базується на інтегруванні нових арт-терапевтичних методик, а саме свічкарство та ароматерапія. Наша корекційна програма розрахована лише на офлайн проведення.

Програма враховує індивідуальні особливості військових, їхнього сприйняття, емоційних реакцій та когнітивних проявлень. Структурно програма «Тепло відновлення» складається з 5 модульних блоків: діагностичний, стабілізаційний, корекційний, арт-терапевтичний та підсумковий.

Принципи, що лежать в основі реалізації корекційної програми, слугують її фундаментом і визначають ефективність роботи з різними категоріями військовослужбовців.

Організація діяльності корекційної групи, яка взаємодіє з військовими, що стикаються з широким спектром проблем і запитів, повинна базуватись на кількох ключових положеннях:

1. *Принцип безпеки.* Людина не повинна виходити після зустрічі у гіршому стані, ніж прийшла. Ми не тягнемо ветерана в болючі спогади - працюємо обережно, крок за кроком. Також не забуваємо про конфіденційність. Забезпечення безпечного середовища, де інформація про проблеми або стан військовослужбовця не розголошується, сприяє формуванню довіри між учасниками процесу та допомагає досягти кращих результатів.

2. *Принцип добровільності.* Ніхто нічого не нав'язує, учасник сам вирішує, про що готовий говорити, яку вправу робити, а яку — ні.

3. *Принцип реалістичності.* Ми працюємо не з ідеальними підручниками, а з реальним станом людини. Якщо настрій сьогодні важкий, тоді адаптуємо заняття під нього.

4. *Принцип ресурсності.* Ми не «копаємо» у травмах заради самого копання. Ми вчимо підсилювати в собі те, що допомагає жити далі: спокій, внутрішню опору, тепло.

5. *Принцип партнерства.* Психолог тут не «керівник» і не «наставник». Це людина поруч, яка допомагає знайти нові способи впоратись з тим, що всередині.

6. *Терапевтичний принцип.* Свічки, аромати, кольори - це не «дитячі забавки», це спосіб повернути собі ті відчуття, які війна заглушила.

7. *Принцип комплексності.* Робота корекційної програми повинна охоплювати як психологічні, так і соціальні аспекти, а також потребувати співпраці з іншими спеціалістами відповідних галузей — такими як лікарі, соціальні працівники чи юридичні консультанти.

8. *Принцип поступовості.* Усі зміни та заходи мають реалізовуватись поетапно, щоб забезпечити їх плавне впровадження без зайвого стресу для військовослужбовців.

Таким чином, всі ці принципи формують основу роботи корекційної групи та підвищують шанси на успішне досягнення поставлених цілей у процесі допомоги військовим, які звернулися за підтримкою.

Таблиця 3.1

Тематичний план корекційних занять

№	Тема	Час	Форма проведення
МОДУЛЬ 1. ДІАГНОСТИЧНО - ОЦІНЮВАЛЬНИЙ			
Заняття 1	Привітання та встановлення контакту	10 хв	Офлайн
	Пояснення структури програми, правил, рамок роботи	15 хв	Офлайн
	Коротке інтерв'ю (запит, очікування та поточний стан)	20 хв	Офлайн
	Психодіагностика (PCL-5, HADS, WHO-5, CD-RISC)	20 хв	Офлайн
	Обговорення перших відчуттів, завершення	10 хв	Офлайн
МОДУЛЬ 2 СТАБІЛІЗАЦІЙНИЙ			
Завдання 2	Дихальні техніки саморегуляції	40 хв	Офлайн
Завдання 3	Grounding-техніки: повернення у «тут і зараз» (обговорення тригерів, відстеження відчуттів, техніка 5-4-3-2-1)	60 хв	Офлайн
Завдання 4	Тілесна стабілізація (обговорення, сканування тіла, вправи на відновлення кордонів)	60 хв	Офлайн
Завдання 5	Створення внутрішньої опори (бесіда про відчуття безпеки, вправи на створення тихого місця, закріплення через дихання, обговорення досвіду)	60 хв	Офлайн

МОДУЛЬ 3 КОРЕКЦІЙНО – ТЕРАПЕВТИЧНИЙ			
Заняття 6	Робота з автоматичними думками	40 хв	Офлайн
Заняття 7	Проживання складних емоцій	40 хв	Офлайн
Заняття 8	Наративна реконструкція досвіду	40 хв	Офлайн
Заняття 9	Робота з тригерами	60 хв	Офлайн
Заняття 10	Соціальні ролі та побудова стосунків	60 хв	Офлайн
МОДУЛЬ 4 АРТ – ТЕРАПЕВТИЧНИЙ			
Заняття 11	Знайомство з ароматами	35 хв	Офлайн
Заняття 12	Робота з кольорами	35 хв	Офлайн
Заняття 13	Свічкаство «Тепло відновлення»	90 хв	Офлайн
Заняття 14	Ритуал спокою та використання свічки	40 хв	Офлайн
МОДУЛЬ 5 ПІДСУМКОВИЙ			
Заняття 15	Повторна діагностика та підведення підсумків	60 хв	Офлайн

Мета програми : допомогти військовим та їх сім'ям зменшити внутрішню тривогу, напругу, повернути відчуття контролю над собою та віднайти спокій та силу.

Завдання програми:

1. Зрозуміти стан людини через діагностику та невимушену бесіду;
2. Навчити основним технікам заспокоєння, таким як дихальні вправи, grounding і робота з тілом;
3. Зменшити «внутрішній шум», що включає тривожність, напруженість і емоційні сплески;
4. Опрацювати думки, які заважають нормально жити;
5. Допомогти навчитися керувати тригерами, щоб зіткнутися з ними, а не уникати всього, пов'язаного із воєнними подіями;
6. Відновити ресурси через творчість, використання кольорів, запахів, тепло свічок і подібних засобів;

7. Спрямувати погляд у майбутнє, а не лише концентруватися на минулому;

8. Побачити прогрес — порівняти емоційний стан до і після участі в програмі.

Організація програми:

Програма розрахована на військовослужбовців, які знаходяться на етапі відновлення та їхніх сімей. Програма проводиться офлайн, тому обов'язкова умова це бути присутнім на заняттях. Програму можна проводити як індивідуально, групою із військовослужбовців але групою військового із сім'єю.

Оптимальна кількість для групової терапії: до 10 осіб.

Тривалість кожного із занять: 40-60 хвилин.

Кількість занять в програмі «Тепло відновлення»: 15.

Кожне заняття має свій чіткий план роботи:

- Привітання та спілкування
- Основна частина з дихальними вправами чи техніками
- Обговорення свого відчуття
- Підсумок та обговорення свого стану після кожного заняття.

Очікуваний результат: В результаті після відвідування всіх занять, учасники повинні відчувати позитивну динаміку їхнього стану, а саме:

- менше напруги в тілі, зменшення «внутрішнє тремтіння»;
- кращий сон не одразу і не ідеальний, але легші засинання, менше пробуджень;
- зниження реактивності менше вибухів гніву, менше «зривів» на близьких;
- краще розуміння себе;
- збільшення внутрішнього ресурсу через аромати, кольори, ритуали зі свічкою, віднайти себе у простих речах;
- покращення комунікації у родині;

Оцінити ефективність можливо буде лише після проведення повторного діагностичного обстеження, яке дасть змогу порівняти показники тривожності, депресії та емоційного благополуччя до і після завершення програми.

3.2. Оцінка ефективності програми реабілітації військовослужбовців «Тепло відновлення»

Для оцінки ефективності програми «Тепло відновлення» було проведено повторні діагностичні методики, які були застосовані на початку. При оцінюванні ефективності програми важливо враховувати не лише кількісні показники за тестами, але й думки самих учасників, їхні відчуття після завершення участі. Після завершення програми було повторно обстежено 30 військовослужбовців, використовуючи той самий психодіагностичний пакет, що й на початку: PCL-5, HADS, WHO-5 і CD-RISC (див. табл. 3.2). Це дало змогу не лише запевнитися в суб'єктивному покращенні, а й отримати чітке уявлення про зміни стану за кожною шкалою. Аналіз даних до і після участі в програмі показав зниження рівня посттравматичних симптомів, тривожності та депресії, а також зростання показників психологічної стійкості і загального суб'єктивного благополуччя. Якщо висловитися простіше, більшість учасників відзначила зменшення симптомів, які раніше утримували їх у стані постійного напруження і безсилля.

Нижче наведено всебічний аналіз кожної методики, який включає ретельне порівняння результатів «до» впровадження та «після», а також розгорнутий опис того, наскільки отримані показники відповідали реальним спостереженням за поведінкою та реакціями учасників дослідження.

Згідно проведеного тесту PCL-5 на початку програми середній бал у нашій групі становив 48,6. Це досить високий показник, який свідчить про виражений посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Ця цифра цілком узгоджувалася з тим, що учасники самі описували у своїх розповідях та поведінці: часті нічні

кошмари, важкі спогади, відчуття «немов досі в окопі», уникання місць із великим скупченням людей, або різкі реакції на несподівані звуки чи запахи.

Завдяки пройденій програмі ми побачили значні зміни: середній показник знизився до 32,4 бала (див. рис. 3.1). Це означає в середньому зменшення на 16,2 бала, тобто симптоматика зменшилася приблизно на третину (близько 33,3%) (див. табл. 3.2). На початку програми багато хто описував свій стан простими й дуже емоційними словами: «Я не можу вийти з режиму бою», але ближче до завершення програми все частіше звучали зовсім інші висловлювання, що демонструють маленькі, але суттєві позитивні зміни: - «Я ще реагую, але вже не так гостро, як раніше».

Таблиця 3.2

Узагальнюючі результати психодіагностики до та після програми

Психодіагностичний показник	До програми (M±SD)	Після програми (M±SD)	Δ (Зміна)	% зміни	T Стьюдента	p
PCL-5 (Посттравматична симптоматика)	48,6 ± 14,2	32,4 ± 12,8	-16,2	33,3%	5,47	<0,001
HADS-A (Тривожність)	12,8 ± 3,6	8,4 ± 3,1	-4,4	34,3%	4,82	<0,001
HADS-D (Депресія)	10,2 ± 3,9	6,1 ± 3,2	-4,1	40,2%	4,15	<0,001
WHO-5 (Психологічне благополуччя)	39,5%± 11,2	56,8%± 10,5	+17,3%	+43,8%	-5,02	<0,001
CD-RISC (Стресостійкість)	23,0 ± 6,4	29,0 ± 5,8	+6,0	+26,1%	-3,96	<0,001

Окремо варто відзначити конкретні категорії покращень:

- Менша інтенсивність нав'язливих спогадів;
- Менше став рівень гіперзбудження (відчуття постійної готовності до небезпеки)
- Симптом уникання помітно знизився.

Таким чином, підсумовуючи результати PCL-5, можна зазначити: війна всередині стала менш гучною. Вона все ще залишилася як частина пам'яті, однак втратила здатність повністю контролювати людину.



Рис. 3.1 Динаміка середнього балу PCL-5 до та після програми

Шкалу HADS ми використовували для оцінки двох ключових аспектів настрою: тривоги (HADS-A) та депресивності (HADS-D). Це інструмент, який не дає клінічних діагнозів, а допомагає зрозуміти рівень напруги, страху, безсилля й відчуття апатії у повсякденному житті.

До початку програми середній рівень тривоги складав 11,4 балів. Це вже зона, де тривога має серйозний вплив на якість життя: людина не може

розслабитися, постійно в очікуванні чогось негативного, прокручує можливі загрози в голові. Після завершення програми рівень тривоги знизився до 7,1 балів — різниця склала 4,3 бала (див. рис. 3.2.), що дорівнює зниженню на 38% від початкового показника.

Середній рівень депресивності перед початком програми складав 9,8 балів. На цьому етапі люди часто змушені боротися з апатією, нестачею сил і відчуттям постійної втоми. Після завершення програми цей показник знизився до 6,2 балів на 3,6 бала (див. рис. 3.2.), що відповідає зменшенню рівня депресії на 36%. На рис. 3.2, що ілюструє результати для HADS-A та HADS-D, чітко видно: стовпчики "після" значно нижчі за ті, що були "до".

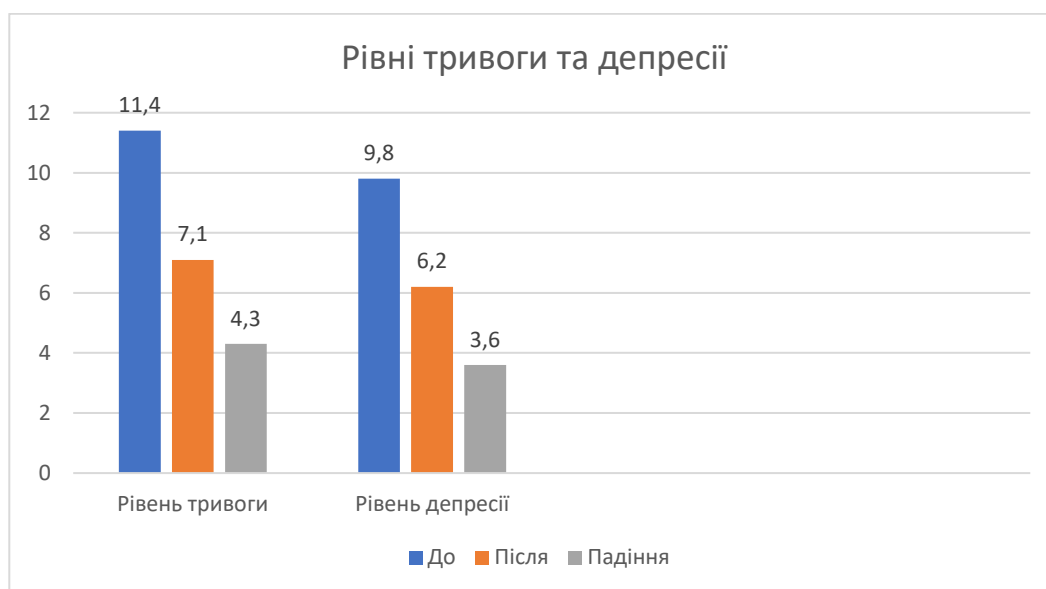


Рис. 3.2 Рівні тривоги та депресії за шкалою HADS-A та HADS-D до та після програми

До початку участі в програмі, середній рівень благополуччя учасників за шкалою WHO-5 становив лише 34% від максимально можливого показника. Якщо висловити це безпосередньо, багато людей описували свій стан як "життя на автопілоті": виконання обов'язків без особливих емоцій, радісних моментів чи внутрішнього тепла, що робить життя повноцінним і наповненим.

Після завершення програми стало помітно суттєве покращення: середній показник рівня благополуччя зріс до 58% (див. рис. 3.3). Це приріст у 24 відсоткові пункти - зміна, яка хоча й не означає досягнення повного стану щастя, проте відкриває шлях від стану виснаженого виживання до нового етапу життя, де з'являється більше енергії, інтересу і залученості. Цю зміну особливо добре ілюструє діаграма на Рис. 3.3. Візуально це виглядає як перехід із "холодної сірої зони" до більш теплої та наповненої емоціями частини спектра.

Цікавою деталлю є те, як вагомий вплив на цей процес мала арт-терапія. Використання таких інструментів, як свічки, аромати і кольори, допомогло учасникам заново навчитися отримувати задоволення від простих чуттєвих моментів [8; 52; 62]. Це дало їм змогу не тільки інтелектуально усвідомлювати необхідність тримати себе на плаву, а й тілесно відчувати дрібні радощі й комфорт у щоденному житті.

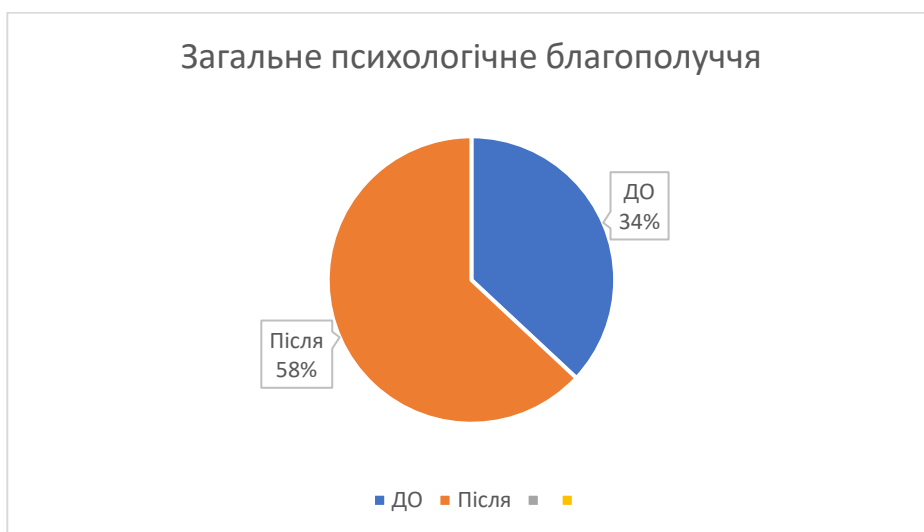


Рис. 3.3 Індекс благополуччя до та після програми «Тепло відновлення»

Для вимірювання наскільки в людини зберігається внутрішня стійкість, нами було використано шкалу CD-RISC. На початку програми середній показник становив 55,2 бала. Це характеризувало стан, коли людина вже пережила багато, проте її внутрішні ресурси були суттєво виснажені.

Після завершення програми середній показник досяг 72,7 бала. Це приріст на 17,5 бала або приблизно +31,7% (див. рис. 3.4). На графіку 3.4 видно, показники підіймаються вгору: від 55,2 до 72,7. Якщо вдивлятися не тільки в цифри, а й у зміст, стає зрозумілим: люди перестали асоціювати себе виключно з "пошкодженими". Вони почали бачити себе тими, хто витримав випробування, хто здатен справлятися й хто має майбутнє.

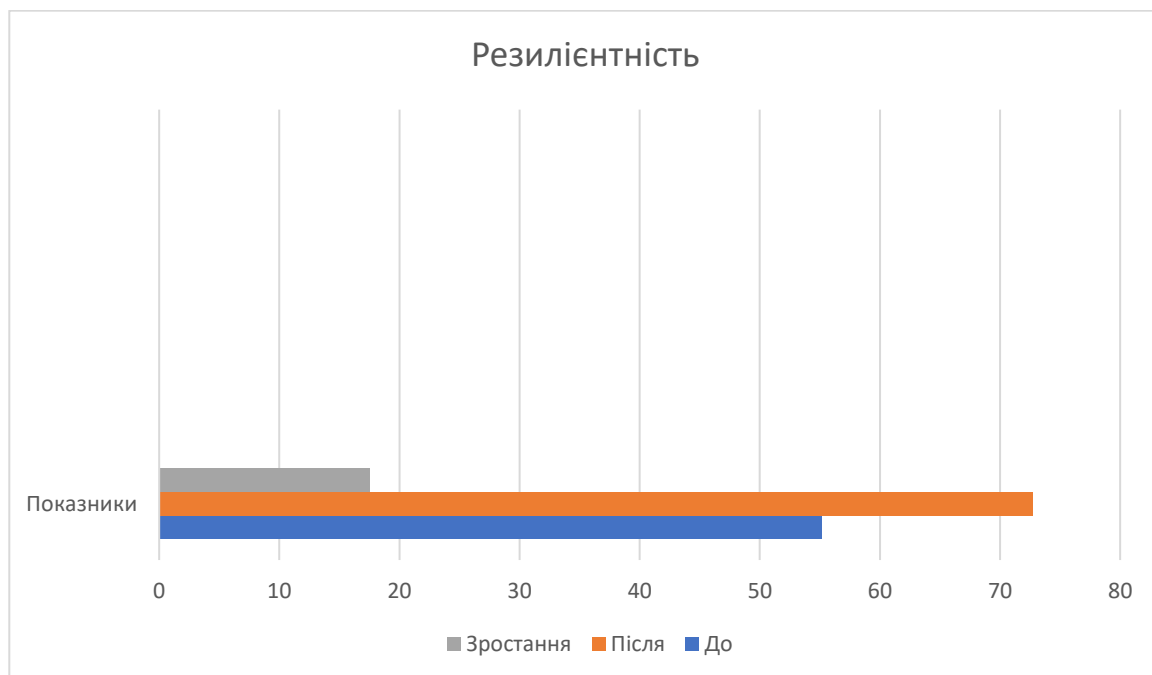


Рис. 3.4 Рівень резиліентності до та після програми

Під час завершальних обговорень військовослужбовці ділилися своїм досвідом та описували зміни словами. Хтось зазначав, що перестав реагувати занадто гостро на різкі звуки, дехто розповідав про те, що за останні тижні у них вперше з'явилися дні без постійних думок про війну, хоча раніше це здавалось неможливим.

Окремо варто підкреслити ставлення ветеранів до арт-терапевтичної частини програми. Спочатку ідея свічкаства викликала у деяких учасників певну недовіру - вона сприймалась як щось декоративне, не надто підхоже для чоловіків. Проте згодом ці заняття стали називати «найспокійнішими» і

«найзатишнішими» [8; 40]. Учасники зазначали, що їм легше було говорити про складні теми, коли їхні руки були зайняті роботою з воском, а простір наповнювався ароматом обраних компонентів. Всі забрали виготовлені свічки додому і зробили їх частиною свого вечірнього ритуалу: запалювали свічку, кілька хвилин насолоджувалися тишею, згадували дихальні вправи. Таким чином, ефект від програми виходив далеко за межі кабінету психолога [23; 62].

Додатковим показником успішності програми стала готовність учасників продовжувати працювати над собою: хтось цікавився контактами індивідуального терапевта, інші прагнули долучитися до груп підтримки. Це свідчить про те, що програма не лише допомогла зменшити симптоми, але й стимулювала внутрішнє бажання до відновлення та активного життя.

Отже, аналіз ефективності програми «Тепло відновлення» підтверджує, що поєднання стандартних психодіагностичних методик із практичним досвідом учасників дає змогу говорити про її позитивний вплив як на емоційний стан, так і на щоденну поведінку ветеранів.

3.3. Рекомендації із застосування арт-терапевтичних технік реабілітації з військовослужбовцями на етапі відновлення

Одним із ключових аспектів є розуміння того, що для багатьох ветеранів будь-який творчий процес може бути абсолютно новим і незвичним досвідом. Саме тому важливо з самого початку створити відчуття безпеки та довіри. Необхідно пояснити, що такі заняття, як свічкаство чи створення ароматичних композицій, це не спроба занурити їх у світ мистецтва в класичному розумінні цього слова. Натомість це спосіб знайти себе в комфортному середовищі, де немає місця конфліктам і руйнуванню, а тільки творчість, самовираження і можливість створювати щось нове [12; 46; 62].

Важливим елементом стає ставлення самого психолога: той, хто працює із ветеранами, має продемонструвати серйозність і щирість у підході. Це

проявляється, наприклад, у вдумливій підготовці матеріалів, уважності до потреб і вподобань учасників, а також у глибокій повазі до їхніх рішень, таких як вибір кольорів чи запахів.

Ще одним важливим моментом є повна свобода дій для кожного учасника під час занять. Якщо хтось обирає темний відтінок для своєї свічки - це абсолютно нормально і не потребує корекції чи переконування у важливості "яскравих кольорів". Натомість корисніше запитати, які асоціації викликає у нього цей колір і яку історію він вкладає у свою роботу. Те саме стосується ароматів: те, що на перший погляд здається іншим "важким" чи "дивним", для конкретної людини може стати найбільш заспокійливим або навіть терапевтичним компонентом. Це може бути запах, який викликає асоціації з рідними місцями, спогадами про дитинство чи сімейним затишком. Уважність до таких нюансів дозволяє не лише краще зрозуміти внутрішній світ учасника, але й зробити терапію справді ефективною та особистісно значущою [40; 62].

Хороший ефект досягається, коли арт-терапевтичні заняття поєднуються з вправами на усвідомлення тіла та дихання. Наприклад, перед тим як розпочати заливати віск у форму, психолог може запропонувати зробити паузу: кілька глибоких, розмірених вдихів, звернути увагу на відчуття в руках, аромати в приміщенні, звучання навколо. Такі нетривалі паузи допомагають закріпити досвід спокою, що пізніше людина зможе відтворити самостійно, навіть без участі спеціаліста [7; 58].

Не менш важливим є те, як завершується заняття. Якщо є така можливість, учасникам варто запропонувати вигадати «призначення» для своєї свічки. Наприклад, запалювати її в складні моменти, чи, навпаки, коли є бажання подякувати собі за досягнення. Таким чином свічка набуває значення не лише як творчий виріб, а стає частиною особистого ритуалу підтримки, що людина створює для себе і може повторювати в майбутньому.

Ще один ключовий аспект — не ставити арт-терапію на другорядне місце, як щось необов'язкове або додаткове. Коли творчі методики органічно

інтегровані у загальну програму й логічно пов'язані з процесом стабілізації та роботи над корективами, їх ефективність значно зростає. Військовослужбовці розуміють, що це не просто «майстер-клас», а компонент комплексного шляху від хаосу до більшої впорядкованості та усвідомленого проживання власного досвіду [12; 39].

Висновки до розділу 3

1. Програма «Тепло відновлення» - це поступова комплексна робота: від етапу діагностики та встановлення довірчого контакту — до стабілізації, корекційних завдань, включаючи арт-терапію зі свічкарством та ароматерапію, і завершального аналізу досягнутих змін. Такий підхід дозволив об'єднати строгість наукової логіки із живим людським процесом, де кожне заняття мало свою чітку мету і вагоме значення.

2. Програма побудована на принципах безпеки, добровільності та поваги до внутрішніх меж учасників. Вона дозволяє людині рухатися у своєму власному темпі, починаючи з того рівня, на якому вона наразі готова говорити, відчувати чи діяти. Програма складалась з трьох блоків:

– Стабілізаційний блок, що включає техніки дихання, заземлення (grounding), тілесної регуляції та розвиток «внутрішньої опори», став основою, без якої будь-яка глибша робота могла б виявитися небезпечною. Саме цей етап допоміг зняти найгостріший шар напруги й подарував ветеранам відчуття, що вони здатні хоч трохи впливати на свій стан [16; 17].

– Корекційно-терапевтичний модуль надав учасникам унікальну можливість заглибитися у складніші аспекти психічного і емоційного стану, такі як автоматичні думки, почуття провини, прояви агресії, тригери емоційної порожнечі. Суттєвою перевагою цього процесу було те, що він здійснювався в обстановці, де люди вже здобули базові навички саморегуляції та управління своїми емоціями.

– Арт-терапевтичний блок зі свічкарьством і ароматерапією став тією частиною, де робота перейшла на рівень відчуттів, символів і конкретних дій, виходячи за межі простого спілкування. Створення власної свічки з вибором кольору, форми, аромату, роздумами про назву та момент її запалювання подарувало ветеранам унікальну можливість усвідомити, що вони здатні творити щось своє, а не лише втрачати. Цей сенсорний аспект роботи, хоч і здавався простим та далеким від науки, показав позитивні результати і в числових показниках.

3. Повторне обстеження надало додаткове підтвердження того, що раніше можна було помітити візуально.

– середні результати за шкалою PCL-5 знизилися з 48,6 до 32,4 бала, що є переконливим свідченням реального ослаблення посттравматичних симптомів. Це означає меншу кількість нав'язливих спогадів, зменшення стану постійної внутрішньої "бойової готовності" та помітне зниження уникання ситуацій чи контактів.

– рівень тривоги, виміряний за шкалою HADS-A, також знизився — з 11,4 до 7,1 бала, а депресивність за HADS-D скоротилася з 9,8 до 6,2 бала. Ці зміни не свідчать про абсолютну радість чи щасливість, проте показують суттєве послаблення почуття внутрішнього напруження, тремтіння і безсилля, які раніше впливали на психоемоційний стан.

– індекс благополуччя за методикою WHO-5 зріс із 34% до 58%, що свідчить про покращення загального сприйняття життя: з'явилося більше відчуття сенсу, інтересу до подій та радощів, навіть якщо вони маленькі й незначні на перший погляд.

– показники стійкості за індексом CD-RISC підвищилися з 55,2 до 72,7 бала. Це важливий індикатор зростання внутрішньої стійкості. Ветерани почали відчувати більшу впевненість у своїй здатності долати труднощі й переносити нові удари долі, не втрачаючи сили духу та цілісності емоційного стану.

4. Створена програма «Тепло відновлення» зарекомендувала себе як життєздатна, логічна та дієва. Вона продемонструвала, що поєднання стабілізаційних технік, корекційної роботи і сенсорної арт-терапії не лише зменшує інтенсивність симптомів, але й поступово допомагає ветерану повернутися до себе як до повноцінної особистості, а не лише як до «носія воєнного досвіду».

ВИСНОВОК

1. Було систематизовано наукові підходи до соціально-психологічної реабілітації, включаючи травма-орієнтовані моделі терапії, роботу з посттравматичними станами, а також елементи когнітивної та наративної терапії. Значний фокус зроблено на арт-терапевтичних методах і сенсорних практиках, які активно застосовуються в багатьох країнах для підтримки ветеранів. Це дозволило побачити перспективу використання нестандартних методів, які не притаманні класичній терапії, але здатні відкривати нові шляхи до фізичного й емоційного відновлення — тих шляхів, куди слова часто не можуть дістатися.

2. Результати обстеження вибірки військовослужбовців виявили значну вираженість симптомів ПТСР, високий рівень тривожності, депресивні стани, знижену стійкість і загальне зниження рівня благополуччя. Для багатьох з учасників були характерні проблеми зі сном, різкі емоційні реакції, постійна втома, почуття втрати сенсу життя та труднощі у спілкуванні з близькими. Отримані діагностичні дані не лише підкреслили важливість цієї проблематики, але й вказали на те, що ветеранам необхідна не разова допомога, а ретельно спланована багаторівнева програма, яка комплексно враховує фізичний стан, емоції, мислення та сенсорні переживання.

3. Було розроблено програму «Тепло відновлення» в якій стабілізація органічно поєднується з корекційною терапією, а арт-терапевтичні методики виступають не як допоміжний елемент, а як ключовий інструмент для відновлення. Її ключовими характеристиками є висока гнучкість, здатність до адаптації відповідно до конкретних потреб різних груп осіб, доступність для реалізації у різних умовах та універсальність, яка дозволяє застосовувати програму як у форматі групової роботи, так і в індивідуальному підході. Програма містить 15 занять. Значущим компонентом програми стали заняття зі свічкачества та ароматерапії. Їхня цінність у тому, що вони допомагають

працювати через дотик, тепло, запах і колір — канали сприйняття, які часто можуть бути пошкоджені чи заблоковані через досвід війни, уникаючи при цьому суто раціонального осмислення проблем.

4. Підсумкові результати дослідження демонструють, що впроваджена програма має значний терапевтичний ефект, який відчутно вплинув на психологічний стан учасників. Згідно з отриманими даними:

- показники за шкалою PCL-5 зменшилися на третину, що свідчить про зниження рівня посттравматичних симптомів;
- рівень тривожності та депресивності знизився майже на 40%, відкриваючи шлях до більш стабільного емоційного стану;
- індекс загального благополуччя за шкалою WHO-5 зріс на 24%, забезпечуючи позитивні зрушення у визнанні якості життя;
- показник резилієнтності, тобто здатності долати труднощі, підвищився на 31,7%, підтверджуючи зростання внутрішньої сили та стійкості учасників.

5. Вагомим аспектом програми стали суб'єктивні зміни, які самі учасники висловлювали словами, передаючи глибокий емоційний і внутрішній резонанс від пережитого досвіду. Вони стали доказом того, як впевнено люди відчули прогрес у своєму стані та повернення до більш наповненого життя.

6. У ході проведеного дослідження було детально продемонстровано, що комплексний підхід, який базується на інтеграції науково обґрунтованих методів стабілізації психоемоційного стану, корекційної роботи та запровадження інноваційних арт-терапевтичних технік, проявляє значну ефективність у наданні підтримки військовослужбовцям під час їхнього складного етапу повернення до мирного життя. Вона сприяє формуванню внутрішньої гармонії через повернення втрачених відчуттів, розбудову стійких внутрішніх опор.

7. Поставлена мета відновлення була досягнута. Усі завдання роботи виконані: здійснено теоретичний аналіз, проведено емпіричне дослідження, розроблено та апробовано програму відновлення військовослужбовців на етапі реабілітації, розроблено відповідні рекомендації.

8. Перспективами подальших розробок ми вбачаєм у створенні системної моделі довготривалого відновлення військових та їхніх родин у повоєнний період.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабенко Л. І. Психологія стресу та подолання. Київ: Академвидав, 2016. 304 с.
2. Барко В. І. Психічні стани військовослужбовців. Київ: КНУВС, 2015. 188 с.
3. Бєлова О. Ю. Арт-терапія: практичний посібник психолога. Харків: Ранок, 2019. 144 с.
4. Боброва М. Ю. Психологічна допомога учасникам бойових дій. Київ: Ніка-Центр, 2020. 228 с.
5. Бондар Т. В. Основи психодіагностики. Київ: Каравела, 2017. 270 с.
6. Борисенко З. Організація соціально-психологічної допомоги ветеранам. Львів: ЛНУ, 2021. 180 с.
7. Василенко С. Д. Психологія стресу і кризових станів. Київ: Наука, 2011. 322 с.
8. Васильченко О. О. Арт-терапія в роботі з дорослими. Харків: Основа, 2018. 96 с.
9. Ващенко І. М. Психоконсультавання: теорія і практика. Київ: Центр учбової літератури, 2019. 312 с.
10. Вітенко І. С. Психологія травматичного досвіду. Київ: КНЕУ, 2020. 218 с.
11. Гаврилюк С. О. Психологічна допомога під час війни. Київ: Основи, 2023. 174 с.
12. Гончаренко О. Арт-терапевтичні методи в реабілітації. Київ: Палітурка, 2021. 128 с.
13. Даниленко І. В. Психічне здоров'я та його збереження. Київ: Медицина, 2009. 292 с.
14. Дубровіна І. В. Практикум із психокорекції. Київ: Каравела, 2016. 160 с.
15. Загорська О. С. Основи консультативної практики. Київ: Центр учбової літератури, 2017. 192 с.

- 16.Зінченко О. М. Психологія кризових ситуацій. Київ: Видавництво Ліра, 2021. 210 с.
- 17.Державна стратегія розвитку психічного здоров'я в Україні до 2030 року. Київ, 2024.
- 18.Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» № 3551-ХІІ від 22.10.1993. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#Text>
- 19.Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (зі змінами). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
- 20.Карамушка Л. М. Психологія діяльності в умовах стресу. Київ: Міленіум, 2018. 236 с.
- 21.Колотило Г. В. Психологічна реабілітація ветеранів. Львів: ЛНУ, 2022. 188 с.
- 22.Коробка Л. А. Психотерапія ПТСР: сучасні методи. Київ: Видавництво «Медицина», 2021. 176 с.
- 23.Копітін А. І. Основи арт-терапії : навчально-методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів. / Київ : Видавничий дім «Слово», 2016. 128 с.
- 24.Лагодзінська В. І. Психосоціальна робота з ветеранами. Київ: Ліра-К, 2020. 204 с.
- 25.Лібман М. Арт-терапія в роботі з травмою. Київ : Наш Формат, 2020.
- 26.Максименко С. Д. Загальна психологія. Київ: Центр учбової літератури, 2011. 448 с.
- 27.Миронець Н. Психодіагностика дорослих. Київ: Каравела, 2018. 276 с.
- 28.Мушкевич М. О. Кризове консультування. Львів: ЛНУ, 2016. 160 с.
- 29.Наказ МОЗ України № 1041 від 2022 р. «Про реабілітаційну допомогу». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1516-22#Text>
- 30.Національна академія педагогічних наук України. / Психологічний супровід військових. Київ, 2025.
- 31.Олійник Ю. Психологічний супровід ветеранів. Київ: Ніка-Центр, 2022. 200 с.

- 32.Офіційний журнал ароматерапії (Brazilian Journal of Aromatherapy). 2024.
- 33.Палій Т. І. Арт-терапія в роботі з травмою. Київ: Слово, 2020. 120 с.
- 34.Пенькова О. В. Тілесно-орієнтована терапія. Харків: Основа, 2019. 176 с.
- 35.Пісоцька К. Психологія війни. Київ: Основи, 2023. 228 с.
- 36.Пашко О. М. Арт-терапія у практиці психологічної реабілітації військовослужбовців // Психологія і суспільство. 2021.
- 37.Скрипкін О. Основи психотерапії. Київ: Ліра-К, 2018. 190 с.
- 38.Сопрун Л. В. Психологія травми: навч. посіб. Київ: Каравела, 2021. 172 с.
- 39.Терлецька Л. Арт-терапевтичні техніки у відновленні ветеранів. Львів: Психологічний центр, 2023. 110 с.
- 40.Титаренко Т. М. Життєстійкість особистості. Київ: Либідь, 2016. 232 с.
- 41.Хрустальова Л. В. Практикум із психокорекції. Київ: Центр учбової літератури, 2017. 184 с.
- 42.Христук О. Реабілітація військовослужбовців. Київ: Видавництво О. В., 2022. 210 с.
- 43.Шапар В. Психологічний словник. Харків: Прапор, 2004. 640 с.
- 44.American Art Therapy Association. Art Therapy Guidelines. Washington, 2021.
URL: <https://arttherapy.org/>
- 45.Argyle M. *The Psychology of Happiness*. London : Routledge, 2001. 256 p.
- 46.Arnheim R. *Art and Visual Perception: A Psychology of the Creative Eye*. / Berkeley : University of California Press, 1974. 508 p.
- 47.Beck A. T. *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. New York : International Universities Press, 1976. 356 p.
- 48.Betensky M. *What Do You See? Phenomenology of Therapeutic Art Expression*. London : Jessica Kingsley, 1995. 216 p.
- 49.Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA : Harvard University Press, 1979. 352 p.
- 50.Demos J. *Getting Started with Neurofeedback*. New York : W. W. Norton, 2005. 281 p.

51. Emerson D., Hopper E. *Overcoming Trauma through Yoga*. Berkeley : North Atlantic Books, 2012. 184 p.
52. Evans J. R. (ed.). *Handbook of Neurofeedback: Dynamics and Clinical Applications*. Boca Raton : CRC Press, 2007. 406 p.
53. Fisher S. F. *Neurofeedback in the Treatment of Developmental Trauma: Calming the Fear-Driven Brain*. New York : W. W. Norton, 2014. 416 p.
54. Goldstein J., Kornfield J. *Seeking the Heart of Wisdom: The Path of Insight Meditation*. Boston : Shambhala, 1987. 216 p.
55. Kendall M., Monson M., Chard K., Resick P. *Cognitive Processing Therapy Manual*, 2024. 328 p.
56. Levine P. A. *Healing Trauma: A Pioneering Program for Restoring the Wisdom of Your Body*. Boulder, CO : Sounds True, 2008. 104 p.
57. Maslach C., Leiter M. *The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It*. San Francisco, CA : Jossey-Bass, 1997. 186 p.
58. Seligman M. E. P. *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-Being*. New York : Atria Books, 2011. 368 p.
59. Tedeschi R., Calhoun L. *Posttraumatic Growth*. Mahwah, NJ : Erlbaum, 2004. // *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis*. New York : Routledge, 1998. 267 p.
60. Van der Kolk B. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York : Viking, 2014. 464 p.
61. [Электронный ресурс] – Режим доступа до ресурсу: https://www.researchgate.net/publication/41090134_Combat_Duty_in_Iraq_and_Afghanistan_Mental_Health_Problems_and_Barriers_to_Care_The_New_England
62. [Электронный ресурс] – Режим доступа до ресурсу: <https://dorothyaroma.com/aromaterapiia-abo-yak-svichky-dopomahaiut-rozslabytysia/>

ДОДАТКИ

Додаток А

РОЗГОРНУТИЙ ОПИС КОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ (15 ЗАНЯТЬ)

МОДУЛЬ 1. ДІАГНОСТИЧНО-ОЦІНЮВАЛЬНИЙ

ЗАНЯТТЯ 1. Привітання, встановлення контакту та психодіагностика.

1. Привітання та встановлення контакту (10 хв).

Психолог зустрічає учасників особисто, звертається по імені, пропонує зайняти зручні місця.

Тон — спокійний, м'який.

У кімнаті створена проста безпечна атмосфера: тепле світло, стіл для анкет, вода, серветки.

Психолог коротко озвучує:

— «Ми починаємо програму, яка покликана допомогти вам стабілізувати стан, повернути відчуття контролю й опори».

Підкреслюється добровільність і конфіденційність.

2. Пояснення структури програми (15 хв).

Психолог пояснює, що на учасників чекає 5 модулів:

1. діагностика,
2. стабілізація,
3. корекція,
4. арт-терапевтичний блок,
5. підсумки.

Наголошується:

— кожне заняття триватиме від 40 до 90 хв;

— програма включає роботу з тілом, емоціями, думками та ресурсами;

— буде комбінована психотерапевтична і арт-терапевтична частина.

Психолог проговорює правила: право промовчати, не ділитися тим, що ще болючо, не перебивати інших.

3. Коротке інтерв'ю (20 хв).

Учасники по черзі називають ім'я, статус (ветеран чи член родини), очікування.

Психолог ставить м'які запитання:

— «Що привело вас?»,

— «Що зараз турбує найбільше?»,

— «Що було б добре змінити за час програми?»

Це не терапія — це перше знайомство з фокусом на безпеці.

4. Психодіагностика (20 хв).

Учасники заповнюють блок діагностичних методик:

- **PCL-5** — рівень симптоматики ПТСР;
- **HADS** — тривога й депресія;
- **WHO-5** — рівень благополуччя;
- **CD-RISC** — резилієнтність.

Психолог допомагає, якщо хтось не розуміє питання.

5. Підбиття перших відчуттів (10 хв).

Коротке коло:

— «Як вам було?»,

— «Що відгукнулось?»

Психолог акцентує, що діагностика — це стартова точка, не вирок.

МОДУЛЬ 2. СТАБІЛІЗАЦІЙНИЙ

ЗАНЯТТЯ 2. Дихальні техніки саморегуляції (40 хв).

Що робить психолог:

- коротко пояснює фізіологію стресу;
- навчає трьом типам дихання:
 1. квадратне дихання $4 \times 4 \times 4 \times 4$,
 2. подовжений видих (4 вдих – 6 видих),
 3. діафрагмальне дихання.

Психолог демонструє разом з учасниками.

Що роблять учасники:

- сидять у зручній позі, ладоні на колінах;
- пробують кожну техніку 3–4 хвилини;
- помічають зміни в тілі — напруга, тепло, поколювання.

Обговорення:

— «Яка техніка дала найбільше полегшення?»

— «Що змінилось у диханні?».

Ціль: дати перший доступний інструмент швидкого заспокоєння, який можна використовувати у будь-якій ситуації.

ЗАНЯТТЯ 3. Grounding-техніки та робота з тригерами (60 хв).

Психолог пояснює

- що таке тригери;
- чому реакція буває різкою;
- як повернути себе в «тут і зараз».

Основні вправи

1. **Метод 5-4-3-2-1:** назвати 5 предметів, 4 звуки, 3 відчуття тілом, 2 запахи, 1 емоцію.
2. **Локалізація відчуттів:** — «Що ви зараз відчуваєте в ногах, у спині, у плечах?»
3. **Обговорення тригерів:** учасники називають звук, запах, ситуацію, яка викликає реакцію.

Ціль заняття Навчити «повертати себе з минулого» через сенсорні якорі.

ЗАНЯТТЯ 4. Тілесна стабілізація (60 хв).

Структура заняття.

1. **Сканування тіла:** учасники повільно проходять увагою від голови до стоп.
2. **Вправи на кордони:**
— «Знайдіть комфортну дистанцію до людини поруч».
— вправа «натиск долонями» — помірний тиск на стіну для відновлення тілесної опори.
3. **Вправи на заспокоєння нервової системи:** рухи плечима, розтягування спини, «важкі руки/ноги».

Ціль Дати відчуття «тіло тримає», тіло може бути ресурсом.

ЗАНЯТТЯ 5. Створення внутрішньої опори (60 хв).

Психолог.

- говорить про внутрішню безпеку, опору, пошук «опорних точок»;
- проводить вправу «тиха місія»: учасники з заплющеними очима згадують момент, коли вони були зібрані, стабільні, сильні.

Вправи.

- дихання через уявний центр грудини;
- «якорі стабільності»: кожен обирає жест або слово, яке буде символом внутрішньої опори.

Обговорення.

Учасники діляться:

— «Мене тримає...»

— «Я відчув(ла) спокій, коли...

МОДУЛЬ 3. КОРЕКЦІЙНО-ТЕРАПЕВТИЧНИ**ЗАНЯТТЯ 6. Робота з автоматичними думками (40 хв).****Психолог пояснює.**

- що таке автоматичні думки;
- як мозок створює «катастрофізацію»;
- як перевіряти думку на реалістичність.

Вправа.

1. Кожен записує одну часто повторювану негативну думку.
2. За схемою «Думка — Докази — Контрдокази — Альтернативне формулювання» учасники трансформують її.

Приклад.

«Я нічого не контролюю» → «Я контролюю хоча б 3 речі...»

Ціль.

Стримати нав'язливі негативні цикли.

ЗАНЯТТЯ 7. Проживання складних емоцій (40 хв)**Психолог.**

- говорить про заборонені емоції: гнів, провину, сором;
- пояснює, що переживання війни не робить людину «неправильною».

Вправа.

- кожен обирає одну емоцію, з якою хоче попрацювати;
- через техніку «етикетування» учасник називає емоцію й описує, де вона в тілі.

Психолог допомагає м'яко:

— «Що ця емоція хоче сказати?»

— «Що вам зараз найбільше хочеться зробити?»

Ціль: емоцію витримати, а не заглушити.

ЗАНЯТТЯ 8. Наративна реконструкція досвіду (40 хв).**Психолог.**

- пояснює, що кожен має «внутрішню історію» про свій досвід;

- допомагає переписати фрагменти на більш м'які, без самозвинувачення.

Вправа.

Кожен пише короткий фрагмент: «Що зі мною сталося?»

Потім — «Що це про мене говорить?»

І останнє — «Який ресурс це мені дало?»

Ціль — повернути суб'єктність.

ЗАНЯТТЯ 9. Робота з тригерами (60 хв).

Психолог.

- розширює попередню тему grounding;
- навчає техніці «зупинка + переключення».

Вправа.

1. Учасник описує свій тригер.

2. У групі шукають варіанти реакцій:

— «Що я можу зробити в перші 5 секунд?»

— «Як допомогти тілу?»

— «Що сказати самому собі?»

Ціль: створити особисту карту дій «коли накриває».

ЗАНЯТТЯ 10. Соціальні ролі та побудова стосунків (60 хв).

Психолог.

• пояснює, як змінюються ролі після війни: воїн — цивільний, батько — партнер;

- допомагає виявити дисбаланс.

Вправа.

Кожен малює «коло ролей»:

- Сім'я
- Родина
- Друзі
- Робота
- Партнерство
- Я (власні потреби)

Обговорення:

— «Які ролі зараз перенавантажені?»

— «Де не вистачає балансу?»

Ціль: побачити точки перенапруги у стосунках.

МОДУЛЬ 4. АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНИЙ

ЗАНЯТТЯ 11. Знайомство з ароматами (35 хв).

Структура.

- психолог розповідає про зв'язок ароматів та лімбічної системи;
- учасники тестують 5–8 ароматів (лаванда, апельсин, м'ята, сандал, евкаліпт тощо);

- кожен визначає «свій» заспокійливий аромат.

Ціль: знайти персональний сенсорний ресурс.

ЗАНЯТТЯ 12. Робота з кольорами (35 хв).

Психолог говорить про символіку кольорів:

- синій — спокій;
- жовтий — тепло й надія;
- зелений — баланс;
- білий — відновлення;
- червоний — сила.

Учасники вибирають колір, який символізує їх емоційний стан або ресурс.

ЗАНЯТТЯ 13. Свічкаство «Тепло відновлення» (90 хв).

Асистент.

- готує форми, віск, фітилі, ароматичні композиції.

Процес.

1. Обговорення стану «зараз».
2. Кожен створює власну свічку: колір + аромат = символ відновлення.
3. Психолог супроводжує тихими питаннями:
 - «Про що ця свічка для вас?»
 - «Що ви хочете, щоб вона нагадувала?»

Фінал.

Обговорення:

- «Який запах ви обрали і чому?»
- «Який сенс ви вкладаєте в цю свічку?»

Ціль: закріпити ресурс через символічну дію.

ЗАНЯТТЯ 14. Ритуал спокою та використання свічки (40 хв).

Психолог.

- навчає ритуалу «тихого вечора»: запалити свічку → 5 хвилин дихання → 5 хвилин заспокійливої фрази → завершення.

Учасники.

- створюють особистий ритуал використання свічки у стресові моменти.

Ціль: сформувати звичку турботи про себе.

МОДУЛЬ 5. ПІДСУМКОВИЙ.

ЗАНЯТТЯ 15. Повторна діагностика та підведення підсумків (60 хв).

1. Повторне заповнення методик.

PCL-5, HADS, WHO-5, CD-RISC.

2. Порівняння станів «до» і «після».

Психолог обговорює зміни:

- зниження тривоги;
- стабілізація настрою;
- зростання резилієнтності;
- покращення самоконтролю.

3. Підсумкове коло.

— «Що змінилось у мені?»

— «Що беру з собою?»

— «Який крок планую зробити далі?»

4. Завершення.

Психолог дякує за довіру, пропонує подальші консультації, групи підтримки.